INTRODUCCION

> "..el conocimiento es siempre cierta forma estratégica en la que el hombre está colocado. Es precisamente esa forma estratégica la que definirá el efecto del conocimiento y, por esta razón, sería totalmente contradictorio un conocimiiento que no fuese en su naturaleza obligatoriamente parcial, oblicuo, perspectivo. El carácter perspectivesco del conocimiento no deriva de la naturaleza humana sino siempre del carácter polémico y estratégico del conocimiento..."[1]

Las palabras de un título, de entre los posibles, intentan delimitar, en coherencia con el discurso interno de la obra y del autor, los contenidos, matices y aportaciones de los que prometen ser sus contenidos: "Analítica de los discursos definidores de la "locura" (¿Irracionalidad?)" es el de este trabajo. Intentaremos, en esta introducción, aclarar, a la luz de cada una de estas palabras que lo componen haciendolo uno, la diversidad de problemas que compondrán su desarrollo. Una justificación del tema, de los supuestos que lo sustentan y un pequeño resumen temático argumental de las partes que lo articulan, completarán esta introducción.

Analítica de los discursos definidores, palabras que apuntan hacia un contenido o problema de carácter más bien conceptual. Foucault planteándose las relaciones entre episteme-discurso y poder, y la antropología de orientación semántica (su juego con los conceptos de metáfora y metonimía) servirán para aclarar la problemática y el hilo central de este trabajo.

Foucault ha sido un autor profundamente preocupado por las relaciones que se establecen entre las teorías, sus prácticas "reales" y las relaciones difícilmente deliniables con el poder (tema obsesionante a medida que avanzamos hacia sus úlimas obras), todo ello tamizado en una metodología

[1] Foucaullt 1973 h, pp. 30.

procupada por desvelar dependencias históricas. De su mano podemos descubrir cómo acercarnos a una ciencia, desnudarla, asumir perfectamente sus supuestos en el análisis de sus prácticas concretas, y al mismo tiempo, no perderse en la defensa intolerante de la perspectiva que la define, la ataca o critica. El concepto de episteme o de discurso, sirve como medio de caracterización de lo que en una época o teoría hace que sus miembros la defiendan, a pesar, o tal vez deberíamos decir gracias a sus contradicciones: es aquello no explícito que posibilita el habla (a priori histórico)[2].

> *"...es lo que, en la positividad de las prácticas discursivas, hace posible la existencia de las figuras epistemológicas y de las ciencias."[3]*

Discurso sería ese carácter o exceso de razón que acompaña a aquel que se se adhiere a una práctica científica. Una analítica del mismo sería un intento de captar, en la forma más estricta, repetible y transmisible posible, los mecanismos, estrategias y problemáticas definidoras del mismo.

Comentario [COMMENT1]: justificar el porque de la utilizacion de esta palabra EXESO DE RAZON EN EL TEXTO SIN HABERLA UTILIZADO ANTES

Comentario [COMMENT2]: he de colocar aquí una crítica documentada en bb. acerca de la problemática que hace de los trabajos de F. dificilmente transmisibles y rpetible

[2] De ahí las críticas de arbitrario o críptico (Habermas 1985a) en base a que la percatación de este a priori el hacerlo explícito, acontence después de un embeberse de textos, lecturas y conversaciones no excesivamente coherente con la exigencias de comunicabilidad y repetitibilidad de la cientificidad exigible.

[3] Focault 1969a, pp. 324.

Foucault siempre busca aquello que fundamenta la posibilidad de decir las cosas, no el porque un enunciado forma parte de una ciencia, sino cómo y qué requisitos ha de cumplir para poder llegar a formar parte de la misma, "el conjunto de los modos y de los emplazamientos según los cuales se puede integrar a lo ya dicho todo enunciado nuevo"[4] es lo que en La arqueología del saber sería definido como saber. Es el espacio dentro del que el sujeto puede tomar posición para poder hablar de determinados objetos.

> "A este conjunto de elementos formados de manera regular por una práctica discursiva y que son indispensables a la constitución de una ciencia, auque no estén necesariamente destinados a darle lugar, se le puede llamar saber. Un saber es aquello de lo que se puede hablar en una prácticas discursiva que así se encuentra especificada: el dominio constitutivo de los diferentes objetos que adquirirán o no estatuto científico... un saber es también el espacio en el que el sujeto puede tomar posición para hablar de los objetos de que trata su discurso... un saber es también el campo de coordinación y subordinación de los enunciados en que los conceptos aparecen, se definen, se aplican y se transforman... no es la suma de lo que se ha dicho, sino el conjunto de los modos y de los emplazamientos según los cuales se puede integrar a lo ya dicho todo enunciado nuevo... un saber se define por posibilidades de utilización y de apropiación ofrecidas por el discurso...Existen saberes que son independientes de las ciencias (...), pero no existe saber sin una práctica discursiva definida; y toda práctica discursiva puede definirse por el saber que forma." Conjunto de metáforas y descripciones que hacen efectiva la formación de un ciencia en la interioridad de su discurso."[5]

SABER, el conjunto de enunciados o prácticas discursivas en torno al objeto u objetos que lo definen, es un concepto foucaultiano que busca designar las relaciones de dependencia de las ciencias con lo no reconocido como perteneciente

---

[4] Foucault 1969a, pp. 306-307.

[5] Op.cit. pp. 306-307.

de modo explícito.

En la Historia de la locura en la época clásica[6] podemos ver ejemplificado, en el tema objeto de este trabajo, la locura, lo dicho. Siguiendo el curso de los cambios en la concepción, tratamiento y referencias a la locura, se van presentando las características de las ciencias que dicen encargarse de ella: psiquiatría, psicología, ciencia jurídica, psicoanálisis, etc...[7] Su analítica busca señalar los criterios mínimos, las dependencias, pactos y estrategias que hacen definible un objeto, la locura, en el interior de un área determinada. Los rasgos de la psiquiatría en el siglo XIX son aquellos, desde la analítica foucultiana, hacen posible que un autor o disciplina pueda ser encasillado y formar parte de una práctica discursiva. Saber, episteme, o a priori histórico [8], serían el conjunto de rasgos que hacen posible atribuir a una época y disciplina, y no a otra, un determinado contenido. (Este mismo análisis es aplicable a Foucault. Supone verlo en conexión con la problemática de la supuesta pureza de las teorías, un replanteamiento del marxismo, ciertas influencias del estructuralismo, vigentes en los años sesenta y setenta del presente siglo.)[9].

---

[6] F1961a.

[7] Denominaríamos genealogía, siendo fieles a los planteamientos de Foucault, a esta practica desveladora:

"...opción de lenguaje por la que no se intenta que la historia diga la verdad de la locura, sino que la locura muestre las "verdades de nuestra historia."(Morey 1983, pp. 49).

[8] Conceptos que tienen en Foucoult matices diferetesn, tanto entre sí, como a lo largo del desarrollo de su obra.

[9] En Vigilar y Castigar haría lo mismo con la "tecnología política del cuerpo" (F1975a, pp. 30-31); y en El nacimiento de la clínica (F1963a) con la mirada médica: la positivación del individuo hace nacer la terapeutica médica, supresión de los sindromes sintomáticos de una caso concreto asimilable al historial observado de un caso clínico normal.

La antropología siempre se ha caracterizado por su capacidad de embeberse de la diversidad cultural (un poco para conocer la pluralidad, un poco para saber más acerca del punto de vista desde el que se habla) en observación participante, para posteriormente "deglutir" la observación en un relato científico del Otro. Empaparse de las descripciones, cuentos, mitología, materialidad, prácticas religiosas, etc… de un pueblo, cultura, subcultura, sociedad…, para en el lenguaje propio de la disciplina científica describirlo, analizarlo y comprenderlo.

La metáfora y la metonimia son, dentro de la antropología semántica, dos ejes que sirven a modo de condensadores para la elucidación de la diversidad observada. Eligiendo una concreta metáfora cultural, se intentan delimitar sus estratos, implicaciones, polivalencias, contradicciones; buscando con ello que la mirada del lector o del oyente capte ese exceso de razón que caracteriza la viveza del pueblo, rito o constumbre observada.

La metáfora coloca al usuario en la perspectiva de un "ver como". En el interior de la realidad se establece una relación libremente fijada dentro de un contexto cultural. Si la metonimia tiene un carácter menos creador, la metáfora establece una relación fuerte, exige compresión, con el oyente contextualizado.

> <Dialogando con Poul Ricoeur>"La metáfora no se apoya en una semejanza preexistente, sino que la producción metafórica conlleva (…) una creación de la semejanza. Semejanza apoyada en un momento icónico, una imagen asociada que no debe ser interpretada en un sentido sensorial, sino que consiste en un "ver como". Así se percibe una proximidad inédita entre dos ideas a pesar de su distancia lógica, se capta lo semejante dentro de lo desemejante. La propia semejanza se convierte en tensión entre identidad y diferencia dentro de la operación predicada desencadenada por la innovación semántica."[10]

Se recoge una metáfora o rito como medio contextualizador y

[10] FERNANDEZ DE ROTA 1988, pp. 62

Comentario [COMMENT3]: Añadir un resumen comentador de las diferentes conceptualizaciones analizadas, tomadas de F. para poder unirlo con lo que sigue de la Antropologa y la metafora

Comentario [COMMENT4]: Añadir en la nota anterior la bb. comentada corresapondiente al tema de la metafora y la antropología semámtica

contextualizado de lo observado. Un claro ejemplo de esto lo tenemos en el artículo de C. Geertz "Juego profundo: notas sobre la riña de gallos en Bali"[11]. El antropólogo relata al lector la totalidad de la vida, común y festiva, en Bali a través de una constumbre. La pelea de gallos sirve como metáfora, siendo algo propio del pueblo descrito, al etnógrafo para presentar a su interlocutor la cultura, la "cosmovisión" de las gentes objeto de su explicación.

[11] Clifford Geertz 1973, pp. 339-372.

CAPITULO I.- DISCURSO JURÍDICO.

La cuestión acerca de cómo quede definida la locura en el seno de los conceptos articuladores del discurso jurídico, pasa por un problema central dentro del mismo: la delimitación de lo que sea una persona. Las leyes marcan los derechos y deberes con los que debe cumplir el ciudadano para ser reconocido como tal. La definición de lo que sea persona delimita las garantías que se suponen exigibles para una convivivencia respetuosa de los rasgos atribuidos a cualquier individuo, de los derechos y deberes que lo definen como ciudadano. El derecho fundamenta su potencia real en la postulación de una idealidad (su concepto de hombre, de ciudadano libre) hacia la que ha de tender, la cual, en la medida de sus fuerzas y circunstancias, ha realizado en una pequeña proporción.

La legislación, el derecho, y los juristas como sus actores, buscan perfeccionar los sistemas legales en un "deseo" de garantizar en un grado cada vez mayor la "libertades, derechos y deberes" de los individuos, de los sujetos susceptibles de derecho[12]. Siendo este su punto de mira, la desaparición de todo aquello que define al sujeto "normal", tendrá consecuencias en todas y cada una de las partes del discurso jurídico.

De acuerdo con lo dicho trataremos en primer lugar de delimitar las características básicas de la personalidad jurídica (capacidad jurídica[13]). Concepto definido en correlación explícita con las legislaciones, nacionales e internacionales, relacionadas con la delimitación de los derechos humanos[14]. Entraremos a continuación dentro del Derecho Penal, dibujando los conceptos básicos (punibilidad, tipicidad, culpabilidad, antijuridicidad, imputabilidad, inimputabilidad, responsabilidad...) y los relacionados de forma directa con la comisión de un delito así como con la locura (enfermedad mental, enajenación, trastorno mental transitorio, internamiento). Respecto del Derecho Civil intentaremos señalar los conceptos que puedan entrar en contacto con el objeto de este trabajo (capacidad, incapacidad, incapacitación, capacidad restringida, tutela...). El Derecho Procesal ocupará parte de lo tratado en lo penal y civil, pero le dedicaremos cierto espacio al análisis de los pormenores y requisitos de la capacidad procesal. En las tres partes mencionadas aparecerá la figura del peritaje psiquiátrico, punto de encuentro entre dos discursos: el jurídico y el médico; y dado su carácter de espacio intermedio, resultará especialmente desvelador de los conceptos delimitadores, de las idealidades postuladas como finalidades, de la locura. A continuación haremos un pequeño resumen de las características de la relación entre derecho y locura, en otras legislaciones (resumen que se verá completado por la inclusión, en el interior de la bibliografía al final del presente trabajo, de una relación pormenorizada de la legislación existente entorno al tema de la enfermedad mental; así como de las legislaciones en períodos anteriores). Finalmente un apartado dedicado a extraer las posibles conclusiones, y las contradicciones que animan el nexo establecido por el derecho con la locura.

---

[12] "...lo que como juristas nos anima es el establecimiento de una normativa que suponga un régimen garantizador de la libertad de los ciudadanos (aunque no sea más que porque todos somos potencialmente internables)." (Cobreros 1981, p. 141)

[13] Concepto con connotaciones específicas en Derecho Civil, como se explicitará más adelante.

[14] Incluimos al final, dentro de la bibliografía, una referencia completa de la legislación consultada.

I.1.- PERSONALIDAD JURÍDICA.

El carácter de los contenidos de la definición de persona jurídica, sujeto de derecho, delimita lo que sea la normalidad exigible: toda persona, todo ser humano, por el hecho de serlo, posee capacidad jurídica. Si el derecho significa acomodación a lo exigible por la legislación vigente[i]; cualquier persona posee, por serlo, el reconocimiento en la legislación, en el derecho, de capacidad para ser titular de relaciones jurídicas, de derechos y obligaciones:

> "La **capacidad jurídica** es la aptitud o idoneidad para ser titular de derechos y obligaciones. Toda persona, por el mero hecho de serlo, posee capacidad jurídica. La capacidad jurídica, en tal sentido es un atributo o cualidad esencial a ella, reflejo de su dignidad."15

Junto a esta capacidad supuesta en el individuo, se define también la capacidad de obrar:

> "La **capacidad de obrar**, en cambio, es la aptitud o idoneidad para realizar eficazmente actos jurídicos o, en otros términos, la capacidad para adquirir o ejecutar derechos y asumir obligaciones, que puede ser plena y encontrarse limitada si el sujeto no puede realizar por sí mimo con plena eficacia actos o negocios o algún tipo de ellos..."16

Es decir, el ordenamiento jurídico establece los requisitos que se han de cumplir para que una acción concreta sea eficaz (con trascendencia) en el tráfico jurídico. Y es esta capacidad, la de obrar, la restringible para determinadas acciones o en circunstancias específicas.

Es importante subrayar que el segundo tipo de capacidad se verá redefinido en un caso concreto cuando, determinado tipo de acciones jurídicas lo exijan; o bien, y este es el caso que aquí nos interesa remarcar, cuando determinadas circunstancias lo hagan necesario. Más adelante estudiaremos algunas de estas circunstancias: la incapacitación y el sometimiento a tutela, o la eximente por enfermedad mental.

El concepto de sujeto de derecho establece la idealidad atribuible a cualquier persona. Serán las leyes concretas las que establezcan las garantías necesarias para la protección de la misma. Es decir, establecer las garantías que hagan cumplir esta postulación, o en todo caso acercarnos al cumplimiento. Toda la legislación existente busca dibujar normas o reglas conducentes al respeto del sujeto de derecho. Para obligar a su cumplimiento e instituir las reglas a seguir en caso de su incumplimiento.

Encontramos fijadas estas idealidades en la Declaración de los Derechos Humanos, así como en otras actas y convenios internacionales, y en cada una de las constituciones, entre ellas la española, que a lo largo de su articulado establecen requisitos, deberes y derechos que buscan preservar los contenidos de las mencionadas declaraciones.

---

15 Diez-Picazo 1989, p. 238. Asimismo Lacruz Beredejo 1983, pp. 11; Albaradejo 1983, p. 209; O'Callaham 1985, pp. 1-3.

16 Op. cit. p. 238.

Tomemos como ejemplo el artículo 5 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, Roma 1950:

> "1. Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, salvo en los casos siguientes y con arreglo al procedimiento establecido por la Ley:
>
> a) Si ha sido penado legalmente en virtud de una sentencia dictada por un tribunal competente.
>
> e) Si se trata del internamiento, conforme a derecho, de una persona susceptible de propagar una enfermedad contagiosa, de un enajenado, de una alcohólico, de un toxicómano o de un vagabundo."17

Se funda la definición de la persona en función de los atributos asignables de libertad y seguridad. En la conjunción de estos se hace necesario designar por Ley cómo, porqué, y cuando pueden ser violadas estas atribuciones: si es susceptible de peligro, por sentencia o enfermedad mental..., podrá trasgredirse la idealidad postulada; pero siempre en consonancia y coherencia con la legislación vigente18. Garantizar significa legislar la idealidad e instaurar los modos, y medios de su transgresión (su limitación o restricción).

Con esta forma de abordar la definición de lo que sea un ordenamiento jurídico, de lo que sea el sentido que encuentra dentro de sí mismo, buscamos resaltar aquello que tiene siempre presente la ciencia jurídica, y por lo tanto, idealmente, cualquiera de su concretos representantes.

I.2.- DERECHO PENAL.

Sobre la base establecida en el apartado anterior, cada una de las partes componentes del ordenamiento jurídico, establecerá normas y requisitos garantizadores del bien jurídico[ii], dentro de lo definido como su campo de actuación. El Derecho Penal será el encargado de determinar las sanciones, las penas, acordadas para tratar de impedir comportamientos19, acciones u omisiones que disminuyan los rasgos de ese bien jurídico, de ese sujeto ideal modelo del legislador.

> "... [es] la tarea del Derecho penal: **impedir las conductas socialmente dañosas no evitables de otro modo**."20

Apoyado en su experiencia histórica como disciplina, el Derecho Penal define las

---

17 Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y de las libertades fundamentales (4-11-1950). Art.5º, 1 a y e, citado en López Barja, p. 49.

18 Dejamos por ahora, por ser el objeto específico de una capítulo posterior, la proximidad en que se coloca la locura del vagabundeo, alcoholismo, etc...

19 Debajo de todo los planteamientos del Derecho Penal siempre encontraremos esta componente condicionadora: se sanciona para prevenir la infracción, pues históricamente sabemos de su constante existencia.

20 Roxin 1988, p. 38.

conductas consideradas en contradicción directa con esa idealidad. Un conjunto de acciones se van diferenciando y tipificando. Delito es la figura legal que dibuja los rasgos de todas aquellas acciones contra el derecho, contra la sociedad y sus miembros protegidos por el derecho. Asignando a cada tipo una sanción o pena: "...delito es la conducta que castiga la ley con una pena, la acción penada con la ley, o sea el conjunto de presupuestos de la pena."21.

> "El derecho penal objetivo se puede definir como aquella parte del ordenamiento jurídico que determina las características del hecho delictivo e individualiza al sujeto que lo realizó, al que impone por su hecho una pena y/o medidas de seguridad."22

En esta definición del Derecho Penal se introduce el elemento de la individualización del sujeto que realizó el hecho delictivo. Buscando respetar la particularidad individual se incluye un nuevo concepto: punibilidad. El Código Penal (C.P.) tipifica cada una de las acciones con carácter punible, penable. Al decir acciones se supone cierta relación entre el individuo y el acto cometido; relación con ciertas características sobre las que poder aplicar con garantías la sanción correspondiente. Se diferencian tres componentes en la definición del delito (definición tripartita23): tipicidad, antijuridicidad, y culpabilidad. "El delito es una conducta típica (acción o omisión) antijurídica y culpable..."24. Tipicidad alude a que el hecho ha de encontrarse recogido, designado y definido como delito en un tipo de los establecidos por el C.P.

> "Del principio de legalidad se deriva directamente el que una conducta humana sólo pueda castigarse cuando está prevista por un precepto que describe con claridad la conducta prohibida o exigida mediante la conminación de la pena. Se denomina tipo a esas descripciones de delito que contienen las leyes penales."25

La antijuridicidad apunta al carácter contra derecho de la mencionada acción.

> "No toda conducta típica resulta punible. Sin prejuicio de la prohibición general puede resultar autorizada excepcionalmente. A tales autorizaciones se les denomina causas de justificación. Una causa de justificación no afecta en nada a la tipicidad de la conducta, pero si excluye su antijuridicidad, su contradicción con el derecho."26

Tres condiciones han de cumplirse para que un hecho sea punible, han de darse las tres en conjunción para poder aplicar con justicia27 una determinada pena asignada al hecho

---

21 Rodríguez Devesa 1990, p. 326.

22 Bustos Ramírez 1984, p. 5; Op. cit. p. 44 define el derecho penal subjetivo, donde las penas y delitos se ven siempre definidos en la discusión penal en el interior de un determinado tipo de Estado: "...expresión... del poder único y exclusivo del estado para ejercer la violencia legítima."

23 Esta definición es hoy en día la más difundida, pero anteriormente se solía tener en cuenta únicamente dos de las características señaladas a continuación.

24 Bustos Ramírez 1984, p. 147.; asimismo Rodríguez Devesa 1990, pp. 428-429; Roxin 1989, p. 36.

25 Roxin 1989, p. 37.

26 Op. cit. p. 37.

27 Hemos de tener en cuenta que derecho y justicia no son dos sinónimos: la justicia es un valor hacia el que se tiende, correspondería al ideal modelo que intenta proteger e instaurar, haciéndolo respetar, el derecho; la legislación puede ser injusta, pero el derecho no es justo ni injusto, simplemente es.

cometido. Una acción tipificada puede resultar en determinadas circunstancias no antijurídica; existen causas de justificación que de modo excepcional excluyen del carácter antijurídico de una conducta tipificada como delito, como podría ser por ejemplo la legítima defensa. También puede suceder que estando tipificada y con carácter antijurídico una acción no sea culpable. Este tercer componente, la culpabilidad, será el que centrará específicamente ahora nuestra atención.

> "La calificación como injusto expresa tan sólo que el hecho realizado por el autor es desaprobado por el Derecho, pero no autoriza a concluir que aquél deba responder personalmente por ello, esta es una cuestión que ha de decidirse en un tercer nivel de valoración, el de la culpabilidad... **no debe imponerse pena ninguna sin culpabilidad**. Consecuentemente, una conducta típica y antijurídica, puede no resultar punible si el autor en el caso concreto ha actuado sin culpabilidad..."[28]

"Imputabilidad es la capacidad de actuar culpablemente."[29], es decir, la legislación supone que "Actúa **culpablemente** el que con arreglo al ordenamiento jurídico pudo proceder de otra manera a como lo hizo, es decir, el que pudo abstenerse de realizar la acción típicamente antijurídica."[30]. La imputabilidad es un presupuesto de la culpabilidad. Sobre presupuesto indemostrable del libre albedrío[31], sólo podrá ser objeto de sanción aquél que actuó libremente; aquél que sabiendo ilegal su conducta la llevo a cabo; aquél cuya responsabilidad llega también a los actos típicos antijurídicos. Aquél, en definitiva, que conociendo las sanciones y penas derivadas de sus actos los llevo a cabo libremente, haciéndose por ello responsable por él, y sujeto a las penas que su acción pudiese implicar. "La punibilidad podría definirse como el cumplimiento de los presupuestos legalmente necesarios para que un injusto culpable pueda ser castigado."[32].

> "...existe culpabilidad cuando el autor de un hecho penalmente antijurídico actúa en consideraciones de motivabilidad normal, lo que sucede si no es inimputable (enajenado, menor de 16 años, ... o sujeto que actúe en trastorno mental transitorio) ni actúa en situación de no exigibilidad (miedo insuperable, estado de necesidad exculpante)."[33]

Recapitulemos lo apuntado hasta ahora. El Derecho Penal establece las garantías para el respeto a lo atribuible a cualquier sujeto de derecho y a la comunidad de la que forma parte. Respetado aún en el caso, de incumplimiento de lo asociado como comportamiento normal a esa personalidad jurídica abstracta e ideal, descrita en la primera parte de este capítulo dedicado al

---

28 OP. cit. pp. 38-39.

29 Rodríguez Devesa 1990, p. 448.

30 Op. cit. p. 417.

31 El libre albedrío es un principio de la Escuela clásica (1800), pero otras escuelas lo rechazan (positivista, sociológica), otras la contemplan como un fenómeno histórico. De cualquier manera que se quiera estudiar coherente la culpabilidad de un acto se ha de suponer algo parecido a la libertad de acción, restringida, socialmente delimitada, etc... Sobre esta cuestión véase el estudio de Carbonell Mateu 1986.

32 Quintero Olivares 1986, p. 417.

33 Mir Puig 1990, pp. 577-578.

discurso jurídico. El Derecho Penal dibuja en negativo[34] ese comportamiento normal y respetuoso con las características asignables a cada uno de los miembros de la comunidad. Tres condiciones han sido mencionadas para la consideración de una acción como delito. De éstas, la culpabilidad asume la suposición imprescindible de la libre determinación y responsabilidad ante la elección, en aquel que ha actuado antijurídicamente. No cabe pues culpabilidad en aquél que ha actuado antijurídicamente pero sin la posibilidad de actuar de otra forma.

La culpabilidad apunta hacia la atribuibilidad del hecho al autor. "La culpabilidad encuentra un contenido en aquellas condiciones necesarias para que pueda declararse un juicio personalizado de reproche."[35]. Se excluye la posibilidad de castigar o reprochar a un sujeto por su concepción moral de la vida. El Derecho Penal centra repetidamente su actuación contra un hecho, no contra una concepción moral[36]. Siendo la clave explicatoria y condición de aplicatoriedad de una pena, no puede ser la culpabilidad la panacea exculpadora del que juzga:

> "...sólo la síntesis entre culpabilidad y necesidad político-criminal de la pena, jugando ésta de acuerdo con las posibilidades que le ofrezca el derecho positivo, pueden componer el fundamento personal de la reacción punitiva. De ella la culpabilidad es solo una explicación parcial y garantista, que ha de permanecer en la teoría del delito, como permanece el principio de legalidad, pero sin pretender ser la clave de la `justicia concreta'."[37]

Ha de quedar suficientemente claro que todas las acciones legales diseñadas en el Derecho Penal entran únicamente en funcionamiento tras la previa comisión del delito. La culpabilidad busca establecer las garantías para una justa aplicación de la pena. La violación que supone el delito lleva implícita la asunción de la responsabilidad del acto, así lo supone el derecho. Pretende impedir estas transgresiones con la fuerza inhibidora de la pena que llevan aparejadas. Pero en el caso de que lleguen a cometerse, se definen penas y medidas de seguridad. Un delito transgrede la idealidad postulada por el derecho, y, como su consecuencia jurídica, se produce una violación legal de esta misma idealidad. Violación que ha de cumplir con las garantías suficientes diseñadas para respetar al máximo los atributos ideales de la personalidad jurídica.

> "El Derecho Procesal se revela, como el conjunto de normas que contienen y desarrollan las reglas, condiciones y límites de las garantías constitucionales de los ciudadanos, en cuanto a la aplicación coercitiva e imparcial de las leyes, por los órganos jurisdiccionales, referidas a situaciones concretas, formalizadas según las pretensiones de

---

34 El derecho penal tiene que describir positivamente (tipicidad) las conductas que sanciona; contempla negativamente las causas que excluyen de la "capacidad penal". Utilizamos la expresión "en negativo" en un sentido diferente. Al decir las causas excluyentes de capacidad dibuja, como si la imagen de un espejo se tratase, el comportamiento adecuado a la persona. Un buen ejemplo de esta negatividad con que se define la normalidad exigible o supuesta, lo tenemos en el mismo concepto de imputabilidad, no definido por el C.P. sino únicamente cuando esta desaparece: el art.8 describe las causas de exclusión y en función de ellas es como los juristas han de establecer el concepto de imputabilidad.

35 Quintero Olivares 1986, p. 369.

36 Otra cosa es la práctica cotidiana de la aplicación del mismo; ahora centramos nuestra atención sobre las características teórica de la analítica que hace la ciencia jurídica en su relación con la locura.

37 Quintero Olivares 1986, p. 399.

las partes actuantes y decididas por medio de resoluciones imparciales conforme a un método jurídico establecido." 38

Daremos ahora un paso más: ¿Qué sucede cuando, cometido un delito, desaparece el nexo establecido normalmente entre la acción y el sujeto? ¿Cómo abordar el hecho cometido por una persona no susceptible de culpa? ¿Cómo definir los supuestos y figuras de esta no culpabilidad? Desaparecido el vínculo entre sujeto responsable y acción ¿cómo encontrar el punto justo de ajuste entre la protección ante el delito (y sus posibles repeticiones39), es decir, ante el incumplimiento de los deberes, y la salvaguarda de los derechos del actor? ¿Qué sucede cuando desaparece lo definidor de una persona?, ¿qué hacer con aquel que, sin dejar de ser hombre, descubrimos como peligro para los que lo rodean (doble peligro, pues no cumple ni con los deberes contraídos -tanto penales como civiles- ni es susceptible de derechos, pues ha dejado de ser)?, ¿cómo manejar al irresponsable para, por un lado, protegerlo en lo de inalienable que de hombre tiene -garantizar sus derechos-, y por otro lado, proteger a los demás del peligro que supone su existencia (garantizar los derechos de la mayoría de la sociedad)? Intentando responder a estas cuestiones entramos de lleno en la concepción de la locura establecida en el interior del Derecho Penal.

Nuestro C.P. diferencia múltiples causas que exculpan o eximen. Enajenación y trastorno mental transitorio (T.M.T.) son dos de ellas. Aparecen, todas ellas, definidas en su artículo octavo.

"Art. 8. Están exentos de responsabilidad criminal:

1º. El enajenado y el que se halle en situación de trastorno mental transitorio, a no ser que éste haya sido buscado a propósito para delinquir.

Cuando el enajenado hubiere cometido un hecho que la Ley Sancionare como delito, el Tribunal decretará su internamiento en uno de los establecimientos destinados a los enfermos de aquella clase, del cual no podrá salir sin previa autorización del mismo Tribunal.

Cuando el Tribunal sentenciador lo estime procedente, a la vista de los informes de los facultativos que asistan al enajenado y del resultado de las demás actuaciones que ordene, podrá sustituir el internamiento, desde un principio o durante el tratamiento, por alguna o algunas de las siguientes medidas:

a) Sumisión a tratamiento ambulatorio.

b) Privación del permiso de conducción o de la facultad de obtenerlo durante el tratamiento o por el plazo que se señale.

c) Privación de la licencia o autorización administrativa para la tenencia de armas, o de la facultad de obtenerla, con intervención de las mismas durante el tratamiento o el plazo que se señale.

d) Presentación mensual o quincenal, ante el Juzgado o Tribunal sentenciador, del enajenado, o de la persona que legal o jurídicamente tenga atribuida su

38 Almagro 1990, p. 28.

39 Introducimos ahora el concepto de peligrosidad que posteriormente trataremos.

guarda o custodia."40

Queda así definida la inimputabilidad como la imposibilidad de exigir responsabilidad al delito cometido por un mentalmente trastornado. La enfermedad mental, junto a otros supuestos, hace desaparecer la relación entre el sujeto y una acción responsable. Todo lo que haga desaparecer este supuesto, que el criminal también actúa de modo libre y responsable, hace desaparecer su consecuencia: la pena.

> "La imputabilidad... es definida como la incapacidad para conocer el significado antijurídico de la acción y/o dirigir su actuación conforme a su comprensión. Al definir estos supuestos como la imputabilidad estamos ya admitiendo que la acción realizada lo ha sido con conciencia y voluntad. Por lo tanto no es la falta de inteligencia y voluntad lo que determina la exención sino la "presencia de determinado género de dificultades de control por parte del sujeto" (Rodríguez Devesa 1981, p. 559)."41

La desaparición en la persona de las condiciones exigibles para la existencia del reproche, para la existencia de responsabilidad criminal, constituye la razón de las eximentes. Se establecen la enajenación y el T.M.T. como circunstancias eliminadoras de la relación entre sujeto y acción que exige responsabilidad. La necesidad, la no elección libre y plenamente responsable, que acompaña a la acción delictiva cometida, hace imposible la capacidad de responder a las consecuencias de los actos; no sería posible culpar a quien no es responsable de sus actos, a quien no pudo controlar plenamente las consecuencias de sus actos. No pudiendo haber actuado conforme a derecho, no tiene sentido la inculpación, no tiene sentido culpar a quien tiene reducidas o anuladas sus capacidades de autodirección. Enajenación o trastorno mental transitorio convierte en inimputable al individuo que ha cometido un acto sancionable en circunstancias normales. La pena no será aplicable al individuo no poseedor de las características que lo definen como tal (voluntad/conocimiento de lo que hace y sus consecuencias en la teoría clásica, motivación o capacidad del sujeto de actuar conforme42 a la ley. ¿Es el infractor capaz de actuar conforme a la ley o no?). Se ha de comprobar su "aptitud para apreciar la criminalidad del hecho"43 cometido. Sólo tendremos capacidad de aplicar los castigos, las penas reglamentadas, ante la libre elección, ante la capacidad del sujeto de actuar conforme a la ley; en caso contrario, la locura, desaparece la posibilidad de aplicar la legislación: nos encontramos ante un no-sujeto. Y si la consecuencia del delito culpable es la cárcel no puede ser igual para el delito no culpable: El internamiento en un

---

40 A partir del párrafo tercero del punto 1º ha sido añadido en una reforma del año 1983; la inclusión de las eximentes relacionadas con la locura, con la conceptualización aquí existente proviene de principios de siglo. Se encontrara una referencia de la historia del C.P. español en un apartado de la bibliografía dedicado a legislación y a sus cambios históricos.

41 Romero Sirvent 1985, p. 979; así mismo Rodríguez Devesa 1990, p. 448; Bustos Ramírez 1984, p. 147-148 y 337; Roxin 1989, pp. 38-39; Córdoba Roda 1972, p. 207; Mir Puig 1990, p. 596-599 y 577-78; Quintero Olivares 1986, pp. 369 y 417; Ey 1977, p. 1071; Cerezo Mir 1982, p. 179.

42 "La pregunta que hay que formular para determinar la capacidad no es la de si el autor pudo o no obrar de forma diferente, . sino la de **si el autor es no competente (capaz) para actuar conforme al Derecho y no de otro modo**."(Carbonel 1987, p. 48).

43 LECRIM, art. 380.

centro hospitalario adecuado, y/o ciertas medidas de seguridad serán las consecuencias de estos delito, no la cárcel.

Tenemos un delito cometido por un inculpable. La tipificación de su acción obliga a tomar algún tipo de precauciones ante el incumplimiento de alguna de sus responsabilidades: "frente al inimputable no conviene el castigo, pero tampoco la indiferencia penal, pues la anormalidad psíquica es síntoma de **personalidad peligrosa**."[44]. Si la peligrosidad es la probabilidad de cometer delitos[45] considerables criminalmente, el estudio y prevención de esta probabilidad sería la criminología[46]; entonces, la peligrosidad del enfermo mental que ha cometido un delito, ha de ser alta. La razón de su internamiento preventivo, está pues, en la peligrosidad.

> "...si el enajenado es incapaz de actuar culpablemente, no podrá evidentemente resultar intimidado por el ingreso en un establecimiento. La justa inquietud que la sociedad pudiera experimentar de no imponerse una adecuada medida de privación de libertad a los enajenados que delinquen, no debe poder motivar el que la ley pene los actos perpetrados por otros, sino el que la misma prevenga la peligrosidad inherente a su perturbación mental."[47]

Si el sujeto que ha delinquido no puede controlar, y lo que es más importante para el derecho, responder de sus acciones, su peligrosidad hace exigible, en nombre del bien jurídico, el establecimiento del medidas de control. Surgiendo una pequeña contradicción:

> "Frente al delincuente la ley actúa con un fin punitivo; frente al loco, con un fin terapéutico. Pero ambos se ven igualmente privados de libertad."[48]

Serán los contenidos de la exención por enfermedad mental los que den cuenta de esta contradicción.[49]

Las eximentes del C.P. equivalen "a la plena perturbación de las facultades psíquicas, que impide al sujeto conocer la antijuridicidad de su conducta u orientar su actividad conforme a dicho conocimiento."[50]. Sin embargo es escasa o inexistente la aclaración acerca del contenido concreto de estas dos figuras: ¿Qué se ha de entender por enajenación y T.M.T.?

Por la jurisprudencia, sentencias del Tribunal Supremo, y los manuales de Derecho Penal, que no hacen otra cosa que acudir a ellas, se nos aclaran los contenidos de estos dos conceptos. Enajenación alude a una perturbación grave y permanente de las facultades psíquicas,

---

44 Terradillos 1985, p. 124.

45 Córdoba Roda 1972, p. 22.

46 "La criminología tiene por objeto el estudio de las formas reales de comisión del delito y de la lucha contra el delito." (Rodríguez Devesa 1990, p. 73, subrayado en el original).

47 Córdoba Roda 1972, p. 224.

48 Bercovitz 1976, p. 25.

49 La noción de riesgo, de peligrosidad, llenada de contenido por la ciencia media como auxiliar de la ciencia penal, es la que da sentido a esta contradicción: "Es responsable pues por su sola presencia engendra riesgo, incluso si no es culpable puesto que ha elegido con completa libertad el mal en lugar del bien." (Foucault 1981a, p.259).

50 Córdoba Roda 1972, p. 207.

mientras que T.M.T. hace referencia de una transformación de la misma intensidad pero no permanente. El criterio diferenciador entre ellas es el temporal. Pero cómo se entienda esa perturbación del control psíquico, ha sido lugar de controversia y contradicciones en toda la jurisprudencia. La dificultad estaba en el establecimiento de la primacía de uno o varios criterios de definición: primacía del criterio biológico, o ¿ del criterio psicológico? ¿Entrada de componentes psicosociales en la definición, o simple base orgánica? Parece primar en las sentencias la consideración de ambas circunstancias, biológica y psicológica para la eximente.

> "Según la interpretación de la jurisprudencia y la doctrina españolas, para la concurrencia de la eximente de enajenación son precisos dos elementos: A) El presupuesto biológico de la `enajenación' y, B) El efecto psicológico de la inimputabilidad."51

Enajenación y trastorno mental son dos conceptos intencionalmente borrosos en el interior del C.P. para hacer primar las garantías de esa idealidad postulada. Pues el juez y el legislador nunca pueden olvidar que la entrada de estos supuestos viene motivada por la comisión de un delito, y por la peligrosidad inherente a una acción no responsable.

> "La insistencia en el término `enajenado' se debe, sin duda, a que encierra un concepto de contornos pretendidamente borrosos que le hacen manejable por quienes no son expertos en nociones psiquiátricas, pero al precio de hacer inviable la cooperación entre Psiquiatría y ciencia penal."52

La presencia del experto se hace necesaria como auxiliar al juez en la aclaración de los contenidos supuestos. El peritaje psiquiátrico entra en acción como "necesidad y exigencia definidas imperativamente por la autoridad en orden a una evaluación determinada."53.

Estos contornos borrosos de los conceptos analizados apuntan hacia algo que el legislador supone: el juez, como un miembro más de la sociedad, tiene los contenidos socioculturales para el reconocimiento de la locura. A ello se añade la conciencia constante de su función como representante de la instancia encargada de la preservación de los derechos fundamentales. Si bien desde el siglo pasado este reconocimiento de la locura se ha ido haciendo más difícil, al establecer la psiquiatría, como ciencia, unas relaciones de proximidad entre la normalidad y la locura. En apariencia, una persona puede estar sana o ser un loco peligroso, pero sólo la mirada experimentada y científica del psiquiatra podrá diferenciar. Pero la entrada de esta especialización no impide la actuación del juez como representante y defensor del bien jurídico.

> "Pero la locura, convertida ya en enfermedad por los frenópatas de la época, necesitaba de un agente cualitativo que la diferenciase como tal de la locura, que hasta ahora todo el mundo podía reconocer. La innovación médica a este respecto consiste en la modificación de la asociación del comportamiento a la locura...Un comportamiento normal no es ya sinónimo de mente sana. De ahí que la locura médica <enfermedad mental diríamos hoy> traslade no sólo la forma de tratar la locura como una enfermedad, sino

---

51 Mir Puig 1990, pp 604.

52 Terradillos Basoco 1985, p. 138.

53 Calcedo Ordoñez 1982, p. 48.

también el contenido social de esta."54

"...un loco se reconocía como tal por su comportamiento..."55

Foucault apunta también esta alianza existente entre psiquiatría y ciencia penal. Es más, según la tesis por él mantenida, la psiquiatría surge como ciencia gracias a esta alianza, y la ciencia penal justifica y afinca mejor su poder.

"...hemos acabado por hacer funcionar, como si fuera una evidencia y desde hace más de un siglo, la noción de peligro gracias a una remisión perpetua de lo penal a lo médico, y recíprocamente. Lo penal dice: escuchad, no sé muy bien qué hacer con éste, quisiera saber cuál es vuestra opinión: ¿es peligroso? Y si se le dice al psiquiatra: pero vamos, ¿no irá usted a responder a esta pregunta? Replicará: claro, el peligro no es una noción psiquiátrica, sino que es la pregunta que me plantea el juez. !Y ya está! Si se considera el conjunto es evidente que todo esto funciona alrededor de la noción de peligro."56

La delimitación de lo que entrase dentro de la categoría de alienado, de loco, era fácilmente detectable por el juez. Le bastaba aplicar las concepciones normales de lo que excede al comportamiento normal; con la entrada en escena, aparición estratégica, del médico, del perito, se producen problemas internos al discurso jurídico: es necesario redefinir el concepto de responsabilidad criminal (penal), adaptar los vocabularios jurídico y psiquiátrico-psicológico (los juristas interpretan la evolución de los cambios de los conceptos concernientes a la locura como una camino de adaptación hacia los puntos señalados por las más modernas tendencias de la psiquiatría, una adaptación de las dos analíticas de la locura). La normalidad ya no es sinónimo de salud mental, se hace necesaria la presencia, en un grado cada vez mayor, de la medicina, de la psiquiatría; cambiando al mismo tiempo el contenido social de lo que consideramos como locura.

El peritaje psiquiátrico ha de entrar a llenar de los contenidos propios de su especialidad, los conceptos jurídicamente determinados, para aportar al juez los datos necesarios en la aclaración del hecho delictivo57, y su relación con el sujeto. No actuará el psiquiatra como terapeuta, función principal de la disciplina, como veremos en el capítulo siguiente, sino como auxiliar del juez.

"La prueba de peritos... procura al juez las máximas de experiencia que éste

---

54 R. Alvarez González 1989, pp. 258-259.

55 Op. cit., p. 257.

56 Foucault 1977i, p. 102; tesis que se hará explícita en la obra de Castel, como veremos en un apartado posterior: "Al exhibir los signos externos de la cientificidad y cultivar una tecnicidad esotérica, los médicos crean una distancia respecto al saber hacer vulgar e imponen así su legitimidad como exclusiva no sólo en cuanto al tratamiento técnico de las cuestiones que se suponen dependen de su competencia, sino también en cuanto a la manera en que deben plantearse... definen la realidad para el conjunto de la sociedad, y especialmente para quienes viven en su propia carne sus contradicciones."(Castel, p. 160).

57 Carrasco Gómez, p. 195.

necesitas para la valoración de lo que ha sido fijado por otros medios probatorios."58

Aporta su vocabulario en la aclaración de algo que es importante para el juez: la relación, o la inexistencia de la misma, entre el sujeto y la acción delictiva. La pregunta que el juez ha planteado al psiquiatra se encamina a determinar si actuó dependiendo de unas condiciones psíquicamente anormales, si actuó plenamente determinado por ellas. La total inexistencia de relación entre sujeto y acto, total ausencia de intencionalidad o conocimiento del hecho con carácter delictivo, y por ello de culpa, significaría, en psiquiatría la imposibilidad de una acto humano:

"Si para la existencia de la enajenación y la eximente se requieren abolidas las facultades mentales, no hay posibilidad de acto."59

Las cuestiones planteadas al psiquiatría en su función de perito encajan en el interior de la ciencia penal, pero parecen encontrar difícil acuerdo con los presupuestos, conceptos e ideas de esta disciplina médica.

Resumiendo lo tratado en este apartado dedicado al Derecho Penal, podríamos decir: a través de la doctrina y legislación penal se definen los conceptos que permiten defender a la comunidad de acciones que atenten contra las características idealmente asignadas a cada uno de sus miembros. De esta intención nacen los conceptos de pena, delito y punibilidad. La capacidad de responder por cada uno de los actos, aún en el caso de acto delictivo, hace necesaria la protección, por un lado, del individuo que no puede controlar y responder de ellos, en nombre de los derechos que le son reconocidos; y, por otro lado, la salvaguarda de la comunidad ante su previsible peligrosidad. Ambas protecciones apelan a la defensa del bien jurídico que encarna el Derecho. Originando, en el C.P., la definición de las eximentes de enajenación y T.M.T. Pero la ciencia penal necesita acudir a la psiquiatría en la aclaración del concreto significado de las mencionadas eximentes. Presentándose la necesidad de un diálogo difícil, por estar precedido por la conceptualización previa del Derecho Penal.

I.3.-DERECHO CIVIL

Si la entrada en consideración de la locura por el Derecho Penal se produce previa comisión de un delito, la relación entre enfermedad mental y Derecho Civil vendrá también encauzada por las preocupaciones definidoras de su práctica y contenidos.

El Derecho Civil se encarga de legislar y regular todo lo relacionado con la persona, la propiedad y los contratos, las obligaciones y los deberes que conllevan. El concepto de personalidad jurídica, y las capacidades jurídica y de obrar forman parte de su reglamentación. Se reconoce con ellos que toda persona posee capacidad jurídica[iii], si bien la capacidad de obrar implica la posibilidad de reducción de la misma en

58 Almagro 1990, p. 463.

59 Mengual 1987, p. 278.

circunstancias determinadas. Personalidad jurídica es la capacidad o aptitud para ser titular de derechos y obligaciones[60]. Derechos y deberes significan la posibilidad de respuesta responsable a las expectativas contractuales. Esta capacidad jurídica puede verse restringida, estableciéndose diversos grados de capacidad de obrar:

> "Los grados de capacidad de obrar pueden analizarse de menor a mayor. El mínimo --carencia-- es la incapacidad; el máximo --plenitud-- es la capacidad; el intermedio --parcial-- es la capacidad restringida; el especial --privación-- es la incapacidad."[61]

La capacidad plena la posee, le es reconocida, al mayor de edad, capaz por ello de actuación eficaz en la mayoría de los actos del tráfico jurídico[62]

Esta capacidad plena puede verse acotada. La libertad plena, que la capacidad plena conlleva, puede desaparecer en la persona peligrosa por enfermedad mental. Nace así la figura del internamiento[63]. La Ley establece la necesidad de incapacitación para que el internamiento sea justo, con garantías. Siempre refiriéndonos al internamiento contra la voluntad del enfermo.

> "...el vigente código civil viene obligando, de forma imperativa, y desde que entró en vigor la ley 13/1983, de 24 de octubre, a las Autoridades Judiciales, Ministerio Fiscal y demás autoridades y funcionarios públicos que tuvieran conocimiento por sus cargos de los hechos en cuestión, a que de inmediato cumplan con tales disposiciones y pongan en marcha los oportunos procedimientos que tienen como objetivo final y único: el control judicial de todos los internamientos de los presuntos incapaces..."[64]

El Código Civil (C.C.) incluye la figura de la incapacidad en aras de la protección de los bienes del loco, de su persona, haciendo legal el internamiento contra su voluntad, y de los deberes que hubiera podido contraer. Si el individuo no puede relacionarse de modo civílmente responsable ha de ser designado alguien, persona o institución que lo asista (controle), para vigilar y responder de los deberes y derechos que el incapacitado ha visto delegados por su enfermedad mental.

> "La incapacidad es un estado civil de la persona física que se declara jurídicamente cuando concurren en ello alguna de las causas establecidas por la Ley... persistencia e imposibilidad de gobernar la persona por uno mismo..."[65]

El irresponsable[66] ha de tener fijado a alguien que tutele, vigile responsablemente,

---

60 Siguiendo a O'Callaghan 1985, p. 1-2.

61 Op. cit.

62 Op. cit., pp. 3.

63 El internamiento es formalmente una medida provisional de seguridad antes de la posible incapacitación o como consecuencia de la misma.

64 J.M.Avello Fuentes, p. 106.

65 Diez Picazo 1989, pp. 269-270.

66 Termino estrictamente penal, utilizado aquí extendiendo su significado para connotar la irresponsabilidad civil.

sus derechos y deberes. La incapacitación supone retirar de un sujeto todas las características que lo definen como persona, punto de encuentro de derechos y deberes que establece ahora su dependencia de tutela con alguien designado por el propio poder jurídico, asegurándose así la solvencia y la responsabilidad de el que en principio suponía un problema (necesidad de protección ante el débil -la mujer, el niño, el loco, el viejo...-). El incapacitado ve limitadas sus características jurídicas, delegando sus responsabilidades[67] y protección en una institución o grupo de personas.

> "Pero una que es capaz, por ciertas causas fijadas por la Ley (art.200) puede ser privado de capacidad aunque únicamente por el juez (art.199) en sentencia dictada en proceso declarativo ordinario y en la extensión que fijará la misma (art.210), quedando bajo la representación legal del tutor (art. 267)... la incapacitación es la privación de la capacidad de obrar e una persona física, en principio capaz, por sentencia, por causas fijadas por la Ley."[68]

La tutela coloca la mayoría de los componentes de la capacidad de obrar bajo control judicial (tutela de autoridad[69]). Se pretende controlar judiciálmente (garantizar) una figura que tal y como se encontraba definida en las anteriores reglamentaciones podría dar lugar a abusos y violaciones no legales de la personalidad jurídica.

> "La tutela es el poder concedido por la ley sobre la persona y bienes o solamente sobre una u otros, de un menor o incapacitado, en beneficio y protección del mismo bajo control judicial."[70]

El C.C. establece la reglamentación de todas estas figuras, respondiendo a una orientación primordialmente patrimonial[71] ("...la persona del C.C. no es el ciudadano de la calle, sino el ciudadano propietario."[72]), predominando las disposiciones concordantes con un modelo patriarcal. Así incapacitación y tutela nos remiten a lo legislado en torno al menor de edad:

> "...regulación detallada de la incapacitación y del sistema de tutela, en la que en principio se contempla tanto la protección personal como la patrimonial del incapacitado; sin embargo, las referencias a los aspectos personales del incapacitado son

---

67 Hemos de tener en cuenta que la responsabilidad es propia mientras que la gestión es algo ajeno a la persona.

68 O'CALLAGHAN 1985, p. 5.

69 Significa la dirección por parte de algún representante del estado, aunque delegando normalmente en la familia: "El sistema de tutela de autoridad es aquel en que la alta dirección y control lo tiene un órgano del Estado, aunque el cargo de tutor lo ejerza normalmente un familiar."(O'CALLAGHAN 1985, p. 16).

70 Op. cit., p. 16.

71 Castel señala la alianza existente entre control social de la pobreza y sus posible revueltas, con el aislamiento terapéutico, como origen de la beneficencia, protección patrimonial: "...mientras que la dureza de corazón de los poseedores impulsa a los desgraciados a la revuelta, la generosidad hacia ellos es la raíz pública de su sometimiento." Castel, p. 142.

72 Bercovitz 1976, p. 37; pese a ser anterior a la reforma del C.C. de 1983 muchas de las críticas del autor podría mantenerse hoy en día (véanse sus obras posteriores), que pretendía solucionar precisamente este problema, haciendo del nuevo C.C. español realmente protector tanto del patrimonio como de la persona,

escasas y abstractas, mientras que la consideración de los aspectos patrimoniales es prolija y muy concreta, rasgo que se articula con la técnica de la remisión a lo regulado para la protección del menor de edad: lo que se combina, a su vez, con una organización de la tutela pesada y poco realista en términos económicos y de eficacia operativa, así como un marcado carácter privado de la petición de incapacitación, que queda fundamentalmente encomendada a los familiares del presunto incapaz."73

Con estas figuras complementarias se garantiza la solvencia y responsabilidad, en este caso tutelada, del enfermo mental. El carácter patrimonial de estas medidas viene corroborado por la escasez de juicios, de causas de incapacitación. Estas se dan en caso de que el enfermo tenga importantes bienes patrimoniales.

"Carecen de bienes. Sólo cuando nos encontramos ante un patrimonio importante se procede a la incapacitación del enfermo mental que sea su titular. La incapacitación y la tutela del Código Civil aparecen como instituciones de carácter fundamentalmente patrimonional por lo que a los enfermos mentales se refiere. Sólo sirven para proteger a los enfermos ricos."74

En consonancia con los objetivos del Derecho Civil la incapacidad y la tutela establecen las garantías para la salvaguarda de la responsabilidad civil. Porque aunque un acto delictivo haya sido declarado inimputable a un individuo, las responsabilidades civiles que hubiere podido contraer han de estar cubiertas: la tutela cumple esta función primordial75.

"En una sociedad basada en el contrato, el alienado es aquel que escapa a todo vínculo de relación contractual. Pero al mismo tiempo deja de tener un cometido porque esta ausencia de derecho constituye su estatuto. Sufre una puesta bajo tutela unilateral a todos los niveles de la relación médica, institucional y de asistencia pública. El concepto de alienación es la expresión sintética de esta combinatoria de dependencia. La noción de alienación es el producto, la conquista de la medicalización del loco. "Medicalizar la locura" ha consistido, exactamente, en instituir ese estatuto de tutela... debe de contar con una legislación especial que proteja al mismo tiempo a la sociedad, a su persona y a sus bienes...Un tercer poder <administración y justicia>, médico, queda legitimado y asegura el nuevo equilibrio entre los otros dos. **Lo sacro de los principios del derecho ha dejado paso a esta racionalidad práctica representada por el examen pericial**."76

El peritaje psiquiátrico participa también en los juicios por incapacitación. Su labor como experto al servicio de la justicia, deberá ilustrar las posibilidades de gobierno y dominio del sujeto sometido a juicio. La pregunta que le hace la ciencia jurídica está conceptualizada en función de las exigencias propias de la misma, sin tener en cuenta los matices y pormenores que la

---

73 Op. cit. p. 58.

74 Op. Cit. p. 34.

75 Así lo establecen los artículos 19-22 de nuestro C.P.

76 Castel, p. 236, Si bien se refiere a la practica de los alienista, antecesores de la psiquiatría, muestra la profunda dependencia entre protección patrimonial, medidas médicas y la idealidad a salvaguardar.

psiquiatría pudiese establecer. Deberá pronunciarse en torno a la capacidad o aptitud del individuo para dirigirse con la responsabilidad exigible. Surgiendo los mismos problemas de diálogo apuntados para el Derecho Penal en el apartado anterior, por encontrarse la pregunta planteada en concordancia con los supuestos y finalidades determinantes del derecho.

Resumiendo, el Derecho Civil regula la posibilidad de entablar un proceso judicial de incapacitación para la protección, en la tutela del futuro incapacitado, de la responsabilidad civil que le es exigible. En el juicio por incapacitación entra también la psiquiatría, como peritaje auxiliador del juez. De resultar la sentencia confirmatoria de la incapacidad, el individuo pasará a adquirir un nuevo estado civil: incapacidad o restricción judicial por sentencia de la capacidad de obrar. El internamiento involuntario, privación de la libertad, ha de ser controlado judicialmente para garantizar los deberes y derechos del individuo. Predominan los intereses propios de la ciencia civil, la protección patrimonial y un modelo fundamentalmente patriarcal, al remitirse los vacíos legales a lo legislado acerca del menor de edad.

¡Error!Marcador no definido.

I.4.- DERECHO PROCESAL.

Si la razón de existencia del derecho es la de asegurar el bien jurídico diseñando las garantías legalmente pactadas para su protección, el Derecho Procesal tiene, en este aspecto, un papel primordial. Busca instaurar todos los requisitos formales posibles para que, una vez entrados en algún proceso judicial, sea civil, penal, mercantil, laboral...., avalar el respeto explícito de los derechos y deberes de la persona.

> "La meta del proceso penal debería ser investigar la verdad (material, lo que realmente ha ocurrido), para obtener siempre una sentencia justa y castigar claramente al verdadero culpable. Como dada nuestra condición humana ello no es siempre posible, en todo caso el proceso penal debe reunir las suficientes condiciones y garantías para que sea justo. Es decir, ..., aunque se llegue a condenar a un inocente, que es, no se olvide, siempre posible, a esta condena se debe haber llegado cumpliendo los principios procesales penales propios de un Estado de Derecho, y garantizando todos los derechos que protegen, constitucionalmente o por ley ordinaria, al imputado."[iv]

Refiriéndose al Derecho Procesal Penal, esta última cita aclara el carácter intermedio de esta parte del derecho. Puesto que cualquier parte del derecho busca respetar, y hacer respetar, la idealidad postulada, la especificidad del derecho procesal viene dada por diseñar explícitamente todas las garantías y figuras formales necesarias en el cumplimiento de la mencionada finalidad.

> "El Derecho Procesal se revela, como el conjunto de normas que contienen y desarrollan las reglas, condiciones y límites de las garantías constitucionales de los ciudadanos, en cuanto a la aplicación coercitiva e imparcial de las leyes, por los órganos jurisdiccionales, referidas a situaciones concretas, formalizadas según las pretensiones de las partes actuantes y decididas por medio de resoluciones imparciales conforme a un método jurídico establecido."77

Las formas en que se ha de proceder parar conducir adecuadamente un juicio, sus clases, los pasos y el orden en que se han de dar, en consonancia con el bien jurídico a respetar, constituyen su contenidos.

Cuando, durante la celebración de un juicio penal, o en la preparación del mismo (fase sumarial), el individuo de muestras de locura, trastorno mental es la palabra usada en la LECRIM, el juez ha de proceder a la comprobación de esos indicios de locura. Y ha de proceder en este sentido, puesto que la asistencia, el ser objeto de, al proceso judicial (desde la detención o el inicio de una causa de incapacitación, hasta el dictamen judicial en forma de sentencia, pasando por las fases sumarial y oral) ha de cumplir con un requisito previo e imprescindible: la concurrencia de la capacidad procesal del inculpado78. Es decir, la capacidad procesal se da por

---

77 Almagro 1990, p. 28.

78 En los causas de incapacitación es diferente, puesto que lo que es objeto de juicio no es, como en el caso de la comisión del delito, la inimputabilidad, sino la misma capacidad de obrar del inculpado, la cual podría afectar a la mencionada capacidad procesal.

supuesta siempre en la persona que ha entrado en un proceso judicial. Sólo los indicios o hechos probados pueden ponerla en duda.

> "La incapacitación del imputado impide la continuación del proceso. Falta el presupuesto de capacidad que el ejercicio del derecho a la defensa presupone, y que no puede ser sustituido por los mecanismos legales de la representación legal."79

El juez ha de comprobar, hacer comprobar vía peritaje psiquiátrico, siempre respetando el principio de contradictoriedad, la capacidad del sujeto de asistir con conocimiento de lo que le está sucediendo, en las diferentes partes de un proceso judicial.

> "Al Juez lo único que le interesa determinar es si el imputado, cuando cometió el delito, era consciente de sus actos. O, de haber sobrevenido el trastorno mental, si el sujeto analizado es capaz de comprender la acusación, saber que se le imputa un delito y participar conscientemente en el juicio oral."80

Según en qué momento del proceso judicial se produzca la sospecha y comprobación del trastorno mental, el procedimiento formal a seguir varía, desde la suspensión y archivo del sumario, hasta la eximente, pasando por el sobreseimiento libre81.

> "Si el fin es constatar la concurrencia en el imputado del presupuesto de su **capacidad procesal**, y la consecuencia fundamental, respecto a aquél, el tratamiento médico para que la recupere, y respecto al proceso, su suspensión, estamos ante un supuesto en el que se deben exigir especiales garantías para tutelar los legítimos derechos de los particulares afectados por el proceso, y del propio estado como titular del ius puniendi. Este no puede tolerar que sea sometida a juicio una persona incapaz, pero debe asegurarse antes de que efectivamente es incapaz; el particular acusador tiene derecho a pedir al órgano jurisdiccional una pena y la tutela del perjuicio civil sufrido por el acto ilícito; el imputado tiene derecho, a no ser juzgado y, lo que **para él** es sin duda mucho más importante, a un tratamiento médico-psiquiátrico digno que le lleve a la curación."82

La desaparición en la locura de la capacidad procesal tiene importantes consecuencias para el proceso judicial. Es de nuevo el peritaje el que ha de proporcionar las máximas al juez para adoptar la decisión acerca de su capacidad procesal. Y adoptar la decisión de someterlo a algo más importante, en función de esos principios constitutivos del bien jurídico, para el posible enfermo: el tratamiento terapéutico.

> "El régimen aplicable al tratamiento deber estar guiado por tres coordenadas: la finalidad de la reeducación y reinserción social que prescribe el art. 25.2 de la Constitución. La garantía de los derechos y libertades del enfermo, con el contenido y significado señalado por la Constitución. Y la garantía de la defensa social que postula una

---

79 Bernal Valls 1985, p. 975.

80 Gómez Colomer 1987, p. 97.

81 Para el estudio pormenorizado de los diferentes procedimientos formales a seguir según el período judicial en que se produzca la sospecha, y su posterior comprobación, véase Gómez Colomer 1987, así como la bibliografía acerca de los aspectos procesales del internamiento.

82 Gómez Colomer 1987, p. 90.

actuación tendiente a prevenir el riego de comisión de nuevos delitos."83

Es de nuevo la psiquiatría la que proporciona los contenidos a la ciencia jurídica, aportándole en consonacia con sus principios humanitarios y la solución para la difícil posición de la enfermedad mental.

Las leyes explícitamente procesales, y los contenidos procesales de otros códigos, diseñan los procedimientos formales a seguir, y a los que siempre se puede apelar exigiendo su cumplimiento, para la entrada de la peritación en el proceso judicial. Ha de cumplir con las normas en ellas establecidas, intentando respetar de esta forma los principios reguladores de la salvaguarda del bien jurídico.

Sintetizando lo dicho: El Derecho Procesal supone la participación consciente del inculpado, de aquél al que se le aplica algún procedimiento jurídico. Según el modo, momento, y lugar en el que sobrevenga algún tipo de conducta "anormal" las consecuencias para el desarrollos de los pasos procesales son de diverso tipo: desde la suspensión del juicio ante la incapacidad procesal del sujeto, el requerimiento de la opinión experta de peritos en ciertos momentos del procedimiento judicial y por petición posible de los distintos participantes, hasta la paralización del sumario. Existen tantos modos de actuar procesalmente con un individuo juzgable, en principio, y que "parece mostrar signos de locura o desequilibrio", como momentos en que aparezca un indicio para la sospecha. Ante esta sospecha, el juez actuará, en su deber-deseo de cumplir con la ley, con los procedimientos que considere oportunos para a la comprobación de la capacidad procesal del sujeto (¿es o no susceptible de entender, asistir y participar en la defensa consciente de sí mismo que supone idealmente un juicio oral?), solicitando la opinión de quien considere capacitado para ello, o un especialista.

83 Bernal Valls 1985, p. 981.

I.5.- OTRAS LEGISLACIONES.

Las diversas aplicaciones de las concepciones antes aludidas, como las fundamentales de la analítica jurídica de la locura, nos muestran su implantación en otros componentes de la legislación. Se hace, en este apartado, un pequeño resumen de las más importantes. Una referencia más completa se encontrará en un apartado de la bibliografía dedicado a la recogida de una relación bastante completa de la legislación relacionada con el tema de la enfermedad mental.

1) **Derecho administrativo.** Organización racional (mantenimiento del diálogo entre represión, curación y salvaguarda de los derechos idealmente inalienables) de las instituciones encargadas de la locura: hospitales, penitenciarias, hospitales de día....

2) **Legislación laboral.** Distintos modos y grados en que una persona queda incapacitada psíquicamente, minusvalía psíquica, retribuciones (pensiones, jubilación, retiro anticipado...) que se han de recibir; constitución de los diversos tipos de tribunales según los casos (siempre con presencia del experto), encargados de decidir la minusvalía y las cuantías de las ayudas. Dibujo cultural e institucionalizado de la valoración de las diversas partes del cuerpo, en este caso de lo psíquico; establecimiento de grados dentro de lo que hemos designado socialmente como no-sujeto, no-persona.

3) **Asignación de competencias** en salud mental, ¿a quién corresponde legalmente ocuparse de los problemas mentales que moralmente, y por derecho, debemos atender? La ley de régimen local coloca bajo las jurisdicción de las Diputaciones Provinciales lo que antes correspondía a la caridad, la iglesia y las instituciones privadas[v]. Con la creación de la Comunidad Autónoma y del traspaso de la competencia sanitaria, se responderá, o al menos así lo indican proyectos, anteproyectos y "estudios" realizados, de acuerdo con las exigencias de modernización, a la garantización institucional del derecho a la protección y atención de la salud mental, representado en los hospitales psiquiátricos.

I.6.- CONCLUSIONES/ CONTRADICCIONES.

La determinación de lo que sea el "sujeto tipo" de una sociedad por medio de la legislación en ella vigente dibuja, explícita e implícitamente, el perfil de su contrario: la desaparición de las características definidoras de la persona. Por un lado, la idealidad tiñe toda la analítica jurídica: ciudadano es aquel que actúa, en libertad y conocimiento de causa, sin estar absoluta y unívocamente condicionado (física o psicológicamente) a la acción. Pero, por otro lado, esta definición ideal que da sentido a todas las palabras legales, ha de explicitarse en el punto límite donde ve desaparecer sus rasgos principales: la locura plantea un problema fundamental para el discurso jurídico.

> "A partir de ahora la responsabilidad sin embargo no está simplemente ligada a esta forma de conciencia <definida anteriormente en relación con la responsabilidad en lo civil>, sino también a la inteligibilidad del acto en relación con la conducta, el carácter y

los antecedentes del individuo. Éste aparecerá tanto más responsable de su acto cuanto más ligado esté a él por una determinación psicológica... Estamos pues ante una paradoja: **las libertad jurídica del sujeto se prueba por el carácter determinado del acto; su irresponsabilidad se prueba por el carácter en apariencia no necesario del gesto**..., los entrecruzamientos entre la responsabilidad penal y la determinación psicológica se han convertido en una cruz del pensamiento jurídico y médico."[vi]

Sus conceptos han de esforzarse al máximo para definir y mantener vigentes las dos tendencias que parecen animarlo:

1) Cubrir todo lo que pueda significar peligro: protección ante los actos de aquellos que por definición, jurídico-médica, han pasado a ser no-hombres;

2) Garantizar lo que pueda haber de humano en aquello que se muestra como no-humano, pues la psiquiatría nos ha enseñado que cualquiera puede caer; la normalidad no es ya sinónimo de salud mental.

Peligrosidad, protección y defensa de lo inalienable encuentran su punto de apoyo y solución perfecta en aislamiento sometido a las garantías legales establecidas por la ley; lugar de encierro protector, de la sociedad y del propio individuo, del derecho general y de los derechos del individuo, y al mismo tiempo corrector y terapéutico. La función principal del asilo para el discurso jurídico, lugar de encierro del no-sujeto, no solo excluye, sino que vincula y normativiza84. Ambos supuestos encuentran su relación con la psiquiatría. Los contenidos de los que dependa la locura en sus roces con el derecho vendrán iluminados por la medicina mental en su labor aclaratoria de los conceptos legales.

La locura choca pues con los conceptos fundamentales del derecho, da lugar a contradicciones, y por ello a exigencias de sentido. Pero este último no puede dejar de dar respuesta a esta llamada de la irracionalidad-irresponsabilidad, ha de buscar coherencia. Son los mismos presupuestos inalienables de la persona, incluso de la mentalmente trastornada, los que la exigen.

Dependiendo, en **primer lugar**, del ámbito del derecho que se haya visto afectado, y que determina el sentido y la finalidad de actuación judicial:

a) El Derecho Penal por la previa comisión de un delito.

b) El Derecho Civil por la protección patrimonial de un presunto incapaz.

c) El Derecho Procesal por la sospecha de ausencia de capacidad procesal.

Es decir, sólo entra en contacto con el derecho previa comisión de un hecho extraordinario: delito/peligrosidad y protección patrimonial.

Dependiendo, en **segundo lugar**, de un valor humanitario añadido ahora al problema, pues la locura como enfermedad. Exige una atención especial: entra en funcionamiento la protección ante la enfermedad, dejando de importar el problema jurídico, para entrar en el problema médico.

De ambas dependencias, que responden, como hemos visto, a la protección del bien jurídico, surge la respuesta médica: la terapia para las enfermedades mentales, ha de incluir, en concordancia con la peligrosidad, que supone el contacto del individuo con una área legal, el

84 Foucault 1973h, p. 128.

internamiento con fines terapéuticos.85

Un estudio, realizado por Scheff en los años sesenta en EE.UU., acerca de las supuestos que funcionaban en los encargados de decidir el internamiento y la responsabilidad judicial de los individuos, nos muestra la confianza que la ciencia jurídica tiene depositada en la psiquiatría. Estos eran los principales supuestos:

"1) El estado de los enfermos mentales se deteriora con rapidez si no se les ofrece asistencia psiquiátrica.

2) Existen tratamientos eficaces para la mayoría de las enfermedades mentales.

3) A diferencia de la cirugía, el tratamiento psiquiátrico involuntario no implica riesgos: ayuda o es neutro, pero no hace daño.

4) El interrogatorio, contrainterrogatorio y otros procesos de "filtro" exponen al presunto paciente mental al estigma innecesario de métodos similares a los judiciales, y pueden deteriorar aún más su estado mental.

5) En la mayoría de las enfermedades mentales, hay un elemento de peligro para el enfermo o para los demás. Es preferible el riesgo de una internación innecesaria que el daño que el paciente podría hacerse a sí mismo o a los otros."86

Dejando de lado las valoraciones psiquiátricas de lo apuntado, objeto del siguiente capítulo, el papel jugado por la psiquiatría para la ciencia jurídica es fundamental: El internamiento terapéutico responde sobradamente a las dos exigencias que la animan:

a) Protección ante la peligrosidad: **encierro**.

b) Salvaguarda de los derechos y deberes de atención: **encierro terapéutico**.

---

85 La insistencia en la mencionada medida, pese al cuestionamiento de la misma como terapéutica por la psiquiatría, muestra el peso del carácter de peligrosidad en la decisión: "el manicomio no es único ni el mejor de los medios con que neutralizar la peligrosidad del demente." (Terradillos Basoco 1985, p. 124) Si bien hay que decir que el internamiento manicomial no ha dejado nunca de ser considerado necesario para ciertos casos agudos dentro de los parámetros de la psiquiatría.

86 Scheff, p. 140; las conclusiones de la mencionada investigación se encuentran recogidas en la obra citada, en su capítulo 5, pp. 122-142.

CAPITULO II.- DISCURSO MÉDICO, PSIQUIÁTRICO, PSOCOANALITICO Y PSICOLÓGICO

> "La necesidad en que se ve el hombre de dominar racionalmente las fuerzas naturales que le amenazan desde fuera, ha puesto a los sujetos en la vía de un proceso de formación que incrementa hasta el infinito las fuerzas productivas por mor de la pura autoconservación, pero que deja atrofiarse las fuerzas de la reconciliación que transcienden la pura conservación. La dominación sobre una naturaleza externa objetivada y una naturaleza interna reprimida es el permanente signo de la ilustración."[87]

Nos ocuparemos, en el presente capítulo, de los rasgos que encuadran la aparición de la locura dentro del discurso socialmente encargado de reparar los "problemas" por ella causados: "Discurso Reparador".

Intentaremos dibujar el perfil de la labor, primero de la medicina en general, y posteriormente de una de sus especialidades: la psiquiatría. Los conceptos de reparación, enfermedad y salud nos servirán para el perfil médico. Las contradicciones entre lo mental y los síntomas de enfermedades mentales, provocados por el antiguo concepto de alma y de el ámbito mental como superestructura, para el perfil de la psiquiatría.

Veremos las relaciones que se establecen entre la psiquiatría, el psicoanálisis y la antipsiquiatría, en el intento de llenar de contenidos que hagan manejable en forma de tratamientos el hiato entre la disfuncionalidad física, así como las anormalidades de la personalidad y el comportamiento. Compararemos definiciones para ejemplificar en enfermedades concretas, las perspectivas especificas de cada una de las mencionadas disciplinas.

Pondrá punto final al presente capítulo un intento de resumir las contradicciones y modelos que guían la práctica de la psiquiatría en el interior de nuestra sociedad occidental.

II.1.- ENFERMEDAD, SALUD: MEDICINA, CONSIDERACIONES GENERALES

Dos metáforas dan sentido a la práctica e investigación médica. Por un lado, la metáfora organicista, y, por otro lado, la metáfora de la cura (reparación). Con ellas intentaremos ilustrarar sus ideales y los contenidos concretos de una de sus partes, la psiquiatría, ciencia en difícil posición. Unido a una amplia definición de la salud, su fomento, protección y restauración, completan el bosquejo de los ideales que orientan la práctica médica.

La **primera** de las metáforas aludidas, considera como punto de comparación con el ser humano los organismos. Un órgano cumple una función, se adecua a los diversos cometidos de los que le rodean, formando en conjunto un organismo repleto de pequeñas partes en perfecto equilibrio. El hombre sería un organismo materialmente constituido por pequeñas partes, cada una

---

[87] Habermas 1985a, p. .

de las cuales aporta a la armonía del todo un diminuto fragmento de equilibrio. La unión equilibrada de las partes comporta la armonía de la totalidad. El mal funcionamiento, la disfuncionalidad detectada en el todo, es fruto del fallo de alguno de los componentes del sistema orgánico. El dolor y el sufrimiento son los signos-síntomas de esta disfuncionalidad, que no es sino un desajuste. Es la observación, el método de prueba y error, el que permite a la medicina encontrar los medios para aliviar el dolor; el síntoma es la llamada del organismo solicitando ayuda para el restablecimiento del equilibrio. Enfermedad, trastorno o disfuncionalidad que produce dolor, ante el que la mirada médica busca sanar, dar alivio, conseguir la curación.

La medicina se ocupa de buscar medios adecuados para solventar disfuncionalidades detectadas por la aparición de dolores o molestias. Presupone la construcción "ideal" de lo que sea su objeto de estudio; el cuerpo como organismo material, conjunción ordenada de partes, cada una de las cuales con su función específica (a determinar médicamente por medio de la práctica y la investigación), superpuestas en perfecto equilibrio. En el caso de que alguno de los componentes falle, funcione mal o se deteriore, repercute en todos los demás, provocando la aparición del dolor, signo-síntoma inequívoco de la disfuncionalidad; aparece así el síntoma definido como petición de ayuda por parte del cuerpo enfermo. El cuerpo, como organismo funcional es la base de cualquier tipo de tratamiento, de cualquier intento de responder a la llamada del síntoma.

La unión de determinados síntomas, constitutivos de los síndromes, en un mismo orden, en una misma evolución, permite a observador médico, prever los pasos del mal. La enfermedad adquiere así un contenido específico, un desarrollo observado en diversos individuos, y que parece permitir la previsión de pasos concretos en la evolución del síndrome. La medicina observa la evolución de estos síntomas, la unión de los mismos en un orden determinado, y el modo en que responden cada uno a la aplicación de tratamientos. Se busca así hacer desaparecer los síntomas, eliminar la enfermedad.

La metáfora organiscista hace de la enfermedad, y los síntomas, como una entidad en sí misma, con una evolución determinada, con unos pasos fijos que el médico podrá atajar si los prevee. La metáfora médica sugiere un "proceso definido que tiene lugar dentro del individuo: el desenvolvimiento y desarrollo de la enfermedad." [vii] Forma parte de esta concepción la consideración de la observación y diagnóstico como inocuos para el desarrollo del mal. Parecería que, considerando el cuerpo humano como todo orgánico la disfuncionalidad se desarrolla en una serie de paso fijos; es por eso por lo que no tiene repercusiones negativas la simple observación e identificación del conjunto de síntomas bajo un nombre ya fijado.

> "1) La enfermedad suele ser un proceso determinado, que se desenvuelve en forma inevitable y que, si no se detecta y se trata, se desarrollará hasta poner en peligro la vida o la actividad del individuo, y, en caso de enfermedades contagiosas la vida de otros individuos ... se basa habitualmente en el modelo determinista de la enfermedad.
>
> 2)... El médico adoptará, habitualmente , la hipótesis de trabajo de que la observación y el diagnóstico son, en sí mismos, neutros e inocuos en cuanto a los peligrosa resultantes de la enfermedad."[88]

---

[88] Op. Cit, pp. 107-108. Síntomas localizados enteramente en el enfermo, sin contar con los contenidos

La metáfora organicista considera el cuerpo humano como organismo material. Es en él donde encontramos los medios para terminar con la enfermedad. Entramos así en la **segunda** metáfora apuntada.

La comparación con un todo orgánico nos presenta las similitudes que guían la práctica médica en la consideración general de la enfermedad y el hombre. Este segundo tropo, la curación como reparación, ilustrará las concepciones imperante en torno a su propia labor. La cura sería la desaparición, al menos en cierta medida por intervención médica, de los síntomas del mal. Si por un momento consideramos la curación, la intervención terapéutica que intenta conducir hacia ella, como un proceso de reparación, buscando así similitudes entre la práctica médica y un servicio de reparación (un garaje de automóviles por ejemplo), encontraremos analogías y diferencias.

> "Sugiero que los ideales implícitos en el servicio de nuestra sociedad, arrancan del caso en el que el servidor tiene que reparar, construir o manipular un complicado sistema físico, que es objeto de la misma persona del cliente, o propiedad suya... relación de servicio..."[89]

Cuando acudimos a un mecánico ante un problema aparecido en nuestro coche, el especialista consultado examina el vehículo, busca los signos que en base a su experiencia le indiquen el origen-causa del problema, y aplica los medios necesarios para su solución. El médico trabaja en cierta medida bajo los mismos presupuestos. Se trata, en este segundo caso, de reparar, reconstruir o manipular los medios para la desaparición de los signos concretos del dolor-sufrimiento en un individuo concreto. El médico como especialista consultado, intentará reparar, en diálogo con los síntomas, su experiencia y el saber que le ha sido trasmitido, la disfuncionalidad del cuerpo humano; intentará hacer funcionar de nuevo en armonía las partes constitutivas del organismo. Después de la aparición del dolor, que provoca la consulta con un médico, su función principal es la desaparición reparadora de los síntomas que motivaron la consulta. Pero, mientras que en el caso del mecánico la reparación se hace sobre un objeto, en el caso médico el objeto a reparar es un hombre. Todos los valores socioculturales en torno al concepto general de humanidad determinarán entonces su actuación. Funcionarán gran cantidad de variables, que hacen de la especialidad médica, un tipo de relación de servicio muchísimo más valorada.

Si en el discurso jurídico la protección mediante garantías jurídicas determinaba, como vimos en el capítulo anterior, toda su práctica, y el modo de dibujar sus relaciones con la locura, ahora, la alta valoración de la vida humana, tendrá la misma importancia en el interior del discurso médico. La protección de la salud será determinante en la curación, y en la concepción organicista de la enfermedad. Tenemos, por un lado, la enfermedad como elemento constante en la vida del hombre, y, por otro, los intentos de enfrentarse satisfactoriamente con ella. En el cruce de

---

de los mismos en el contexto social; olvido de gran importancia en la psiquiatría.

[89] Goffmann 1961, p. 321. Goffman apunta esta comparación de la relación de servicio con la práctica médica, donde el objeto a reparar es el cuerpo humano, como medio de investigación de las relaciones interpersonales definidoras del yo, y de los roles sociales. Acerca de los aspectos sociales de esta comparación véase el capítulo dedicado a la mencionada metáfora en el autor citado, así como, en el presente trabajo, el apartado dedicado a la definición de la locura en las ciencias sociales.

ambos se encuentra la medicina: su objeto de estudio es lo negativo, la enfermedad, pero su finalidad está en eliminarlo y restablecer la "normalidad". La salud será el **tercer elemento** que dibuje, junto a las dos metáforas señaladas, los fundamentos e ideales de la práctica y saber médicos.

> "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de dolencia o enfermedad."[90]

Si con las dos metáforas anteriores se señalaba la preponderancia de los factores materiales (biológicos), con esta concepción ideal de la salud, entran en la medicina, los factores psíquicos y sociales. Contrarrestando así el predominio de una visión meramente determinista, orgánica y biológicamente marcada.

Hemos intentado, resumiendo ahora lo dicho, proponer tres aspectos que destaquen los matices y orientaciones de la práctica médica:

1) Metáfora orgánica: La enfermedad es una entidad observable, con un desarrollo y unos componentes determinados. Es el síntoma-signo de una disfuncionalidad en el todo orgánico que resulta ser el ser humano.
2) Metáfora de la cura: La función de la medicina busca idealmente hacer desaparecer los signos del mal.
3) Salud: Normalidad que el médico busca idealmente restablecer, como estado contrapuesto al de la enfermedad. Supone más factores que los meramente físicos o biológicos.

Fijarán los contenidos concretos de cada especialidad médica, orientarán su prácticas, siempre en consonancia con las exigencias del objeto concreto de estudio. La psiquiatría, parte de la medicina, estará bajo el influjo de los supuestos mencionados, pero verá dibujado su perfil al añadir un adjetivo, mental, al objeto de la medicina en general, la enfermedad. Siendo su objeto la enfermedad mental, su ideal a restablecer por medio de la cura, orgánica, será la salud mental.

II.2.- PSIQUIATRÍA

Trataremos en este apartado de indicar la adaptación a la que se ve sometido el modelo médico habitual para el estudio y tratamiento de la enfermedad mental. Primero analizaremos dos tendencias que animan ese ajuste, la dominada por la valoración tradicional del concepto de alma, y la relativa al cerebro, al ámbito mental, como superestructura rectora del actuar humano. En segundo lugar nos ocuparemos del principal tratamiento ofrecido por la psiquiatría: el internamiento terapéutico. Por resultar en cierta medida contradictorio con uno de los principales principios de la medicina, se hará necesaria una revisión crítica del mismo en el

---

[90] Organización Mundial de la Salud, O.M.S., 1946; De Miguel 1990, pp. 1-7, dedicadas al mito de la salud: "...intensidad con la que las personas solucionan o se adaptan a sus problemas y condiciones externas (Illich, Némesis médica, Barral, Barcelona 1975)", op.cit. p . 5.

interior de la propia psiquiatría. Será la antipsiquiatría, con orientación psicoanalítica, la cuestionadora de los presupuestos clásicos de la psiquiatría. Analizaremos y compararemos definiciones de las tres disciplinas mencionadas, para encontrar a la base de las tres un mismo afán reparador.

A.- DIFICULTADES CONTENIDAS EN EL CONCEPTO DE ENFERMEDAD MENTAL

La medicina en general busca sanar las dolencias indicadas por los síntomas. Bajo una orientación fundamentalmente empirista, es el intento de controlar las disfuncionalidades corporales.

Cuando aquello a lo que debemos atribuir la disfucionalidad es el cerebro, el ámbito mental de la corporalidad, los problemas de definición del objeto de estudio, de determinación de las terapias a utilizar, dificultan el esbozo claro de los contenidos de una disciplina dedicada específicamente a los desórdenes mentales. Dificultades que se deben, en parte, al entrecruzamiento de dos tendencias: **por un lado**, la consideración de la mente, alma en la consideración tradicional, como lo inalienable del hombre, por ser su característica definidora, que ahora en contacto con algo sucio, negativo: la enfermedad. **Por otro lado**, la mente como superestructura corporal hace desdibujarse los contenidos y la topografía de sus disfuncionalidades. Son ahora desarreglos difícilmente achacables a algo físico concreto, por afectar al órgano rector del cuerpo. Empezaremos por la aclaración de la primera de las tendencias señaladas.

El hombre como todo orgánico mediatiza la entrada de la medicina de la locura: los trastornos mentales son disfuncionalidades del cerebro, de la mente. Su carácter aparentemente no físico se debe a las características propias del órgano afectado. Las disfuncionalidades del elemento organizador de todas las funciones del cuerpo son a alto nivel, presentan sintomatologías "super-estructurales": las estructuras funcionales se van superponiendo en el hombre hasta llegar al cerebro, órgano rector de todas y cada una de las funciones de los componentes inferiores. Cuando algo no marcha en las reacciones químicas del cerebro se producen grupos de síntomas que afectan a muy diversas partes, careciendo, a primera vista, de soporte físico: comportamientos anormales, angustia, alteraciones de la personalidad,...

> "Si ha habido, pues, paralelismo entre la patología mental y la patología orgánica no es sólo en función de cierta idea de la unidad humana y del paralelismo psicofisiológico, sino también por la presencia en ambas de dos postulados concernientes a la naturaleza de la enfermedad. Si definimos la enfermedad mental con los mimos métodos conceptuales que la enfermedad orgánica, si aislamos y si reunimos los síntomas psicológicos del mismo modo que los síntomas fisiológicos, es ante todo porque consideramos la enfermedad mental u orgánica como una **esencia natural manifestada en síntomas específicos.**"[viii]

Lo mental, lo psíquico designa, en el discurso médico, esta "superestructura" articuladora de las demás. Una larga cita de Szasz nos servirá para aclarar lo dicho, y entrar en una

nueva problemática.

> "Partiendo de estados como la sífilis, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, los calcinomas y las fracturas creamos la clase `enfermedad'. En su comienzo sólo unos cuantos items integraban esta clase, y todos ellos compartían la característica común se ser un estado funcional o estructural perturbado del organismo humano considerado como máquina físico-química. Con el trascurso del tiempo se agregaron a ésta clase items adicionales. Sin embargo no se los agregó porque fueran trastornos orgánicos descubiertos. En último término el médico desvió su atención de estos criterios, concentrándola en cambio, en la incapacidad y el sufrimiento como nuevos criterios de seleccionar. De este modo, estados como la histeria, la hipocondría, la neurosis obsesivo-compulsiva y la depresión se sumaron, al principio con lentitud, a la categoría de enfermedad. Luego, con creciente ahínco, los médicos, y en especial los psiquiatras, empezaron a llamar `enfermedad' (esto es, por supuesto, `enfermedad mental'), a todo aquello que permitiera detectar algún tipo de disfunción, sobre la base de cualquier tipo de norma."[91]

El paso del criterio orgánico al de la incapacidad y el del sufrimiento, en palabras de Szasz, condujo a la consideración de enfermedad mental como todo aquello que se excediese de acuerdo con una norma. Lo mental como superestructural hace que los síntomas de sus desarreglos, detectables en el comportamiento, sean difícilmente asociables a fallos orgánicos concretos. Es difícil encontrar la relación entre un fallo físico, como puede ser una falta de litio en el cerebro, o un determinado orden en los cromosomas, y, por ejemplo, la depresión maníaca de un paciente, o con el deshilado discurso de un esquizofrénico, donde se superponen diversas personalidades. (Parece lógico, pues, buscar coherencia, para rellenar ese vacío entre el desarreglo físico y la anormalidad comportamental, acudiendo a explicaciones de marcado carácter social o psicológico, pues sabemos el relevante papel que en los rasgos de la personalidad juegan los factores socio-psico-culturales). Es por eso por lo que Szasz considera la enfermedad mental como un mito, y la necesidad de tender a tratar estos problemas desde una perspectiva relacional[92].

Nos referíamos antes a una segunda tendencia, relacionada con la concepción tradicional del alma. Sus enfermedades, dado el carácter superior del alma frente al cuerpo, recordaban la relación de aquella con la divinidad[93]. El loco era el exceso de razón, por ser incomprensible, pero también era el símbolo de la divinidad, el "oráculo" a escuchar: la divinidad hablaba a través de sus labios. Con la entrada del paradigma empirista la locura deja de ser desveladora de misterios, extraña conexión con lo divino, para cerrarse sobre la fisicidad del cuerpo: la materialidad orgánica de la enfermedad hace del alma algo en contacto con su tradicional contrario. Si alma era por definición lo no material, al caer enferma, y ser considerada la enfermedad con rasgos propiamente materiales, la paradoja es clara: la espiritualidad materialmente enferma.

---

91 Szasz 1961, p. 55.

92 Op. cit. en la introducción, matiza mucho la necesidad de cambiar hacia esa nueva metáfora orientadora.

93 Véase Foucault 1961a, en la primera parte dedicada a la concepción de la locura antes del renacimiento, antes de la época clásica.

Permanece la alta valoración de lo mental, de lo relacionado con el alma, cómo símbolo representador de lo más humano, con un carácter escasamente material.

Parecen cruzarse, por una lado, **1)** la concepción de la mente (el alma) como lo superior, lo inalienable del hombre, ante lo cual hemos de andar con precaución; la extrañeza ante lo inalienable del hombre, siempre con rasgos de divinidad, de idealidad; y, por otro lado, **2)** la protección ante la muerte y la enfermedad como lo otro, lo material, lo sucio; la lucha ante la enfermedad y la muerte desde un abierto empirismo cosifica la mente. Dos precauciones encuentran su unión en la locura, punto de encuentro de contradicciones. La unión de esta inmaterialidad del alma con la concepción organicista de la enfermedad dará lugar a roces, desplazamientos y contradicciones. Genera dificultades a la hora de determinar el objeto de una ciencia llamada psiquiatría.

El yo, el comportamiento, la personalidad (esa superestructura de la medicina orgánica) encuentra sus raíces explicativas en algo más que lo puramente físico. La personalidad ha de ser pensada como una espacio vacío, una estructura informe dispuesta para su composición[94]. Es preguntarse los porqués y cómos de las cosas. Es la entrada de la subjetividad de lo hasta ahora considerado como síntoma o manifestación de una esencia natural incorruptible, la enfermedad. Significa la entrada del tercer elemento señalado en el apartado anterior, la salud definida de acuerdo con criterios no meramente fisiológicos.

Diferenciamos dos tendencias que animan la entrada en la medicina de los problemas mentales. **Por un lado**, la supervivencia de ciertos componentes tradicionales, a través del concepto de alma, su valoración positiva, y las precauciones ante sus disfuncinalidades. **Por otro lado**, la dificultad de localización de los problemas superestructurales: el yo, la personalidad difumina el carácter orgánico de la enfermedad. Es por esta segunda tendencia por lo que las diferentes ramas de la psiquiatría se especializan desde las enfermedades con una componente somática detectable, hasta las encargadas de las menos somáticamente reconocible. Desde la neuropsiquiatría o la psiquiatría biológica y genética, hasta la psicología. Desde las psicosis orgánicas (demencias, esquizofrenias...) hasta las anomalías psíquicas (principalmente neurosis), pasando por las psicosis endógenas (epilepsias, psicosis,...)[95].

---

[94] Goffman nos dice que la construcción y actuación del yo, de la personalidad es siempre contra algo; Laing descubre la estructura del yo en su definición como aprendizaje de relaciones de relaciones mediatizadas por relaciones.

[95] Seguimos así la clasificación clásica de Schneider, citado en un cuadro resumen por A.Seva Díaz 1979, p. 257.

B.- TERAPIA: INTERNAMIENTO MANICOMIAL Y SUS CONTRADICCIONES.

Si la psiquiatría, siguiendo de nuevo a Scheneider, es definida como: "todo lo que sirve para el reconocimiento, explicación, evitación y curación de las anormalidades psíquicas."[ix], o como:

> "Defino la psiquiatría como aquel ámbito del saber, institucionalmente médico en el actual momento histórico, que se ocupa de las consideradas alteraciones psíquicas (mentales o de la conducta) cualesquiera que sea su génesis, en lo que concierne a la dilucidación de su naturaleza, en lo que concierne a la interpretación de las mismas y a su posible terapéutica." [96]

¿Cómo responde la psiquiatría ante cada uno de los males que son médicamente su objeto?, ¿cómo quiere proporcionar la cura y responder a la definición ideal de salud?, ¿cúal es el tratamiento curativo propuesto mayoritariamente?, ¿qué aporta la psiquiatría en la satisfacción de su exigencia principal como disciplina médica: la curación?, ¿cómo garantiza la salud mental que idealmente pretende restablecer con cada uno de sus tratamientos?

La respuesta generalizada ante la enfermedad mental, desde la psiquiatría es el encierro en un centro médico especializado en estas dolencias: el internamiento manicomial. Siendo una medida de privación de la libertad del paciente, médicamente dirigida, se entiende su alto grado de impopularidad, o al menos de sospecha de arbitrariedad. ¿Cómo casa entonces esta medida con los principios de la psiquiatría? Se encierra todo aquello que puede resultar peligroso, el individuo loco conlleva riesgos[97], tanto para el resto de la comunidad como para la propia vida del paciente. Es esta noción de riesgo la que hace coherente el encierro como terapia, dando así contenido científico a los conceptos jurídicos de peligrosidad del enfermo mental. La protección de la vida ante la enfermedad lleva en este caso a la reclusión. Los principios organicistas que dominan la concepción de la enfermedad harían pensar en un predominio en psiquiatría de las terapias orgánicas. Pero la primera medida, la más conocida, consiste en cortar las relaciones del individuo enfermo con el mundo que lo rodea y recluirlo en un centro donde se le intentará reconstruir su salud mental (una institución total en el sentido señalado por Goffman 1961). Parece una contradicción, al menos aparente, entre una ciencia eminentemente empirista, donde las enfermedades son entidades que evolucionan con independencia del contexto social, y el internamiento terapéutico, cuyas finalidades son: 1) Aislar al individuo de su ambiente, pues resulta peligroso mantenerlo en él; 2) Proporcionarle un ambiente y unas terapias adecuadas para la recuperación de su salud mental. (Todo tratamiento psiquiátrico en el interior de una institución de salud mental, generalmente estaba constituido por terapias principalmente físicas (Químicas, electro-convulsión, camisas de fuerza...). Con las críticas a la psiquiatría se tiende a aplicar, en teoría, en los casos agudos y dependiendo de un minucioso análisis del caso concreto).

Podríamos decir que la terapia planteada es eminentemente social, pues quiere reconstruir un ambiente socialmente más beneficioso para el paciente, pero se ha llegado a ella

---

96 Castilla del Pino 1979, vol I, pp 21.

97 Foucault 1981a, pp 256-257.

desde presupuestos aparentemente asociales[98].

C.- PSIQUIATRÍA / PSICOANALISIS / ANTIPSIQUIATRIA

Esta contradicción que señalamos fue apuntada, en los años sesenta y setenta, por la antipsiquiatría, cuestionando la validez de la propia disciplina psiquiátrica. La antipsiquiatría subrayará los componentes sociales de la locura, y criticará el encierro como medida médica, pues su auténtico sentido lo encontramos en la represión social de la diferencia. Cuestionado el encierro terapéutico como medio útil de curación, modo de anulación de disfuncionalidades sociales (que conlleva la cronicidad y potenciación de lo que, como mediación curativa decía corregir), la antipsiquiatría plantea una duda importante: la locura parece no quedar completamente explicada como enfermedad (disfuncionalidad) orgánica. Descubrimos en ella componentes de otras índoles. Indaguemos buscando no dar explicaciones que respondan de modo unívoco a lo complejo.

Los factores sociales de la definición ideal de la salud hacen su entrada en un cuestionamiento radical de los contenidos de la psiquiatría. Con la antipsiquiatría la locura va a ser entendida como una petición de socorro que la medicina no ha sabido responder. Ante la alteración se anula la posibilidad de dialogar con ella, se la encierra en el manicomio. Es la respuesta social ante lo que no logra entender y descubre como extraño, peligroso. La antipsiquiatría muestra las dependencias sociales de lo definido como meramente cerebral, pero tratado terapéuticamente con un encierro eminentemente social. Ante tal contradicción se plantea la necesidad de dudar de un saber médico del loco que ha obtenido sus contenidos gracias a la anulación de aquello que pretendía estudiar[x]. El encierro no resulta adecuada solución a lo definido como meramente físico. Plantémonos la posibilidad de pensar los componentes sociales que definen la locura[99].

Entre la psiquiatría tradicionalmente entendida en consonancia con una medicina anatómico- biológica, y los planteamientos sociales de la antipsiquiatría[100], nos falta un elemento mediador. Papel de mediación lo han jugado Freud y su psicoanálisis[101]. El psicoanálisis[102]

---

98 Para Castel 1975 el nexo de unión entre ambos polos de la contradicción lo proporcionaría, el problema que se le plantea a la ciencia penal con los locos, y la solución que los alienistas, padres de la psiquiatría, le dan a la mismo: internamiento, pero internamiento terapéutico. Con ello la psiquiatría gana poder y cientificidad, y el derecho coherencia y mantenimiento de su poder.

99 Gracias al psicoanálisis, introductor de la familia como definidora del yo del individuo, entran las preguntas sociológicas; si bien hemos de tener en cuenta que ya la los alienistas podrían considerarse como antecesores de un psiquiatría social, era la anomía social la que consideraban como causa de la locura, de ahí el aislamiento moral frente a su manifestación: se trataba de reconstruir en el manicomio el ideal de una sociedad realmente perfecta: Castel 1975, pp. 125-126.

100 En consonacia con las reivindicaciones sociales del marxismo, la locura exige para su curación, el cambio social. para la ilustración de esta tendencia véanse cualquiera de los escritos citados en la bibliografía de F.Basagglia, así como el capítulo del presente trabajo dedicado al discurso de las ciencias sociales.

101 Se suelen diferenciar dos tendencias que animan la obra de Freud, su preocupación por lo orgánico,

designa los problemas psíquicos como alteraciones de la construcción del yo (personalidad, psique, alma...) en la infancia, en el interior de la familia. El enfermo mental, psicótico, es aquel con algún tipo de deficiencia en la construcción de su yo, y requiriendo una solución busca el medio que sus referencias insuficientes, encuentran como apropiado. Aparece un individuo cuyo comportamiento extraña a sus congéneres, y normalmente a él mismo, siendo interpretada por el psicoanálisis como una petición de ayuda. El yo es fruto de una construcción física (interna) apoyada en relaciones sociales. Hemos de darle una "pastilla" al enfermo, pero puesto que descubrimos como causa del problema la mala construcción y solución de la relación edípica, nuestra pastilla ha de ser relacional: ayudemos a reconstruir el yo del sujeto.

D.- PSICOANALISIS: EL MITO DE EDIPO, EL INCONSCIENTE Y EL CONCEPTO DE TRANSFERENCIA.

"El yo racional es conciencia de rectificación."[xi]

Haremos un pequeño paréntesis y nos detendremos en una breve referencia a algunos conceptos del psicoanálisis: el complejo de Edipo, la noción de trasferencia, y una esquemática alusión a la problemática noción de inconsciente ocuparán ahora nuestra atención.

Dada la cantidad de interpretaciones existentes del legado freudiano, la que presentemos aquí no puede ser sino parcial e interesada. Buscaremos en ella resaltar los rasgos de su concepción de la enfermedad mental y el hombre normal. Rasgos influyentes en las críticas presentadas por la antipsiquiatría a la psiquiatría tradicional. Permitiendo introducir en ella hipótesis explicativas del hiato entre la superestructura mental (alma) y sus disfuncionalidades en la personalidad. Son estas reflexiones psicoanalíticas las que median en la entrada de la problemática social en la curación, diagnosis y producción de la locura.

El hombre, a diferencia de los restantes animales, es un animal inacabado. Necesita de otros hombres para terminar la formación biológica con la que nace. Lo que la naturaleza, a través de la constitución biológica no le aportó, han de dárselo los hombres que rodean al recién nacido. Necesita alimentos, calor y protección. Pero exige además, para completarse y poder valerse de forma más o menos autónoma, elementos de la cultura y sociedad. El lenguaje, las costumbres, los hábitos... son ejemplos de estas aportaciones socioculturales. Si le faltan alimentos no sobrevivirá. Si carece de calor o de protección perece. Pero si se le priva de la sociedad y de la cultura (piénsese en los numerosos casos de niños lobo), carece de los rasgos que lo identifican como humano. El hombre exige, para serlo, de la sociedad y la cultura, de la presencia de otros

---

lo científico (representado por su formación como neurólogo), y una inquietud, que algunos no dudarán en llamar poética.

[102] Esta disciplina está lejos de ser unitaria. Se podría decir que existen tantos tipos de psicoanálisis como interpretes-lectores fieles de Freud; desde la internacional psicoanalítica hasta los círculos lacanianos, con infinitas escisiones y heterodoxias. Se alude al psicoanálisis como una unidad en función, de acuerdo con una cierta interpretación del legado freudiano, del problema que aquí nos ocupa.

iguales a él.

El complejo de Edipo ilustra en Freud esta dependencia del otro. Es en el seno de la familia[103] donde el niño adquiere los modelos que guiarán sus futuras actuaciones. La infancia es la época de la moldeabilidad. Y los modelos que la familia le ofrece al infante serán los adoptados por el niño/adolescente.

El complejo de Edipo es el aprendizaje de las relaciones amor/odio. Entre padre, madre e hija/o se establece un triángulo que dará al infante las pautas de sus futuras relaciones interpersonales.

> "`El complejo de Edipo es la culminación normal del desarrollo sexual infantil, así como la base de todas las neurosis' (FENICHER, O).
>
> Según esta teoría , todos los niños pasan por una etapa en la que el se elige al progenitor del sexo opuesto como objeto sexual, lo cual promueve intensa hostilidad y rivalidad hacia el progenitor del mismo sexo. El niño que evoluciona hacia el estado adulto normal resuelve este conflicto edípico: rechaza al progenitor del sexo opuesto como objeto de deseo sexual y se identifica con el de su sexo. El rechazo de la figura parental como objeto sexual lo libera de ulteriores impulsos sexuales incestuosos y, por ende, cargados de sentimientos de culpa, mientras que la identificación con el progenitor del mismo sexo configura el primer paso hacia la configuración del superyo, verdadera base de una estructura psíquica adulta normal."[104]

La libido (instinto, fuerza sexual) impulsa el deseo del sujeto. Con los cambios (odio/amor) que se suceden en el triángulo edípico, el niño va adquiriendo los modos de ser de los que carecía. La exigencia de satisfacción del impulso sexual estimula el relleno de pautas o moldes en la convivencia con los progenitores. El individuo se va convirtiendo en una "réplica" personalizada de los modelos aportados por sus padres. En el choque con ellos[105] se va constituyendo su propia personalidad. La personalidad del individuo es siempre "un conjunto de relaciones y de relaciones de y con relaciones."[106] El choque o conflicto con los padres no significa otra cosa que el impulso, la exigencia del individuo de una personalidad propia que satisfaga el impulso sexual. Es la satisfacción de esta exigencia la que proporciona una identidad. Superado el conflicto, conseguida la propia identidad, los modelos adquiridos en las relaciones familiares guiarán los pasos del individuo. Es con esos modelos con los que se enfrentará a otras personas, y la identidad personal se va modificando en el seno de las relaciones con los otros.

> "La relación de cada persona consigo misma está normada a través de las relaciones entre las relaciones que comprenden el conjunto de relaciones que tiene con los

---

[103] La concepción freudiana de la familia ha recibido numerosas críticas desde la etnografía y las ciencias sociales, por coincidir con los moldes de una familia típicamente occidental, burguesa y decimonónica. Los intérpretes de Freud suelen responder a esta crítica, considerando el complejo de Edipo como interpretación metafórica, marcada excesivamente por su momento histórico, del carácter inacabado, moldeable, característico del hombre, y en especial de esa primera etapa de su desarrollo, la infancia. Es en este sentido en el que nos referiremos aquí a él.

[104] Scheff, p.17-18.

[105] La constitución del yo es siempre contra algo: Goffman 1961, p. 315.

[106] Laing 1967b, p. 41.

demás."[107]

Watzlawick nos ofrece una explicación no explícitamente psicoanalítica, que permite comprender la información que a través del complejo de Edipo adquirimos cada uno de nosotros. Diferencia, el autor citado, dos ejes de coordenadas existentes en toda comunicación. Uno sería el formado por los contenidos lógico-racionales de la relación comunicativa. Otro, el que aquí nos interesa, conlleva la fijación de los moldes y reglas de una relación ideal en las mismas circunstancias.

"Toda comunicación tiene una aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación."[108]

En una interrelación humana cualquiera se incluyen pautas y normas de cómo debe ser. Se espera del que tenemos enfrente, en una interacción cara a cara, que responda de una manera determinada, y que por ejemplo, al saludarlo, no recibamos como contestación un puñetazo. Estas expectativas son transmitidas en ese segundo eje que diferenciábamos de acuerdo con Watzlawitk[109]. Dada la moldeabilidad del hombre en sus primeros años, y dada también la exigencia de una identidad propia, los modelos ofrecidos por su otros significativos[110] marcarán las relaciones que el individuo establezca en el futuro.

El conjunto de normas y moldes que se ha ido formando en su relación con los otros, le hacen reprimir ciertos impulsos por ser considerados negativamente. Van formando su inconsciente[111]. Con este nuevo concepto se introducen las características reprimidas que dirigen las relaciones, constituye un aspecto de ese segundo eje de coordenadas apuntado por Watzlawick.

La familia, el padre y la madre como primeros representantes de lo que el niño se va a encontrar en el mundo, son patrones de la familia occidental, constituyen el lugar dentro del cual el individuo ha de recibir las piezas necesarias para la construcción de una relación no-conflictiva (no-loca) con el mundo. Sólo si se comprenden las relaciones hombre-mundo como

---

107 Laing 1967b, p. 42.

108 Watzlawitk 1967, p. 59; También denomina a estos aspectos digital y analógico de la comunicación (Op.cit. p. 68), complementados entre sí.

109 Es esta metacomunicación la que constituye lo que en la obra citada denominan mundo de tercer orden: metasistema de creencias necesario. No importa cuál sea concretamente su contenido,sino el hecho de que exista alguno, para la relación con el mundo (Op. cit. pp. 239-240). La teoría del doble vínculo, hipótesis formulada por Bateson para la esquizofrenia, considera la posibilidad de entender ciertos aspectos de la personalidad esquizofrénica como resultado de una paradoja comunicativa: "...debe vivir en un universo donde las secuencias de hechos son de tal índole que sus hábitos comunicacionales no convencionales resulten en cierto sentido adecuados..." (Bateson, G. - Jackson, Don D. - Haley, J. - Weakland, John; " Toward a Theory of Schizophrenia", Behavior Sciencie, 1: 251-64, 1956, p. 253), citado en Op.cit. p. 196, adecuados pero emocionálmente contradictorios.

110 Otro Generalizado en Mead, Espíritu, Persona y Sociedad, Paidos, Buenos Aires 1972, parágrafo 20 (pp. 182 y ss.); El otro generalizado designa una "imagen mental" de la sociedad en su conjunto, en conversación con ella se produce la ontogénesis del yo. Berger y Luckmann, p. 68 y ss. Los otros significativos son los individuos más cercanos afectivamente al yo, filtran para él la información, se la entregan mediatizada.

111 El super-ego sería el representante ideal, en el "interior" de la conciencia del individuo, de lo considerado por cada sujeto como conciencia social.

reciprocidad (amor/odio) podrá el individuo adoptar posturas no-conflictivas, tanto para él como para la sociedad que lo rodea.

¿Cuándo y cómo aparece la locura en este proceso?, ¿cómo explica el psicoanálisis la presencia de conflictos en el interior de la personalidad?

Si por alguna circunstancia los modelos se tornan rígidos, invariables e innegociables, aparece el conflicto, pues no sirven al individuo en su relación con el mundo. Caracterizábamos la infancia como un período de moldeabilidad. Pero la maleabilidad de la identidad personal exigida por los impulsos sexuales no desaparece con la niñez o la adolescencia. La identidad necesita de constantes readaptaciones. La negociación y adaptación de la personalidad es constante en cualquier nueva relación. El conflicto edípico aporta un primer molde de relación, pero se verá modificado por la biografía personal de cada sujeto. Si por alguna razón permanece inmutable, sin constantes reinterpretaciones y cerrándose sobre sí mismo, surge entonces el conflicto.

> "...no puede haber una madre sin un hijo. Pero los patrones de la relación madre-hijo se modifican con el tiempo. El mismo patrón que resulta biológica y emocionalmente vital durante una fase temprana en la vida del niño se convierte en un serio obstáculo para su desarrollo ulterior si no se permite que tenga lugar un cambio adecuado en la relación."[112]

La enfermedad mental es un intento de "coherencia" con los moldes transmitidos, es sin embargo una coherencia que no negocia las pautas retransmitidas. En vez de readaptación tenemos rigidez.

> "...pienso (...) que la enfermedad mental es la salida del organismo libre inventada para poder vivir una situación no vivible."[113]

Los síntomas aparecerán como intentos de superar un problema que se le presenta al individuo obedeciendo rígidamente a lo aprendido. Son comportamientos coherentes con las pautas transmitidas y convertidas en inconscientes. El psicoanálisis interpreta un síntoma, como por ejemplo el autismo, como petición de ayuda ante la imposibilidad de solucionar la contradicción entre una pauta rígidamente considerada y la negociación exigida en una nueva situación. El paciente respeta así su inconsciente, su "diálogo interno" es coherente, pero al precio de permanecer en una especie de parálisis: es incapaz de cambiar y readaptar sus normas a una nueva situación. Si situamos el problema en un contexto donde se produzca un constante refuerzo de las normas en conflicto, en el seno familiar por ejemplo, tenemos al individuo en la situación de "parálisis" autista. La ayuda que pueda recibir, orientada en la conformación de otras normas, se anula cuando la situación familiar fortalece permanentemente los moldes causantes del problema. El paciente no puede superar el conflicto y enfrentarse con la realidad. Su solución es replegarse hacia el interior, la parálisis: el autismo.

El psicoanálisis subraya la dependencia del yo con lo dado como muestra de humano por los congéneres, en un período de la vida, la infancia, caracterizado por la plasticidad,

---

[112] Watzlawick 1967, p. 105.

[113] J.Sartre, "Prologo", LAING,J.P.-COOPER., p. 9.

la moldeabilidad. Si hay alguna "deficiencia", provocada por mil causas posibles, la relación constructiva del yo con el mundo no se hace posible, aparecen conductas patológicas.

El problema se encuentra en la imposibilidad del paciente de entablar relaciones constructivas con el mundo que lo rodea. La cura psicoanalítica buscará dar al paciente las pautas para superar esa rigidez, y entablar un diálogo constructivo.

En las palabras de una paciente de Laing observamos cómo la reconstrucción de la personalidad, con las nuevas pautas aportadas por el terapeuta, permite la continuación de una vida normal:

> "Todo el mundo debería poder volver su mirada hacia su memoria y tener la seguridad de que hubo una madre que lo amó a todo él; aun en sus orines y en sus excrementos. Estaría seguro de que su madre lo amaba simplemente por ser él mismo; no por lo que podía ser. De otro modo siente que no tiene derecho a existir. Siente que no debería haber nacido.
>
> Por mucho que le ocurra a esa persona en la vida, por mucho que se le hiera,podrá siempre volver la mirada sobre eso, y sentir que es digno de amor. Puede entonces amarse así mismo y no se le podrá destrozar.
>
> **Sólo se le puede destrozar a uno cuando ya está hecho pedazos**. Mientras mi yo-bebé nunca fue amado, entonces estuve hecha pedazos. Al amarme como un bebé, **usted me ha reconstruido**. (JOAN, una paciente)."[114]

El analista proporcionará, en las sesiones terapéuticas, el "vocabulario" que permita explicarse al paciente el porqué de la situación conflictiva en la que se encuentra. Mediante la asociación libre (regla básica) y la interpretación de signos (sueños, o los proporcionados por la libre asociación), considerados significativos por trasmitir información acerca de las pautas inconscientes por las que se rige el paciente, le irá "conduciendo" hacia la curación. Deberá comprender la inviabilidad de mantener con carácter fijo, inamovible, una pauta, norma o modelo; pues todos ellos han de ser negociables en la interrelación cotidiana.

> "La labor de la psicología dinámica consiste en reconstruir, partiendo de ciertas manifestaciones dadas, la constelación de fuerzas que dio origen a estas manifestaciones. Tras el cambiante cuadro manifiesto, encontramos sus fundamentos dinámicos: impulsos que tienden a la descarga y fuerzas inhibidoras de rechazo. Los primeros esfuerzos del analista están dirigidos a eliminar los obstáculos que impiden una expresión más directa de dichas fuerzas, lo que trata de conseguir por medio de lo que se llama la regla básica. Se pide al sujeto que, sin hacer selección alguna, diga todo aquello que pasa por su mente.
>
> Para comprender el significado de esta regla debemos recordar como actúa en su vida cotidiana una sintonía que no se ajusta a la misma. Sus impulsos hacia la palabra o la acción están determinados por a) estímulos externos de toda índole; b) su estado físico, que da origen a estímulos internos y determina la intensidad y modalidad de las impresiones producidas por los estímulos externos; c) ciertos fines conceptuales, el pensamiento de lo que desea hacer o decir, que le hacen eliminar todo aquello que nos atañe al tema, y d) los

---

[114] Laing 1960, p.168.

derivados de todos los impulsos rechazados que pugnan por encontrar una descarga."[115]

La transferencia es la asunción por parte del enfermo del modelo ofrecido por el analista como la nueva norma ideal a seguir. Abandonando de esta manera las normas que posee desde su infancia; adoptando en su lugar, de forma absoluta, e incuestionable, las que él considera propuestas por el terapeuta. En este momento el paciente es una reproducción inflexible de la imagen ideal que tiene del analista (está enamorado de su terapeuta). El psicoanalista deberá eliminar esta imagen, pues es una mera sustitución irreflexiva de una norma fija por otra nueva. Lo hará por medio de una contratransferencia, con la que destruirá la imagen ideal (amor/odio) que el enfermo poseía de su terapeuta. Tendrá así el "ejemplo"[116] de la constante necesidad de reconstrucción del yo que caracteriza a la personalidad normal. Deberá mostrar como problemática su propia concepción del mundo, pues la ofrecida durante el psicoanálisis no es tampoco una visión a absolutizar. Abreacción es la "representación" de los problemas psíquicos del terapeuta[117]. Es la representación de la crisis que le permitió superarlos. La abreacción sirve como medio de provocar la trasferencia.

Después de ayudar al paciente a entender sus problemas, después de que asuma la imagen que le ofrece el terapeuta como ideal, se le presentan las contradicciones y los problemas psíquicos de esa misma imagen. Verá así como las normas y modelos que se le ofrecen, primero las de su infancia y después las del analista, sólo son aplicadas en una pequeña medida en cada nueva situación. La norma pura pocas veces funciona, es necesario adaptarla y negociarla en cada nueva circunstancia. Cada norma, además de darnos un ideal a instaurar, deberá ser negociada en ella, realizándose únicamente en parte. Verá la cura como un proceso infinito de reinterpretación y negociación de la identidad personal, en relación ahora comunicativa con los otros y el mundo que le rodea.

Terminamos así el paréntesis dedicado a algunos conceptos del psicoanálisis.

---

[115] Fenichel 1966, pp. 37-38.

[116] Deleuze y Guattari en sus obras Anti-Edipo y Capitalismo y esquizofrenia ven en el complejo de Edipo un instrumento útil de limitación del deseo y del inconsciente (inconsciente tiene en ellos un sentido diferente del presentado aquí). La locura es una respuesta contra las estructuras limitadoras del deseo. Es dolor expresivo de un sistema que no deja al yo ser de otra manera: sólo podemos ser productivos, el deseo y el inconsciente deben ser reprimidos. Edipo es para Foucault (1973h, p. 38-39) un instrumento social de poder reencauzador hacia la producción. El mito es en Freud heredero de una interpretación platónica, desde Platón vigente, del saber (Op.Cit. p. 58-59). Se critica así la utilización freudiana del mito griego por encontrarse en dependencia abierta con la sociedad capitalista. Subrayan concepciones de la locura como problema social (anomia), y con solución también social (cambio social), que analizaremos detenidamente en el próximo capítulo.

[117] Levi-Strauss señala la importancia del psicoanálisis en nuestra sociedad, como instaurador del tiempo mítico en último refugio posible de este, la conciencia individual:"Esta forma moderna de la técnica shamanística que es el psicoanálisis extrae, pues, sus caracteres particulares del hecho de que, en la civilización mecánica, únicamente hay lugar para el tiempo mítico en el hombre mismo. De esta comprobación el psicoanálisis puede recoger una confirmación de su validez, a la vez que la esperanza de profundizar sus bases teóricas y de comprender mejor el mecanismo de su eficacia, por un comprobación de sus objetivos y sus métodos con los de sus grandes predecesores: los shamanes y los hechiceros." (Levi-Strauss, C. 1949a, p. 185); Aunque potencia la concepción de la civilización industrial como destructora, mirando con nostalgia, al paraíso mítico perdido, de las civilizaciones destruidas.

Debemos aclarar que las descripciones y terapias psicoanalíticas no son aplicables a todos los conflictos o problemas psíquicos. Así lo reconocen explícitamente los propios psicoanalistas. Únicamente es recomendable el psicoanálisis en determinadas circunstancias. Las terapias en él orientadas, terapias dinámicas, sólo son aplicables cuando los síntomas más agudos desaparecen, y exclusivamente con aquellas enfermedades que responden a un determinado patrón, las relacionadas con problemas de la personalidad (quedan excluidas las afecciones provocadas por deformaciones físicas, o los problemas psiquiátricos con una clara causa orgánica; puede intervenir el psicoanálisis, o alguna de las múltiples terapias dinámicas en él orientadas, en las dificultades psicológicas que frecuentemente llevan asociados). No le resta importancia sin embargo a las interpretaciones, que desde una orientación psicoanalítica, establecen hipótesis con las que los psiquiatras puedan, si no explicar, al menos "manejar" al paciente, en una camino hacia la cura.

¡Error!Marcador no definido.

E.- COMPARACIÓN DE DEFINICIONES I: ESQUIZOFRENIA.

Intentaremos a continuación ilustrar estas tres disciplinas mutuamente influenciadas, con matices diferentes, y que tienen en común un intento de responder a la exigencia de la curar, aliviar al menos, los problemas de las enfermedades psíquicas. Para ello tomaremos las definiciones aportadas por cada una de ellas de la mano de algunos de sus representantes, de un síndrome psiquiátrico grave: la esquizofrenia.

> "[ESQUIZOFRENIA] Generalmente se entiende como tal un conjunto de trastornos en los que domina la discordancia, la incoherencia ideoverbal, la ambivalencia, el autismo, las ideas delirantes, y las alucinaciones mal sistematizadas, y perturbaciones afectivas profundas, en el sentido de desapego y extrañeza de los sentimientos. Trastornos que tienden a evolucionar hacia un déficit y hacia una disociación de la personalidad."[xii]

En esta primera definición proveniente de un manual clásico de psiquiatría, se describen los síntomas que suelen ir asociados al trastorno esquizofrénico. Se hace hincapié en la evolución y el deterioro de la personalidad que conllevan. Se alude a la existencia del conjunto sintomático, la enfermedad, con carácter previo a la descripción. Esta suposición previa está aún más clara en la definición dada por el D.S.M.-III-R, manual de diagnóstico que pretende unificar criterios, al menos en EE.UU. En este país el diagnóstico de esquizofrenia es muchísimo más frecuente que en Europa.[118]

> "La sintomatología esencial de este trastorno consiste en la presencia de síntomas psicóticos característicos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro o nivel previo de actividad (en los niños o adolescentes, dificultad para alcanzar el nivel de desarrollo social adecuado), con una duración mínima de seis meses, que puede implicar síntomas prodrómicos o residuales característicos. En alguna de las fases de la enfermedad esquizofrénica se encuentran siempre ideas delirantes, alucinaciones, o ciertas alteraciones características del contenido y curso del pensamiento. El diagnóstico sólo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración."[119]

"Síntomas psicóticos característicos", "fase activa de la enfermedad", "duración mínima", "fases de la enfermedad", son expresiones que aluden a la formación previa del psiquiatra, como estudiante y en la práctica clínica, para llenar de contenidos los pasos que observamos ha de dar la enfermedad en su manifestación sintomática. La incorrección del diagnóstico con una causa orgánica reconocida obedece a un criterio del citado manual, según el cual, si es esta la causa, la mencionada enfermedad pertenece a otra familia de dolencias.

Todos los síntomas señalados en ambas definiciones apuntan a desarreglos en el interior de la función mental: "deterioro de la función mental"[120] que impide un "normal" contacto con la realidad circundante.

---

118 Jervis 1977, p. 302; D.S.M.-III-R, I.C.D.-9.

119 D.S.M.-III-R, 1989, p. 227.

120 O.M.S., I.C.D.-9, en su definición de la psicosis, citada más adelante.

Tomando ahora una definición del síndrome desde el punto de vista del psicoanálisis:

"ESQUIZOFRENIA:...incoherencia del pensamiento, de la acción y de la afectividad (...discordancia, disociación, disgregación) el distanciamiento de la realidad con replegamiento sobre sí mismo y predominio de una vida interior entregada a las producciones de la fantasía (autismo), actividad delirante más o menos acentuada siempre mal sistematizada; por último el carácter crónico de la enfermedad, que evoluciona con ritmos muy diversos hacia un "deterioro" intelectual y afectivo, conduciendo a menudo a estados de aspecto demencial..." <ETIMOLÓGICAMENTE: escindir + espíritu>[121]

Observamos la utilización de un lenguaje menos técnico, más preocupado por explicar los comportamientos propios del enfermo, que por asignar contenidos a una entidad, la enfermedad en sí misma. Se aíslan síntomas, como en las dos definiciones anteriores, para poder atribuir esquizofrenia a algún individuo en concreto y sus comportamientos sintomáticos, pero se habla de una vida interior replegada, de un distanciamiento autista de la personalidad respecto de la realidad. Se intentan así conectar los síntomas observables con un discurso interno al paciente, para poder atacar por esa vía el mal. En las definiciones anteriores es la enfermedad, y no el enfermo, el descrito. Lo vemos de modo más evidente en unas definiciones de la psicosis. En primer lugar una aportada por la Clasificación Internacional de la O.M.S., y en segundo lugar otra apuntada por un diccionario del psicoanálisis.

"PSICOSIS Trastorno mental en el cual el deterioro de la función mental ha alcanzado un grado tal que interfiere marcadamente con la introspección y la capacidad para afrontar algunas demandas ordinarias de la vida o mantener un adecuado contacto con la realidad."[122]

Si bien no menciona gran cantidad de síntomas, como en la definición de la esquizofrenia (hay que tener en cuenta que la psicosis es un concepto más vago, y rico en subgrupos, que el de esquizofrenia), es clara la orientación organicista ("deterioro de la función mental"), con los problemas apuntados a lo largo del presente capítulo[123].

"PSICOSIS: Fundamentalmente, es una perturbación primaria de la relación libidinal con la realidad la que, según la teoría psicoanalítica, constituye el denominador común de las psicosis, siendo la mayoría de los síntomas manifiestos (especialmente la

---

121 Laplache-Pontalis 1977.

122 O.M.S., I.C.D.-9.

123 Tanto la clasificación de la organización de la O.M.S. (I.C.D.-9 y las anteriores), como la de la Asociación Americana de Psiquiatría (D.S.M.-III-R, y las anteriores) intentan integrar ciertas problemáticas psicosociales. Dada la difusión e importancia que han ido adquiriendo el psicoanálisis y las contradicciones denunciadas por la antipsiquiatría, no es de extrañar esta inclusión. Las dos organizaciones se encuentran elaborando en la actualidad unas nuevas clasificaciones diagnósticas orientadas desde los criterios multiaxiales, es decir, admitir en la definición y aislamiento de un mismo síndrome, más de un criterio diagnóstico (serán el I.C.D.-10, y el D.S.M.-IV).

construcción delirante) tentativas secundarias de la restauración del lazo objetual."[124]

Esta exposición de lo entendido en psicoanálisis por psicosis apunta síntomas, pero de nuevo los relaciona con lo que podríamos llamar "diálogo interno" del paciente. Libido designa una fuerza específica (instinto) del yo humano que lo empuja a una relación de amor/odio con la realidad, relación que ha de ser comunicativa, no unívoca. Es decir, donde tanto el yo como la realidad que lo rodea aportan a la construcción de la relación. Si esta relación libidinal se ve cortada, por la aparición de comportamientos rotulados de anormales, el sujeto reaccionará intentando restablecerla según las pautas aprendidas en el "diálogo interno" que ha ido formando su personalidad. Pues no puede vivir el hombre aislado de lo real. Si no hay relación con lo real, la realidad se "inventa" para poder sobrevivir.

En el psicoanálisis se subrayan los síntomas en su relación con el desarrollo de la personalidad. En la psiquiatría el acento es puesto en la relación del propio síntoma con la enfermedad, olvidándose, en muchas de su definiciones, del paciente que la padece. La antipsiquiatría, de clara orientación psicoanalítica[125], podrá definir así la esquizofrenia:

> "Esquizofrenia es el nombre que se da a una condición que la mayoría de los psiquiatras atribuyen a los pacientes que ellos llaman esquizofrénicos. Esta adjudicación es un sistema de atribuciones que tiene una consistencia interna variable y es predominantemente de naturaleza derogativa."[126]

Se hace hincapié en el carácter social del diagnóstico. Esquizofrénicos son los así rotulados por un representante de la psiquiatría. Un sistema de atribuciones que hace del paciente la manifestación de la enfermedad. Manifestación patológica que muy bien podría ser considerada como un intento o primer paso hacia la restauración del yo, de la personalidad[127]. En consonancia con el psicoanálisis los síntomas son intentos de afrontar un problema, coherentes con el diálogo interno del paciente, con su inconsciente. El médico debería ayudar al paciente en esta labor, explicarle sus errores e intentar reconstruir una normal relación con la realidad.[128]

---

124 J. Laplache-Pontalis 1977.

125 Sus principales portavoces (Bassaglia, Cooper, Laing, etc...)tuvieron por norma general una amplia formación en las dos disciplinas. Rellenan el vacío entre la deficiencia física cerebral y el comportamiento, con las explicaciones del psicoanálisis, y una profunda preocupación social, en compromiso político con los ideales de cambio social del marxismo (es este segundo componente marxista especialmente evidente en F.Basaglia. Véase cualquiera de sus obras citadas en la bibliografía).

126 Laing 1967b,p. 32.

127 Laing 1967b, p. 20.

128 Un modelo integrador, desde la psiquiatría, de las diferentes perspectivas sobre la esquizofrenia podría ser el mantenido por el profesor K. Neuchterlein, desde el modelo de la vulnerabilidad. Básicamente integra una visión psicológica y dinámicamente orientada del actuar humano, pero en las terapias que intentan la curación introduce elementos tanto puramente psiquiátricos como psicológicos y psicoanalíticos, superando así la dificultad aludida de unir los comportamientos humanos con disfuncionalidades orgánicas. K. Neuchterlein "El modelo cognitivo-conductual de la vulnerabilidad aplicado a la Psicopatología de la esquizofrenia", conferencia pronunciada, sin publicar, en "La psiquiatría hacia el año 2000", Cursos de Verano de la Universidad Complutense, El Escorial Julio 1991.

La antipsiquiatría, con las aportaciones del psicoanálisis, intenta restaurar el principio fundamental de la medicina: la curación hacia la salud. Restaurar porque considera vacías las explicaciones meramente organicistas. No cabe engañarse con ellas cuando podemos curar, o ayudar a la cura en los casos más fisicalizables, describiendo, explicando y prediciendo con la toma en consideración de factores psicosociales. Esta es la orientación que parece prevalecer en la práctica e investigación psiquiátricas actuales, aunque dependiendo del ámbito de formación principal de cada psiquiatra, primará uno o otro factor. De este modo asimila la psiquiatría las críticas de la antipsiquiatría y el psicoanálisis, sin olvidar, por ejemplo, la necesidad del internamiento en ciertos casos graves de crisis. Quizás por ello, el presente capítulo debería de titularse "Discurso reparador", en lugar de "Discurso Médico, Psiquiátrico y psicológico", retraduciendo así el principal interés de cada una de las disciplinas que son su objeto.

F.- COMPARACIÓN DE DEFINICIONES II: NEUROSIS, PARANOIA.

Veamos dos ejemplos más. Compararemos a continuación definiciones de dos enfermedades: la neurosis y la paranoia. Fijaremos especialmente nuestra atención en las distintas concepciones, en el interior del discurso propiamente psiquiátrico, que las animan. Respondiendo con estas diferencias, a las dificultades de casar los principios de la medicina en general con la especialización en un objeto específico, la enfermedad mental.

> "Las neurosis son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales... más bien perturbación del equilibrio interno del neurótico que una alteración de su sistema de la realidad. [pertenecen a las enfermedades crónicas que producen una alteración constante]."[xiii]

Son conflictos en el "interior" de la psique del paciente los que hacen aparecer los síntomas psiquiátricos: inhiben conductas sociales. No se ve alterada la relación constructiva con la realidad, sino que parece obedecer, la enfermedad, a un simple desequilibrio. Es clasificada como alteración crónica, la personalidad se ve afectada permanentemente, provocando la aparición de los síntomas socialmente rotulados.

> NEUROSIS"...un trastorno mental cuya alteración predominante es un síntoma, o grupo de síntomas, que resulta molesto para el individuo y es reconocido por él como un fenómeno inaceptable y extraño a él (egodistónico); la comprobación de la realidad está esencialmente intacta. La conducta no viola activamente las normas sociales fundamentales (aunque puede estar considerablemente alterada). La alteración es relativamente duradera o recurrente sin tratamiento y no se limita a una reacción transitoria a los estímulos generadores de stress. No existe una etiología o factor orgánico demostrable."[129]

En esta definición la neurosis es reconocible por signos-síntomas que el

[129] D.S.M.-III-R 1987.

individuo enfermo siente como extraños a su propia personalidad: no casan con la concepción que posee de su propio ego. Si bien no viola abiertamente las normas sociales, y sin poder ser atribuido a causas físicas reconocidas, sí afecta a las relaciones sociales del paciente, a la construcción que él se hace de las mismas. Es esta la razón por la que acude o es llevado al especialista.

> NEUROSIS "Enfermedades de la personalidad, sin substrato anímico conocido, caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales: se acompañan de conciencia penosa del estado mórbido. Las neurosis no establecen entre los enfermos y la sociedad la escisión que producen las psicosis."[130]

Cuatro rasgos podemos aislar: primero, su carácter intrapsíquico; segundo, no son asociables a disfuncionalidades orgánicas; tercero, no encajan los síntomas que experimenta el individuo con la visión que tiene de sí mismo; y cuarto: son constantes, pudiendo aparecer en períodos relativamente tempranos del desarrollo del sujeto. Pero podríamos añadir algunos más:

> "The NEUROTIC PROCESS has several major ingredients: a) an effective potential which often is imposed early in life; b) patterns of obligatory repetition; c) various kinds of distorton of simbolic funtions; d) which result in a loss or impairment of the fredom to change. This process never moves in a straight line. It reaches moments of critical obstruction out of which a wide variety of secondary symptoms precipitate." [131]

Aparece ahora la distorsión de las funciones simbólicas. Se alude con ello al delirio atribuido específicamente al neurótico: reinterpretación coercitiva con símbolos propios de sus experiencias de la realidad. Esto impide al paciente cambiar libremente, pues sus interpretaciones, los símbolos propios a ellas, lo impiden. En esta última definición, y en las anteriores, se han ido introduciendo explicaciones más influenciadas por el psicoanálisis. Aunque desde la primera se reconoce la importancia de la respuesta y el comportamiento social en la delimitación de lo que sea anómalo, la preponderancia de una determinada orientación psiquiátrica anima cada una de las definiciones.

La siguiente definición de la neurosis introduce como síntoma característico la ansiedad, pero nos habla del inconsciente y de los procesos de somatización o desplazamiento del ansia. El resto de los rasgos en ella señalados coinciden con los de las anteriores.

> "Trastorno psíquico caracterizado por la ansiedad. La ansiedad puede ser experimentada y expresada directamente o por medio de un proceso psíquico inconsciente, puede ser convertida, desplazada o somatizada. Aunque las neurosis no presenten despersonalización o dispersión manifiestas de la realidad, pueden ser lo bastante graves como para dificultar el funcionamiento personal. Entre las neurosis, conocidas también como psiconeurosis, se incluyen los tipos siguientes: de angustia, histérica, fóbica, obsesivo-convulsiva, depresiva, neurastémica, de despersonalización e hipocondríaca."[132]

---

130 Moor 1969, p. 139.

131 L.S.Kubie 1974, p. 4.

132 Freedman 1975, p. 848. Este manual junto con los de Vallejo Nágera 1976, Ey 1978, y Vallejo Ruiloba 1991 (y sus anteriores ediciones) son los más utilizados por los alumnos de medicina en la asignatura de psiquiatría

Cada escuela psiquiátrica, y casi podríamos decir cada psiquiatra, define los rasgos de un trastorno determinado en diálogo con la formación recibida, con el vocabulario y la problemática científica de su momento, y reproduciendo mentalmente los casos que él mismo ha diagnosticado bajo esa etiqueta diagnóstica; pretendiendo llamar la atención de su lector u oyente, despertar en él los mismos significados que en dicho diálogo el evoca. Diferenciando además el trastorno concreto de los más parecidos a él.

Los dos manuales de diagnóstico más usado, el D.S.M.-III-R y el I.C.D.-9, incluyen, en cada definición, los síntomas que la definen, y todos aquellos que no pueden aparecer en el síndrome explicado. Siguiendo así la definición de Estado Psiquiátrico de la clasificación clásica de Silberman. La cual, describiendo en primer lugar los síntomas, pasa a continuación a agruparlos en las categorías diagnósticas, delimitadas por la presencia de unos y la ausencia de otros.

> NEUROSIS (300)[Epígrafe: neurosis, trastornos de la personalidad y otros trastornos mentales no psicóticos: 300-309] "Incluye los trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener una percepción clara y una comprobación correcta de la realidad externa sin confundirla con sus experiencias subjetivas mórbidas y sus fantasías. El comportamiento puede afectarse mucho, aunque en general permanece dentro de los límites socialmente aceptables y la personalidad no se desorganiza. Sus principales manifestaciones incluyen excesiva angustia, síntomas histéricos, fobias, síntomas obsesivo y compulsivos, y depresión. Excluye los trastornos somáticos de origen psíquico perdurables; los trastornos mentales no psicóticos asociados con afecciones somáticas."[133]

Pasemos ahora a observar la diferencia con una definición de neurosis desde una perspectiva abiertamente psicoanalítica:

> "...entendemos por neurosis un desarrollo psíquico defectuoso o inconsciente que hunde sus raíces en circunstancias ambientales perturbadas o insuficientes en lo afectivo y en lo cognitivo, dando lugar a un conflicto insoluble entre las pulsiones, por una parte, y las influencias del super yo por otra, conflicto que es reprimido y expulsado de la conciencia --por el yo--, o determina un desarrollo insuficiente de identidad consigo mismo y del narcicismo, lo que se manifiesta en síntomas psíquicos y físicos perturbadores."[134]

---

que compone su carrera. Véanse las definiciones, en este sentido resaltador del síntoma de ansiedad como característico de la neurosis, en: Haber 1983, p. 688, y Jervis 1975, si bien matiza mucho los síntomas de la neurosis como existentes en cada uno de nosotros, sólo serán patológicos si "obstaculizan las actividades de su vida cotidiana", o no "permanecen dentro de los límites razonables (todo ello desde una orientación más bien antipsiquiátrica, crítica y hermenéutico-comprensiva); y en el mismo sentido que las anteriores: Seva Díaz 1979, p. 438, López Saiz 1954, p. 534.

133 C.I.E.-8, O.M.S. 1976, pp. 39-40.

134 Raymond Battegay en voz "Formas de Neurosis", del Diccionario de Psiquiatría, Herder, p. 261; asimismo véase la voz neurosis del diccionario psicoanalítico Laplache-Pontalis 1977, y la obra de Fenichel 1966, enteramente dedicada a este trastorno, que tiene tanta importancia para el psicoanálisis desde sus inicios en Freud, fundador,

Como en los ejemplos de la esquizofrenia y la psicosis, el psicoanálisis a la hora de definir un trastorno lo relaciona con el ambiente perturbado o insuficiente en que se desarrolló la formación de la personalidad. Su carácter normal o problemático depende de que sea superado positivamente por el yo, reforzando su identidad, o no, desarrollando de modo insuficiente la propia identidad y la apreciación de uno mismo (narcicismo). Es sólo en este último caso en el que los problemas del desarrollo personal se presentan como patología psiquiátrica.

Mientras que todas las definiciones anteriores centraban su atención primordialmente en la caracterización del síndrome neurótico, esta última definición apunta primero las causas de la desestructuración, su posible normalidad, para con posterioridad subrayar las circunstancias en las que se hará psiquiátricamente problemática.

Podemos citar finalmente otra definición de neurosis, que posee la particularidad de acoger los rasgos más importantes de las dos orientaciones diferenciadas. La angustia, el ansia y la inseguridad son sus rasgos sintomáticos, pero es por encima de todo un "modo de ser", una conducta y no una entidad encarnada en un individuo.

> "La neurosis, pues, no es algo que se tiene o no se tiene, al modo como se tiene un sarampión que después curamos, sino la denominación de un modo de ser (neurosis), al que hemos de remitirnos si pretendemos de inteligir la conducta del paciente. Los síntomas de la neurosis son, como toda conducta, expresión de la estructura y dinámica del neurótico, no una excrecencia que surge a modo de verruga en la vida psíquica de alguien y que en cierto sentido podríamos decir que es ajena a él. Es, en suma, una conducta, no una actividad conductual. Neurosis como modo de ser. Quizás ésta sea la mejor forma de caracterizar conceptualmente la neurosis."[135]

La neurosis, clasificada generalmente entre las afecciones psíquicas menos graves (endógenas)[136], permite, por esta característica no orgánica, un cierto acuerdo psiquiátrico en la definición, diagnóstico y tratamiento, sino "social", si psicológico y psicoanalítico (donde los estudios y clasificaciones de la neurosis han sido numerosos).

Lo mismo ocurre con las afecciones que se encuentran al otro lado del espectro, las propiamente neurológicas, como pueden se la epilepsia y la oligofrenia[137]. El consenso viene motivado por una base físicamente detectable y tratable de modo eficaz con terapias orgánicas. (Aunque los problemas psicológicos que pueden conllevar abren el camino terapias en perspectiva psicodinámica).

> "La epilepsia se considera con excesiva frecuencia un trastorno de tipo psiquiátrico, y existen muchos prejuicios sobre su naturaleza. Se trata de una disfunción neurológica bastante corriente, que consiste en la aparición más o menos frecuente de

---

junto con Breuer de la moderna teoría de la neurosis.

135 Castilla del Pino 1979, vol II, p. 89.

136 C.Gasto en Vallejo Ruiloba 1991, pp. 304-320; Seva Díaz, pp. 248-251; Ey 1978; I.C.D.-9 y anteriores; D.S.M.-III-R y anteriores.

137 Véase Jervis 1975, voz "Oligofrenia" de su pequeño glosario crítico de términos psiquiátricos, donde la hace sinónimo de la deficiencia mental.

crisis especiales, en general de brevísima duración."[138]

Las distintas ramas de la psiquiatría se especializarán en los trastornos más físicos, como la epilepsia y la oligofrenia entre otros, hasta los más psicológicos, como la neurosis o la paranoia. Desde la neurología hasta la psicología[139] las ramas de la psiquiatría crecen en torno a los diferentes problemas. En todas sus especialidades se debatirá por atenerse de modo coherente a todas y cada una de sus exigencias.

Ejemplo de esta posición intermedia es la paranoia, que si bien carece de base fisiológica, conlleva el importante síntoma del delirio. Síntoma primordial en la psiquiatría, pues es casi sinónimo de locura.

La definición clásica de la paranoia de Kraepelin: "...el desarrollo lento de un sistema delirante irreversible y derivado de causas internas, que va acompañado de plena claridad y orden en el pensar, querer y obrar."[140], nos señala el delirio como su rasgo característico. Son las contradicciones del delirio las que definen la paranoia, cuyo significado etimológico alude a un pensamiento aberrante o paralelo al normal[141].

"De manera más exacta, podemos definir provisionalmente el delirio como una creencia personal, que tiene dos características:

A) es inaceptable según los criterios del sentido común de las personas que pertenecen al mismo ámbito cultural del delirante;

B) es de importancia central en la visión del mundo del delirante."[142]

El delirio sólo será paranoico cuando sea rotulado socialmente como anormal. Cuando esto ocurre, y comienza la terapia, el psiquiatra aplicará los medios, físicos y psicodinámicos[143] para procurar eliminar los síntomas que provocan el sufrimiento, el dolor.

Los ejemplos presentados de distintas y contrapuestas definiciones de varios trastornos y síntomas buscan ilustrar los principios y contradicciones que animan la ciencia llamada psiquiatría. Hacen que existan en ella puntos de encuentro con otras ciencias, como el

---

138 Jervis 1975, pp. 300 y ss.: Mal tratada produce perturbaciones psíquicas; suele conllevar problemas psicológicos si se manifiesta en la adolescencia.

139 Si bien la psicología tratará los problemas más comportamentales asociados a las disfuncionalidades psíquicas.

140 Citada por Peter Berner en "Paranoia", Diccionario de Psiquiatría, Herder, p. 369, véanse las definiciones del mismo síndrome, desde, una orientación también psiquiátrica-organicista: Haber 1983, p. 683; Kaplan 1989, pp. 741-743; Moor 1969, p. 150; Vallejo Nágera 1976, pp. 223-224, diferenciándolo del adjetivo paranoide asignable a rasgos superpuestos a otros trastornos; C.I.E.-8, O.M.S. 1976, p. 37; López Saiz 1954, p. 544; Seva Díaz 1979, p. 376-377. Un definición en perspectiva psicoanalítica la encontramos en la voz correspondiente del ya citado diccionario de Laplance-Pontaslis 1977, y una de carácter más abierto en Vallejo Ruiloba 1991, Jervis 1975, y Castilla del Pino 1977.

141 P.Berner, voz "Paranoia" en Diccionario de Psiquiatría, Herder, p. 369; Vallejo Ruiloba 1991, p. 432.

142 Jervis 1975, p. 268.

143 Podrá aplicar un tratamiento hospitalario si se da un delirio agudo. Y en el interior de la institución hospitalaria, psicofármacos para tranquilizar la paciente, y terapias dinámicas una vez remitan las características más agudas y sea posible un diálogo razonador con él.

psicoanálisis y la psicología, y especialidades para atender a la diversidad que descubrimos en su interior. Vemos perfectamente resumidos estos ideales, contradicciones y principios que la animan, así como un esbozo de sus diferentes especialidades, en la definición general que aporta la D.S.M.-III-R de trastorno mental.

> "...cada uno de los trastornos mentales es conceptualizado como un síndrome o patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síndrome perturbador (distress) o deterioro en una o más áreas principales de actividad (incapacidad), o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, incapacidad, pérdida de libertad o muerte. Además este síndrome o patrón no es solamente una respuesta esperable a un acontecimiento particular... Cualquiera que sea la etiología, el trastorno es considerado como una disfunción psicológica, conductual o biológica, la conducta socialmente desviada, sea política, religiosa o sexual, o los conflictos del sujeto con la sociedad no son trastornos mentales, a menos que la desviación sea un síntoma perteneciente a una disfunción del tipo citado. No hay ningún postulado que afirme que cada trastorno mental es una entidad discreta limitada con límites precisos (discontinuidad) respecto a otros trastornos mentales y a la ausencia del trastorno mental."[144]

Un problema de un individuo clínicamente tratado será diagnosticado como un concreto trastorno mental cuando sus patrones psicológicos o conductuales produzcan o conlleven un deterioro o riesgo de incapacidad o de muerte. Su síndrome (esa disfunción psicológica, conductual o biológica que excede lo racionalmente esperable como adaptativo a una situación concreta) será trastorno mental sí sus síntomas se asocian con riesgos no superables sin ayuda, de dolor, muerte, pérdida de libertad o incapacidad. La definición citada busca alejarse de la enfermedad como entidad discreta bien diferenciada de otras o de la normalidad. Con ello responde a uno de los principios de la medicina: la curación o alivio del dolor. Dependiendo de los rasgos psicológicos, biológicos o conductuales detectados en el sufrimiento, será objeto de diferentes especialidades, o de varias de ellas en el caso de que se superpongan síntomas.

Todas estas palabras y conceptos de los diagnósticos aparecen vacías, sin contenido, sin la concurrencia en el lector de un supuesto fundamental: formación y experiencia clínica. Es ella la que llena las lagunas que los conceptos dejan, es ella la que permite la comprensión completa de las categorías diagnósticas. Pero en función de la formación teórica recibida (psicoanalítica, médico psiquiátrica o psicológica), los conceptos y matices a llenar de contenido serán diferentes, así como los matices de las definiciones presentadas. Si bien todas las especialidades coinciden en el interés por la cura, la formación específica recibida hace, subrayar unos rasgos y olvidarse de otros, como hemos ido observando en los ejemplos.[145]

---

144 D.S.M.-III-R, 1989, p. XXVII.

145 Las tendencias hacia un diálogo constructivo parecen dominar entre las ciencia que buscan la curación de la enfermedad mental, al menos idealmente. A ellos responden la inclusión, cada vez más generalizada, de especialistas de diversas disciplinas en los equipos encargados de la atención psiquiátrica: psicólogos, sociólogos... Reconociendo la necesidad de un estudio interdisciplinar ante un objeto, la locura, difícilmente abordable desde una única perspectiva. Todo ello en coherencia con las conferencias integrantes del Curso de Verano de la Universidad Complutense titulado "La psiquiatría hacia el año 2000" (Julio 1991); la necesidad de un diálogo

Se han ido presentando distintas definiciones de una misma enfermedad, cada una de las cuales subraya algún rasgo o síntoma como el principal, describe más superficialmente otros y omite alguno de los considererados primordiales por otro autor para el mismo trastorno. Es muy difícil distribuir los contenidos, colocar límites, y acotar los campos de cada una de las disciplinas: hasta aquí es campo de la psicología, desde este otro punto pertenece a la psiquiatría. Conceptualmente las categorías diagnósticas parecen nadar en un vacío, dada la variedad de definiciones diferentes de los síndromes, pero la confusión y arbitrariedad desaparecen al evocar cada definición la experiencia clínica. Sólo el contacto real con la enfermedad, su observación y seguimiento permiten la diferenciación. Diferenciación experimental guiada conceptualmente por los conceptos propios de la especialidad y tendencia del clínico. Los contenidos en los que ha sido formado un especialista, sea cual sea su especialidad o tendencia concreta, harán siempre de la experiencia clínica la aclaradora de sus aparentes contradicciones[146].

II.3.- CONCLUSIONES / CONTRADICCIONES

Tres ingredientes distinguimos en la concepción que sirve de marco a la práctica médica: **a)** el hombre como organismo equilibrado, y sus enfermedades como desajustes en el equilibrio con una determinada evolución pues responden a los síntomas de una entidad: la enfermedad; **b)** la función del médico es la de restablecer la salud por medio de terapias que conduzcan a la curación; **c)** La reparación exigida para la recuperación de la salud, que introduce nuevas variables en la concepción organicista de la enfermedad: las psicosociales.

Dibujado por dos metáforas, la orgánica y la de la reparación, y por el concepto ideal de salud, aparece el perfil de la labor médica. El objeto de su estudio, el hombre y sus enfermedades, se encuentra relacionado, primero, por los ideales registrados en una amplia definición de la salud, y segundo, por la práctica socialmente permitida de la medicina (reparación).

Las distintas especialidades de la medicina integran los principios que dibujan el perfil de la labor médica, con la adaptación a la especificidad de un concreto objeto de estudio. Si el objeto es la enfermedad mental, la psiquiatría, rama médica encargada de él, se encuentra con problemas a la hora de ceñirse a él en su comprensión y reparación.

Médicamente la enfermedad supone un desarreglo funcional, los síntomas son su vocabulario. Si le añadimos el adjetivo mental, las dificultades aumentan:

---

fue teóricamente defendida a lo largo de las ponencias de representantes de las más contradictorias tendencias y especialidades, donde muchas veces el único punto en común es la enfermedad mental y interés por su curación.

[146] Es esta dependencia de la clínica la que Foucault, 1969a, considera como generadora de los modelos médicos que hacen de ella una ciencia positiva: la mirada médica podrá positivizar la enfermedad sólo cuando tenga en "condiciones de laboratorio" su objeto de estudio. La psiquiatría, la psicología y todas las ciencias del hombre aparecen en dependencia con la "anulación" de sus objetos de estudio. Las consideraciones de su posibilidad están en la cárcel (Foucault 1975) y el manicomio: el hombre nace como concepto, como su objeto de estudio, con la aparición de las institucionalización. Como condición de posibilidad del saber, a priori empírico, aparece la reducción de unos individuos a "condiciones de laboratorio".

a) El cerebro, órgano biológico donde ubicamos físicamente la función mental, es el rector de todos los componentes del cuerpo humano. Por ser el director de todas las funciones corporales, su funcionamiento es complejo, de difícil investigación, y una disfuncionalidad en su labor afectará a múltiples de los órganos bajo su dirección. La enfermedad mental tiene como síntomas, socialmente detectados y definidos, los desarreglos (anormalidades) en el comportamiento, en la personalidad.

Con algunas enfermedades mentales, con causa física localizada, es relativamente fácil conectar el fallo cerebral (mental) con el desarreglo en el comportamiento; pero cuando no se puede conectar con una causa física concreta, aparece un hiato difícil de superar entre el comportamiento y un supuesto fallo químico-biológico. Se carece entonces de "explicaciones" que permitan manipular los síntomas hacia la curación. El tratamiento se planifica teniendo en cuenta la relación entre lo físico y el comportamiento, pues sin esa conexión el recetar un tratamiento se hace dificultoso.

b) El alma o espíritu humano siempre fue definido en ausencia de cualquier componente material. por ser esencialmente su contrario. Si enfermedad es una entidad nosográfica y físicamente detectable, la enfermedad mental es una pequeña contradicción para la medicina empirista influida por el concepto espiritual de alma: el mal del espíritu tiene los rasgos de su contrario. El "alma enferma materialmente".

Este hiato, unido a las dificultades de comprender la irracionalidad nos permiten entender la cantidad de escuelas, especialidades, e influencias mutuas que buscan responder a la exigencia de curación que la locura o enfermedad mental le plantea a la medicina:

1) La psiquiatría clásica, orientada principalmente desde la metáfora organicista, plantea sin embargo como solución mayoritaria una "terapia social": el internamiento manicomial. El riesgo y la peligrosidad social explican la privación de la libertad (aunque también en la protección de la misma se encuentra comprometida la medicina) para la restauración de la salud. El hecho de que la privación de la libertad tenga finalidad terapéutica hace válida la violación de uno de los componentes de la definición de cualquier hombre.

La contradicción esta entre, por un lado, una concepción del hombre y la enfermedad básicamente anatómico-biológica y, por otro lado, una terapia social (aislamiento en una ambiente no anómico) para una enfermedad orgánicamente considerada. Es un amplio concepto de salud mental el que permite integrar coherentemente la paradoja en el discurso interno de la propia medicina.

2) El Psicoanálisis aporta explicaciones comprensivas del mencionado hiato. La diferencia entre normalidad y la anormalidad del enfermo mental se hace mínima. Locura es un intento de permanecer en coherencia con las normas y moldes del "diálogo interno" del paciente. La cura es aprendizaje de reinterpretación y negociación constante.

3) La antipsiquiatría asume los componentes sociológicos del psicoanálisis, y las exigencias del cambio social radical del marxismo, planteando a la psiquiatría y al psicoanálisis la necesidad de dudar constantemente de los presupuesto, para responder así de una manera adecuada a las exigencias del perfil de la labor médica.

4) Psiquiatría. La "apropiación" desde alguno de los presupuestos fundamentales de alguna de las disciplinas señaladas en los tres puntos anteriores, desde la psiquiatría de clara formación médica, hace surgir propuestas comprensivas y terapéuticas, que

superan las limitaciones de una única disciplina aislada en explicaciones meramente organicistas.

Cada una de estas disciplinas contiene tantas ramas como posibles influencias de unos autores o principio sobre otros. La curación de la enfermedad y la necesidad de diferenciar categorías diagnósticas, se encuentran guiadas por la formación clínica y teórica del especialista que defiende una postura concreta. Cualquiera de las múltiples ramas en el interior de lo que denominamos "Discurso Reparador", se diferencia de las restantes por los rasgos que mediante los cuales caracteriza el hiato entre síntoma y disfuncionalidad mental. La importancia de los rasgos sociales en ese hiato es el objeto del próximo capítulo.

¡Error!Marcador no definido.

CAPITULO III.- DISCURSO SOCIOLOGICO

"Cuando no podemos cambiarnos a nosotros mismos, ¿qué otro recurso queda sino el de cambiar el mundo?"[147]

"Las máscaras son expresiones fijas y ecos admirables de sentimiento, a un tiempo fieles, discretas y superlativas. Los seres vivientes, en contacto con el aire, deben cubrirse con una cutícula, y no se puede reprochar a las cutículas que no sean corazones. No obstante, hay ciertos filósofos que parecen guardar rencor a las imágenes por no ser cosas, y a las palabras por no ser sentimientos. Las palabras y las imágenes son como caparazones: partes integrantes de la naturaleza en igual medida que las sustancias que recubren, se dirigen sin embargo más directamente a los ojos y están más abiertas a la observación. De ninguna manera diría que las substancias existen para posibilitar las máscaras, ni las pasiones para posibilitar la poesía y la virtud. En la naturaleza nada existe para poibilitar otra cosa; todas estas frases y productos están implicados por igual en el ciclo de la existencia."[148]

Diferencia Durkheim en El Suicidio, una de su primeras obras, tres tipos de suicidio en consonancia con los distintos tipos de integración social[149]. La necesidad que el hombre tiene del grupo para sobrevivir hace surgir las distintas agrupaciones de humanos, respondiendo al carácter inacabado del recien nacido. El trabajo se divide, y en esta división social del trabajo nacen reglas y normas. La solidaridad entre individuos surge de la división social del trabajo, la mantiene y hace mayor la dependencia de unos con respecto a los otros. La personalidad individual se ve moldeada por la sociedad[150]; dependiendo del tipo de solidaridad en la que individuo se forme, el tipo de suicidio generado será diferente: egoista, cuando la integración social potencia el "individualismo y el esfuerzo concentrado en el yo"; altruista si la norma social deja escaso espacio a la particualidad individual, incitando al sacrificio en favor del grupo: se pone "por encima del individuo un código de deberes de sentido grupal"; y suicidio anómico "cuando una fallo o dislocación de los valores sociales lleva a una desorientación individual y a un sentimiento de falta de significado de la vida". Este tercer tipo, el suicidio anómico, es el

---

147 Bastide 1972, p. 267.

148 G.SANTAYANA, Soliloquies in England and Later Soliloquies, 1922; Citado en Goffman 1959.

149 Sucidio Egoista (Durkheim, p. 214), suicidio altruista (p. 229 y ss.) y suicidio anómico (p. 277); tienen los tres causas sociales: al aumentar la desintegración social, por razones diferentes en cada tipo de solidaridad, la tasa de suicidios se eleva.

150 Al exponer a Durkheim hemos de tener siempre en cuenta el carácter de sinónimos de tres conceptos: sociedad, moral y sacralidad. Sociedad es sinónimo de moralidad, pues supone la exigencia de proporcionar al individuo unido a otros las pautas y normas que permitan la convivencia en el interior del grupo y la supervivencia individual. Sociedad y sacralidad son también sinónimos (Durkheim 1912) pues la sociedad se viste de religiosidad para aportar ese equilibrio entre el individuo y el grupo por medio del respeto moral a lo sagrado, que no es otra cosa que una imagen del grupo.

característico de situaciones de cambio social, cuando las nuevas normas no se encuentra perfectamente integradas.

PERSONALIDAD INDIVIDUAL EXAGERADA, EXIGENCIAS DE ABANDONO DE LA PERSONALIDAD EN FAVOR DEL GRUPO Y PROGRESO/CAMBIO EN LA ESTRUCTURA SOCIAL, son los tres rasgos que aislados o combinados entre sí hacen que el hombre se incline, potenciado por la integración socialmente generada, al suicidio:

> "Porque la vida social supone a la vez, que el individuo tenga cierta personalidad; que está dispuesto, si la comunidad lo exige a abandonarla; y que está abierto, en cierta medida a las ideas de progreso. Por eso no hay pueblo donde no coexistan esas tres corrientes de opinión, que inclinan al hombre en tres direcciones diferentes y hasta contradictorias."[151]

La debilidad individual es lo que la sociedad intenta proteger[152], proporcionando al individuo, por la integración en un grupo, lo necesario para superarla. El carácter sagrado, moral, de la sociedad resulta de la necesidad de unión de las fuerzas individuales, y de la correspondiente división del trabajo, para la superación de la fragilidad individual (del carácter inacabado del hombre). El mantenimiento de esa división social de trabajo explica el refuerzo constante de las normas y costumbres del grupo: cuanto mayor sea la división del trabajo mayor será también la necesidad del grupo por mantenerse cohesionado, reforzando para ello sus normas, su sacralidad.

Durkheim rehusa explicar el aumento o disminución de las tasas estadísticas de suicidios, en función da causas meramente orgánicas, individuales o patológicas[153]. Después de diferenciar en La división social del trabajo entre solidaridad orgánica y solidaridad mecánica[154], y los diversos tipos de sociedes e integración social que les corresponden; después de explicar la división social del trabajo como función generadora de la solidaridad[155], las variaciones en las tasas de incidencia del suicidio no pueden tener más que causas sociales. Los distintos tipos de suicidio se encuentran distinguidos en consonancia con estos tipos de solidaridad e integración social. Son una consecuencia "normal" de una integración moral deseable como perfecta, pero de hecho imperfecta.

La sociedad proporciona a cada uno de su integrantes las normas y pautas para superar cualquier tipo de dificultades que les surjan. Sería poco coherente eludir las causas

---

151 DURKHEIM 1897, p. 353.

152 Durkheim 1893, pp. 4-5: es social la protección del débil, por ejemplo las libertad lo es unicamente cuando se encuentra moralmente sancionada, socialmente sancinada en el derecho.

153 Durkheim 1897, p. 31: la locura no es condición necesaria del suicidio, es así necesario diferenciar entre suicidios vesánico y suicidios "normales". Los problemas mentales no pueden explicar en sí mismos, sin la concurrencia de factores sociales, las variaciones en las tablas de incidencia. Definido el suicidio como privación voluntaria, libre de la vida (p. 5), la perdida de capacidad de decisión en la enfermedad impide la entrada de la locura como causa de suicidios. La enfermedad mental supone la pérdida de la capacidad de elección de los actos, la enfermedad determina la elección; no cabe así la locura como desencadenante de un suicidio definido como elección libre al suponer la enfermedad la pérdida del rasgo principal: la libertad.

154 Durkheim 1893, pp. 151-155.

155 Op. Cit., p. 71.

sociales desde una ciencia, la sociología, que en Durkheim buscaba abrirse camino hacia la cientificidad. Lo social debería proporcionar al individuo las pautas morales que le permitan serlo. Cuando la tasa de muertes voluntarias se eleva o disminuye tienen que existir componentes en las mismas pautas socialmente adquiridas, que hagan posible esa variación: desintegración social si aumenta, integración si disminuye. Y puesto que una integración perfecta es imposible, existirá en cada sociedad, en coherencia de sus moldes y fomas de integración, una tasa normal de suicidios. Un número cuyas variaciones indicarán las tendencias y cambios que se producen en su interior. El suicidio acontece en el campo individual, pero es en causas exteriores al individuo donde encontramos los factores que "permiten" explicar los cambios en su incidencia. El control social sólo se puede ejercer en el individuo a través de la conciencia individual, son los fallos en el ejercicio de ese control los que explican sociológicamente los cambios en las tasas estadísticas del suicidio. Es la conciencia individual anómica la que los explica, pero la anomía es producida socialmente[156].

El grupo humano proporcionará al sujeto lo necesario para afrontar todos los problemas que le puedan ir surgiendo. La enfermedad es uno de ellos. Si la sociedad no aporta en grado suficiente, los hábitos y costumbres que permitan la superación, o al menos una integración significativa, el problema no es la enfermedad en sí misma. El problema estaría en las pautas del grupo. Es esta la argumentación subyacente al su estudio sociológico del suicidio hecho por Durkheim: suicidio es privación voluntaria de la vida. La enfermedad mental supone desaparición de la libertad. Al ser dominado el hombre por un elemento extraño, el problema psíquico domina, la enfermedad domina. Aunque algunos de los suicidios vengan producidos por enfermedades mentales, no entran dentro de la definición aportada de suicidio: la locura excluye elección libre, es la enfermedad la que decide, no el individuo. La sociedad debe proporcionar los medios para superarla, si hay variaciones en las tasas de suicidio las causas no pueden ser sino sociales, pues no predomina la superación de la debilidad que, al menos idealmente, la sociedad debería proporcionar a sus miembros. Si explicamos las tasas de suicidio por causas patológicas, rechazanos la responsabilidad que el grupo tiene de proporcionar la integración social suficiente para superar los problemas psíquicos.

Lo que de patológico pueda existir en el suicidio no deja de tener una causa social: la sociedad falla en su cometido y predomina la debilidad ante la enfermedad, en vez de la fuerza proporcionada por el grupo. R.Bastide expresa bien lo que sería una concepción durkhemiana de la enfemedad mental[157]:

> "Las enfermedades mentales expresan cuanto la sociedad puede presentar de patológico en cada una de sus etapas, o para cada uno de sus tipos: integración demasiado rigida, exceso de individualismo, solidaridad forzada, ausencia de reglas que pueden poner

---

156 Podríamos diferenciar dos tipos de anomía en Durkheim, siguiendo la diferenciación hecha por Bastide (1965, pp. 27-29), una subjetiva definida en La división social del trabajo, y otra objetiva, definida en El suicidio; es la segunda, falta de control en las pasiones, la que explica las tasas del suicidio. La primera provoca la aparición de conflictos en el interior de órganos solidarios, cuando se da ausencia de reglamentación, y por ello falta de fijeza y de regularidad. Con la distinción del segundo tipo Durkheim reconoce la importancia del control social de las conciencias individuales (cultura), mientras que con la primera subraya el funcionamiento de las instituciones sociales (sociedad).

157 R. Bastide 1972, pp. 172-174.

freno a las pasiones individuales."[158]

Iniciamos nuestro análisis del discurso de las ciencias sociales sobre la locura, con una alusión a los estudios de Durkheim del suicidio. Lo hacemos así dada la importancia que posteriormente tuvieron, en cualquier de intento aproximación sociológica a la enfermedad mental las ideas por él mantenidas. Las podríamos resumir en tres puntos:

1) La sociedad deberá proporcionar a cada uno de su miembros los medios para la construcción de un yo, de una personalidad, coherente con las exigencias del grupo. Deberá reforzar la solidaridad "fabricando" individuos que puedan superar los distintos problemas. Manteniendo así la continuidad del grupo.

2) Las enfermedades mentales expresan lo patológico de la integración socialmente proporcionada; exceso, ausencia o rigidez de las normas. La irracionalidad de la locura ha de tener componentes de irracionalidad social.

3) La patología tendría solución social: en una sociedad ideal, moralmente constituida, no existirían problemas psíquicos, pues lo aportado por el grupo permitiría superar los problemas[159]. Locura y sociedad perfectamente integrada serían contradictorios, autoexcluyentes.

En la constatación de la importancia de estos tres componentes analizaremos: en primer lugar los componentes socioculturales de la definición social del yo, siempre con la mirada puesta en el yo desviado o estigmatizado (socialmente presentado como) del loco. En segundo lugar la carrera moral del desviado rotulado como loco, es decir, centraremos nuestra atención en los aspectos sociales propios de la definición social del yo del enfermo mental. Incluyendo la consideración crítica (alianzas del poder y la ideología con la ciencia) entre la locura, su detección y su tratamiento por los expertos sociales en enfermedad mental. En tecer lugar, nos preguntaremos, desde los presupuestos de la antropología sociocultural, por la relevancia del relativismo cultural en la definición de la locura, su tratamiento y curación. Para finalizar, haremos con un intento de resumir las contradicciones que animan la entrada en el discurso sociológico de la locura: el conflicto social y su relación con la anomía.

III.1.- CONSTRUCCION SOCIOCULTURAL DEL YO

"Cuidado con volverte loco, pero si esto sucediera, habrás de comportarte de esta y esta manera."[xiv]

El individuo nace en una sociedad. Para su supervivencia y la del grupo al que

---

158 Bastide 1972, p. 173.

159 Si añadimos los análisis marxistas de la sociedad, donde la infraestructura es siempre origen causal de la superestructura, la enfermedad mental no aparece sino como una reticencia de la sociedad capitalista. Con el cambio social hacia una sociedad sin clases, la enfermedad mental, fruto de la explotación y la desigualdad burguesas, desaparecerá.

pertenece, el proceso de socialización le aporta los rasgos definidores de su propia identidad: la estructura de la sociedad se trasforma en el proceso de socialización en estructura de la conciencia.

> "La sociedad no sólo controla nuestros movimientos, sino que forma nuestra identidad, nuestros pensamientos y nuestras emociones. Las estructuras de la sociedad se convierten en las estructuras de nuestra propia conciencia."[160]

Por el proceso de socialización cada miembro del grupo adquiere su identidad social, que no es sino reflejo de la identidad sociocultural del grupo. Cada nueva generación aprende según las reglas y expectativas del grupo social.

> "La nueva generación es iniciada en los significados de la cultura, aprende a participar en las labores establecidas y a aceptar tanto los papeles como en las identidades que configuren su estructura social... El individuo no sólo aprende los significados objetivados, sino que además se identifica con ellos y es moldeado por ellos. Los hace suyos, los convierte en sus significados. Se convierte no sólo en alguien que posee esos significados, sino en quien los representa y los expresa. El éxito del proceso de socialización depende del establecimiento de una simetría entre el mundo objetivo y el mundo subjetivo del individuo."[161]

La premisa básica es la simetría entre el mundo social objetivo y el mundo subjetivo del actor social. La pregunta que se plantean las ciencias sociales ante la locura, ha de estar relacionada con este supuesto básico de simetría. La individualidad del loco ha de tener algún rasgo que la haga específica del proceso socializador sufrido: ¿Qué componentes socioculturales podemos encontrar en la irracionalidad del loco?.

Si la conciencia es el reflejo personalizado del mundo objetivo socialmente construido, ¿qué elementos de esa construcción social podemos descubrir en la personalidad del enfermo mental?. Si entre conducta y contexto hay una ineludible relación de significación, y es imposible una conducta que no sea comunicativa, informativa de las pautas y normas del contexto social en que se ha conformado[162], ¿qué significados contextuales nos aporta la conducta anormal del loco, del anormal? ¿Cómo queda definido por rasgos sociológicos lo psíquicamente anormal? ¿Qué normas del grupo adoptan, interpretan y aplican los expertos en enfermedad mental? Si cada sociedad define la conciencia individual, ¿existen diferencias socioculturales en los contenidos de la locura?

En definitiva, ¿qué relación guardan la cultura y la sociedad con lo considerado como locura? Si la subjetividad también se encuentra socialmente definida, ¿cómo casar la subjetividad del enfermo mental, hecho objetivo en el interior de cualquier sociedad, con la estructura de personalidad conformada por esa sociedad y esa cultura? ¿Es el cambio sociocultural un desencadenante generador de anomía social, y de desarreglos mentales? Estos y muchos otros interrogantes se pueden plantear desde las ciencias sociales, en relación con la enfermedad mental.

---

160 BERGER, Introducción a la sociología, subrayado nuestro.

161 P.L.BERGER, El dosel sagrado, p. 32, subrayado nuestro.

162 Watzlawick 1967, p. 50: expone el primer axioma de su teoría de la comunicación pàtológica humana; es imposible no emitir conducta, toda conducta comunica, es por ello imposible no comunicar.

Desarrollaremos a continuación las cuestiones planteadas.

A.- PRESENTACION SOCIAL DEL YO.

No tiene sentido descifrar los significados e intenciones de un acto individual sin encuadrarlo en el marco sociocultural en el que tiene lugar. La personalidad sobrepasa las barreras del cuerpo individual extendiendo sus límites por el contexto sociocultural.

Los mecanismos interpersonales definidores del yo son descritos por E.Goffman en varias de sus obras. Desde una perspectiva dramatúrgica, estudia las espectativas implícitas en la presentación del yo[xv]. Veámos como los componentes interpersonales son imprescindibles en la definición de la identidad personal.

Cuando un individuo actúa ante otros asume un papel y lo representa, como una actor actúa durante una representación teatral. Los contenidos del papel en la acción social son adquiridos a través del proceso de socialización. Sabemos perfectamente, por ejemplo, cómo han de comportarse los dependientes de una tienda, cómo saludar a un extraño, cómo subir en un ascensor con un vecino al que no conocemos demasiado, etc...

La personalidad individual no está constituida unicamente por un papel o rol social. Cada uno de nosostros asume diferentes papeles, y cada uno de ellos constituye una parte de su personalidad. A lo largo de una misma jornada un mismo individuo es, por ejemplo, padre, secretario en un juzgado, compañero de trabajo, amigo, empleado a las órdenes de un jefe, etc... Uno sólo de ellos no define de modo completo al individuo que los representa. Es la suma total e interacción entre ellos lo que definiría en un individuo su personalidad social. Cuando varíamos de lugar y situación transformamos nuestro yo, adaptándonos al rol adecuado a la situación, sin que esos cambios signifiquen arbitrariedad.

> "Las personas tienen identidades. Pero pueden cambiar también notablemente cuando se vuelven diferentes al estar otras frente a otras. Es arbitrario considerar alguna de estas transformaciones o alteraciones como básicas, y las otras como variaciones."[163]

Cada papel representado ante un auditorio exige coherencia y adaptación (circunspección dramática) a las normas definidoras de la situación y del papel. No tratamos igual al amigo en un café por las tardes, fuera de horas de oficina, que en un café durante horas de oficina. Las reglas, usos y costumbres guían los modos y la conversación de manera diferente en cada una de las dos situaciones. La coherencia es la adpatación al guión socialemnte definido para cada papel. Pero existe siempre la posibilidad de que surgan contradicciones. Puesto que un individuo representa diferentes papeles, algunos de ellos pueden resultar incoherentes o incluso contradictorios entre sí. Cada representación conlleva una gran cantidad de mecanismos que intentan impedir la aparición de contradicciones y proponer representaciones coherentes.

El actuante debe logar credibilidad en su auditorio. El éxito de la representación de un papel está en que el público asuma las espectativas presentadas. Si eso se logra, se produce entre público y actor una interrelación donde ambos leen del mismo guión: el guión socialmente definido para la interrelación. Somos mercaderes de coherencia moral: ofrecemos una

---

[163] Laing 1964, p. 14.

representación que busca despertar en el auditorio las mismas espectativas socialmente definidas que constituyen el guión de nuestra actuación.

> "...los individuos no están preocupados con el problema moral de cumplir con esas normas sino con el problema amoral de construir la impresión convincente de que satisfacen dichas normas. Nuestra actividad atañe en gran medida, por lo tanto, a cuestiones de índole moral, pero como actuantes no tenemos una preocupación moral por ellas. Como actuantes somos mercaderes de la moralidad..."[164]

Un ejemplo: los diplomáticos tienen un status social alto y tienen un riguroso código de conducta; si un individuo se presenta como diplomático, ha de convencer al grupo que tiene enfrente de que realmente lo es. El público acude al trato social con una persona de esa cotegoría conociendo las reglas de conducta, y actúa conforme a ellas. El actor exige del público que le corresponda tratándolo de acuerdo con lo que dice ser. Esta exigencia es lo que Goffman denomina demanda moral del actor: reclama de su auditorio el ser tratado tal y como indican las normas y expectativas sociales definidoras del rol que representa. Si el auditorio responde, y trata al individuo como un diplomático, dejando de lado el que relamente lo sea o no, la actuación es un éxito, la persona es un diplomático.

Cada presentación de un rol exige correspondencia en el auditorio, y en esa relación nace la negociación de los significados propuestos. El auditorio responderá asimilado en parte lo propuesto, y el actor podrá entonces continuar con un refuerzo de la personalida presentada, o iniciar otros caminos. Entre auditorio y actor los papeles sociales se van dibujando, conforme al guión, pero variándolo en consonancia con cada nueva situación, con las respuestas recibidas, etc...

Los significados atribuidos socialmente a cada papel, la demanda moral del actor a su auditorio y la negociación que se hace del papel son los tres principios básicos de la presentación del yo en la interacción social. Las tres premisas que Blumer utiliza para definir el interaccionismo simbólico nos puede0n servir para resumir los principios fundamentales de la presentación social de la identidad personal: negociación del significado de la identidad en la interrelación social.

> "La primera es que el ser humano orienta sus actos hacia las cosas en función de lo que estas significan para él. <cosas: objetos físicos, otras personas, categorías de seres humanos, instituciones, ideas, actividades ajenas y situaciones de la vida cotidiana>."
>
> "La segunda premisa es que el significado de las cosas se deriva, o surge como consecuencia de la interrelación social que cada cual mantiene con su prójimo."
>
> "La tercera es que los significdos se manipulan y modifican mediante un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas que va llevando a su paso."[165]

La realidad social está localmente producida: es fruto de la relación entre todos y cada uno de sus miembros. Un análisis realista no puede reificar las definiciones, el yo es siempre

---

164 Goffman 1959, p. 267.

165 Blumer, p. 2.

situacional:

> "...la realidad objetiva de los hechos sociales es una realidad continua y práctica, en cuanto que toda sociedad se produce localmente, está organizada naturalmente y es reflexivamente descriptible; esta realidad objetiva es el fenómeno fundamental de la sociología en cuanto que dicha realidad es en todas partes, siempre, sólo, exacta y enteramente el trabajo de los miembros."[166]

Ante la representación de un rol los individuos se diferencian por la situación que ocupan, por el grado de información que manejan y por el propio rol que desempeñan. Lo importante es que en una actuación social cualquiera, tanto el individuo que la observa, como el que la representa, deben de suponer que la información, la información y el rol representado, son los que permiten la definición de sí mismo, de su yo. Es decir, hay que confiar en las apariencias representadas como base de la personalidad auténtica del actor. En la medida en que esas apariencias sean fiables, estaremos en lo que Goffman denomina identidad real, pero puede que lo que se nos representa sea engañoso, identidad virtual. Sin embargo, no es esto lo relevante, pues lo que importa es que la definición de la actuación siga su curso, que funcione.

De ahí el título de la obra de Goffman: La presentación de la persona en la vida cotidiana. Es la sociedad la que nos permite, con las técnicas y espectativas que pone a nuestro alcance, la construcción y simultánea negociación de la presentación de nuestra persona y personalidad. Los medios sociales en los que nos es inevitable vivir nos dan los medios para la formación de nuestra personal apariencia.

B.- EL YO ESTIGMATIZADO: CONSTRUCCION SIEMPRE CONTRA ALGO DE LA PERSONALIDAD.

En Estigma Goffman se propone analizar "...la situación del individuo inhabilitado para una plena aceptación social..."[xvi]. Unas condiciones particulares hacen de algunos individuos propicios para la no aceptación social: desde defectos físicos hasta comportamientos incorrectos. Mediante un proceso ofrecido por la organización social, en el que el individuo estigmatizado va cambiando, llegan a ser personas, aunque personas estigmatiozadas. Su carrera moral, la secuencia de ajustes en su personalidad, que aparece en la investigación de Goffman tipificada socialmente, les permite hacer viable su yo e insertarse en la sociedad. Su adaptación a la carrera moral de ajustes tipificados, los hace socialmente aceptables bajo la forma de una personalidad estigmatizada[167].

Un ciego, por ejemplo, ha de conducirse en la sociedad, respondiendo a las pautas

---

166 Conferencia pronunciada por Garfinkel en París en 1987, citada en COULON 1987, p. 138; la perpectiva en la que se situa la etnometodología de Garfinkel podría resumirse en esta cita de su obra principal: "Los estudios etnometodológicos analizan las actividades cotidianas de los miembros como métodos que hacen a las propias actividades visiblemente-racionales-y-referibles-a-todos-los-fines-prácticos, es decir, descriptibles (accountable), en cuanto organización ordinaria de las actividades de todos los días." GARFINKEL, Studies, citado en COULON 1987, p. 45.

167 Goffman 1963, p. 45.

sociales que definen el guión de su papel. La sociedad le ofrece los medios para superar las dificultades para adaptarse a su malformación. La irritabilidad, el malestar con los otros por considerarlo inferior, pueden ser dos ejemplos de reacciones de una persona que ha perdido recientemente la vista. Conseguirá un equilibrio en su personalidad, superando los problemas de identidad, asumiendo las pautas tipificadas para una personalidad estigmatizada. La valoración de las dificultades de todas sus acciones; el esfuerzo exigido para readaptarse a su nueva situación: ha de aprender a moverse de modo relativamente autónomo por el mundo. Tras un proceso de adaptación será positivamente valorado, desapareciendo progresivamente por su parte la irritabilidad ante las ofertas de ayuda, etc...

El concepto de estigmatización se va ampliando a lo largo de la obra. ¿Quién no se ha visto, a lo largo de su vida, rechazado y estigmatizado por algún motivo o causa individual?, ¿quién ante esta nueva situación no ha logrado reconstruir de nuevo su personalidad y su vida? El estudio estaba dedicado a las carreras morales de los estigmatizados, que lograban en ella la integración social y la construcción de un nuevo yo viable, socialmente aceptado en las nuevas circunstancias. Pero, con la sucesiva ampliación del concepto y del proceso de estigmatización, se apunta a una característica básica de la personalidad: el yo es siempre construción social contra algo[168].

Hemos llegado a dos conclusiones, la personalidad, fruto de simetria entre conciencia social y conciencia subjetiva, es, 1) siempre situacional, y 2) siempre contra algo. Otros aspectos de la construcción del yo en la relación interpersonal ocuparán ahora nuestra atención: 3) la imposibilidad de no comunicar hace relevante la pregunta entorno al para qué de una acción.

C.-EL PARA QUÉ DE UN COMPORTAMIENTO: LOS ACTOS IRRACIONALES Y SU CONTEXTO.

Es imposible no comportarse; incluso la ausencia de comportamiento, la quietud, es comportamiento. Puesto que todo comportamiento comunica, es imposible no comunicarse[xvii]. Cualquier acción humana conlleva una atribución de significado, y esa atribución no la puede ser olvidada.

Dos ejes de coordenadas, dos planos, existen siempre en la comunicación. Por un lado lo que de modo explícito forma parte del contenido racional de la comunicación, y por otro lado, algo que podríamos denominar metacomunicación, o plano relacional. Este segundo eje estaría constituido por el conjunto de alusiones implícitas, de difícil expresión directa en el plano del contenido, en torno a los modos y maneras definidoras de la comunicación[169]. Incluiría, en la terminología usada por Goffman, el guión social del papel y la demanda moral hacia el auditorio.

Ante una definición del yo, o una presentación de la persona en la vida cotidiana que exige en el otro una determinada respuesta (demanda moral), pueden darse tres respuestas

168 Goffman 1961, p. 315.

169 Watzlawick 1967, pp. 56 y ss.; segundo axioma.

posibles: confirmación, rechazo o desconfirmación[170].

La respuesta del alter, el público o auditorio, viene exigida por la propia identida presentada: "La visión que el otro tiene de mí es tan importante (...) como la visión que yo tengo de mí mismo..."[171] Cualquiera que sea la respuesta obtenida las identidades contenidas en la interrelación se modificarán de acuerdo con ella[172]. Confirmación, rechazo o desconfirmación marcan únicamente la dirección que la interrelación deberá seguir, pero exigen siempre una negociación. Lo esencial en la relación interpersonal es el elemento relacional: no "el aspecto del contenido, sino el relacional"[173]; es el segundo eje de coordenadas el relevante.

En el lenguaje en el que hablamos y nos presentamos a los otros se reunen los dos ejes de coordenandas señalados. El lenguaje es esenciamente hecho para-otro, no puede ser sino en función del otro. Es en el lenguaje donde el otro puede apropiarse de la realidad "objetiva" que yo le ofreco, de las pautas y exigencias de personalidad que le presento, y al observar yo sus reacciones ante mi oferta guiaré mis pasos: retrocediendo en lo ofrecido si mi proposición es rechazada, o si yo interpreto como rechazo su respuesta; reforzando la definición personal si la veo confirmada, o si interpreto su conducta como confirmación; o adaptándola si sólo es aceptada en parte. Es la negociación de los significados puestos en juego en la objetivización de mi yo para otro, lo que supone ser el lenguaje:

> "El lenguaje es objetivación, es la ocasión de la apropiación, por el otro, de mi realidad subjetiva... la verdad ontológica del lenguaje, a saber, que su estructura es siempre la de ser-para-el-otro. No existe lenguaje privado, interior, que no tenga esta estructura. Las afirmaciones inaludibles de mi habla conmigo mismo reflejan el hecho de que soy un casi-otro para mí... No hay lenguaje en-sí, distinto de la objetivación de sí misma del filósofo para el otro, y en relación con el cual se pueda adoptar la perspectiva de la mayoría de los análisis lingüísticos."[174]

Nos manejamos en las relaciones sociales de acuerdo con los papeles que hemos ido asumiendo. La personalidad viene así definida por un sistema de pautas adquiridas en la interrelación. Son estas las que la hacen significativa, la definen y permiten el cambio o negociación del propio yo. Hecho, contexto e identidad están entrecuzados en las relaciones sociales.

> "Lo importante, sin embargo, es que el hombre se maneja con una serie de premisas acerca de los fenómenos que percibe y que su interacción con la realidad en un

---

170 Watzlawick 1967, pp. 85-87.

171 Watzlawick 1967, p. 90, subrayado en el original.

172 Necesitamos del otro para vernos a nosotros mismos, pues nos es imposible vernos. Como el órgano de la visión necesita el espejo para verse, en las relaciones interpersonales la función de espejo la cumple la idea que observo que el otro tiene de mí. "Pero en las relaciones nosotros mimos estamos contenidos; en ellas sólo somos partes de un todo más amplio, cuya totalidad no podemos alcanzar, tal como resulta imposible obtener una visión completa del propio cuerpo, puesto que los ojos, como órgano de la percepción, forman parte del cuerpo que se desea percibir. Además, si los "órganos" de la percepción interpersonal son impenetrables, esta ceguera inevitablemente lleva a conflictos para los cuales dos motivos parecen posibles: locura o maldad." Watzlawick 1967, p. 91.

173 Watzlawick 1967, p. 107.

174 Laing-Cooper, pp. 20.

sentido más amplio (esto es, no sólo con los otros seres humanos), está determinada por esas premisas. Hasta donde podemos conjeturar, estas premisas son el resultado de toda la vasta gama de experiencias de un individuo y, por lo tanto, su génesis está virtualmente más allá de la exploración. Pero no cabe duda de que el hombre no sólo puntúa las secuencias de los hechos en una relación interpersonal, sino también que el mismo proceso de puntuación interviene en el proceso, constantemente necesario, de evaluar y seleccionar las innumerables impresiones sensoriales que el hombre recibe en cada segundo de su medio interno y externo... la realidad es, en gran medida, lo que la hacemos ser."[175]

La pregunta relevante es entonces, no el porqué de un determinado comportamiento, sino el para qué[176]. En diálogo y consonancia con qué de una acción.

Si la presentación social de la identidad es la definidora del yo; si los procesos de estigmatización, la construcción del yo contra algo, están socialmente tipificados y resultan imprescindibles en la conformacación del yo; si el yo es siempre un yo relacional; entonces la pregunta sociológicamente relevante ante una acción es acerca de la identidad relacional.

La acción irracional, la tildada así en un contexto social, ha de tener significados con y en el grupo social dentro del cual acontece. La locura suele ser sinónimo de anormalidad individual, pero en perspectiva sociológica han de aparecer componentes socialmente definidores de la identidad anormal.

Analizaremos a continuación, desde estos supuestos, **primero**, los pasos y ajustes del yo en su identificación con el papel socialmente definido, mediante expectativas y estereotipos, de enfermo mental. El rol de enfermo mental exige, como cualquier papel presentado en la interacción cotidiana, guiones socialmente descritos, pues las expectativas y estereotipos constituyen sus contenidos: es la carrera moral del enfermo mental. En **segundo** lugar, los procesos en el interior de las instituciones especializadas en la locura. El internamiento y el psiquiatra como experto social en la locura. Al menos en nuestra sociedad occidental, es el mediador entre lo definido socialmente como locura, el individuo concreto y las pautas socioculturales que animan las relaciones enfermo-psiquiatra. En **tercer** lugar, desde los presupuestos de la antropología, el holismo y el relativismo cultural, nos replantearemos la preguntas los dos apartados anteriores: ¿existen variaciones considerables entre culturas diferentes, tanto en el papel asignado al loco, en su carrera moral, como en el rol de experto?

III.2.- CARRERA MORAL DEL ENFERMO MENTAL. (TRANSGRESION, ROTULACION, ESTABILIZACION)

Parece evidente y fácil de mostrar que, en el interior de una misma sociedad y cultura conciden las características que permiten identificar el comportamiento de un loco. Cambiando de sociedad, o variando las circunstancias socioculturales definidoras de la situación,

175 Watzlawick 1967, pp. 239-240.

176 Watzlawick 1967, p. 46.

se produce una trasformación de estas características. Estar loco, es estar de una manera determinada.

Un comportamiento puede ser completamente irracional, por ejemplo disparar desde lo alto de un edificio sobre un grupo de personas. Pero únicamente si no estamos en guerra, el individuo que realiza la acción será sometido a un proceso social encaminado a esclarecer las dudas sobre su cordura. Dejar morir a los acianos era normal entre los esquimales por razones de supervivencia, era una acción adaptativa. Pero hacerlo hoy en día, en una ciudad occidental del siglo XX, supone transgredir una norma moral. La transgresión de la norma implica un proceso social en el que se duda de la racionalidad de la acción.

Existen miles de reglas socialmente definidas. No todas ellas se encuentran trascritas (el derecho, a través de la tipificación de los delitos, refleja muchas de ellas), pero, a pesar de ello si son violadas la sociedad inicia un proceso de inquisición. Se deja de mirar al actor como una persona normal, a partir de ese momento recae sobre él la duda: ¿son racionales sus actos?, ¿no estará loco?. Estas reglas son denominadas por Scheff, en su obra acerca del rol del enfermo mental crónico, reglas residuales:

> "La transgresión de las reglas se refiere a la conducta que viola abiertamente las reglas aceptadas por el grupo...normas sociales..."[xviii]

El comportamiento es una acción individual, incluido el del loco, pero el significado que el grupo le otorge depende de su adecuación o no a las normas sociales.

> "La transgresión de las reglas se refiere a una clase de actos:la violación de las normas sociales; la desviación, a actos determinados que reciben, en forma pública y oficial, el rótulo de violaciones de las normas."[177]

Reglas residuales son el conjunto de normas sociales para las cuales no existe un rótulo específico. Por ejemplo, el saludo implica una demostración de cordialidad, una exclusión de cualquier comportamiento violento, pues es demostración de amistad. Si toda persona saludada por un individuo, recibe una sonrisa al aproximarse, se le muestran buenas intenciones. Pero si recibe una patada y una carcajada maliciosa cuando se esperaba un apretón de manos o un beso en la mejilla, se comenzará a dudar de este individuo, su cordura será puesta en tela de juicio, muchas de sus restantes acciones serán reinterpretadas desde este nuevo dato: la sospecha de locura. Este es un ejemplo de una regla residual transgredida. Los pasos que conducen hacia la sospecha social de la salud mental del sujeto se darán siempre y cuando no existan circunstancias racionales que expliquen su extraño comportamiento.

La transgresión inexplicable de las reglas residuales implica la duda social: ¿estará en su sano juicio el que actúa de esta forma tan extraña?

> "...Los diversos tipos de transgresión de las reglas para los cuales nuestra sociedad no proporciona rótulos explícitos y, por consiguiente, determinan que se cataloge al transgresor como enfermo mental, son, desde el punto de vista técnico, transgresiones de

---

[177] Op. cit., p. 37.

reglas residuales"[178]

Sobre un esquimal no recae sospecha cuando abandona a sus padres, pero sí si no lo hace; tampoco sobre un soldado que dispara desde un edificio sobre soldados enemigos en un enfrentamiento bélico, pero sí si escapa y se esconde. Las circunstancias que acompañen al abandono de su puesto serán las que encaminen el reproche social, cuyos contenidos pueden ir desde la cobardía hasta la locura. La duda social en torno a la racionalidad de las acciones, depende no de la acción misma, sino de la definición sociocultural de la situación. Es en un periodo de paz cuando está loca una persona que dispara contra tranquilos transeuntes. Es un individuo occidental de una ciudad del siglo XX el loco por dejar a sus progenitores abandonados a su suerte. Es en ausencia de circunstancias racionalizadoras de la acción cuando está loco la persona que saluda con una patada y una sonrisa maliciosa. En los tres ejemplos, y en la transgresión de lo que hemos denominado reglas residuales, la locura es sospecha que busca dar coherencia a una situación a la que no podemos encontrar razón. La locura es el rótulo social para lo inexplicable: Desviación social de una norma socioculturalmente delimitada. Desviación es la duda que la sociedad instaura ante un acto que le resulta inexplicable; con la desviación se hace manipulable lo carente de explicación:

> "Al establecer las reglas cuya infracción constituye una desviación, y al aplicar estas reglas a determinados individuos y rotularlos como marginados , los grupos sociales crean esa desviación (...) la desviación no es una cualidad del acto que comete la persona, sino una consecuencia de que los otros apliquen reglas y sanciones al `transgresor'. Desviado es el individuo al que se le ha aplicado satisfactoriamente ese rótulo; la conducta desviada es la conducta de las personas rotulan de ese modo"[179]

Rotular significa marcar socialmente la conducta, subrayar con marcas sociales lo inadecuado de la acción. La reacción social ante la violación irracinal de sus reglas residuales rotula la irracionalidad de las mismas. Muchísismas transgresiones son cotidianamente negadas, no son tenidas en cuenta. Pero si la rección social las remarca, haciendo de ellas un ejemplo de inadecuación, tenemos ya el inicio de una carrera moral de un enfermo mental. Veamos el significado de estas expresiones.

La reacción social es el factor más importante en la aceptación por parte de un individuo del rótulo de enfermo mental. Cuanto más contundente sea la reacción ante la violación de la norma, más posibilidades existen de que el transgresor llege a asumir los contenidos socialmente definidos como rasgos del loco. La aceptación del rol de desviado depende de la firmeza o debilidad de la reacción social.

> "...el factor aislado más importante (pero no el único) en la estabilización de la violación de a las reglas residuales es la reacción de la sociedad. La transgresión puede estabilizarse si se la define como prueba de enfermedad mental y/o se sitúa al transgresor

178 Op. Cit., p. 37.

179 BECKER The outsiders, New York, Free Press 1963, p. 9; Citado en Scheff, p. 36.

en un status desviado y empieza a jugar el rol de enfermo mental"[180]

La conducta sintomática responde a las expectativas de los que rodean al transgresor.

"...propongo que la cordura o la psicosis se prueban conforme el grado de conjunción o de disyunción entre dos personas, cuando una de ellas es cuerda por consenso universal."[181]

Los síntomas también tienen rasgos definidos y detectables socio culturalmente. Por ejemplo, según se ponde de manifiesto en una encuesta realizada en los años setenta, una mirada extraña o una forma distinta de moverse, eran dos de los rasgos que los distintos grupos de la población encuestados, seleccionaban como características para detectar al individuo perturbado[182]. Cuando los síntomas son asumidos como propios por el yo del que inició su camino de desviación, el proceso se estabiliza, el individuo adquiere así los rasgos socialmente definidores del rol del enfermo mental. Orientará su propia conducta de acuerdo con las características estandartizadas para la locura.

"El proceso de uniformización y estabilización se completa cuando la imagen tradicional se convierte en parte de la orientación que adopta el desviado para orientar su propia conducta."[183]

Preguntándose por los componentes sociales de la cronicidad psiquiátrica, Scheff considera tres grupos de factores o circunstancias, cultural y sociológicamente relevantes, en la rotulación definitiva de la transgresión de la norma como enfermedad mental:

"Si bien existe una amplia variedad de contingencias que determinan la rotulación, se pueden clasificar simplemente en función de la naturaleza de la transgresión de las reglas, de la persona que infringe las reglas y de la comunidad donde se manifiesta la transgresión. Siendo iguales otros factores,la severidad de la reacción de la sociedad depende, primero, del grado, la frecuencia, y la visibilidad de la transgresión; segundo, del poder del transgresor y la distancia social entre éste y los agentes encargados del control social; y, por último, del nivel de tolerancia de la comunidad y de la disponibilidad de roles alternativos no desviados en la cultura de la comunidad."[184]

La frecuencia y visibilidad de la transgresión; el poder del transgresor, y el nivel de tolerancia, o existencia de roles alternativos, son los factores socialmente significativos que hacen, junto a la asunción del yo de desviado como propio, estabilizarse la rotulación de una regla residual. Dejando de lado la patología que pueda motivar ese comportamiento, descubrimos así los componentes sociales que definen la enfermedad mental.

---

180 Scheff, pp. 54-55.
181 Laing 1960, p. 32, subrayado en el original.
182 Ruiz Ruiz 1975.
183 Op. Cit., p. 80.
184 Op. Cit., p. 93.

La mayor parte de las violaciones de normas residuales no llegan nunca a ser rasgos de enfermedad mental. Cotidianamente negamos estas violacionmes. "La mayor parte de transgresiones de reglas residules son `negadas' y tienen una significación transitoria."[185] Todos los días asistimos a múltiples transgresiones, pero normalmente las ignoramos o explicamos en parámetros de normalidad, de racionalidad. Sólo si el individuo asume los contenidos estereotípicos de la enfermedad mental; si la transgresión se hace excesivamente frecuente y visible; si la distancia social de los organismo de control es pequeña; si el poder político, social o cultural del transgresor no lo protege; si el nivel de tolerancia social es pequeño o a disminuido por circunstancias socioculturales concretas. Sólo si concurre alguno o algunos de estos condicionales, se produce entonces la consecuencia: la rotulación definitiva del individuo como enfermo mental.

La enfermedad mental es un rol social. La reaccioón social es su desencadenante, definidor y estabilizador de ese rol[186]. Las imágenes que llenan de contenidos ese rol las aprendemos en la construcción social de la subjetividad desde la primera infancia[187]. Son estereotipos que reforzamos en la interacción cotidiana[188].

La estabilización en el rol del enfermo mental depende de la reacción social. En la obra citada de Scheff se nos ofrece una cuadro explicativo que resume los procesos conducentes a la estabilización. En el cuadro, que por su interés reproducimos a continuación, se entrecruzan la naturaleza de la transgresión, la persona transgresora de las normas residuales, y la comunidad donde tiene lugar la violación, con los estereotipos socialmente trasmitidos, la importancia del público significativo para el individuo, el deterioro de la capacidad de autocontrol, y con la reacción de la comunidad. De este entrecruzamiento resulta la carrera moral del enfermo mental.

---

185 Scheff, p. 67.

186 Scheff, p 30: refiriéndose a la componentes socialmente relevantes de la cronicidad del enfermo mental.

187 Op. Cit., p. 64.

188 Scheff, p. 67; vease también a este respecto los análisis de contenido de las opininiones vigentes en torno a la enfermedad mental: Gamo Medina 1989, Ruiz Ruiz 1975, y EDIS 1991.

```
+---------------------------+                    +-------------------------+
|Causas diversas: biológicas|                     |Estereotipo del desviado,|
|psicológicas, sociales       |                     |aprendido y reafirmado a |
+---------------------------+                                   |diario.                              |
|                                        +-------------------------+
                    |                                              |
      +----------------------------------------------+      |
      |  TRANSGRESION  DE  REGLAS  RESIDUALES  (TR)               |               |
+--------------------------+
      |  a) Grado,  frecuencia  y  visibilidad  de  TR.   |       |                       |Crisis  pública,
rotulación|                 |  b) Poder del transgresor de las reglas       |-----+-----------------|pública de
la  T.R.como       |                   |                                                                  |       |
|enfermedad mental.           <<<<<<
      | c)  Distancia  social  del  transgresor  a  los    |      |                   +---------------------------+
<<
      | agentes  de  control  social                        |      |                       |                         |
<<
      | d)  Nivel  de  tolerancia  de  la  comunidad       |      |                       |                         |
<<
      |  e)  Disponibilidad  de  roles  alternativos  no    |          |              +------------------+
+-----------+<
      |  desviados.   +------<<-----------------------+       |           |  Sugestionabilidad|           |Las
señales|<           +-------------+         <<       +-----------------------------+  |  del  desviado       |
|con la que |<
            |                           <<          |Compatibilidad  del  vocabulario|  +------------------+
|responden   |<
            |                  <<     >>de   expectativas del yo con+--------------+-----------------|otros
signi<<
            |                        <<<<<  >|las  señales  procedentes+---+        +----------------------+
|ficativos   |>
   +--------------------------+<  >|los   demás.+------------+                 |La  autoimagen  del  yo   |
|subrayan la|>
   |La  mayoria  de  las  T.R.      |<  >+----------+                              |incorpora  definiciones|
|definición          |>                                        |son          negadas          y          transitorias|<
>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>>|del rol de desviado    ++   |del rol de |>
   --------------------------+< >                                    +-------------------- <<|   |desviado
|>
            |                               <<  >+-----------------------------+    +--------------------+  <<|
+-----------+>
            |                       << >|Al  desviado  se  lo  recompensa  |   |  El  desviado  juega   |  <<|
+------------+>
            |                        << >|                                      |   |                           |  <<|
|Deterioro de|>
            |                      << >>por  jugar  el  rol  de  desviado  +--|  abiertamente  el  rol|  <<|  |la
```

```
capacidad|>
   +-------------------------+<<    |y  se  lo  castiga  por                    |    |  de  desviado               |
<<+-|autocontrol |>
   |La  mayoria  de  T.R.  no  se  |<<   |  por  no  hacerlo.                    |   +--------------------+  <<
+------------+>
   |registran.  NO  HAY  CARRERA|<<   +-----------------------------+                  |                 <<
+-------------+>
   |DE  ENFERMO  MENTAL.            |<<                                                                      |
<< |Episodios de |>
   +-------------------------+<<                                                              |                 <<
|conducta        |>
                                       <<                                                                    |
<<<<compulsiva    >>
                                       <<<<<<<<<<<<                                                          |
+-------------->>
                                                  <<                    +---------------------------------+
   **********************************      <<                              | Complejo  de  conducta
sintomática|
   *SIMBOLOS                              *    <<                         | estabilizada en una carrera       |
   *<<<<<Retroalimentación positiva*     <<                          | de desviación.                         |
   *-----Carrera del enfermo mental*     <<                    +---------------------------------+
   *   TR. Transgresión de reglas      *    <<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
   *       residuales                      *                                                    |
   **********************************                                               REACCION  SOBRE
LA COMUNIDAD
```

"CURSOGRAMA: ESTABILIZACION DE LA DESVIACION EN UN SISTEMA SOCIAL"; T.Scheff, p. 96.

La retroalimentación positiva de la desviación, con flechas de trazado más grueso en el cuadro, indica los factores más influyentes en la estabilización. Son: La importancia de la reincidencia, repetición constante, periódica o frecuente de todo el proceso, y la asunción en la autoimagen con la que el individuo se ve a sí mismo, del rol del enfermo mental.

La carrera moral ("...cualquier trayectoria social recorrida por cualquier persona en el curso de su vida..."[189]) del enfermo mental es lo representado en el cuadro. Está constituida por el conjunto o secuencia regular de cambios introducidos en el yo de una persona, para llegar a ser un enfermo mental. El conjunto de sistemas de imágenes, los cambios que se producen en ellas, con las que se juzga a sí mismo y a los demás, y, sobre todo, con las que cree ser juzgado por los que lo rodean, son los constitivos de la carrera de desviación[190].

Lo característico de la carrera moral del loco es la distancia social: La duda a la que se somete al actor de un comportamiento transgresor e irracionalizable. En el proceso de consolidación de esa duda juega un papel importante la distancia establecida con la irracionalidad.

---

189 Goffman 1961, p. 133.

190 Goffman 1961, p. 133.

Ante la transgresión rotulada y reiterada de normas sociales se olvidan las explicaciones racionales, y es desde la distancia social desde donde se juzga una situación y no la enfermedad mental del individuo.

> "...que la locura o el comportamiento enfermizo atribuidos al paciente mental son en muchos casos producto de la distancia social desde la cual se juzga su situación más que de la propia enfermedad mental..."[191]

Es en este sentido en el que el internamiento y la cronicidad psiquiátrica, desde una perspectiva que busca resaltar los factores y varibles socioculturales, aparecen dependiendo más de contingencias que de síntomas de una entidad orgánica con un desarrollo predecible: la enfermedad mental[192].

Olvidándonos de los componentes individuales del comportamiento, descubrimos sus componentes socio-culturales. La patología orgánica o psicológica es detectable si concurren circunstancias sociales.

III. 3.- EXPERTOS SOCIALES: LA INSTITUCIONALIZACION.

Después de estudiar los componentes socioculturales de la definición y presentación del yo, y de analizar los rasgos sociales del yo en el enfermo mental, nos dentendremos a continuación en los atributos socioculturales sobre experto social en locura: el psiquiátra. Veremos además las críticas que, desde una sociología consecuente se le pueden presentar tanto al experto como a la isntitucionalización de su propuesta terapeútica: el internamiento. Será la comparación intercultural, desde la antropología sociocultural la que enrriquezca esa crítica.

A.-PSIQUIATRA, EXPERTO OCCIDENTAL EN LOCURA: EL INTERNAMIENTO, SU TERAPIA.

Antes de entrar en los pormenores relativos a las relaciones sociales en el interior de la institución social encargada del tratamiento del enfermo mental, detengámonos en la figuara que, desde el punto de vista sociocultural, sirve de experto occidental en locura: el psiquiatra.

Enfermedad y salud tienen un amplio contenido social. Salud es capacidad de readpatación, y enfermedad la incapacidad de volver a adaptarse. Es en este sentido en el que los cambios patológicos tienen contenidos socialmente definidos: un comportamiento anómalo sólo lo es en el interior de un contexto. El psiquiatra es el experto occidental encargado de identificar las patologías que la rotulación social detecta. Investiga los medios para ayudar en la readaptación que había quedado paralizada. Pero es la sociedad, de la cual es representante, la que detecta los

---

191 Goffman 1961, p. 135.

192 Goffman 1961, p. 140.

síntomas de la enfermedad.

> "El hombre no es sano sino en la medida en que es normativo relativamente a las fluctuaciones del entorno, en que puede instituir otros modelos de comportamiento, cambiar sus formas de reacción y transformar sus condiciones de vida. Y el enfermo no está curándose sino cuando puede darse a sí mismo nuevas normas.... El psiquiatra es el encargado de buscar las "causas", de "dar cuenta" del "porqué" de la enfermedad, pero es la sociedad la que designa los enfermos que debe tratar... sutil juego de influencias en los dos sentidos entre el médico y la masa..."[xix]

En el consenso social es donde se escriben los guiones que dan cosntenido a la locura.

> "...no se es loco sino en relación con una sociedad dada; es el consenso social el que delimita las zonas, fluctuaciones de la razón y del desatino o sin razón."[193]

Cada grupo cultural posee expertos en locura. En las sociedades tradicionales jugaban este papel los curanderos, sabios o religiosos. Es el psiquiatra, con una formación en la mejor tradicción científico empirista occidental, el especialista de nuestra cultura del siglo XX. Juega el rol de experto social. Pero ¿en qué consiste este rol?. Recibe a los individuos detectados socialmente y ratifica la rotulación social, identificando síntomas y anormalides orgánicas.

> "El psiquiatra depende de la sociedad, es ella la que le proporciona su definición de la enfermedad mental, la que le impone el ideal a través del cual debe tratarla, la que le proporciona los objetivos que debe de buscar; el vínculo que le une a su enfermo no es, pues, lo más importante... **es el consenso colectivo el que define tanto al alienado como la curación del alienado; el "loco" es el aspecto menos importante del sistema de la locura**."[194]

Psiquiatra y paciente entablan un diálogo en el interior de un mismo contexto predefinido culturalmente.

> "...el "loco" tiene cierto "status" y que desempeña cierto "rol". La misión asignada al psiquiatra que elabora el diagnóstico de sus pacientes consiste, ni más ni menos, en atribuir esos status y esos roles a individuos que exhiben un tipo de comportamiento...que, en apariencia, resulta extraño y singular. Por esto se hace posible, precisamente, sólo porque esos individuos, lejos de mantenerse como pasivos objetos se la observación del médico, entran en el juego dialéctico que se les reclaman, lo que es decir que ofrecen al espectador la singularidad que este busca."[195]

El psiquiatra ratifica los síntomas destacados socialmente, les asocia cierta patología orgánica, e intenta ayudar con procedimientos terapéuticos a la desaparición de los sintomas. Con las terapias no busca otra cosa que hacer desaparecer los comportamientos antisociales, lo detectado como anormalidad. Es en cierta medida un experto en "reinserción

---

193 Bastide 1965, p. 323.

194 Bastide 1965, p. 333.

195 Bastide 1972, pp.132-133, subrayado nuestro.

social"[196].

Si la locura tiene un estatus y rol social, el psiquiatra es el encargado en su ratificación, y su función terapéutica resulta ser, desde el punto de vista de la sociología, un intento de reinsertarlo de nuevo en las vías de la "normalidad". El psiquiatra intenta reinsertar al sujeto en los moldes de la normalidad eliminando, por terapias y tratamientos de distinta índole, los síntomas que impidieron el normal comportamiento social. De la diferencia con expertos de otras culturas trataremos en el siguente apartado (III.4.) de este capítulo.

En nuestra cultura el INTERNAMIENTO es la respuesta social más común ante la locura. La psiquiatría intenta con ello resolver los problemas que le presenta la locura. Goffman, en una de sus obras más conocidas, estudia los procesos y relaciones en el interior de estas instituciciones que denomina totales[197]. Son los manicomios, casas de salud mental, sanatorios psiquiátricos, las instituiciones especializadas en la locura.

Al entrar en una de estas instituciones, los individuios dejan de ser tales para adquirir el estatuo de internados: han de asumir gran cantidad de normas, horarios y contumbres para poder adaptarse a la institución. Mediante una disciplina de las actividades (regularización de las comidas, el sueño y los juegos) se crean en su interior una disciplina del ser:

> "Si cada organización supone... una disciplina de la actividad, lo que aqui nos importa es que, supone asismismo un disciplina del ser: la obligación de ser una persona de un carácter determinado, que vive en un mundo determinado."[198]

El internamiento en una institución social exige cierto sometimiento del yo.

> "Las organizaciones amuralladas presentan una característica que falta en la mayoria de las otras entidades sociales: gran parte de la obligación del individuo consiste en encontrarse visiblemente entregado, en ocasiones debidas, a la actividad general de la organización, lo que le exige, además de una atenta vigilancia y un esfuerzo muscular, cierto sometimiento del yo a la actividad que realiza."[199]

Este sometimiento y disciplina del ser se ve justificado desde las finalidades que dan razón de ser a su existencia. En el caso de los internados educativos, la finalidad es siempre pedagógica, pero los manicomios explican todo lo que en ellos ocurre desde la finalidad terapéutica.

El interno es un individuo que ha sufrido un proceso de rotulación social como el descrito en el apartado anterior. La no viabilidad de su yo, así podríamos resumir el mensaje que la sociedad emite ante la violación de una norma social, le hace sentir el peso del reproche. Otro componente se une en el internamiento: a pesar de la amenaza social, su yo es cosiderado como peligrosos y por ello se exige un cambio. El sujeto se aferra a su propia autodefinición, al fin y al cabo, él es como es. Descubre además que puede sobrevivir, mal que bien, con el yo rechazado: así se lo demuestra su experiencia en el interior de una institución total. Es decir, primero viola una

---

196 De ahí las críticas a la psiquiatría por sus alianzas de poder: Castel, Foocault, Alvarez Uría; véase más adeante.

197 Goffman 1961, pp. 13 y ss. define este concepto, sus clase y características.

198 Goffman 1961, p. 189.

199 Goffman 1961, p. 178.

norma; segundo, ante la transgresión su yo es rotulado socialmente como no viable y peligroso; tercero, ante el peligro la sociedad lo encierra en un manicomio; cuarto, en el interior de la institución sobrevive sin cambiar demasiado las características de su yo, aunque readaptándolo, sin modificaciones sustanciales, a las normas de la isntitución; y quinto, la institución que pretendía curar no hace sino reforzar, por los procesos que se producen en su interior, ya apuntados en el punto cuarto y que ahora analizaremos con detalle, la definición social de enfermo mental, pero sin cambios, sin curación[200].

> "Después de haber sentido en la propia carne lo que significa ser definido por la sociedad como individuo carente de un yo viable, la amenaza de esta definición extraña y que de ordinario contribuye a que la gente se atenga al yo que le asigna la sociedad queda debilitada. El paciente parece escalar una nueva altura cuando verifica que puede sobrevivir aunque actue de un modo que, según la sociedad, puede destruirlo."[201]

En el interior de estas instituciones se establece un juego estratégico que permite el sometimiento del yo a las reglas.

> "... las instituciones totales no persiguen verdaderamente una victoria cultural. Crean y sostienen un tipo particular de tensión entre el mundo habitual y el institucional, y usan esta tensión persistente como palanca estratégica para el manejo de los hombres."[202]

Como vimos, la negociación es la regla predominante en la presentación del yo en la vida cotidiana. Cuando un papel no obtiene el consenso del público existen infinitas estrategias para escapar o reescribir el guión. Dentro de un hospital psiquiátrico, las posibilidades son mínimas. Goffmann llama <u>ajustes secundarios</u> a los mecanismos utilizados por los internos en su adaptación a la institución.

> "...cualquier arreglo habitual, que permite al miembro de una organización emplear medios o alcanzar fines no autorizados, o bien hacer ambas cosas, escapando de los supuestos implicitos acerca de lo que podría hacer o alcanzar,y, en ultima instancia sobre lo que debería de ser. Los ajustes secundarios representan vias por las que el individuo se aparta del rol y del ser que la institución daba por sentados a su respecto."[203]

Son el conjunto de estratégias que permiten al internado asumir formalmente las rígidas normas y al mismo tiempo obtener compensaciones mínimas en comportamientos que las transgreden. Podríamos decir que el yo sobrevive gracias a ellas. Aunque se encuentren prohibídas son imprescindibles pra el funcionamiento de la institución[204].

Están muy controlados los comportamientos de los internos porque, en primer

---

[200] Es la misma crítica que se le hace a las cárceles: generan y refuerzan la delinquencia y criminalidad; véase entre otors Foucault 1975.

[201] Goffman 1961, p. 168.

[202] Goffman 1961, p. 26.

[203] Goffman 1961, p. 190.

[204] Goffman 1961, p. 199; Diferencia entre ajustes secundarios violentos porque intentan romper con la institución, serán reprimidos, y los ajustes secundarios reprimidos pero permitidos por contribuir positivamente a la integración adaptativa del individuo, permitiendo al mismo tiempo la continuidad institucional.

lugar, prima la finalidad terápeutica que convierte en sintomática (patológica) cualquier acción del enfermo. No existen los ajustes secundarios porque todo es terapia y cualquier manifestación del yo del enfermo es síntoma patológico a reprimir.

> "Aparentemente, desde el punto de vista de la doctrina psiquiática, no hay ajustes secundarios posibles para los internos: todo cuanto se le induce a hacer, puede describirse como parte de su tratamiento, o necesario para su custodia; todo lo que hagan por sí mismos, puede definirse como sintomático de su perturbación o de su restableciemiento."[205]

En segundo lugar, porque tienen las intituciones un funcionamiento propio que excede las finalidades y la posible flexivilidad[206] de la ciencia, la psiquiatría. Las instituciones totales exigen de sus miembros una plena adaptación a su disciplina, tanto de la actividad como del ser. Resulta que sea cual sea la finalidad, uno de los efectos principales de la instituciopnalización son los trabajos por su simple automantenimiento. La distancia entre el papel idealmente asignado, la finalidad médica, y la realidad, la institución psiquátrica, hace que el trabajo en su interior repercuta en un irreflexivo mantenimiento de la realidad existente, generando así dominación y sometimiento. Son las tendencias absorventes de cualquier institución total.

> "...cualquiera fueren los otros fines que eventualmente puedan cumplir las instituciones semejantes, uno de sus efectos principales consiste en sostener la concepción de sí mismo sustentada por su personal técnico. Los pacientes y los niveles inferiores de control están complicados en una vasta acción de sostén, especie de laboriosa teatralización tributaria, que en definitiva contribuye --si en principio no se lo propuso-- a mantener la ilusión de una actividad afín a la de un servicio médico, dispensado por el personal psiquiatrico. Lo endeble de la pretensión se traiciona ya en la complejidad que hace falta para montarla (...moraleja sociológica, a saber, que cuanto más difierán nuestras pretenciones de los hechos reales, tanto más esfuerzo propio y ayuda ajena necesitaremos para apuntalar nuestra posición)."[207]

En el trabajo con enfermos puede llegar a olvidarse el entrecruzamiento de la finalidad médico terapéutica y el hermetismo o resistencia al cambio. Las instituciones parecen funcionar por sí solas, en su automantenimiento efectivo, olvidando sus contenidos. Un ejemplo nos lo hará ver más claro: el buen funcionamiento de un hospital exige horarios para la organización de las comidas, el sueño, y en general, cualquier cosa en su interior tiene un momento y un lugar para hacerlo. Las razones son de simple organización: organización y contratación del personal, ahorro, coordinación de los recursos en la forma más rentable, etc... Pero para el paciente supone readaptar todas sus costumbres a un nuevo orden. Durante todo el día su única ocupación es seguir el horario marcado. Si transgrede alguna de las normas, por ejemplo, se levanta todas las noches, si no está drogado con medicación (el personal nocturno es siempre escaso) con intenciones de pasear y fumar, este comportamiento contra las norma del hospital, será regularmente interpretado como síntoma de su enfermedad. Unas normas que buscan la

---

205 Goffman 1961, p. 206.

206 La psiquiatría es flexible, la institución no. Op. Cit., p. 303.

207 Goffman 1961, pp. 377-378.

organización formal del hospital son sufridas por los enfermos como leyes. Los internos no son tenidos en cuenta, y han de adaptarse al hospital. Surge así la paradoja de un internamiento para mejorar el yo enfermo, y la terapia planteada se reduce básicamente al sometimiento irreflexivo a la normativas y horarios del hospital[208].

Si a esto unimos la experiencia de abandono que supone para el individuo el ingreso en una institución de este tipo[209], y la ocultación amable de los pasos que ha de dar el paciente para salir[210], el panorama que se nos presenta es bastante negro.

La institucionalización excede cualquier finalidad terapéutica. Las exigencias que conlleva la superan. En el interior de las instituciones totales las relaciones interpersonales se ven englobadas en un entorno que impone normas y modelos sociales, predominando en ellos los que buscan el automantenimiento de la institución. (Esta es la razón de que cualquier intento serio de cambio se suela trasformar en un mero reformismo: la tendencia a la estabilidad y automantenimiento absorve cualquier cambio radical en el interior de la misma institución).

B.- PRODUCCION / LOCURA.

El automantenimiento de la instiución y sus reglas hacen que surja una cuestión fundamental: si funcinan como centros de depósito, y la readaptación es por la vía del sometimiento y la dominación ¿qué otra finalidad defienden?

R.Bastide no deja de señalar que las normas violadas por el rotulado como loco no son otras que las que están en consonancia con la ideología fundamental de la sociedad capitalista occiental: la producción. En nuestra sociedad insdustrial "la locura es ante todo una forma de improductividad"[xx]. Las desviaciones son modos de no producción. La locura representa lo no productivo, el mundo de la plena subjetividad, lo mítico, lo afectivo. Todo lo contrario a la razón industrial de la producción capitalista. La locura es un islote donde sobrevien lo contradictorio con la sociedad capitalista[211].

Desde los supuestos de una sociología crítica la reproducción social para la producción reduce los mecanismos de la compensación afectiva, potencia la adaptación tecnológica, y olvida las adaptaciones a la "naturaleza interna del yo". Locura y productividad no pueden ser sino hermanas siamesas:

> "Cada vez estoy más persuadido de que nuestras enfermedades mentales obedecen, en su más alta proporción, a que no se da vía libre a todos los fantasmas y deseos que bullen en el fondo de nosotros mismos: cuanto más se sofrenan las relaciones con los muertos, más se penetra en el mundo de la insatisfacción, de la tortura moral; en otras palabras, la productividad y la dolencia mental probablemente sean siamesas a las

---

208 Todas estas instituiciones se encuentran inspiradas en el modelo del panoptismo de Benthan: Foucault 1975. Es fácil pensar que en estos casos la conducta contra el orden establecido pueda ser sinónimo de salud y no una adaptación complaciente: Devereux 1977.

209 Goffman 1961, p. 139.

210 Op. Cit., p. 145.

211 Op. Cit, p. 330; es la oposción entre poesis y tecné.

que no se puede separar de manera alguna."[212]

Esta hermandad producción/locura se encuentra teóricamente fundamentada en la exigencia moral de que la sociedad aporte al yo individual mecanismos compensadores de la debilidad humana. La producción como paradigam dominante olvida en la adaptación y dominio de la naturaleza externa, el diálogo con la naturaleza interna del hombre[213]. Esta exigencia moral a la sociedad es el tercer elemento de los tres que distinguimos al inicio de este capítulo, al exponer los tres puntos principales de la consideración sociológica de la locura. Es decir, 1) El yo es cosntrucción social, 2) el yo irracional ha de tener componentes sociales, y 3) La sociedad ha de aportar un yo adapatativo a cualquier situación: la locura es en cierto sentido problema social, y ha de tener solución también social.

La sociedad ha de aportar los mecanismos para soportar las disonancias culturales (humanas) ineviables. Si no puede aportarlos surgirán problemas psíquicos.

R.Bastide diferencia tres casos clave en los que aparecerá el trastono mental:

"1) cuando una cultura no provea a un individuo sino de medios insuficientes para permitirle reprimir sus pulsiones culturalmente disonantes; 2) cuando los estados patógenos sobrevengan prematuramente, o sea que alcancen a los individuos que aún no tienen defensas culturales adecuadas, a proposito de lo cual Deveroux da como ejemplo el caso de las clases menos favorecidas (es decir, las que permanecen fuera de los mecanismos defensivos normales de la sociedad privilegiada); por último, 3), cuando el individuo entre en contacto con una sociedad que no posee los mismos mecanismos defensivos de su sociedad nativa."[214]

El primer supuesto es el objeto de la crítica sociológica: la sociedad debe aportar los medios suficientes para superar pulsiones disonates. Sería el caso de culturas que no aportan pautas de "normalidad" para la locura.

El segundo se refiere a sujetos aún en formación: niños o grupos sociales a los que llegan en escasa medida las pautas adaptativas, las clases más bajas, las menos favorecidas. La normalidad socialmente transmitida únicamente llega a unos pocos.

El tercer supuesto se refiere al conflicto entre dos culturas. Un ejemplo de este tercer supuesto, y el más analizado por Bastide, es el de emigrante africano en una sociedad moderna: los modelos sociales de su cultura para adaptarse a la disonancia no valen en la nueva situación sociocultural en la que se encuentra. Tampoco puede acceder a los mecanismos de la nueva sociedad, lleva poco tiempo en ella y suelen ser de difícil acceso para los recien llegados o extraños. Aparecen así híbridos culturales: curanderismo en las metropolis, misticismos y sectas, etc...

El concepto de psicosis étnica de Devereux nos puede servir para aclarar este tercer

---

[212] Bastide 1972, p. 35. Esta es la razón de ver en la integración característica sociedad tradiciona, un entorno más eficaz para contrarestar las disfuncionalidades: la unión con el grupo y la compensación afectiva encuentran en ella una mejor expresión.

[213] HORKHEIMER-ADORNO: Dialectica del Iluminismo; ADORNO, Diléctica negativa; Habermas 1985a.

[214] Bastide 1972, p. 72.

supuesto. Cada sociedad posee un transtorno psíquico característico[215]. Pero al mismo tiempo cada sociedad proporciona a sus miembros los medios para solventar el problema. En cada individuo de una sociedad y cultura tendríamos los dos elementos: el transtorno típico y la solución. Sucede que alguno de los integrantes de la cultura presenta de forma más violenta el conflicto. Los modelos violentos de conducta incorrecta son los propios de los llamados enfermos mentales. Cuando añadimos además el contacto intercultural, como en el ejemplo del emigrante africano, las culturas[216] se mezclan, mixturándose tanto los transtornos típicos como los procedimientos culturales para superarlos. El combinado que nace de enfermedades y defensa es completamente incoherente, generando pautas de conducta violéntamente anormales.

C.- LA PSIQUIATRIA Y EL INTERNAMIENTO MANICOMIAL DESDE UNA SOCIOLOGIA CRITICA.

La pregunta que ahora debemos plantearnos es la siguiente: desde los supuestos de una sociología crítica, ¿qué papel juega el psiquiatra como experto social y la psiquiatría como su ciencia?, ¿qué funciones cumple el internamiento terapéutico en el interior de un manicomio? Muchas de las críticas que ahora vamos a presentar, coherentes con la perspectiva de una sociología crítica, son supuestos de la antipsiquiatría y de su resultado institucional: la psiquiatría comunitaria o de sector.

La psiquiatría hace "`administrable' la locura... administra la locura en el sentido de reducir activamente toda su actividad a las condiciones de su gestión en un marco técnico..."[xxi]: el manicomio.

Las obras de Castel sobre el surguimiento de la psiquiatría y el psicoanálisis[217], el estudio de F.Alvarez Uría[218] sobre el orden social, la marginación y la psiquiatría en la España del siglo XIX, apuntan a lo que Dörner denomina Dialéctica entre la emancipación y la integración[219]. En la solución del internamiento como terapia mayoriataria, la psiquiatría establecería un juego dialéctico entre la emancipación, representada por sus ideales de curación y cambio, y la integración social, al reconvertir, o al menos intentarlo en las terapias, al enfermo en un ser de nuevo productivo. Esta es la dialéctica que tanto Castel como Uría denuncian en las obras citadas.

La psiquiatría responde a una demanda social presentada desde la ciencia jurídica. Medicalizando al loco en el internamiento terapéutico resuelve científicamente el problema presentado por los improductivos e irresponsables. Aquí encontramos la razón de una proximidad entre las locura, por un lado, y el vagabundeo, la prostitución, la promiscuidad sexual, la

---

215 DEVEREUX 1970, pp. 261-262; la psicósis étnica característica de la sociedad occidental capitalista sería la esquizofrenia.

216 "La cultura es ante todo un sistema estandartizado de defensa, y por lo tanto solidaria como lo que más entre las funciones del yo." DEVEREUX, citado en Bastide 1972, p. 72.

217 Castel 1975, y los artículos incluidos en la traducción recopilada por Ramon Garcia 1975.

218 Alvarez Uría 1983.

219 Dörner 1969, p. 16. Por lo demás propia de cualquier ciencia nacida de los ideales de la ilustración.

criminalidad... por otro lado, detectada por Foucault en varias de sus obras[220]. El factor común es el de la irrespondabilidad e improductividad. La psiquiatría proporciona a la sociedad una definición coherente con el modelo contractual, de soberanía sobre la personalida jurídica[221] en vigor para todo ciudadano[222]. Envuelve con su vínculo terapéutico las funciones de reconducción social: proporciona al improductivo la mejor técnica para la viabilidad de su yo, le aporta la curación definitiva.

El loco adquiere un estatuto de vasallaje respecto del poder de la medicina mental. La psiquiatría (Castel estudia sus orígenes en el movimiento alienista del siglo XIX) resuelve en forma científica, orientada por la piedad curativa ante el sufrimiento y el dolor, el problema del desorden y la peligrosidad generados por los incontrolables. Es una instancia de control social, paraliza los cabios y las incoherencias con el sistema:

> "...si la desigualdad de las condiciones es una justa consecuencia del crecimiento de las sociedades, hay que controlar sus efectos para que no llege a un umbral de ruptura a partir del cual los sacrificados se precipitarían hacia soluciones extremas y declararían la guerra social."[223]

Genera una distancia con el saber vulgar, su cientificidad y tecnificación, no hace sino corroborar su función de control social. Es desde esta perspectiva desde la que se le critica a la medicina en general, y a la psiquiatría en particular, el ser una forma de sutilización de los métodos de control social[224]. Taparía, "con sus racionalizaciones, las contradicciones de los gestores"[225].

A la gestión del irresponsable hemos de unir la eficacia simbólica del manicomio para el resto de la población, la no internada y "normal". Explicando así la pervivencia histórica de un fenómeno criticado desde las más controvertidas posturas.

"Si alguna cosa puede persuadir de estar loco, es esta visión de una vida de loco, o

---

220 Especialemnte Foucault 1954 y 1961.

221 Vease Capítulo I.

222 "Cada ciudadano es sujeto y soberano, o sea que es a la vez sometido a cada uno de sus deberes cuya no-observancia sanciona el aparato estatal, y sujeto que participa en las actividades reguladas por la ley y obtiene sus derechos de estas prácticas cuyo cumplimiento delimita su libertad. De esta manera un ciudadano cabal nunca se encontrará con la autoridad del Estado bajo su forma represiva. **Al asumir sus deberes despliega su propia soberanía y refuerza la del estado...** No obstante, a pesar de su carácter formal, no todos los sujetos de la república entran sin problemas en este marco contractual. La auténtica especificidad del loco escriba en resistir a este doblegamiento hasta tal punto que, para insertarle en el nuevo orden social, va a ser necesario imponerle un estatuto diferente y complementario del estatuto contractual que rige para el conjunto de los ciudadanos." Castel 1975, pp. 42-43.

223 Castel 1975, p. 140; sería también una buena definición de la filantropía, o de la beneficiencia: "...mientras que la dureza de corazón de los poseedores impulsa a los desgraciados a la revuelta, la generosidad hacia ellos es la raíz pública de su sometimiento." Op. Cit. Castel 1975, p. 142.

224 Foucault y sus estudios sobre el poder ejercido por y a través del cuerpo; La medicalización no soluciona, no cura, sino que únicamente desplaza la contradicción: "Medicalizar un problema es más desplazarlo que resolverlo, pues no se hace más que autonomizar una de sus dimensiones, trabajarla técnicamente y ocultar así su significación sociopolítica de conjunto para convertirla en una "pura" cuestión técnica, dependiendo de la competencia de un especialista "neutro"... La calamidad está en la locura, no en la medida." Castel 1975, p. 211, subrayado nuestro; Vease en este sentido la obra de De Miguel 1991 con una ampliabibliografía, en perspectiva sociológica, sobre este tema.

225 Castel 1975, p. 169.

sea de la vida que se da al loco en esos manicomios donde, sin embargo, se le dispensa -según se dice- todos los auxilios de la ciencia y todos los recursos de la filantropía. Así el sistema siempre gana."[226]

La dialéctica entre la integración y la emanciapación definen, desde una posible sociología crítica, las funciones que cumplen y han podido cumplir, la psiquiatría, los psiquiátras como sus expertos y el manicomio como su terapia: función de control social (integración/dominación) camuflada bajo imperativos terapéuticos (emancipación)[227].

III. 4.- RELATIVISMO CULTURAL Y LOCURA.

"...mientras que el científico busca leyes que funcionen, independientemente del intérprete, el antropólogo encuentra al sujeto dentro del significado..."[xxii]

Esta cita con la que iniciamos un nuevo apartado intenta expresar la especificidad de una ciencia social. La antropología se ciñe a las costumbres de un grupo humano e intenta, al reconstruirlas para la comunidad científica, comprenderlas y explicarlas.

La actuación humana es siempre contextualizada: la acción sobre lo real exige definición y redefinición constante de la realidad. Objetos y relaciones sociales sirven entonces, como contexto que son, para deducir y explicar comprensivamente las distintas y concretas definiciones de lo real en un grupo humano. El estudio en clave antropológica de la economía, de la religión o de los sistemas simbólicos de distintos pueblos del planeta resalta esa unión necesaria y permanente del hombre y su contexto: la cultura.

"Cultura es la urdimbre de significaiones atendiendo a las cuales los seres humanos interpretan su experiencia y orientan su acción; estructura social es la forma de esa acción, la red existente de relaciones humanas."[228]

Ciñéndose a la especificidad de cada cultura la antropología funciona con dos principios fundamentales. El holismo por un lado, y el relativismo cultural por otro. Con estos dos principios la antropología busca adaptarse a la cultura como objeto de descripción científica.

Holismo responde a la totalidad significativa que resulta ser cada humano y cada grupo cultural, tanto con respecto a lo físico, como con respecto a la visión del mundo. El relativismo cultural significa respeto a la validez (valoración) de cada una de las totalizaciones estudiadas: la visión del mundo de la cultura estudiada es tan buena, válida y perfecta, en su

---

[226] Castel 1975, p. 255.

[227] Deleuze y Guattari pueden hacer así crítica al complejo de Edipo: es represión de un incosnciente y un deseo situados frente/contra el sistema capitalista.

[228] GEERTZ 1973, p. 133. Cultura subraya el significado, sociedad los componentes organizativos. Dos conceptos para un mismo fenómeno. La connotación del primero delimitaría lo propio de la antropología; la del segundo la de la sociología. Pero en ambas ciencias tienen importancia las dos connotaciones.

ambiente, como la de cualquier otro grupo humano; incluido el grupo de referencia del propio antropólogo.

Hacer antropología es pues introducirse en un grupo para llegar a "pensar según sus conceptos y vivir según sus valores"[229] en observación participante. Y posteriormente describir comprensivamente sus conceptos, valores y significados.

Toda cultura ha de enfrentarse con la precariedad de la vida humana: ha de ser superada por medio de estrategias socioculturales. La enfermedad mental es una manifestación de esta precariedad, cada grupo sociocultural arropará a sus miembros con significados y "soluciones" para superarla. Enfermedad y muerte son puntos donde la cultura aglutina significación, intentando así superar las dificultades. El miedo, la ansiedad o la preocupación provocada por el contacto con la enfermedad se solventa culturalmente con la proliferación de significaciones[230].

> "La enfermedad es incluso anterior a la moderna configuración del hombre y es toda enfermedad tan ineludible e inevitable como la muerte. Lo precario de la vida se manifiesta además a otro nivel: en el peligro, en momentos de crisis, en la incertidumbre, en la ansiedad e impotencia, en el sufrimiento consiguiente. Todavía no se ha encontrado un sistema cultural que otorge absoluta garantía, certeza y seguridad a sus miembros, que aniquile la ansiedad; todo sistema sociocultural ocasiona, en distinta forma y medida desde luego, desórdenes mentales. Pues bien, ante este grave problema existencial todos los grupos humanos conocidos en tiempo y espacio han respondido con una gama fascinante, increible, de estrategias para recuperar la salud, la tranquilidad... estrategias para formular y controlar la enfermedad."[231]

Entonces, ¿qué puede aportar la antropología, respetando sus principios, al estudio de las enfermedades mentales?; existen diferentes modos de estar loco, de ser experto en enfermedad mental y de tratarla, pero, ¿qué significados tienen en general estas diferencias y variaciones?

Las tensiones son generadas por cada cultura, pero también los modos de afrontar la tensión[232]. Pero existen siempre individuos donde el conflicto es muchísmo más intenso, donde la tensión se presenta de foma más violenta. Estos son los rotulados, en cada cultura con contenidos comportamentales diferentes, como enfermos mentales, poseidos, locos, endemoniados, etc... La conducta incorrecta, y el modo de nombrarla, responde a los moldes culturalmente aprendidos.

---

229 Evans-Pritchard, Antropología social, Nueva visión, Buenos Aires 1973, p. 76.

230 James Fernandez utiliza el concepto de incoado para referirse a esos conceptos que tienen tanta significación que se encuentra siempre en "metaforización": sin la metáfora no podemos acceder a ellos; "...en el pensamiento humano como éste queda expuesto en el lenguaje humano hay un gran número de conceptos que por ser abstractos o de otra manera incoados siempre son actos para la predicación metafórica cuyo objeto es concretar nuestra experiencia de estos conceptos... es decir, relacionarlos más con el mundo vivido. Lo que resulta es un concepto metafórico." (J.FERNANDEZ, J.W. 1974; "En torno a una vaca ratina (metáforas vividas y la cultura que ello implica)" Letres Asturiones, nº13, Oviedo 1974.

231 Lisón Tolosana 1974, p. 189, subrayado nuestro; definiendo la etnomedicina.

232 A esto reponde el concepto de psicósis étnica apuntado por Devereux, y tratado por nosotros en el partado anterior de este mismo capítulo (III.3.b.).

"Toda cultura puede ser concebida como un gran diseño y mecanismo para solucionar problemas humanos; ahora bien, el diseño y el mecanismo implican elección, y la elección se convierte en selección de afanes y deseos a los que se tiende culturalmente a satisfacer. Pero automáticamente quedan marginadas otras esferas desiderativas a las que culturalmente no se les concede atención o se las condena al incosciente como impropias. En otras palabras, toda cultura crea problemas..."[233]

La elección cultural, arbitraria desde una macro perspectiva, pero motivada, en perpectiva micro, por infinidad de factores de adaptación medio ambiental (económico-ecológicos) implica desatención de determinadas partes de la "naturaleza humana" por atender a otras. Algunas quedarán incluso sin cubrir. Es en estas brechas donde brotan los conflictos mentales:

"Todo sistema cultural proporciona, aunque en grado variable, nichos, posiciones, roles para acomodar como miembros funcionales a personas con tendencias psicóticas."[234]

La locura, el loco, representa esa parte del caos que llevamos con nosotros mismo y que deseamos negar. Es por esta razón por la que cuando el conflicto se hace demasiado evidente o violento acudimos a los significados establecidos, y hacemos de la locura, como lo otro, lo marginal. La locura cumple así una función social: "nos permite liberarnos, traspasándole a otros, de los terrores que nos amenazan. Si el loco lleva en sí la condición humana, el hombre lleva en sí el terreno en que enrraiza la locura."[235]

Lo que desde una perspectiva diferente es campo del la individualidad, aparece a los ojos del científico social como un hecho sociocultural contextualizado: la locura es a la sociedad y la cultura lo que la combustión al oxigeno. No es posible pensar lo uno sin lo otro[236]

La razón y la irracionalidad son prácticas contextuales. Pensar su especificidad exige adaptar la mirada al contexto. La regla básica para incorporar lo difícil, lo oscuro (la enfermedad y la muerte) es la contextualización en el interior de lo conocido, de lo cotidiano.

"Para pensar y dominar algo rebelde y abstruso se sirven de algo conocido y fácil; seleccionan cualidades manipulables que desplazan por atribución analógica y controlan lo analogado." [237]

Sin olvidar los componentes fisiológicos o individuales, la perspectiva antropológica aporta y resalta los factores socioculturales[238]. Podríamos resumir en tres puntos lo que esta perspectiva aporta a la intelección de la enfermedad mental:

---

[233] Lisón Tolosana 1974, pp. 200-201.

[234] Lisón Tolosana 1974, pp. 196-197. En este sentido Devereux, 1977, considera adaptativa y útil, auque no deje de ser psicótica, la figura en las sociedades tradicionales del schaman o curandero.

[235] Bastide 1965, pp. 362-363, subrayado nuestro.

[236] Bastide 1972, pp. 172-173.

[237] Lisón Tolosana: "De arte mágico (El genio creador de la palabra)", en Antropología social y hermenéutica, F.C.E., p. 37. "Póngase una cabeza humana en un cuerpo de león y se pensará sobre la cabeza humana en abstracto.", es un ejemplo de la ley de asociación de W.James, con la concreción en lo conocido podemos pensar la dificultad; V.Turner: La selva de los símbolos, Siglo XXI, Buenos Aires 1980, p. 118.

[238] LISON TOLOSANA 1974, p. 199.

"1) Las diferencias culturales favorecen diferentes estilos de enfermedad mental; además ciertas psicósis orgánicas y funcionales y neurósis parecen ser universales. 2) No hay sociedad sin enfermedad mental, pero se encuentran diferencias en cuanto a la frecuencia. 3) Los cambios socioculturales hacen variar el estilo y la frecuencia de estas enfermedades."[239]

Existe la enfermedad mental en toda cultura y sociedad, pero la incidencia varía al cambiar tanto las coordenadas socioculturales, como las espaciotemporales[240].

Frente a un relativismo exacervado, donde los problemas psíquicos, sus síntomas y las soluciones serían específicos e inconmensurables, es necesario la matización. Hay que reconocer la relatividad de síntomas, terapias y expertos, es decir, existe una tolerancia diferencial de la locura y de los problemas que acarrea. Pero también se constatan ciertas regularidades y posibilidades, sino de comunicación entre distintas culturas, si de diálogo interesado en encontrar soluciones. R.Bastide resume magníficamente lo que queda de las tesis del relativismo cultural en el estudio antropológico de los problemas mentales:

"...lo que quedaría de las tesis del relativismo cultural sería al menos: 1. La distribución desigual de los diversos tipos de enfermedades mentales según las razas y las civilizaciones, que habrá que comprobar estadísticamente, pero que parece probable.... 2. La variedad de las formas culturales que puede adoptar un mismo tipo de enfermedad, es decir, la relatividad de los síntomas... 3. La idea de que una cultura puede tolerar individuos que no serían tolerables en otra; e incluso que puede encontrar modelos de organización institucional que permitan integrar a estos individuos en la sociedad."[241]

El relativismo cultural sigue cumpliendo su principal cometido: mediante la comparación, comprobar la criticabilidad de nuestras propias construcciones, y analizar la posibilidad de cambio. Los contenidos socioculturales son recreados constantemente, no son monolíticos ni permanecen estables.

El cambio sociocultural no integrado sería el provocador de verdaderas variaciones en las tasas de incidencia. La coherencia necesaria para solventar las disfuncionalidades psíquicas encuentra sólo sulución allí donde la cohesión sociocultural no se ha desmembrado. El conflicto social y las funciones del cambio social, dos problemas clásicos en en el debate antropológico, son ralatados como componentes, sino generadores, si al menos potenciadores de los problemas psíqucos.

III.5.- CONCLUSIONES / CONTRADICCIONES.

Desde el discurso sociológico se subraya la importancia del contexto sociocultural

---

239 Lison Tolosana 1974, p. 202.

240 Bastide y su estadística sociológica de la enfermedad mental no busca sino estudiar científicamente estas variaciones culturales de la incidencia.

241 Bastide 1965, p. 98.

en la definición de lo que cosntituye la locura. Se exige de la sociedad, para su cohesión y automantenimiento, que aporte identidades sólidas. Identidades bien constituidas, capaces de afrontar satisfatoriamente la resolución de los innumerables problemas que cotidianamente se presentan. Identidades que en la resolución de conflictos puedan reforzarse, y reforzar así la constante y necesaria cohesión e integración del grupo.

La locura aparece a los ojos de esta exigencia como un fallo en la construcción social de la identidad. La anomía social tiene su correlato en la anomía social, de la misma manera que la normalidad psíquica en la mayoría de la población la tiene en la estabilidad, cohesión y solidaridad social.

Locura y tratamiento de la locura (terapia con posible recuperación del yo) aparecen tipificados socialmente. El enlace, a través de la demanda moral propia de cada presentación social del yo, con los ideales médicos de curación, nos diseña la especificidad del experto occidental en salud mental: el psiquiatra y la psiquiatría como su ciencia. El internamiento con fines terapéuticos es la solución médica generalizada.

El constante proceso de duda, propio de una sociología que pretende ser crítica, y la comparación intercultural, específica de una antropología sociocultural, plantean a la sociología y a la sociedad en general serias dudas sobre la "racionalidad" de sus cosntumbres, normas y prácticas sociales:

a) La alianza entre psiquiatría y la ideología capitalista de la producción, ¿no invalidan, o al menos hacen dudar, de las pretensiones terapéuticas de esta ciencia?[xxiii]

b) Otros pueblos generan más integración (la socieda en general así aparece a los ojos del antropólogo), y ¿no significará esto un "retroceso" en los intentos socioculturales de construcción de un yo sólido?

Como en los casos del discurso jurídico y psiquiátrico o reparador[242], es siempre un exceso o acontecimiento externo/extraño a la "propia locura" el que permite la entrada de la locura en el interio de sus respectivos discursos:

a) Delito, propiedad, et... en el discurso jurídico.
b) El hiáto entre patología orgánica y anormalidad comportamental socialmente rotulada en el discurso reparador.
c) La rotulación e institucionalización de una demanda moral en el caso del discurso sociológico.

Estas contradicciones o dudas planteadas animan tanto la sociología y la antropología (debate conflicto/cambio social, como los planteamientos de la antipsiquiatría y el psicoanálisis[243]. Primando en todas estas ciencias, la cosideración de la locura desde la demanda moral de una adecuación al ideal de tratamiento (sociocultural y terapéutico) de esa irracionalidad que excede cualquier intento de abordarla.

---

242 Capítulos I y II respectivamente.

243 Cap.II.2.c. y d.

CAPITULO IV.- CONCEPTOS APLICADOS A LA LOCURA

Presentamos a continuación una tabla en la que se incluyen los conceptos empleados normalmente para hablar de la locura y de su contrario: la cordura. Cuerdo y loco como una dicotomía que aparece de modo implícito en cualquier discurso que trate de la locura: locura en contradicción constante con lo otro de sí misma. La tabla presentada, lejos de ser completa, pretende ser únicamente un esbozo de las dicotomías de cualquier discurso centrado en esta temática.

LO OTRO DE LA LOCURA (CUERDO)	**LOCURA (LOCO)**
NORMAL, Normalidad	ANORMAL,Anormalidad (anormalidad-subnormalidad) Extravagancia, Extraño
Libertad, Independencia, Autosuficiencia	Alienación, enajenación (atado), Dependencia.
SOCIAL, ordenado, contextual, normal, estabilidad, grupal, contextual, conocido, formal, orientado, integrado.	ASOCIAL, desordenado, anómico, inestable, individual, desconocido, desintegrado, informal, extraño, arbitrario, descontextualizado, desorientado
RAZÓN, luz, visión, vista, sensatez, sabiduría, coherencia	IRRAZON, ceguera, exceso de luz, insensatez, sinrazón, idiotez, tontería, imbecilidad, sabiduría plana, visión a otro nivel, DELIRIO.
HUMANO, civilizado	INHUMANO (inhumanidad), bestialidad, animalidad, monstruosidad, primitivismo.
VIDA, lo conocido	MUERTE, lo desconocido
Orientación, tranquilidad	Desorientación, furor, manía, pasión.
MORALIDAD, medida, premio a la virtud, virtud, formal, modestia, moderación.	INMORALIDAD, desmesura, exceso, castigo al vicio, Vicio, presunción, depravación, apasionamiento, informalidad
SALUD mental, salubridad	ENFERMEDAD mental, insalubridad, demencia
tranquilidad	Desasosiego, agitación
POSITIVIDAD	**NEGATIVIDAD**

Dentro de la locura cae todo lo asocial, lo irracional, lo amoral, lo inhumano, lo extraño, lo negativo; frente a ella la norma, lo positivo, lo racional, lo socialmente definido y aceptado como normal, lo humano.

Es interesante constatar que cuando utilizamos una palabra de la tabla para describir un comportamiento como loco, hacemos dos cosas. Por un lado, lo comparamos con su contrario como lo normal y exigible; por otro lado, comprendemos el significado de la palabra utilizada al situarla en una red semántica donde adquiere sentido. Por ejemplo, si decimos bestial o incontrolado de una acción humana, estamos planteando lo humano, no-animal y controlable, como ideal exigible de una conducta. Nos preguntamos así por la humanidad de un acto que

parece exceder o no llegar a los rasgos atribuidos a los actos humanos. La bestialidad implica una comparación metafórica con un comportamiento animal: donde la unión grupal está subordinada al dominio de la naturaleza (por la enfermedad que domina); cualquier razonamiento posible se ve dominado por impulsos animales incontrolables. El animal es incontrolable, salvaje, exagerado en su movimientos: sus acciones exceden lo normalmente exigido en una determinada situación. Se mezcla lo exigible y la introducción en una red compleja de relaciones de significación.

Todos los conceptos señalados en la tabla apoyan su sentido unos en otros. Loco asocial, su comportamiento diverge del normado por el grupo, actúa de modo individual, inmoderado, vicioso, incoherente, excesivo, animal. Cada una de estas palabras, en el caso concreto de su uso, se llenan de sentido unas con relación a las otras. Una buena analítica muestra la posibilidad de aplicar las categorías asignadas al loco como pertinentes para lo otro de la locura: hasta qué punto podremos considerar normal el comportamiento social aceptado, porque el estar conforme con el grupo no parece significar estar sano, la moderación colocada en la norma puede ser también indicio de enfermedad, etc...

Los conceptos que aparecen en mayúsculas en la tabla (Normal / Anormal, vida / muerte, social / asocial, humano / inhumano...) son conceptos generales, en torno a ellos se aglutinan significados y connotaciones. Cada pareja aporta connotaciones importantes a las dicotomía principal loco/cuerdo, y permite al mismo tiempo, al extender su significado más allá de sí misma, desplazamientos por las restantes parejas dicotómicas integrantes de la tabla.

Se pueden desmontar, en un contexto adecuado, todas y cada una de las dicotomías. En la situación o perspectiva idónea un comportamiento inhumano, por ejemplo, puede ser completamente normal (piensese en la bestialidad inhumana de las acciones de combate durante un período bélico). No serán sinónimo de locura. En este caso son sus contrarios, el carácter pacífico y no agresivo, los tildados como anormales.

No sería difícil desmontar estas dicotomías y descubrir, en un afán nada retórico, la pertinencia de su aplicación en sentido inverso; se podría llevar a cabo utilizando, en cada uno de los conceptos tratados, las connotaciones de las restantes dicotomías. Por ejemplo, el discurso sin-sentido (delirio) de un loco podrá ser contextualizado dentro de su experiencia familiar, intentando descubrir, en contacto con él, sus modos de relacionarse con lo real, llegando a encontrar sentido y racionalidad a lo tildado en principio como irrazón. Las suposiciones iniciales de carencia de significado se justifican en el contexto del primer contacto con el loco; pero una preocupación e inquietud que busque la comunicación, "ilumina" la aparente vacuidad. Podría ser aplicable el carácter de sin-sentido a cualquier comportamiento o lenguaje (la lectura, por ejemplo, de un libro de matemáticas de Leibniz nos sorprenderá: profunda irracionalidad de dibujitos psicóticos no relacionados. Es necesaria una preocupación contextualizadora por entender los cambios notacionales, y acceder así a sus contenidos).

El "desmontaje" de estos juegos de palabras nos deja sin puntos de apoyo; los conceptos definidores de la locura, apoyados unas sobre otros, se descubren como vacíos. En buen análisis no hay definición adecuada de la locura, cada respuesta puede satisfacernos en función de un "plus" que la propia definición no controla, alude siempre a algo más que las palabras citadas (se connotan todas las posibles significaciones).

Eso que hemos denominado "plus" o exceso que sobrepasa cualquier dicotomía posible, es aportado por los parámetros delimitadores de cualquier discurso. Cuando se usan las palabras que componen la tabla se hace siempre en el interior de un contexto discursivo. Es ese

contexto el que llena de contenidos concretos las contradicciones, guía todas las connotaciones o desmontajes posibles. Guía las infinitas asociaciones entre las parejas dicotómicas de conceptos.

Por ejemplo un psiquiatra dice de un paciente delirante que se encuentra desorientado pero que realmente posee un gran inteligencia o capacidad intelectual (visión a otro nivel, o sabiduría plana son los conceptos que corresponderían en la tabla). Además de las posibles connotaciones y asociaciones entre los restantes conceptos de la tabla, y la posibilidad de desmontar las parejas de significados, se introducen en esa predicación del comportamiento concreto de un individuo, los principios propios del discurso psiquiátrico. La experiencia clínica, la formación teórica y el "instinto" que se ha ido formando a lo largo de su experiencia profesional, llenan completamente de contenido los conceptos utilizados. Se redefinen connotándose en acuerdo implícito con los parámetros específicos de su especialidad. Sucederá lo mismo en el caso de un científico social o de un jurista: al hablar, estudiar o emitir juicios sobre la locura, introducen un exceso que llena de sentido cualquier concepto aplicado a un acto concreto.

APÉNDICE. TRATAMIENTO DE LA LOCURA EN LA OBRA DE MICHEL FOUCAULT

En este apéndice analizaremos cuatro conceptos que Foucault aporta en una de su primeras obras: La historia de la locura en la época clásica (1961). Son cuatro formas en las que señalamos la locura, cuatro formas de conciencia de la locura. En la delimitación de los mismos veremos su aplicabilidad a los tres discursos analizados en el presente trabajo.

La irracionalidad y las formas de dominación apoyadas en el saber, han sido dos de los temas reiterados a lo largo de la producción foucoltiana. Sus obras se encuentran enmarcadas en pleno debate acerca de la racionalidad del progreso científico, y en la discusión sobre las posibilidades de un cambio social radical orientado desde las ideas marxistas. La racionalidad científica y el concepto de ideología aglutinan la problemática inherente a estos dos debates. Enmarcado por ellos se pregunta Foucault, en su primeras obras, por las relaciones que pudieron haber dado lugar al nacimiento de una ciencia determinada. La cuestión acerca de ¿cómo pudo la psiquiatría constituir su objeto de estudio para adquirir rigor científico? es objeto de La historia de la locura en la época clásica; ¿qué cambios se produjeron en la mirada médica para permitir su positivización?, en El nacimiento de la clínica; ¿que similitudes y diferencias permiten en una época de cambio el florecimiento de un saber y de un discurso? en Las palabras y las cosas. No son factores científicos los que explican la cientificidad y el progreso; las alianzas con los sistemas sociales explican los cambios hacia la cientificidad.[244]

La problemática presentada en el interior de los dos debates es la que Foucault busca responder a lo largo de todas su obras: ¿cómo y porqué progresa/cambia la ciencia?, ¿cómo y por qué la sociedad no avanza hacia formas de racionalidad? Veamos cómo pretende responder a ambas preguntas en el caso de la locura, como objeto de estudio, y la psiquiatría, ciencia encargada de su análisis.

Diferencia cuatro formas de conciencia de la locura[245]. Decir formas de conciencia significa remarcar dos cosas: por un lado la visión de un objeto, y por otro lado, la autopercatación que de uno mismo se establece al decir algo de un objeto. Ambos componentes van inseparablemente unidos. Son formas de señalar un objeto, la locura, pero también formas que dicen desde donde, para qué y cómo se señala.

Formas de designar la locura, en sí mismas autónomas, pero al mismo tiempo inseparables una de otra. No hay una unidad, se superponen, se concilian entre sí pero permanecen irreductibles las unas de las otras[246].

---

[244] Habermas nos diría que hay que superar la identificación entre ciencia y teoría pura: la ciencia funciona también con interés. HABERMAS 1965, "Conocimiento e interés" en Ciencia y técnica como ideología, Tecnos, Barcelona 1984, 1986 (2ªr.).

[245] Foucault 1961, I, pp. 257-275.

[246] "Pero el sentido de la locura en una época dada, incluso la nuestra, no hay que preguntarlo a la unidad

La **conciencia crítica** es la primera de ellas. Cuando detecta la locura la reconoce comparándola con lo razonable y lo moral. La reconoce pero no puede definirla; marca sólo la diferencia con lo racional y moral que encuentra en el interior de sí misma. Ve la diferencia y al observarla comienza a preguntarse por la racionabilidad de su propia posición: ¿no será esa definición un artilugio de la locura oculta en el interior del propio reconocimiento? Cierta homogeneidad entre la locura y la razón aparece ante sus ojos.

Se coloca la razón y el hecho mismo de dudar de la propia racionalidad como conjuración de la duda, el dudar de la conciencia es la superación de la sospecha. Conjura la inquietud "reconociéndose como razón en el mismo hecho único de aceptar el riesgo"[247]. Un buen ejemplo lo tenemos en el proceso de la duda cartesiana, en la conciencia del familiar del loco, o en el componente deíctico del derecho: la razón vence por la conjuración deíctica de su contrario en el simple hecho de verlo perfectamente como su oponente.

En segundo lugar la **conciencia práctica**: detecta la locura sobre la racionalidad aportada por el grupo social al que pertenece. Es loco todo aquel que, pudiendo elegir libremente actúa conforme a las normas sociales o en contra de ellas, actúa violándolas. Se le señala en función de un dogmatismo inmediato: los que están dentro y con el grupo son los que detectan al extraño, al que escapa por otra vía diferente a la socialmente marcada. Dado el carácter desestructurador de cualquier violación de las normas, el grupo ha de protegerse, tanto de sí mismo, como de la locura. Se dibuja el drama al ver la diferencia: la compasión ante lo diferente por no viable "con nosotros", y al mismo tiempo la necesidad de una protección excluyente de algo que cuestiona los valores del grupo, esenciales para su supervivencia. A la locura se la excluye por aberración social, y el grupo recupera su solidaridad mediante ritos de conjuración.

Ante la mirada al loco siempre surge la duda acerca la racionalidad de su comportamiento, ¿no será él el cuerdo y yo el loco?, ¿se puede vivir de modo racional en contra de las normas sociales? Esta pregunta pone en peligro la racionalidad social. Se contesta reforzándola: somos más los cuerdos que los locos. Con la conjuración ritual se recuerda al individuo la pertinencia de la racionalidad social al observarla funcionando perfectamente en

---

al menos esbozada de un proyecto, sino a esta presencia desgarrada, y si ocurre a la experiencia de la locura tratar de superarse y de equilibrarse, proyectándose sobre un plano de objetividad, nada ha podido borrar los valores dramáticos dados desde el origen a su debate." (Op.cit., p. 258)

[247] Op.Cit., p. 260.

todos y cada uno de los que lo rodean.

La locura ha de reducirse al silencio. Pone ante los ojos la posibilidad de ser de otra manera que la del grupo. Cuestiona los valores de la conciencia que denuncia. La única protección posible es su reducción al silencio y la recuperación de la solidaridad y valores sociales mediante la conjuración ritual. Exclusión para la locura, y refuerzo ritual ante la disgregación para el grupo.

La tipificación de delitos en el derecho penal responde a esta necesidad de conjurar lo disonante. La eficacia simbólica[248] del manicomio cumple las funciones silenciadora y conjuradoras propias de esta forma práctica de conciencia de la locura.

La **conciencia enunciadora** de la locura es el tercer tipo distinguido por Foucault. Es la conciencia más puramente deíctica: detecta de modo inmediato al loco, lo señala, pero no por su comparación con el peligro o la racionalidad ante lo otro, sino por la simple constatación, también inmediata, de que la conciencia que señala no está loca. Un ejemplo claro podría ser este: paseando con un amigo por las calles de una de nuestras ciudades, nos cruzamos de pronto con un sujeto que gritando corre de una acera a otra de la calle, al llegar al centro, se sienta y comienza a saltar arrastrándose; de nuevo se levanta y se queda quieto, de pie contra la pared de un edificio. Al observar esto el signo inmediato al acompañante es un gesto, nos llevamos el dedo a altura de la sien y decimos: !está loco!. Con ese gesto estamos detectando de forma inmediata la locura; vemos su comportamiento irracional (nosotros nunca haríamos lo mismo) no podemos sino hacer un gesto cuyo significado es claro: enunciamos su locura frente a la cordura de nuestro propio gesto. En el hecho inmediato de reconocer al loco se reconoce la propia conciencia como no loca: "No es conciencia de la locura más que ante el fondo de la conciencia de no ser locura."[249]

Una duda radical subyace sin embargo a esta forma de conciencia: ¿no será la locura el secreto más profundo de la conciencia? Aunque señalemos al loco por la calle, y en el mismo hecho de señalar asienta la conciencia su propia posición, siempre queda la duda (o quizás sea nostalgia de lo otro) ante la libertad de las acciones puestas ante nuestros ojos. Esta duda es la expresión de una familiaridad con el dolor, con la irracionalidad.

En cuarto lugar, la **conciencia analítica** de la locura. Una vez detectada la locura, y planteadas todas las dudas en torno a ella, la curiosidad potencia la necesidad de estudiar y analizar sus formas y contenidos. Frente a la inquietud provocada por lo mal conocido,

---

[248] Véase el sentido de esta expresión, "eficacia simbólica del manicomio" en el capítulo III.3.

[249] Op. cit., p. 261-262.

la conciencia analítica aporta la tranquilidad de lo bien conocido: las formas de la locura, los fenómenos que la acompañan y los diferentes modos en los que aparece. Es consciente de la imposibilidad de abarcar totalmente el objeto de su estudio, pero la tranquilidad aportada por lo ya conocido posibilita la continuidad del análisis.

Es la conciencia del saber objetivo: es mirada que domina ante la tranquilidad de lo ya positivizado. "Los peligros de la contranaturaleza <la enfermedad> se convierten en significados y manifestaciones <objetivas y positivizables desde la mirada médica> de una naturaleza; lo que evoca el horror no llama más que a una técnica de supresión."[250] Debajo del análisis nos encontramos esta llamada del horror, de la totalidad inabarcable conjurada por la positividad, por el imperio del orden y la medida.

La psiquiatría sería la encarnación por excelencia de esta cuarta forma de percatación de la locura. El horror provocado por la irracionalidad y los peligros socialmente denunciados reclaman conocimientos y técnicas, científicamente fundamentadas, para la supresión del horror[251].

Resumimos a continuación las características de estas cuatro formas de conciencia de la locura en dos tablas.

---

[250] Op.Cit., p. 265, subrayado nuestro.

[251] La tesis de Castel 1975, y de F.Alvarez Uría, y en general de la sociología crítica, fundamenta sus críticas (primera forma de conciencia) en esta alianza entre el conocimiento (conciencia analítica) y la necesidad de conjuración social (conciencia práctica), unido a una demanda moral de adecuación al ideal (en el sentido expuesto en el Cap. III y en consonancia con el segundo tipo de conciencia de la locura).

CONCIENCIA CRITICA	Es Dialéctica	**SEÑALA** el **COMPROMISO** de un pensamiento con unos **VALORES** elementales que se establecen como base o fundamento	Conciencia que **DENUNCIA**
CONCIENCIA PRACTICA	Participación ritual	**SEÑALA** y **PERMITE SEÑALAR** al **LOCO COMO TAL**. Le subyace como supuesto reversible la **CORDURA** del sujeto que la enuncia.	Conciencia que **EXCLUYE**
CONCIENCIA ENUNCIADORA	Reconocimiento	**SEÑALA** el **compromiso** del pensamiento con las **NORMAS DEL GRUPO**	Conciencia que **RECONOCE Y SE RECONOCE**
CONCIENCIA ANALÍTICA	**SABER**	**PERMITE** un **CONOCIMIENTO OBJETIVO** de la locura	Conciencia que **CONOCE**

Cuadro copiado de: M.MOREY 1983, pp. 50-51.

	CONTRA LA INQUIETUD, CONJURACIÓN POR	**INQUIETADA POR**	**FRENTE A LA HOMOGENEIDAD DE**
CONCIENCIA CRITICA	EL ATREVIMIENTO DEL SIMPLE ENFRENTAMIENTO CON LA LOCURA	INSEGURIDAD, INDELIMITACION DE LA SEPARACIÓN ENTRE RAZÓN Y LOCURA (ESCEPTICISMO)	RAZÓN Y LOCURA
CONCIENCIA PRACTICA	RITOS INMEMORIALES DE CONJURACIÓN. VIGORIZACION DEL ORDEN COMUNAL	PODER DESORGANIZADOR DEL ORDEN SOCIAL REVELADO POR LA LOCURA	DEL GRUPO (SOLIDARIDAD)
CONCIENCIA ENUNCIADORA	NO ES LOCURA, POR SER CONCIENCIA INMEDIATA	¿PODRÍA SER LO REVELADO COMO LOCURA EL SECRETO MAS PROFUNDO DE LA CONCIENCIA?	LA CONCIENCIA INMEDIATA (SEÑALIZADORA)
CONCIENCIA ANALÍTICA	ANALÍTICA DE LOS CONCEPTOS, SIGNOS Y MANIFESTACIONES DE LA NATURALEZA (ENFERMEDAD)	EN LA MISMA MEDIDA QUE CUALQUIER CONOCIMIENTO CIENTÍFICO	DEL SABER (CIENCIA)

Estas cuatro formas de conciencia se encuentran siempre entrecruzadas entre sí. No es posible una mirada científica sin la concurrencia de un intento de conjuración social que la motive. Tampoco cabe pensar la necesidad ritual de supresión sin una curiosidad por las formas de lo otro. Están siempre entrelazadas pero podemos detectar también su autonomía.

"Cada una de estas formas de conciencia es a la vez suficiente en sí misma y solidaria de

todas las demás. Solidarias puesto que no pueden dejar de apoyarse subrepticiamente las unas sobre las otras; no existe saber de la locura, por objetivo que se pretenda, tan fundado como se pretenda sobre las solas formas del conocimiento científico, que no suponga, a pesar de todo, el conocimiento anterior de un debate crítico, en el que la razón se ha medido con la locura, experimentándola a la vez en la simple oposición, y en el peligro de la reversibilidad inmediata; presupone también como virtualidad siempre presente en su horizonte una separación práctica, en que el grupo confirma y refuerza sus valores por la conjuración de la locura. Inversamente, puede decirse que no hay conciencia crítica de la locura que no trate de fundarse o de sobreponerse en un conocimiento analítico en que se aplacará la inquietud del debate, en que estarán conjurados los riesgos, en que las distancias quedarán definitivamente establecidas. Cada una de las cuatro formas de conciencia de la locura indica una o varias otras que le sirven de referencia constante, de justificación o de presuposición.
Pero ninguna puede reabsorberse jamás totalmente en otra. Por estrecha que sea, su relación jamás puede reducirlas a una unidad tiránica, definitiva y monótona de conciencia. Y es que, por su naturaleza, por su significación y su fundamento, cada una conserva su autonomía..."[252]

Por ejemplo, aunque el discurso médico-reparador responde a la exigencia de conjuración social y de un conocimiento objetivo siempre primarán en él los ideales de curación y salud propios de la conciencia crítica. Ahí encontramos la razón de la dificultad de diálogo entre la psiquiatría y el derecho[253].

Intentaremos relacionar estos cuatro modos de acercarse a la locura con los tres discursos, jurídico, médico-reparador y sociológico analizados en este trabajo.

CONCIENCIA ---------- DISCURSO	**CRITICA**	**PRACTICA**	**ENUNCIADORA**	**ANALÍTICA**
JURÍDICO	-	+	+	-
MÉDICO-REPARADOR	+	+	-	+
SOCIOLÓGICO	+	-	-	+

Los signos de la tabla indican la prevalencia en cada una de las prácticas científicas analizadas de las formas de señalar o acercarse a la locura diferenciadas por Foucault.

El discurso jurídico, impulsado por la defensa de los ideales definidores del hombre, al tratar de la locura, potencia la denuncia enunciativa y la conjuración ritual frente a la crítica

[252] Op.Cit., pp. 263-264.
[253] Véanse Capítulos I.2. y 3., y Cap. II.

y la analítica de sus formas objetivas y evolución. No quiere decir que olvide la curiosidad por conocer el fenómeno de la locura, sino que, sus intentos de conocer se ven mediatizados por la protección de los ideales del grupo, la denuncia y la necesidad del castigo ejemplar. Prevalecen en él la conciencia práctica y enunciativa frente a la crítica y a la analítica.

La psiquiatría y las ciencias que buscan encontrar los medios para curar la locura como una enfermedad (manifestación de la naturaleza), potencian la conciencia analítica: conocimiento de la naturaleza para enfrentarse con una de sus manifestaciones. Pero son también importantes la crítica y la conjuración ritual de las dudas. Las dudas propias sobre la indelimitación entre cordura y locura requieren la cohesión del sector médico. La conciencia enunciadora tendría menos importancia en él.

Las ciencias sociales anteponen una conciencia analítica orientada desde la conciencia crítica basada en una demanda moral. La enunciación y la conciencia práctica tienen menos importancia en el interior de sus razonamientos, conceptualizaciones y exigencias.

Las preguntas que nos hacemos ante la irracionalidad, representadas en el interior de cada uno de los discursos científicos analizados, tanto ante la irracionalidad de la locura individual, como ante la irracionalidad del sistema social vigente, se encuentran siempre comprometidas en el conglomerado de alianzas expresado en estas cuatro formas de conciencia de la locura: miedo, peligro, denuncia, y curiosidad cognoscitiva.

Las problemáticas que al inicio de este apéndice decíamos como marco de referencia de las reflexiones foucoltianas obtienen así una respuesta. La racionalidad científica o el intento de instaura una sociedad ideal, no pueden obtener respuesta. La mezcla inevitable de intenciones en cualquier racionalización impone sus designios: el estudio de la locura apunta las alianzas que el saber psiquiátrico, aparentemente libre de poder (ideología), tiene inevitablemente con los que aparentemente eran sus contrarios[254]. No tiene sentido ni analizar la ciencia como teoría pura (en el sentido aportado en Habermas, Op.cit.), ni un ideal de cambio social desconocedor de las alianzas entre poder y saber.

La psiquiatría, como ciencia, responde[255] en ese cruce de coordenadas y exigencias contrapuestas. La exigencia de cambio y adecuación a una idea de sociedad mejor, o de un tratamiento "más humano" de la locura, no puede plantearse más que como ideal que debemos tender a realizar. Las restantes exigencias representadas por las otras formas de señalar la locura también tienen su peso

---

[254] Este es el sentido de un estudio genealógico, Foucault 1971a.

[255] Foucault se refiere a la psiquiatría y a las ciencias médicas encargadas de los problemas mentales, en muchísimas obras y artículos a lo largo de su producción: Foucault 1954, 1961, 1968, 1969a, 1973b, 1974b, 1976b, 1975, "Prólogo" a Castel 1975, 1977b, 1977c y 1981 entre otras.

en el interior del discurso de la ciencia psiquiátrica. Es difícil responder únicamente a un ideal de racionalización humanitaria cuando la conciencia práctica requiere respuestas.

Esta es la razón de que Foucault introduzca una quinta forma de conciencia de la locura: la **conciencia dramática**[256]. Es la expresada en el interior del arte y en la filosofía de la sospecha: excede cualquier discurso que quiera apresarla[257]. Pero además de sobrepasar cualquier intento de prenderla es también la base de las otras formas de conciencia. Representa el hecho de que el objeto a estudiar por una ciencia excede cualquier discurso.

La conciencia dramática requiere un diálogo con la locura sin alianzas ni miedos que impidan la comunicación. Ni la razón o moralidad, ni los valores sociales, ni el miedo y el sentido común como su respuesta, ni la positivación en el saber científico, deberán estar presentes en el enfrentamiento con la locura que se produce en el interior de la conciencia dramática. Sería la exigencia poética a la locura, y desde la locura, a los ojos de las restantes conciencias, por entablar un diálogo con lo extraño a nosotros mismos.

---

256 Op.Cit., sobre todo a partir del segundo tomo.

257 Las críticas a Foucault serán por este quinta forma: su carácter inapresinsible, como si de la locura en sí misma se tratase, le costará acusaciones de naturalismo. El hecho de exigir, desde una escucha o diálogo con esa forma de conciencia de la locura como la "auténtica", la que desvelará la irracionalidad del mundo y sus normas, le valdrá la de criptonormativista. Véanse en este sentido las críticas que Habermas hace Foucault: Habermas 1985a y 1985b.

BIBLIOGRAFIA

*) ALBARADEJO, Manuel 1983; Derecho Civil. I: Introducción y parte general. Volumen I: Introducción y Derecho de la Persona, Bosch, Barcelona 1983 (9ª edicion actualizada).

*) ALMAGRO NOSETE, José--GIMENO SENDRA, Vicente--CORTES DOMINGUEZ, Valentin--MORENO CATENA, Victor 1990; Derecho procesal. Tomo I. Volumen I. Parte General, Prroceso Civil (1). Volumen II. Proceso civil (2). Tomo II. Proceso penal., Tirant Lo Blanch, Valencia 1990 (5ª, 1986 y 1987 1ª)

*) R. ALVAREZ GONZALEZ, 1989, "Tres textos sobre la locura y normalidad en el siglo XIX español", R.E.I.S. nº47, Madrid 1989

*) ALVAREZ URIA, Fernando 1983; Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX, Prólogo de Robert Castel, Tusquets, Barcelona 1983.(tesis doctoral en sociologia del autor).

*) ALONSO FERNANDEZ, Francisco; Fundamentos de la psiquiatría actual, editorial Paz Montalvo, Madrid 1979 (4ª, 1968, 1ª).

*) American Psychiatric Association 1987; DSM-III-R Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, traducción de Manuel Valdés Miyar (coordinador), Editorial Masson, Barcelona 1989. [Diagnostic and Statistical. Manual of Mental Disorders, third edition 1987]

*) Anales de Medicina Forense, 2ºCongreso Español de medicina legal: Octubre 1961, Asociación de médicos, forenses, Madrid 1963.

*) Anales de Medicina Forense, 2ºCongreso de medicina legal: Octubre 1961, Asociación de médicos forenses, Madrid 1961-1962.

*) AVELLO FUENTES, J.M.; "Procedimientos de incapacitación introducidos por la reforma del Código Civil en materia de tutela", Documentación Jurídica nº41.

*) BASTIDE, Roger 1965; Sociología de las enfermedades mentales, traducción de Armando Suárez, Siglo XIX, México, 1967, 1978 4ª [Sociologie des maladies mentales, Flammarion, París 1965]

*) BASTIDE, Roger 1972; El sueño, el trance y la locura, traducción José Castelló, Amorrortu, Buenos Aires 1976; [Le rêve, la trance et le folie, Flammarion, París 1972]

*) BATESON 1972; Doble vínculo y esquizofrenia, tradución de Ramón Alcalde, Carlos Lohle, Buenos Aires 1977, recopilación de artículos. [Steps to an Ecology of Mind, Chandler, New York 1972]

*) BATTEGAY, Raymond -- GLATZEL, Johann --PÖLDINGER, Walter -- RAUCHFLEISCH, Udo (Directores) 1984; Diccionario de Psiquiatría, traducción de Diorki, editorial Herder, Barcelona 1986. [Handwörterbuch der Psychiatrie, Ferdinand Enke, Stuttgart 1984]

*) BERCOVITZ Y RODRIGUEZ-CANO, Rodrigo 1976; La marginación de los locos y el derecho, con prólogo de Carlos Castilla del Pino, Taurus, Madrid 1976.

¡Error!Marcador no definido.

*) BERCOVITZ RODRIGUEZ-CANO, Rodrigo ; "La incapacitación de las personas afectadas por enfermedades mentales crónicas de carácter cíclico. (Comentarios a la sentencia del Tribunal Supremo de 10-2-1986. Ponente: Excmo. Sr. D. Antoniuo Fernándes Rodríguez).", en Poder Judicial, nº3, pp. 107-112.

*) BERGER, Peter -- LUCKMANN, Thomas 1968; La cosntrucción social de la realidad, traducción de Silvia Zuleta, Amorrortu-Murguía, Madrid 1984 (7ªr.), 1968(1ª). [The Social Construction of Reality]

*) BERNAL VALLS, Jesús 1985; "La reforma del código penal en materia de tratamiento del enfermo mental: problemas procesales", La ley, 1985-3, pp. 972-981.

*) BERTOLINO, M. 1981; "La crisis del concetto di imputabilità" en Rivista Italiana di dirritto e Procedure Penale, 1981, pp. 190-230.

*) BLUMER, "La posición metodológica del interaccionismo simbólico" en BLUMER (ed), El interaccionismo simbólico, editorial Hora.

*) BUSTOS RAMIREZ, Juan 1984: Manual de derecho penal: parte general, Ariel, Barcelona 1984.

*) BUSTOS RAMIREZ, Juan 1987; "La imputabilidad en un estado de derecho. Su revisión crítica desde la teoría de las subculturas y la psiquiatría alternativa", Control social y sistema penal, Promociones Publicaciones universitarias, Barcelona 1987.

*) CALCEDO ORDOÑEZ, Alfredo 1982; "El peritaje Psiquiátrico", Poder Judicial, nº5, diciembre 1982, pp. 45-52.

*) CASTILLA DEL PINO, Carlos 1976; "La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual", en BERCOVITZ Y RODRIGUEZ-CANO, Rodrigo 1976, pp. 7-22.

*) CASTILLA DEL PINO, Carlos 1979; Introducción a la psiquiatría. 1.Problemas generales. Psico(pato)logía. 2.Psiquiatría general. Psiquiatría clínica., Alianza (AU. textos 14-15), Madrid 1979, 1980, 1982.

*) J.-C. CARBONELL MATEU 1987, "Aspectos penales" en J.-C. CARBONELL MATEU -- GOMEZ COLOMER,Juan-Luis -- MENGUAL I LULL, Joan B. 1987; Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales, Civitas, Madrid 1987

*) CARRASCO GOMEZ, Juan José 1990; "Peritaje Psiquiatrico", "Anexo: Legislación y ejercicio de la psiquiatría", Responsabilidad médica y Psiquiatrica, editorial Codex, Madrid 1990.

*) CASTEL, Robert 1975; El orden psiquiátrico. La edad de oro de la alienismo, traducción de Jose Antnio Alvarez-Uría y Fernando Alvarez-Uría, Presentación de Michel Foucault, La Piqueta, Madrid 1980; L'ordre psychiatrique., Les Editions de Minuit, París l975.

*) CATEDRA TOMAS, María 1989; "Especialistas en la curación: La integración tradicional de la modernidad", en AA.VV. Actas del II Coloquio de Antropología. Santiago 1984, Museo do Pobo Galego, Santiago 1989.

*) CEREZO MIR, José 1982; Problemas fundamentales del derecho penal, Tecnos, Madrid 1982.

*) CLIFFORD, James y MARCUS, George E.(eds.) 1986; Retóricas de la antropología, traducción de Joseé Luis Moreno-Ruiz, Jucar, Madrid 1991 [Writing Culture: the Poetics and Politics of Ethnography, University of California Press, 1986]

*) COBO DEL ROSAL, Manuel -- VIVES ANTON, Tomas(Coordinador-Editor) 1985; La reforma del códogo penal de 1983, editorial revista de derecho privado, Edersa, Madrid 1985.

*) COBREROS MENDOZA, Eduardo 1981, "Aspectos jurídicos del internamientos de los enfermos mentales", 1981

*) COMELLES, Jsep María 1989; "El proceso de asitencia.Bases para una antropología de la medicina en la sociedad española", en AA.VV. Actas del II Coloquio de Antropología. Santiago 1984, Museo do Pobo Galego, Santiago 1989.

*) CORDOBA RODA, Juan 1966; Las eximientes incompletas en el código Penal, Publicaciones del Instituto cde Estudios Jurídicos, Oviedo 1966.

*) CORDOBA RODA, Juan -- RODRIGUEZ MOURULLO, Gonzalo 1972; "De las circunstancias que eximen de la responsabilidad criminal. Art. 8.", Comentarios al Código Penal. Tomo I: Arts. 1-22. Tomop II: 23-119. Tomo III: 120-340., Ediciones Ariel, Barcelona 1972.

*) CORDOBA RODA, Juan 1977; Culpabilidad y pena, editorial Bosch, Barcelona 1977.

*) COTES DOMINGUEZ, Valentín 1990; "La prueba de peritos", en ALMAGRO NOSETE, José--GIMENO SENDRA, Vicente--CORTES DOMINGUEZ, Valentin--MORENO CATENA, Victor 1990; Derecho procesal. Tomo I. Volumen I. Parte General, Prroceso Civil (1). Volumen II. Proceso civil (2). Tomo II. Proceso penal., Tirant Lo Blanch, Valencia 1990 (5ª, 1986 y 1987 1ª), pp. 461-466.

*) COULON, Alain 1987; La etnometodología, traducción de Teodora Esteban, editorial Cátedra, Madrid 1988. [L'ethométhodologie, P.U.F., París 1987]

*) DE MIGUEL, Jesus M. Y RODRIGUEZ, Josep A. 1990; Salud y poder, Centro Superior de Investigaciones Sociológicas, Siglo XXI, Madrid 1990.

*) DEVEREUX, Georges,Ensayos de etnopsiquiatría general, Traducción de Francisco Monge, Prólogo de Roger Bastide, Seix-Barral, Barcelona 1973; (Essai s d'ethnopychiatrie générale, Gallimard, París 1970

*) DIEZ-PICAZO, Luis -- GULLON, Luis 1989; Sistema de derecho civil. Volumen I: Introducción al derecho de la persona. Autonomía privada. Persona Jurídica., Tecnos, Madrid 1989 (7ªedición actualizada)

*) DÖRNER, Klaus 1969; Ciudadano y locos. Historia social de la psiquiatría, traducción de Francisco Riaza, editorial Taurus, Madrid 1974. [Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftsoziologie der Psychiatrie, Europäische Verlangstalt,

Frannkfurt am Main 1969]

*) DURKHEIM, Emile 1897, El suicidio, Akal, Madrid 1989. [Le Suicide. Etude de sociologie, Alcan, París 1897]

*) DURKHEIM, Emile, 1912 Las formas elementales de la vida religiosa. El sistema totémico en australia, Traducción y estudio preliminar de Ramón Ramos, Akal , Madrid 1982. [Les Formes elementaires de la vie religieuse. Le Système totèmique en Australie, Alcan, París 1912]

*) DURKHEIM, Emile 1893 La división social del trabajo, Traducción de Carlos G. Posada, Introdducción de Luis Zúñiga, Akal, Madrid 1982. [De la Division du travail social, Alcan, París 1893]

*) DURKHEIM, Emile 1895 Las reglas del método sociológico, traducción de L.E.Echevarría Rivera, Orbis, Barcelona 1985.[Les règles de la méthode sociologique, Alcan, París 1895]

*) Equipo de Investigaciones Sociológicas, E.D.I.S. 1990; Salud Mental y presa en Galicia: análisis de contenido, Editado por Servicio Galego de Saude Mental, Colección Saúde Mental, Serie reforma Psiquiátrica nº7, Santiago de Compostela 1991.

*) EY, Henrri -- BRISSET, CH.; Tratado de Psiquiatría, Prólogos de Juan Obiols y J.J.López Ibor, traducción y notas de Calos Ruiz Ogara y Aurelio López Zea, ediciones Toray-Masson, Barcelona 1978 (1965 1ª). [Manuel de Psychiatrie, Masson, París]

*) FENICHEL, Otto; Teoría psicoanalítica de las neurosis, traducción de Mario Carlisky, editorial Paidos, Buenos Aires 1966. [The Psychoanalytic Theory of Neurosis, Norton, Nueva York.]

*) FERNANDEZ DE ROTA Y MONTER, Jose Antonio 1988; "Antropología social y semántica" en LISON TOLOSANA, Antropologá social sin fronteras, I.S.A., Madrid 1988

*) FERNANDEZ ENTRALGO, Jesús 1988; "Medidas privativas y restrictivas de la libertad del enfermo mental en el proceso penal", en La ley, 1988-2, pp. 998-1026.

*) FORTI, Laura (recopiladora) 1975; La otra locura. Mapa antológico de la psiquiatría alternativa, traducción de Juan Carlos Matini, Tusquets, Barcelona 1976, 1982 (2ª); contiene artículos de: Morton Schatzman, L.Forti, una carta de Antonin Artaud, Franco Basaglia, G.Deleuza, Félix Guattari, Ronald D.Laing, Andrea Sabbadini, Joseph Berke, Jerome Liss, Ross V. Speck, Calude Steiner, Andrew Rossabi, Thomas J. Scheff, Erving Goffman, Givanni Jervis, y E.Fuller Torrey. [L'altra pazzia. Mappa antologico della psichiatria alternativa, Giangiacomo Feltrinelli, Milano 1975]

*) FOUCAULT 1954a; Enfermedad mental y personalidad, traducción de Emma Kestelboim, Paidos, Barcelona 1988, 104 pp. [Maladie mentale et personalité, P.U.F.,París 1954.]

*) FOUCAULT 1961a; Historia de la locura en la época clásica, 2 volúmenes, Traducción Juan José de Utrilla, F.C.E., México, 1967, 1976, primera y segunda ediciones [Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique, Plon, París 1961. Segunda edición modificada 1972.]

¡Error!Marcador no definido.

*) FOUCAULT 1963a; El nacimiento de la clínica.Una arqueología de la mirada médica.,Tradución de Francisca Perujo, Siglo XXI, México l966[1ª], 1987 [12ª].293 pp.[Naissance de la clinique: Une archélogie du regard médical, P.U.F., París 1963, 215 pp.]

*) FOUCAULT 1963b; Raymond Russell, Traducción de Patricio Canto, Siglo XXI, México 1973, 189 pp. [Raymond Russell, Gallimard, París 1963, 211 pp.]

*) FOUCAULT 1964a; "La locura, la ausencia de obra", incluida en la segunda edición española de Foucault 1961a.["La Folie, l'Absence d'oeuvre", La Table Ronde, mayo 1964; añadida como apéndice a la 2ª edición francesa de 1961a.]

*) FOUCAULT 1964b; Nietzche, Freud, Marx,tradución de Alberto Gonzalez Troyano, con introducción de Eugenio Trias: "Nietzche, Freud y Marx: ¿Revolución o reforma?", Anagrama, Barcelona 1970, 1981 ["Nietzche, Freud, Marx" Cahiers de Royaumont, Philosophie, nº7, Minuit, París 1964.]

*) FOUCAULT 1966a; Las palabras y las cosas: Una arqueología de las ciencias humanas, traducción E.Cecilia Frost, siglo XXI, México, l968, 1ª, 1988, 18ª. [Les Mots et les Choses: Une archéologie des Sciences humaines, Gallimard, Paris 1966.]

*) FOUCAULT 1968a; "Las desviaciones religiosas y el saber médico", Incluido en recopilación Alvarez Uría 1990.["Les déviations religieuses et le savoir médical", en LE GOFF, J. [ed.], Hérésies et sociétés dans l'Eurepe prè-industrielle 11-18siècles,Mouton, París 1968 [Ecole Hautes Etudes].Ponencia presentada en Coloquio de Reyaumont [Mayo de 1962].]

*) FOUCAULT 1969a; La arqueología del saber, Traducción AUrelio Garzón del Camino, Siglo XXI, México, 1970,1ª, l988,13ª [L'Archéologie du Savoir, Gallimard, París 1969, 257 pp.]

*) FOUCAULT 1969b; "Médicos, jueces y brujos en el siglo XVII", traducido en Alvarez Uría 1990. ["Médicins, juges et sorciers au XVIIe siècle", Medicine de France, nº200, París 1969, pp.121-128.]

*) FOUCAULT 1971a; El orden del discurso, Tradución Alberto González Troyano, Tusquets, Cuadernos Marginales nº36, Barcelona 1973, 1987, 3ª. [L'Ovde du discours, Gallimard, París 1971.]

*) FOUCAULT 1971b:"Nietzche, la genealogía, la historia", incluido en Uría 1979, pp.134-157. ["Nietzche, la généalogie, l'histoire", en Hommanage à Jean Hyppolite, P.U.F., París, 1971.]

*) FOUCAULT 1971c; "Más allá del bien y del mal", entrevista traducida en Uría 1979, pp. 31-44; También traducido "Michel Foucault", Conversaciones con los radicales, traducido por J.Luis López, Kairos, 1975, pp. 23-44. ["Par delà le bien et le mal", Actuel, nº14, 1971, pp.42-47.]

*) FOUCAULT 1972a; "APendices: 1. La locura, la ausencia de obra, 2.Mi cuerpo, ese papel, ese fuego",Incluidos en la segunda edición española de Foucault 1961a. ["Appendices. 1. La folie, l'absence d'oevre, 2.Mon corps, ce papier, ce feu", en Histoire de la Foile, Gallimard, 1972.]

¡Error!Marcador no definido.

*) FOUCAULT 1973a; La verdad y las formas jurícas, traducción de Enrrique Lynch, Gedisa, Barcelona 1980. ["A verdade e as formas jurídicas", conferencias dadas en Rio de Janeiro, Pontificia Universidad Católica de Rio de Janeiro, Rio de Janeiro 1978.]

*) FOUCAULT 1973b; Yo, Piérre Riviére, habiendo degollado a mí madre, a mi hermano y a mí hermana...: Un caso deparricidio del siglo XIX presentado por Michel Foucault, Traducción de Joan Viñoly, Tusquets Cuadernos ínfimos nº 74, 1976, 1983,2ª. ["Presentation" a Moi, Pierre Rivière, ayant égorgé ma mère, ma soeur et mon frère...: Un Cas de parricide au XIX siecle, Michel Foucault et alle., Gallimard-Julliard, París, 1973.]

*) FOUCAULT 1973c; "A propósito del encierro penitenciario", en Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones, Introducción y traducción de Miguel Morey, Alianza, Madrid 1988 3ª. ["A propos de la réclusion pénitentiaire", Pro-justitia, nº3-4, 1973.]

*) FOUCAULT 1973d; "Psiquiatría y antipsiquiatría", en Alvarez Uría 1990. ["Histoire des systèmes de pensée",Annuaire de Collège de France 1973-1974, 74e. année, París, 11, place Marcelin-Berthelot, pp. 294-300.]

*) FOUCAULT 1974a; La naturaleza humana. ¿Justicia o poder; El debate N.Chomsky-M.Foucault, traducción de Ana Sánchez, Introducción de Manuel Garrido, Publicaciones de la Universidad de Valencia, Cuadernos Teorema nº6, Valencia 1976. [Reflexive Water. The basic Concerns, Souvenir Press, LOndres, 1974, Contiene una conversación televisiva entre N.Chomsky, M.Foucault y Fons Elders.]

*) FOUCAULT 1974b; Tres conferencias pronunciadas en el curso de Medicina Social en Octubre del 1974, en el Instituto de Medicina Social de Rio de Janeiro, traducidas como "La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina", "Historia de la "medicalización"", "Incorporación del hospita a la tecnología moderna", en Uría 1990.

*) FOUCAULT 1975a; Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión, Traducción de Aurelio Garzón del Camino, Siglo XXI, México 1976, 1988, 15ª. [Surveiller et Punir. Naissance de la Prison, Gallimard, París.]

*) FOUCAULT 1976a; La voluntad de saber, Historia de la sexualidad I, Tradución de Ulises Guiñazú, Siglo XXI, México, 1977, 1980, 10ª [La volonté de savoir. Histoire de la sexualité I, Gallimard, París 1976.]

*) FOUCAULT 1976b; "La política de la salud en el siglo XvII", en Uría 1985, pp. 89-106. ["La politique de la santé au XVIII siècle". Les Macines à guerir [aux origines d'hopital moderne], Institut de l'environnement, 1976.]

*) FOUCAULT 1977a; "La vida de los hombres infames", Incluido en Uría 1990. ["La vie des hommes infâmes", Les cahiers du chemin, 1977.]

*) FOUCAULT 1977b; "Enciero, psiquiatría, prisión. Diálogo entre David Cooper, Marie Odile Faye, Jean-pierre Faye, Michel Foucault y Marine Zecca", en Morey 1988. ["Enfermement,

psychiatrie, prison"[entrevista], Change, nº32-33, oct.1977.]
*) FOUCAULT 1977c; "El nacimiento de la medicina social", Revista contemporanea de ciencias sociales, 36, enero-abril 1977, pp.89-109.
*) FOUCAULT 1978a; "Del buen uso del criminal", Triunfo, nº826, 25-11-1978, pp.38-39; incluido en Uría 1990. ["Du bon usage du criminel", Le Nouvel Observateur, 722, 11 sept. 1978.]
*) FOUCAULT 1978b; "G. Canguilhem: filósofo del error", traduccido por Ramón Mainz, en Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault, Compilador Ramón Maiz, Universidad Santiago de Compostela, Compostela, 1987. , pp.201-210.. ["G.Canguilhhem: Philosopher of error", en On the normal and the Pathological, C: Canguilhem, Dordrecht Reider, 1978.]
*) FOUCAULT 1981a; "La evolución de la noción de "individuo peligroso" en la psiquiatría legal", en Uría 1990. ["L'evollution de la notion d'individu dangereux dans la psyquiatrie legale", Révue de Déviance et société, vol. V, nº4, 1981.]
*) FOUCAULT 1983a; "Seguridad Social: un sistema finito frente a una demanda infinita", en Uría 1985, pp. 209-229. ["Un système fine à une demande infinie", Sécurité sociale: l'enjeu, entretiens avec Robert Bono],Syros, París, 1983, pp. 39-63.]
*) FOUCAULT 1984a; El uso de los placeres. Historia de la sexualidad II, Traducción de M. Soler, Siglo XXI, México 1986, 1987, 3ª.[L'Usage des plaisirs. Histoire de la sexualité II, Gallimard, París 1984]
*) FOUCAULT 1984b; La inquietud de sí. Historia de la sexualidad III, Traducción de Tomás Segovia, Siglo XXI, México 1987, 1987, 2ª.[Le souci de soi. Histoire de la sexualité III, Gallimard, París 1984]
*) FOUCAULT 1984c; "Seminario sobre el texto de Kant "Was ist Auflärung?"", Traducción de Francisco Jarauja, en AA.VV. La cisis de la razón, Publicaciones de la Universidad de Murcia, Murcia 1986; "¿Qué es la ilustración?" en Uría 1985, pp, 197-208. ["What is Engligtenment?" traducido por Catherine Porter, The Foucault reader, Michel Foucault, Pantheon Book, New York, 1984, pp. 32-50.;Edición francesa abreviada: "Was ist Aufklärung [Quést-ce que lese Lumières?]: un cours inedit" Magazine littéraire, nº 207, mayo 1984, pp. 35-39; curso año 1983.]
*) FOUCAULT 1984d; "Frente a los gobiernos, los derechos humanos", en Uría 1990. ["Face aux gouvernements les droits de l'Homme", Libération, 30 de junio -1julio 1984, texto leido en Ginebra en 1981 para anunciar un comite internacional de defensa de los derechos humanos.]
*) FOUCAULT 1988; "Tecnologías del yo: Verdad, individuo y poder [una entrevista con Michel Foucault]", en Morey 1990, pp. 45-94. [Technologies of the self, Truth, self: an interview with Michel Foucault, University of Massachusets Prees, 1988.]
*) FOUCAULT, recopilación de artículos ALVAREZ URIA (ed.)

1979;Microfísica del poder, traducción y selección de Julia Varela y Fernando Alvarez Uría, La Piqueta, Madrid l979, 2ª. Recopilación de Foucault

*) FOUCAULT, recopilación de artículos ALVAREZ URIA (ed.) 1985:Saber y verdad, edición, traducción y prólogo de Julia Varela y Fernando Alvarez Uría, La Piqueta, Madrid 1985. Recopilación de Foucault.

*) FOUCAULT, recopilación de artículos ALVAREZ URIA (ed.) 1990; La vida de los hombres infames.Ensayos sobre desviación y dominación.., traducción y selección de Julia Varela y Fernando Alvarez Uría, La piqueta, Madrid 1990, 1ª. Recopilación de Foucault.

*) FOUCAULT, resopilació de artículos M. MOREY (ed.) 1988; Un diálogo sobre el poder y otras conversaciones, INtroducción y traducción de Miguel Morey, Alianza, Madrid l988, 3ª. Recopilación de Foucault.

*) FOUCAULT, recopilación de artículos M. MOREY (ed.) 1990; Tecnologías del yo y otros textos afines, traducción del inglés de Mercedes Allendesalazar, Introducción de Miguel Morey, Paidos, Barcelona, 1990. Recopilación de Foucault.

*) FREEDMAN, Alfred M. -- KAPLAN, Harold I. -- SADOCK, Benjamín J.; Compendio de Psiquiatría, traducción de Jorge Freixas y Antonie Grimalt, editorial Salvat, Barcelona 1980 (1975 1ª). [Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psichiatry, Williams and Wilkins, Baltimore]

*) GAGO, Xosé-Andrés 1984; "Implicacions psicopatoloxicas da herdanza en Galicia: O troque da Mellora", en AA.VV. I coloquio de Antropología cultural (Museo do Pobo Galego, 4-6 febrero 1982), Cuadernos de Seminario de Sargadelos nº45, edicions Do Castro, Sada, Coruña 1984.

*) GAMO MEDINA, E. 1989; La información psiquiátrica en la prensa diária. Análisis de contenido de la prensa madrileña de 1986, tesis doctoral dirigida por F.Alonso Fernández, Departamento de psiquiatría y psicología médica, Facultad de Medicina de la Universidad Complutense, Servicio de publicaciones de la Universidad Complutense, Madrid Mayo 1989. (Consultada en la Facultad de Medicina de Santiago de Compostela).

*) GARCIA, Ramón (recopilador) 1975; Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial, Barral, Barcelona 1975. [Contiene artículos de R.Garcia, Julían Espinosa, Agostino Pirellay Doménico Casagrande, Robert Castel, Franco Basaglia y Luciano Carrido]

*) GEERTZ, Clifford 1973; La interpretación de las culturas, traducción de Alberto L. Bixio, Gedisa, Barcelona 1989 (3ªr.). [The Interpretation dof Cultures, Basic Books, New York 1973]

*) GOFFMAN, Erving 1959 La presentación de la personalidad en la vida cotidiana, Traducción de Flora Setero y Hildegarde B. Torres Perrén; Amorrortu, Buenos Aires 1980 [The Presentation of Self in Everyday Life, Doubleday and Company, New Yok, 1959]

*) Erving GOFFMAN,1961 Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales, Editorial Amorrottu, Buenos Aires 1970, l972. Traductor: M. A. Oyuela de Grant. [Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Others Inmates. Doubleday & Company, Inc. , New York, 1961]

*) GOFFMAN, Erving 1963 Estigma. La identidad deteriorada, traducción de Leonor Guinsberg; Amorrortu, Buenos Aires, 1980 [Stigma. Notes on the Managemente of Spoled Identity, Prentice-Hall, New York, 1963, 1968]

*) GOMEZ COLOMER,Juan-Luis 1987, "Aspectos procesales"; J.-C. CARBONELL MATEU -- GOMEZ COLOMER,Juan-Luis -- MENGUAL I LULL, Joan B. 1987; Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales, Civitas, Madrid 1987

*) GOMEZ DE LIAÑO GONZALEZ, Fernando 1990; El derecho civil I., Forum, Oviedo 1990.

*) GONDAR PORTOSANY, Marcial 1989; "Sabias e doctores: O Conflicto medicina oficial/medician popular na Galicia non urbana", en AA.VV. Actas del II Coloquio de Antropología. Santiago 1984, Museo do Pobo Galego, Santiago 1989.

*) GONZALEZ, Emilio 1977; A siquiatrá en Galicia. A siquatría galega e Conxo, Do Rueiro, Madrid 1977

*) GONZALEZ, Emilio - GARCIA, Xosé 1978; As institucions da locura en Galicia. Por unha nova psiquiatría, Santiago 1978.

*) GONZALEZ, E. 1984; "Medicina Popular: Racionalidade das crisis histéricas e da resposta ás mesmas", en AA.VV. I coloquio de Antropología cultural (Museo do Pobo Galego, 4-6 febrero 1982), Cuadernos de Seminario de Sargadelos nº45, edicions Do Castro, Sada, Coruña 1984.

*) GONZALEZ MORAN, Luis 1990; La responsabilidad civil de médico, Bosch, Barcelona 1990.

*) HABER, Judith--LEACH, Anita M.--SCHUDY, Sylvia M.--FLYNNSIDELEAN, Barbara (directoras); Psiquiatría. texto básico, traducción de Jorge Vigil, Salvat, Barcelona 1983. [Comprenhensive Psychiatric Nursing, McGraw-Hill Book Company, New York]

*) JERVIS, Giovanni 1975; Manual crítico de psiquiatría, traducción de J. Jordá, N. Pérez de Lara y R. Garcia, editorial Anagrama, colección elementos críticos nº10, Barcelona 1977. [Manuale crítico di psichiatria, Giangiacomo Feltrinelli, Milano 1975]

*) KAPLAN, Harold I.--SADOCK, Benjamin J.--CANCRO, Robert (directores); Tratado de psiquiatría, 2 vols., traducción de Jorge Vigil Rubio, Salvat, Barcelona 1989 (4ª reimpr. 4ªed. original). [Comprensive Textbook of Psichiatry, Williams and Wilkins, Baltimore]

*) KOLLE, Kurt; Psiquiatría. Manual para médicos y estudiantes, prólogo de R.Alberca Lorente, traducción de Vicente Preset, Alhambra, Madrid 1964 (1ª). [Psychiatrie, ein Lehrbuch für

studierende und Aerzte, Georg Thieme Verlang, Stuttgart, 5ª ed.]
*) KUBIE, Lawrence S.; "The Nature of Neurotic Process", en ARIETI, Silvano-- BRODY, Eugene B. (eds.); American Handbook of Psyciatry. Vol.3: Adult Clinical Psychiatry, Basic Book Publishers, New York 1974, pp. 4-16.
*) LACRUZ BERDEJO, Jose Luis -- DE ASIS SANCHO REBULLIDA, Francisco -- LUNA SERRANO, Agustin -- DELGADO ECHEVARRIA, Jesus -- RIVERO HERNANDEZ, Francisco 1988; Elementos de derecho civil. I: Parte General, Vol.I: Introducción, Vol.II Personas, Conforme a la ley de 24 de Octubre de 1983, Bosch, Barcelona 1988 (1ª ed. 1974).
*) LAING, R.D. 1960 .El yo dividido. Un estudio sobre la salud y la enfermedad, traducción de Francisco González Aramburu, F.C.E., México, 1964, 1983, 6ª [The divided self (A study of sanity and madness), Tavistock, Londres 1960]
*) LAING, R.D. 1967a; The politics of experience, Panthenon Books, New York 1967
*) LAING, R.D. - COOPER,D.G., Razón y violencia. Una década del pensamiento sartrreano, Traducción de Eduardo J. Prieto, Prólogo de J.P.Sartre,Paidos, Buenos Aires 1973. [Reason and Violence.,Tavistock, Londres]
*) LAING, R.D. -ESTERSON, A. 1964; COrdura, locura y familia. Familias de esquizofrénicos, traducción de Matilde Rodriguez Cabo, F.C.E., mÉXICO 1967 [Sanity, Madness and The Family, Tavistock, Londres 1964]
*) LAING,R.D.- SCHATZMAN,M. 1967, 1967b, 1970 : Esqizofrenia y presión social, edición y traducción de Isabel Vericat, Tusquets, Madrid 1972 ["R. Laing talks with F.Scorpio",Internacional Times 1969; Knots, 1970; "The study of family and social context in relation to the original of schizopherenia", 1967; Morton Schatzmann: "Madness and Morals"]
*) LAPLANTINE, François 1973; Introducción a la etnopsiquiatría, traducción de Hugo Acevedo, Gedisa, Barcelona 1979. [L'Ethnopsychiatrie, P.U.F., París 1973]
*) LEACH, Edmond 1976; Cultura y comunicación. La lógica de la conexión de los símbolos. Una introducción al uso del análisis estructuralista en la antropología social, traducción de Juan O. Sánchez Fernández, Siglo XXI, Madrid 1978 [Culture and Communication. The logic by which symbols are connected, Cambridge Universite Press, Cambridge, 1976]
*) LISON TOLOSANA, Carmelo 1974; Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega, Akal Madrid 1974, 1981(2ª); recopilación de artículos.
*) LISON TOLOSANA, Carmelo 1979; Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia. Antropología cultural de Galicia 2., Akal, Madrid 1979, 1983 (2ª).
*) LISON TOLOSANA, Carmelo 1990A; Deminios y exorcismos en los siglos de oro. La españa mental I., Akal, Madrid 1990.
*) LISON TOLOSANA, Carmelo 1990B; Endemoniados en Galicia hoy.

La España mental II., Akal, Madrid 1990.
*) LLAMAS POMBO, Eugenio 1988; "Actividades médicas especialmente problemáticas", en La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos, editorial Trivium, Madrid 1988, pp. 400-406.
*) LOPEZ BARJA DE QUIROGA, Jacobo; "El internamiento de los enajenados", Poder Judicial, nº4, pp. 49-67
*) LOPEZ BOLADO, Jorge 1987; Los médicos y el código penal, editorial Universidad, Buenos Aires 1987(2º, 1981 1ª)
*) LOPEZ IBOR ALIÑO, J.J.; "Cuestiones médico-legales", en VALLEJO NAGERA, Juan Antonio; Introducción a la Psiquiatría, Prólogo de J.J. López Ibor, editorial científico médica, Barcelona 1976 (10ª edición), pp. 463-480.
*) LOPEZ SAIZ, Ignacio--CODON, José Mª 1954; Psiquiatría jurídica penal y civil, Prólogo de Juan del Rosal, Epílogo de Antonio Vallejo Nágera, Imprenta de Aldecoa, Burguos 1954 (2ª, 1951 1ª).
*) MATEO DIAZ, José 1986; "El internamiento de los enfermos o deficientes psíquicos"; en Actualidad Civil, nº24, mayo 1986.
*) MEDINA LEON, Antonio 1987; "Aspectos jurídico-psicológicos de la imputabilidad" en POLAINO NAVARRETE, Miguel (Compilador) 1987; Aspectos filosóficos, médicos y criminológicos de la reforma penal, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba, Córdoba 1987. , pp. 89-95.
*) MENA ALVAREZ, José Mª 1983; "Sobre la incostitucionalidad del internamiento psiquiátrico", en AA.VV. Estudios jurídicos en honor del profesor Octaviop Pérez Victoria, editorial Bosch, Barcelona 1983, tomo I, pp. 469-499.
*) MENGUAL I LULL, Joan B. 1987, "Aspectos psiquiátricos";en J.-C. CARBONELL MATEU -- GOMEZ COLOMER,Juan-Luis -- MENGUAL I LULL, Joan B. 1987; Enfermedad mental y delito. Aspectos psiquiátricos, penales y procesales, Civitas, Madrid 1987
*) MILLON, Theodore; Psicopatología moderna. Enfoque bio-social de los aprendizajes erroneos y de los disfuncionalismos, traducción de Antonia Grimalt Estelrich, Salvat, Barcelona 1976. [Modern Psychopathology, Saunders Company, Filadelfia]
*) MIR PUIG, Santiago 1990; Derecho penal. Parte General, Promociones publicaciones Universitarias, Barcelona 1990 (3ª ed. revisada, 1ª 1984).
*) MOOR, Lise; Glosario de términos psiquiátricos, Prólogo de Leoón Michaux, traducción de Victor Hernández Espinosa, editorial Toray-Masson, Barcelona 1969. [Glossaire de Psychiatrie de Psychologie et de Neuro-Psychiatie, Masson, París]
*) MORENO CATENA, Victor 1990; "Los procesos sobre incapacitación y prodigalidad" en ALMAGRO NOSETE, José--GIMENO SENDRA, Vicente--CORTES DOMINGUEZ, Valentin--MORENO CATENA, Victor 1990; Derecho procesal. Tomo I. Volumen I. Parte General, Prroceso Civil (1). Volumen II. Proceso civil (2). Tomo II. Proceso penal., Tirant Lo Blanch, Valencia 1990 (5ª, 1986 y 1987 1ª), pp. 187-198

¡Error!Marcador no definido.

*) O.M.S. 1976; Glosario de trastornos mentales y guía para su clasificación, para emplearlos con la clasificación internacional de las enfermedades, Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1976.

*) ORTELLS RAMOS, Manuel 1986; "El proceso sobre la capacidad de la persona: notas para su estudio", La ley, 1986-2, pp. 1049-1063.

*) ORTS BERENGUER, Enrrique 1985; "La medida de internamiento para determinar eximentes. Art. 9." en COBO DEL ROSAL, Manuel -- VIVES ANTON, Tomas(Coordinador-Editor) 1985; La reforma del códogo penal de 1983, editorial revista de derecho privado, Edersa, Madrid 1985, pp. 271-180.

*) O'CALLAGHAN MUÑOZ, Xavier 1985; "La incapacitación", en Actualida Civil, nº1, diciembre 1985-enero 1986.

*) PECES MORATE, Jesús Ernesto 1986; "Problemática del internamiento judicial de los enfermos psiquiátricos", Actualidad Civil, nº35, septiembre 1986.

*) POLAINO NAVARRETE, Miguel 1985; "Inoservancia de los deberes de guarda de los enajenados, art. 584." en COBO DEL ROSAL, Manuel -- VIVES ANTON, Tomas (Coordinador-Editor) 1985; La reforma del códogo penal de 1983, editorial revista de derecho privado, Edersa, Madrid 1985, pp. 1355-1375.

*) POLAINO NAVARRETE, Miguel (Compilador) 1987; Aspectos filosóficos, médicos y criminológicos de la reforma penal, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba, Córdoba 1987.

*) PORTER, Roy; Historia social de la locura, traducción de Jordi Beltrán, Crítica, Barcelona 1989. A Social History of Madness. Stories of the insane, Weidenfeld and Nicolson, Londres 1987.

*) POWER, D.J. -- SELWOOD, D.H.D. 1987; Criminal Law and Psichiatry, Kluwr Law Publisher, London 1987.

*) QUINTERO OLIVARES, Gonzalo 1986; "La exclusión de la responsabilidad criminal por ausencia de culpabilidad: teoría general" (pp. 472- 491) Derecho penal: Parte General., Ediciones Gráficas Signo, Barcelona 1986.

*) RODRIGUEZ CAMBPOS, Juaquín 1989; "Envidia e identidade social. Adaptación social e simbolización sexual na sociedade galega tradicional", en AA.VV. Actas del II Coloquio de Antropología. Santiago 1984, Museo do Pobo Galego, Santiago 1989.

*) RODRIGUEZ CANO, Eduardo -- ZUGALDIA ESPINAR, José Miguel 1988; Poder Judicial, nº 12, diciembre 1988, pp. 49-53.

*) RODRIGUEZ DEVESA 1990; "Causas de exclusión de la culpabilidad: enajenación y trastorno mental transitorio" Derecho Penal Español. Parte General, 13ª edición revisada y actualizada por Alfonso SERRANO GOMEZ, Editorial Dykison, Madrid 1990 (1969 1ª)

*) ROMERO CASABONA, Carlos Mª 1986; "Ambito de aplicación", "Consecuencias: las medidas de seguridad", "Las categorías de estado peligroso en el derecho español";Peligrosidad y derecho penal preventivo, Editorial Bosch, Barcelona 1986.

¡Error!Marcador no definido.

*) ROMERO COLOMA, Aurelia Mª 1989; "Problemática de responsabilidad extracontractual", Publicación para el mundo del derecho, octubre 1989, pp. 51-56.

*) ROMERO SIRVENT, Clotilde -- GOMEZ PAVON, Pilar 1985; "Enajenación mental y trastorno mental transitorio (Evolución legal y análisis jurisprudencial)", en La ley, 1985-1, pp. 979-997.

*) ROXIN, Claus -- ARZT, Gunther -- TIEDEMANN, Klauss 1988; Introducción al derecho penal y al derecho penal preocesal, traducción, notas y comentarios de Arroyo Zapatero y Juan-Luis Gómez Colomer, y "Anotaciones introductorias sobre el proceso penal español" de Juan-Luis Gómez Colomer, Editorial Ariel, Barcelona 1989 [Müller Juristischer, original de 1988]

*) RUIZ OGARA, C.--BARCIA SALORIO, D.--LOPEZ IBOR ALIÑO (Directores); Psiquiatría, 2 vols., ediciones Toray, Barcelona 1981.

*) RUIZ RUIZ, Manuel 1975; Investigaciones sobre las actitudes de la población hacia la enfermedad mental, resumen de la tesis doctoral del autor en la Facultad de Medicina en la Universidad de Barcelona, dirigida por Juan Obiols Vie, Publicado por la Universidad de Barcelona, Barcelona 1975.

*) SAN MARTIN, Javier 1980; "El paradigma fenomenológico en la antipsiquiatría de R.Laing", en Revista de filosofía, C.S.I.C., Madrid 1980, pp. 127-146.

*) SCHEFF, Thomas J. 1966; El rol del enfermo mental , traducción Flora Setaro, Amorrortu editores, Buenos Aires 1978 [Being Mentally Ill. A Sociological Theory, Aldine Publishing Company, Chicago 1966].

*) SEVA DIAZ, Antonio; Psiquiatría clínica, editorial Espaxs, publicaciones médicas, Barcelona 1979.

*) SZASZ, Thomas, 1961; El mito de la enfermedad mental, Traducción de Flora Setaro, Amorrortu, Buenos Aires, 1973, 1976 (2ª) [The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, Harper and Row, New York 1961]

*) TERRADILLOS BASOCO, Juan 1985; "Tratamiento jurídico-penal de la enajenación. Art. 8", en COBO DEL ROSAL, Manuel -- VIVES ANTON, Tomas(Coordinador-Editor) 1985; La reforma del códogo penal de 1983, editorial revista de derecho privado, Edersa, Madrid 1985, pp. 123-162.

*) TORIO LOPEZ, Angel 1983; "Las fórmulas legislativas sobre enfermedad mental. Discusión del concepto de "enajenación".", en AA.VV. Estudios jurídicos en honor del profesor Octaviop Pérez Victoria, editorial Bosch, Barcelona 1983, Tomo II, pp. 967-980.

*) VALENTE, Lucila 1984; "Notas sobre un estudio del meigallo: desorden y reconciliación", en AA.VV. I coloquio de Antropología cultural (Museo do Pobo Galego, 4-6 febrero 1982), Cuadernos de Seminario de Sargadelos nº45, edicions Do Castro, Sada, Coruña 1984.

*) VALLEJO NAGERA, Juan Antonio; Introducción a la

Psiquiatría, Prólogo de J.J. López Ibor, editorial científico médica, Barcelona 1976 (10ª edición).

*) VALLEJO RUILOBA, Julio (director) 1985; Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Prólogo de Carlos Ballús Pascual, Salvat, Barcelona 1987 (2ª reimpresión de 2ª edición, 1980 1ª)

*) VERON, Eliseo (recopilador) 1975; Razón, Locura y Sociedad, siglo XXI, Buenos Aires 1978. [Contiene conferencias de un coloquio celebrado en México 1975, incluyendo artículos de: Armando Suarez, Franco Basaglia, Marie Lange, Thomas Szasz, A. Caruso, Eliseo Verón y una mesa redonda]

*) VIVES, Tomás S.; "Constitución y medidas de segiridad", en Poder Judicial, nº3, pp. 91-96.

*) WATZLAWICK, Paul - HELMICK BEAVIN, Janel - JACKSON, Don D. 1967; Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas, Herder, Barcelona 1981 (2ª). [Pragmatics of Human Communication, W.W.Norton and Company, New York 1967]

---

i. Hacemos aquí referencia a la significación etimológica de la palabra derecho; tomado de Castan 1951.

ii. Entenderemos por bien jurídico esa idealidad postulada de la que tratamos en el anterior apartado. El concepto de bien jurídico es estrictamente un concepto del derecho penal, aquí lo utilizamos de un modo más genérico para referirnos a esa idea de hombre, que el derecho, en general trata de proteger y garantizar con las leyes.

iii. Véase más arriba, capítulo I.1.

iv. Roxin 1989, pp. 255-256.

v. X. García, E. González 1978 señalan la evolución de los manicomios en Galicia, siempre gestionados con afán de lucro, depósitos de miseria y podredumbre, siendo para la diputación un peso a duras penas llevado.

vi. Foucault 1981a, p. 250.

vii. Scheff, p. 35.

viii. Foucault 1954, pp. 15-16.

ix. Schneider, citado en Vallejo Ruiloba (coord.) 1985.

x. Es este el sentido en el que Foucault señala la muerte como lugar de la positivación, solo por la anulación de la palabra a lo otro cabe la positividad acerca de él, principalmente en Foucault 1954, 1969a. Es en esta arqueología de la mirada médica donde vemos cómo, con la hospitalización clínica, con la conversión del cuerpo humano vivo y muerto en algo observable, se logra la positividad y cientificidad del saber médico.

xi. Bachelard, Gaston; Le rationalisme appliqué, P.U.F., París 1976, 216pp., p. 51.

xii. Ey 1978, p. 474.

xiii. Ey 1978, p. 374; su clasificación de los trastornos psiquiátricos los divide en agudos y crónicos, siendo los primeros desestructuraciones del campo de la conciencia, y los segundos patologías de la personalidad, desorganizaciones del ser consciente; la paranoia (psicosis delirante crónica de carácter sistematizado) se encontraría también dentro de este segundo tipo.

xiv. Devereux 1977.

xv. Goffman 1959.

xvi. Goffman 1963, p. 7.

xvii. Watzlawick 1967, pp. 50-52; es el primer axioma de su teoría de la comunicación humana.

xviii. Scheff, p. 35.

xix. Bastide 1965, pp. 100-101, subrayado nuestro.

xx. Bastide 1965, p. 325, subrayado nuestro.

xxi. Castel 1975, p. 24.

xxii. Lisón Tolosana, "Antropología hermenéutica", en Antropología social y hermenéutica, F.C.E., p. 137, subrayado en el original.

xxiii. Concepto de salud de la O.M.S. citado en el Cap.II.