Viviendo el sin sentido: biografías de enfermos mentales en Galicia

Manuel Torres Cubeiro[1], IES Campo San Alberto; GCEIS[2]; USC.

INTRODUCCIÓN

Esta comunicación describe la complejidad social de la enfermedad mental en Galicia[3]. He recogido las biografías de cuarenta y cuatro personas directamente relacionadas con la Enfermedad Mental (EM). Se han agrupado en tres grupos, cada grupo vinculado de forma distinta con la EM. En primer lugar, un grupo constituido por aquellos que viven un diagnóstico de EM en primera persona (19 entrevistas y los datos de otros 270). Un segundo grupo compuesto por aquellos con un vínculo familiar con una EM (9 entrevistas, datos de 270 familias) viven dentro la EM en la intimidad. Nuestro tercer grupo está formado por profesionales de Salud Mental de tres Unidades de Salud Mental y distintos hospitales (16 biografías). Usando los datos de estas biografías se re-construyen tres perfiles biográficos o las carreras morales de su relación con la EM. Cada perfil define una línea biográfica de un paciente, un familiar o un trabajador de salud mental en Galicia. Estos perfiles reconstruyen los procesos sociales en que está construida la EM en la complejidad social en Galicia.

HIPÓTESIS: SOCIOLOGÍA MEDICA LUHMANIANA.

El sociólogo alemán Niklas Luhmann (1927-1998) construyó un marco teórico para describir la complejidad social[4]. Entendiendo complejidad como la situación en la que los elementos de un sistema no se pueden relacionar todos entre sí, obligando a una visión sesgada o selectiva del propio sistema. Sobre este concepto de complejidad Luhmann construye su sociología con dos premisas. En primer lugar, los seres humanos son independientes de la sociedad. No son parte de un sistema social, son su entorno. Luhmann centra en consecuencia la sociología en el estudio de la comunicación. Esta segunda premisa deja fuera de la sociología toda preocupación ontológica. Por lo tanto, no hay una entidad ontológica EM, sólo comunicaciones sobre ella. La teoría de Luhmann describe cómo toda construcción social obtiene sentido y lo mantiene en los sistemas sociales.

Un sistema social funciona haciendo probable la comunicación improbable. La comunicación es una operación compleja, basada en una triple elección. Un *ego* elige primero una información. Con la presencia de *alter*, *ego* hace una segunda selección: elige comunicarse. En este punto, *alter* selecciona si aceptar (o no acepta) la intención comunicativa del *ego*. Los sistemas sociales han generado previamente expectativas entre un *ego* y su *alter*. Esas expectativas aumentan las posibilidades de una comunicación con éxito. *Ego*

---

[1]mtcubeiro@edu.xunta.es

[2]Univesidad Santiago de Compostela. Grupo Compostela Estudios de los Imaginarios Sociales. www.gceis.net

[3]Datos de la tesis doctoral del autor: *Orden social e loucura en Galicia* (Torres 2009). Basada ésta en una investigación entre 1995 y 2009, principalmente a través de las entrevistas citadas paro también con un trabajo de observación participante como voluntario en *Pérgola* (nombre ficticio de una ONG de familiares de enfermos mentales) desde 2005 hasta el presente.

[4] Por motivos de brevedad usamos el vocabulario técnico luhmaniano sin explicarlo convenientemente (sistema, entorno, comunicación, complejidad, etc). Para una explicación más detallada véase bibliografía al final, especialmente Corsi-Espósito 1996 o el glosario enTorres 2008.

selecciona entre un conjunto de significados en la semántica ofrecida por los sistemas sociales. Desde las interacciones cara a cara hasta la actual sociedad global, un proceso creciente de diferenciación semántica se ha producido. En la interacción cara a cara de las sociedades tradicionales la probabilidad de una mayor comunicación se aumentaba con las expectativas producidas por la diferenciación social por segmentos, estratos, territorio o por parentesco. Si nuestro *ego* se encontraban en una sociedad tradicional, *alter* podía aceptar (o no) su intención comunicativa, pero la probabilidad se elevaría si ambos formaban parte del mismo estrato social, la misma familia o territorio o el mismo segmento social. Estos sistemas sociales funcionan aumentando la probabilidad de la comunicación y su continuidad. La sociedad contemporánea ha surgido de un proceso de diferenciación basado, no ya en interacciones cara a cara, sino a través de organizaciones y sistemas sociales. Ambos han emergido gracias a una diferenciación funcional. Los sistemas sociales se vuelven complejos a lo largo de la evolución social mediante la diversificación de sus funciones para facilitar la comunicación. Los sistemas médicos, científicos, económicos o educativos han emergido como sistemas diferenciados. Se han constituido en base a su función. Por ejemplo, y ya centrándonos en sociología médica, los sistemas médicos se diferencian por su función, siendo ésta curar a los detectados como enfermos. El sistema médico no trabaja sólo con comunicaciones, sino que su labor es principalmente con el exterior (entorno en la terminología de Luhmann) del sistema social: pues se ocupa del cuerpo y de la mente (el alma en sistema médicos previos). Una enfermedad puede ser (o no) una entidad ontológica para un médico.

Las biografías de los relacionados con la EM son complejas: elementos biológicos, genéticos, químicos, psicológicos, emocionales y sociales (por nombrar sólo algunos) están involucrados. Pero ni los bioquímicos, ni los componentes psicológicos, ni los componentes sociales ofrecen una imagen completa. Una enfermedad mental afecta al cuerpo, a la psicología y a las relaciones sociales. Esta complejidad debe simplificarse para ser comunicada a un médico, un amigo o un familiar. Esta simplificación es una opción semántica comunicativa de un sistema social. La esquizofrenia no es una entidad fisiológica. Al elegir la palabra esquizofrenia se ha elegido un significado socialmente creado. Esquizofrenia simplifica la complejidad al selecciona un elemento de comunicación con sentido. En la sociología de Luhmann se denomina semántica a este pool cultural donde se seleccionan sentidos y expectativas con posibilidades de éxito comunicativo. Nuestra hipótesis de trabaja ha sido que los tres grupos diferenciados usan las mismas palabras para comunicarse, pero cada uno las usa con sentidos diferentes. Es esa diferencia, no el hecho de hablar supuestamente de lo mismo, lo que le da su sentido social. ¿Qué es una EM desde un punto de vista sociológico? Sin entrar ahora en detalle, para el médico de orientación biológica una EM es un desajuste químico cerebral o si tiene formación psicoanalítica un mal aprendizaje psicológico. Para un familiar podría ser una vergüenza, una razón para culparse o puede que una carga insalvable. Para el enfermo, la EM es una dolencia, una enfermedad o una puede que una alegada crisis pasajera. Lo relevante sociológicamente no es quien de estos grupos tiene la verdad. La sociología describe, como vimos, la comunicación que en el caso de la EM surge del entrecruce complejo de todas estas definiciones.

OBJETIVO: DESCRIPCIÓN DE LA COMPLEJIDAD.

Si nuestra hipótesis de trabajo es que el sistema social es complejo. Y que además trabaja para hacer probable la comunicación cuando los significados atribuidos son diferentes y contradictorios. El objetivo de nuestra investigación ha sido describir la complejidad de esas contradicciones y esas diferencias. En ese sentido hemos recogido biografías de los tres grupos diferenciados. Una vez recogidas hemos extraido el perfil evolutivo por el que pasan los profesionales, los familiares y los enfermos mentales. Cada perfil describirá la evolución del sentido atribuido a la EM y los cambios en él a lo largo de la vida de cada uno de los grupos entrevistados. Al hacerlo estaremos ayudando al lector a comprender la complejidad social, no actuando como médicos, como familiares o como enfermos.

Llamamos aquí EM a lo que en nuestra sociedad así denominan los especialistas sociales en su detección, definición, atención y tratamiento: los psiquiatras. Antes de la aparición de la ciencia médica y la psiquiatría los curanderos de cada región y cultura atendieron, detectaron y trataron dolencias equivalentes[5]. Con la aparición de la psiquiatría en el siglo XIX estas medicinas locales no desaparecen. En Galicia los endemoniados siguen teniendo sus rituales y lugares de curación, así como los tratamientos con hierbas y ensalmos. En el siglo XIX un médico alemán, Emil Kraepelin[6], clasifica las dolencias mentales sobre síntomas suponiendo que al hacerlo estaría detectando las causas físicas subyacentes. Surge así la psiquiatría biológica donde la EM tiene una causa física en el cuerpo, aún hoy por definir con precisión. A finales del XIX un médico vienes, S. Freud, relaciona las dolencias mentales con traumas en la infancia, proponiendo una cura a través del habla en los que llamó psicoanálisis. Junto con el nacimiento de la psicología como ciencia, la EM es definida aquí en sus componentes psicológicos. A mediados del siglo XX se descubren varios fármacos que calman los síntomas más agudos de la EM o ayudan a estabilizar los cambios de humor. Los psicofármacos se suman a la definición biológica de la EM al añadir un mecanismo químico no completamente entendido pero que "funciona" (con efectos secundarios). Ya en los años sesenta y setenta se difunde la idea de la EM tiene un componente claramente social, se aboga por cerrar los psiquiátricos y crear "redes comunitarias" donde sean atendidas. Tenemos por lo tanto cuatro elementos definitorios de la EM en nuestra sociedad, además de las medicinas locales: los aportados por la psiquiatría biologicista, las terapias farmacológicas, la psiquiatría comunitaria y las terapias psicológicas (más o menos psicoanalíticas). La EM es en esta complejidad donde debe ser entendida y estudiada.

En esta comunicación ofrecemos una pequeña parte, con los tres perfiles aludidos, de la descripción de la complejidad de nuestra investigación original[7]. Allí hacíamos también: (1) una historia de la semántica del sistema médico hasta la diferenciación de la psiquiatría; (2) una historia de la semántica de la antropología y la sociología médicas; (3) una historia de las diferentes instituciones y organizaciones que se han diferenciado en Galicia desde el siglo XIX para atender la EM o sus equivalentes; (4) una descripción del día a día en una de las ONG gestoras de la EM en el presente; y finalmente (5) una descripción de la comunicación en dos unidades de salud mental en Galicia en los años 90. El marco teórico luhmaninao

[5]Equivalentes funcionales en sentido luhmaniano (Luhmann 1962: 20.), véase más adelante y Pintos 1994, 2004.

[6]Obviamos aquí aludir a la psiquiatría francesa esencial para la creación de la semántica necesaria tanto en Europa como en Galicia, véase Berrios 2008; Huertas 2002.

[7]Torres 2009.

también fue allí expuesto con más detalle. Aquí ofrecemos sólo una pequeña parte de la descripción de esa complejidad social que surge de la interacción social de todos estos elementos.

METODOLOGÍA: REFLEXIVIDAD, TIEMPO Y DISTINCIONES.

"Nuestra misión como investigadores no sólo es producir conocimiento, sino también ayudar a otros a entender los límites de los conocimientos que hemos producido"[8].

Una sociología médica de la enfermedad mental debe asumir las consecuencias del enfoque teórico propuesto. Debe cumplir algunos requisitos para ser reflexiva y coherente. Señalamos aquí cinco. En primer lugar, nuestra metodología debe incluir la auto-conciencia de sus límites. Si se trata de una descripción de la complejidad social, un límite obvio es la imposibilidad de una descripción completa. Por lo tanto, hay que rebajar las expectativas, convirtiéndose la humildad en clave de nuestras investigaciones. Dado que no hay una descripción única de la complejidad social, la solución es hacer explícitas nuestras opciones metodológicas, nuestras inevitables simplificaciones. En este sentido en nuestra investigación original[9] describimos la semántica de todos los sistemas teóricos utilizados en la medicina, la psiquiatría, la antropología y la sociología.

Una segunda clave metodológica es la inclusión del tiempo y la perspectiva diacrónica. Luhmann no entiende un sistema social sin observar su cambio y la evolución de sus comunicaciones. El tiempo se ha introducido en nuestra investigación de dos maneras: en primer lugar, recopilar biografías para describir la evolución del significado de la enfermedad mental en cada entrevistado; en segundo lugar, se ha incluido una historia del complejo entramado institucional del sistema de salud en Galicia.

Un tercer requisito es la adopción de un enfoque constructivista. Dejar atrás cualquier nostalgia ontológica en la sociología significa asumir que no hay una realidad única, sino una multitud de comunicaciones construidas socialmente. Así, los comentarios de cada encuestado son construcciones en la selección de significados ofrecidos por la semántica social. Cada persona habla sobre la enfermedad mental en un sentido diferente, y sin embargo el sistema social asegura que la comunicación pueda seguir adelante.

Los relatos biográficos aquí seleccionados integran tanto la complejidad como el cambio en el tiempo. Evolución y complejidad son herramientas claves para una propuesta metodológica reflexiva. Una biografía es la historia de todas "las experiencias de la vida de una persona"[10]. Pero lejos de ser algo simple basado en la autenticidad atribuida, el género biográfico en sí es una forma de observación y comunicación social. La biografía es una de las formas en que un sistema social observa un ser humano: Luhmann extrapola así[11] esta teoría de la literatura a la sociología. Los seres humanos aprendieron a repetir modelos donde dar cuenta de su vida a los demás. Estos modelos tienen sentido biográfico precisamente porque aceptamos el sentido que asumen. La pregunta sociológica no es acerca de la autenticidad de la historia que se cuenta en una biografía, ni una historia cruel desde la marginalidad. La cuestión sociológica es cómo construir sentido dentro de una biografía en la comunicación con el sociólogo. Los relatos biográficos nos ofrecen a los investigadores la

[8] Díaz de Rada: 2003: 112.
[9] Torres 2009.
[10] Denzin 1989: 136.
[11] Luhmann 1962: 20.

oportunidad de observar tanto la construcción del significado como su evolución misma en el trascurrir del tiempo. Nuestros perfiles muestran la emergencia de la complejidad y su movimiento.

Una cuarta condición metodológica es la adopción de una perspectiva funcionalista. Lejos de los prejuicios excluyentes de alguna sociología cuantitativa, la función tiene aquí un sentido metodológico. Una función es "un esquema lógico regulador que organiza"[12] un conjunto de opciones, reúne así a los sentidos habitualmente distantes. Una función social establece equivalencias. Una función organiza significados. La enfermedad mental tiene diferentes significados para los familiares, para los pacientes, o para los trabajadores de la salud. Estos "tres" significados de la EM son equivalentes funcionales al proporcionar orden y sentido. Un médico y un paciente se comunican precisamente porque no lo hacen sobre lo mismo (incluso cuando se utiliza exactamente la misma palabra). Y esto nos lleva a nuestra quinta premisa metodológica :

El propósito de la sociología como una ciencia es observar las diferencias, no establecer analogías o semejanzas. Cuando el sociólogo ofrece una simplificación (como el mía aquí), ayuda al lector (o no) a hacer su propia reflexión. Nuestro enfoque sociológico tiene como objetivo reconstruir la complejidad ante los ojos del lector para poder entender (o no) la complejidad social.

RESULTADOS: CONTEXTO Y TRES PERFILES BIOGRÁFICOS.

En Galicia se superponen diferentes administraciones para atender la EM. En el siglo XXI la Beneficencia con asistencia pública gratuita estaba organizada en los Ayuntamientos. Al mismo tiempo funcionaban los servicios médicos de pago, principalmente en los núcleos urbano, para en la dispersa geografía gallega atender a su diseminada población. En enero de 1885 se abre en Santiago de Compostela el que será hasta 1959 el único Hospital psiquiátrico en Galicia. Lo funda la Mitra Compostelana pero rápidamente firman acuerdos para atender a los “dementes” que los Ayuntamientos debían por ley atender en la Beneficencia. El Psiquiátrico de Conxo será hasta mediados 1959, al fundarse otro hospital, el único lugar de atención especializada en psiquiatría de Galicia. Durante este largo periodo tenemos dos sistemas de atención psiquiátrica: uno de beneficencia o de pobres con camas de paja en Conxo, y otro privado, con camas con colchón también en Conxo. El primero financiado con fondos de las Diputaciones, el segundo con aportaciones directas de las familias. Aún hoy en día hablar de Conxo en Galicia es hablar de discriminación, pobreza y locura.

Con el Franquismo (1936-1975) se crea la Seguridad Social como seguro médico gratuito para todos los trabajadores. La cobertura de las EM tendrá que esperar, en el papel, a la Ley de sanidad de 1986 ya con la Democracia y el Partido Socialista en el poder. Durante los años sesenta y setenta se han abierto otros cuatro hospitales psiquiátricos públicos en Galicia al mismo tiempo que varios “sanatorios” privados. La cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Santiago consiguió también tener una Unidad especialidad en psiquiatría en su Hospital, con un equipo de psiquiatría infantil. Al mismo tiempo se crearon hasta doce Unidades de Salud Mental en diferentes ambulatorios, centros de salud y hospitales a lo largo de toda la geografía gallega. A ello se han de unir los dispensarios de salud mental creados en los Hospitales militares, en los Hospitales del Mar y las Unidades de drogodepencias creadas según la casuística de cada profesional o

[12]Luhmann 1962: 20.

de cada ayuntamiento. Por lo tanto con la Democracia y el final de Franquismo se diversifican y multiplican los dispositivos de atención a la EM existentes. Desde los años setenta hasta finales del siglo XX a esta red compleja se une toda una red de consultas de psiquiatría privada, asociadas a sus sanatorios también privados, en todos los núcleos de población gallegos. La red privada y la red pública florecen al hilo de la s leyes que amparan la cobertura de la EM en el papel pero que en la práctica no lo llevan a cabo.

Ya a principios del siglo XXI la administración de la Comunidad Autónoma gallega saca una normativa unificadora en Salud Mental. Comienza así a unificar todos estos dispensarios, hospitales y Unidades bajo el rótulo del "*Servicio Galego de Saúde*" o SERGAS. Todo ello coincide con el supuesto cierre de los Hospitales psiquiátricos abogado por la antipsiquiatría[13], y con la defensa de la llamada Psiquiatría Comunitaria. Por eso, coincidiendo con la unificación legal los enfermos mentales y sus familiares se comienzan a unir en hasta 25 asociaciones para cubrir otro espacio en el que la ley no los atiende: la cronicidad de su enfermedad (Pérgola es una de ellas). Estas asociaciones crean a su vez toda una red de asistencia privada financiada con subvenciones y fondos europeos: centros de rehabilitación, pisos tutelados, empresas para dar empleo a los enfermos, etc.

Desde la Beneficencia del siglo XIX hasta el SERGAS del XXI los distintos sistemas integrados en el sistema médico han alimentado la semántica en la que trabajan los gestores, los familiares y los propios enfermos en Galicia. Hemos definido brevemente la evolución del contexto institucional.

I. AFRONTANDO EL SIN SENTIDO: VIVIR UN DIAGNÓSTICO DE EM.

Todo Enfermo Mental tuvo una vida antes del diagnóstico. Se confunden e idealizan los recuerdos de cómo era la vida antes, pocas veces estableciéndose una diferencia clara entre personalidad y EM. En la mayoría de los casos la presencia de la EM se detecta tras la adolescencia al aumentar el número de problemas y conflictos. La mayoría recuerda una primera crisis grave que termina con un en ingreso ya en la vida adulta. La línea divisoria entre infancia feliz, juventud normal y vida adulta con un número creciente de problemas con los demás, es en general nítida. Muchos de los entrevistados relatan en esta época el uso del alcohol y otras drogas no legales (heroína, cocaína, hachís…). Una gran mayoría señala como causa de su estado actual al alcohol y a las drogas.

Todos los entrevistados narran una carrera con mil y un terapeutas antes de acudir a un psiquiatra. La casuística es variada pero, en general, los consejos de alguien los llevan a un curandero, a un especialista en la capital de la comunidad o de la comarca, o a un médico sobrino de un vecino. Si la drogodependencia se convierte en tema central los distintos programas de desintoxicación, públicos o privados, son entonces tanteados siguiendo los consejos de este o de aquel. La llegada a la psiquiatría como especialidad es en general, en una primera visita, a un psiquiatra privado. Es relevante señalar aquí que ni uno sólo de todos los entrevistados se ha mantenido con el mismo psiquiatra, todos han pasado por más de tres especialistas en psiquiatría hasta el que tienen como su médico psiquiatra en la actualidad. La mayor parte de los usuarios de Pérgola se tratan hoy en día con Melón, en la USM pública. Pero ninguno lo ha tenido a él como único psiquiatra. Todos los usuarios han pasado por una interminable lista de psiquiatras y especialistas de diversa

[13] Ver Basaglia 1980.

índole: acupunturistas, *curandeiros*, especialistas en hierbas, *albeites*[14], psicólogos, psicoanalistas, psiquiatras de todas las escuelas pensables, etcétera.

En algún momento de esta peregrinación un psiquiatra con el que se entienden y permanecen una temporada les da un diagnóstico de una EM grave y les receta una medicación. Suele coincidir con una crisis importante en la que el núcleo de familiares o allegados ya no aguanta más y se produce un primer ingreso más o menos largo. Dominan los ingresos en el sector público, aunque también aquí, en un primer ingreso psiquiátrico, abunda la utilización de la práctica privada. La casuística varía enormemente aquí en función de la situación laboral, familiar y personal de cada caso. Tras este primer ingreso, la lista es larga, pasando por todos los hospitales gallegos disponibles en función de la existencia o no de camas libres. Ninguno de los entrevistados, salvo excepciones, narra menos de diez ingresos a lo largo de los años. En muchos casos no se recuerda exactamente el número exacto ni se puede establecer una cronología clara de los mismos.

Al recibir un diagnóstico de EM tras encontrase con un psiquiatra con el que se entienden, narran un largo peregrinaje para encontrar las dosis exactas de anti psicóticos y de las pastillas para los efectos secundarios. Narran historias de prueba y error en una evolución compleja con sus crisis, ingresos y variadas situaciones familiares. Todos cuentas periodos en los que han dejado la medicación por "encontrarse mejor". El razonamiento aludido es similar en todos los casos. "Si me encuentro ya bien, porque he de seguir tomando estas pastillas"[15]. En cuanto a la medicación, pocos recuerdan exactamente los nombres y las cantidades de pastillas tomadas. La mayoría las reciben en Pérgola o se la dan sus familiares en cada comida. Muchos reciben un inyectable para los síntomas agudos, con de seis a siete pastillas para completar el tratamiento y evitar los efectos secundarios desagradables. Se deduce de lo que cuentan que las dosis son teóricamente puestas por sus psiquiatras, pero los familiares con los que viven, las supervisoras de los pisos tutelados o incluso las propias trabajadoras o compañeros de Pérgola, les cambian o aconsejan cambiar las dosis ante la aparición de alguna crisis.

En al menos tres casos se dio, en el momento de la estabilidad del diagnóstico y la medicación, una crisis fuerte con sus núcleos familiares de referencia. La familia juega en todos los casos, positiva o negativamente, según lo observa cada uno, un papel esencial. O bien acepta y colabora abiertamente, o bien, por motivos no siempre claros para el usuario, conlleva una cierta ruptura. Los tres casos citados no son excepcionales, la mayor parte narran periodos en sus vidas donde la familia no entendió lo que les pasaba, por lo que vivieron por su cuenta durante un tiempo. En ninguno de los entrevistados la ruptura con la familia es definitiva o total.

Tras la larga historia de ingresos, tratamientos y terapias muchos llegan a una cierta estabilidad en su comportamiento o sus vidas. Alguien les remite o les habla de Pérgola, en la mayor parte de los casos tras un ingreso o en la USM local. Mayoritariamente un familiar acude con ellos en las primeras visitas para informarse. En muchos casos acuden una temporada a los talleres o viven en los pisos tutelados para abandonar después la asociación y los servicios que ofrece. Muchos de los usuarios actuales de Pérgola han entrado y salido de la asociación varias veces. Para formar parte de Pérgola deben estar estables, con un

[14]Expertos tradicionales en Galicia en torceduras y huesos.
[15]Coherente con lo descrito por Karp (2006) en los EE.UU.

psiquiatra y una medicación, y deben estar libres de drogas (algunos reciben metadona en Pérgola). Deben pagar una cuota mensual que varía en función de las posibilidades de cada usuario y de los servicios de los que hace uso. Todos están en algún taller (costura, cuero, enmarcado, papel…), pero la mayoría narra un recorrido por los diversos talleres hasta encontrar el adecuado. Acuden también a talleres de educación y psicología, tienen un comedor y 12 de ellos viven en los tres pisos tutelados de la asociación en el pueblo. Para realizar todas estas actividades los recogen en varias furgonetas cada mañana y los dejan en sus casas cada tarde. La mayor parte de los usuarios han tramitado sus pensiones no contributivas (unos 440 euros mensuales) a través de la asociación, que también gestiona y administra la medicación y las revisiones con los psiquiatras y médicos de cada uno.

A pesar de todos los ingresos hospitalarios, de las largas historias de medicaciones diferentes y pruebas con diversos especialistas de la EM, ninguno de los entrevistados se define como Enfermo Mental o esquizofrénico. Hablan de su "enfermedad", pero no le añaden el apelativo de mental. Su identidad es como enfermos, no como enfermos mentales. No aceptan por lo tanto el diagnóstico de EM, aunque sí la medicación, la participación en la asociación con matices ("es trabajo", dice la mayoría) y sí son capaces de repetir los esquemas definidores aprendidos sobre su "enfermedad". Cada uno tiene una explicación diferente de qué es lo que le ha pasado para ser quienes son: un golpe en la cabeza, una mala experiencia (sexual, familiar, etc.), un mal trato médico, etc. Ningún usuario de Pérgola de los entrevistados define íntimamente su estado como EM o locura. Cada uno tiene un nombre propio para su "problema". Ninguno habla en la intimidad de un "fallo" bioquímico, cerebral o genético. Cada usuario de Pérgola tiene una explicación causal diferente para su estado. Pero cuando al hablar de lo que han aprendido en Pérgola, todos parecen repetir una misma "lección": la EM es un desequilibrio del cerebro que la medicación restablece. Todos la comparan una y otra vez con la diabetes. En este mismo sentido de lección aprendida todos coinciden en la terminología, ejemplos y vocabulario empleado para describir en qué consiste la Esquizofrenia. Así todos reconocen haber aprendido en qué consiste su "enfermedad" ***sólo*** una vez comenzaron a formar parte de la vida diaria de Pérgola.

Coinciden en usar un amplio y variado vocabulario para describir su timidez, sus estados taciturnos. Estos estados no son achacados en principio a la enfermedad, sino que se identifican como propios de sus personalidades, de su carácter. Y aún tras años de tener un diagnóstico estable, rara vez lo atribuyen, en el diálogo, a su Esquizofrenia o Enfermedad Bipolar. Hacen una clara distinción entre los estados de ánimo cercanos a la depresión, de aquellos cercanos a la violencia y a sus ataques o crisis. La violencia, el estrés o un hormiguillo que no son capaces de controlar empeoran su situación y acaban normalmente en visita a algún médico.

La dificultad mayor de padecer una EM está en identificar la distinción desde la que observarse. Aunque de cara al público identifican los síntomas de la EM, comunicando su experiencia en una semántica entendible, no hacen lo mismo en su intimidad. Aquí su vocabulario para explicar su estado es personal, idiosincrático. Cada uno se distancia de los rasgos de la Esquizofrenia para explicar su estado desde algún otro sentido aceptable pero sin el coste social de la EM. La distinción entre enfermo / cuerdo es usada de forma flexible. Esta ambivalencia es la clave para entender las distinciones desde las que los diagnosticados

oficialmente con una EM se comunican. Hacemos ahora un rápido recorrido por las restantes distinciones observadas en las experiencias narradas en primera persona en este primer perfil de nuestro primer grupo.

Aunque se diferencia entre delirio y realidad, los EMG se sitúan en muchas ocasiones del lado del delirio. Pero lo denominan su vida imaginaria. Saben que no es real, pero su persistencia pese a las medicaciones, les exige hablar de él, no siempre desde él. Elías habla con Dios mientras que Eladia establece una distinción en su discurso preguntándome si quiero oír su vida imaginaria o la real. La frontera separadora entre ambas y las fluctuaciones son la clave.

En las narraciones biográficas construidas en las entrevistas marcan una clara diferencia entre la primera crisis o el inicio de su enfermedad. Todos reconocen abiertamente, si fue el caso, el consumo de drogas, mayoritario entre los usuarios de Pérgola. Describen una tras otra las sucesivas crisis, ingresos y pruebas de esta o aquella medicación y sus efectos secundarios molestos. En este proceso pocos acuden al médico, en sus narraciones, por propia iniciativa. Los llevan sus familiares. La peregrinación por los diferentes especialistas acaba inevitablemente en un psiquiatra de la seguridad social pública.

Los diagnosticados con una Enfermedad Bipolar idealizan sus periodos de manía. En ellos se sienten ellos mismos, mientras describen con tristeza sus periodos de Depresión. La energía con que viven la euforia la identifican con sus mejores momentos, convertidos en modelos de estado ideal. El abandono de la medicación coincide con la salida de una fase depresiva y el inicio de una subida del estado de ánimo. Si ya están bien, saliendo del pozo ¿para qué necesitan la medicación?

En todos los casos la rutina, la presencia de familiares o compañeros con la misma problemática son los espejos en los que se miran. Sin ellos el curso de la EM seguiría y no se atajarían las crisis periódicas que conlleva. La experiencia de muchos años de curso de la EM junto con la presencia a su alrededor de otros que les comunican sus cambios de humor o estado, son la clave. Cada usuario es veladamente consciente de esta realidad, y no se separa de su familia, de los otros usuarios de Pérgola. Lo cual no impide por supuesto los fallos en el sistema, pues los ingresos y recaídas se dan.

La imagen con que definen su pertenencia a Pérgola es mayoritariamente la de trabajadores. Acuden a la nave industrial para trabajar en los distintos talleres. Se identifican ante los habitantes del pueblo: “estoy en Pérgola”, sin añadir nada más.

Al ser preguntados sobre los beneficios de pertenecer a Pérgola, casi todos contestan algo parecido. Indican que aquí los entienden, los quieren, los escuchan y que reciben cariño. La distinción integradora es clara. Fuera de la asociación no saben quiénes son, dentro, son alguien. Incluso de cara al público exterior, y pese al estereotipo negativo que generalmente oculta, el pertenecer a Pérgola les sirve para justificar su estado, sus rarezas ante los extraños. La EM en Pérgola se comunica y se vive. Con ella se otorga identidad, y siendo un elemento normalmente excluyente la EM se convierte en el gozne de la inclusión, al menos dentro de la propia asociación y el ámbito local.

II. INTIMIDAD CON LA LOCURA: SIN SENTIDO FAMILIAR

Los entrevistados de este segundo grupo concuerdan en una sensación común de impotencia e incertidumbre. A lo largo de todo el proceso vital de vivir con una EM en la intimidad familiar (desde los primeros indicios, las primeras visitas a especialistas; el primer psiquiatra, las primeras crisis e ingresos

hospitalarios, las recaídas, los cambios con las terapias) a lo largo de toda esta carrera personal, hay algo constante: el miedo y la falta de comprensión. La incertidumbre vive con ellos desde que la EM apareció en sus vidas.

Las familias se enfrentan a los primeros signos de la EM como un reto. Una conducta inexplicable irrumpe en sus vidas. Después de varias crisis las explicaciones razonables son abandonadas una tras otra: el comportamiento inexplicable persistente destruye las razones fáciles. Ni las drogas, ni una mala experiencia psicológica después de los problemas personales, ni el estrés, pueden ser mantenidas ya como explicación. Aquí tenemos una primera distinción clara desde la que se observa la EM. Hay un antes y un después de ese momento cuando no hay explicaciones fáciles que se puedan sostener. Los entrevistados describen en general una sola crisis que se convierte en un punto de ruptura. La incertidumbre, el miedo, a veces el pánico están siempre ahí, pero después de este punto "las cosas comenzaron a tener sentido", dicen. Todo lo demás se volverá a interpretar en el futuro desde esta nueva perspectiva. La búsqueda de una justificación y el tratamiento se inician en cuanto se llega a la conclusión de que se trata de una EM. No hay más excusas: algo no anda bien. Una primera explicación es a menudo la somatización: los sistemas físicos deben dar cuenta de tal comportamiento extraño. Con ensayo y el error comienza un método de eliminación de posibles causas. Una estrategia habitual es el uso de la red social buscando razones, los tratamientos y las justificaciones. Los médicos y especialistas se utilizan para agregar pruebas hasta que viene la realización: el problema persiste y todavía no lo han entendido. Ni la medicina privada, ni todos los esfuerzos económicos estabilizarán o calmarán las crisis. Hay períodos en los que los síntomas no son alarmantes o casi desaparecen. En retrospectiva recuerdan cómo creían que había desaparecido el problema. Pero después de un tiempo, los síntomas reaparecían. Los problemas seguían aumentando después hasta que la situación se volvió de alguna manera insostenible y que tienen que dar un paso y aceptar un primer ingreso hospitalario bajo supervisión experta de la salud mental.

Los entrevistados recuerdan lo difícil que fue aceptar la EM después del primer psiquiatra, principalmente porque vivieron una situación contradictoria. Por un lado, los familiares se enfrentaron a la vergüenza de visitar a un psiquiatra, pero en cambio éste les ofrece una explicación “socialmente” aceptada y aceptable. Si siguen con la psiquiatría, entonces también deben asumir la cronicidad pues la psiquiatría reconoce que carece de cura para la EM. En cambio les ofrece pastillas para hacer más fácil vivir con los síntomas psicóticos. Más tarde, reconocen que hay puntos negros en los que no reciben una gran ayuda de los médicos, pero a estas alturas el psiquiatra y la EM son un alivio. De alguna manera todos los entrevistados acaban utilizando los recursos de la psiquiatría pública. El costo de todas las otras opciones hace que ésta sea la mejor solución ante la persistencia del problema.

Un caballo de batalla importante, permanente en muchos casos, de la Familia es encontrar un psiquiatra que entienda a su ser querido y a ellos mismo. En primer lugar, el familiar deba ahora comprender el complejo mundo asistencial de la salud mental. Los entrevistados describen situaciones en las que se enfrentaron a problemas diversos dentro del sistema de salud: no había camas disponibles durante una crisis, se les negó una prescripción cuando era necesaria, pesadillas burocráticas para obtener una pensión, etc. El diagnóstico de una enfermedad mental grave simplifica las cosas pero viene con nuevos problemas y

contradicciones. El diagnóstico ofrece una valiosa solución. La EM da sentido, explicaciones y permite hablar abiertamente. Una etiqueta de EM permite comunicarse entre ellos y comunicar a los demás de una forma entendible los problemas hasta ahora incomprensibles. La intimidad familiar tiene ahora salida al exterior. Aún mejor, se ha eliminado la culpa porque la EM aleja las causas del ambiente familiar. Ahora hay algo "objetivo" que pueden compartir con los vecinos. La tranquilidad llega porque la culpa recae en la química cerebral: ni la educación, ni la pobreza, ni los traumas, ni una mala infancia son ahora ya la causa posible. Los traumas por un mal padre, marido o esposa también pueden descartarse. Ahora el familiar entiende y se pueden abiertamente dar a entender. Pueden ya vivir sin culparse a sí mismos o culpando a sus decisiones. Pero este alivio tiene algunos "efectos secundarios": los medicamento con "efectos colaterales", por un lado, y la cronicidad, por otro.

Hemos de tener en cuenta aquí que todos los entrevistados son familiares de un enfermo mental con un diagnóstico estable. La característica principal es por lo tanto la persistencia. Así, la anterior distinción entre el antes y después de una primera crisis se mantiene. Ahora saben con certeza: la EM se va a quedar. Se estabilizan los medicamentos, los tratamientos y la relativa paz se ve confirmada. Pero se abre otras incertidumbres. Las madres, maridos, esposas, padres, hermanos, están todos ellos preocupados por el futuro de su ser querido: ¿qué sistema social les proporcionara atención en caso de que ellos desaparezcan? Esta preocupación se agudiza cuando una anciana madre es el proveedor principal de cuidado para un enfermo mental ya adulto. Los usuarios de Pérgola perciben este problema. Su apuesta es Pérgola en sí misma pues es esperan que les suministre los cuidados necesarios. Con el diagnóstico de EM encontraron alivio, explicaciones y la opción (o no) de comunicarse, Pérgola pero les da esperanza de continuidad incluso en su ausencia.

La mayoría de entrevistados definen la EM como un desequilibrio químico cerebral. Aunque, no parecen exactamente entender lo que esto significa si ven, y así lo repiten, cómo funcionan los medicamentos. Incluso a pesar de los efectos secundarios terribles, las píldoras demuestran la existencia real de la EM en sus seres queridos. Con la EM han conquistado un atisbo de esperanza. Los entrevistados encuentran un gran consuelo al poder hablar con otros familiares en Pérgola. El poder comunicar la experiencia íntima con una EM no cura a los enfermos, pero crea vínculos sociales. Pérgola es su apuesta, y parece estar funcionando, repiten en las entrevistas. Cuando se les preguntó acerca de los beneficios de pertenecer a Pérgola, casi todos los entrevistados respondió algo similar. Los familiares se sienten entendidos aquí, porque cada vez que hablan no tienen que volver a explicar toda su experiencia desde el principio. Van allí, escuchan, hablan y se sienten entendidos, dan y reciben afecto. Fuera de la asociación no sabe quiénes son; en el interior, son alguien. La pertenencia a Pérgola justifica su condición, pero también sus rarezas con extraños. La EM en la Pérgola se comunica y se vive: pero se ofrece también esperanza. Les da identidad, y se convierte en la bisagra de su inclusión, al menos dentro de la propia asociación. Como hemos visto, esta ONG de familiares de enfermos mentales hace que adquiera significado, un significado diferente de la obtenida por los propis enfermos como veíamos antes.

III. GESTIONANDO EL SINSENTIDO: PROFESIONALES SALUD MENTAL.

Nuestro tercer grupo está constituido por las biografías de los gestores de la EM, con especial atención a sus psiquiatras. Todos los entrevistados comparten una actitud *pragmática*: utilizan cualquier cosa con tal que funcione, sea o no contradictoria con el imaginario que cada uno tenga de la EM, de la salud mental en general o de la psiquiatría en concreto. A ello se une un claro *eclecticismo* a pesar de que cada entrevistado pueda optar por una de las posibles escuelas existentes en la psiquiatría como preferente. Los profesionales formados en la época Franquista tienen una visión más fenomenológica de la psiquiatría (la EM sería una definciencia muy humana para este subgrupo), los de mediana edad una mezcla entre psicoanálisis como ideal y psiquiatría comunitaria como modelo de sistema asistencial (la EM sería algo eminentemente social que la sociedad tiene la responsabilidad de atender). Finalmente los más jóvenes se aproximan más a un modelo médico, tratando de igualarse a otras especialidades clínicas (en este caso la EM es un desequilibrio biológico sin responsabilidades ni individuales ni sociales, pero sí con consecuencias asistenciales y psicológicas). Todos sin embargo tienen en común un tono irónico y escéptico en el que justifican su eclecticismo y una clara orientación clínica y pragmática.

Hay determinados conceptos de diferentes opciones psiquiátricas que usan todos los psiquiatras entrevistados, sea cual sea su orientación predominante. La dualidad psicosis / neurosis proveniente del psicoanálisis es uno de ellos, el concepto de psiquiatría comunitaria como ideal de organización asistencial es otro, y la oposición entre psiquiatría y psicología, test psicológicos frente a la terapia y medicación, son otros ejemplos. Todos acceden al uso de la medicación, si bien comparten una reticencia inicial a recetarla.

Los años de formación en su especialidad justifican la orientación predominante de cada especialista, al mismo tiempo que alimenta toda una red de contactos médicos con las que solucionan las necesidades de su clínica: derivar un enfermo, hacer una consulta o conseguir una cama para un ingreso. La queja común sobre sus años de formación es el exceso de teorías y la poca realidad de lo aprendido. Todos relatan el cambio al tener que tratar a sus pacientes reales, una vez se encaran con ellos esta queja encaja perfectamente con la combinación de pragmatismo y escepticismo que definíamos hace un momento.

Una vez iniciada la práctica fuera de los años de formación, todos reconocen algún o algunos casos que se han convertido en paradigmáticos, o que de alguna forma les hicieron aprender. Un enfermo, una historia de violencia o de un error cometido sirven para definir su la identidad de cada uno. Con ese caso se aprendió a marcar, por ejemplo, la distancia con el paciente. Tiene que haber empatía con el EMG pero no puede llevar a absorberte. Se juega con los imaginarios de psiquiatría comunitaria, de etno psiquiatría o una psiquiatría más organicista o también psicoanalítica. En cada gestor o psiquiatra predomina una, pero no se encuentran cerrados a utilizar los restantes para comunicarse en las entrevistas conmigo o en cómo ven su práctica en las consultas con sus pacientes. El caso paradigmático que les marcó delimita también cuál es exactamente el imaginario de la EM y la psiquiatría que predomina en cada uno. O bien muestra las contradicciones de su propia teoría, justificando su identidad como psiquiatra bilogicista o de una tendencia más psicoanalítica. En su identidad como profesionales ese caso marcó claramente una diferencia.

En los entrevistados de este grupo, la crítica al sistema es común, pero la esperanza puesta en una mejor organización asistencial o en nuevos descubrimientos va unida a ella. Las esperanzas de futuro son coherentes con las perspectivas predominantes en cada uno, pero todos construyen sus expectativas

comunicativas en función de ellas. Así, un psiquiatra de orientación comunitaria pero con una visión nacionalista critica la poca comprensión de la psiquiatría oficial con los "paisanos gallegos". Es por ejemplo muy crítico teóricamente con la psiquiatría más biologicista pero no tiene ningún problema en recetar tantos medicamentos como sus compañeros de profesión abiertamente organicistas. En ambos casos, la justificación es la clínica pragmática y la demanda con la que se presenta el paciente.

No existe ninguna crítica al hecho de practicar la psiquiatría privada. Su existencia ni se menciona ni se tiene en cuenta, ni se critica. Todos los psiquiatras entrevistados, salvo uno, mantienen una consulta privada, a veces trabajando más horas en ella que en su puesto en la sanidad pública. Sobre ésta no se verbaliza ningún tipo de crítica. Puede que el hecho de no hablar de ella sea una forma de asumir su existencia como una parte de su rol e identidad como médico o como psiquiatra..

Sí critican a las asociaciones privadas. Generalmente por asumir que realizan un trabajo barato que debería ser competencia de la administración, o por el hecho de ser simplemente privadas. De esta manera ven necesaria la red comunitaria pero siempre idealmente organizada desde el sector público.Los gestores de la EM en Galicia organizan así su observación, entre una postura puramente médica y una orientación asistencial. En el *continuum* entre ambos extremos de la distinción surgen posiciones diversas en las que una clínica pragmática y una posición teórica ecléctica son la norma. Todo integrado en una imagen de un trabajo en la responsabilidad del "buen médico".

DISCUSIÓN-CONCLUSIÓN: COMPLEJIDAD SIMPLIFICADA.

En la bibliografía existente sobre la EM en Galicia no ha existido, que sepamos, una perspectiva sociológica. El antropólogo gallego Marcial Gondar[16] junto con el psiquiatra y también antropólogo Emilio González[17] han publicado una serie de obras donde denuncian, entre otras cosas, la escasa importancia que se le ha dado al concepto de cultura en la asistencia a los enfermos mentales en Galicia. Han abogado así por una etnopsiquiatría para subsanar esa carencia. Desde una postura médico psiquiátrica se han publicado, asociadas de alguna forma a la cátedra de psiquiatría de la USC, dos tipos de estudios relacionados con la psiquiatría en Galicia. Por un lado, una buena cantidad de estudios de la historia de la psiquiatría gallega que hasta el momento los años ochenta y noventa no existía en la bibliografía especializada (destaca la labor de D. Simón Lorda[18]). Por otro lado, y sin una continuidad sistemática tras su muerte y la extinción de la cátedra de psiquiatría en la USC, una serie de estudios epidemiológicos con un tinte sociológico realizados al amparo de finado catedrático Antonio Rodríguez López[19]. Existen por supuesto una buena cantidad de estudios de orientación eminentemente psiquiátrica publicados en diferentes revistas tanto gallegas (SISO-Saúde de la

[16] Gondar – González 1999, 2003.

[17] González 1977, 1978, 1999; González – Comelles 2000.

[18] Simón Lorda 1995-2010; y muchas de las publicaciones de la revista *Frenia* del CSIC y de *Siso-Saude* la revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría. En un artículo de 2003 el historiador de la psiquiatría española adscrito al CSIC considera Conxo una institución pública centrando su mirada en la historia de la influencia de la psiquiatría francesa a través de los sanatorios privados catalanes (Huertas 2003). En una investigación en curso (articulo inédito del autor de esta comunicación, tenemos datos para demostrar que Conxo funcionó con una lógica comercial privada sin ningún tipo de trabajo tildable de psiquiátrico, limitándose a la custodia médica en el mejor de los casos de los internados. De alguna manera demuestra que la psiquiatría en Galicia se ha obviado o cuando se la ha citado o estudiado ha sido como ejemplo menor

[19] Mateos – Rodríguez 1989.

Asociación Gallega de Psiquiatría[20]) como españolas (AEN[21] entre otras). Están también estudios puntuales y aislados sobre algún aspecto relacionado directa o indirectamente con la psiquiatría.

En conclusión se puede afirmar que no se ha hecho un estudio sistemático de la psiquiatría y de la EM en Galicia desde un punto de vista sociológico. Y desde luego no desde un punto de vista que asuma la complejidad social del sistema social contemporáneo. Esta investigación es un intento de comenzar a solucionar este problema.

El objetivo de esta comunicación era presentar una descripción de una parte de los elementos involucrados en la complejidad social de la EM en Galicia. En concreto la evolución del sentido y significado atribuido a la EM a lo largo del tiempo en las biografías de tres grupos bien diferenciados: personas con un diagnóstico de una EM, familiares de estos, y finalmente aquellos encargados como profesionales de gestionar la EM. Hemos esbozado los perfiles biográficos de los tres grupos. Los tres comparten elementos pero lo más importante son las diferencias entre ellos. Así, el mismo significado de la enfermedad mental para un paciente no es el mismo que para un familiar que para un profesional de la salud mental. La perspectiva teórica adoptada buscaba mostrar estas diferencias, entendiendo que el sistema social funciona precisamente en ese desencuentro, no en el consenso.

[20] http://siso.chez.com/ y http://www.agsm.es/
[21] Asociación Española de Neuropsiquiatría y su revista.

BIBLIOGRAFÍA

Angosto Saura, T. "El concepto de histeria en algunos médicos gallegos." In *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999). III Jornadas nacioinales de historia de la psiquiatría*, edited by T. Angosto Saura, Antonio Rodríguez López and David Simón Lorda, 245-260. Ourense: Asociación Española Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.

Angosto Saura, T., Antonio Rodríguez López and David Simón Lorda, eds. *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999). III Jornadas nacionales de historia de la psiquiatría*. Ourense: Asociación Española Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.

Basaglia, Franco. "La antipsiquiatría." *El viejo topo* 45 (1980).

Berrios, German. *The history of mental symptoms. Descriptiuve psicopathology since the 19th century*. Cambridge: Cambridge U.P., 1995.

Berrios, German. "Avances reciente en la historia de la psiquiatría." In *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España.*, edited by Victor Aparicio Basauri, 13-20. Madrid: Libro del año, 1997.

Berrios, German. "Avances recientes en la historia de la psiquiatria." In *Orígenes y fundamentos de la psiquiatría en España.*, edited by Victor Aparicio Basauri, 13-20. Madrid: ELA, 1997.

Berrios, German. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. Translated by Laura de los Ángeles Díaz Rodríguez. Mexico: FCE, 2008.

Berrios, German and Tom R. Dening. "Introducción a "El significado de los complejos sintomáticos en Psiquiatría"." In *Los síntomas de la locura*, edited by Alfred Hoche, Emil Kräpelin and Oswald Bumke. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; Editorial Triacastella, 1999.

Berrios, German and R. Porter, eds. *The history of clinical psychiatry*. London: Athlone, 1995.

Cabaleiro Goás, Manuel. "A psiquiatría na medicina popular galega: etiopatoxénia." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 123-40. Santiago: Laiovento, 1992.

Cockerham, William C. *Sociology of mental Disorder*. New Jersey: Prentice-Hall, 1996.

Cockerham, William C. "Labeling theory and mental disorder: a synthesis of psychiatric and social perspectives." In *Studies in symbolic interaction*, edited by Norman K. Denzin, 257-280, 1979.

Cockerham, William C. "Becoming mentally ill: a symbolic interactionist model." In *Studies in symbolic interaction*, edited by Norman K. Denzin, 339-350. New Jersey: JAI Press, 1990.

Corsi, G., E. Esposito, and C. Baraldi, Eds., 1996 (1995) : *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. Anthropos Universidad Iberoamericana, 191 pp.

Denzin, Norman K. *Interpretative biography*. Vol. 17, *Qualitative Research Methods*. London: Sage, 1989.

Denzin, Norman K. "Stanley and Clifford: undoing an interactionist text." *Current Sociology* 43, no. 2/3 (1995): 115-123.

Denzin, Norman K., ed. *Studies in symbolic interaction*. Greenwich, CT: JAI Press, 1979.

Denzin, Norman K. *Interpretative Interactionism*. California: Sage, 1989.

Denzin, Norman K. *The alcoholic self*. California: Sage, 1987.

Denzin, Norman K. "Emotions as lived experience." *Symbolic Interaction* 8 (1984): 223-240.

Denzin, Norman K. "On Understanding Emotion." In *Research Agenda in the Sociology of Emotions*, edited by Theodore D. Kemper. Albany: New York Press, 1990.

Denzin, Norman K. *Chilhood socialization*. San Francisco: Josey-Bass, 1977.

Denzin, Norman K. *On understanding emotion*. San Francisco: Jossey-Bass, 1984.

Denzin, Norman K. and Y. Lincoln, eds. *Handbook of qualitative research*. London: Sage, 1995.

Díaz de Rada, Ángel. *Etnografía y técnicas de investigación antropológica*. Madrid: UNED, 2003.

Fuentenebro, F., Rafael Huertas García-Alejo and C. Valiente, eds. *Historia de la psiquiatría en Europa. Temas y tendencias*. Madrid: Frenia, 2003.

García Álvarez, M.X. and Victor Pedreira Crespo. "La historia de la asistencia psiquiátrica pública en la provincia de Pontevedra: La creación de una sala de psiquiatría en el Hospital provincial (I)." In *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999). III Jornadas nacioinales de historia de la psiquiatría*, edited by T. Angosto Saura, Antonio Rodríguez López and David Simón Lorda, 261-268. Ourense: Asociación Española Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.

García Álvarez, M.X. and Victor Pedreira Crespo. "La sala de psiquiatría del hospital provincial de Pontevedra (II)." In *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999). III Jornadas nacioinales de historia de la psiquiatría*, edited by T. Angosto Saura, Antonio Rodríguez López and David Simón Lorda, 269-276. Ourense: Asociación Española Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.

Gondar Portosany, Marcial. *Mulleres de mortos. Cara a unha antropología da muller gallega.* Vigo: Xerais, 1990.

Gondar Portosany, Marcial. *A morte*. Sada: O Castro, 1987.

Gondar Portosany, Marcial. *Crítica da razón galega. Entre o nós-mesmos e nós-outros*. Vigo: A Nosa Terra, 1993.

Gondar Portosany, Marcial. *Romeiros do Allén. Antropoloxía da Morte en Galicia*. Vigo: Xerais, 1989.

Gondar Portosany, Marcial, ed. *Anorexia: dieta, estética, crenzas*. Santiago: Museo Pobo Galego, 1995.

Gondar Portosany, Marcial. "Sabias e doctores: o conflicto medicina oficial / medicina popular na Galicia non urbana." In *AA.VV. 1989*, 1989.

Gondar Portosany, Marcial. "Relacione terapéutica e conflicto de intereses na saúde mental. Estratexias de xestión." In *AA. VV. 1997*, 323-332, 1997.

Gondar Portosany, Marcial. "O exótico como ponte cultural. As claves do simposio." In *Anorexia: dieta, estética, crenzas*, edited by Marcial Gondar Portosany. Santiago: Museo do Pobo Galego, 1995.

Gondar Portosany, Marcial. "Sabias e doutores." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 239-254. Santiago: Laiovente, 1992.

Gondar Portosany, Marcial. "A doenza como forma de cultura." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and E. González Fernández, 15-40. Santiago: Laiovento, 1992.

Gondar Portosany, Marcial. "Neoliberalismo e saúde mental. Economía política da loucura." *A Trabe de Ouro* 61 (2005): 13-29.

Gondar Portosany, Marcial and Emilio González Fernández, eds. *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*. Santiago: Laiovento, 1992.

Gondar Portosany, Marcial and Emilio González Fernández, eds. *Poseídos: ensayos de etnopsiquiatría gallega*. Santiago: Laiovento, 2003.

Gondar Portosany, Marcial, Esperanza Guisán, Joaquín Rodríguez, Javier San Martín and Juan Vázquez, eds. *Antropología y Racionalidad.* Santiago: Salvora, 1980.

González Fernández, Emilio. *A psiquiatría en Galicia. A psiquiatria galega e Conxo*. Madrid: Do Rueiro, 1977.

González Fernández, Emilio, ed. *Cultura e saude mental. Aproximacións antropolóxicas a clínica psiquiátrica en Galicia*. 190 vols. Santiago: Xunta de Galicia, 1994.

González Fernández, Emilio. "Medicina popular: racionalidade das crises histéricas e das respostas as mesmas." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 157-170. Santiago: Laiovento, 1992.

González Fernández, Emilio. "A peregrinación dos síntomas." In *AA. VV. 1997*, 307-322, 1997.

González Fernández, Emilio. "Medicina popular: racionalidade das crisis histéricas e da resposta ás mesmas." In *AA.VV. 1984*, 1984.

González Fernández, Emilio. "Psiquiatría transcultural. Un achegamento pragmático." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and E. González Fernández, 41-66. Santiago: Laiovento, 1992.

González Fernández, Emilio. "Psicogeriatría cultural: la entrevista clínica como intervención cultural." *Psiquiatría Pública* 11, no. 1 (1999): 27-35.

González Fernández, Emilio. "A Unidade de saúde mental como broker cultural: alterantivas a xestión da locura nun municipio rural galego.", Universidade Santiago de Compostela, 1999.

González Fernández, Emilio. "Psiquiatría y religión." *Encrucillada* (1977): 321-330.

González Fernández, Emilio. "La "sala de dementes" y el "departamento de locas" del gran Hospital de Santiago (Espacios Virtuales)." In *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999). III Jornadas nacioinales de historia de la psiquiatría*, edited by T. Angosto Saura, Antonio Rodríguez López and David Simón Lorda, 193-206. Ourense: Asociación Española Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.

González Fernández, Emilio and Josep M. Comelles, eds. *Psiquiatría transcultural*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2000.

González Fernández, Emilio and Xosé García. *As institucions da locura en Galicia. Por unha nova psiquiatría*. Santiago: Minerva, 1978.

González Fernández, Emilio, Xosé Alfredo Mazaira Castro and David Simon Lorda. "O psicofármaco como ponte cultural. Aproximación etnopsiquiátrica os efeitos placebo en pacientes galegos." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 171-181. Santiago: Laiovento, 1992.

González Fernández, Emilio and David Simón Lorda. "Pensamiento antropolóxico dos médicos galegos (Apunte histórico)." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 91-120. Santiago: Laiovento, 1992.

González Fernández, Emilio and David Simón Lorda. "Pensamiento antropológico de los médicos gallego. Apunte histórico." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 91-122. Santiago: Laiovento, 1992.

González Fernández, Emilio and David Simón Lorda. "Una visión de la asistencia psiquiátrica gallega en el siglo XX: Manuel Cabaleiro Goás." *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, no. 62 (1997): 305-309.

González Fernández, Emilio and David Simón Lorda. "Historias del Manicomio de Vilapedre-Sarria-Lugo: Ricardo Núñez Rodríguez, un atípico protopsiquiatra de la Galicia del Siglo XX." In *La Gestion de la locura: conocimientos, prácticas y escenarios*, edited by AA. VV., 121. Cuenca: U. Castilla la Mancha, 2001.

González Fernández, Emilio and David Simón Lorda. "Una historia de la psiquiatría gallega en el siglo XX." *Archivos de Psiquiatría* 64, no. 2 (2001): 101-136.

González Fernández, Emilio and David Simón Lorda. "Materiales para un historia de la psiquiatría en Galicia: siglo XX." *PsiquiRed* (2002).

Hoche, Alfred, Emil Kräpelin and Oswald. Bumke, eds. *Los síntomas de la locura*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología; Editorial Triacastella, 1999.

Huertas García-Alejo, Rafael, ed. *Orfila, saber y poder médico*. Madrid: CSIC, 1988.

Huertas García-Alejo, Rafael. *Los laboratorios de la norma. Medicina y regulación social en el estado liberal*. Madrid: Octaedro CSIC, 2008.

Huertas, R. "Historia de la psiquiatría: ¿Por qué? ¿Para qué?" *Frenia* 1, no. 1 (2001): 9.

Huertas, Rafael. "Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española del siglo XIX." *Cuadernos de Psiquiatria contemporánea* 2, no. 2 (2002): 92-106.

Karp, David A. "The dialectics of depression." *Symbolic Interaction and Cultural Studies* 17 (1994): 341-366.

Karp, David A. *Speaking of Sadness. Depression, disconnection and the meanings of illness*. New York: Oxford U.P., 1996.

Karp, David A. *The Burden of Sympathy. How Families Cope with Mental Illness*. Oxford: Oxford U.P., 2001.

Karp, David A. "Illness ambiguity and the search of meaning: A case study of a self-group for affective disorders." *Journal of Contemporary Ethnography* 21 (1992): 136-170.

Karp, David A. *Is it me or my meds? Living with antidepressants*. Cambridge: Harvard U.P., 2006.

Lamas Crego, Santiago. "A propósito dun caso de "Folie à duex" e outros avatares." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 141-156. Santiago: Laiovento, 1992.

Luhmann, Niklas. *La ciencia de la sociedad*. Translated by Javier Torres Nafarrete. Barcelona: Anthropos Universidad Iberoamericana, 1996.

Luhmann, Niklas, ed. *Teoría de los sistemas sociales. Artículos I*. Edited by Javier Torres Nafarrete. México: Universidad Iberoamericana, 1998.

Luhmann, Niklas, ed. *Teoría de los sistemas sociales. Artículos II*. Edited by Javier Torres Nafarrete. México: Univesidad Iberoamericana; Iteso; Universidad de Los Lagos, 1999.

Luhmann, Niklas. *La sociedad de la sociedad*. Translated by Javier Torres Nafarrete. Mexico: Herder - Iberoamericana, 2007.

Miguel, Jesús M. de. *Auto/biografías*. Madrid: CSIS, 1996.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "La nueva plausibidad (La observación de segundo orden en Niklas Luhmann)." In *Hacia una teoría científica de la sociedad*, edited by Niklas Luhmann, 126-132. Barcelona: Revista Anthropos, 1997.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis, ed. *Las fronteras de los saberes*. Madrid: Akal, 1990.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social, Cuadernos Fe y Secularidad*. Madrid: Sal Terrae, 1995.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "Sentido y posibilidad." In *Jesús Ibañez. Teoría y práctica*, edited by Fernando Álvarez Uría, 153-166. Madrid: Endymion, 1997.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "Saber y sentido." In *Discurso, poder, sujeto. Lecturas sobre Michel Foucault*, edited by Ramón Maiz. Santiago de Compostela: Universidad Santiago de Compostela, 1987.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "Sociocibernética: marco sistémico y esquema conceptual." In *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, edited by Juan Manuel Delgado and Juan Gutiérrez, 563-580. Madrid: Síntesis, 1994.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "Sentido, contingencia y posibilidad en la reducción de la complejidad, en la moderna teoría de sistemas." *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada* (1995).

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "El imaginario social de la religión como constructor de la realidad de lo mundanamente irrepresentable." *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada* (1995).

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "Tiempo, sentido y riesgo en N.Luhmann." *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada* (1995).

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "El estudio cualitativo de la diferencia." *Comunicación V Congreso español de sociología, Granada* (1995).

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "Marginados y excluidos. Un enfoque intedisciplinar." *Semata* 16 (2004): 17-52.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luis. "Comunicación, construcción de la realidad e imaginarios sociales." *UPL* 10, no. 29 (2005): 80-85.

Pintos de Cea-Naharro, Juan Luís, Rosa Rey Pousada and Marticorena, Juan R. *Observación de las expectativosas recíprocas entre los actores intervinientes en los casos de personas con trastornos mentales crónicos: Implementación de un modelo cualitativo. Memoria de investigación.* edited by http://www.usc.es/cpoliticas/mod/book/view.php?id=780. A Coruña: Memoria de investigación: Sergas, 2004.

Pintos de Cea-Naharro, Juan-Luis. *El constructivismo sociológico de N.Luhmann. Investigación concurso cátedra*: Fotocopiado, 1996.

Pintos de Cea-Naharro, Juan-Luis. "Apuntes para el estudio de la modernización política en Galicia, sobre las bases de los trabajos de E.M.Rogers y J. Habermas." In *AA.VV. 1989*, 1989.

Rodríguez López, Antonio. "Historia de la psiquiatría académica gallega." In *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999). III Jornadas nacionales de historia de la psiquiatría*, edited by T. Angosto Saura, Antonio Rodríguez López and David Simón Lorda, 183-192. Ourense: Asociación Española Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.

Rodríguez, A. and David Simón Lorda, eds. *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría 1924-1999*. Ourense: AEN- AGS, 2001.

Simon Lorda, David and Xosé Alfredo Mazaira Castro. "Aprendendo a ser psiquiatra e curandero." In *Espiritados. Ensaios de Etnopsiquiatría galega*, edited by Marcial Gondar Portosany and Emilio González Fernández, 191-200. Santiago: Laiovente, 1992.

Simón Lorda, David. "Análise antropolóxica dun hospital psiquiátrico rural." In *AA. VV. 1997*, 357-366, 1997.

Simón Lorda, David. "El caso clínico de Josefa de la Torre (la espiritada de Gonzar)." In *Anorexia: dieta, estética, crenzas*, edited by Marcial Gondar Portosany, 23-29. Santiago: Museo do Pobo galego, 1995.

Simón Lorda, David. "Un siglo de asistencia psiquiátrica en Ourense (1875-1975).", Santiago de Compostela : Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico, 2003.

Simón Lorda, David. "Los orígenes de la asistencia psiquiátrica ourensana: De la restauración a la guerra civil (1885-1936)." In *La locura y sus instituciones. Actas de las II Jornadas nacionales de Historia de la psiquiatria*, edited by AA. VV., 497-516. Valencia: Diputación Valencia, 1997.

Simón Lorda, David. "Asistencia sanitaria y beneficencia en la segunda república (1931-1936). Materiales para la historia una historia de la medicina ourensana II." *Auriensis (Revista del Colegio de Médicos de Ourense)* 6, no. 24 (2000): 26.

Simón Lorda, David. "Las celdas de dementes en el Hospital provincial: Ourense, 1896-1897 (Apuntes sobre la hospitalización psiquiátrica en la España periférica del fin del siglo XIX)." *Frenia* II, no. 1 (2002): 49-75.

Simón Lorda, David. "La asistencia psiquiátrica en Galicia en la segunda república (1931-1936)." In *Setenta y cinco años de historia de la psiquiatría (1924-1999). III Jornadas nacioinales de historia de la psiquiatría*, edited by T. Angosto Saura, Antonio Rodríguez López and David Simón Lorda, 207-244. Ourense: Asociación Española Neuropsiquiatría y Asociación Gallega de Psiquiatría, 2001.

Simón Lorda, David and Émilio Fernández González. "El manicomio del Dr. Ricardo Núñez: Historias de Lugo, Galicia, España (1885-1953)." *Interpsiquis* (2005).

Simón Lorda, David and Luis Ferrer i Balsebre. "Asistencia psiquiátrica en el primer franquismo: Ourense (1939-1959)." *Anales de Psiquiatría* 15, no. 5 (1999): 202-222.

Simón Lorda, David, Ignacio Gómez-Reino Rodriguez and F.: Cibeira Vázquez Iglesias Abellás, A. "La hospitalización psiquiátrica en Ourense: 1897, 1965 y 2001 (tres retratos clínico asistenciales)." *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias* 6 (2004): 5-13.

Torres Cubeiro, Manuel. "Analítica de los discursos definidores de la locura (¿irracionalidad?). Tesina-memoria licenciatura.", Santiago de Compotela, 1991.

Torres Cubeiro, Manuel. "Mediators Towards Balance: Legitimizations Of Chinese Medicine In The Pacific Northwest Coast. Master Thesis.", Western Washington University, 1995.

Torres Cubeiro, Manuel. *Luhmann*. A Coruña: BAia Edicións, 2008.

Torres Cubeiro, Manuel. *Orden social e loucura en Galicia. Tese douctoral*. Santiago: USC, 2009.

Torres Cubeiro, Manuel. *Luhmann*. A Coruña: Bahía, 2008.

Torres Cubeiro, Manuel. "Marcando unha diferenza: scripts, imaxinarios sociais e enfermidade mental grave en Galicia." In *Sociologia de los Márgenes. Libro de homenaje a Juan Luis Pintos de Cea-Naharro*, edited by Ángel Enrique Carretero Pasín and Coca, Juan R. Huelva: Hergue, 2009.

Torres Nafarrate, Javier, ed. *Luhmann: la política como sistema*. Mexico: FCE, Universidad Nacional México, Universidad Iberoamericana, 2004.