

Imaginarios sociales de la enfermedad mental

Manuel Torres Cubeiro

UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA (ESPAÑA)

Resumen: ¿Cómo hacer sociología de la psiquiatría desde la sociología luhmaniana usando el concepto de Imaginarios Sociales para estudiar las dolencias mentales? Se dibujan en esta ponencia los requisitos de una sociología médica de las enfermedades mentales en el marco de la Teoría de sistemas de Niklas Luhmann donde el concepto de Imaginario Social de Juan Luis Pintos se convierte en elemento clave. En una segunda parte, dentro del marco teórico propuesto, se analizan algunos elementos de los imaginarios sociales constructores de la dolencia mental en la sociedad: el esquema de escándalo de los medios de comunicación de masas ante la enfermedad mental; los imaginarios presentes en la industria del cine como ejemplos de la construcción de la realidad social; las carreras morales de personas con este diagnóstico y sus familiares son algunos de los elementos analizados en esta contribución.

Palabras clave: Imaginarios sociales, Juan Luis Pintos, Enfermedad Mental, Luhmann, sociología médica.

Abstract: *How sociology of psychiatry could be built using a Luhmanian approach and the concept of Social Imaginary to study mental disorders? The requirements of a mental disorders' medical sociology are built within the Niklas Luhmann' systems theory; to show then, how the concept of Social Imaginary of Juan Luis Pintos becomes a key issue. Within this theoretical framework, we then propose a discussion of some elements of the social imaginaries socially building what we understand as mental disorders: mass media scandals, film industry, medicine, psychology, psychiatry, psychoanalysis, relatives of mentally diagnosed persons and those with a diagnosis themselves.*

Key Words: *Social Imaginaries, Juan Luis Pintos; Mental Illness; Luhmann, medical sociology.*

1. Marco teórico.

El concepto de IS (Imaginario Social) del profesor J.L. Pintos, por claridad y aplicabilidad metodológica en una sociología del sistema social complejo contemporáneo, destaca sobre otras teorías del imaginario; (coincidimos con lo señalado por Coca y Valero; 2010: 61). El imaginario es así un producto social para gestionar el desorden en contextos de alta complejidad: como las gafas de un miope corrigen el “defecto” del ojo permitiendo ver, la sociedad nos dota de imaginarios sociales para simplificar la sociedad (Pintos, 1995).

Los sistemas sociales diferenciados construyen la realidad social con los IS. Los IS son esquemas perceptivos contruidos socialmente (1995: 11-15). En contextos

complejos el IS permite *percibir, explicar* y *actuar* (Coca-Valero 2010: 61); lo hacen simplificando la complejidad. Así, el IS de la dolencia mental (DM) en el sistema médico percibe, explica y actúa simplificando los problemas de los “enfermos” / “ciudadanos” en el código médico. Lo vivido por el paciente es percibido como enfermedad, se actúa técnicamente sobre ella y se le explica su futuro. Pintos señala (1995) cómo el código binario opacidad / relevancia opera para generar la realidad en cada sistema social diferenciado. El médico y el paciente se comunican *en* ese IS obviando efectos secundarios o la falta de una comprensión completa de la dolencia mental. Pintos apunta las funciones sociales que el IM pone en funcionamiento (1995: 11-15):

(a) En primer lugar, el IS genera imágenes de *estabilidad* en situaciones de cambio social. El IS produce estabilidad donde no la hay. Aplicado al IS médico de la DM, es la idea de enfermedad orgánica la que da coherencia a la incomprensible situación de cambio que vive una persona en el inicio de una, digamos, esquizofrenia.

(b) La segunda función del IS es generar percepciones de *continuidad* en experiencias de discontinuidad. El IS de Enfermedad mental en el modelo médico, por seguir con nuestro ejemplo, genera la sensación de continuidad al situarnos en desarrollo “normal” de una enfermedad.

(c) La tercera función es aportar explicaciones *globales* de fenómenos fragmentarios. El imaginario trabaja aquí para ofrecer una perspectiva unificada de lo que es de por sí fragmentario y sin sentido. La vivencia de desazón e incoherencia de un “esquizofrénico” se ve “explicada” al poder ofrecer en la comunicación con otros, una visión *global* de su sin-sentido.

(d) La cuarta función del IS es permitir *actuar sobre los procesos comunicativos de los sistemas diferenciados*. Esto facilita que el sistema social pueda comunicarse al observar como real lo construido por los sistemas especializados. La ciencia médica hace un descubrimiento farmacológico, por ejemplo: en los años 50 del siglo XX se “descubre” el efecto estabilizador del Litio (Shorter 1997). Sólo en tanto este descubrimiento es asimilado dentro del imaginario médico de la DM, al acoplarse con los beneficios generados en el sistema; sólo entonces, se generaliza su uso y se actúa sobre la Enfermedad Bipolar; sólo entonces se hace socialmente real.

El IS construye la realidad *en* sistemas sociales complejos. Es decir, los IS no pueden ser coherentes, sólo tienen éxito, sólo funcionan, si son *contradictorios* e integran dentro de sí la posibilidad de ser criticados. Esto significa, aplicado a nuestro ejemplo, que la incoherencia y las críticas al IS de DM producida por el sistema médico, son su punto fuerte, y no como se suele considerar al denunciar, su incoherencia o un signo de su declive. Como si por el hecho de denunciar la incoherencia de un IS este pudiese desaparecer. Es precisamente lo contrario. Es la crítica y la incoherencia lo que lo alimenta y lo hace crecer en los sistemas sociales complejos. Como seña-

lan Coca-Valero (2010: 61) los IS tienen un carácter ambivalente, controvertido y al mismo tiempo satisfactorio. Lejos de posturas que pretenden enmendar los errores sociales del sistema social, modo J. Habermas, los IS viven, surgen en la incoherencia y el sinsentido; en otras palabras: la complejidad. Por eso, antes de describir parte de los IS de la DM vamos a detenernos un momento en lo que entendemos por complejidad social. Para ello necesitamos clarificar el concepto luhmaniano de PolicontextuRalidad (Torres 2008) al ser el marco teórico idóneo para abordar la complejidad de la DM (Torres 2009).

Luhman: Sistemas sociales, Complejidad y PolicontextuRalidad.

Luhmann define la complejidad social como la imposibilidad de relación entre todos y cada uno de los elementos de un sistema social (2007: 46-47). La complejidad obliga a la selección, a la simplificación. Si pensamos en una nube de estorninos, cada pájaro individual selecciona los movimientos a realizar sin reaccionar nada más que a los más cercanos a él; sin embargo, desde el exterior, la nube de estorninos parece seguir una pauta coherente y prefijada (Tomado de Richard Dawkins, 2009). La complejidad en sentido luhmaniano describe precisamente este mismo fenómeno en la comunicación como base de la selección de los sistemas sociales. Desde las formas de diferenciación social basadas en el territorio (Luhmann 2007) hasta la actual diferenciación funcional del sistema sociedad actual, la complejidad no ha hecho sino multiplicarse. Como los estorninos de nuestra nube cada sistema socialmente diferenciado aporta sus selecciones: la economía, el sistema sanitario, el sistema educativo, el arte, el sistema político son algunos de ellos (Corsi-Espósito 1996). Cada uno opera según un código propio sin tener en cuenta los sistemas restantes. La economía, como el estornino individual, trabaja sobre la escasez de recursos gestionando pagos y cobros. La sanidad lo hace sobre la salud de los individuos, potenciando su salud con los recursos económicos existentes. La ciencia y la educación potencian la difusión, por ejemplo, que haga factible la comunicación entre el médico, su paciente y el gestor económico de su unidad de salud. Cada sistema social comunica sin tener en cuenta, como el estornino, los restantes, aportando una aparente coherencia al sistema social. La policontextuRalidad es precisamente ese fenómeno.

La policontextuRalidad la escribimos con “R” para marcar la diferencia con la palabra “contextual”. Es un concepto tomado de G. Günter (1979). Describe la situación en la que múltiples códigos son válidos simultáneamente con valores contradictorios. ContextuRal representa una tela compuesta por fragmentos de materiales diversos integrando una unidad. Cada sistema social desarrolla elementos importantes para el sistema social, pero ninguno es el dominante. No existen vértices, ni centro, ni periferia, hay contextuRalidad. Por eso es imposible describir la sociedad actual,

la sociedad no puede ofrecerse a sí misma una descripción de su complejidad, pues cada sistema social solo ve lo que puede ver desde la óptica de la función que desarrolla. Cada sistema, por ejemplo la medicina, observa a los otros desde su función. Para un médico las decisiones económicas se analizan desde el punto de vista médico: número de camas, inversión en investigación o fármacos. Cada decisión económica es interpretada desde la óptica de la salud. En contradicción con él, el gestor económico de un hospital sólo ajusta los recursos escasos para pagar y cobrar facturas. La salud no es cuantificable económicamente, y la economía no se puede medir en términos de salud. Desde un punto de vista económico los problemas sanitarios se solucionarían únicamente con más inversión económica, mientras que desde la visión sanitaria cada ajuste económico genera desigualdades de recursos que generan enfermedades.

2. Medios de masas: La DM como escándalo.

En 1887 Elisabeth Jane Cochran escribió un reportaje con el seudónimo de Nellie Bly en el periódico *New York World* propiedad de Joseph Pulitzer. Tras la propuesta de su editor Nellie logró pasar diez días como una “insana” más en el Asilo para Alienados de la Isla Blackwell del Estado de New York. Su relato se recoge en la obra titulada *Ten days in a Mad-House* (Bly 2009, traducida al castellano: Bly 2010). Nellie Bly no buscaban, alega, el escándalo, Nellie Bly describe la institución como una “ratonera humana” en la que incluso la persona más sana se puede volver loca. Su relato tuvo entre otras consecuencias, lo apunta ella misma en el prólogo del libro, que el Estado de New York destinara desde entonces más presupuesto para mejorar las condiciones en las que se cuidaba de los “indeseables”. Coincide con la construcción de grandes psiquiátricos para los insanos en las grandes urbes de EEUU.

Entre 1942 y 1947 unos 3000 objetores de conciencia en EEUU trabajaron como auxiliares en 56 hospitales estatales enfermos mentales a lo largo de 22 estados. En 1944, los objetores abrieron en el hospital de Byberry una oficina que centralizaba información recogida y la publican en un boletín nacional (“The Attendant”, posteriormente “The Psychiatric Aide”). Enviaron después un cuestionario a todos los hospitales mentales públicos preguntando por las condiciones asistenciales. Los resultados de la encuesta, junto al trabajo de investigación de Frank L. Wright Jr., todo ello acompañado de imágenes explícitas del ambiente asistencial, dio cuerpo al libro *Out of Sight, Out of Mind* (*Ojos que no ven, corazón que no siente*), editado en 1947 por la recién nacida “National Mental Health Foundation”, apadrinada por una Eleanor Roosevelt horrorizada ante las imágenes y descripciones presentadas por los objetores, extensamente divulgadas al público. Unos años después, en 1951, un periodista publica un artículo donde se describen los éxitos de la información difundida (Maisel, A.Q. “Scandal results in real reforms”. *Life*, 12 noviembre 1951. 31(20): 140-154): una foto del gobernador del Minnesota quemando camisetas de fuerza ilustra la descripción de las mejoras

en los centros para enfermos mentales. Coincide con el inicio del uso de psicofármacos y su producción farmacológica masiva: las denominadas camisas de fuerza químicas.

En los años 50 la revista francesa *Réalités* publicó un artículo de Hervé Bazin, con fotografías de Jean-Philippe Charbonnier: la DM como vergüenza social número uno, desbancado para entonces a la tuberculosis. 60.000 camas para más de 100.000 pacientes acumulados en Francia a partir de los 67.000 censados en 1947. La explicación: el alcoholismo, el aumento de la expectativa de vida, la acumulación de crónicos, la menor tolerancia social y una sociedad cada vez más compleja para vivir explicarían según la revista esta vergüenza nacional. Los artículos van acompañados de imágenes de las condiciones denigrantes en las que viven los dementes (Charbonnier, J.P. Jean-Philippe Charbonnier: HP hôpitaux psychiatriques. Le traitement contemporain n°4 - Galerie Agathe Gaillard. 2006; Bazin, H. Charbonnier, J.P. (fotos). Ce qui arrive aux 100 000 Français que l'on a déclarés BONS POUR L'ASILE! *Réalités* janvier 1955 n° 108: 58-67, 89.)

Ya en España un periodista A.M Lera (1972) reunió sus artículos publicados en una revista médica (*Tribuna médica*) durante la década de los sesenta del siglo XX. Sus impresiones tras visitar muchos de los Manicomios existentes en España se compilaron en su libro: *Mi viaje alrededor de la locura*. La situación descrita es desoladora: pobreza, suciedad, hacinamiento se aunaban con la demencia. Lera apunta cinco factores contribuyen a la degradación de la DM. Primero, la dependencia asistencial que los locos padecen de la denominada entonces Beneficencia (Lera denuncia esto como un egoísmo encubierto). Un segundo factor estaría en el hecho de marginar la DM a la práctica privada debido a la no cobertura médica en la Seguridad Social. El tercer factor, se situaría en la insolidaridad social de la familias de los locos al despreocuparse una vez sus enfermos son encerrados. Un cuarto factor está, sigue Lera, que el Manicomio convierte a la DM en un gueto de degeneración y hacinamiento. Finalmente, en quinto lugar, dado que los Hospitales se preocupan más por su propio mantenimiento que por su función medico sanitaria se olvidan de esta última función al centrarse en la primera. Lera concluye denunciando la invisibilidad del loco en la España de los setenta: “*El loco no existe. Nadie lo menciona y cualquier indiscreción se contesta con un gesto mudo de resignación, como si se nombrara al criminal o a la puta de la familia*” (Lera 1972: 203).

Unos años después la revista *Triunfo*, durante la denominada reforma psiquiátrica, retrata la situación escandalosa de los Hospitales Psiquiátricos españoles que habían iniciado una transición hacia lo que se denominaba una psiquiatría moderna. G. L. Díaz Plaja describe en dos artículos de 1971 titulados “La asistencia psiquiátrica en España I y II” lo que denomina “laguna” de la asistencia psiquiátrica. Los artículos describen gráficamente la penuria de la vida en las instituciones de dementes (trunfofodigital.com). Uno de ellos remata con este pie de foto de una sala inmensa llena de camas vacías: “El enfermo mental es un ser sin tiempo ni espacio propio” (1971:

15). En la misma línea, *Interviu* (Noviembre 2004) publica en España una década después un reportaje en 1984 sobre a sobrepoblación de las cárceles psiquiátricas en España. Acompañada de fotografías se denuncia el hacinamiento y las condiciones de pobreza de los presos internados.

Ya en Galicia, el extinto *Xornal de Galicia*, publicó en 2010 un reportaje en su revista dominical sobre Conxo. En este caso, no se denuncia un estado escandaloso de la institución, sino que se juega con una imagen benévola del enfermo mental: uno de los titulares reza “Espíritus santos tenemos uno, Jesucristos varios”. Sin ofrecer una imagen oscura del centro, sólo con alusiones a un oscuro pasado de hacinamiento, el reportaje describe la vida diaria en un esfuerzo por la integración de los pacientes, dejando entrever, eso sí, algún tipo de elemento “escabroso” para enganchar al lector en algún tipo de escándalo (un conocido político nacionalista, supuesto paciente en el pasado, de cuyo expediente el director señala como “misteriosamente desaparecido”). Se señala eso sí la necesaria reforma y mejora de las precarias instalaciones.

En todos estos ejemplos el esquema utilizado en la prensa es el mismo: una denuncia con un amplio reportaje gráfico acusa lo vergonzoso del tratamiento de la DM en una institución. En el mejor de los casos, la cobertura mediática desencadena algún tipo de acción reparadora para unos años después volver “ser necesaria” otra denuncia. La esperanza futura en una luz presente pesimista se reescribe una y otra vez en la revisión de la queja del estado actual de la atención psiquiátrica. Niklas Luhmann en su obra sobre los medios de comunicación afirma: “Lo que sabemos sobre la sociedad, y aún lo que sabemos sobre el mundo, lo advertimos a través de los medios para la comunicación de las masas” (2000: 1). La prensa, la televisión, el cine e internet construyen para nosotros la realidad. Luhmann se pregunta: ¿Cómo es posible que conociendo cómo fabrican el artificio y con la duda constante sobre su veracidad como su herramienta básica, sigan construyendo la realidad para nosotros? Aplicado estas afirmaciones a nuestro tema, los IS de la DM, ¿cómo es posible que una denuncia replanteada cada cierto tiempo siga teniendo éxito comunicativo? O de otra manera: si se ha denunciado tantas veces el trato discriminatorio o inhumano recibido por los enfermos mentales, ¿Por qué no se ha solucionado de una vez por todas y se hace necesario volver a denunciarlo una y otra vez? ¿Qué función social cumple esa permanente recreación de la denuncia? ¿A qué realidad social obedece?

3. IS de la DM en el cine.

Luhmann (2000) describe el entretenimiento como herramienta central de los medios de masas en la doble definición que hace de la realidad. El cine y la televisión construyen la realidad de la DM en una complejidad de IS. Vamos a centrarnos en apuntar aquí tres de ellos.

1) Existe una buena cantidad de películas donde el definido como enfermo mental es “encerrado” en algún tipo de institución contra la que se rebela: *Nido de víboras* con Olivia de Havilland (1948) en un hospital “psicoanalítico” previo a los psicofármacos; *Alguien voló sobre el nido de cuco* con Jack Nicholson (1975) nos describe los grandes asilos posteriores a la segunda Guerra Mundial con electroshock y psicofármacos; e *Inocencia interrumpida* con Winona Ryder (1999) perfila un hospital donde la terapia se centra en la individualidad de los “acaudalados” internos. Son tres ejemplos, de tres épocas consecutivas en el tratamiento de la DM, de un mismo esquema. La DM encierra la verdad de una necesaria rebelión soñada contra lo establecido. La eficacia tranquilizadora de este imaginario observa desde la rebelión romántica contra el orden para precisamente mantenerlo. El IS del loco es aquí el de un “raro” no entendido que nos recuerda a todos la importancia de trasgredir las normas.

2) Un segundo esquema imaginario prevalente en el cine lo encontramos en la visión más oscura, violenta y criminal de la DM. Aunque los enfermos mentales violentos o peligrosos son porcentualmente muchos menos que la población normal, el cine se ha encargado de construir la imagen del loco violento, terrorífico y por ello lógicamente entre rejas. *Psicosis* (1960) de Alfred Hitchcock sería el paradigma de un sinfín de películas y series de televisión donde el psicópata asesino incomprensible justifica las actuaciones más violentas contra él.

3) Un tercer imaginario lo ejemplificaremos con la película *Una mente maravillosa* (2001), donde se cuenta la historia de un matemático premio nobel y su vida con un diagnóstico de esquizofrenia. En este caso es la lucha personal del protagonista y su entorno familiar la que son subrayadas en la narración cinematográfica. El IS observa la lucha individual frente a los síntomas de la enfermedad. Como muchas producciones de Hollywood el énfasis se coloca en la superación de dificultades premiada con sus éxitos. De alguna manera todo sufrimiento se ve superado con el esfuerzo individual.

Estos tres IS de la DM son repetidos recursivamente en la televisión, especialmente los dos primeros, en sus diferentes formatos: en la publicidad, en las noticias, en sus diferentes formas de construcción de la realidad. Pero no son los únicos.

4. Los IS de la DM en policontextualidad.

Existen muchos IS relacionados con los comportamientos humanos bizarros, extraños o fuera de lugar; podríamos encuadrarlos alrededor de la locura; entendiendo locura en un sentido amplio. Dado que por definición se trata de algo incomprensible, fuera de lo normal, el sistema social ha generado abundantes esquemas interpretativos para percibirlo, comprenderlo y actuar. El sistema médico funcionalmente diferenciado junto con la ciencia (medicina, psicología, sociología, antropología...) han alimentado la semántica comunicativa de la DM. Como simplificación

podemos diferenciar cuatro grandes IS específicos de la DM (Tyrer-Steinberg 2005). No son los únicos ni tienen un funcionamiento excluyente.

1) El primero es dominante en el mundo occidental pues se construye como veremos sobre los fundamentos de la cultura biomédica (lo hemos usado anteriormente como ejemplo). La psiquiatría es la especialidad médica encargada de la DM. Como subespecialidad de la biomedicina construye su observación sobre el concepto de dolencia o enfermedad biológica. Una enfermedad es una entidad o síndrome que afecta al ser humano siguiendo un curso predecible. La malaria, el sarampión o un catarro son ejemplos modelo. Una dolencia se adquiere o contrae, ésta tiene un curso de desarrollo predecible, y es por ello que los médicos pueden detectarla a través de los síntomas; atajarla y paliar sus efectos. En la psiquiatría se ha añadido al IS de enfermedad el adjetivo de mental, sin embargo el peso dominante perceptivo recae en la semántica del concepto de enfermedad. El IS de DM se vio reforzado al atribuir a la química cerebral, nunca completamente comprendida, la causa de la dolencia. Los éxitos de la biotecnología en otros campos médicos, especialmente la genética, alimentan este IS. La promesa del proyecto Genoma Humano encierra la esperanza de encontrar los desencadenantes genéticos de cada DM. La promesa de medicinas generadas con células diseñadas para cada persona alimenta no sólo a la industria biotecnológica sino al propio sistema médico.

Al mismo tiempo que el IS de la enfermedad creció, aumentaban sus contradicciones, críticas e incoherencias. Ante cada nueva dolencia detectada, se ampliaba el número de casos tratados por los psiquiatras, multiplicando los problemas de diagnóstico y tratamiento. Cada nuevo fármaco o droga conlleva críticas sobre sus efectos secundarios incontrolados o las posibles consecuencias a largo plazo. Cada nuevo descubrimiento genético o de la bioquímica cerebral se ve empañado por dudas sobre su eficacia; o sobre los efectos adversos dada la escasa comprensión de su eficiencia sobre un sistema tan complejo como el cuerpo humano.

La DM como enfermedad biológica funciona como IS porque aporta estabilidad, continuidad predecible y coherencia a la vivencia; la convierte en algo comunicable en la semántica social de un sistema médico acoplado con los restantes sistemas sociales. Es precisamente este IS el que la acopla con otros sistemas sociales. La DM en clave biológica se ha difundido como IS y es “entendida” por el sistema económico, el científico, el político, etc. Pero sobre todo funciona porque aporta una visión “global” sobre el caos, la incoherencia y las críticas. Como buen IS el modelo construido desde el sistema médico no es plano, está lleno de grietas, sin sentidos e incoherencias que lejos de anularlo lo enriquecen (como vimos en los IS relacionados con la prensa y el cine).

2) La DM como “problema psicológico” es el segundo IS que vamos a apuntar. La psicología se diferenció entre las disciplinas científicas al observar el comportamiento humano gracias a lo que hoy llamaríamos “cognición”, en un sentido amplio. Las múl-

tiples escuelas surgidas desde entonces comparten un IS del comportamiento bizarro, extraño o caótico. Cada humano tiene una visión idiosincrática del mundo (cognición) construida en su experiencia vital que da coherencia a su comportamiento. La DM o el malestar psicológico en sus múltiples facetas es producto de visiones ya consolidadas o aprendidas. De alguna manera, la actuación del psicólogo detecta esos procesos de aprendizaje erróneo consolidados, buscando re-educar. Alimentándose en otros IS, la DM o locura es percibida como una dolencia psicológica cognitiva o del comportamiento que causa stress y/o una adaptación no estable al entorno del individuo (Tyrrer -Steinberg 2005: 75). La psicología ofrece un IS menos rígido que el de la psiquiatría, aunque emparentado con el Imaginario de la enfermedad como entidad mórbida subyacente. Un elemento esencial de este IS son los test de diagnóstico psicológico. Con un aurea cuasi mágica se pide al psicólogo de las unidades de salud mental (Torres 2009) que detecte los “mal-aprendizajes”.

Este IS completa y compite con el anterior. El IS construido desde la psicología es sutil, apelando a la emotividad y la sensibilidad como herramientas básicas para la conexión con el mundo vivido de la locura. Los tratamientos son menos contundentes pero conllevarían un cambio en la visión que el “paciente” y su entorno perciben, actúan y se comunican sobre el problema.

Al percibir, actuar, comprender y comunicar con este IS de corte psicológico no nos libramos de las incoherencias, contradicciones y las críticas. La lista de escuelas psicológicas es interminable: conductismo, Gestalt, cognitivismo, psicología sistémica, humanismo, funcionalismo o estructuralismo. Cada una de estas ramas de la psicología aborda la clínica con diferentes herramientas, criticando los procedimientos de todas las restantes. Para el médico, el psicólogo es poco efectivo y ocupa mucho tiempo (Torres 2009). Para el psicólogo la actuación del médico no ataja el problema esencial de un mal aprendizaje, por muchas drogas que se administren, piensa el psicólogo, no se aborda el esquema psicológico “erróneo” del que arranca la dolencia.

Acoplado pues al IS generado desde la medicina y la psiquiatría, este IS colabora en la coordinación de los diferentes sistemas sociales. La imagen de una entidad psicológica amorfa y emotiva, incoherente creada por aprendizaje, contribuye a que los sistemas político, económico, científico, industrial y educativo se coordinen socialmente, enriqueciendo la semántica desde la cual se comunican, entienden y actúan. La vivencia de la incoherencia co-sustancial a la experiencia de la locura encuentra aquí una percepción que la entiende, la comunica y por lo tanto genera tejido social.

3) La sociología aparece como ciencia en el siglo XIX para ofrecer una descripción de un sistema social cada vez más complejo e inabarcable (Luhmann 2007). Uno de sus fundadores dedicó un libro completo a un tema que aparentemente no tenía ninguna explicación social: el suicidio. Hablamos del clásico de Durkheim (1989) *El Suicidio*. Durkheim detecto la conexión de variables sociales con una conducta en apariencia idiosincrática. Ya en el siglo XXI todos los manuales de Sociología médica

de la DM tiene capítulos dedicados a analizar las relaciones de la DM con: clase social, raza, edad, género, estado marital, vida rural o urbana, migraciones, etc. (véase: Cockerham 1996). La imagen aquí construida es que la locura está asociada a variables sociológicas, sino ¿cómo explicar que haya más depresión entre las mujeres?, o ¿cómo comprender que la prevalencia y pronóstico de casi cualquier DM sea peor entre las “clases” sociales con menos recursos? La percepción comunicada es que la DM aparece y se mantiene por causas sociales (Tyrrer-Steinberg 2007: 99-105).

Este IS de la locura es quizás el que más críticas ha generado. Un buen ejemplo es la obra ya clásica de Szasz de 1976 *El mito de la enfermedad mental* (una “actualización” de este IS sociológico puede verse en la obra de Horwitz de 2003: *Creating Mental Illness*). El razonamiento empleado es el siguiente: si la DM tiene factores sociales asociados, ¿no será porque es una creación de la sociedad?, y por lo tanto no existe enfermedad subyacente. Cada nueva categoría diagnóstica añadida la psiquiatría (desde la Esquizofrenia sustituyendo a la Demencia precoz en el XIX hasta el denominado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, más actual); cada nueva categoría diagnóstica forja oleadas de críticas y controversias, se dirá: ¿no se está sobre medicando un asunto exclusivamente social? En consecuencia, la deducción subsiguiente es evidente: la solución a un problema social no puede ser una terapia médica, una droga para el cuerpo o un test psicológico. Todos estos elementos no atajarían el problema social subyacente (supuesto, imaginado, percibido).

El IS que hemos denominado sociológico ofrece una imagen estable, coherente de un fenómeno inexplicable. Arroja luz desde una perspectiva realmente amplia y global que integra y acopla las visiones generadas desde otros sistemas diferenciados socialmente. Con este IS se percibe, se comprende y se actúa sobre la locura: el político ataja las desigualdades sociales para prevenir desigualdades sanitarias, el economista ajusta presupuestos para erradicar la pobreza que genera DM, el científico investiga sobre el cerebro para producir fármacos mejores y baratos, etc. Este imaginario genera sentido en campos y disciplinas no necesariamente sociológicas. Lo hace porque ofrece coherencia, continuidad donde no existía. Lo hace al coordinar el caldo de cultivo semántico que el sistema social genera desde los múltiples vértices de su policontextualidad.

4) El IS psicoanalítico percibe la locura como conflicto emotivo provocado por el trance edípico. Cada humano vive un deseo que ha de reprimir, con esa represión, según Freud, nos educamos y socializamos. Ese conflicto edípico crea en cada humano un inconsciente con unas reglas idiosincráticas. Al seguirlas cada uno de nosotros se relaciona con el mundo. La psicosis y la neurosis, conceptos creados por Freud, son dos formas patológicas de resolver “en falso” el deseo y su necesaria represión. En el IS el médico psiquiatra se encargaría de los casos más psicóticos, dejando para el psicoanalista los casos de neurosis. Su parecido con el IS psicológico es evidente, pero lo diferenciamos de aquél por su importancia en la semántica de los IS

de la locura. Las escuelas psicoanalíticas han alimentado con sus críticas y dudas este IS. Como con los otros IS estas dudas y críticas no han hecho sino nutrir la percepción construida desde el psicoanálisis. La crítica desde la ciencia médica ha sido principalmente por la falta de pruebas objetivas, tanto de la verdad de la teoría como de la eficacia del tratamiento. Se le ha tildado de pseudo religión por esta razón, al atribuírsele principalmente un carácter de creencia. Otro conjunto de críticas se han centrado sobre el concepto de Inconsciente o el de Deseo, pues estos dos conceptos se presentan como “cajas vacías” con las que se podría explicar casi todo.

A favor o en contra del psicoanálisis lo cierto es que el IS de la locura construido desde esta disciplina está vivo en la semántica de nuestro sistema social. Aporta estabilidad, coherencia y continuidad a la comprensión, percepción y actuación relacionada con la locura. Pero sobre todo permite la coordinación de los diferentes sistemas sociales diferenciados en nuestra sociedad contemporánea (Torres 2009).

5. IS de subsistemas sociales no expertos: Familia y enfermos.

Los sistemas sociales no se construyen únicamente desde la lógica de los expertos. Cuando un comportamiento bizarro se presenta en la vida de una persona y sus allegados la comunicación social continúa. Los sistemas sociales, especialmente las familias, generan elementos que contribuyen a la semántica social donde emergen imágenes para comprender lo incomprensible. Vamos a señalar sólo dos, uno construido en los intercambios comunicativos de los familiares de personas con diagnóstico de una DM, y otro por los propios diagnosticados (Torres 2009; tesis doctoral con entrevista en Galicia a personas con un diagnóstico de un DM, sus familiares y los gestores medico administrativos).

1) Las familias se enfrentan a los primeros signos de la DM como un reto. Una conducta inexplicable irrumpe en sus vidas. Después de varias crisis las explicaciones razonables son abandonadas una tras otra: el comportamiento inexplicable persistente destruye las razones fáciles. Ni las drogas, ni una mala experiencia psicológica después de los problemas personales, ni el estrés, pueden ser mantenidas ya como explicación. Al persistir el problema a lo largo de los años, un IS se dibuja sobre la aceptación de lo inevitable. El IS de la comunicación familiar íntima de la DM está constituido por elementos contradictorios: la persistencia de la DM frente a las posibles explicaciones hace llegar a los familiares hasta el IS biomédico antes descrito, pero dentro de él no agotan la experiencia de la DM. Pero aunque el psiquiatra gestiona una medicación para controlar los síntomas más agudos, o administra un internamiento ante una crisis, la persistencia crónica de la DM demuele todo sentido. Ese exceso vivido, la angustia permanente ante una nueva crisis alimentan un IS de dureza, de victimización, de sufrimiento, de aguante. Rozando el modelo de la “madre coraje” muchos familiares de personas con un diagnóstico de DM imaginan futuros

y dialogan con sus iguales en las asociaciones, desde un imaginario amorfo y no perfectamente definido, pero siempre presente en la comunicación de la DM.

2) Todo Enfermo Mental tuvo una vida antes del diagnóstico. Se confunden e idealizan los recuerdos de cómo era la vida antes, pocas veces estableciéndose una diferencia clara entre personalidad y DM. Lejos de ofrecer la DM como causa, la imagen construida desde la experiencia directa con la DM varía en cada caso: el alcohol y a las drogas, un golpe en la cabeza, los nervios, una mala experiencia, etc. En el trato con el enfermo mental el imaginario construido es el del individuo “raro”, especial pero no peligroso, cariñoso pero no violento. De alguna manera el IS que se lucha mantener desde esta perspectiva es el de la individualidad. Cada enfermo es él o ella y sus circunstancias. No hay saco común donde colocarlos, cada uno de ellos es único e irrepetible.

6. Conclusión.

Cuando vamos al supermercado a comprar un producto nos enfrentamos a un reto homérico: el número de opciones es casi infinito y debemos elegir siempre cortos de tiempo. Elegir una lata de atún o bonito, pero: ¿de qué precio?, ¿aceite o agua?, ¿girasol o vegetal (de palma)?, ¿vegetal o de oliva?, ¿marca blanca o marca comercial?, ¿tamaño de la lata?, etc. La publicidad y la presentación de las opciones en los estantes del supermercado “guían” nuestra elección.

De la misma manera ante un comportamiento bizarro, inexplicable nos enfrentamos a una tarea verdaderamente homérica: ¿es una enfermedad o es una elección “culpable”?, ¿se puede curar?, ¿cómo? De entre todas las explicaciones posibles, ¿con cual me quedo: mal aprendizaje, enfermedad mórbida subyacente, factores sociales o un conflicto edípico no resuelto? ¿violento peligroso o creador excéntrico?, ¿posesión demoniaca o stress psicológico?, ¿vivencia invivible desde una siempre presencia del familiar o simple rareza graciosa? El sistema social nos lanza a un “pool” semántico en el que no podríamos discriminar y seleccionar para encontrar el sentido, comunicarnos y actuar. Los Imaginarios Sociales son las guías con las que poder seleccionar. No hacen desaparecer la incoherencia, el caos o las inconsistencias, sino que alimentándose de ellos, construyen vínculos sociales. En ese caldo de cultivo de imaginarios en un contexto social complejo de policontextualidad aparecen los equipos interdisciplinarios en las unidades de salud mental (Torres 2009) donde psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y psiquiatras trabajan juntos, comunicándose en un caldo de cultivo semántico contradictorio, social.

Los IS de la DM construyen sociedad al permitir soñar, imaginar, la cura de la DM. Hemos diferenciado cuatro imaginarios sociales utilizados para pensar, actuar y comprender la DM. Uno de ellos es el dominante, el construido sobre el modelo de enfermedad como entidad mórbida subyacente. Sociológicamente no es relevante si el IS aporta verdad o no, sociológicamente describimos cómo sirve para construir

sentido comunicativo donde no lo había. Pues un sistema social no se arriesga en una única apuesta, sino que los IS de la DM siguen siendo múltiples e incoherentes. De ahí que la labor del sociólogo sea explicar porque al “comprar” en el supermercado de ideas seleccionamos para nuestro hermano, paciente o familiar, uno de los IS y no los otros. La semántica social ofrece un amplio universo de significado donde “comprender” lo incompresible en su complejidad.

7. Referencias citadas:

- BLY, Nellie. (2009), *Ten Days in a Mad-house*, CreateSpace: New York.
- BLY, Nellie. (2010), *Diez días en un manicomio*, Buck: Madrid.
- COCA, Juan R. y VALERO MATAS, Jesús A. (2010), “Technological Images about Human Self-construction on Spain Context. A preliminary Study”, *Studies in Sociology of Science*; 1 (1): 58-66.
- COCKERHAM, William C. (1996), *Sociology of mental Disorder*, Prentice-Hall: New Jersey.
- CORSI, G., ESPOSITO, E. y BARALDI, C. (eds.) 1996, *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*, Anthropos: Barcelona.
- DAWKINS, Richard. (2009), *Evolución. El mayor espectáculo sobre la tierra*, Espasa Calpe: Madrid.
- GÜNTER, G. (1979), *Beträge zur Grundlegung einer Operations fähiger Dialektik II*, Hamburg.
- HORWITZ, Allan V. (2003), *Creating mental illness*, Chicago UP: Chicago.
- LERA, Ángel M^a. (1972), *Mi viaje alrededor de la locura*, Plaza y Janes: Barcelona.
- LUHMANN, Niklas. (2000), *La realidad de los medios de masas*, Anthropos: Barcelona.
- LUHMANN, Niklas. (2007), *La sociedad de la sociedad*, Herder: Mexico.
- PINTOS DE CEA-NAHARRO, Juan Luis. (1995), *Los imaginarios sociales. La nueva construcción de la realidad social*, Sal Terrae: Madrid.
- SHORTER, Edward. (1997), *A history of psychiatry. From the age of the asylum to the age of prozac*, Wiley: New York.
- SZASZ, Thomas. (1976), *El mito de la enfermedad mental*, Amorrortu: Buenos Aires.
- TORRES CUBEIRO, Manuel. (2008), *Luhmann*, Baía Edicións: A Coruña.
- TORRES CUBEIRO, Manuel. (2009), *Orden social e loucura en Galicia. Tese douctoral*, USC: Santiago.
- TYRER, Peter y STEINBERG, Derek. (2005), *Models of Mental Disorder*, Wiley: London.