

# ¿Has visto cómo llora un cerezo?

Pasos hacia una antropología  
de la esquizofrenia

Ángel Martínez-Hernández

UBe

Estudios de Antropología  
Social y Cultural



**¿Has visto cómo  
llora un cerezo?**



# ¿Has visto cómo llora un cerezo?

**Pasos hacia una antropología  
de la esquizofrenia**

Ángel Martínez-Hernández



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Edicions

Estudios de Antropología  
Social y Cultural

© Àngel Martínez Hernáez

© Edicions de la Universitat de Barcelona  
Adolf Florensa, s/n  
08028 Barcelona  
Tel.: 934 035 430  
www.edicions.ub.edu  
comercial.edicions@ub.edu



ISBN

978-84-9168-639-2

Este documento está sujeto a la licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada de Creative Commons, cuyo texto está disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.



*A mis informantes*



## SUMARIO

Presentación	11
La enfermedad	15
La indefinición	15
Naturaleza	16
Cultura	25
Sociedad	31
La ciudad	35
El centro	35
Datos	39
Vidas cruzadas	48
El confinamiento	55
Movimiento y reclusión	55
Sentido (común) y sinsentido (común)	59
Comunidad y sociedad	68
El lenguaje	73
El delirio	73
Estructuras	77
Sentidos	83
Bibliografía	93



## PRESENTACIÓN

El título y el subtítulo de este libro responden a dos ámbitos diferentes del trabajo antropológico: la etnografía y la teoría. El título, “¿Has visto cómo llora un cerezo?”, es una pregunta que me realizó uno de mis informantes durante una tarde de primavera de 1990. Tal pregunta me hizo pensar durante mucho tiempo en la estructuración del lenguaje en la esquizofrenia y, más concretamente, en el papel de las metáforas y pseudometáforas en este tipo de discursividad. Por su parte, el subtítulo, *Pasos hacia un antropología de la esquizofrenia*, puede entenderse como una apropiación no disimulada del título del conocido texto de Gregory Bateson, *Pasos hacia una ecología de la mente* (1976), en donde de forma precoz se plantea una teoría antropológica de la esquizofrenia basada en los sistemas de conductas e interconductas dentro de la estructura familiar. El planteamiento de Bateson me permitió confiar desde el primer momento en la posibilidad de una aproximación antropológica a la esquizofrenia. Este proyecto fue percibiéndose como una empresa más viable tras el descubrimiento de la profusión de literatura antropológica que existía sobre esta problemática. Sin embargo, siempre he tenido la sensación de que difícilmente hubiera explorado este tema sin la lectura previa de *Pasos hacia una ecología de la mente*. Me imagino que en ello tendrá algo que ver el talante entusiasta y a la vez permanentemente reflexivo de Gregory Bateson.

De la combinación no siempre homogénea de etnografía y teoría surge precisamente este libro que está estructurado en cuatro capítulos: “La enfermedad”, “La ciudad”, “El confinamiento” y “El lenguaje”. El primero, “La enfermedad”, se encuentra a caballo del *state of art* y el comentario crítico, y en él se discuten algunos problemas de la aplicación del determinismo biológico y del determinismo cultural al estudio de la esquizofrenia. Se trata también de un capítulo introductorio para aquellos que desconozcan la literatura básica sobre este trastorno. Con todo, es importante anotar que se han limitado enormemente las referencias bibliográficas en beneficio de una exposición más reflexiva

El segundo capítulo, “La ciudad”, explora un problema que al menos desde la década de los treinta ha generado una fuerte polémica en la psiquiatría social y en la sociología y antropología de la salud mental. Me refiero a

fenómeno de la mayor concentración de esquizofrenia en el centro de las grandes ciudades y a la especulación subsiguiente sobre las razones de esta recurrencia. Para discutir esta problemática aquí se han utilizado datos cuantitativos y cualitativos sobre la concentración de esquizofrenia en la ciudad de Barcelona. El argumento final remite al especial papel de los centros de las ciudades como lugares de confinamiento.

El tercer capítulo, “El confinamiento”, retoma la cuestión de la marginación a partir de una figura institucionalizada en el siglo XV, la *stultifera navis* o Nave de los locos. No obstante, no se trata de un capítulo histórico, sino más bien de la discusión de tres paradojas asociadas de forma diferente y desigual al fenómeno de la locura: la tensión entre movimiento y reclusión, la oposición entre sentido común y desrealización y, finalmente, el problema de la inserción de los afectados en contextos de comunidad (*Gemeinschaft*) o de sociedad (*Gesellschaft*).

El último capítulo, “El lenguaje”, investiga el discurso en la esquizofrenia y sus inflexiones siempre fluctuantes entre la estructura del delirio y la posibilidad de creación de sentidos compartidos. Esta temática sirve también para reflexionar sobre las complementariedades de la teoría estructuralista y del modelo hermenéutico en el estudio de estas narrativas de aflicción.

Con excepción del primero, el resto de los capítulos puede entenderse como una gradación desde los factores más globales o macro que afectan a la esquizofrenia (la vida urbana, la pobreza, la economía política) hasta las dimensiones más locales o micro (la institución, las experiencias subjetivas, las discursividades). Ahora bien, esto es así sólo desde una visión general, pues en algunos momentos se combina información global con casos individuales para establecer relaciones entre estos dos niveles analíticos de la realidad. El Capítulo 2 presenta una especial combinatoria de estos dos tipos de información.

Los datos etnográficos utilizados para la elaboración de este libro provienen de mi trabajo de campo en diferentes instituciones psiquiátricas de Barcelona a lo largo de tres años (1990-1993): *Hospital Clínic de Barcelona* (4 meses), *Institut Frenopàtic* (6 meses), *Area de Rehabilitación Integral (ARI)* (7 meses) y *Centre de Assistència Primària en Salut Mental de Gràcia* y *ARAPDIS* (9 meses). Para salvaguardar la intimidad de los informantes no nombraré las instituciones en el texto.

Debo expresar mi agradecimiento tanto a los informantes, a los que está dedicado este libro, como a las instituciones por su atención y paciencia durante el tiempo que compartimos juntos. También expreso mi agradecimiento a Xavier Roigé, coordinador de la colección *Estudis d'Antropologia social i cultural* en la que se inscribe este texto, por ofrecerme la posibilidad de publicar estas páginas. Adicionalmente quiero apuntar que sin el ánimo de mis compañeros de los departamentos de Antropología de la Universidad de Barcelona y de la Universidad Rovira i Virgili me hubiera resultado más laborioso redactar este texto. A ellos agradezco su ayuda y colaboración.

Una parte del material del Capítulo 2 fue utilizado para un capítulo de libro, todavía en prensa, coordinado por Rafael Pérez Taylor del Instituto de Investigaciones Antropológicas de la UNAM. El libro lleva el título provisional de *Antropología, ecología y medio ambiente. El crecimiento de las grandes ciudades* y mi capítulo el de "Enfermedad y entorno urbano". Por otro lado, una versión del segundo apartado ("Estructuras" del Capítulo 4 fue presentada como comunicación en el *V Congreso de Antropología social del Estado Español*, Granada 1990; concretamente en el simposium dirigido por José Luis García y Honorio Velasco titulado *Discurso y cultura*. En ambos casos expreso mi sincero agradecimiento por los comentarios y el apoyo mostrado.

No quiero acabar los agradecimientos sin citar a mi mujer, Montse, y a mi hija, Irene, que ha dado sus primeros pasos durante la redacción de este texto. A ellas les corresponde este último lugar que es siempre primero.



# LA ENFERMEDAD

## LA INDEFINICIÓN

"Mi problema es de orden social y de orden particular. Es un problema físico y social" (Zaro, uno de mis informantes).

La esquizofrenia parece estar unida en el discurso científico de nuestro tiempo a una especial indefinición. Por un lado se sospecha que este trastorno responde a una disfunción biológico-cerebral. Los esfuerzos de la investigación biomédica de las últimas décadas se orientan en esta dirección, aunque sin llegar a un consenso sobre si las razones de esta enfermedad son de tipo neuroquímico, genético, lesional, hormonal o vírico. Por otro lado, aún resulta creíble afirmar que la esquizofrenia es el resultado de problemas existenciales y morales, de razones psicológicas y subjetivas, de presiones sociales e incluso de estrategias de mistificación del sistema capitalista. Con toda probabilidad existen pocas enfermedades que presenten hoy en día tal grado de ambigüedad e indefinición. Y es que, ya sea porque aún no se han descubierto los procesos que la producen, ya sea porque su nombre está sobrecargado de historia, de estigmas y de metáforas, el hecho es que la esquizofrenia aparece hoy por hoy asociada a la incertidumbre.

Si bien nuestro propósito en este capítulo no es resolver esta indefinición, pues claramente nos sobrepasa por su complejidad, sí que vamos a tratar de profundizar desde una perspectiva antropológica en algunas de las problemáticas que le son inherentes. Un esquema que puede guiarnos en este proyecto es la trilogía de conceptos que se utilizan desde hace tiempo en la literatura internacional en antropología médica. Me refiero a los términos de *disease*, *illness* y *sickness*; tres palabras que, si bien son sinónimos en el inglés usual, en el terreno antropológico sirven para hablar respectivamente de las dimensiones biológicas y psicobiológicas (*disease*), culturales (*illness*) y sociales (*sickness*) de la enfermedad (Young, 1982; Schepher-Hughes y Lock, 1987; Good, 1994). Apliquemos, pues, estas tres nociones de naturaleza, cultura y sociedad al ejemplo de la esquizofrenia.

## NATURALEZA

Desde la psiquiatría más sesgada hacia las explicaciones biológicas se percibe la esquizofrenia como un problema que tarde o temprano se resolverá con el incremento de la investigación básica en genética y en neurociencias. De la misma manera que un día Bayle visualizó las lesiones encefálicas que producían la parálisis general progresiva sifilítica (PGP o paresia, o de igual forma que se han conocido (por lo menos en parte los procesos fisiopatológicos de demencias como el Alzheimer o de trastornos como la epilepsia, se argumenta que algún día se llegará a descubrir la raíz natural de la esquizofrenia.

El principio que define esta posición es en el fondo muy viejo, pues tiene su referente histórico en las doctrinas de Kraepelin (1856-1926 sobre el origen somático de la esquizofrenia; una enfermedad que en aquel momento él denominaba *dementia praecox* (Kraepelin, 1905:325, pero que refería al mismo tipo de realidad psicopatológica. También puede percibirse bajo estas orientaciones contemporáneas el famoso aforismo de Griesinger, que el propio Kraepelin hizo suyo (1992:513, de que toda enfermedad mental es en el fondo una enfermedad cerebral. Pero sean unos u otros sus orígenes más destacados, el resultado es que bajo esta orientación biologicista aquellas argumentaciones que situaban el origen de este síndrome en la dimensión subjetiva, experiencial o social han sido relegadas a un segundo plano o consideradas simplemente erróneas.

Ya pocos psiquiatras creen que la esquizofrenia pueda ser el resultado de mensajes contradictorios en la familia, como proponía Bateson en la década de los sesenta (1976, o la consecuencia de la sociedad burguesa, como planteaban Laing y Schatzman (1983 o Basaglia (1975. Tampoco se consideran acertadas las terapias como el psicoanálisis, aunque pocas veces se reconozca desde esta posición organicista que el propio Freud fue escéptico con respecto a la eficacia de su singular tratamiento para el caso de los trastornos psicóticos. Contrariamente, desde esta orientación somática, que es hoy en día la hegemónica, se indica abiertamente que si hay un camino, éste debe ser el del conocimiento de las bases biológicas que producen la esquizofrenia, y que si hay un tratamiento eficaz, éste debe ser el de la actuación sobre esas bases.

Actualmente disponemos de un arsenal de hipótesis biológicas sobre la esquizofrenia entre las que cabe destacar la llamada teoría dopaminérgica, la estructural-lesional, la vírica y la genética. La primera parece ser la de más éxito y se basa en la evidencia de que existe una hiperactivación de las vías dopaminérgicas cerebrales que es la responsable de experiencias como el delirio y las alucinaciones. En beneficio de esta hipótesis se apunta que los neurolépticos o antipsicóticos, que son los fármacos por excelencia para el tratamiento de la esquizofrenia, se muestran eficaces en la reducción del delirio y las alucinaciones, también llamados síntomas positivos, porque operan bloqueando los receptores cerebrales del neurotransmisor conocido como dopamina. De hecho, los neurolépticos han mostrado tener un efecto contrario al de las anfetaminas que liberan dopamina y exacerbaban los síntomas positivos de la esquizofrenia (Deakin, 1988; Andreasen y Carpenter, 1993).

La segunda hipótesis se limita a apuntar que existen algunos casos de esquizofrenia, sobre todo aquellos más deteriorados que cursan con los llamados síntomas negativos (anhedonia, apatía, aplanamiento o indiferencia afectiva, etc., que vienen asociados a atrofiás corticales centrales y a hipofrontalidad. El desarrollo de tecnologías de visualización cerebral como la Tomografía por Emisión de Positrones ha permitido mostrar, mediante comparación con individuos controles (no casos, la existencia de una actividad metabólica diferente en los cerebros de las personas con esquizofrenia. También se han indicado otro tipo de anomalías, como el ensanchamiento del sistema ventricular, la disminución del tamaño del lóbulo temporal y el hipocampo, el aumento de los ganglios basales, la presencia de flujos sanguíneos anormales o la alteración de la glucosa en la corteza prefrontal cerebral (APA, 1995; Buchsbaum y Haier, 1987).

La teoría vírica, por su lado, es más minoritaria y defiende que la esquizofrenia es el resultado de un virus de acción lenta que produce modificaciones metabólicas cerebrales. Las bases más conocidas de esta hipótesis son: a) la existencia de enfermedades crónicas que son transmisibles y que se producen por un virus de acción lenta, como el recientemente polémico mal de Creutzfeld-Jakob; b) la evidencia de que algunas encefalitis víricas producen cuadros o manifestaciones similares a la esquizofrenia; c) y algunos hallazgos de laboratorio que, no obstante, resultan hasta el momento provisionales e incluso en algunos casos contradictorios (Crow y Done, 1986; Butler y Stieglitz, 1993).

En último lugar tenemos la teoría genética, que no podría faltar en un tiempo como el nuestro en el que se sospecha que todo está en los genes, desde las enfermedades y sus predisposiciones hasta los aspectos más anecdóticos de la vida, como el gusto por un determinado tipo de ropa o por una marca específica de cigarrillos. En este caso se trata de una hipótesis que aparentemente está corroborada por datos como la alta concordancia de gemelos monocigóticos (y por tanto con el mismo código genético que coinciden en padecer esquizofrenia. Hasta el 65% parecen llegar los coeficientes de concordancia en estudios sobre gemelos. Sin embargo, y como han destacado Lewontin, Rose y Kamin en *No está en los genes. Crítica del racismo biológico* (1996, la metodología de este tipo de estudios es más que cuestionable, así como los prejuicios de muchos de sus autores.

Por ejemplo, Lewontin et al. nos explican cómo Slater, uno de los investigadores más famosos de los años cincuenta por su contribución al estudio sobre esquizofrenia en gemelos, se dedicó a rastrear el estado mental de un caso de hermanas gemelas idénticas. Slater localizó una persona con esquizofrenia, Eileen, que murió en el hospital en 1946 y, por tanto, debía de obtener información sobre su gemela idéntica, Fanny, que había muerto en 1938 a los setenta y un años. Aunque Slater reconoce que los vecinos no advirtieron nada extraño en su comportamiento y que no presentaba indicio alguno de síntomas esquizofrénicos, acaba afirmando que Fanny es concordante con Eileen porque sus:

"...recelos y reservas son semejantes a los que normalmente se considera secuelas de una psicosis esquizofrénica. Desgraciadamente, no es posible obtener datos acerca de su antigua enfermedad mental, pero son muy grandes las probabilidades de que se tratase de una esquizofrenia...consiguió una recuperación bastante completa y permanente... aunque, psicológicamente, su reserva y su falta de franqueza sugieren que la esquizofrenia no la dejó enteramente sin secuelas permanentes" (Slater cit. en Lewontin et al. 1996:260-1).

Si bien de este caso no puede inferirse una falsación de todo el edificio del argumento genético, no hay que ser muy perspicaz para evidenciar que este tipo de explicaciones y de procedimientos introducen sospechas justificadas. Con ello no queremos negar que algún día se encuentre una evidencia genética de la esquizofrenia. Es probable que lo que hoy en día se conoce como esquizofrenia responda a una anomalía genética específica, a varias o a una compartida con otros trastornos psicóticos. Ahora bien, también es posible

que esto no sea así, pues la teoría genética es de momento una hipótesis, y una hipótesis no es una corroboración, igual que una conjetura no es una certeza.

Por otro lado, el párrafo de Slater es una magnífica ilustración de la confusión y debilidad que rodeaba a la propia definición médica de esquizofrenia. Porque, ¿qué era para Slater una persona con este trastorno, un individuo retraído y falto de franqueza, como él dice que fue Fanny? Y si esto era un criterio diagnóstico dependiendo de la exarcerbación de estos rasgos, ¿cuál era el umbral, entonces, para discriminar un caso de esquizofrenia de un no-caso?

Ciertamente, la apelación de Slater a los recelos y a las reservas de Fanny para deducir la existencia de una esquizofrenia soterrada resultan llamativos para el lector profano que percibe sin dificultad, no sólo una falta de rigor descriptivo y metodológico, sino también un discurso pseudocientífico que esconde indefiniciones y prejuicios morales. Indefiniciones que abren la puerta a los prejuicios y prejuicios que retroalimentan la indefinición, de tal manera que ante este tipo de posiciones ya no sabemos si la esquizofrenia es una enfermedad cerebral, una cuestión de carácter o una ficción psiquiátrica.

Hoy en día, y aunque ya hace unos cuantos años del estudio de Slater, todavía no disponemos de una definición médica verdaderamente precisa de la esquizofrenia. Generalmente la indefinición no llega al grado observable en el párrafo de Slater, pero continúa existiendo. La razón más importante es que la manera en que actualmente se diagnostica a un individuo de padecer una esquizofrenia poco tiene que ver con los tests “irrefutables” de la tecnología médica, como las tomografías, los *scanner* o las pruebas sanguíneas. A pesar de las hipótesis biológicas que hemos comentado anteriormente, no existe ningún test o algo parecido que permita decir que estamos ante un caso de esquizofrenia. Incluso los psiquiatras más biologicistas reconocen que de momento la esquizofrenia se diagnostica a partir de sus manifestaciones y expresiones. Esto es, y como ha indicado un autor como Vallejo, las clasificaciones psiquiátricas de hoy en día son clínicas (centradas en los signos y síntomas y/o patocrónicas (basadas en el curso, pero no etiopatogénicas (causales o anatomopatológicas (de localización del trastorno (Vallejo, 1991:155. En otras palabras, lo que articula el conocimiento sobre la esquizofrenia no es la evidencia de procesos fisiopatológicos claros y distintos, sino el terreno más ambiguo de las manifestaciones externas de estos supuestos procesos: sus signos y síntomas.

Los criterios diagnósticos que se utilizan actualmente en psiquiatría son la *Clasificación Internacional de Enfermedades* de la OMS, versión número 10, también conocida como CIE-10 (OMS, 1992, y el *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV, de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1995. Ambas clasificaciones son muy similares entre sí. Se trata, como se podrá deducir del párrafo anterior, de taxonomías que se basan, por lo menos cuando hacen referencia a los trastornos mentales de etiología desconocida como la esquizofrenia, en la descripción de los signos y síntomas de la enfermedad y no en los procesos mórbidos subyacentes.

Por ejemplo, en el DSM-IV se estipula un conjunto de criterios para poder diagnosticar la esquizofrenia entre los que vale la pena destacar tres grandes ejes: 1 el A que hace referencia a los síntomas característicos, 2 el B que informa sobre el grado de disfunción social y laboral del sujeto y 3 el C que especifica la duración o pronóstico del trastorno. Ninguno de estos criterios puede tomar como base una evidencia biológica incontrovertible, sino únicamente aspectos fenomenológicos del trastorno. Pero analicemos cada una de estas series de forma más detenida.

1 En el conjunto de criterios A se indica que para diagnosticar una esquizofrenia el paciente debe mostrar dos o más de los siguientes síntomas durante un período de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito: ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico o gravemente desorganizado y síntomas negativos.

En beneficio de estos criterios se puede apuntar que se trata de manifestaciones que en determinadas ocasiones pueden ser discernibles sin muchos problemas. De esta manera, un afectado puede pensar que tiene microchips implantados en su dentadura para ser controlado por la central de inteligencia de un país enemigo, cuando, obviamente, estas ideas no parecen confirmarse a partir del análisis contextual o de situación. Es fácil que estas ideas se presenten, además, como irreductibles, y que ante cualquier comentario o duda de sus interlocutores continúe prevaleciendo en la mente del afectado la particular historia de espionaje. Y es que el delirio se muestra generalmente como un código subjetivo y persistente que no sólo no encaja en su contexto social y cultural de referencia, sino que hace estallar ese contexto como instrumento de interpretación y de comprensión de sentidos.

Con todo, el papel decontextualizador del delirio es insuficiente para descartar toda interpretación de la discursividad del afectado. La exégesis es un

ejercicio básico para evitar *misreadings* y confusiones entre posibles concepciones culturales y supuestas ideas delirantes. Además, el delirio muestra en ocasiones un carácter confuso que hace difícil establecer una diferencia nítida entre una idea persistente que puede responder a una forma especial de *ver* y de *ser-en-el-mundo* y una idea delirante. Por ejemplo, si alguien cree de forma reiterada que los vecinos suben el volumen del televisor simplemente para molestarle estamos ante una situación ciertamente difusa en la que una interpretación del contexto puede permitir discriminar más finamente entre lo normal y lo patológico. Otra cosa es que el afectado crea que es el protagonista de todas las noticias que escucha en el televisor, pues aquí el delirio puede convertirse, incluso para el deconstruccionista y relativista más radical, en una evidencia inequívoca.

La conducta catatónica en la forma conocida como inmovilidad cérica o estupor, la hiperactividad o lo que se define psiquiátricamente como lenguaje desorganizado (descarrilamiento, incoherencia, ensalada de palabras, etc., también pueden presentarse de forma tan explícita que no permita ninguna duda. Otro asunto es que su raíz sea enteramente biológica, que pueda pensarse en la importancia de las dimensiones cognitivas y emocionales o que no se considere que los tratamientos actuales sean los más adecuados -piénsese a modo de ejemplo que los pacientes con estupor catatónico son candidatos claros a recibir terapia electroconvulsiva (TEC).

Más difusos son los llamados síntomas negativos, que en el caso de la esquizofrenia aluden principalmente al aplanamiento afectivo, la alogia y la abulia. El primero no es otra cosa que la indiferencia afectiva que muestran los afectados y que hasta cierto punto es aparente, pues es sabido de la vulnerabilidad de las personas con esquizofrenia ante cualquier acontecimiento negativo o incluso ante una simple muestra de hostilidad por parte de sus familiares o compañeros. Por su lado, y según el DSM-IV, la alogia tiene que ver con el uso pobre del lenguaje y con la falta de fluidez. Finalmente, la abulia responde, en palabras otra vez del DSM-IV, a la “incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin”. Como se trata de manifestaciones que destacan por ser negativas, esto es, por la falta más que por la presencia de un rasgo distintivo, su discriminación clínica es más complicada, como así lo reconocen los propios redactores del DSM-IV:

"A pesar de su ubicuidad en la esquizofrenia, los síntomas negativos pueden ser difíciles de evaluar porque ocurren en continuidad con la normalidad, son ines-

pecíficos y pueden ser debidos a varios otros factores (por ej., ser consecuencia de los síntomas positivos, efectos secundarios de la medicación, un trastorno del estado de ánimo, hipoestimulación ambiental o desmoralización). (APA, 1995:283).

Aunque este tipo de síntomas se caracterizan por su inespecificidad, no por ello son menos importantes, pues están íntimamente asociados al curso y al pronóstico de este trastorno. En una serie considerable de estudios clínicos y comparativos se observa que los casos con predominio de síntomas negativos tienen un peor pronóstico que aquéllos con síntomas positivos como el delirio y las alucinaciones (Andreasen, 1985:380; APA, 1995:283 y ss.). Es más, los síntomas negativos, a pesar de ser los menos estigmatizados en algunos contextos culturales como los occidentales, constituyen el problema sociosanitario más grave en relación a la esquizofrenia, ya que son difícilmente paliados con los tratamientos psicofarmacológicos existentes.

2) Si los criterios A plantean problemas de especificidad, los de la serie B, que hacen referencia a la llamada disfunción social/laboral, llevan la inespecificidad hasta la confusión. En el DSM-IV se plantea que:

"Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (APA, 1995:291)".

En principio, este criterio no supone ningún tipo de incoherencia teórica si se parte de una lectura social, criticable pero posible, de la esquizofrenia como alteración de la capacidad adaptativa del individuo a su entorno. Decimos "criticable" porque toda definición social de los trastornos mentales puede conducir fácilmente a una interpretación moral en la que "inadaptado" y "loco" puedan convertirse fácilmente en sinónimos. Es algo parecido a cuando se define la salud mental como la capacidad para vivir satisfactoriamente en el medio social que nos toca vivir, como si un esclavo inadaptado a una sociedad esclavista fuera no sólo un inadaptado sino también un enfermo mental, o un disidente político en la clandestinidad fuera no sólo un disidente sino también una persona con esquizofrenia. Ciertamente, la definición social de la esquizofrenia puede resultar tan perversa si se aplica esta lógica que anule toda relatividad cultural e histórica y nos plantee un modelo moral y social que haga de patrón oro de la salud y de la enfermedad mental. Probablemente por ello en el DSM-IV se apunta en su introducción que:

"Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso, sexual ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción." (APA, 1995:xxi.

En términos generales el planteamiento no parece problemático. Sin embargo, la frase final de este párrafo introduce un grado importante de ambigüedad, ya que ante la ausencia de un conocimiento etiológico del trastorno es difícil saber si la desviación social es el síntoma, la causa, la consecuencia o el problema en sí mismo. Además, se dice que lo social no es un criterio, y parece lógico que no debería serlo por las razones que antes hemos apuntado, pero finalmente se convierte en un criterio, bajo el formato de "disfunción social/laboral", para diagnosticar a alguien como un paciente con esquizofrenia y por tanto exponerlo a una espiral de tratamientos y rutinas "terapéuticas" que no se caracterizan precisamente por su inocuidad. El corolario final sobre este punto es muy breve y ya lo hemos apuntado en otro lugar (1998): dificultad de la psiquiatría contemporánea para aplicar el ideal biomédico de asocialidad a la definición práctica de algunos trastornos mentales como la esquizofrenia.

3) En último lugar vale la pena comentar el criterio de la evolución de la enfermedad. En el DSM-IV se dice que para establecer un diagnóstico de esquizofrenia se requiere que la alteración dure por lo menos seis meses, incluyendo el primer mes que ya se apuntaba en los criterios A. De todas formas se indica que no es necesario que durante medio año el afectado muestre síntomas exacerbados de su trastorno, pues es posible que lo que permanezca durante este tiempo sean síntomas negativos o residuales. En este último caso se incluyen las llamadas "creencias raras" o las "experiencias perceptivas no habituales" que vienen a ser una mitigación del delirio y de las alucinaciones, ya sean estas últimas auditivas, visuales, olfativas, gustativas o táctiles (APA, 1995:291).

El criterio del curso y evolución tiene ya una larga tradición en la historia de la conceptualización de la esquizofrenia. Por ejemplo, Kraepelin consideró que ante la falta de un conocimiento corroborado sobre las causas orgánicas de este trastorno, el curso de la enfermedad podía servir como elemento básico para construir su edificio nosográfico (1992:518). Un planteamiento que el DSM-IV hace suyo de forma evidente al convertir la duración de la enfermedad en criterio diagnóstico. El único problema es que no está claro cuál es el pronóstico de la esquizofrenia. Según la propia literatura psiquiátrica hay algunos casos de remisión momentánea y fluctuante como las puntas de un

diagrama de frecuencias, otros que remiten totalmente y un tercer grupo que se cronifican también totalmente. Es lo que se conoce como la teoría de los tres tercios, aunque en términos de proporción la mayor parte coincide con la cronificación (Talbot 1994:5. Una situación que es alarmante si tenemos en cuenta que el primer brote de la esquizofrenia suele aparecer alrededor de los 18-20 años para el caso de los hombres y de los 23-25 para las mujeres.

Las implicaciones del factor sexo/género en el pronóstico de este trastorno son también notables, pues afecta a la aparición del primer brote, así como a la evolución del trastorno. De esta manera, en el DSM-IV se dice que el retrato robot de un afectado con peor pronóstico es el de un varón que ha tenido un inicio insidioso de la enfermedad y por tanto no agudo, caracterizado por síntomas negativos y que tendrá grandes dificultades en su "ajuste" o adaptación social. Es muy probable que este varón muestre además anomalías cerebrales de tipo estructural y un deterioro cognoscitivo (APA, 1995:288).

Contrariamente, el afectado de buen pronóstico es una mujer con un inicio de la enfermedad abrupto en la que aparecen factores precipitantes de tipo biográfico y personal, con síntomas positivos de corta duración, con una edad más avanzada del inicio de la enfermedad y que no muestra anomalías estructurales perceptibles mediante las técnicas de imaginería cerebral (APA, 1995:288).

Hasta qué punto estas diferencias se deben a diferencias biológicas (sexo) o a diferencias de roles sociales y/o patrones culturales (género) es una de las múltiples incógnitas todavía por descubrir. No obstante, y a pesar de que las condiciones biológicas tengan un peso determinante en este caso, parece acertado decir que la dimensión social o de género también debe guardar relevancia mediante el juego de las expectativas sociales y la posibilidad de adecuación a ellas.

En definitiva, tenemos ante nosotros una enfermedad mental que continúa siendo un enigma a pesar de los esfuerzos cada vez mayores de la investigación en biomedicina y en neurociencias. Se trata de un trastorno cuyos criterios diagnósticos son además débiles, fundamentalmente por basarse en la dimensión fenomenológica y por no poder abstraerse a una lectura social y moral de fondo. Aun así, resulta temerario afirmar que la esquizofrenia es simplemente una metáfora científica o una mistificación social, aunque en ocasiones pueda actuar como una metáfora e incluso como una mistificación. Que la psiquiatría contemporánea cree representaciones débiles debido a una

hiperbiologización de sus postulados no niega la existencia de una dimensión biológica de la esquizofrenia. Y es que a pesar de los excesos interpretativos del determinismo biológico, la esquizofrenia parece estar ahí con sus propias persistencias.

## CULTURA

Una interpretación antitética a la que acabamos de esbozar es la del llamado determinismo cultural. Se trata del polo opuesto del biologicismo y es generalmente conocido como culturalismo y/o relativismo. En este caso el argumento es que la locura, y por tanto la esquizofrenia, es una mera construcción social propia de una cultura y de una época. La manera en que puede defenderse este posicionamiento es diversa y oscila entre el análisis histórico y/o genealógico y el enfoque relativista sincrónico. Para el primero podemos retrotraernos a los trabajos de Foucault y para el segundo a los estudios empíricos y las reflexiones de la escuela de Cultura y Personalidad. Ahora bien, en ambos casos el resultado final suele ser mostrar la locura como un artificio de determinados modelos culturales de exclusión y confinamiento. Quizá la mejor manera de resumir esta aproximación sea la famosa frase de Foucault de que "*La folie n'existe que dans une société*" (1961:22).

Es evidente que en algún grado esta afirmación es cierta. Ahora bien, es necesario definir ese grado. Una interpretación es que la locura existe sólo en una sociedad porque ontológicamente es una representación y construcción social diferente a las hormigas o los huracanes. Esto es, como sugiere Foucault en la *Historia de la locura* (1985, la locura sería una representación creada sobre la ilusión retroactiva, pero falsa, de que ya existía en la naturaleza. Esto significa afirmar que la esquizofrenia y los otros tipos de psicosis son dependientes de nuestras exégesis culturales y no independientes de ellas. La naturaleza de la locura sería, entonces, cultural, como las instituciones de parentesco, los mitos o el derecho consuetudinario.

Una segunda interpretación podría ser más matizada. En esta ocasión podríamos partir de la evidencia de que todo es social y cultural porque irremediamente es tamizado por el lenguaje y por nuestros hábitos culturales de conocimiento. De esta manera podríamos decir que la esquizofrenia es cultural de la misma forma que los terremotos. Porque también podemos

decir que los terremotos sólo existen en una sociedad, aquella que los percibe y/o los representa. Con todo, en este caso estaríamos poniendo a la esquizofrenia en un plano diferente a los mitos y al derecho consuetudinario, y a la vez en un nivel mucho más cercano al de aquellos fenómenos que existen al margen de nuestras interpretaciones culturales, como la lluvia, el cólera o los propios terremotos.

Se podrá objetar que desde una óptica culturalista extrema para lo que existe sólo existe en el lenguaje ambas opciones se convierten en la misma cosa. Y es cierto. Sin embargo, esto no es así desde una óptica menos maximalista. Creo que en este punto una imagen robada a Jacques Lacan -y piénsese que Lacan no se caracterizaba precisamente por su materialismo- puede ser de utilidad para defender una aproximación culturalista matizada. A saber: el lenguaje, o lo simbólico si utilizamos la terminología de Lacan, puede entenderse como un velo que impide todo contacto directo con lo real, entendiendo lo real como anterior al lenguaje (y que podríamos distinguir de la realidad o construcción cultural de lo real<sup>1</sup>, pero esto no evita que las formas de lo real, como los terremotos o los huracanes, también sacudan y deformen el velo del lenguaje. Estamos encerrados en un mundo simbólico que impide cualquier vuelta atrás, pero la relación de lo simbólico con lo real no es unívoca, sino dialéctica. Esa dialéctica es la que permite que lo simbólico también pueda materializarse en una realidad objetiva a partir de la imbricación de lo social y lo natural.

Pues bien, podemos decir que el fenómeno de la locura no escapa tampoco a lo real. La locura puede llegar a ser una burda ficción política para recluir a los disidentes. Puede ser también una construcción social y un símbolo de las propias contradicciones sociales. Incluso puede ser un lugar privilegiado para criticar las sinrazones de la razón, pues desde *Encomio de la moría* de Erasmo hasta *El Quijote* la locura se ha constituido como un lugar a partir del cual desvelar los encubrimientos sociales, las estructuras de poder o las vanidades humanas. Pero a pesar de todo ello, la locura es también un forma de sufrimiento que incapacita a una parte importante de la población mundial y que, de la misma manera que los terremotos o los huracanes, sacude el velo de lo simbólico. Y esto en su caso en un doble sentido, porque viene dada

---

<sup>1</sup> Entendiendo lo real en los términos de Lacan: lo real como lo anterior a la simbolización; lo real, también, como lo imposible (1988:30).

como una realidad que está ahí al margen de las catalogaciones, simbolizaciones y representaciones que se puedan generar de ella, y porque afecta a la propia producción de lo simbólico mediante el delirio y la deformación del discurso. Aunque en el Capítulo IV trataremos de dar cuenta de ello con mayor amplitud y profundidad, anticipamos que la locura impone también su propia lógica. El delirio, la apatía y el retraimiento son parte de esta lógica.

En cierta medida, el problema de la esquizofrenia es también el problema de la definición ontológica de cualquier enfermedad. Sabemos, como bien ha apuntado Susan Sontag (1991, que las enfermedades pueden actuar como metáforas del orden social y del *ethos* de un determinado tiempo. Sabemos también que esas metáforas no sólo existen en la cultura popular, sino también en la biomedicina y en el conocimiento científico en general (Stein, 1990. Ahora bien, esto no significa que las enfermedades sean sólo metáforas y representaciones culturales, pues son también fenómenos biológicos y económico-políticos. Como dice Menéndez, el cólera no es sólo una metáfora (1991. La esquizofrenia tampoco puede reducirse al nivel de la interpretación y de la evocación.

Cuando se analiza hoy en día la dimensión cultural de la esquizofrenia, pocas veces se adopta una posición maximalista que la reduzca a una simple representación. Desaparecidas, por lo menos en una gran medida, las orientaciones antipsiquiátricas que sacudieron el clima intelectual de los años sesenta y setenta sobre todo en California, Inglaterra e Italia, los estudios culturalistas de hoy en día parten de presupuestos menos ambiciosos y, generalmente, también más técnicos. De hecho, existen dos temáticas que parecen monopolizar hoy en día los estudios culturales sobre la esquizofrenia: 1 la expresión de la enfermedad y 2 el pronóstico.

1 Con respecto a la expresión de la enfermedad se ha apuntado desde instancias muy diversas que la esquizofrenia muestra una importante variabilidad transcultural. Los trabajos que han consolidado esta percepción han sido tanto las investigaciones etnográficas como los estudios epidemiológicos transculturales de la OMS. Me refiero en este último caso al *Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia* (EPIE (WHO, 1973, 1979; OMS, 1976 y al *Determinant of Outcome of Severe Mental Disorders* (DOSMD (Sartorius et al., 1986; Jablensky et al., 1992.

Por ejemplo, en la redacción del EPIE, un estudio que abarca nueve países y se basa en una muestra de 1202 pacientes, se indica que hay una mayor

frecuencia de síntomas de desrealización en Estados Unidos que en la India, una mayor presencia de la manía en Dinamarca y una alta tasa de esquizofrenia catatónica y del subtipo no especificado en la India (OMS, 1976:164; WHO, 1979:1-5).

Por su lado, en el DOSMD, que abarca diez países y una muestra de 1379 individuos, se subraya que los casos de esquizofrenia de tipo agudo son el doble (40% en las sociedades no industrializadas (en adelante SNI frente a las sociedades industrializadas (en adelante SI. Adicionalmente se apunta que mientras los casos de esquizofrenia catatónica en las SI son prácticamente inexistentes, en las SNI alcanzan el 10%. Sobre el subtipo hebefrénico se afirma que si bien se ha diagnosticado a un 13% en las SI, en los SNI sólo se halla en un 4%. También se indica que hay una mayor frecuencia de síntomas afectivos, ideas delirantes y delirios de inserción del pensamiento en los pacientes de las SI. Inversamente, los afectados de las SNI muestran una mayor frecuencia de "voces que hablan al sujeto" y de "alucinaciones visuales" (Sartorius et al., 1986:919-20; Jablensky et al., 1992:35).

En otros trabajos, como en el subestudio del DOSMD llevado a cabo por Katz et al. (1988:131-55, los resultados han sido similares. En esta investigación se compararon las expresiones sintomatológicas de dos cohortes: una de Agra (India con una muestra de 93 individuos y otra de Ibadán (Nigeria con una muestra de 135. Las entrevistas no se efectuaron a los pacientes, sino a los familiares, por lo que este estudio analiza de forma innovadora las descripciones que los familiares realizan del afectado. Como conclusiones se indica que mientras los pacientes indios exhiben un tono más afectivo y ensimismado, los nigerianos presentan una mayor cantidad de síntomas paranoides.

Las investigaciones etnográficas y antropológicas han amplificado aún más estas evidencias. La razón es que los estudios como el EPIE o el DOSMD se desarrollan a partir de protocolos e instrumentos de entrevista estandarizados donde la posibilidad de dar cuenta de las diversidades fenomenológicas es muy limitada (Kleinman, 1988:19. Además, es un lugar común de la antropología médica que el factor cultural es el que da forma a la manifestación de la enfermedad mediante formas consuetudinarias y expresiones pautadas de malestar (Good, 1977, 1994; Lock y Schepers-Hughes 1987; Kleinman 1988a. En el caso de las enfermedades mentales esto se hace especialmente evidente en la existencia de los llamados *culture-bound syn-*

*dromes* o trastornos dependientes de la cultura como el *amok*, el *koro*, el *wiitiko* o la anorexia nerviosa. Y si una cultura puede crear sus propios males, cómo no va a poder afectar a la expresividad de un trastorno como la esquizofrenia.

2 Los mismos estudios epidemiológicos que nos ofrecen información sobre la diversidad expresiva nos muestran otro resultado ciertamente curioso. Nos referimos a la evidencia varias veces replicada de que la esquizofrenia tiene un mejor pronóstico en las SNI en su comparación con las SI. Este es un dato presente en el EPIE y en el DOSMD, así como en algunas investigaciones etnográficas (Waxler, 1974, 1977).

El problema de este resultado es que hasta el momento las causas de las diferencias de pronóstico son enigmáticas. Se ha hablado de la posibilidad de sesgos, como el hecho de que la mayor tasa de mortalidad en las SNI podría estar afectando con mayor intensidad a los casos con una esquizofrenia potencialmente más crónica. También Alex Cohen (1992, curiosamente un antropólogo, se ha preguntado ¿no será que mientras que todo individuo con esquizofrenia es hospitalizado en las SI, en las SNI sólo son asistidos los casos más agudos y por tanto los de mejor pronóstico? Una interesante pregunta que sin embargo llega tarde a su destino, ya que el diseño de investigaciones como el DOSMD permiten controlar estos posibles sesgos<sup>2</sup>.

De hecho, las hipótesis que hoy en día se barajan nos remiten menos a las dimensiones biológicas de la enfermedad y más a los niveles culturales y sociales, como al papel de las creencias y conocimientos locales, los procesos de estigmatización o la expectativas de curación por parte de los familiares y de la comunidad. Por ejemplo, en un par de artículos ya clásicos sobre la esquizofrenia en Ceilán (la actual Sri Lanka, Waxler remite la variabilidad del pronóstico a la diferente respuesta social, pues observa que el comportamiento de las unidades domésticas cingalesas ante un caso de esquizofrenia presenta unos rasgos característicos (Waxler, 1974, 1979. Los familiares no aceptan ni un diagnóstico de incurabilidad para el afectado ni la posibilidad de una cronificación, sino que negocian con el profesional, ya sea un psiquiatra o

---

<sup>2</sup> Con el propósito de evitar el sesgo apuntado por Cohen, en el DOSMD se crean en cada centro dos cohortes de seguimiento: una con casos de inicio abrupto o agudo y otra con casos de inicio insidioso. Los resultados siguen indicando una mayor cronificación en las SI en su comparación con las SNI. Concretamente, las cifras son de 40% de mal pronóstico en las SI versus 22% en las SNI (Sartorius, 1993:148).

un sanador local, el diagnóstico y el pronóstico. El motivo es que los cingaleses no entienden que el individuo sea responsable de su enfermedad, sino que su cuerpo o su espíritu esta poseído. Con ello, nos indica Waxler, se descarga el potencial estigmatizador y se eliminan las dificultades para que el afectado pueda posteriormente cambiar su rol de enfermo por otro integrado en el contexto social. Contrariamente, argumenta la antropóloga británica, en las SI nos encontramos con un proceso opuesto marcado por una carga ideológica de estigmatización y por unas expectativas de larga duración de la enfermedad.

La hipótesis de Waxler es coherente con otros datos sobre el pronóstico. Por ejemplo, desde los años sesenta se ha estudiado el papel de la hostilidad familiar en las recaídas de las personas con un diagnóstico de esquizofrenia. Se trata de una variable que, posiblemente de forma un tanto confusa, ha recibido el nombre de “emoción expresada”, EE en la literatura internacional, y que además de ser un concepto remite a una técnica para medir las actitudes emocionales de los familiares hacia los pacientes a partir de criterios como los comentarios críticos, el grado de hostilidad y el sobre-envolvimiento familiar (sobrepotección, intrusión). La alta EE ha aparecido asociada al peor pronóstico de la esquizofrenia, menor “inserción psicosocial”, mayor número de síntomas y mayor tasa de rehospitalizaciones (Bebbington y Kuipers, 1994; Schulze et al., 1997). Es por esta razón que ha sido utilizada para analizar la variabilidad transcultural del pronóstico.

Por ejemplo, Karno et al. (1987) han mostrado diferencias de EE entre las familias méjico-americanas y anglo-americanas y el menor número de recaídas en los pacientes de las primeras. En un subestudio del DOSMD, Leff et al. (1990) han presentado también una asociación entre menor EE (especialmente menos respuestas críticas y afectivas de la familia) en una cohorte de la India en comparación con otra de Dinamarca, y han mostrado sus implicaciones en el curso de la esquizofrenia. De hecho, la EE parece constituirse como un predictor del curso de la esquizofrenia. Una variable que, por otro lado, es perfectamente compatible con la hipótesis de Waxler sobre el papel de la expectativas de la enfermedad en el pronóstico de la esquizofrenia, ya que al fin y al cabo lo que hay detrás de ambas es una misma cosa: la estigmatización.

Afirmar que la estigmatización es una variable de importancia en el pronóstico de la esquizofrenia es, a su vez, coherente con los datos empíricos

sobre otras enfermedades, ya que incluso desde el paradigma biomédico se reconoce que hay un efecto negativo en la salud general inducido por los procesos sociales de *labeling* o etiquetamiento. Por ejemplo, Bloom y Montecrossa nos indican, tras elaborar un seguimiento de más de setenta individuos que habían sido catalogados erróneamente como hipertensos, cómo el simple etiquetamiento supuso una degradación del nivel general de salud y la aparición de síntomas depresivos (1981:1228. De hecho, el impacto del etiquetamiento y de su modalidad en forma de estigmatización en la salud general es un dato replicado en numerosos estudios de salud pública y epidemiología social, además de una evidencia de cómo los factores culturales y sociales pueden afectar a las dimensiones biológicas de la enfermedad, vía, por ejemplo, la emocionalidad.

## **SOCIEDAD**

Aunque resulta sumamente complicado, si no imposible, establecer una frontera precisa ente la dimensión cultural y la dimensión social de cualquier enfermedad, a efectos analíticos la antropología médica ha mantenido esta distinción. Las razones son más de índole teórico y metodológico que fenomenológico, pues en el fondo se trata de oponer a la visión más centrada en lo ideológico que ha caracterizado al culturalismo, una posición más orientada al estudio de las relaciones sociales (funcionalismo y estructural-funcionalismo y de las estructuras económico-políticas (marxismo que son inherentes a cualquier enfermedad. Dicho con un ejemplo, una cosa es estudiar las percepciones de los chicanos en Estados Unidos sobre la tuberculosis y otra dar cuenta de la estructura social y de las condiciones sociales y económicas que producen la mayor morbilidad y mortalidad por tuberculosis entre esta minoría étnica. Pero ¿cuál es la importancia de estos factores en la esquizofrenia?

Si se realiza un análisis retrospectivo, se observa que la sociología de las enfermedades mentales ha establecido una asociación bastante frecuente entre psicosis y clase social o, dependiendo del tipo de estudio, posición socioeconómica. Por ejemplo, en el estudio ya clásico de New-Haven Hollingshead y Redlich (1958 observan que la enfermedad mental es mucho más frecuente entre las clases desfavorecidas, concretamente entre los obreros

semicualificados y no cualificados. Según estos autores, la esquizofrenia es el ejemplo más paradigmático de esta relación entre esquizofrenia y clase social baja, pues mientras entre los sectores acomodados su prevalencia<sup>3</sup> es de 111 por 100.000 habitantes, en la clase más desprotegida es de 895. Los valores que hacen referencia a las clases intermedias son de 168 y 300, dibujando, así, una progresión clara y evidente de la asociación entre prevalencia y desigualdades sociales.

Generalmente se invoca que el problema del estudio de Hollingshead y Redlich, como el de otros muchos trabajos con resultados similares de la década de los cincuenta<sup>4</sup>, es la falta de validez y fiabilidad de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia. Piénsese que unos años más tarde se puso en evidencia en un estudio comparativo de los diagnósticos que desarrollaban los psiquiatras ingleses y norteamericanos que mientras los primeros tendían a diagnosticar psicosis maniaco-depresiva los segundos veían en los mismos pacientes trastorno esquizofrénico (Leff, 1988:31-3. Un dato que habla sobre un peligro de indefinición que, como hemos visto anteriormente, no ha desaparecido totalmente del panorama psiquiátrico.

Por otro lado, los resultados más contemporáneos sobre prevalencia y clase social son contradictorios y no necesariamente concordantes con los apuntados en el trabajo de New-Haven. Este es el caso del *Epidemiological Catchment Area*, uno de los estudios epidemiológicos más importantes realizados en Estados Unidos, cuyos resultados indican que la posición socioeconómica no tiene por qué entenderse como un factor de riesgo de la esquizofrenia (Klerman, 1986:159. Además, aunque la relación entre clase social y esquizofrenia sea estable, nos encontramos con un segundo problema, el de la interpretación de esta asociación.

Una lectura con bastante aceptación entre los defensores del determinismo biológico es la hipótesis de la movilidad descendente intrageneracional e intergeneracional. Según esta teoría, aquellos individuos más vulnerables a una esquizofrenia mostrarían un descenso en la estructura social como consecuencia, no como causa, de su enfermedad. Esto se explicaría por el hecho de

---

<sup>3</sup> El concepto de prevalencia alude en epidemiología a la frecuencia de casos de una enfermedad en un período de tiempo. La incidencia refiere al número de nuevos casos.

<sup>4</sup> Por razones de espacio no vamos a citar aquí toda la serie de estudios de psiquiatría social y sociología y antropología de las enfermedades mentales de esta época. Aquéllos interesados pueden consultar el trabajo de Bastide (1988).

que en muchos casos existen síntomas prodrómicos, una especie de síntomas negativos inespecíficos anteriores a la primera crisis, que están enquistados en el afectado desde su infancia. La versión intergeneracional plantea el mismo proceso de movilidad descendente, pero materializado en varias generaciones de una familia predispuesta a la esquizofrenia.

En el otro lado del espectro contamos con argumentos más sociológicos para los que la asociación se explicaría por la condición etiológica, o como mínimo precipitante, del factor socioeconómico. Este es el caso del trabajo de Link et al. (1986:242) que apunta que afectados de esquizofrenia han estado más expuestos a condiciones sociales y laborales típicas de los trabajadores de cuello azul, como humedad, ruidos, calores, humos, etc. que el resto de la población y que los afectados por otros trastornos mentales (depresión, ansiedad, etc..)

También es cierto que se puede hacer una lectura sincrética de las dos posiciones, pues a efectos prácticos tanto el fenómeno de la movilidad descendente como el impacto de las pobres condiciones sociales y laborales pueden adicionarse en la realidad cotidiana de la esquizofrenia. No obstante, sí que vale la pena subrayar que los factores socioeconómicos aparecen en estudios como el de Link et al. como elementos fundamentales en la precipitación de la esquizofrenia, así como en otra dimensión que antes hemos apuntado: el pronóstico.

La existencia de un peor pronóstico en las sociedades industrializadas ha sido asociada con factores sociales tan diversos como el tamaño y densidad de las redes sociales, el tipo de recursos institucionales y los ciclos económicos. Warner (1983, 1985, que es un antropólogo que ha trabajado en la última de estas líneas, ha mostrado, mediante un análisis de los ingresos hospitalarios en Estados Unidos durante los últimos cien años, cómo en los momentos de recesión económica y alta tasa de desempleo se producen más ingresos y reingresos por esquizofrenia y al revés. De hecho, lo que nos está diciendo Warner es que la permeabilidad o impermeabilidad del mercado de trabajo parece tener un efecto muy importante en las recaídas y éstas, a su vez, en el pronóstico de este trastorno. Este planteamiento parece congruente con otros datos como:

a) El curso más beneficioso de la esquizofrenia en las mujeres, que ha sido relacionado no sólo con la existencia de un inicio más tardío de la enfermedad, sino también con la menor presión social para que desarrollen un rol

productivo fuera de la esfera doméstica (Goldstein y Kreisman, 1988:861; Riecher et al., 1989:210; Folnegovic et al., 1990:365).

b) La relación entre bajo status socioeconómico y mal pronóstico que, aunque puede interpretarse causalmente en sus dos direcciones, podría constituir un índice de referencia de cómo la precarización en el empleo actúa en el curso de la esquizofrenia (Link et al., 1986:242; Maylath et al., 1989:650).

c) La fuerte asociación entre indigencia y esquizofrenia (Susser et al., 1989:845; Susser y Struening, 1990:133).

En definitiva, tanto los estudios sobre desigualdades sociales y prevalencia como las investigaciones sobre el pronóstico nos indican que los factores sociales, al igual que los culturales, no son epifenoménicos en el caso de la esquizofrenia. Al lado de la hiperactivación de las vías dopaminérgicas, las atrofas corticales o las hipótesis genéticas debemos disponer entonces la estructura de clases, los procesos de estigmatización y los patrones culturales sobre la enfermedad.

# LA CIUDAD

## EL CENTRO

Existe un fenómeno recurrente en determinados núcleos urbanos de Europa y Norteamérica: en su centro, no necesariamente geográfico, pero sí histórico, simbólico, tradicional, festivo, político, etc., se concentra un mayor número de individuos afectados por esquizofrenia. Se trata de una regularidad que aparece asociada al empobrecimiento de las áreas centrales de algunas ciudades y que en ocasiones se superpone con otros patrones de distribución de la morbilidad como el de la tuberculosis y el SIDA.

La evidencia de la centralidad urbana de la esquizofrenia tiene importantes precedentes en la historia de la psiquiatría social y de la sociología de las enfermedades mentales. Ya en los años treinta dos sociólogos de Chicago, Faris y Dunham, escribieron un trabajo titulado *Mental Disorders in Urban Areas. An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychosis* (1969) en el que mostraron la existencia de una mayor prevalencia de esquizofrenia en el área central de la ciudad de Chicago. Es más, Faris y Dunham indicaron cómo según nos distanciábamos del centro los porcentajes iban disminuyendo hasta adquirir un valor mucho más reducido en las áreas suburbanas, que eran también las más acomodadas. Partiendo del centro el número de casos para 100.000 habitantes era de 362, 337, 175, 115, 88, 84, 71 si se dirigían hacia el sur y de 362, 117, 95, 71, 66, 55 si lo hacían hacia el noroeste (1969:56 y ss.).

Faris y Dunham obtuvieron sus datos de los registros de los hospitales psiquiátricos públicos y privados de la ciudad y los sistematizaron a partir del modelo de áreas urbanas concéntricas que previamente había desarrollado Burgess. Este modelo estructuraba la ciudad en cinco zonas: 1) la de comercio o área central, 2) la de transición, 3) la de residencias modestas, 4) la de residencias de clase alta y 5) los suburbios (1969:161). El patrón de centralidad y concetricidad se definía para la esquizofrenia, la parálisis general y la arteriosclerosis. En cambio, el modelo no parecía aplicable a las neurosis, la psicosis maniaco-depresiva, las psicosis seniles y las psicosis alcohólicas.

En el apartado de conclusiones los autores se plantearon algunas interpretaciones de los resultados, como la existencia de un error estadístico, la posibilidad que los datos se debieran al azar o la hipótesis de que la enfermedad mental indujera un proceso de selección y de movilidad descendente en la estructura social que condujera a la mayor concentración de esquizofrenia en

las zonas centrales y más desfavorecidas de la ciudad. En palabras de Faris y Dunham:

“Una interpretación [...] es que los individuos que tienen alguna anomalía mental fracasan económicamente y, consecuentemente, se orientan hacia los barrios pobres porque no pueden competir satisfactoriamente con sus conciudadanos.” [La traducción es nuestra] (1969:163).

Sin embargo, y como este razonamiento no explicaba por qué los casos de psicosis maniaco-depresiva o de otros trastornos mentales no mostraban el mismo patrón de centralidad, los dos sociólogos optaron por una argumentación diferente: la “alta movilidad” (en su sentido de tránsito) y la “desorganización social” serían las claves para explicar la mayor concentración de la esquizofrenia en el centro de la ciudad. En un artículo publicado en el *Annual Review of Sociology*, Faris era más explícito a este respecto:

“Los distritos con pensiones y apartamentos son también áreas de alta movilidad y vida anónima. No hay vecindades ni chismorreo ni control social informal. Nadie se preocupa por lo que puedan pensar los vecinos, ya que la gente apenas se presta atención [...]. Estas son áreas donde no hay familias, y la sexualidad normal de las relaciones matrimoniales es substituida por el vicio comercializado, los salones de baile recónditos, la promiscuidad sexual informal y la perversión.” [La traducción es nuestra] (1938:205).

El argumento de Faris sorprende en cierto grado, pues parece más un panfleto moralista que una simple descripción del centro y de la zona de transición de Chicago. A la vez que se observa una concepción de lo urbano que tiene sus raíces en las nociones de otros sociólogos de Chicago como Park y el ya citado Burgess, se percibe también una teoría causal de la locura que descansa en el carácter etiológico de la supuesta “desorganización social” inducida por el rápido crecimiento poblacional, el desarrollo industrial y por extensión la vida urbana moderna<sup>1</sup>. De hecho, la idea de que la locura es el precio que hay que pagar por el “progreso” industrial y urbano estaba presente ya

<sup>1</sup> Uno de las deficiencias del planteamiento de Faris, pero también de las teorías sociológicas clásicas, es pensar la “desorganización social” en términos patológicos (Véase Mowrer 1939:486). Un ejemplo representativo de ello es el concepto de patología social. De hecho, esta noción fue utilizada de forma tan difusa por los sociólogos norteamericanos que permitió incluir factores muy diversos como el divorcio, la pobreza, la delincuencia juvenil, los trastornos mentales o la criminalidad. No trataremos aquí de elaborar una crítica de esta aproximación, entre otras cosas porque ya Wright Mills elaboró una bastante contundente (1949), pero sí es preciso recordar que hasta hace unas décadas ha sido una noción de importante predicamento en las ciencias sociales. Véase como ejemplo el trabajo de Galle et al. (1972:24) publicado nada menos que en *Science* y en donde la delincuencia juvenil, la *ratio* (o razón) de utilización del sistema público de asistencia en Estados Unidos o la excesiva fertilidad son englobados sin ningún tipo de argumentación en la categoría “patología social”.

con profusión en la literatura británica y norteamericana de finales del siglo XIX (Rosen, 1974:223). Razones más que suficientes, podríamos pensar, para desconfiar de interpretaciones como la de Faris y Dunham. No obstante, y al margen de estas consideraciones, la relación entre centro urbano y esquizofrenia continúa siendo en la actualidad un tema de discusión en el ámbito de la sociología, la epidemiología psiquiátrica, y también la geografía, la antropología y la planificación de recursos asistenciales. Y esto, como es lógico, no es debido a la lectura que desarrollaba Faris, sino a la recurrencia en otras ciudades y en otros momentos históricos de los mismos resultados.

Treinta años después de la investigación de Faris y Dunham, Levy y Rowitz (1973) vuelven a realizar una investigación sobre prevalencia de esquizofrenia en la ciudad de Chicago. Si bien sus datos no son una réplica exacta de los de sus antecesores, pues la gradación concéntrica que apuntaron Faris y Dunham no se reitera, estos autores observan una mayor agrupación de esquizofrenia en las áreas centrales, sobre todo en aquéllas económicamente más deprimidas.

Maylath et al. (1989) han revalidado también la asociación entre esquizofrenia y centro urbano para la ciudad de Manheim. Tras reducir los 23 distritos de esta ciudad a cinco zonas, estos autores observan que, con la excepción de la neurosis depresiva y de las psicosis afectivas, el resto de los trastornos mentales aparecen concentrados en las áreas centrales. Estas áreas corresponden también con las zonas de mayor densidad poblacional, peores condiciones de la vivienda, menor *status* socioeconómico y mayor proporción de población inmigrante. Un factor, este último, que no explica el patrón de agrupación de trastorno psiquiátrico, ya que mientras los inmigrantes de la zona central tienen una incidencia de esquizofrenia de 1.08 por 1000 en la zona central frente al 0.98 de aquéllos de las zonas externas, en el caso de la población autóctona (alemanes) las diferencias son de 1.68 *versus* 0.78. Dicho en otros términos, son los no-inmigrantes los que muestran una mayor concentración de esquizofrenia en el centro urbano.

El patrón de centralidad también aparece en algunas ciudades británicas como Salford, Camberwell y Nottingham. Por ejemplo, en Salford, un núcleo industrial cercano a Manchester, Freeman y Alpert (1986) encuentran una prevalencia de 5 por 1000 para la población general del área central, mientras que en las zonas externas, que son las más adineradas, se produce una disminución notable de este tipo de morbilidad. El factor económico aparece también como una variable relevante en el estudio de Camberwell (South London) (Castle et al., 1993), en el que se apunta que las personas con esquizofrenia suelen provenir de familias de ocupaciones manuales y de áreas residenciales de-

primidas. Finalmente, los datos sobre Nottingham (Dauncey et al., 1993) nos indican que la incidencia anual en las áreas pobres de los distritos centrales es de 0.18 por 1000 mientras que puede llegar a ser tres veces menor en las zonas acomodadas.

Los trabajos realizados en Suecia nos ofrecen una información similar, y en algunos casos complementaria, a la obtenida de las ciudades británicas, norteamericanas y alemanas. Así, Widerlöv et al. (1989) encuentran en el Condado de Estocolmo que la prevalencia de psicosis en general está de acuerdo con la variable urbanización, de tal manera que en las zonas rurales es de 3.4, en las suburbanas de 5.6 y en las urbanas de 6.6 por 1000 habitantes.

Adicionalmente, en Suecia es en donde se ha desarrollado uno de los pocos estudios de seguimiento de una cohorte de la población general para observar su desarrollo en el tiempo con respecto a la incidencia de esquizofrenia. Este es el caso del trabajo de Lewis et al. (1992) en el que se establece un análisis de una cohorte de 49.191 varones de los que un 21% ha crecido en alguno de los tres centros urbanos más importantes de Suecia. Tras 14 años de seguimiento se indica una mayor incidencia de diagnósticos de neurosis, trastorno de la personalidad, alcoholismo y “sentimiento de nerviosismo” entre los procedentes de las ciudades. La incidencia de esquizofrenia entre este grupo es también un 1.65 veces mayor que los individuos que proceden de un ambiente rural.

En definitiva, tanto en Estados Unidos como en Alemania, Gran Bretaña y Suecia parece existir una asociación entre esquizofrenia y urbanización, así como una mayor concentración de este trastorno en el centro de las ciudades y en las zonas deprimidas. Ahora bien, ¿a qué se debe este patrón de centralidad?, ¿tienen algo que ver los factores sociales y económicos en la concentración de la esquizofrenia en las áreas centrales de estas ciudades? Lo cierto es que la respuesta a estas preguntas no está exenta de controversias.

En primer lugar tenemos la hipótesis apuntada por Faris y Dunham de la desorganización social y la alta movilidad. Desde esta perspectiva se indica que los cambios globales en la estructura de las relaciones sociales, fundamentalmente el desarrollo de las relaciones basadas en la impersonalidad y en el anonimato que acompañan a la urbanización y la industrialización, se convierten en factores de desequilibrio psíquico individual. Contrariamente, la estructura más cercana al tipo *Gemeinschaft* (comunidad) de las barriadas se caracterizaría, en palabras de Faris, por un mayor control social informal, el chismorreo y un mayor protagonismo de las relaciones familiares y de las redes de parentesco. Un tipo de relaciones sociales que desde la perspectiva

de los sociólogos de Chicago tendría un efecto protector en el caso de la esquizofrenia.

En segundo lugar, nos encontramos con un argumento explicativo prácticamente contrario, y que ya señalaba el propio Burgess en el prólogo al texto de Faris y Dunham. El centro no crearía psicosis, nos decía Burgess, sino que las personas con esquizofrenia tenderían a emigrar hacia el centro como consecuencia de su descenso en la escala social y de la búsqueda de un clima social más permisivo para sus conductas bizarras.

En la actualidad las hipótesis parecen articularse también en torno a estos dos polos. Por un lado se afirma que el centro urbano produce más esquizofrenia, ya sea por factores ambientales desconocidos que están teniendo un impacto en la morbilidad o por procesos como la pobreza y la desorganización social; es lo que se conoce en la literatura anglosajona como la “*breeder hypothesis*” o hipótesis de la producción (Dunham, 1965). Por otro lado, sin embargo, se mantiene que las personas con esquizofrenia tienden a habitar el centro urbano como resultado de su movilidad descendente intrageneracional e intergeneracional dentro de la estructura social, o debido a que en estas áreas pueden poner en práctica más fácilmente su tendencia hacia el retraimiento; es lo que se conoce como la hipótesis de la orientación o “*drift hypothesis*” (Goldberg y Morrison, 1963; Freeman y Alpert, 1986; Freeman, 1994). Como se podrá observar, de nuevo estamos ante una de esas situaciones circulares que hacen de la esquizofrenia un fenómeno enigmático. Veámoslo a partir del estudio de un caso específico: el de Barcelona

## DATOS

Barcelona es una ciudad industrial y de servicios que se enmarca perfectamente en ese modelo de economía intermedia que se ha venido en llamar vía mediterránea de desarrollo. Es una ciudad que ha mostrado un decrecimiento poblacional en los últimos años como consecuencia de la caída de la natalidad y en menor medida de la emigración hacia las zonas peri-urbanas y municipios colindantes. Los datos censales son bastante ilustrativos en este sentido, pues mientras en 1981 la población era de 1.752.627, en el censo de 1996 es de 1.508.805 (Ajuntament de Barcelona, 1997). La tasa de natalidad, por su lado, ha caído del 10.9 por 1000 habitantes de 1981 al 7.9 de 1996.

La estructura geográfica de la ciudad poco tiene que ver con aquella estructura ecológica urbana que diseñaron los sociólogos de Chicago tomando como paradigma las ciudades norteamericanas y el propio Chicago. Más bien

Barcelona parece estructurarse a partir de un centro histórico limítrofe con una zona comercial y de negocios alrededor de los cuales se distribuyen tanto barrios de trabajadores como de sectores acomodados.

Barcelona está estructurada en diez distritos que engloban varios barrios históricos y de reciente creación. El centro urbano lo constituye el distrito 1, Ciutat Vella, que está formado por cuatro barrios históricos (Barceloneta, Parc, Gòtic y Raval) y tiene una población de 83.829 habitantes según el censo de 1996. Se trata del distrito que ha mostrado el decrecimiento poblacional más alto en los últimos tiempos (-10.5% para el período 1981-1991), que presenta el porcentaje más bajo de población activa (38.23%), una densidad de población intermedia en comparación con los otros distritos (23.757 Hab./Km<sup>2</sup>) y uno de los niveles de instrucción (educacional) más bajos de la ciudad. Piénsese que en torno a un 50% de la población de esta zona tiene una instrucción inferior a los estudios primarios (Ajuntament de Barcelona, 1997).

Ciutat Vella es también la zona con peores condiciones de vivienda de toda la ciudad, mayor morbilidad y mortalidad por tuberculosis y SIDA, así como con mayor mortalidad general relacionada con “deficientes condiciones de vida” (Area de Salud Pública, 1993:17). De hecho, de los cuatro barrios de Barcelona con mayor mortalidad por deficientes condiciones de vida, los tres primeros pertenecen a Ciutat Vella.

**Tabla 1**  
**Prevalencia de esquizofrenia tratada en Barcelona por 1.000 hab. en los Centros de Asistencia Primaria en Salud Mental.**

	1987	1988	1989	1990	Media
Ciutat Vella	1.6	1.5	1.8	1.7	1.7
Les Corts-Sarrià-SG.	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2
Sants-Montjuïc	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6
Nou Barris	0.4	0.6	0.5	0.5	0.5
St. Andreu	1.0	0.9	0.8	0.9	0.9
L'Eixample	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
St.Martí	0.4	0.6	0.6	0.6	0.5
Gràcia	0.4	0.5	0.4	0.5	0.5
Horta-Guinardó	0.3	0.4	0.3	0.3	0.3

**Nota:** aunque Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi son distritos diferentes, sólo existía un Centro de Asistencia Primaria en Salud Mental para estos dos distritos.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de los datos del Servicio de Psiquiatría y las estadísticas de población de Barcelona.

En este contexto es de esperar que la incidencia y la prevalencia de esquizofrenia guarde también una sintonía con los resultados mostrados en el estudio de otras ciudades. De hecho, la única investigación sobre esta temática realizada en Barcelona, el estudio de prevalencia de Martí-Tusquets y Murcia Grau (1988:212), así lo avala en términos generales. También se orienta en esta dirección la investigación que hemos realizado sobre prevalencia tratada en los Centros de Asistencia Primaria en Salud Mental de la ciudad de Barcelona (centros públicos).

En la Tabla 1 puede observarse la prevalencia de esquizofrenia tratada por 1000 habitantes para los diferentes distritos durante los años 1987, 1988, 1989 y 1990. En ella se puede apreciar cómo mientras la media de prevalencia anual oscila en los diferentes distritos entre 0.2 y 0.9, la prevalencia media para Ciutat Vella es de 1.7. Estos datos deben tomarse con mucha cautela, ya que se trata de datos parciales, pues falta la información sobre las consultas privadas, así como de otros dispositivos asistenciales de la red pública en salud mental, como son los centros de larga estancia (manicomios), las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, los hospitales de día y los centros de día. Sin embargo, sí que resulta significativo el hecho de que mientras el porcentaje de población por distrito que es usuaria de los servicios públicos es aproximadamente el mismo (entre 1.05 y 0.70), las diferencias de prevalencia son extraordinariamente dispares para el caso de la esquizofrenia. Además, este patrón de centralidad no se produce en el caso de otros trastornos mentales. Así, la tasa de los trastornos afectivos mayores y de trastornos afectivos específicos es mayor en los distritos de Nou Barris y de Sant Andreu respectivamente. La ansiedad, por su lado, es mucho más alta en el distrito de Nou Barris. De hecho, el patrón de centralidad sólo es válido para la esquizofrenia, los trastornos paranoides, los trastornos psicóticos y, en menor medida, para los trastornos por uso de sustancias. Es decir, principalmente para las psicosis, tal como se indica también en otras investigaciones, como las de Manheim, Plymouth o Chicago.

Si tratamos de correlacionar la distribución geográfica de la esquizofrenia con la del resto de trastornos principalmente tratados, también se observa esta fuerte asociación entre esquizofrenia y diferentes tipo de psicosis. La Tabla 2 nos ofrece información sobre este punto. Del grupo de trastornos mentales las dos únicas correlaciones estadísticamente significativas son las que se establecen con psicosis (0.937,  $p=0.002$ ) y con trastorno paranoide (0.862,  $p=0.02$ ). Seguidamente tenemos los trastornos por uso de sustancias, que sin embargo guardan un valor de  $p$  no significativo ( $p=0.085$ ). En el extremo

aparece, además, el trastorno por ansiedad que guarda una correlación inversa, aunque el valor de  $p$  invalida claramente la posibilidad de deducir un patrón de concentración opuesto al de la esquizofrenia. Finalmente apreciamos cómo el patrón distributivo es válido para la incidencia de enfermedades físicas como la tuberculosis (0.927,  $p=0.006$ ) y el SIDA (0.906,  $p=0.015$ ) que han sido asociadas también con la existencia de deficientes condiciones de vida. Llegados a este punto cabe preguntarnos ¿Se confirma, entonces, el patrón de centralidad de prevalencia de esquizofrenia para el caso de Barcelona?, y si es así ¿qué factores socioecológicos son aquí relevantes?

**Tabla 2**

**Tabla de correlaciones entre el patrón geográfico de prevalencia de la esquizofrenia y el de otros trastornos mentales y enfermedades físicas.**

	<b>Correlación</b>	<b>Valor de p</b>
Esquizofrenia y trastorno por uso de sustancias	0.850	0.085
Esquizofrenia y trastorno paranoide	0.862	0.020*
Esquizofrenia y trastorno afectivo mayor	0.463	0.165
Esquizofrenia y trastorno por ansiedad	-0.157	0.357
Esquizofrenia y trastorno psicótico	0.937	0.002*
Esquizofrenia y trastorno de la infancia	0.415	0.272
Esquizofrenia y demencia senil	0.696	0.081
Esquizofrenia y trastorno afectivo específico	0.462	0.200
Esquizofrenia y tuberculosis	0.927	0.006*
Esquizofrenia y SIDA	0.906	0.017*

**Nota:** Los valores con asterisco guardan significancia estadística.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del Servicio de Psiquiatría, Estadísticas poblacionales e Instituto Municipal de la Salud.

La respuesta a la primera pregunta sólo puede ser tentativa y provisional, ya que estamos hablando de prevalencia tratada en los centros de atención

primaria en salud mental o CAPs en SM. De esta manera, podría existir un claro sesgo debido a que en otros distritos los recursos utilizados por las personas con esquizofrenia y sus familiares fueran de tipo privado. Esto parece factible sobre todo para los distritos aquí fusionados de Les Corts y Sarrià-Sant Gervasi que constituyen la zona residencial más acomodada. Sin embargo, resulta menos creíble para distritos de clase obrera como los de Nou Barris, Sant Martí o Sant Andreu que hacen un uso de los CAPs en SM proporcionalmente similar a Ciutat Vella y que muestran una prevalencia singularmente más alta para trastornos de ansiedad y de tipo afectivo que el distrito central.

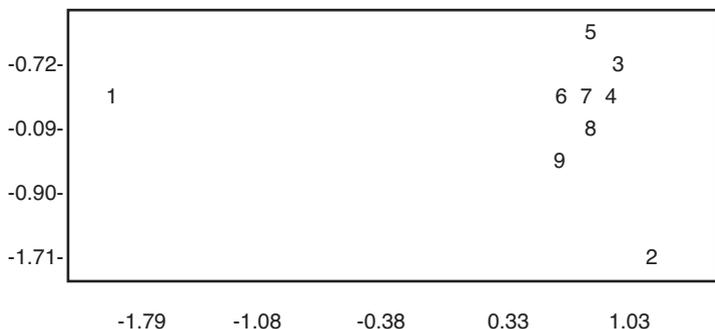
Pero si la primera respuesta es tentativa, aún más aclarar el enigma de la relación entre esquizofrenia y centro urbano en Barcelona. Para ello sería necesario establecer un seguimiento prospectivo de cohortes en la población general para observar la relación entre factores biológicos, condiciones sociales y emergencia de la esquizofrenia en sus primeros brotes. Se trataría de un tipo de trabajo similar al desarrollado en Suecia por Lewis et al., aunque teniendo en cuenta una mayor cantidad de variables socioeconómicas, así como un análisis de morbilidad de los progenitores para descartar la teoría de la movilidad intergeneracional. Un tipo de investigación que, como es previsible, nunca se ha desarrollado en nuestro entorno. Con todo, ante esta ausencia caben otras posibilidades mucho más modestas. Por ejemplo, el establecimiento de una comparación entre distritos desde una óptica sincrónica, macroestadística y descriptiva.

Un modelo posible, aunque especulativo, es crear un “mapa no-métrico” a partir de reconvertir las diferencias de prevalencia de esquizofrenia en distancias euclidianas que puedan ser representadas con modelos como el *Multidimensional Scaling* (MDS) o escalado multidimensional. En la Figura 1 se muestra gráficamente el resultado de este análisis. Allí podemos observar que el distrito 1 aparece muy distante del resto de los distritos, tal como era de esperar de la lectura de las diferencias de prevalencias. Por otro lado, los distritos 5 y 2, y con excepción de Ciutat Vella, representan las puntas más opuestas de las diferencias de prevalencia, pues coinciden con las valoraciones de prevalencia de los CAPs en SM de 0.9 y 0.2 respectivamente.

Lo interesante del MDS no es sólo la representación gráfica, sino la posibilidad de poner a prueba mediante regresiones múltiples algunas de las hipótesis generales sobre la diferente distribución de la frecuencia de esquizofrenia.

**Figura 1**

**Multidimensional Scaling (MDS) (gráfico) que indica distancias entre los diferentes distritos de Barcelona a partir del criterio de prevalencia de la esquizofrenia (stress = 0).**



**Nota:** La numeración corresponde a: 1 (Ciutat-Vella), 2 (Les Corts y Sarrià-Sant G.), 3 (Sants-Montjuïc), 4 (Nou Barris), 5 (Sant Andreu), 6 (L'Eixample), 7 (Sant Martí), 8 (Gràcia), 9 (Horta-Guinardó).

**Tabla 3**

**Tabla de regresiones entre patrón geográfico de prevalencia de esquizofrenia y variables específicas.**

	Valor R	Valor r2
Densidad de población	0.212	0.045
Población activa	-0.864	-0.746*
Decrecimient poblacional	-0.828	-0.703*
Condiciones vivienda 1:		
(Ausencia de baños)	0.978	0.956*
Condiciones vivienda 2:		
(Ausencia dormitorios)	0.904	0.818*
Nivel de instrucción:		
(analfabetismo)	0.555	0.308
Esperanza de vida	-0.908	-0.807*
Tasa APVP	0.974	0.949*

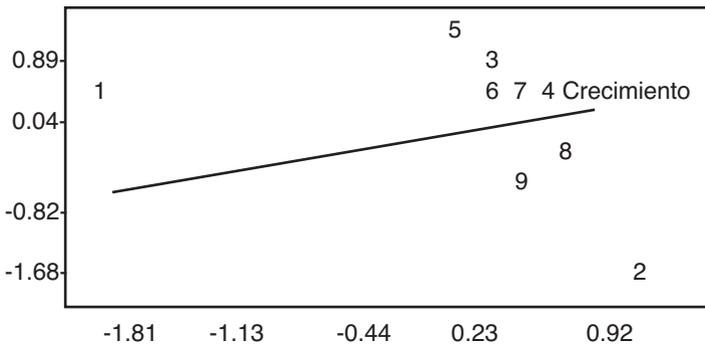
**Nota:** los valores con asterisco guardan significancia estadística.

**Fuente:** Elaboración propia a partir de información del Servicio de Psiquiatría, estadísticas poblacionales y estadísticas del Instituto Municipal de la salud. Las regresiones estadísticamente significativas están marcadas con un asterisco.

En la Tabla 3 se muestran los resultados de la comparación entre prevalencia y una serie de variables como densidad de población, proporción de población activa, decrecimiento poblacional, nivel de instrucción, esperanza de vida, condiciones de la vivienda en los diferentes distritos y Tasa APVP o años potenciales de vida perdidos por 100.000 habitantes de 1 a 70 años. Mientras que la densidad o el nivel de instrucción no parecen explicar la distribución de prevalencia de este trastorno, otras variables sí que parecen guardar una asociación con el patrón de centralidad.

**Figura 2**

**MDS que muestra la asociación entre distribución de la prevalencia de esquizofrenia y crecimiento-decrecimiento poblacional en los diferentes distritos entre 1981 y 1991. Regresión Múltiple = 0.828, Cuadrado de la Regresión = 0.703.**



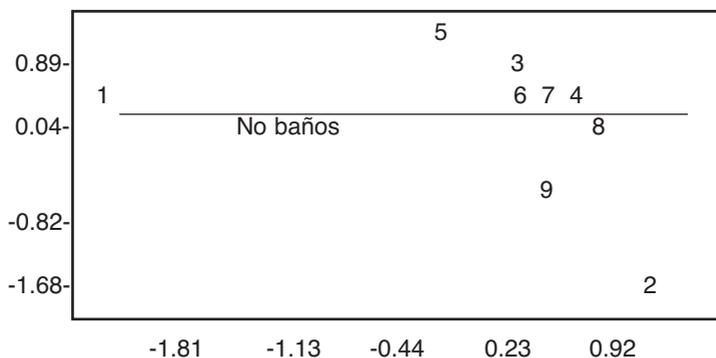
**Nota:** La numeración corresponde a: 1 (Ciutat-Vella), 2 (Les Corts y Sarrià-Sant G.), 3 (Sants-Montjuïc), 4 (Nou Barris), 5 (Sant Andreu), 6 (L'Eixample), 7 (Sant Martí), 8 (Gràcia), 9 (Horta-Guinardó).

En la Figura 2 se observa en forma de representación gráfica que la variable crecimiento poblacional revela una asociación inversa con la distribución de prevalencia, pues aparece mucho más cerca de los distritos con porcentajes bajos de esquizofrenia. Un dato que en principio se contradice con algunas hipótesis sobre el papel del rápido crecimiento de la población y de la alta densidad en el aumento de los trastornos mentales. Recordemos que uno de los argumentos de fondo de los planteamientos de Faris y Dunham sobre el impacto de la movilidad geográfica y la desorganización social en el desarrollo de la esquizofrenia era la existencia de un crecimiento poblacional que desbordaba continuamente las estructuras de la sociedad americana tradicional. Sin embargo, y contrariamente al Chicago de los años treinta, en la Barcel-

lona de finales de los ochenta y principios de los noventa se observa una asociación entre decrecimiento de la población y esquizofrenia. Esta contradicción puede explicarse a partir de un tercer criterio que probablemente está actuando aquí de factor de confusión. Y es que tanto el crecimiento poblacional que sufrían las áreas urbanas centrales en el Chicago de los años treinta como el decrecimiento actual de Ciutat Vella en Barcelona aparecen asociados al fenómeno de la pobreza. En el caso de Barcelona esto parece evidente, pues en gran parte el decrecimiento poblacional de Ciutat Vella producido durante los últimos años es debido a la migración hacia otras áreas urbanas o peri-urbanas que presentan menores tasas de mortalidad y mejores condiciones materiales de vida. En apoyo (indirecto) de esta hipótesis explicativa contamos con los resultados de las Figuras 3 y 4.

### Figura 3

**MDS que muestra la asociación entre prevalencia de esquizofrenia y porcentaje de viviendas sin baño en los diferentes distritos. Regresión Múltiple = 0.978, Cuadrado de la Regresión = 0.956.**



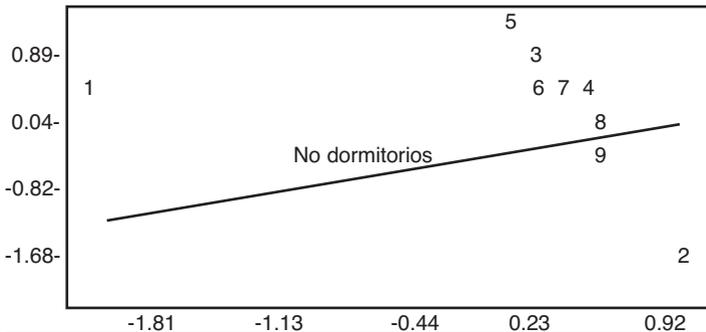
**Nota:** La numeración corresponde a: 1 (Ciutat-Vella), 2 (Les Corts y Sarrià-Sant G.), 3 (Sants-Montjuïc), 4 (Nou Barris), 5 (Sant Andreu), 6 (L'Eixample), 7 (Sant Martí), 8 (Gràcia), 9 (Horta-Guinardó).

La Figura 3 alude a un criterio bastante revelador de las condiciones de vida de las viviendas: el de ausencia de baños dentro de los hogares. Se puede dudar hasta qué punto es una variable acertada o estratégica, pero no parece discutible que sea un indicador objetivo del nivel económico de un sector importante de la población de este distrito. El resultado llama además la atención por su fuerte asociación con el patrón de centralidad de la esquizofrenia en Barcelona ( $r=0.978$ ,  $r^2=0.956$ ). Una asociación que nos indica que no sólo este criterio resulta válido para explicar la alta prevalencia en el distrito 1, sino

también para dar cuenta de las variaciones de frecuencia entre los demás distritos de la ciudad: la prevalencia del distrito 5 (0.9), por ejemplo, frente a la de los distritos 2 y 9 (0.2 y 0.3 respectivamente).

**Figura 4**

**MDS que muestra la asociación entre prevalencia de esquizofrenia y porcentaje de viviendas sin dormitorio para los diferentes distritos. Regresión Múltiple = 0.904, Cuadrado de la Regresión = 0.818.**



**Nota:** La numeración corresponde a: 1 (Ciutat-Vella), 2 (Les Corts y Sarrià-Sant G.), 3 (Sants-Montjuïc), 4 (Nou Barris), 5 (Sant Andreu), 6 (L'Eixample), 7 (Sant Martí), 8 (Gràcia), 9 (Horta-Guinardó).

La Figura 4 representa el papel de otro indicador de las condiciones de vida: la ausencia de dormitorios en las viviendas. Además, éste es un criterio que refleja el hacinamiento en las residencias del centro de la ciudad. Así, y curiosamente, mientras que la densidad de población no aparecía asociada a la distribución de la esquizofrenia, sí que puede pensarse que el hacinamiento en las viviendas puede ser un factor que esté actuando en el desarrollo de este trastorno, si no en términos etiológicos, sí por lo menos en el pronóstico de este síndrome, pues la cronificación guarda un efecto evidente en el aumento de la prevalencia de esta enfermedad.

Ahora bien, es importante subrayar que los datos aportados no validan ninguna hipótesis sobre la relación entre esquizofrenia y centro urbano, sino que operan a un nivel únicamente descriptivo y también especulativo. En síntesis, lo que se percibe es una fuerte asociación entre centro urbano, deficientes condiciones de las viviendas, menor esperanza de vida y mayor prevalencia de esquizofrenia. Un tipo de “coincidencias” que, como vimos en las primeras páginas de este capítulo, han sido observadas en otras ciudades

europas y que para el caso de Barcelona también son aplicables a patologías como la tuberculosis y el SIDA. De hecho, el papel de la pobreza como variable explicativa en el desarrollo de la esquizofrenia es congruente con otros datos, como la mayor prevalencia de este trastorno en las ciudades dormitorio de las zonas periféricas de algunos núcleos urbanos como Copenhage (Klahn y Haastrup, 1990:148). No obstante, estos datos no permiten aún deshacer el enigma de la relación entre esquizofrenia y centro urbano, pues la pobreza puede estar actuando tanto por la vía de la producción como de la migración. Un dilema que, si bien no podemos resolver aquí, sí que podemos intentar enriquecer desde una óptica cualitativa.

## VIDAS CRUZADAS

Uno de los problemas de la percepción exclusivamente macrocuantitativa de los fenómenos es la pérdida de información específica, así como la facilidad con la que se puede caer en polarizaciones de las diferentes hipótesis explicativas. Y es que de lo expuesto hasta ahora parece derivarse que o bien las personas con un diagnóstico de esquizofrenia van al centro o bien el centro crea este trastorno, cuando las dos situaciones pueden producirse simultáneamente, incluso en un mismo sujeto. Veamos un caso concreto.

**Caso J:** Jaume es un informante que nació en Ciutat Vella y que posteriormente cambió de residencia debido a que su familia se trasladó al distrito de Sant Andreu. Aunque los familiares comentan que Jaume nunca fue un “chico normal”, no es hasta unos años después del cambio de residencia que se produce el primer brote esquizofrénico y la cadena subsiguiente de tratamientos y hospitalizaciones. Posteriormente, y debido a una serie de conflictos familiares, Jaume se marchó de esta residencia para vivir en Ciutat Vella, no está muy claro (pues su relato es en este punto contradictorio o deliberadamente contradictorio) si en una pensión o en la calle. Sí que está más claro por su propio relato que en Ciutat Vella Jaume encuentra posibilidades de actividades informales remuneradas que no se le ofrecen con la misma facilidad en el Distrito de Sant Andreu, como los recados a algunos vendedores de hachís y tabaco de contrabando, la limpieza de los parabrisas de los coches en los semáforos, pedir limosna o pequeños hurtos.

La pregunta previsible es ¿qué modelo explicativo permite dar cuenta de este caso, la hipótesis del centro como productor de morbilidad o la del centro como polo de atracción?

En principio, podríamos decir que Jaume encaja en la teoría del centro urbano como causa de esquizofrenia, pues aunque la primera crisis se produce en Sant Andreu, es posible que ya estuviera afectado con anterioridad; recuérdese que la familia relata que nunca fue “un chico normal”. Por esta razón podemos pensar que estamos ante una esquizofrenia larvada que se “destapa” al final de la adolescencia. Algunos factores ligados al centro urbano como la polución, las deficientes condiciones de vida, el hacinamiento o la alta movilidad y la “desorganización social” de las que nos hablaban Faris y Dunham podrían haber favorecido en este caso el desarrollo de la enfermedad.

Por otro lado, Jaume representa también, y paradójicamente, la hipótesis de la emigración hacia el centro. Incluso podemos decir que él está buscando en las relaciones de anonimato del centro urbano una mitigación de la presión social de la familia y del barrio, así como el desarrollo de formas de trabajo informales. Ahora bien, debemos subrayar dos matices que limitan la capacidad explicativa de la teoría de la orientación hacia el centro en este caso. La primera es que Jaume no es un verdadero migrante, ya que acude a su residencia familiar en casos de apuro económico, agravamiento de su estado de salud o para solucionar necesidades básicas. La segunda es que el informante en cuestión no está registrado en las estadísticas asistenciales de Ciutat Vella, sino en las de Sant Andreu. Una situación que no es excepcional, pues la mayoría de los afectados que migran hacia las áreas centrales lo hacen para escapar de una presión normativa que representan fundamentalmente familiares y profesionales de la salud. Ante estas motivaciones resulta infrecuente, por no decir raro, que hagan uso de los centros psiquiátricos de su nueva área de residencia y que por tanto estén registrados en las estadísticas asistenciales de este distrito. En resumen, Jaume no forma parte de ese 1.7 por 1000 de prevalencia que muestra el distrito de Ciutat Vella.

Sin llegar a la complejidad del caso de Jaume, que encarna en su biografía la posibilidad explicativa de las dos hipótesis, o de ninguna de ellas, según se mire, cuando estudiamos los itinerarios de algunos afectados nos encontramos también con la existencia tanto de casos de orientación hacia el centro como de posible producción de las zonas centrales. Veamos dos casos concretos.

**Caso M:** Manuel nació a finales de los años sesenta en una calle del Barrio del Raval de Ciutat Vella. Según explica, hasta los 9 años apenas salió fuera del apartamento de una sola habitación de 18 m<sup>2</sup> en el que vivía con su madre y sus dos hermanos. La madre se dedicaba a la prostitución y cuando iba a trabajar dejaba encerrados a sus hijos dentro del piso. Durante ese tiempo, y siempre se-

gún su relato, Manuel cuidaba a sus hermanos pequeños y jugaba a imaginar formas y colores con los estampados del papel pintado y de las cortinas.

A partir de los 9 años Manuel empieza a ir a la escuela del barrio. No está muy claro si fue por iniciativa de la madre o por presión de los servicios sociales que en aquel momento negociaban con ella algún tipo de ayuda económica. Curiosamente, la experiencia de la escuela es evocada de forma un tanto anodina, sin sobresaltos importantes. Manuel dice que siempre fue a lo suyo (“lo mío”) y que se relacionó poco con sus compañeros de clase.

Cuando tenía catorce años empezó a trabajar de ayudante de un pintor del barrio. El empleo duró poco tiempo. El mismo explica que se obsesionaba con los colores y que las voces que oía en su interior no le dejaban trabajar. Un año más tarde ingresó en un manicomio de la ciudad de Barcelona en donde ha vivido hasta el momento de ser entrevistado.

**Caso H:** Hilario proviene de un barrio periférico de clase obrera. Su familia emigró desde Andalucía en los años sesenta y ninguno de ellos tiene antecedentes psiquiátricos o recuerda tenerlos entre sus parientes. El informe médico dice que tuvo el primer brote a los 20 años después de consumir marihuana.

Con posterioridad a esta primera hospitalización estuvo unos meses en la residencia familiar para seguidamente trasladarse en solitario a Ciutat Vella en donde reside actualmente en una pensión. Ha desarrollado trabajos esporádicos de limpiaparabrisas en los semáforos, de repartidor de publicidad, así como otras actividades informales como la venta de tabaco de contrabando en las Ramblas.

A pesar de mantener un grado importante de autonomía, acude de forma esporádica a un centro de rehabilitación psicosocial del Distrito de Gracia para jugar al parchís y a las cartas con algunos antiguos conocidos de sus anteriores hospitalizaciones.

Como en el caso de Jaume que vimos anteriormente, ninguno de estos informantes aparece reflejado en las estadísticas asistenciales de Ciutat Vella. Manuel porque ya no reside allí, sino en un manicomio de otro distrito. Hilario porque, de la misma forma que Jaume, se trasladó a vivir al centro de la ciudad precisamente para evitar la presión de familiares y terapeutas y, por tanto, no utiliza los recursos psiquiátricos de este distrito. Ambos informantes tienen en común el centro de la ciudad, sin embargo se trata de dos auténticas vidas cruzadas.

Manuel proviene de una situación evidente de miseria económica. De hecho, si reside en un manicomio a pesar de su juventud no es porque haya perdido totalmente ese conjunto de capacidades que trabajadores sociales y psicólogos llaman “habilidades sociales”, como ir a comprar, coger el autobús o asearse por las mañanas, sino a su dependencia económica de las institucio-

nes asistenciales. De esta manera, y aun imaginando que la pobreza no haya tenido un impacto directo en la producción de su enfermedad, es difícil pensar que no haya contribuido a la evolución de su trastorno y a ese territorio tan indisoluble de cualquier enfermedad crónica que es la propia biografía. Con todo, el caso de Manuel es ilustrativo de las dificultades con las que nos encontramos al apostar por la hipótesis del centro urbano como productor de morbilidad, pues este modelo no nos ofrece información de los procesos intermedios que conducen a la aparición de la esquizofrenia. Porque, ¿cómo ha podido actuar la “desorganización social”, la pobreza o el hacinamiento en el desarrollo del trastorno de Manuel? Ciertamente podemos apuntar algunas generalizaciones más o menos pertinentes, como que la precariedad económica, el hacinamiento y las deficientes condiciones materiales se han materializado con toda probabilidad en formas de inestabilidad subjetiva y psicológica. Ahora bien, ante la falta de un conocimiento de los mecanismos que actúan en la producción de la esquizofrenia no podemos más que crear argumentaciones especulativas, ya que este tipo de inestabilidad que podemos deducir del caso de Manuel puede resultar decisoria para su trastorno esquizofrénico o simplemente secundaria. Expresado en otras palabras, sabemos que la pobreza tiene un impacto directo en la aparición de enfermedades como el cólera y la tuberculosis o en el aumento de las tasas de mortalidad infantil, y podemos de forma más o menos precisa recomponer el papel de esta variable en las cadenas de causación de estos fenómenos. Sin embargo, debido a la falta de un conocimiento sobre los procesos específicos que generan la esquizofrenia únicamente podemos establecer asociaciones muy generales entre este trastorno y algunos factores como las condiciones de la vivienda, la pobreza y las relaciones de tránsito. Esta es hoy por hoy la mayor debilidad de la hipótesis del centro urbano como productor de morbilidad.

Por otro lado tenemos el caso de Hilario, que ilustra la hipótesis de la migración hacia el centro. De la exposición esquemática podemos inferir que en este espacio Hilario ha podido optar por una mayor independencia y autonomía. Y es que vivir en Ciutat Vella significa para él la posibilidad de un alojamiento asequible, el desarrollo de actividades y trabajos informales bien diversos y el mayor predominio de las relaciones de anonimato. Vivir en el centro urbano supone también habitar un espacio en donde se hace más patente esa caracterización de lo urbano que Richard Sennet ha definido como “neutralidad”, y que en este caso no es otra cosa que un mayor relajamiento de las respuestas ante comportamientos reconocidos socialmente como extravagantes, como asearse en las fuentes públicas o llevar el torso desnudo en pleno invierno, dos comportamientos que son característicos de Hilario. Y es

que tanto el centro de las ciudades como ese tipo de espacios de soledad y anonimato que Augé (1993) ha llamado no-lugares (estaciones de trenes y de autobuses, grandes supermercados, vías de comunicación, etc.) cumplen un papel de neutralidad o, si optamos por otro tipo de matiz, de indiferencia, en su sentido de ampliación de los umbrales de aceptación de las diversas formas de mostrarse en público. Por ello no es casual que cuando se han desarrollado campañas masivas de deshospitalización de las poblaciones manicomiales, como en el famoso caso italiano que alentó la escuela de Basaglia, los “exreclusos” han acabado habitando este tipo de espacios.

Ahora bien, las razones por las que Hilario busca el anonimato de los lugares de tránsito no son claras ni pensamos que sean atribuibles exclusivamente a esa especie de “caja negra” tan utilizada por la psiquiatría biológica de la predisposición genética al retraimiento y al aislamiento social, o a esa otra “caja negra” que es la movilidad descendente intergeneracional. Más bien, el comportamiento de Hilario parece responder a una compleja dialéctica que oscila de lo individual a lo social pero también de lo social a lo individual.

Desde el primer trayecto de esta dialéctica, el enajenamiento de Hilario puede ser atribuido a lo que desde corrientes como la psiquiatría fenomenológica europea (Binswanger, 1988; Tellenbach, 1979) o la antropología médica de corte existencialista (Corin, 1991) se ha definido como la dificultad de “ser” en un mundo social compartido y de sentir y de vivenciar ese mundo. Esta dificultad explicaría el retraimiento social que viene unido a la esquizofrenia, así como el papel que guardan las situaciones de gran involucramiento familiar, sobre todo en contextos sociales de fuerte estigmatización, en donde la familia se convierte en agente de una normatividad moral que precipita al afectado en un mundo social que no puede hacer suyo enteramente y que como consecuencia rehuye. Este conflicto existencial entre un adentro subjetivo y un afuera social explicaría, a su vez, por qué los afectados como Hilario se orientan hacia los lugares de anonimato como las plazas y calles del centro urbano, las estaciones o los grandes centros comerciales. Y es que en estos escenarios se amortigua el conflicto entre estar *adentro* de lo social y a la vez estar *afuera*, entre el establecimiento de relaciones sociales y el retraimiento, entre habitar y compartir un mundo externo y recrear un mundo interno. Los espacios de anonimato podrían entenderse, así, como la medida y reflejo de los propios conflictos experienciales y subjetivos de los afectados.

Con todo, es arriesgado atribuir el itinerario migratorio de Hilario a una lógica exclusivamente individual y existencial. Incluso Jacques Lacan (1988a:11) observó desde una óptica psicoanalítica que el Yo es el Otro, en el

sentido de que el Yo es un conjunto de atribuciones de un otro que aquí podemos entender como social por extensión. Las extravagantes ideas de Hilario, su comportamiento desafiante de las más simples convenciones sociales, su forma de presentarse en público, sus monólogos a voz en grito, su particular collar de latas de alimentos en conserva que a veces lleva consigo, no son mensajes en una botella perdidos en el océano, aunque puedan ser tratados así por algunos investigadores. Más bien estamos ante señas, expresiones, símbolos y comportamientos que son leídos e interpretados en un contexto social que puede crear, recrear, fomentar, sancionar, reprimir, retroalimentar y estigmatizar, mediante el juego de expectativas sociales, este tipo de manifestaciones. Y evidentemente no sólo eso, pues ¿qué es ese curioso vínculo entre Hilario y los lugares de tránsito, si no el resultado también de una respuesta social basada en la exclusión? ¿A qué casualidad se debe, si no es así, que esos mismos lugares sean también los habitat más frecuentados por otros excluidos sociales cuyo inventario el lector tendrá fácilmente en mente? Ciertamente, el fenómeno de la migración hacia el centro puede ser interpretado desde una óptica diferente a la simple voluntad o predisposición individuales, pues ¿acaso el hecho de que Hilario habite el centro urbano no es también resultado de una cierta pragmática pública? En otras palabras, la cuestión no es sólo que Hilario vaya al centro urbano, sino también que en ese espacio él es confinado. Y es que en este espacio social Hilario no sólo amortigua su conflicto existencial entre su mundo íntimo y subjetivo y el mundo social que le rodea, sino que también se convierte en un eterno pasajero marginado de toda identidad social que no sea la de estar en un perenne tránsito. De esta manera Hilario es recluso en esa especie de *afuera* dentro del *adentro* social que constituyen los lugares de tránsito. Un tipo de estrategia social que, lejos de ser nueva, constituye, tal como podremos ver a continuación, una forma antigua y sofisticada de confinamiento.



# EL CONFINAMIENTO

## MOVIMIENTO Y RECLUSIÓN

En la historia de Europa la locura ha venido unida a dos condiciones o atributos: el tránsito y el confinamiento. El primero adquiere una de sus mejores representaciones en *El Quijote*, en donde como es sabido el insensato se ve abocado a un error continuo, pues aquello que trata de alcanzar es tan cercano y a la vez tan lejano como la propia fantasía. El segundo incluye entre otras fórmulas la imagen del manicomio como lugar de reclusión de no se sabe a ciencia cierta el qué -¿la sinrazón, la falta de sentido común, el caos, el desorden, el miedo, la disidencia, la diferencia?-, pero que persiste durante siglos como una forma de control social. Aunque movimiento y reclusión constituyen dos atributos que pueden parecer contradictorios entre sí, y que aparentemente se acomodan a dos órdenes diferentes, la ficción en el primero y la realidad social en el segundo, en algunas ocasiones han demostrado una especial combinación, como en ese fenómeno conocido como “La nave de los locos” o *stultifera navis*.

Como nos indica Foucault en su *Historia de la locura* (1985), la Nave de los locos emerge como una representación literaria y pictórica a finales del siglo XV, pero también como una trágica realidad social. En busca de una supuesta razón perdida los insensatos son embarcados en naves y obligados a descender los ríos de Renania en dirección a Bélgica o a remontar el Rin hacia Jura y Besançon. Aunque las razones de esta práctica son bastante obscuras, Foucault destaca algunas de ellas, como el carácter simbólico del agua a la que son confiados los insensatos: el agua es a la vez elemento purificador y representación de la inestabilidad y la incertidumbre que vienen unidas a la estulticia. Además, esta práctica responde a cierta pragmática pública, pues la Nave de los locos es una deportación masiva de los insensatos fuera de los márgenes de la ciudad, así como una forma sofisticada de confinamiento que sitúa al afectado en la posición perpetua del pasajero. Las palabras de Foucault son elocuentes en este punto:

“Encerrado en el navío de donde no se puede escapar, el loco es entregado al río de mil brazos, al mar de mil caminos, a esa gran incertidumbre exterior a todo. Esta prisionero en medio de la más libre y abierta de las rutas: está sólidamente encadenado a la encrucijada infinita” (1985:26)

Según Foucault, está documentado desde el siglo XIV que los locos que producían altercados públicos o molestaban en la escena ciudadana, y más si se

trataba de alienados que además eran extranjeros, eran primero reclusos en las casas de locos que muchos municipios habían creado para la ocasión o en los hospitales generales existentes. La Dolhaus del Georghospital de Elbing creada en 1326 o la Tollkiste de Hamburgo de la misma época son ejemplos de casas de locos creadas *ex profeso*. El Hôtel-Dieu de París o el Holy Trinity en Salisbury (Inglaterra) son ejemplos de hospitales generales que cuentan con alienados entre sus pacientes desde el siglo XIV. Desde estos recintos los locos pasaban a ser liberados, reclusos en las prisiones o entregados a la suerte de la navegación (Rosen, 1974:19 y ss.).

En algunas ocasiones las autoridades municipales los confiaban individualmente a marineros y mercaderes que eran remunerados por su función de portadores. Las insólitas mercancías eran abandonadas en los lugares de paso y de mercado en donde podían deambular con cierta libertad hasta que se iniciaba de nuevo el proceso de reclusión y deportación. También podía ser que, siguiendo el modelo de exclusión de la lepra existente durante la Edad Media, fueran despachados a los campos exteriores a las murallas o que, simplemente, fueran retenidos en los lugares de paso, como en las puertas de las ciudades, retornándolos así al espacio del tránsito y al no-lugar.

A pesar de que Foucault nos indica que el modelo de control de la locura basado en la *stultifera navis* y la exclusión a los lugares de paso tuvo un tiempo limitado de existencia, por lo menos hasta la instauración del encierro, un examen atento nos muestra que algunos elementos de este sistema persistieron.

Es una evidencia histórica que en algún momento del desarrollo de la ciudad y del Estado moderno no fue suficiente la gestión clásica de la locura y se requirió de una regulación de ella mucho más intervencionista que supuso poner coto a este tránsito continuo (Rosen, 1974:180 y ss.). Hasta qué punto este nuevo orden se debió al desarrollo incipiente del capitalismo, al espíritu de esa estructura económico-política llamada mercantilismo (cameralismo en Alemania), al aumento de los flujos comerciales y por tanto de mercancías que ocuparon los exteriores antes semiabandonados de las villas y ciudades o a la emergencia de una lógica estatalista, derivada del mercantilismo, que no podía permitirse la existencia de naves de locos a la deriva sin orden ni concierto, es una incógnita aún por despejar.<sup>1</sup> Ahora bien, sea cual fuere el factor determinante en la aparición del asilo, no se puede negar la persistencia de algunas similitudes con la *stultifera navis*.

---

1 Sobre el desarrollo de la asistencia psiquiátrica en España véase el excelente trabajo de Comelles titulado *La razón y la sinrazón* (1988).

El manicomio instauro un sistema de reclusión sedentario, pero que al igual que los barcos de locos supone la concentración de los insensatos en un espacio físico que es purificador y a la vez incierto. El efecto purificador del agua se suple en el asilo con medidas como la llamada terapia moral que inauguró Pinel o con otros tratamientos ideados para la “rehabilitación” del espíritu primero y de la mente más tarde. La incertidumbre, por su parte, ha dejado de representarse ahora con lo que Foucault define como el río de mil brazos o el mar de los mil caminos, pero no ha desaparecido del panorama social, pues el asilo vendrá íntimamente unido en el imaginario a lo irracional, a lo inesperado y también a lo siniestro. Porque, ¿qué es un manicomio, si no una nave de los locos anclada en el interior de la propia ciudad y despojada de su rica simbología acuática? Es más, tanto la *stultifera navis* como las casas de locos que proliferaron en los municipios europeos desde el siglo XIV pueden entenderse como las condiciones de posibilidad de lo que Foucault ha llamado el gran encierro.

Otra similitud no poco importante es que el modelo asilar, igual que la *stultifera navis*, no resuelve el problema errante de la locura sino que simplemente lo contiene. En los cada vez más infrecuentes manicomios que quedan en la actualidad se observa esta lucha imposible entre control y movilidad. Instrumentos de inmovilización como las cadenas, la camisa de fuerza o los electroshocks apenas permiten solucionar el problema errante de la locura. Quien haya estado alguna vez en un manicomio habrá observado la evidencia de este fenómeno. Los reclusos deambulan por la institución sin rumbo fijo, suben y bajan las mismas escaleras veinte o treinta veces al día, van de la habitación al comedor, y del comedor a la sala, y de la sala al patio, y del patio al comedor, y del comedor a la habitación. Cuando pasean por el patio caminan de un muro a otro del recinto, cinco veces, diez veces, veinte veces. Si no pueden moverse físicamente suplen esta falta evadiéndose psicológicamente. Es como si su movimiento físico y su evasión mental sustituyeran el vaivén de la *stultifera navis*. Y es que si bien la Nave de los locos asumía en sí misma el movimiento y así en cierta medida lo neutralizaba, la estaticidad del manicomio acaba estableciendo un modelo de contención claramente forzado que se refleja en los itinerarios insistentes de los reclusos dentro de la institución.

El modelo más reciente de deshospitalización basado en una estructura de dispositivos diversos que oscilan entre la unidad de psiquiatría de un hospital general en donde los pacientes son ingresados sólo por el tiempo de crisis y los talleres ocupacionales en donde desarrollan tareas varias de cara a su próxima y nunca llegada “reinserción social”, pasando por los hospitales de día,

los centros de días, los clubs y los pisos y residencias asistidos, entre otros recursos asistenciales, no han podido resolver tampoco el control de la movilidad de los afectados. Aunque ya desde los años cincuenta se observa una mayor sofisticación de los tratamientos, fundamentalmente con la entrada en el escenario de los neurolépticos, el problema del tránsito no ha sido solucionado, sino que incluso se ha acrecentado. La camisa de fuerza que impedía el movimiento de los brazos ha dejado paso a lo que ha sido llamado, creo que de forma acertada, “camisa de fuerza química”. Tampoco, aparentemente, se necesitan ya los muros físicos del asilo, pues los nuevos fármacos generan “muros”, esta vez neuroquímicos, que supuestamente facilitan la contención inhibiendo algunos de los llamados síntomas positivos como el delirio y las alucinaciones. Sin embargo, este tipo de tratamiento somático, además de producir efectos secundarios adversos, no ha permitido un control ni siquiera básico de la locura. Los afectados continúan deambulando de uno a otro lugar sin rumbo fijo. Se acumulan en las estaciones de trenes y de autobuses o en los lugares de tránsito como el centro de las grandes ciudades. Por otro lado, los expertos tratan de encontrar una solución a fenómenos como el llamado *revolving door* o puerta giratoria, que no es otra cosa que el proceso continuo de ingreso y alta, ingreso y alta, ingreso y alta al que se ven sometidos los afectados. Como si se tratara de un desafío a cualquier orientación genealógica, foucaultiana y/o relativista que intente entenderla como resultado de un proceso histórico particular e irrepetible, la locura parece estar indisolublemente unida al movimiento y a los esfuerzos sociales de su contención.

Hasta cierto punto la dialéctica entre movimiento y contención guarda la lógica simple de la libertad y la reclusión. Y es que tanto la exclusión a las zonas de paso y la nave de los locos, como el encierro o como el modelo de deshospitización generado en las últimas décadas gracias a la psicofarmacología tienen en común que se llevan a cabo a costa de la conciencia y voluntad del afligido. Bajo la excusa de la incapacidad mental de los afectados estos tres modelos se unifican en su gran capacidad coercitiva. Por ejemplo, ni siquiera bajo el sistema de la deshospitización se comunica al afectado el diagnóstico de su enfermedad, y cuando así se hace es verdaderamente excepcional. La presunción de que la locura ya viene unida de forma irresoluble a la confusión y al error genera una relación de poder en la que diga lo que diga o haga lo que haga el afectado su comportamiento siempre estará en contra suya. Tanto la afirmación como la negación de su locura siempre responderá a las expectativas del terapeuta. Y es que una vez incluido en el catálogo de los locos el círculo se ha cerrado ante todo tipo de argumentos.

## **SENTIDO (COMÚN) Y SINSENTIDO (COMÚN)**

Durante aproximadamente un año entrevisté a Babu dos días a la semana con el propósito de elaborar su historia de vida. En aquel momento Babu estaba ingresado en una residencia asistida para psicóticos crónicos de Barcelona en la que convivía con otros veinte pacientes que también fueron, aunque en menor grado, mis informantes. Es importante subrayar que dentro del repertorio de recursos asistenciales para el tratamiento de los enfermos mentales las residencias asistidas, junto a los llamados pisos asistidos, son entendidos como uno de los niveles más cercanos a la llamada “inserción” o “reinserción” dentro de la “comunidad”. Por esta razón tanto Babu como sus compañeros disponían de una mayor libertad de movimientos que otros afectados que se encuentran en un hospital psiquiátrico o en las unidades de psiquiatría de los hospitales generales.

La jornada de Babu transcurría entre la residencia en la que vivía y unas horas de dedicación a un taller de rehabilitación que regía la misma fundación que gestionaba la residencia. Se trataba de un taller que combinaba diferentes actividades como la pintura, la encuadernación y los pequeños trabajos de montaje, y que incluía un quiosco/papelería que abría sus puertas cara al público y en donde se recogían y entregaban los trabajos de encuadernación y de fotocopistería. Babu estaba generalmente al frente de la caja y cara al público. De hecho, una parte importante de las conversaciones que tuvimos se llevaron a cabo en la papelería, así como en un pequeño despacho habilitado para las entrevistas terapéuticas.

Debo confesar que para Babu, y a veces también para mí, resultaba complicado establecer una distinción entre lo que es una entrevista etnográfica y lo que supone una relación terapéutica. En tanto que yo no soy psiquiatra ni psicólogo, una de las cosas que trataba de aclarar desde el principio con mis informantes era mi condición de antropólogo o etnógrafo que simplemente quiere saber de ellos, pero en modo alguno establecer un tratamiento psicoterapéutico. Mi punto de vista es que si se diferencia en algo la entrevista clínica de una entrevista etnográfica es precisamente en que en la primera el profesional es el que se posiciona en el papel del saber (esa posición que Lacan llamó acertadamente sujeto del supuesto saber), mientras en la segunda el investigador adopta una posición más propia del no-saber. En caso contrario sería difícil, si no imposible, llegar a un conocimiento de la perspectiva nativa o emic, pues el trabajo etnográfico se caracteriza por una apertura al conocimiento autóctono y por ese relativismo metodológico que conlleva

toda tarea de exégesis que trate de encontrar un código no tanto dependiente del investigador como del investigado. Si se prefiere en palabras de un autor como Geertz, el objetivo de la antropología “no es dar respuestas a nuestras preguntas más profundas, sino darnos acceso a respuestas dadas por otros” (1987:40).

Sin embargo, y a pesar de las aclaraciones que realicé a Babu y a mis informantes sobre cuál era el objetivo de mi trabajo, en la práctica era difícil para ellos establecer una distinción entre una terapia como puede ser la llamada psicoterapia psicoanalítica (una variante del psicoanálisis en la que el paciente es motivado a narrar sus conflictos emocionales y experienciales) y la entrevista etnográfica. A pesar de que podemos pensar que existen claras diferencias entre las intervenciones puntuales y escasas del terapeuta orientando la cura y las preguntas más explícitas del etnógrafo y más encaminadas a la simple consecución de información, lo cierto es que al responder a mis preguntas (etnográficas) los informantes se obligaban, sin yo ser consciente, a un trabajo de revisión autobiográfica en donde no faltaba la autocrítica y la autorreflexión. En este contexto no ausente de confusión se llevaron a cabo mis entrevistas con Babu. Pero conozcamos un poco su historia.

Babu me explicó que era un konkani que pertenecía a esa minoría católica de la India que es el resultado histórico de la influencia colonial portuguesa en este territorio y que procedía de una familia de orígenes aristocráticos. También me dijo que había tenido una infancia marcada por la tortura de la que había sido objeto por su padre alcohólico. La tortura consistía en disparar cada noche sobre la cabeza del niño Babu una escopeta sin munición y en castigos corporales que después a la mañana siguiente eran obviados y omitidos por todo el grupo doméstico como si nunca hubieran existido. De forma semejante a esa lógica que Michael Taussig (1995:48) ha desmenuzado en sus escritos sobre el papel del silencio y la negación de la tortura en la amplificación y gestión del terror, Babu y su familia vivían bajo la imprevisibilidad de la tortura y también bajo la tortura de la imprevisibilidad.

También me explicó que fue un niño aplicado en la escuela hasta la edad de los quince años en que enfermó de tifus, que tuvo dificultades para relacionarse con las mujeres debido a su timidez y que cuando pudo emigró a Londres con el propósito de estudiar una carrera universitaria, concretamente una ingeniería. En Londres conoció a su actual esposa por la que vino a residir y trabajar a una ciudad del cinturón metropolitano de Barcelona. Su trabajo consistía en ser ejecutivo en una multinacional americana.

A tenor de lo que me explicó, su trastorno emergió de forma abrupta en Barcelona. De pronto empezó a tener dificultades para concentrarse en el

trabajo. A esta dificultad le siguió un sentimiento intenso de “depresión” y una “necesidad de quedarse en casa” alejado de todo contacto social y recordando los problemas de tortura de su infancia. El proceso que siguió queda mucho mejor explicado en sus propias palabras:

“Me acordaba de las noches de tortura con mi padre. Una vez que le pegó con un látigo a mi hermano en el pene y los disparos en la cabeza, siempre esperando que me matara de una vez y no me mataba. Pensé que, como había sufrido tanto, yo era Jesucristo. A veces había tenido fantasías cuando era niño, como que era un gran futbolista o un tenista y la gente me aclamaba. Que era un gran científico y había hecho un gran descubrimiento, o que yo era sueco y había sido adoptado por unos sucios indios. Ahora pensaba también que yo era muy importante. En el trabajo me iba mal. Tenía muchos nervios y parálisis cerebral, no podía trabajar y tenía que quedarme más tiempo que los demás. Sabía que me querían echar del trabajo, pero yo me puse mal de los nervios antes y cogí la baja.

Los últimos días de trabajo pensaba tonterías, como que los jefes norteamericanos venían a Barcelona y me ponían a mí de director. Mi jefe entonces se ponía a mis pies y me pedía perdón. Todos me alababan. Y la verdad es que cuando paseaba por la oficina me parecía oír voces que me decían [vitoreando]: ‘jefe, jefe’. Después pensaba que era el presidente de todas las multinacionales extranjeras en Barcelona y que venían a pedirme trabajo y favores. Cuando iba por la calle creía que las mujeres que vestían de azul y blanco querían ser mis amantes y los hombres vestidos así mis colaboradores. El presidente Bush había bajado de su sillón para darme una oportunidad porque yo era más inteligente. Cuando veía la televisión americana, por satélite, pensaba que se referían a mí porque habían puesto un dispositivo electrónico en mi casa para protegerme de los atentados. Pero ya ser presidente de USA no era suficiente, y entonces tenía que ser rey de todo el mundo, y como yo había sufrido tanto de niño es como si hubiera sido crucificado por mi padre, porque yo nunca he oído una historia como la mía en ninguna parte. Aquello fue terrible, una tortura continua. Después había vuelto a la vida para ayudar a toda la gente. Había dejado de ser Babu para ser Jesucristo.” [Recopilación elaborada a partir de un conjunto de entrevistas].

La experiencia de Babu, aunque íntima y subjetiva, tenía un impacto importante en su comportamiento en la oficina y en la relación con sus compañeros de trabajo. Difícilmente alguien que está tan convencido de que es el presidente de Estados Unidos e incluso Jesucristo puede pasar desapercibido en el desarrollo de una ocupación que supone estar una media de ocho horas diarias compartiendo un mismo espacio y desarrollando funciones de organización. Razón por la que enseguida Babu se vio abocado a la perplejidad de

sus compañeros y más tarde a la más absoluta marginación hasta su baja por enfermedad y su posterior tratamiento psiquiátrico.

De hecho, en relatos como los de Babu se observa que uno de los espacios de mayor rechazo del delirio y de las demás manifestaciones de la locura es precisamente el contexto laboral, núcleo duro de la pragmaticidad que no tolera tales irrupciones. A diferencia de lo que nos ha explicado una antropóloga como Waxler que ha realizado trabajo de campo en zonas rurales de Sri Lanka sobre el papel de la familia y el trabajo en el buen pronóstico de la esquizofrenia, y que explica la flexibilidad de la organización del trabajo ante este tipo de irrupciones, el mundo laboral más industrializado, capitalista o como queramos llamarlo sacude rápidamente la locura al terreno asistencial. Evidentemente, esto no es nuevo. Más arriba hemos visto cómo en la Europa del siglo XV los insensatos que molestaban en el desarrollo de la actividad ciudadana eran recluidos ya fuera en las casas o naves de locos o en los lugares de tránsito. Ahora bien, por qué se produce esta exclusión. Es evidente que la experiencia de Babu adopta formas no aceptadas socialmente, pero ¿contra qué atenta?

Es un lugar común ubicar la locura en oposición a la razón o incluso a la racionalidad, entendiendo la primera como cualidad y la segunda como sistematización de esa cualidad. Frente a esa razón que permite una valoración “correcta” sobre las cosas y que generalmente es definida como una especie de entidad ahistórica, asocial y libre de valores, se opondría el defecto del juicio, la confusión de la realidad interna con la externa, la falta de discernimiento de los deseos subjetivos con el mundo social y físico de las cosas. Ahora bien, el problema es que difícilmente podemos entender que algún contexto social, incluido el de Babu en el momento en que irrumpió su delirio, pueda ser la materialización de esta racionalidad absoluta y un tanto utópica de la que estamos hablando. Más bien, a lo que parece oponerse ese conjunto de fantasías que aparecen en la discursividad de Babu en la forma excepcional de una autorreflexión y autocrítica biográfica es al plano más cotidiano del sentido común, entendiendo éste en los términos que Clifford Geertz ha utilizado en “*Common sense as a cultural system*” (1983; 1994).

En el mencionado artículo, el antropólogo de Princeton define el sentido común como un sistema cultural que se caracteriza por los siguientes atributos o cuasi-cualidades: naturalidad, practicidad, transparencia, asistematicidad y accesibilidad. Vale la pena subrayar, aunque pueda parecer obvio, que se trata de atributos que no son de las cosas, sino atribuciones del sentido común a las cosas. Y es precisamente en el juego de atribuciones o no atribuciones y de interpretaciones de la presencias y ausencias de estas atribuciones

en donde parece definirse la construcción social de la locura en casos como el de Babu. Pero veámoslo más en profundidad.

Geertz subraya que la cualidad más definitoria del sentido común es la que hemos citado primero, la naturalidad, entendiendo ésta en su significado de elementalidad y obviedad. Como es de esperar, esta idea de naturalidad no se aplica al terreno de todas las cosas y representaciones, sino que focaliza su atención en determinadas materias que bajo esta luz aparecerán como evidentes. Aunque Geertz no lo indique, no hay que ser muy perspicaz para interpretar que en el fondo la naturalidad es un atributo de cualquier sistema cultural, pues es lo que permite la construcción de lo que el mismo autor en otro lugar (1987:92) ha definido como el aura de factualidad de los fenómenos; esa condición por la que las representaciones aparecen como inequívocamente reales para los actores sociales. Probablemente una manera de definir tal condición es el principio cultural de que las cosas son como son porque responden a una lógica preestablecida (en tanto que natural) que las legitima.

Pues bien, si analizamos el relato de Babu que hemos introducido anteriormente, y que no es otra cosa que una representación (aunque como toda representación) inexacta de su propia experiencia, observamos que aparecen claramente dos partes más o menos diferenciadas. Una primera en donde los acontecimientos se producen con una lógica similar a la elementalidad del sentido común: si su padre le tortura es normal que como consecuencia esté afectado de “los nervios”, que tenga problemas para concentrarse e incluso que fantasee que es un niño sueco o un gran tenista o futbolista. Al fin y al cabo este tipo de fantasías que Freud (1981:1361) llamó una vez “novela familiar (del neurótico)” (*Familienroman*), como pensar que se es hijo de otros padres, que se ha sido adoptado y fabular a partir de aquí todo un mundo de relaciones familiares, es probablemente inherente a la capacidad imaginativa y performativa de todo actor social, al menos en la misma medida que la neurosis lo era para Freud. Pero esa naturalidad o elementalidad de la historia de Babu queda finalmente rota por una segunda parte que comienza en el segundo párrafo y en donde el lector (que es también actor del sentido común) ya no puede seguirle utilizando la misma lógica interpretativa.

Cuando nos adentramos en ese “Los últimos días de trabajo pensaba tonterías” que abre el segundo párrafo nuestra percepción de Babu va cambiando. Y es que una cosa es un niño que fabula que es sueco y que sus padres son otros y otra muy distinta la carrera que le lleva desde los vítores alucinados del “¡jefe, jefe!” al convencimiento de ser el presidente de todas las multinacionales extranjeras en Barcelona en primer lugar, a que Bush reconozca su inteligencia cediéndole la presidencia de los Estados Unidos en

segunda instancia y, finalmente, a considerarse Jesucristo. Lo que se conoce como delirio introduce al lector en un terreno que destaca por oponerse a la obviedad y naturalidad del sentido común. Lo que alerta a los familiares, afines o vecinos de que un actor como Babu se ha trastornado es muchas veces esa falta de elementalidad o, si se prefiere, esa ruptura con el aura de factualidad del sistema cultural que se produce por la aplicación de una lógica exclusivamente subjetiva a la interpretación de la realidad social. Ante determinadas circunstancias, cabe dentro de las inflexiones del sentido común (o de los sentidos comunes) ver vírgenes y escuchar la voz de Dios o desenmascarar imaginativamente el sentido común desde otros sentidos comunes, o casi deberíamos decir anti-sentidos comunes, como así se hace desde algunos movimientos artísticos de vanguardia. Sin embargo, si algo caracteriza al delirio es precisamente una ruptura persistente con el contexto cultural hasta hacerlo absolutamente inservible. Haciendo uso de la jerga estructuralista, es como si el habla (*parole*) navegase fuera de toda lengua (*langue*), de toda estructura.

La especificidad de la experiencia de Babu también atenta claramente contra el resto de los atributos del sentido común. Su mundo ficcional en donde se convierte en jefe de todas las empresas multinacionales norteamericanas de Barcelona y más tarde en presidente de los Estados Unidos difícilmente puede guardar sintonía con el principio de practicidad. Menos aún podemos acercar la experiencia subjetiva de Babu a las especiales connotaciones de “astucia” y de “capacidad para hacer prosperar los proyectos” que según Geertz deben interpretarse bajo este atributo. De hecho, es tan evidente la imposibilidad práctica de la fabulación de Babu que toda búsqueda de grados de astucia o de habilidad se convierte en una tentativa innecesaria. Y es que en este caso no estamos ante una simple confirmación del axioma de que la esencia de la fantasía es despegarse de todo pragmatismo, sino ante una fabulación construida a partir de una transposición totalizadora de los deseos subjetivos al mundo externo de las cosas.

La confusión entre el deseo y la realidad es también la clave para entender la ausencia en el discurso y experiencia de Babu de otros atributos del sentido común como la transparencia (*thinness* en el original). Si como dice Geertz la transparencia puede definirse con el verso de Butler de que “todo es lo que es y no otra cosa” (“*everything is what it is and not another thing*”) el relato de nuestro informante bien puede resumirse en la idea de que “todo no es lo que es, sino otra cosa”. Una idea que es aplicable a su mundo subjetivo y a su certidumbre de que él no es quien es (un ejecutivo e ingeniero de una multinacional) sino otra cosa (Presidente de los USA, Jesucristo), pero también a

su interpretación de la realidad social, puesto que allí también lo que es (simples transeúntes que visten de azul y blanco) es claramente otra cosa (sus amantes en el caso de las mujeres y sus colaboradores en el caso de los hombres).

En penúltimo lugar tenemos el atributo de asistematicidad (*immethodicalness* en el original) que remite, aunque Geertz no lo diga exactamente así, a la flexibilidad de toda aseveración e idea sobre las cosas, a esa elasticidad, y esto sí que lo dice Geertz, que se descubre en versos como el de Whitman: “Me contradigo a mí mismo, o sea que me contradigo. Yo contengo multitudes” (*I contradict myself, so I contradict myself. I contain multitudes*, en el original). Un principio que es claramente antitético a la experiencia de Babu (aunque no así a la reflexión que le lleva a poder construir el relato de esa experiencia), pues una característica del delirio es la falta de ductilidad, y por tanto la rigidez, del sistema de creencias y convicciones. Porque una vez que la lógica del mundo subjetivo ha sido traspuesta de forma tan totalizadora al mundo externo, toda capacidad de aprendizaje queda anulada en beneficio de una continua autoconfirmación de los propios deseos.

Finalmente nos queda la cualidad de la accesibilidad, que nos diría algo así como que el sentido común es propiedad general de todos los actores sociales, o al menos de una parte importante de ellos, pues como nos indica Geertz “cualquier persona con sus facultades razonablemente intactas puede llegar a conclusiones de sentido común” (1994:113). No es gratuito que el propio Geertz (o su sentido común) nos ofrezca esta oposición entre sentido común y locura, aunque sólo sea como una anotación apresurada y casi inconsciente. La experiencia de Babu, por ejemplo, está tan alejada de los parámetros del sentido común que hasta los contradice. El atributo de accesibilidad es aquí ilustrativo, pues a la comunidad de los juicios, Babu opone una idiosincrasia que si bien no es totalmente intransferible al mundo social, sí que conlleva una dosis importante de inaccesibilidad.

En resumen, en el caso de Babu observamos una artificialidad narrativa y experiencial que se opone a la naturalidad, una fantasía totalizadora que se contrapone a la practicidad, una codificación que se contradice con la idea de literalidad de los fenómenos, una rigidez que replica a la flexibilidad y asistematicidad necesaria para manejarse cotidianamente y una idiosincrasia que limita todo acceso a ella misma por parte del resto de los actores sociales y al sentido común por parte del propio informante. Dicho en otras palabras, la experiencia de Babu rompe con las bases estructurales del sentido común y les opone, si se me permite la expresión, un auténtico sinsentido común.

La modificación de este sinsentido es el objetivo fundamental, aunque

tácito, de las mayoría de los dispositivos asistenciales encargados del tratamiento y rehabilitación de la esquizofrenia. Estos recursos actúan como auténticas escuelas de sentido común que tratan de recomponer, en la lógica del afectado, el aura de factualidad de las acciones y representaciones sociales para que se conviertan en actores solventes. No se trata de que desarrollen algún tipo de visión crítica o reflexiva, sino de que asuman y participen de las convenciones sociales más estereotipadas y normativizadas sin cuestionarlas. De ahí que los terapeutas no consideren oportuno que sus pacientes lean libros de esoterismo, se adhieran a grupos religiosos minoritarios o reflexionen sobre problemáticas abstractas. Sobre este último particular observé una curiosa discusión entre una psiquiatra y su paciente debida a que este último, que había sido diagnosticado de esquizofrenia un año antes, había comenzado a estudiar la carrera de filosofía en una universidad local. Mientras el afectado explicaba su interés por algunas problemáticas que plantea la filosofía sobre el sentido de la existencia o el ser de las cosas, el profesional le exigía que abandonara este tipo de estudios por otros más apegados a la realidad práctica. De esta manera el terapeuta reconducía al afectado, no tanto hacia el terreno utópico de la racionalidad, como al dominio más “elemental”, “práctico” y “accesible” del sentido común.

Las conversaciones que generalmente se adoptan en las sesiones de terapia grupal también muestran una preferencia nada azarosa por temáticas consideradas prácticas y elementales, como los transportes públicos, cómo conseguir un trabajo o el precio de las cosas en el mercado. Uno de los objetivos es recrear una visión de sentido común que pueda ser compartida por los diferentes individuos que participan a partir de los diferentes fragmentos de este sentido que puedan aparecer a lo largo de la sesión y de las orientaciones de los profesionales. Por ejemplo, en una sesión monográfica sobre los transportes públicos que realizaron en una de las instituciones que yo etnografiaba, uno de los afectados (Emilio) afirmó que los autobuses de dos pisos no eran seguros y volcaban continuamente, por lo que se negaba a montar en este tipo de vehículos, y más si llevaban números impares, pues el nació un día, un mes y un año a los que correspondía un número par; por tanto “par” significaba vida e “impar” muerte. En la sesión el terapeuta buscó la respuesta crítica del resto de afectados, quienes colectivamente introdujeron argumentos como que los ingenieros ya tienen en cuenta los requisitos de seguridad a la hora de diseñar los autobuses de dos pisos o que nunca se había volcado un autobús con estas características. Pero como en la discusión comenzaron a aparecer argumentos del tipo “el destino está escrito en los números” o “quién puede asegurarnos que estos autobuses no se volcarán alguna vez”, el profesional

empezó a insistir en que había que ser prácticos y aceptar que si las cosas son como son, es decir si los autobuses de dos pisos circulan por la ciudad, es por algo. De esta manera, el terapeuta orientaba a Emilio a una actitud de asunción de la realidad social y, por tanto, a aceptar el aura de factualidad de las representaciones y artefactos culturales. De hecho, los terapeutas utilizan dos mecanismos para recomponer el sentido común de los afectados. El primero es el sistema explícito de la negociación/coerción con el paciente mediante el uso de lógicas como la de castigo/recompensa. El segundo es la búsqueda de una identificación de los afectados con los juicios de los propios terapeutas que, como es evidente, representan aquí la voz del sentido común. Hay que subrayar que ambas tácticas son de éxito muy limitado debido a la tendencia de los afectados a la desrealización y a la construcción de sentidos que más que comunes son idiosincrásicos. Sin embargo, estas tácticas conforman, junto a la psicofarmacología, los únicos sistemas de control y contención de los comportamientos e ideas asociados a la esquizofrenia.

En las sesiones grupales, la táctica de la identificación se lleva a cabo mediante la motivación a los pacientes para que respondan y contradigan aquellas afirmaciones que no son consideradas prácticas y de sentido común, como aseverar taxativamente que los autobuses de dos pisos vuelcan o, como apuntaba otro de mis informantes, que hay barcos pagados por el Estado que están encargados de almacenar homosexuales y disidentes para después abandonarlos en alta mar. Una simple mirada por parte del terapeuta a aquellos pacientes a los que considera más “recuperados”, y que en términos prácticos son aquellos que suelen hacer juicios más cercanos al sentido común, puede servir para que éstos inicien una serie de comentarios críticos cercanos a las expectativas del terapeuta. De esta manera se establece entre el conjunto de los afectados una jerarquía de proximidades al terapeuta que busca obediencias pero también mimetismos. Pero para que ello funcione, el terapeuta tiene que establecer previamente una relación de transferencia o idealización que es absolutamente necesaria para que los afectados se identifiquen con sus intereses -¿o quizá deberíamos decir deseos?-, pues sin este vínculo no se puede utilizar el recurso del “profesional decepcionado” ante los juicios y conductas bizarros de los pacientes.

En las sesiones individuales no se puede contar con la ayuda de otros pacientes que ejerzan de voz vicaria del terapeuta, pero sí con los fragmentos de sentido común del afectado, así como con la posición del terapeuta ejerciendo de sujeto y personificación de este sentido.

Por otro lado, es indudable que toda aceptación del sentido común por parte de los afectados debe partir de una crítica de sus propios delirios y fan-

tasías. La constatación de mejoría clínica o la más cuestionable “curación” de la esquizofrenia pasan por el reconocimiento por parte del profesional de que se asumen juicios de sentido común y de que éstos son llevados a prácticas cotidianas como coger el autobús, mantener la higiene personal y plantearse metas alcanzables. Además, claro está, de constatar que el afectado ha superado su tendencia al delirio y a la “desrealización”, pues si no es así es obvio que continuará pensando, tal como hacía Babu en sus momentos más álgidos, que le van a ceder la presidencia de los Estados Unidos o que ha sido escogido para ayudar a toda la humanidad. De hecho, los centros psiquiátricos se convierten en escenarios de continua lucha entre la desrealización y el sentido común. Una desrealización que reafirma a los profesionales en el sentido común y un sentido común que demuestra la arbitrariedad de su estructura cuando se opone a la desrealización. De ahí, probablemente, tanto los grandes mitos sobre la genialidad y sutileza crítica de la locura contra el orden establecido, como gran parte de las críticas de los tratamientos psiquiátricos como sistemas coercitivos.

## COMUNIDAD Y SOCIEDAD

Una de las consecuencias de la tendencia de las personas con esquizofrenia a la desrealización es su abocación a una carrera de exclusión y aislamiento. Si tal como planteó Goffman en *Internados* (1988), entendemos los itinerarios de nuestros informantes en términos de carreras morales articuladas en etapas de prepaciente, paciente y postpaciente, observaremos que una constante en este caso es la pérdida, durante estos trayectos, de gran parte de la red social previa. Por mis datos, esto es válido fundamentalmente para los vínculos de amistad y compañerismo, y no así para las relaciones familiares más directas, que incluso pueden intensificarse, pues los ascendientes de los afectados pueden tomar una actitud de mayor tutela, incluso hasta el punto de generar esa situación que los psicólogos denominan sobreprotección. Sin embargo, el estigma que acompaña a los comportamientos originados a partir de experiencias como el delirio y las alucinaciones ejerce un papel claramente limitador de las relaciones extrafamiliares.

Es importante matizar que el proceso de pérdida de red puede haberse iniciado a partir del primer ingreso hospitalario o, por el contrario, haberse generado de forma progresiva durante los meses y años previos a la hospitalización. Esta última situación es típica de aquellos casos de esquizofrenia que previamente a su diagnóstico han mostrado una

fenomenología negativa y, por tanto, una tendencia a la apatía y el retraimiento que ha debilitado las redes de relaciones. En esos casos el aislamiento se inicia, así, ya en la etapa de prepaciente.

**Tabla 4**

**Valores medios de las redes sociales de los informantes (n=18).**

	<b>VF</b>	<b>VAE</b>	<b>VAR</b>	<b>D</b>
<b>Media</b>	<b>5.3</b>	<b>2.5</b>	<b>0.8</b>	<b>0.95</b>

**Nota:** VF (Vínculos familiares), VAE (Vínculos de amistad evocados), VAR (Vínculos de amistad reales), D (Densidad de la red).

**Fuente:** Elaboración propia.

Sin buscar una muestra estadísticamente representativa de todo el universo de los afectados por una esquizofrenia en Barcelona, durante mi trabajo de campo analicé la estructura y funcionalidad de las redes de dieciocho de mis informantes. Algunos de los resultados están presentes en la Tabla 4, en donde se puede observar que la composición de las redes en lo que respecta a las relaciones de amistad muestra una media de 2.5 vínculos, mientras que las relaciones familiares (parientes y afines) mantienen una media más elevada (5.3). Estos datos fueron recogidos mediante entrevista directa a los propios afectados, y es preciso subrayar que en el propio proceso de pregunta/respuesta se advertían algunos fenómenos interesantes. Por ejemplo, llamaba la atención que si bien los informantes eran preguntados sobre el número de relaciones de amistad con el que contaban en el momento de la entrevista, las respuestas tendían a evocar vínculos existentes en el pasado que ya no persistían. De esta manera, los informantes contabilizaban, e imaginariamente reactualizaban, aquellas relaciones del pasado, a pesar de que se tratara de amigos que no veían desde hacía años o con los que hacía tiempo que mantenían una simple relación de saludo cuando se encontraban en la calle o en un transporte público. El mantenimiento imaginario de esas relaciones era, además, fácilmente discernible cuando se le preguntaba por el último encuentro o contacto que habían tenido con estos ex-miembros de su red. No sé hasta qué punto se podría hablar de una “novela relacional” de la esquizofrenia similar a la “novela familiar del neurótico” de Freud que hemos citado antes, pero sí creo que la fabulación sobre la persistencia de estas relaciones actúa como un claro indicador del proceso de exclusión al que han sido abocados la mayoría de mis informantes, así como una actitud de resistencia de los afectados ante este proceso.

Si comparamos, tal como aparece en la Tabla 4, el número de relaciones de amistad existentes y el número de relaciones evocadas la diferencia es

evidente. Frente a una media de 0.8 para las primeras tenemos una media de 2.5 para las segundas. Generalmente aquellos actores que tienden a evocar más relaciones mantienen también una red mayor y al revés. Esto puede parecer contradictorio si partimos de la idea de que los individuos con menor red deberían ser los que desearan un mayor número de relaciones. Sin embargo, parece lógico que los afectados que desean establecer más vínculos sociales de amistad sean también los que lleven tal actitud a la práctica en sus interrelaciones cotidianas. Además, los actores con más red son también los que muestran desde el punto de vista clínico más síntomas positivos, mientras que de forma esperada aquellos que presentan una fenomenología de tipo negativo evocan y mantienen un menor número de relaciones. Este último resultado es bastante obvio, pues el propio retraimiento es entendido como un síntoma negativo de la esquizofrenia.

Generalmente, el establecimiento de relaciones de amistad fuera de las instituciones psiquiátricas es bastante excepcional entre nuestros informantes. Esto se debe a la pérdida de red que se produce en la etapa de paciente o de prepaciente. Pero lo importante aquí es que difícilmente esta red puede ser recuperada o recompuesta con actores nuevos que no estén vinculados a las instituciones psiquiátricas. De hecho, el papel de la institución es en gran medida el de actuar de soporte social de este tipo de afectados.

El modelo de partida de muchos centros asistenciales dedicados a la rehabilitación psicosocial, como los centros de día, los talleres protegidos o las residencias asistidas, es el de crear, al margen de la habilitación para desarrollar pequeños trabajos, una red que genere apoyo social para los afectados. Desde la mañana hasta la tarde los usuarios de estos dispositivos trabajan en el taller, toman el café juntos, asisten a las sesiones individuales o grupales con los terapeutas, ven una película o juegan al parchís. La pérdida de red queda así mitigada por la vida social de la institución que ofrece nuevos tipos de relaciones. Estos tipos no son homogéneos, pues oscilan entre la reciprocidad (relaciones con otros afectados) y una jerarquía de carácter redistributivo<sup>2</sup> (relación con los terapeutas, monitores, administrativos, etc.), pero en términos estructurales producen un efecto similar en todas las instituciones: la creación de una red basada en las relaciones cara a cara y en el modelo estructural de la alta densidad, entendiendo por densidad o intervinculación de la red la *ratio* o razón resultante de la división entre el número de relaciones existentes y el número de relaciones potenciales. Por ejemplo, en una red con veinte actores en donde todos interactúen entre sí la densidad adquirirá su

---

2 Como ejemplo de aplicación de los conceptos de reciprocidad y redistribución en antropología médica véase el excelente trabajo de Josep Canals sobre grupos de ayuda mutua (1996).

valor máximo (1), mientras que en una supuesta red donde sólo la mitad interactúen entre sí la densidad será de 0.5. Debido a que estamos hablando de contextos institucionales en donde la mayoría de los actores se conocen e interactúan entre sí podemos afirmar que la densidad en estos casos guarda una clara tendencia a su máximo exponente<sup>3</sup>.

La estructura de alta densidad recuerda al modelo de organización social que en ciencias sociales, por lo menos desde Tönnies, se conoce como “comunidad”. En su famoso texto titulado *Gemeinschaft und Gesellschaft* (1982), y que ha sido traducido por comunidad y sociedad pero también por comunidad y asociación, el sociólogo alemán distinguía entre estos dos tipos ideales. El primero, la comunidad, es la base de toda vida social, pues surge de la voluntad natural o *Wesenwille*. Se asocia a las relaciones familiares o de parentesco, a la vida de la aldea y el pueblo, a la costumbre, al status adscrito y también a la afectividad, al derecho consuetudinario y al localismo. Contrariamente, la *Gesellschaft* o sociedad debe entenderse como un artefacto, un agregado mecánico dice Tönnies (1982:35), ya que su origen es el de la voluntad racional o *Kürwille* y sus atributos la vida urbana, la lógica del Estado, el comercio, la neutralidad afectiva, el derecho estatutario, la convención, el individualismo y también el universalismo.

Desde orientaciones psiquiátricas muy diversas se ha entendido que el modelo de comunidad es beneficioso para la rehabilitación de los afectados por trastornos como la esquizofrenia. No se trata de una reflexión que se haga explícita, sino que es una premisa generalmente tácita que es llevada a la práctica mediante programas de rehabilitación psicosocial basados en el fomento de redes de alta densidad y las relaciones cara a cara. Aunque nunca las haya visto explicitadas, existen algunas razones lógicas de tal presunción, como que las redes de alta densidad o tipo *Gemeinschaft* orientan a los actores a la sociabilidad, porque limitan los espacios de retraimiento y anonimato. Contrariamente, las redes de baja densidad, basadas en mayor medida en las relaciones impersonales, amplifican los espacios de anonimato y establecen una lógica de comportamiento que favorece el individualismo y el aislamiento. Además, de los resultados de algunos estudios transculturales de la OMS, como son el EPIE y el DOSMD (Véase el Capítulo 1), se ha deducido que la existencia de un mejor pronóstico de la esquizofrenia en las sociedades no industrializadas podría estar asociada con la preeminencia en estos contextos de modelos organizativos tipo *Gemeinschaft* que favorecerían la reinserción

---

3 En la Tabla 4 se indica que la densidad media de las redes de mis informantes es de 0.95 y, por tanto, muy cercana al valor máximo. De hecho, en los análisis individuales nunca descubrí en este colectivo una red cuya densidad fuera inferior a 0.7.

social del afectado. Sin embargo, tal presunción parte de la premisa universalista de que una red de alta densidad cumple siempre una función positiva al margen de su contexto social de referencia; y esto, evidentemente, es un procedimiento claramente erróneo.

En un estudio publicado a finales de los ochenta, el llamado *University of British Columbia Markers and Predictors of Psychosis Study*, Erickson et al. han mostrado en una cohorte urbana de Canadá cómo los pacientes que presentan unas redes densas y caracterizadas por un mayor involucramiento familiar tienen un peor pronóstico, mientras que aquéllos cuya red social es menos densa y esta formada por menos familiares y más relaciones de amistad exhiben un mejor pronóstico (Erickson et al. 1989:1456). Un estudio interesante que expresa, en el contexto de una sociedad urbana, cómo las redes sociales de alta densidad pueden tener un efecto adverso en el curso de la esquizofrenia. De hecho, los afectados con redes muy densas en contextos urbano-industriales suelen tener un peor pronóstico. Contrariamente, en estos mismos contextos se observa que las redes más ricas y a la vez menos densas se convierten en un predictor de buen pronóstico, sobre todo si están compuestas por relaciones de compañerismo y amistad (Erickson et al., 1989).

En el fondo, estos datos lo que nos demuestran es que la pertinencia de la red con respecto a su contexto es lo que está teniendo implicaciones positivas en el curso de la esquizofrenia. Dicho en otras palabras, los afectados que en un marco tradicional y preindustrial tienen una red densa están representando el tipo generalizado de red de su contexto. De la misma manera, los usuarios con redes dispersas en áreas urbano-industriales también están coincidiendo con el prototipo de red de su entorno. Es por tanto lógico que en ambos casos se produzca un mejor curso de la enfermedad, aunque no sepamos qué fue primero; esto es: si el mejor pronóstico permitió construir una red más cercana a la estructura de relaciones estándar o la red fue la causa de un mejor pronóstico. Pero sea la red la causa o la consecuencia del pronóstico, lo que sí está claro es que la potenciación de las redes a partir de programas de rehabilitación psicosocial debe tener en cuenta el contexto social particular en el que se inserta el afectado. No cabe crear redes de alta densidad en donde se requiere una red más dispersa y similar al modelo de la *Gesellschaft*, pues en este caso los afectados establecerán estructuras de interacción inadecuadas para su inserción y rehabilitación psicosocial. Y es que el significado y función de una red, como el significado de un guiño o de un gesto, no es un atributo universal, sino un fenómeno claramente relativo a su contexto local.

# EL LENGUAJE

“En todo análisis de la relación intersubjetiva, lo esencial no es lo que está ahí, lo visto. Lo que es la estructura, es lo que no está ahí.” (Lacan 1988:327).

## EL DELIRIO

Una tarde de octubre de 1991, Silvio, uno de mis informantes, me entregó un papel en el que estaban escritas con letra clara y mayúscula unas cartas que supuestamente él había dirigido a una serie de destinatarios. Se trataba de cuatro cartas de diferente extensión perfectamente ordenadas y catalogadas con los encabezamientos de CNP-300/A, CNP-300/B, CNP-300/C y CNP-300/D. Transcribo a continuación, con puntuación y acentuación incluidas, estos textos.

**“BARCELONA, 25 DE SEPTIEMBRE 1991  
CNP-300/A /A JOE LOMANGINO**

SE ACERCA FINALES MAYOR VENIDERO, EN QUE TENDRA LUGAR LA CURACION DE LOS ENFERMOS, QUE CON FÉ, CURARAN SEGUN SE ANUNCIO.

SU OFERTA DE SEGUIR CIEGO PARA EL BIEN DE LA HUMANIDAD, ES LOABLE, ES MERITORIA. PERO CON LOS DATOS QUE TENGO, SE DEMORARA HASTA EL 98 0 99, QUE LA GENTE CON LAS PROMESAS DEL ANTICRISTO VOLVERA A LA CORRUPCION ACTUAL. ASI QUE ES NECESARIO ANTE LA PREMURA DE LOS ACONTECIMIENTOS, SEISMOS DE SAN DIEGO Y SOBRETODOL EL DE SANTA BARBARA, EVACUAR ESTA CIUDAD, PUES, POCOS DIAS O HORAS, SEGUIRA EL BIG BANG, HUNDIENDOSE, TRAS 30 MINUTOS, EN EL PACIFICO. SUS SEÑAS, ME LAS PROPORCIONO NUESTRO COMUN AMIGO P. BENAC, QUE CONOZCO HACE TIEMP. ES EL BIG BANG.

FINALIZO, ROGANDOLE PERSUADA A ALICE FAYE, Y SOBRE TODO EVACUEN LOS ANGELES LORETTA YOUNG AMIGA SUYA; GLENN Y PETER FORD. TAMBIEN LA DANESA. LAS SEÑAS DE ESTOS, SE LAS PUEDE PROPORCIONAR EL OBISPO DE ESA FRANCISCO GARMENDIA. EL TELEFONO QUE TENIA, CUANDO LE LLAME ERA 212-589-9867. LAS SEÑAS DE RAMON ANDREU ERAN 213-383-8206. AL LADO VERA MIS MISIVAS A GARMENDIA Y RAMON ANDREU. FINALIZO CON UN FUERTE ABRAZO.

POSTDATA: ADJUNTE EN LA SUYA DE CONTESTACION LAS SEÑAS

POSTAL DE RAMON ANDREU Y LAS DE GARMENDIA. GRACIAS.

**CNP-300/B/A SANCHEZ VENTURA.**

QUERIDO AMIGO: EXISTE UN SEÑALADO NEXIALISMO, ENTRE LAS PRISAS QUE TUVISTEIS EN GUADALAJARA TUS AMIGOS Y TU MISMO, CON LAS PRISAS DE DEJAR TODO, QUE DEBEIS DE TENER TODOS, CON EL SEISMO DE STA. BARBARA. UN ABRAZO DE [Firma legible con su nombre].

**CNP-300/C/A RAMON ANDREU. S.I.**

QUERIDO AMIGO; POR LAS PRECEDENTES CNP PONGO EL TEL. DE GARMEDIA Y DE LOMANGINO 516-385 9022. LE RECUERDO ME REGALO UN ESTAMPA DE SU HERMANO LUIS. DESDE EL CIELO, SU MADRE RECIBIRA CON AGRADO SU INTERES. [Firma con iniciales]

**CNP-300/D/AL OBISPO GARMENDIA**

RUEGO A SU ILUSTRISIMA SU INTERES. ES UNA INFAMIA, QUE EL 666 FIGURE CON LETRAS DE 20 METROS EN SU TEJADO, SUPERANDO LAS CRUCES DE TODO NEW YORK, DESDE ROCKEFELLER CENTRE. RUEGO SU INTERES EN CONTACTAR CON LOS DESTINATARIOS DE 300/A, 300/B Y 300/C.

QUEDA POCO TIEMPO Y ENTRE OTRAS COSAS, HAY QUE AVISAR URGENTEMENTE; LAUREN BACALL, JACINTA DE GARABANDAL Y SU ESPOSO MARINE-USA Y A DORIS DAY.BESO SU PASTORAL ANILLO. [Firma legible con su nombre].”

Hay varias cosas que llaman la atención de tan sorprendente correspondencia, como las personas a las que alude (y entre las que se cuentan nada menos que Doris Day, Lauren Bacall y Glenn Ford), la manera en que se mezclan ficción cinematográfica (o televisiva) y realidad, o los cataclismos que se anuncian (seísmo de Santa Barbara, Big Bang, etc.). Sin embargo, la característica que parece definir para el lector esta cadena de cartas, más allá de sus llamativos personajes e historias de diabólicas conspiraciones, es su inverosimilitud. Una inverosimilitud, por cierto, nada corriente, pues se aleja de las formas convencionales de construcción de la realidad y también de la ficción.

En primer lugar, parece claro que la inverosimilitud que contienen estas cartas no responde a un forma colectiva y consensuada de producción cultu-

ral de la fabulación y de la fantasía. Me refiero a esa inverosimilitud calculada que contienen algunas elaboraciones como los mitos o las leyendas, en donde también podemos encontrar una antología de personajes, seres y acontecimientos que, podríamos decir parafraseando a Lévi-Strauss, ponen en marcha transformaciones inusitadas de la estructura. A diferencia de este tipo de producciones culturales que adquieren un status de realidad compartida, el texto de Silvio muestra un grado importante de elaboración subjetiva. Y es que si bien es innegable que algunos elementos que componen la historia son claramente colectivos, la manera en que se articulan estos elementos responde más a una lógica particular que a esa construcción social de la realidad que tan bien han analizado Berger y Luckman. Piénsese que cuando estos autores hablaban del proceso de institucionalización que caracteriza toda vida social tomaban como referencia mínima la existencia de una relación *via-à-vis*, o, en su defecto, la posibilidad de un individuo aislado pero plenamente socializado, de tal manera que él mismo representaba, incluso en solitario, un arsenal aprendido de normas y convenciones sociales (1984:79). Contrariamente, las elaboraciones de Silvio no son compartidas por nadie más, ni por sus compañeros, ni por sus parientes y afines, ni por sus vecinos, ni por el etnógrafo. Los números de teléfono que apunta en sus cartas sólo existen en su imaginación, aunque obstinadamente, y ante la incredulidad de algunos de sus interlocutores, como el que esto escribe, él afirme que sus propietarios hablan con él desde el otro lado del aparato. Por otro lado, personajes como Joe Lomangino o el Obispo Garmendia desde cuya casa se observa ese enorme y diabólico 666 que supera las cruces de toda Nueva York son claramente fabulaciones subjetivas. Bien es cierto que algunos elementos de su discurso son empírica o ideológicamente reales, entendiendo la realidad como socialmente construida. Me refiero al Rockefeller Center, a Nueva York, a la categoría Obispo en genérico o incluso a la manera angloamericana de disponer los números de teléfono creando dos grupos de dígitos, uno de tres seguido de otro de cuatro. Lo mismo podemos decir para otros elementos como San Diego, New York, los seísmos, el Anticristo, el triple seis o la idea de que los muertos van al Cielo. Ahora bien, la articulación que adquieren todos estos elementos en el discurso de Silvio no responde a ninguna lógica compartida. Dicho quizá con más precisión, es como si una serie de fragmentos de imágenes y elaboraciones culturales hubieran sido articulados a partir de una lógica claramente subjetiva.

Tampoco la inverosimilitud que se desprende de estas cartas parece responder a aquella que muestran algunas formas representativas que en el fondo son códigos ocultos o metáforas o simbolizaciones que hablan de una cosa

mientras aparentemente hablan de otra. Me refiero a esa inverosimilitud calculada, y por tanto en el fondo falsa, que se evapora una vez que se trasciende el sentido literal del lenguaje, como cuando se resuelve un jeroglífico, un mensaje en clave o cuando un texto en principio absurdo cobra vida una vez que se conocen las claves que lo dotan de sentido. Por ejemplo, imaginemos por un momento que cuando Silvio dice que evacúen Los Angeles individuos como Loretta Young, Glenn y Peter Ford y la danesa se está refiriendo a una serie de activistas políticos en la clandestinidad de Barcelona que deben abandonar la ciudad para evitar su captura por la policía, que no es otra cosa que el seísmo de Santa Barbara. Incluso el seísmo ya acontecido de San Diego puede significar que ya hubo una redada con anterioridad. El Obispo Garmendia, por su parte, podría referirse al organizador o al enlace de esa supuesta organización política y los personajes a los que debe avisar urgentemente (Lauren Bacall, Jacinta de Garabandal y su esposo marine-USA, y Doris Day) pues “queda poco tiempo” nombres en clave de activistas de la misma red. Incluso la alabanza dirigida a Joe Lomangino que se desprende de la frase “SU OFERTA DE SEGUIR CIEGO PARA EL BIEN DE LA HUMANIDAD, ES LOABLE, ES MERITORIA” podría interpretarse en términos de que ciego es en el fondo mudo y el bien de la humanidad la continuidad de la organización.

Efectivamente, podemos establecer una interpretación de este tipo del texto que tenemos ante nosotros; una interpretación que además eliminará la angustia de no saber que significan estas cartas que en el fondo no son cartas pues nunca fueron enviadas. Sin embargo, hay un problema de fondo que imposibilita o al menos hace poco rentable esta interpretación: nuestro informante no es ningún activista político ni es perseguido por la policía ni está en contacto con un red formada por individuos con alias como Joe Lomangino u Obispo Garmendia. Dicho brevemente: falla el contexto. Incluso el postmoderno más habituado a defender la apertura de los textos a un sinnúmero de lecturas y exégesis posibles reconocería sin mucho esfuerzo que la interpretación del código oculto es aquí poco rentable.

Una tercera opción, diferente a la hipótesis de la inverosimilitud compartida y a la del mensaje en clave, es que el texto de Silvio constituya una simple elaboración narrativa. Su historia de misterio podría ser algo tan sencillo como una representación literaria elaborada con un propósito lúdico y/o estético. Incluso los pasajes más incomprensibles podrían ser interpretados como el resultado de algún artificio narrativo desarrollado por el autor, en la misma línea de obras literarias como *Finnegans Wake* que no sólo destilan ficción e idiosincrasia, sino también inaccesibilidad. Sin embargo, también hay elemen-

tos que están en contra de la teoría de la obra de ficción. Y es que falla uno de los requisitos básicos para que esta hipótesis pueda prosperar: Silvio afirma que el texto responde a una realidad experiencial y vivida por él mismo y no a una ficción narrativa. El anunciado fin del mundo, las artimañas del Anticristo de disponer tres seises de veinte metros de altura en Nueva York, Alice Faye, Loretta Young y Glenn y Peter Ford que deben evacuar inmediatamente Los Angeles son acontecimientos y personas que forman parte de su existencia cotidiana. El confirma e insiste en la autenticidad de lo que se dice en estas cartas y no se le ocurre que puedan ser objeto de una interpretación que considere estos textos como alegorías, metáforas, mensajes en clave o historias noveladas. Las cartas significan lo que significan, sin elucubraciones ni artificios. Su sentido literal es el adecuado. Es más, él defiende de forma encendida la literalidad de lo que en ellas se dice y se enfada y grita ante cualquier gesto de incredulidad.

Tenemos así una producción que no responde a las convenciones sociales aunque esté elaborada a partir de algunos de sus fragmentos, que tampoco es un mensaje en clave que hable de otra cosa sin nombrarla y que no responde a una simple maniobra narrativa o a una forma subjetiva de construcción de la ficción, ya que el autor defiende con firmeza la literalidad textual y también vivencial de lo que allí se está diciendo. En definitiva, estamos ante un texto biográfico y, por paradójico que pueda resultar, a la vez inverosímil; y en esa confluencia de experiencia e inverosimilitud se adivina la estructura de una forma peculiar de discurso: el delirio.

## ESTRUCTURAS

Al final del volumen I de su *Seminario*, concretamente en el subcapítulo dedicado al orden simbólico, Jacques Lacan muestra una inclinación sin fisuras por un visión estructuralista del lenguaje (1988:321-340). A diferencia de algunos planteamientos conductistas basados en lo que él llama argumento de rodeo sobre la parte, el psicoanalista francés sugiere la perspectiva inversa de que la estructura es anterior a la parte. En otro de sus textos, “De la lectura de Freud”, llegó a decir “Es evidente que mi perra puede hablar, e incluso que al hacerlo se dirige a mí. Pero que, al faltarle el lenguaje, cambia todo” (1984:15).

Si es posible entender el habla sin lenguaje, ciertamente la perra de Lacan le hablaba. Pero fuera de toda efectismo o habilidad expresiva, a lo que refiere Lacan es a que el lenguaje no es el resultado de un avance parcial del pensa-

miento como puede ser la sustitución de un redondel por el sol o la palabra elefante por un elefante, sino consecuencia de una estructura previa que no es otra cosa que la capacidad de simbolización. Es absurdo, así, entender que un símbolo pueda existir aisladamente, pues el “símbolo sólo vale en la medida en que se organiza en un mundo de símbolos” (1988:328).

Desde la visión estructuralista, la articulación de esta estructura que podemos llamar simplemente lenguaje ha sido definida a partir de la existencia de dos planos lógicos: el plano sintagmático y el plano paradigmático. El primero es el nivel de contigüidad y concatenación del lenguaje, de alineación y de articulación sintáctica. El segundo es la dimensión relacional de las categorías o unidades del lenguaje a partir de una lógica de sustitución, de asociación a partir de criterios de similitud/diferencia y también de elección y competencia. Ambos planos actúan siempre de forma coordinada, pues hasta cierto punto podemos pensar que constituyen respectivamente el tiempo (contigüidad sintáctica) y el espacio (enciclopedia) del lenguaje.

Estos dos planos, que también pueden entenderse como operadores lógicos, han sido asociados por diversos autores estructuralistas con otras parejas de conceptos, como metonimia y metáfora por Jakobson (1981:134) y Lévi-Strauss (1984:300), signo y símbolo por Leach (1989:22), desplazamiento y condensación por Lacan (1981:317) o, de forma menos sistemática, acontecimiento y estructura por Lévi-Strauss (1986:46)<sup>1</sup>. El texto de Silvio, como todo texto, sería el resultado de la combinación de estos dos planos, aunque en este caso algo resulta visiblemente peculiar, tanto en lo que respecta a los contenidos, como a su estructuración.

Una de las características que se observa en el discurso de los individuos afectados de una esquizofrenia es una tendencia a la introducción de diversas y sorprendentes asociaciones e, inversamente, una dificultad para la articulación lineal del lenguaje. Es como si el plano paradigmático estuviera hiperactivado inundando constantemente el habla con infinidad de sinónimos, neologismos y aliteraciones inesperadas. Contrariamente, el plano sintagmático o de concatenación del lenguaje aparecería hipoactivado produciendo lo que tempranamente Cameron (1944:110) definió como discurso asindético o carente de vínculos de contigüidad, así como una presencia recurrente de

---

<sup>1</sup> La relación conceptual que establece Lévi-Strauss entre plano sintagmático/acontecimiento y plano paradigmático/estructura es discutible, pues supone decir que el orden de contigüidad y combinación (plano sintagmático) del lenguaje no es anterior al acto del habla sino que se constituye en el propio “*parole*” (habla). Sin embargo, la posibilidad de articulación del lenguaje en cadenas significantes y significativas (el orden sintagmático) es tan anterior al acontecimiento como el plano paradigmático. Incluso podríamos decir que es el tiempo en potencia de la estructura de la misma manera que el orden paradigmático es el espacio “incorpóreo” del lenguaje.

fugas, bloqueos, repeticiones y descarrilamientos.

Durante mi trabajo de campo realicé entrevistas a diferentes informantes cuyos resultados permiten mostrar esta disfunción en la estructuración del habla. A uno de ellos, Domingo, le pregunté por la tarea que desarrollaba en el taller de rehabilitación psicosocial en donde se encontraba y que consistía en el montaje de rotuladores. Su respuesta fue la siguiente:

“Sí, rotuladores, rotuladores...rotuladores. Haces así [expresa con las manos la acción de montar un rotulador introduciendo la carga en el plástico], haces así y ¡pap!, ¡pap!, ¡pap! Haces así y ¡pap! Rotulador ¡pap! Rotulador ¡pap!.

De hecho, Domingo mostraba una necesidad de fuerte apoyo gestual en la explicación de procesos lineales y temporales simples, como es el montaje de rotuladores. Asimismo, establecía en su discurso gran cantidad de reiteraciones, como también lo hacía otro de mis informantes, Javier, cuando me comentaba las cualidades y defectos de una pala de ping-pong. En este caso su dificultad se materializaba a la hora de expresar cómo las características de este objeto podían tener una incidencia en un buen juego. Decía así:

“Esta es la más rápida porque ves, tiene, tiene, tiene relieve. Es la mejor para, para, para, para un partido, eso para un partido rápido...pero ves, es difícil de gi..., difícil de girar [representa mímicamente] para la muñeca. Es difícil girarla, es difícil girarla.”

Ante estas dos citas se puede pensar que el discurso en la esquizofrenia viene ligado exclusivamente a la reiteración, el bloqueo y la pausa. Sin embargo, esto no es siempre así, sino principalmente cuando se trata de expresar procesos sencillos o series lineales de hechos y acontecimientos como los dos ejemplos aquí presentados. Es más, cuando el discurso de los afectados adquiere una estructura delirante, las pausas y los bloqueos pueden dejar paso a una veloz libertad asociativa y a ese proceso que ha sido denominado sobreinclusión y que refiere a la interpenetración continua de categorías y significados. Este es el caso de Ernesto, que ante su experiencia alucinatoria de voces que le insultan responde de la forma siguiente:

“¡No me toque! ¡No me toque! ¡Son todos una panda de...! ¿Quiere que se lo diga claro y conciso? El otro día llama una mujer a mi puerta: ¿Puedes darme algo que estoy en paro? Porque éstos se dieron un morreo el otro día. Yo creía que eso de la cultura tenía que ver con la agricultura. Buenas tardes”.

En las palabras de Ernesto se observa un curioso fenómeno. En principio estamos ante un proceso de descarrilamiento del discurso que actúa fundamentalmente en el domino sintagmático y que se materializa en un ritmo

entrecortado. No obstante, esto no genera aquí un bloqueo continuo o una serie de pausas y reiteraciones tal como se observaba en las citas de los otros dos informantes. Más bien el bloqueo es sustituido en este caso con un plano asociativo y paradigmático que está funcionando a un ritmo trepidante. De la increpación a una serie de interlocutores (entre los que se cuenta el etnógrafo), el informante se traslada a la descripción de un acontecimiento del pasado reciente (“El otro día llama una mujer a mi puerta”, “Porque éstos se dieron un morreo el otro día”), para terminar con una aliteración inesperada que sitúa en un mismo nivel semántico la cultura y la agricultura. Es como si el plano paradigmático pasara a dominar totalmente la construcción de la discursividad e interrumpiera su secuencia sintagmática con continuas asociaciones establecidas por la enciclopedia del informante; de tal manera que mientras las categorías empleadas son convencionales, pues aquí no aparecen neologismos, no así su estructuración.

Es importante anotar que la discursividad con bloqueos y la existencia de un habla con un gran componente paradigmático o asociativo pueden convivir en el mismo sujeto y en el mismo discurso. Por ejemplo, Domingo, el mismo que explicaba el proceso de montaje de rotuladores, narraba en los siguientes términos la experiencia de su enfermedad:

“Esto es un viento, un viento. Tú me entiendes. Es un viento. Te vas encerrando en ti mismo, encerrando en ti mismo. No voy a enrabiarme contigo porque estés comiendo un bocadillo. No. Es de niños. Es un viento. Pierdo el interés, pierdo el interés en ver Tele 5. Un día te viene un viento. Hay dos vidas y yo estoy en la segunda.”

Aquí se combinan de forma visible la reiteración, que supone un cierto grado de bloqueo, y el desarrollo de una libertad asociativa que sustituye las pausas y permite superar las reiteraciones, aunque al precio de una discursividad asindética en donde Tele 5, los bocadillos, el viento y la segunda vida son dispuestos juntos.

Hasta cierto punto podemos pensar que la otredad de esta conjunción no es muy diferente a otras inflexiones de la estructura, como aquellas que citaba Foucault en el prefacio de *Las palabras y las cosas*. Por ejemplo, allí se hablaba de una cierta enciclopedia china que clasificaba a los animales en términos ciertamente exóticos: pertenecientes al Emperador, embalsamados, amaestrados, lechones, sirenas, perros sueltos, dibujados con un pincel finísimo de pelo de camello, que acaban de romper el jarrón y un largo etcétera (Foucault, 1988:1). Un inventario de categorías que en apariencia puede resultar parecido en su arbitrariedad a Tele 5, el viento, el bocadillo y la segunda vida. Ahora bien, la enciclopedia china que cita Foucault, y que por cierto él extrae de un

cuento de Borges, no puede situarse en un nivel isomórfico a la enciclopedia de Domingo, ya que mientras es cierto que ambas son arbitrarias, la arbitrariedad de esta última no es ni cultural ni ficcional, sino idiosincrásica.

Un fenómeno que alimenta la posibilidad de construir una arbitrariedad idiosincrásica es la especial asociación que se establece entre el mundo interno de los afectados y el mundo externo de la realidad objetiva. Por ejemplo, escuchemos a otro de mis informantes, Ramón, que expresa en los siguientes términos el momento en que fue consciente de su enfermedad:

“Un día viendo la película de Fama yo estaba llorando y el chico de la película también lloraba y empezó a llover en la película y después a llover en Barcelona, y llovía en toda España, y cuanto más lloraba más llovía, y ese día llovió más que nunca en toda España. Entonces una paloma empezó a volar [en la película] y yo pensé: ¡Dios me pille confesao! Estoy enfermo.”

En esta cita se hace presente ese principio de indiscriminación de la experiencia subjetiva con la realidad objetiva, de la realidad con la ficción y del deseo con el mundo externo que ya se vislumbraba en los textos de Silvio. Ahora bien, lo que nos interesa en este punto es la manera en que se establece la identificación entre lo interior y lo exterior, y el texto de Ramón es ejemplar para este propósito. En primer lugar se genera una asociación entre realidad y ficción televisiva a partir del mimetismo que despierta un acto como llorar: el afectado llora y el personaje de la serie también lo hace. Como refuerzo de esta asociación se introduce una segunda asociación esta vez entre el mundo subjetivo y el mundo objetivo: la de la lluvia con el llorar. Llueve en la ficción y llueve en Barcelona, de tal manera que cuanto más llora Ramón más llueve. Y esto es llevado hasta el punto de que fue el día más lluvioso “de toda España” y probablemente también el día más triste de Ramón. El mundo interno y el mundo externo han sido fundidos, aunque con el gobierno del primero, gracias a una asociación paradigmática que se basa en la similitud entre la lluvia y las lágrimas.

Una de las deducciones que podría desprenderse de lo que hasta ahora hemos expuesto es que estamos ante un tipo de discursividad en donde predominan las metáforas, las alegorías y otros tropos. De hecho, ha sido una práctica común vincular el delirio con la poesía, la locura con el arte o la esquizofrenia con la capacidad creativa. La sensibilidad que ofrece un mundo externo mimetizado con la propia subjetividad ofrece probablemente un enfoque diferenciado, y más si a ello le añadimos la ayuda de una hiperactivación del plano paradigmático o asociativo. Porque, ¿qué es la metáfora, si no el terreno de la sustitución, la función creativa del plano paradigmático del lenguaje y por tanto de la capacidad de sinonimia, de asociación por simili-

tud/diferencia y también de competencia? Ciertamente la metáfora se articula en esta dimensión llevándola a su extremo mediante el mecanismo, como bien ha indicado Eco, de la mentira (1990:282), pues es sabido que una mujer, por ejemplo, no es un cisne, de la misma manera podríamos decir que un hombre no es un burro. En estos términos, resultaría fácil deducir una vinculación entre la discursividad delirante y la habilidad para la metáfora y el lenguaje figurado. No obstante, esta idea es más que discutible. Fundamentalmente por dos razones.

La primera es que mientras la metáfora, como toda figura retórica, necesita de la voluntad de un autor, esto no es así en el caso de nuestros informantes que más que crear metáforas parece que las metáforas se creen a costa de su propia voluntad. Prueba de ello es que suelen asumir y defender el sentido literal de sus asociaciones por lo que en todo caso estaríamos ante metáforas inconscientes o ante asociaciones de similitud que actúan al margen de una voluntad creativa.

La segunda es que la metáfora necesita también de un apoyo en el plano sintagmático del lenguaje, un apoyo con el que nuestros informantes muchas veces no pueden contar. Con esto no queremos decir que los afectados sean incapaces en todo momento de crear metáforas u otros tropos como la metonimia o la sinécdoque, sino que mucho de lo que parece figurativo en su discurso en el fondo no lo es. El mismo informante, Javier, que nos explicaba anteriormente las ventajas de una buena pala de ping-pong nos ofrece una ilustración de lo que aquí estamos diciendo.

En una entrevista informal que tuve con Javier una tarde de primavera de 1990 me sorprendió con una pregunta: “¿qué significa ‘las mujeres dan dolor de cabeza’? Se trataba de una expresión que utilizaba frecuentemente su padre y que él se veía incapaz de comprender obstinado en establecer una lectura totalmente literal de ella. Cuando le explicité que había algo que faltaba en la frase en cuestión pero que se sobrentendía —al margen de la falsedad de este juicio— como por ejemplo: “las mujeres crean problemas y, por tanto, dan dolor de cabeza”, simplemente continuó sin entender las claves de este sentido tácito. Para él existía un salto enorme entre “mujer” y “dolor de cabeza” que no se debía, debemos subrayarlo, a la existencia de un actitud poco machista, sino que su incomprensión era anterior a cualquier posible interpretación y juicio. Algo fallaba, así, en el reconocimiento sintagmático y paradigmático de los mensajes implícitos que impedía trascender una lectura meramente literal. Pero todo no queda aquí.

En otra entrevista realizada poco tiempo después Javier me sorprendió con la siguiente afirmación:

“La naturaleza siente, ¿has visto alguna vez cómo llora un cerezo? Se nota cuando está triste. Mira esa planta -me señala un arbusto-, esta planta está alegre -coge sus hojas- porque le da el viento. Está triste cuando se le corta un trozo como éste -me indica una señal que delata la anterior presencia de una rama-. Ves este agujero. Es un grito. Vosotros veis las plantas como si no sintieran, y las plantas sienten, ¿es que no te han enseñado a leer en las plantas? ¡Las plantas sienten como nosotros!”

Lo curioso del asunto es que el mismo informante que no entendía el sentido de una expresión como “las mujeres dan dolor de cabeza” podía preguntar cosas como “¿has visto cómo llora un cerezo?” o definir una señal del arbusto como un grito. Si Javier estaba creando aquí tropos como la metáfora, ¿cómo era posible que no entendiera la lógica implícita de la expresión de su padre? Ciertamente algo resultaba contradictorio y la resolución de esta contradicción pasaba, a mi juicio, por dos posibilidades: o bien Javier era incapaz en algunos momentos de trascender el sentido literal en la interpretación y en otras ocasiones lo traspasaba en la creación de su propia discursividad, o bien las figuras retóricas que elaboraba eran en el fondo falsos tropos. Aunque es difícil descartar la primera posibilidad en su totalidad, hay algunos elementos ya citados que favorecen la segunda hipótesis. Me refiero a que Javier defendía el sentido literal de lo que decía, pues para él afirmar que los cerezos lloran o que gritan no era muy diferente a aseverar que están en flor porque es primavera, que han sido mutilados por la mano del hombre o que les falta riego. La expresión “¡Las plantas sienten como nosotros!” debe entenderse de la forma más literal. Y es que sus metáforas más que construidas por él parecen responder a una espontaneidad en la asociación de ideas por relaciones de semejanza y diferencia que escapa a su propia consciencia. Dicho en otras palabras, las metáforas parecen hablar a través de él más que él construir metáforas; y esto dota al discurso de Javier de una estructuración para la que no encuentro mejor definición que sus propias palabras: “No es la razón, no es una lógica, es cíclico. Es un ciclo que no tiene lógica. No es lo tangible”.

## **SENTIDOS**

De lo expuesto en el apartado anterior no debe deducirse que el discurso de personas como Javier, Ernesto o Domingo carezca de todo sentido. El hecho de que pueda existir una disfunción estructural caracterizada por la mayor funcionalidad del plano paradigmático y a la vez por el menor tono del nivel sintagmático del lenguaje no supone una total incapacidad para crear signifi

cados compartidos o para actuar en la arena social. A pesar de que las metáforas de Javier no son en el fondo metáforas, porque no son voluntarias ni conscientes, cuando nos dice que la planta está alegre por que le da el aire está emitiendo mensajes con sentido, de la misma manera que cuando dice que la marca que indica la mutilación de una rama es un grito. Tampoco hay total sinsentido en las palabras de Domingo cuando afirma que está en la segunda vida o cuando explica cómo se montan los rotuladores. Lo mismo podemos decir para Ramón y su curiosa narración en donde sus lágrimas, las lágrimas de un personaje de ficción y la lluvia adquieren un especial mimetismo. Cierto es que en los momentos en que el delirio invade totalmente la vida de los afectados se produce un efecto de aislamiento y de enajenamiento del mundo que rompe con toda estructuración de las convenciones sociales y las representaciones colectivas. Ahora bien, el delirio no se muestra siempre de forma continua y regular, sino más bien como un fenómeno inconstante que puede desaparecer, y así lo hace en ocasiones, de la experiencia de los afectados. Y cuando es así, emerge con mayor fuerza la conciencia de las relaciones y conflictos sociales y también el desarrollo de significados compartidos. Veámoslo con una ilustración etnográfica.

Durante mi trabajo de campo me llamó la atención una queja emitida por mis informantes que surgía de una manera lo suficientemente recurrente como para llamar la atención de cualquier etnógrafo: “tengo nervios”. Esta queja, o síntoma subjetivo si utilizamos términos médicos, adquiría formas extraordinariamente diversas como: “¡Tengo nervios!”, “¡Me suben unos nervios!”, “¡Tengo miedo a mis nervios!”, “¡Estoy mal de los nervios!”, “¡Estos nervios me hacen sufrir!”, “¡Me fallan los nervios!” o, cuando se evocaba el pasado, “¡Tuve una crisis de nervios!” o “Hacía tonterías, aquello fue una pequeña crisis de nervios”. Una posibilidad era que esta reiteración se debiera simplemente al azar. Sin embargo, la persistencia de “los nervios” hacía pensar en un carácter colectivo derivado del contexto social en el que los informantes se veían inmersos y en donde jugaban elementos como las relaciones terapéuticas, las experiencias estigmatizadoras, los conflictos familiares, los tratamientos farmacológicos y electroconvulsivos y también los juegos de autolegitimación y deslegitimación entre afligidos y terapeutas.

La existencia de este contexto o mundo local explicaba también por qué “¡Tengo unos nervios!” o “¡Me suben unos nervios!” eran expresiones que eran construidas por diferentes informantes a pesar de sus diversas filiaciones étnicas (catalanes, castellanos, andaluces, gallegos e incluso kónkanis). De hecho, “nervios” era una categoría fácilmente asimilable por los informantes. En algunas ocasiones, y en momentos ulteriores del trabajo de campo, incluso

la introduje con el propósito de evidenciar hasta qué punto estaba sujeta a prestaciones entre ellos, para confirmar seguidamente lo esperado. “Los nervios” era una especie de punto de encuentro comunicativo, pero no por razones casuales, sino porque formaba parte del universo simbólico de la red de parentesco y de amistades del afligido que argumentaban: “J. está mal de los nervios” o “P se puso nervioso el otro día”. En estos casos constituía una forma velada de señalar una aflicción y un comportamiento disruptor que posteriormente los familiares asociaban a “la locura” o, cuando hacían uso de los términos psiquiátricos, a “la esquizofrenia”. En esta línea, “tener nervios” parecía presentar una utilidad comunicativa, no únicamente con el afligido, sino también con el universo de interacción de los familiares, vecinos, compañeros de trabajo, etcétera. Una manera de decir que el malestar del afectado era “algo normal”, de la misma manera que también lo era que hubiera acontecido en una determinada familia; con lo cual, mientras se normalizaba socialmente “la enfermedad” del afligido, se permitía también una desestigmatización de la familia.

Cuando un familiar llamaba “nervios” a la aflicción de los afectados estábamos generalmente ante un auténtico trato de favor, puesto que cuando la situación era marcadamente crítica y se apelaba al autocontrol del aquejado no era extraño escuchar: “Toma la medicación. Tienes que tomar la medicación porque estás enfermo”, “si no tomas la medicación volverás a ponerte enfermo” o, de forma más marcadamente crítica, “estás loco y tienes que hacer caso a tu madre”. “Nervios” emergía, pues, como una categoría normalizadora que podía ser sustituida por otras como “locura” o “enfermedad” cuando se consideraba necesaria una autoridad coercitiva, como ante la negativa a “tomar la medicación” o cuando se ponía en juego la imagen pública de la familia.

No por casualidad la cuestión de “la medicación” era una de las principales razones de conflicto entre familiares y afligidos. Por un lado, el de los familiares, constituía uno de los pocos recursos posibles para evitar ese tipo de comportamientos que Goffman denominaba transgresores (1969:362), como almacenar basura en la habitación o gritar durante la noche por las calles cercanas al domicilio. Por otro, en cambio, la negación del tratamiento era uno de los principales focos de resistencia de los afligidos. Aquí confluían la posibilidad de una autonomía personal y la negación de una patología mediante afirmaciones como “Estoy sano” o “Me siento sana, hace catorce años estuve mal de los nervios”.

De hecho parecía que estábamos ante un conflicto de intereses. Desde el lado del sistema de parentesco, grupos de edad o compañeros de trabajo,

emergía una posición desde la cual los comportamientos de los informantes constituían un “peligro” para los demás y para su propia “integridad”, en tanto que eran “enfermos inconscientes” de sus propios actos. Idea que aparecía en la narrativa de los familiares, pero también en otros “textos”, como en esta carta que unos antiguos compañeros de trabajo de María envían al juez para tramitar su internamiento “no voluntario” en un “centro psiquiátrico”:

“Los abajo firmantes trabajamos en el Banco x [...] y hemos sido compañeros de María, para la cual pedimos que se dicte una orden judicial para su ingreso en un Centro Psiquiátrico para que reciba tratamiento adecuado a su estado psíquico y físico del que acompañamos dos fotocopias del diagnóstico y resolución de invalidez por enfermedad mental.”

Seguidamente se indica que a María se le diagnosticó de “esquizofrenia paranoide”, que fue ingresada en diferentes “centros psiquiátricos” y que está pasando una “crisis” debido a que “no sigue ninguna medicación ni seguimiento y vive en la calle”. Pero lo interesante aquí son las razones “objetivas” que parecen justificar su internamiento:

“Su comportamiento sigue todo el abanico propio de estos enfermos, con la mirada perdida, canta grita o llora en el patio de operaciones de la entidad, sin importarle -acaso sin notarlo- las miradas de clientes o compañeros. Considera la empresa como su casa, como un punto de referencia en su vida y ello la lleva a utilizar ese mismo patio de operaciones para peinarse, cambiarse de ropa, esparcir sus objetos personales (que lleva en cestos o bolsas) por el suelo, etc. Es habitual que se encierre desnuda en los lavabos golpeando paredes y objetos a su alcance, llorando y gritando largos ratos, utilizando estos mismo lavabos para lavar su ropa, cuyo olor y suciedad son insoportables, lavando con esa misma ropa su cuerpo.

Cada vez es más difícil que remita su actitud porque se halla completamente fuera de sí misma y no puede razonar ni comprender, su mente está dividida y los tiempos de lucidez cada vez son menos. [...] Señor Juez, esta persona está expuesta a cualquier peligro, su salud se va deteriorando día a día. Somos testigos de excepción de su destrucción paulatina, impotentes porque ella no puede decidir por sí misma ni nadie se ocupa de su destino. [...] No queremos esperar a lo que quizás fuera irremediable, debemos ayudarla antes de que ya no haga falta [...]”

En esta carta se expresa una posición social generalizada con respecto a los comportamientos de nuestros informantes. Se trata de un enfermedad mental que anula la conciencia y autonomía del afectado (“ella no puede decidir por sí misma”), que permite el desarrollo de conductas socialmente inapropiadas (utilizar una entidad bancaria como vivienda) y ante las que hay

que actuar con los mecanismos sociales e institucionales pertinentes. Es obvio que estamos ante formas de procedimiento de una sociedad compleja en donde diferentes personajes e instituciones juegan sus papeles: el juez destinatario, los compañeros de trabajo, la afectada que padece una “esquizofrenia”, los centros psiquiátricos como un escenario conveniente para María y los perplejos clientes de la entidad bancaria que resaltan casi por omisión, pero que también están en el texto. No obstante, lo que interesa aquí es que hay una interpretación más o menos compartida con respecto a María y a su incapacidad como sujeto social consciente. Y aunque en la carta los que hablan son individuos profanos y ni siquiera todos ellos, sino sólo el conjunto de trabajadores de una entidad bancaria, no es demasiado audaz inferir que su demanda constituye una representación de lo que se considera apropiado e inapropiado, normal y anormal, sano o patológico en un contexto más amplio.

Por otro lado, también es cierto que hay un sistema médico-psiquiátrico que no sólo avala las consideraciones de los profanos, sino que sirve a estos últimos para justificar su demanda ante el juez: ha sido diagnosticada de esquizofrenia, ha estado ingresada en diversos centros psiquiátricos, cuando toma la medicación remiten sus crisis, necesita ayuda (se supone que psiquiátrica) y un largo etcétera que permite inferir, sólo en este pequeño universo de la carta, una coincidencia de juicios entre profanos y profesionales de la psiquiatría. Además, todo hay que decirlo, este tipo de cartas raras veces se redactan sin ayuda de un profesional de la psiquiatría que conoce los mecanismos legales necesarios para demandar un internamiento no voluntario. ¿De dónde viene, si no, esa idea de que el comportamiento de María “es el propio de estos enfermos”?

Así, hay en esta carta una representación de un universo de significados compartidos entre profesionales y legos con respecto a que lo que le ocurre a María es una enfermedad o patología, y también sobre cuál es la manera de poner solución a este problema.

Sin embargo, en el otro lado del espectro el asunto suele ser muy diferente. María, por ejemplo, no considera que deba ser confinada en un centro psiquiátrico (en caso contrario tampoco se estaría pidiendo por carta un internamiento no voluntario). Tampoco piensa que su comportamiento sea un problema para sus antiguos compañeros de trabajo o para ella misma. Ni siquiera piensa que necesite la ayuda de los psiquiatras para solventar sus problemas o, por lo menos, no con la misma intensidad que se desprende de la relación epistolar de los ex-compañeros con el juez. Y aunque María sólo se queja esporádicamente de estar “mal de los nervios”, en las ocasiones en

que pude conversar con ella sus planteamientos no fueron muy diferentes a los que otro informante, Miguel, me indicaba con respecto a su ingreso en un centro psiquiátrico:

“Yo estaba bien. Bueno, tenía muchos nervios e iba sucio por la calle. No me había cambiado de ropa porque tenía un examen muy difícil. La policía me trajo aquí para que me duchasen. No lo entiendo porque es normal, ¿no?”.

Posteriormente, Miguel narra con más claridad que era “normal” tener “nervios” antes de un examen tan importante, de la misma manera que también lo era ir sin afeitarse y sin ducharse. De esta forma negaba la posibilidad de que existiera un trastorno que hubiera motivado su ingreso en el hospital. Además, en la medida en que su problema era un asunto de “nervios” que era emocional y fruto de una vida social normativizada (preparar un examen), deslegitimaba las actitudes de familiares y terapéutas y entre ellas la insistencia en la necesidad de una terapia farmacológica o psicológica y de un internamiento. Incluso cuando no tenía más remedio que admitir que estaba en un centro psiquiátrico y que tomaba determinados fármacos, podía argumentar con propósitos de defensa de su posición social:

“A todos le ponen la medicación, a mí me han puesto algo flojo para que esté más tranquilo aquí dentro porque estoy muy quemado de estar aquí dentro”.

Si Estroff ha dado cuenta entre los afectados norteamericanos de una discursividad normalizadora que enfatiza la idea de que “todo el mundo tiene su propia locura” (Estroff *et al.*, 1991:331), en este caso la normalización se producía, no por la atribución de una categoría estigmatizadora a un contexto general, sino por el uso de categorías más polisémicas y “neutras” como “nervios” que respondían a circunstancias claramente exógenas: en este caso estar preparando un examen.

Por otro lado, si entendemos que entre las nociones de los profanos y profesionales podían establecerse acuerdos con respecto a la clasificación de un tipo determinado de conductas, podemos entender también que, a pesar de la diversidad étnica de nuestros informantes, se pudieran establecer estrategias más o menos comunes, como quejarse de “los nervios” y no tanto de una patología, locura, esquizofrenia o cualquier otra categoría que supusiera una pérdida de autonomía de los afectados en tanto que actores sociales. Hasta qué punto esto puede ser percibido como resultado de una subcultura particular, es una cuestión ciertamente controvertida. Y más si tenemos en cuenta que la esquizofrenia ha sido entendida como una especie de desculturación de la cultura de referencia, como una alteración distinta a la chamánica, porque en lugar de utilizar la pautas culturales para organizar la experiencia es

esta última la que parece hacer estallar la tradición cultural (Devereux, 1973:55,93). Pero precisamente es esta ruptura la que provoca una respuesta común por parte de los no afectados. Una respuesta que no se agota en sí misma, sino que es digno pensar que puede producir la réplica de unos afligidos que no parecen compartir el mismo punto de vista. Y, como pude apreciar, hay una réplica de los afectados ante situaciones de deslegitimación, una respuesta que no es común a todos ellos, que ni siquiera se expresa de la misma manera, pero en donde quejarse de los “nervios” constituye una estrategia posible dentro de este contexto de conflictos y de juegos de legitimación y deslegitimación.

De hecho, “nervios” se presentaba como una expresión que condensaba tanto un significado literal de intranquilidad o agitación como un significado implícito de resistencia ante la amenaza de una deslegitimación social. Y esta estructura de doble sentido presente en esta queja parece adaptarse muy bien a algunas definiciones de símbolo, como la que nos indica Ricoeur en *Le conflit des interprétations*:

“Yo llamo símbolo a toda estructura de significación donde un sentido directo, primero, literal, designa, incrementándolo, a otro sentido indirecto, secundario, figurado, que no puede ser aprehendido más que a través del primero. *Esta circunscripción de las expresiones al doble sentido constituye propiamente el campo hermenéutico*” (1969:16). [La traducción es nuestra. Las cursivas del original].

Donde se reconoce una significación literal, como aquella que podemos considerar en una primera aproximación a “los nervios” (agitación, intranquilidad), pero donde también emerge un sentido indirecto, secundario y figurado cuando se efectúa una interpretación más profunda (resistencia a la deslegitimación social).

Ahora bien, afirmar que “los nervios” pueden guardar un significado de resistencia más allá de su sentido literal no significa negar la existencia de otros posibles sentidos. De hecho, en el discurso de los afligidos se podían observar diversas atribuciones de sentido de acuerdo con su contexto biográfico. Así, Guadalupe, una mujer de 45 años en trámite de separación matrimonial, se quejaba de que su ex-marido era el causante de sus “nervios” y articulaba en su discurso la idea de que el “juez” debía solventar este perjuicio de alguna manera. Aquí “nervios” y “perjuicios producidos por el marido” emergían como dos sentidos interconectados. Babu, del que ya hablamos en el capítulo anterior, asociaba sus “nervios” con experiencias de tortura sufridas durante su infancia. Recordemos algunos partes de su narrativa:

“Muchas noches [su padre] llegaba borracho. Siempre que se ponía borracho se pegaba con la gente. Nos despertaba. Mi madre dormía conmigo en una cama y en otra dormían mis hermanas. Nos despertaba y nos pegaba. Después cogía una escopeta y me la ponía en la cabeza y disparaba. No tenía balas, pero yo no podía estar siempre seguro. Eso noche tras noche. Todos llorábamos. Al día siguiente él hacía como si nada, como si no hubiera pasado nada. Todos teníamos miedo de hablar con él. Nos poníamos enfermos de los nervios.”

De estos últimos ejemplos se puede deducir que este tipo de expresiones constituyen expresiones *passe-partout* que cada informante puede rellenar con sus propios significados autobiográficos y experienciales. Sin embargo, tras esta gran diversidad se puede observar también un significado tácito y compartido de resistencia ante el estigma asociado a categorías como “locura” o “esquizofrenia” o frente a una autoridad que materializan psiquiatras, psicólogos y familiares, principalmente. Por ejemplo, Guadalupe asociaba “nervios” con “perjuicios” producidos por su marido, pero también indicaba que su madre cuando se enfadaba le decía: “estás loca, te vas a quedar loca para siempre”, a lo que ella argumentaba que estaba “mal de los nervios” por causa de su marido. También Babu utilizaba el término “nervios” no sólo como un símbolo reflexivo de sus vivencias de tortura, sino también para resistirse a un etiquetamiento que afectase a su capacidad de decisión personal. El mismo indicaba que:

“En los hospitales psiquiátricos de la India pegan a los enfermos. La sociedad india no ha aceptado la enfermedad mental. Si un miembro [de la familia] tiene enfermedad mental le tratan muy mal, se ponen contra ellos. Esto pasa cuando es *pagal* (locura), pero no cuando es depresión o un problema de nervios. El *pagal* no tiene remedio y es para los pobres, los *shudras*, los *parias*”.

Ejemplos que nos muestran cómo una expresión de este tipo (“los nervios”) puede condensar diferentes tipos de significados, como sentidos literales y biográficos, pero también significados compartidos que remiten en este contexto a actitudes de resistencia ante la posibilidad de una deslegitimación social. Y esta variedad de sentidos no es contradictoria ni con el material etnográfico sobre “los nervios” ni con la definición de símbolo de Ricoeur que hemos adoptado aquí, ya que donde el filósofo francés dice segundo sentido, habla también de la posibilidad de un tercero, un cuarto y así en *crescendo* hacia un universo posible de significación simbólica. De hecho, “los nervios” muestran nebulosas de significados en donde aparecen multitud de interpretantes que llevan a constituir una narración de potencial ilimitado, pero en donde emerge una oposición entre “esquizofrenia” y “nervios” nada despreciable que puede entenderse como una actitud de resistencia a la des-

legitimación. Y ello a pesar de que en la discursividad de estos informantes la estructura invisible pueda hacerse visible con inflexiones inesperadas y nos recuerde la arbitrariedad del lenguaje, de todo lenguaje.



## BIBLIOGRAFÍA

- AJUNTAMENT DE BARCELONA (1997) *Anuari Estadístic de la Ciutat de Barcelona, 1996*.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1995) *DSM-IV. Manual diagnòstic y estadístic de los trastornos mentales*. Barcelona, Massón.
- ANDREASEN, N.C. (1985) "Positive vs. Negative Schizophrenia: A Critical Evaluation". En *Schizophrenia Bulletin*, 11; 3:380-9.
- ANDREASEN, N.C.; CARPENTER, W.T. (1993) "Diagnosis and Classification of Schizophrenia". En *Schizophrenia Bulletin*, 19; 2:199-214.
- AREA DE SALUT PÚBLICA (1993) *La Salut a Barcelona*. Barcelona.
- AUGÉ, M. (1993) *Los "no lugares" espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona, Gedisa.
- BASAGLIA, FRANCO (1975) "Rehabilitación y control social". En GARCÍA, R. (comp.) *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*, pp:175-195. Barcelona, Barral Editores.
- BASTIDE, R. (1988) *Sociología de las enfermedades mentales*. México, Siglo XXI.
- BATESON, G. (1976) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires, Ediciones Carlos Lohlé.
- BEBBINGTON, P.; KUIPERS, L. (1994) "The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia". En *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*; 382:46-53.
- BERGER Y LUCKMAN (1984) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires, Amorrortu.
- BINSWANGER, L. (1988) *Le cas Suzanne Urban. Études sur la schizophrénie*. Brionne, Gérard Monfort.
- BLOOM, J.R.; MONTEROSSA, S. (1981) "Hypertension Labeling and Sense of Well-Being". En *American Journal of Public Health*, 71; 11:1228-32.
- BUCHSBAUM, M.S.; HAIER, R.J. (1987) "Functional and Anatomical Brain Imaging: Impact on Schizophrenia Research". En *Schizophrenia Bull.*, 13; 1:115-32.
- BUTLER, D. L.; STIEGLITZ, T. L. (1993) "Contagion in Schizophrenia: A Critique of Crow and Done (1986)". En *Schizophrenia Bull.*, 19; 3:449-454.

- CAMERON (1944) "Experimental analysis of schizophrenia thinking". En KASANIN, J. (ed.) *Language and thought in schizophrenia*. Berkeley, U.C.P.
- CANALS, J. (1996) "La reciprocidad y las formas actuales de ayuda mutua". En CONTRERAS, J. (coord.) *Reciprocidad, cooperación y organización comunal: desde Costa hasta nuestros días*. Zaragoza, IAA-FAAEE, pp:43-55.
- CASTLE, D. ET AL. (1993) "Does social deprivation during gestation and early life predispose to later schizophrenia?". En *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28:1-4.
- COHEN, A. (1992) "Prognosis for schizophrenia in the third world: A reevaluation of cross-cultural research". En *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(1):53-75.
- COMELLES, J.M. (1988) *La razón y la sinrazón*. Barcelona, PPU.
- CORIN, E.E. (1990) "Facts and Meaning in Psychiatry. An Anthropological Approach to the Lifeworld of Schizophrenics". En *Culture, Medicine and Psychiatry*, 14; 2:153-88.
- CROW, T. J.; DONE, D. J. (1986) "Age of Onset of Schizophrenia in Siblings: A Test of the Contagion Hypothesis". En *Psychiatric Research*, 18:107-17.
- DAUNCEY, K. ET AL. (1993) "Schizophrenia in Nottingham: lifelong residential mobility of a cohort". En *British Journal of Psychiatry*, 163:613-9.
- DEAKIN, J.F.W. (1988) "The Neurochemistry of Schizophrenia". En BEBBINGTON, P.; MCGUFFIN, P. (eds.) *Schizophrenia (the major issues)*, pp:56-72. Londres, University of Oxford Press;
- DEVEREUX, G. (1973) *Ensayos de etnopsiquiatría general*. Barcelona, Seix Barral.
- DUNHAM, H.W. (1965) *Community of Schizophrenia*. Detroit, Wayne State University Press.
- ECO, U. (1990) *Semiótica y filosofía del lenguaje*. Barcelona, Lumen.
- ERICKSON, DAVID H. ET AL. (1989) "The Role of Social Relationships in the Course of First-Episode Schizophrenia and Affective Psychosis". En *American Journal of Psychiatry*, 146; 11:1456-61.
- ESTROFF, S. ET AL. (1991) "Everybody's got a little mental illness: Accounts of illness and self among people with severe persistent mental illness". *Medical Anthropology Quarterly*, 5; 4:331-69.

- FARIS, R.E.L. (1938) "Demography of Urban Psychotics with Special Reference to Schizophrenia". En *American Sociological Review*, 3(2):203-9.
- FARIS, R.E.L.; DUNHAM, W (1969) *Mental Disorders in Urban Areas. An Ecological Study of Schizophrenia and other Psychosis*. Chicago, University of Chicago Press.
- FOLNEGOVIC, Z. ET AL. (1990) "Characteristics of Male and Female Schizophrenics at First Admission". En *British Journal of Psychiatry*, 156P:365-8.
- FOUCAULT, M. (1961) "La folie n'existe que dans une société". En *Le Monde*, 22 de Julio.
- FOUCAULT, M. (1985) *Historia de la locura en la época clásica*, 2 tomos. México, F.C.E.
- FOUCAULT, M. (1988) *Las palabras y las cosas*. México, Siglo XXI.
- FREEMAN, H. (1994) "Schizophrenia and city residence". En *British Journal of Psychiatry*, 164 (suppl. 23):39-50.
- FREEMAN, H.; ALPERT, M. (1986) "Prevalence of Schizophrenia in an Urban Population". En *British Journal of Psychiatry*, 149:603-611.
- FREUD, S. (1981) "La novela familiar del neurótico". En *Obras completas (O.C.)*. Cuarta edición en tres tomos. Madrid, Biblioteca Nueva, pp: 1361-3, Tomo II.
- GALLE, O.R. ET AL (1972) "Population Density and Pathology: What Are the Relations for Man?". En *Science*, 176:23-30.
- GEERTZ, C. (1983) *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York, Basic Books.
- GEERTZ, C. (1987) *La interpretación de las culturas*. Barcelona, Gedisa.
- GEERTZ, C. (1994) *Conocimiento local. Ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona, Paidós.
- GOFFMAN, E. (1969) "The insanity of place"
- GOFFMAN, E. (1988) *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires, Amorrortu editores.
- GOLDBERG, E.M.; MORRISON, S.L. (1963) "Schizophrenia and social class". En *British Journal of Psychiatry*, 108:785-902.
- GOLDSTEIN, J.M.; KREISMAN, D. (1988) "Gender, Family Environment and Schizophrenia". En *Psychol. Med.*, 18; 4:861-72.
- GOOD, B. (1977) "The Heart of What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran". En *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1; 1:25-58.

- GOOD, B. (1994) *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective. Lewis Henry Morgan Lectures.* Cambridge, C.U.P.
- HOLLINGSHEAD, A.B.; REDLICH, A.B. (1958) *Social Class and Mental Illness: A Community Study.* New York, John Wiley.
- JABLENSKY A. ET AL. (1992) "Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures: a World Health Organization ten-country study". En *Psychol. Med. Monogr. Suppl.* 20.
- JAKOBSON, R. (1981) *Linguística, poética y tiempo.* Barcelona, Crítica.
- KARNO, M. ET AL. (1987) "Expressed Emotion and Schizophrenia Outcome among Mexican-American Families". En *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175:143-51.
- KATZ M. ET AL. (1988) "On the expression of psychosis in different cultures". En *Culture, Medicine and Psychiatry*; 12:331-55.
- KLAHN, J.U.; HAASTRUP, J. (1990) "Psykiatrisk indlaeggelseshyppighed fra nyere drabantbebyggelser (betonbyggerier) i Kbenhavns vestegn". Abstract en inglés de *Ugeskr Laeger* 152(3):148-50.
- KLERMAN, G. L. (1986) "The National Institute of Mental Health - Epidemiological Catchment Area (NIMH-ECA) Program". En *Social Psychiatry*, 21:159-66.
- KLEINMAN, A. (1988) *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience.* New York, The Free Press
- KLEINMAN, A. (1988a) *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition.* New York, Basic Books.
- KRAEPELIN, E. (1905) *Introducción a la clínica psiquiátrica. Treinta y dos lecciones.* Madrid, Saturnino Calleja Fernández Casa Editorial.
- KRAEPELIN, E. (1992) "The manifestations of insanity". En *History of Psychiatry*, 12; 4:509-29.
- LACAN, J. (1981) *Las psicosis.* El Seminario de Jacques Lacan, Vol. 3. Buenos Aires, Paidós.
- LACAN, J. (1984) "De la lectura de Freud". En GEORGIN, R. (eds.) *Lacan*; pp:9-19. Buenos Aires, Nueva Visión.
- LACAN, J. (1988) *Los escritos técnicos de Freud, 1953-1954.* El Seminario de Jacques Lacan, Vol. 1. Buenos Aires, Paidós.
- LACAN, J. (1988a) *El Yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica, 1955.* El Seminario de Jacques Lacan, Vol. 2. Buenos Aires, Paidós.
- LAING, R.D.; SCHATZMAN, M. (1983) *Esquizofrenia y presión social.* Barcelona, Tusquets Editores.

- LEACH, E. (1989) *Comunicación y cultura. La lógica de la conexión de los símbolos*. Madrid, Siglo XXI.
- LEFF J. (1988) *Psychiatry Around the Globe. A Transcultural View*. Plymouth: Gaskell, The Royal College of Psychiatrists.
- LEFF J. *ET AL* (1990) "Relatives' Expressed emotion and the course of schizophrenia in Chandigarh: A two-year follow-up of a first-contact sample". En *British Journal of Psychiatry*, 156:351-6.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1984) *El pensamiento salvaje*. México, F.C.E.
- LÉVI-STRAUSS, C. (1986) *El totemismo en la actualidad*. México, F.C.E.
- LEVY, L.; ROWITZ, L. (1973) *The Ecology of Mental Disorder*. New York: Behavioral Publications.
- LEWIS, G. *ET AL*. (1992) "Schizophrenia and city life". En *Lancet*, 340:137-140.
- LEWONTIN, R.C.; ROSE, S; KAMIN, L.J. (1996) *No está en los genes. Crítica del racismo biológico*. Barcelona, Grijalbo Mondadori.
- LINK, B.G. *ET AL*. (1986) "Socio-Economic Status and Schizophrenia: Noisome Occupational Characteristics as a Risk Factor". En *American Sociological Review*, 51; 2:242-58.
- MARTÍ-TUSQUETS, J.L.; MURCIA, M.J. (1988) *Enfermedad mental y entorno urbano*. Barcelona: Anthropos.
- MARTÍNEZ, A. (1998) *What's behind the symptom? On psychiatric observation and anthropological understanding*. Amsterdam, Gordon and Breach (en prensa).
- MAYLATH, E. *ET AL*. (1989) "Spatial Concentration of the Incidence of Treated Psychiatric Disorders in Manheim". En *Acta Psychiatr. Scand.*, 80; 6:650-6.
- MENÉNDEZ, L.E. (1991) "Definiciones, indefiniciones y pequeños saberes". En *Alteridades*, 1:21-32.
- MOWRER, E.R. (1939) "A Study of Personal Disorganization". En *American Sociological Review*, 4(11):475-87.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1976) *Esquizofrenia: un estudio multinacional*. Cuadernos de Salud Pública, nº 63.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1992) *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid, Meditor.
- RICOEUR, P. (1969) *Le conflit des interpretations: essais d'herméneutique*. Paris, Editions du Seuil.

- RIECHER, A. *ET AL.* (1989) "Schizophrenia- A Disease of Young Single Males? Preliminary Results from an Investigation on a Representative Cohort". En *Euro. Arch. Psychiatry Neurol. Sci.*, 239; 3:210-2.
- ROSEN, G. (1974) *Locura y sociedad*. Madrid, Alianza.
- SARTORIUS N. (1993) "WHO's work on the epidemiology of mental disorders". En *Soc. Psychiatry Psychiatr: Epidemiol.*, 28:147-155.
- SARTORIUS N. *ET AL.* (1986) "Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures". *Psychol. Medicine*, 16:909-28.
- SCHEPER-HUGHES, N.; LOCK, M. (1987) "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology". En *Medical Anthropology Quarterly*, 1:6-41.
- SCHULZE H. *ET AL.* (1997) "Expressed-emotion development and course of schizophrenic illness: considerations based on results of a CFI replication. En *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.*, 247(1):31-4.
- SONTAG, S. (1991) *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. Londres, Penguin Books.
- STEIN, H.F. (1990) "In What Systems Do Alcohol/Chemical Addictions Make Sense? Clinical Ideologies and Practices as Cultural Metaphors". En *Social Science and Medicine*, 30; 9:987-1000.
- SUSSER, E.S. *ET AL.* (1989) "Psychiatric Problems in Homeless Men. Lifetime Psychosis, Substance Use, and Current Distress in New Arrivals at New York City Shelters". En *Arch. Gen. Psychiatry*, 46; 9:845-50.
- SUSSER, E.S.; STRUENING, E.L. (1990) "Diagnosis and Screening of Psychotic Disorders in a Study of the Homeless". *Schizophrenia Bulletin*, 16; 1:133-45.
- TALBOTT, H. (1994) "Lessons learned about the chronic mentally ill since 1955". En ANCILL, R. (ed.) *Schizophrenia: Exploring the spectrum of psychosis*. N.Y., John Wiley & Sons Ltd.
- TAUSSIG, M. (1995) *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona, Gedisa.
- TELLENBACH, H. (1979) *La mélancholie*. Paris, P.U.F.
- TÖNNIES F. (1982) *Comunitat i associacionisme*. Barcelona, Edicions 62.
- VALLEJO, J. (1991) "Clasificación de los trastornos afectivos". En VALLEJO, J.; GASTÓ, C. (comps.) *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona, Salvat; pp:155-80.
- WARNER, R. (1983) "Recovery from Schizophrenia in the Third World". En *Psychiatry*, 46:197-212.

- WARNER, R. (1985) *Recovery form Schizophrenia: Psychiatry and Political Economy*. London, Routledge and Kegan Paul.
- WAXLER N. (1974) "Culture and mental illness. A social labeling perspective". En *Journal of Nervous and Mental Disease*; 159(6):379-95.
- WAXLER N. (1977) "Is mental illness cured in traditional societies? A theoretical analysis". *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:233-253.
- WIDERLÖV, B. ET AL. (1989) "Epidemiology of Long-term Functional Psychosis in Three Different Areas in Stockholm County". En *Acta Psychiatr. Scand.*, 80:40-6.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1973) *The international pilot study of schizophrenia*. Volume 1. Ginebra:WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (1979) *Schizophrenia: an international follow-up study*. Chichester: Wiley.
- WRIGHT-MILLS, C. (1949) "The Professional Ideology of Social Pathologists". En *American Journal of Sociology*, 7:142-68.
- YOUNG, A. (1982) "The Anthropology of Illness and Sickness". En *Ann. Rev. Anthropol.*, 11:257-85.

*¿Has visto cómo llora un cerezo?* reúne cuatro ensayos breves sobre la esquizofrenia que han sido elaborados a partir de los datos recopilados por el autor durante su trabajo de campo en la red asistencial de Barcelona. «La enfermedad», el primero de ellos, plantea la necesidad de una aproximación antropológica a este trastorno que esté libre de determinismos biológicos y culturales. «La ciudad» reflexiona sobre el fenómeno de la concentración de afectados por esquizofrenia en el centro de las grandes ciudades y en los lugares de paso. Los dos últimos trabajos, «El confinamiento» y «El lenguaje», exploran respectivamente la oposición entre locura y sentido común y la estructuración del discurso en la esquizofrenia. En todos estos ensayos la mirada se dirige a esa dialéctica entre naturaleza y cultura sin cuya conciencia no es posible el proyecto de una antropología de la enfermedad y de las aflicciones.



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Edicions