

La comunicación de la locura: expectativas, sentido y tiempo en biografías de psiquiatras gallegos.

Manuel Torres Cubeiro¹

Universidad de Santiago de Compostela.

Introducción.

Ángel María de Lera publica en 1972 un libro en el que reúne una serie de artículos anteriores de la prensa española sobre sus visitas a múltiples hospitales psiquiátricos de España. Lo titula: *Mi viaje alrededor de la locura*. Describe cómo los manicomios españoles de los años sesenta y setenta carecen de dotación, la buena intención de sus trabajadores, las esperanzas que existían en todos ellos sobre los proyectos de ampliaciones y mejoras. Dibuja un estampa *espantosa pero esperanzada* de la psiquiatría española en los años sesenta. A modo de conclusión Lera señala cinco factores que contribuyen a la degradación de locura en los manicomios (Lera 1972: 198-212): primero, la dependencia asistencial que los locos padecen de la beneficencia (la caridad), que tilda de egoísmo encubierto. Segundo, la marginación de la locura a la práctica médica privada dada la ausencia de cobertura por los servicios de la Seguridad Social. Tercero, la insolidaridad social de las familias y enfermos de los locos, al despreocuparse de su suerte una vez encerrados. Cuarto, el propio manicomio convierte a la locura en un ghetto de degeneración y hacinamiento. Y finalmente, dado que los hospitales se preocupan más por el mantenimiento y por la perpetuación de la institución que por la función médico sanitaria que desempeñan, se olvidan la función médica al centrarse en el órgano institucional que la desempeña. Lera concluye definiendo, como consecuencia, la invisibilidad del loco en la España de los años sesenta y setenta:

“El loco no existe. Nadie lo menciona y a cualquier indiscreción se contesta con un gesto mudo de resignación, como si se hubiera mentado al criminal o a la ramera de la familia” Lera 1972: 203.

La lucidez con la que Lera enuncia los problemas asociados a la locura es encomiable, más aún si tenemos en cuenta que cuarenta años después, la mayor parte de las críticas que hace Lera sobre la aplicación de la psiquiatría en España siguen siendo válidas.

En la investigación que estamos realizando en Galicia² nos hemos encontrado con que los psiquiatras entrevistados coincidían con lo planteado por este periodista hace cuarenta años. En este artículo partimos de una pregunta basada en el testimonio que este periodista de los años setenta en España nos plantea al hilo de nuestra propia investigación sobre la locura y la enfermedad mental en Galicia en los años noventa y en la actualidad. Nuestra pregunta inicial es la siguiente: si desde los años sesenta, como señala Lera, se detectan los elementos necesarios para “solventar” el problema médico y social de la locura, ¿cómo es posible que hoy en día, como se verá en las entrevistas analizadas, se sigan pidiendo casi las mismas cosas, con la misma *mezcla de resignación y esperanza*?³

La respuesta que daremos a esta pregunta en este artículo *describe la comunicación que hacen de la locura los psiquiatras*, es decir, *reconstruimos las expectativas con las que socialmente se construye el sentido de la locura*. Lo haremos dando tres pasos, pues, para hacer esta reconstrucción y esta descripción es necesario especificar, en primer lugar, los presupuestos teóricos de los que se parte. La primera parte de este artículo se centra, por lo tanto, en una breve exposición de los conceptos básicos de la teoría de sistemas de N. Luhmann y de imaginarios sociales de Juan Luis Pintos para una sociología de la enfermedad mental o de la locura. En segundo lugar describiremos los datos que vamos a utilizar y el procedimiento con el que los procesaremos. Los conceptos de biografía, de repetición recursiva, de expectativa y de imaginario social serán la base de la metodología planteada. En tercer lugar, describiremos cómo es comunicado el sentido de la locura entre los psiquiatras gallegos entrevistados. Veremos como la semántica de la locura entre los psiquiatras es coherente con lo que Lera planteaba en los años setenta y el sentido que esta permanencia tiene en el sistema social complejo de la Galicia contemporánea.

¹ Este artículo es parte de una investigación enmarcada en una futura tesis doctoral elaborada en la Universidad de Santiago de Compostela bajo la dirección de Juan Luis Pintos de Cea Naharro (Facultad de Ciencias Políticas e da Administración) con el título: “Orden Social y Locura en Galicia”. Mi intención es proponer cosas, pensar en alto y ordenar el flujo incesante de ideas que las lecturas, las experiencias y los datos provocan. Para cualquier sugerencia, comentario, protesta, corrección o lo que queráis mi dirección electrónica es: mtorres66@telefonica.net. Serán siempre bien recibidas y contestadas.

² Una descripción sucinta de Galicia y del sistema sanitario español se hará más adelante en este artículo.

³ La pregunta podría ser aún más radical pues basta examinar cualquier historia de la psiquiatría para detectar que las “soluciones” a la enfermedad mental están claras desde la época de Hipócrates (Ackerknecht 1993; Shorter 1997). Quizás el problema no sea tanto el conocimiento como el conocimiento social. Comelles en una obra clave sobre la psiquiatría en Cataluña (*La razón y la sinrazón*) se plantea una pregunta similar a la que me he planteado aquí. ¿Cómo es que la psiquiatría española no ha sido capaz de crear un dispositivo asistencial potente llevando tantos años como lleva hablando y discutiendo sobre la necesidad de un cambio, de una reforma? (Comelles 1988: 19); ¿la comunicación de la locura la sigue colocando en la vacuidad?

Armazón teórico: sentido, tiempo e interpenetración en el subsistema médico, la psiquiatría y el loco desde la teoría de sistemas.

Vamos a plantear la revisión de la teoría de Luhmann en base a trece tesis numeradas. Cada tesis va acompañada de un desarrollo conceptual sintético pero completo del complejo laberinto conceptual de la teoría de sistemas de Luhmann, incorporando en notas a pie de página citas aclaratorias o alusiones a otros planteamientos teóricos en sociología.

En las nueve primeras tesis nos centramos en los temas clave de la teoría de sistemas de Luhmann, introduciendo en la décima la teoría de los imaginarios sociales de Juan Luis Pintos. Comenzaremos con una definición de sistema y entorno, estableciendo sus rasgos fundamentales (tesis 1). Diferenciamos después entre sistemas vivos, *psíquicos y sociales*, delimitando sus rasgos esenciales (tesis 2 y 3), para centrarnos en los conceptos de *sentido* (tesis 4) y *acoplamiento estructural* (tesis 5) en la evolución, tiempo y diferenciación funcional (tesis 6). Sólo entonces tendrá sentido hablar del concepto de Observación y observación de segundo orden (tesis 7 y 8), y de la posibilidad de una *Ciencia de la sociedad* (tesis 9) en base a la observación de imaginarios sociales (tesis 10).

Las últimas tres tesis (11-13) introducen las bases de una *sociología de la enfermedad mental* de inspiración luhmaniana.

[T1 SISTEMA] Un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre si mediante una operación autoreferente y autopoietica frente a un entorno. Un sistema es la diferencia establecida con su entorno.

Un sistema es más que la suma de sus elementos. Hay que diferenciar entre su *composición* (elementos) y su *estructura* (el conjunto de las relaciones entre los elementos). El **entorno**⁴ de un sistema es todo lo que queda fuera de los elementos y relaciones internas a él, pero que afecta, o se ve afectado, por el mismo sistema. El entorno del sistema es siempre más complejo que el propio sistema. Un sistema es **abierto** y **cerrado** pues el **tiempo** (evolución) determina tanto su estructura como sus elementos. Es abierto porque mantiene relaciones con el entorno, y es cerrado porque no precisa de las relaciones con el entorno para mantenerse.

Todo sistema se crea en virtud a una **operación** sobre la que se cumple su **función**⁵. La operación del sistema es auto referencial y le permite a los sistemas crear su unidad, su estructura y los elementos que lo constituyen como tal. Un sistema es **autorreferente (autopoietico)** porque crea su estructura y selecciona sus elementos determinado por la **función** que realiza (mantener la vida, la conciencia, la comunicación). *Su función ordena al sistema*. La función principal de todo sistema es autoperpetuarse: los sistemas crean su estructura en función de su propio automantenimiento. Todo sistema es una forma de reducción de la **complejidad** del entorno: la reduce al aumentar las posibilidades de selección pues establece como posibles unas conexiones entre elementos, y no otras (guiado por su función y por la estructura creada).

El tiempo, la sucesión de operaciones autoreferenciales, hace que las relaciones con el entorno (clausura / apertura) se hagan más complejas permitiendo el cambio del sistema y su evolución. Un sistema no puede entenderse sin entender que el cambio es esencial a su propia constitución. La evolución se produce por un error en los dispositivos de replica autoreferente en la relación con el entorno. El entorno hace que el azar se convierta en necesidad en el sistema⁶. Un sistema siempre es **paradójico** pues su carácter auto referencial le hace depender del entorno para mantenerse. De ahí nace su carácter temporal, su dependencia del cambio.

Un sistema crea dispositivos para mantenerse y evitar el carácter destructivo de las paradojas⁷, con lo que, por el hecho de describirlas en su operación (conciencia o comunicación) las esta integrando y permitiendo al mismo tiempo su propia evolución.

Un sistema, por lo tanto, es la diferencia que establece con un entorno en el propio entorno. El entorno es al que debe permanentemente su existencia y la amenaza de su destrucción explica así la necesidad del sistema de estar en constante cambio.

[T2 SISTEMAS] Un sistema psíquico se construye en el conjunto de todas los pensamientos con sentido posibles (su operación), siendo la memoria el pensamiento recursivo del sistema psíquico. Un sistema social se construye en el conjunto de toda las comunicaciones con sentido posibles (su operación), siendo la cultura⁸ la memoria recursiva del sistema social.

⁴ "...el entorno es el conjunto de posibilidades al que puede acceder un sistema para efectuar, sobre el mismo, todo un conjunto de selecciones que sean significativas" Izuzquiza 1991: 159.

⁵ Luhmann parte del funcionalismo de Parsons para crear un estructural funcionalismo basado en la teoría de sistemas (la función entendida siempre como comparabilidad), pues sólo de esta manera se puede superar la crisis de la teoría social: será posible explicar el cambio social, la desviación social y todos los problemas que la teoría de la acción social generaban (Luhmann 1996, especialmente el capítulo 1).

⁶ La obra de Monod (1970) es un lúcida exposición de esta tesis.

⁷ "La paradoja es la inclusión de la diferencia en lo diferenciado por ella" Izuzquiza 1991: 125.

⁸ Uso la definición que Luhmann da de cultura (Luhmann 1995) muy similar al concepto que Foucault utiliza de *episteme* (Foucault 1973). La sociedad es el sistema autoreferente de comunicaciones y la cultura la memoria recursiva del sistema social con la terminología de Luhmann; o con la de Foucault el orden aparente generado y producido en el discurso.

Los sistemas vivos⁹ operan en base a la vida, los psíquicos en base a pensamientos y los sociales en base a comunicaciones. Los sistemas vivos (células, virus, órganos, etc.) organizan elementos químicos e inorgánicos sobre los que conservar la vida, tienen como entorno la materia inorgánica (de la que dependen y gracias a la cual evolucionan). Los sistemas psíquicos (individuos humanos) suponen los sistemas vivos (son su entorno): *organizan pensamientos en función de la reflexividad de la conciencia*. Los sistemas sociales (interacciones, organizaciones y sociedades) suponen los dos sistemas anteriores: vida y conciencia son su entorno, su existencia es condición de posibilidad de un sistema social pero no son el sistema social porque los sistemas sociales *organizan comunicaciones en función de la observación*¹⁰.

Un sistema psíquico es un sistema autopoietico operacionalmente cerrado sobre si mismo. La operación sobre la que se constituye es la conciencia, que produce pensamientos (representaciones) constitutivos de sentido. Esta cerrado sobre si mismo pues la conciencia sólo es observable desde el exterior, solo recibe estímulos desde otros sistemas que son su entorno (otros sistemas psíquicos en comunicación en el sistema social). Sus pensamientos son ciegos, pero dado que puede observarse a si mismo (reflexividad) a lo largo de la sucesión (generando el tiempo) se constituye sobre la operación cerrada de su auto observación. Solo pueden abrirse y cambiar a través de la comunicación (operación generadora de los sistemas sociales) y la utilización del lenguaje. *Un sistema psíquico se construye en el conjunto de todas los pensamientos con sentido posibles, siendo la memoria el pensamiento recursivo del sistema psíquico*.

Un **sistema social** es un sistema autopoietico¹¹ cerrado sobre su propia operación. La operación generadora de los sistemas sociales es la **comunicación**¹², se constituye por la selección de posibilidades y su repetición con **sentido**. *Un sistema social se construye en el conjunto de toda las comunicaciones con sentido posibles, siendo la cultura la memoria recursiva del sistema social*.

[T3 COMUNICACIÓN] La comunicación es la operación con la que se diferencia el sistema social. Comunicar es asegurar la selección de la observación en una situación de doble contingencia.

Toda **comunicación**¹³ es un proceso altamente improbable, no es posible comunicarse sin una coordenada temporal, evolutiva. Se basa en una *triple selección*; primero selección del contenido informativo, segundo la decisión de comunicarlo con la intención de que sea entendido (no existe comunicación sin intención de ser comprendida); la tercera selección es la de su aceptación o no. Comunicar no es la transmisión física de algo; comunicar con sentido en un sistema social es una elección de información; comunicar no tiene, por lo tanto, ninguna connotación ontológica.

La comunicación es posible e improbable en base a la **doble contingencia**¹⁴. Se selecciona una información para comunicar, se elige comunicarla y entonces entre en juego la alta improbabilidad de que sea seleccionada como comprensible: el sistema social, mediante la repetición de selecciones comunicativas, hace más probable que sea entendida al simplificar la complejidad de opciones. La comunicación es doblemente contingente porque tanto el agente (*ego*) como el objeto (*alter*) de comunicación *se construyen mutuamente* en el acto social de comunicar (para si y para otros).

[T4 SENTIDO] El sentido es selección de posibilidades (pensamiento y comunicación) en situación de doble contingencia. El sentido es la herramienta básica para el acoplamiento estructural entre sistemas psíquicos y sistemas sociales.

El sentido es el medio que permite la creación selectiva de todas las formas sociales y psíquicas; da forma a la realidad al seleccionar posibilidades; actualiza unas, dejando otras como potencialidades. De un conjunto de pensamientos / comunicaciones hace a unos reales o actuales, convirtiendo al resto en el horizonte de posibilidades o potencialidades. Por eso, el sentido y los sistemas sólo son posibles juntos, pues el sentido

⁹ "...todo factor cooperante no deja huella... aquellas condiciones que son necesarias por ser precisamente presentes, están dejadas fuera como si fueran ausentes" Luhmann 1996 (1992): 198-9. En sociología es imprescindible partir de una asunción crítica de la biología (Maturana 1995, Varela 1990, 1997) si no se quiere caer en organicismo o biologicismo acritico. Piénsese en los problemas clásicos del organicismo de Spencer (1967), Comte (1830) o Durkheim (1893, 1895), o en las más recientes visiones organicistas de la sociobiología. En este sentido no es pertinente la crítica que Habermas (1989: 85 y ss.; 444) le hace a Luhmann de ser una simple "metabiología", pues Luhmann integra la complejidad de la biología como condición de posibilidad de la sociedad, sin permitir una simple copia transcrita en lenguaje sociológico. Véase en este sentido las obras de Morin (1974, 1988, 1990, 1992, 1995, 1996, 1997), Varela (1990, 1997), Maturana (1995).

¹⁰ "No existe ninguna intervención directa de los procesos físicos, químicos, biológicos sobre la comunicación, sino solo en el sentido de la destrucción" Luhmann 1996 (1992): 102.

¹¹ Como en Durkheim lo social es algo, digamos, *sui generis*, pero para Durkheim la sociedad es un hecho, y para Luhmann la sociedad es autopoiesis en una operación evolutiva (Luhmann 1996(1992): 193 nota 6). Lo increíble no es el dato, obvio, de la realidad social, sino su constante renovación, de por si siempre problemática. Lo *sui generis* no es su facticidad sino su permanencia. Lo extraño es que un sistema tan complejo como el sistema social no desaparezca, no que exista. Algo que resultará muy esclarecedor para la comunicación de la locura.

¹² "...la comunicación es totalmente dependiente de la conciencia y, al mismo tiempo, algo que la excluye totalmente ya que la conciencia nunca es comunicación" Luhmann 1996 (1992): 205.

¹³ El concepto de acción social de Parsons o Weber no es suficiente. "Lo que una acción es, sólo se puede averiguar sobre la base de una descripción social. Por ello lo que sucede en la relación entre los seres humanos parece una acción. Las acciones se constituyen mediante procesos de adjudicación que se llevan a cabo mediante selecciones apoyadas en la semánticas *del interés, del motivo, de la intención*" Luhmann 1996(1992): 190. Porque además: "el concepto de acción remite al hombre como ser viviente y como conciencia, es decir no se refiere a un estado de cosas socialmente construido" Luhmann 1990: 17.

¹⁴ La contingencia es la posibilidad siempre presente de que "puedan existir otras posibilidades" (Luhmann 1991 (1984): 70). Es la selección de posibilidades comunicativas, a través de la cultura y la socialización, la que hace probable lo siempre incierto.

determina los límites de un sistema con respecto a su entorno (complejidad reducida en el interior y complejidad no reducida / incontrolada en el entorno). El sentido opera a través de selecciones: actualiza algo y niega por lo tanto las demás potencialidades. Es autoreferencial, permite observar todo como contingente al seleccionar una posibilidad, reduce la complejidad y permite referirse así a todas las posibilidades (no actuales), manteniendo la complejidad. El sentido es una conquista evolutiva de los sistemas psíquicos y sociales, no comparable, ni reducible a nada de los sistemas vivos autopoieticos¹⁵.

Es la **lengua**¹⁶, **generadora de sentido social y psíquico**, la que permite la interpenetración y la coevolución entre los sistemas sociales y psíquicos: es la repetición y la previsibilidad la que hace posible su evolución y dependencia. La lengua hace probable la comprensión al ser medio para que los sistemas interpenetrados aseguren su convergencia. Pero es además la base para el cambio pues hace posible el rechazo de la comunicación y las expectativas sobre las que se basa la doble contingencia. La construcción comunicativa del sistema social se hace en base al intercambio de **expectativas**. Un sistema emite una comunicación *esperando* sea aceptada, *genera expectativas en función de las selecciones repetidas anteriormente*. Sus expectativas son aceptadas o no en el interior de la lengua, y la comunicación que las hace probables. Es decir, *la selección para la comunicación se hace en función de la contingencia de su entorno en forma de expectativas*. La incertidumbre de toda comunicación se hace probable solo por la reiteración de comunicaciones previas que dan sentido a las expectativas.

El **sentido**¹⁷ tiene tres dimensiones básicas: una dimensión objetiva, otra temporal y finalmente una dimensión social. La dimensión objetiva define lo que puede ser considerado como objeto de intención significativa (sistemas psíquicos), al mismo tiempo que como objeto de comunicación (sistemas sociales). Permitiendo una ordenación de los objetos. La dimensión temporal del sentido crea el tiempo al establecer la un antes y un después. Tras la selección informativa en la comunicación, el intercambio con sentido establece un antes de la de la comprensión, y un después de la misma. Se puede afirmar por lo tanto la relatividad del tiempo a nivel de sentido, mientras que la relatividad física del tiempo queda circunscrita al ámbito físico. Su dimensión social crea la comunicación al ordenar los objetos en función de la doble contingencia. Estableciendo lo que tiene y lo que no tiene sentido se pueden elaborar expectativas de comunicación, haciendo posible y accesible su improbabilidad. *El sentido es, pues, la forma de reducción de la complejidad de los sistemas sociales*. Una selección de entre posibilidades con la simplificación. Son las repeticiones las que permiten detectar el sentido. Un sistema social se constituye en la repetición reiterativa que le da sentido a una selección. La cultura de un sistema social, como su memoria recursiva, es precisamente la consolidación de esas repeticiones selectivas.

El **sentido**¹⁸ es "el mecanismo por el que el sujeto puede identificarse al tiempo"¹⁹ que actúa, habla o produce conocimientos. Pero el sentido es, al mismo tiempo, el mecanismo por el que el sistema social se asegura su continuidad reproduciéndose al hacerse distinto. Por ejemplo, un psiquiatra lo es en la medida en la que al hablar y actuar intercambia con sentido, de entre toda las posibles, aquellas comunicaciones que le permiten identificarse como tal psiquiatra, en su relación con Otros: pacientes, familiares, colegas, sociólogos, etc. Su identidad sólo es posible en un sistema social generador de sentido en unas comunicaciones, y no ante otras: las repeticiones le permiten detectar el sentido de su identidad (la socialización es siempre autosocialización de un sistema psíquico²⁰).

[T5 ACOPLAMIENTO ESTRUCTURAL] Acoplamiento estructural define la interpenetración entre dos sistemas, siendo el uno el entorno del otro. Cada sistema acoplado pone a disposición del otro su complejidad a través del lenguaje.

Tenemos, por lo tanto, una dependencia evolutiva mutua entre sistemas sociales e individuos. Los sistemas psíquicos (individuos) están **interpenetrados**²¹ por los sistemas sociales, **coevolucionan**, pues unos son el entorno de los otros. Los sistemas de conciencia quedan fuera del sistema social pero cambian gracias a los cambios que su entorno, los sistemas sociales, le ofrece en forma de paradojas. De ahí que coevolucionen: *cambian al cambiarse mutuamente*. Crean el tiempo en la constitución mutua del sentido. La complejidad del cerebro permite la constitución de la conciencia a la vez que ésta permite la aparición de los sistemas sociales. Un sistema social debe de asegurarse la integración de las conciencias, y gracias a ésta integración la conciencia

¹⁵ Corsi 1996: 146-8.

¹⁶ "El lenguaje transforma la complejidad social en complejidad psíquica; pero nunca en el curso de la conciencia resulta idéntica a la forma lingüística" Luhmann 1991 (1984). Evitando toda forma de solipsismo lingüístico.

¹⁷ "la categoría de sentido debe ser aplicada a dos tipos de sistema: a) sistemas de conciencia que experimentan sentido, y b) sistemas de comunicación que reproducen sentido". Luhmann 1996 (1992): 171.

¹⁸ "El sentido es: a) la forma del orden de la vivencia, b) la forma de las premisas para la recepción de la información y elaboración consciente de la vivencia, c) y posibilita la interpretación consciente y la reducción de la elevada complejidad" Luhmann 1971: 61, citado en Pintos 1995a: 5.

¹⁹ Pintos 1995b: 7.

²⁰ "...la socialización es siempre autosocialización; no sucede por *transparencia* de un patrón de sentido de un sistema a otro. Su procedimiento fundamental es la reproducción autopoietica del sistema que efectúa y experimenta la socialización en si mismo. En este sentido la socialización se asemeja a la evolución que presupone la autopoiesis y la reproducción divergente en el orden de las estructuras". Luhmann 1996(1992): 111.

²¹ "...un sistema pone a disposición del otro su propia complejidad" Izuzquiza 1991: 51. "...no existe comunicación sin participación de conciencias y no se da desarrollo de la conciencia sin participación en la comunicación" Corsi et al 1996: 99.

puede elevar su complejidad. Es la afirmación clásica de la antropología de que la evolución biológica hizo del hombre un ser social, al mismo tiempo que los cambios sociales generan cambios en la conciencia individual²².

La construcción comunicativa del sistema social se hace en base al intercambio de **expectativas**. Un sistema emite una comunicación esperando sea aceptada, genera expectativas en función de las selecciones repetidas anteriormente. Sus expectativas son aceptadas o no en el interior de la lengua y la comunicación que las hace probables. Es decir, la selección para la comunicación se hace en función de la contingencia de su entorno en forma de expectativas. La incertidumbre de toda comunicación se hace probable sólo por la reiteración de comunicaciones previas que dan sentido a las expectativas.

La **interpenetración** es el modo específico de acoplamiento estructural entre sistemas en co-evolución recíproca, dependientes el uno del otro (conciencia y cerebro, o sistemas psíquicos y sistemas sociales). Cada sistema usa la complejidad del otro para constituirse. Sociedad y conciencia son sistema y entorno: No todo lo que se comunica forma parte de lo codificado como información en la conciencia. La sociedad debe asegurarse el grado necesario de integración de las conciencias. Los pensamientos son solo socialmente importantes al ser comunicados, y su significado es diferente de su significado comunicacional. Sólo a través de la integración social la conciencia puede elevar su complejidad y su autocontrol. Los eventos, que desaparecen, son los que hacen posible la interpenetración, que no es casual, sino esperable gracias a la acción del lenguaje. Porque la comunicación lingüística: hace de las conciencias un medio preparado para coger formas comunicativas (interpenetración social), comunicación pensada. Además, la conciencia puede hacer uso del lenguaje como medio para imponer sus formas (pensamiento comunicado). Y es por lo tanto el lenguaje quien realiza el acoplamiento estructural. Por lo que dada la repetición y la previsibilidad del acoplamiento en el lenguaje se da la co-evolución mutua. Los sistemas interpenetrados no pueden controlar la complejidad del otro, ni intervenir en sus contenidos, aunque siempre aportan algo a la complejidad del otro sistema (Corsi 1996: 99-101).

Persona es una estructura social mediante la cual los sistemas sociales pueden encontrar una dirección para la producción de comunicaciones. Desde un punto de vista sociológico las personas no son cuerpo ni conciencia, son *estructuras sociales que permiten la atribución de responsabilidades comunicativas*. Persona es un contexto en los que las posibilidades de comunicación se ven limitadas, haciendo más probables, reduciendo la complejidad. Es en ellas donde existen las expectativas, con la doble contingencia operando para su aceptación o no.

Los **sentimientos**²³ son auto-interpretaciones de los sistemas psíquicos. Están por lo tanto socialmente condicionados en la medida en la autenticidad es una forma de comunicación social. Son la base de la sociabilidad, pues son los instrumentos de los sistemas psíquicos para relacionarse. Es decir, todo sistema psíquico desea y siente para satisfacer sus necesidades (orgánicas, psicológicas y sociales), pero la interpretación que de ellos haga para intercambiar expectativas es social.

La **emotividad** es una de las bases de la socialización de los sistemas psíquicos. Su reflexividad, su conciencia hace de los sistemas psíquicos el instrumento del organismo para su adaptación al medio social, siendo por lo tanto, su base constitutiva (su entorno)²⁴.

Identidad es por lo tanto una *síntesis de referencias a las posibilidades de la experiencia*²⁵. Si bien la experiencia es de los sistemas psíquicos, la identidad que intercambia en la comunicación social, es fruto de la cultura y el sistema social. La identidad (*self* en la terminología de Mead²⁶) es el *valor de cambio en la interacción*, es la imagen ofrecida de sí mismo ante el otro²⁷ en situación, por lo tanto, de doble contingencia.

[T6 EVOLUCIÓN] No existe ningún sistema social que manteniéndose igual no cambie. La evolución de los sistemas sociales es coevolución²⁸ con los sistemas psíquicos hasta alcanzar la diferenciación funcional en contextualidad²⁹.

²² Uno de los problemas más graves de la antropología sociocultural ha sido la falta de una integración compleja y crítica de las relaciones entre biología, cultura y sociedad. Morin (1974) hizo en su obra, *El paradigma perdido*, una magnífica integración crítica con los datos acumulados de la evolución biológica (Klein 1989; Melotti 1981) pero parece no haber tenido un reflejo directo en los estudios antropológicos posteriores.

²³ "...el sentimiento es más que la bioquímica interpretada: es una autointerpretación del sistema psíquico en relación con la continuidad de sus operaciones" Luhmann 1991 (1984): 278-9.

²⁴ "Mientras los demás sistemas logran la adaptación del organismo al *medio* (físico-químico), el sujeto consigue la adaptación del organismo al *entorno* (simbólico, es decir, psicosocial)" Castilla 2000: 40.

²⁵ "...la identidad no es una sustancia autosuficiente, sino una síntesis coordinante, que ordena las referencias a otras posibilidades de experiencia" Luhmann: *Soziologische Aufklärung 1-4* 1974-1987, Opladen: Westdeutscher Verlag; I: 26. Obra no traducida de Luhmann, citada en Izuzquiza 1991: 93

²⁶ G.Mead 1934.

²⁷ Castilla del Pino (2000: 26-7) diferencia elementos en la identidad emocional cuyo intercambio es imposible: la intimidad incommunicable pues anularía la posibilidad de comunicación e interacción imprescindible (público: observable por todos; privado: observable sólo por algunos; íntimo: propio de cada sistema psíquico). Como sujetos necesariamente sociales, también aprendemos, socialmente, lo no comunicable.

²⁸ "...la evolución de la ideas y la evolución de estructura social están correlacionadas: porque el hecho mismo de que la evolución en la estructura social interviene en la selección de ideas".Luhmann 1995 (1989): 149

²⁹ Es importante señalar que se dice contextualidad, y no contextualidad. Luhmann usa este concepto para definir la complejidad específica de las sociedades contemporáneas. La sociedad compleja contemporánea no puede ser comprendida ni como la solidaridad orgánica de Durkheim (1893), ni como la acción social de Parsons (1951), ni como la comunidad ideal de diálogo de Habermas (1981), ni como la cultura de la antropología sociocultural; sólo comprendida como comunicación en la constitución de sentido es posible su estudio desde una ciencia empírica que sea ciencia de la sociedad altamente compleja y pluricontextual: pluri dimensional.

Existen distintos tipos de sistemas sociales: interacciones, organizaciones y sociedades.

Las **interacciones** (familia, clanes, comunidades, tribus, pueblos etc.) se basan en la presencia física de los interlocutores. La selección se fundamenta en la percepción mutua. Evolutivamente son los sistemas sociales más antiguos. La diferenciación establecida en ellos ha sido y es, la **segmentación** (diferenciación por segmentación), como ilustran los estudios en clave antropológica de cultura ágrafas.

Las **organizaciones** (empresas, institutos, ministerios, etc.) se basan en la organización de decisiones: establece programas, selecciona vías de comunicación e integra personas como sus miembros. La diferenciación en la que se basan es por **estratos** (diferenciación por estratos). Es decir, las organizaciones simplifican (selección de opciones) en base a estratos de decisión. Por ejemplo, en una organización como un instituto de enseñanza se establece un programa educativo, se establecen vías de comunicación y se integran personas en su interior en base a la creación de estratos con diferentes niveles de decisión.

Las **sociedades** son los sistemas sociales que posibilitan los otros dos al ser la sociedad el conjunto de todas las comunicaciones (ni geográfica ni referida a roles, individuos o acciones). La diferenciación de las sociedades es **funcional** (diferenciación por funciones), en distintos **subsistemas** sociales (**el sistema político, económico, ciencia, educación, jurídico, familias, religión, salud y arte**) que integrados entre sí construyen y posibilitan el orden social. Una sociedad es el agregado de distintos subsistemas que cumplen funciones parciales necesarias para el sistema social. Las sociedades contemporáneas se encuentran **funcionalmente diferenciadas** en **subsistemas** que cumplen funciones parciales. Los sistemas sociales evolucionan, aumentando su complejidad al simplificarla en la comunicación, en el tiempo. Un sistema social no puede ser sin **cambio**. Un sistema social evoluciona al aumentar la complejidad que simplifico con su aparición. Una familia como interacción social aparece y simplifica las relaciones anteriormente establecidas. Una vez constituida esta abierta a nuevos problemas, pues con el aumento de número de familias, por ejemplo, aparecen nuevas necesidades. La familia simplifica la complejidad anterior pero crea nuevos problemas en el curso de su evolución.

Una sociedad evoluciona, pues, al diferenciarse. Es decir, evoluciona al especializarse su operación funcional con el incremento de la complejidad en su relación con el entorno. En consecuencia, la evolución de los sistemas sociales implica la co-evolución de los sistemas psíquicos. La complejidad del uno es la base del cambio del otro.

Las **sociedades contemporáneas** son complejas y pluricontextuales, fruto de la integración de sistemas sociales coexistentes pero evolutivamente distantes³⁰. Las sociedades incluyen interacciones tradicionales, instituciones / organizaciones y sociedades. El llamado capitalismo de mercado o pos-industrial es un sistema hiper-complejo y pluri-contextual, con una gran cantidad de semánticas culturales superpuestas.

El **orden social** es pues la relación entre los sistemas sociales parciales. Éstos preseleccionan las posibilidades necesarias de comunicación, reducen la complejidad y los límites de la comunicación. Es decir, *las relaciones entre el subsistema político, el económico y los restantes sistemas parciales configuran el orden social en cada momento de la evolución de un sistema social*.

[T7 OBSERVACIÓN] La observación es una operación basada en el establecimiento de una diferencia³¹ e indicación de uno de los lados. Toda observación parte de un punto ciego que la constituye y la convierte, desde la paradoja, en comunicable y pensable.

La observación no es un estado, no es producto de la psicología³², es una operación de un sistema con la que se establece una distinción y se indica al mismo tiempo en que lado de la distinción se coloca el observador. Toda observación *es paradójica al tratar la diferencia como una unidad*. Es, además, auto-poietica al generar su estructura y elementos de forma autoreferente³³. Los sistemas sociales y psíquicos generan observaciones en base a sus distinciones. Existen por lo tanto: observaciones en general, auto-observaciones (reflexión), observación de otras observaciones y finalmente, *observación de observadores (sistemas)*³⁴.

Los sistemas psíquicos son observados como **biografías**³⁵ de personas en las sociedades complejas pluricontextuales contemporáneas. Por la carrera-biografía la sociedad observa a los sistemas psíquicos. La observación de las personas se realiza en la sociedad moderna en virtud de la diferencia pasado (actualizado) / futuro (potencial)³⁶. Cualquier anticipación del futuro se hace, en lo que el pasado permite esperar dentro de la

³⁰ Pintos 1995 a: 6. La sociedad gallega es un perfecto ejemplo de esta mezcla pluricontextual pues conviven elementos propios de la sociedad estratificada de la cultura agrícola tradicional con elementos del capitalismo de mercado de la sociedad especializada en funciones.

³¹ Luhmann sigue la lógica y el planteamiento epistemológico de Spencer- Brown (1979) La observación es la: "Operación autopoietica que consiste en el manejo y la manipulación de un esquema de diferencias" Izuzquiza 1990: 114.

³² "La psicología sigue siendo (salvo en la psicología de los procesos comunicacionales) el paradigma de una ciencia premoderna. Cuando desde hace décadas hasta la física introduce al físico observador, la psicología, que en realidad debería ser la ciencia del sujeto, y desde el sujeto la ciencia de los instrumentos con los que actúa, aún trabaja sin él". Castilla del Pino 2000: 352, nota 6. Es decir, la ciencia de los sistemas psíquicos parece haber olvidado la base autoreferente de la que debe partir para poder posibilitarse como ciencia empírica reflexiva y crítica.

³³ Izuzquiza 1990: 114-117.

³⁴ Permite darse cuenta de las limitaciones y por ello la crítica. Izuzquiza 1990: 117-9.

³⁵ "Una biografía es una suma de casualidades que continuamente se anuda en la sensibilidad por las casualidades" Luhmann 1996 (1992): 22.

³⁶ "[el sentido] se presenta como excedente de referencias de un dato experimentado a ulteriores posibilidades de experimentar. Es la forma que ordena el experimentar determinándole la referencia a ulteriores posibilidades: presentación simultánea de lo real (actual) y posible (potencial)" Corsi et alle 1996: 146.

semántica cultural. El sentido selecciona en los sistemas psíquicos aquellos elementos de la experiencia de un sistema social que son relevantes para comunicar. Actualiza posibilidades en función de reiteraciones y selecciones previas.

El **orden social** se construye mediante la socialización de los sistemas psíquicos en las experiencias de sus biografías. En la sociedad contemporánea un sistema psíquico experimenta distintos sistemas sociales, el orden social es así, *la coherencia comunicativa que el individuo elabora y comunica*: su carrera es una expresión del orden social vigente. En una sociedad funcionalmente diferenciada la **inclusión / exclusión** define el modo en que las personas como biografías participan de la comunicación³⁷. El segmento y estrato determinan la exclusión en la comunicación en interacciones y organizaciones. Pero en una sociedad pluricontextual con subsistemas parciales integrados en el orden social todos pueden participar en las formas de comunicación, pero las diferencias se establecen en virtud su forma específica de diferenciación. *Se puede participar de la comunicación de todos los subsistemas parciales pero no de una forma integral*. Es decir, *se incluye y excluye* al mismo tiempo pues se educa en la semántica de los distintos sistemas parciales, pero la exclusión-desviación hace perder la categoría de persona (esquema de atribución social). La **desviación** es pues, en la sociedad contemporánea, en base a la defensa comunicativa de la igualdad y la libertad. Desviación observable en las biografías, como formas de observación de las personas en las sociedades complejas postmodernas.

[T8 OBSERVACIÓN SEGUNDO ORDEN] La observación de segundo orden es la observación de otras observaciones y observadores (sistemas). Sólo desde una observación de segundo orden es detectable el punto ciego del otro.

Un sistema puede **observarse** en base a su propia operación, de ahí que toda observación no sea sino una auto observación. *La observación de un sistema solo es posible en base a un proceso en el que tiempo es creado por el propio sistema*. Existe sin embargo otra posibilidad, la **observación de segundo orden**³⁸: observar un sistema observando operaciones de observación³⁹. Es decir, solo es real lo construido como observado. La realidad es fruto de la operación de observación⁴⁰. La descripción de las observaciones de otro sistema es la única posibilidad de observación “objetiva” en el sentido tradicional⁴¹.

La **semántica** es por lo tanto el patrimonio cultural, conceptual, de un sistema social. Es el conjunto de los significados condensados y reutilizables disponibles para la comunicación. Mientras que el sentido es un evento momentáneo la cultura semántica de un sistema social es su memoria recursiva. Orienta por lo tanto la comunicación, establece un diccionario de expectativas y permite la socialización y auto mantenimiento del sistema social (la educación⁴²).

En la sociedad diferenciada por funciones contemporánea los **medios de comunicación de masas**⁴³ (prensa, radio, televisión) constituyen el *subsistema parcial encargado de generalizar la observación de segundo orden*⁴⁴. Se basan en una tecnología que permite generalizar una comunicación entre no presentes, y son por ello específicos de las sociedades modernas al permitir altos grados de comunicación sin presencia inmediata. Los medios de comunicación de masas se encargan, esa es su función, de repetir recursivamente una comunicación para darle sentido, aumentando las posibilidades de que sea seleccionada como comunicación con sentido⁴⁵. La cultura es creada por estos medios al ser lo generadores de la realidad y de su plausibilidad, son utilizados por los

³⁷ Corsi et alle 1996: 92-94.

³⁸ En sociología “..el que reflexiona sobre su acción investigadora se acerca al segundo orden, el que no lo hace, se acerca al primer orden” Ibañez 1994: xiv.

³⁹ Frente al solipsismo del racionalismo de Leibniz o Descartes que exigían un optimismo colocado en una observación divina posible, posteriormente identificada con más claridad con la ciencia, esta postura impone una concepción no teológica, ni ontológica ni humanista, evitando en consecuencia todos los problemas presentados por teorías no críticas, aunque bien intencionadas, en este sentido (piénsese en todos los planteamientos nostálgicos de un todo posible que siempre se quedan a medias).

⁴⁰ Frente al relativismo y al realismo establecemos una postura no ontológica. El relativismo sólo es un problema en cuanto observado desde la nostalgia de un sistema ya evolucionado hacia la complejidad (pluri dimensional). El realismo, y todas las formas de positivismo en él sustentadas, es una postura ingenua que postula sus enunciados desde enunciados no críticos.

⁴¹ La perspectiva adoptada permite integrar el criticismo kantiano en su mejor sentido: el sujeto sólo puede conocer siendo conciente de sus condiciones de posibilidad. Kant estableció las condiciones de posibilidad trascendentales para distinguir lo empírico de lo metafísico. Luhmann establece las condiciones sociales de la observación científica (sociológica o no).

⁴² Dado el carácter temporal (abierto / cerrado) de los sistemas sociales, la educación es una de las comunicaciones más improbables (Corsi et alle: 71-72). El docente nunca puede estar seguro de que su labor sea entendida en función de las expectativas con las que el observa a sus alumnos. La motivación de la que parte la psicopedagogía más idealista es por lo tanto una concepción acrítica del papel del docente: esta vacía de contenido al partir de un presupuesto idealista para entender la comunicación social. La pedagogía idealista es un equivalente funcional de las antiguas formas religiosas de la sociedad tradicional.

⁴³ Véase Luhmann 2000.

⁴⁴ “La realidad de los *mass media* es la realidad de la observación de segundo orden. Los medios de masas sustituyen las tareas del conocimiento que en otras formaciones sociales estaban reservadas a sitios de observación privilegiados, los sabios, los sacerdotes, los nobles, el Estado: las formas de vida que estaban privilegiadas por la religión o por la ética política” Luhmann 2000 (1996): 123-124.

⁴⁵ Un claro pero perverso ejemplo lo tenemos con la “necesidad” de la guerra del golfo: ¿hasta que punto la repetición de su necesidad en los medios de masas no construye una realidad en la que esa necesidad se hace imprescindible? Convierte en plausible algo que racionalmente resultaría impensable.

otros subsistemas sociales para generar plausibilidad⁴⁶ y recrear constantemente el acoplamiento estructural y la co-evolución entre sistemas psíquicos y sistemas sociales.

[T9 CIENCIA DE LA SOCIEDAD] La Ciencia de la sociedad es un subsistema social en la sociedad pluricontextual funcionalmente diferenciada que observa la sociedad generando descripciones. Analiza la semántica social permitiendo descripciones / auto-descripciones, del sistema social.

Las **ciencias**⁴⁷ nacen de la necesidad social de comunicar sobre la semántica del sistema social, haciendo más probable su continuidad en el tiempo. *Ninguna ciencia puede considerarse libre de contenidos sociales*, pues son por definición productos de la propia comunicación social. El orden social se hace consciente a través del subsistema social, en especial, en las ciencias sociales. Tenemos que definir el concepto de subsistema parcial en una sociedad socialmente diferenciadas, el de los códigos usados por ellos y los medios de comunicación generalizados que utilizan. Sólo entonces podremos delimitar el papel crítico de la ciencia social en la construcción del orden social.

Un **subsistema parcial** se encarga de elaborar expectativas y estrategias que hacen probable la comunicación⁴⁸. Solucionan problemas de los sistemas sociales al realizar su función. A lo largo de la evolución social han ido surgiendo para cumplir una función adaptativa de la comunicación social a las paradojas que iba produciendo su apertura / clausura al entorno. Son subsistemas parciales el político, el económico, la ciencia, la educación, el jurídico, la medicina, el arte, la religión, los medios de comunicación de masas, etc. Una vez constituidos hacen que la sociedad, la comunicación, se estructure en base a ellos⁴⁹. Una vez instituido cada subsistema parcial, adquirió consistencia propia realizando observaciones sobre el sistema social desde su propia perspectiva (por ejemplo, el subsistema médico observa el sistema económico desde la perspectiva médica).

Todo sistema parcial observa la sociedad a partir de su función y del **código** con el que opera⁵⁰. El código le permite a un sistema diferenciar en base a una distinción binaria: salud / enfermedad en el sistema médico, verdad / falsedad al sistema de la ciencia. En virtud de esa distinción cumple su función: genera y hace probable la comunicación al **distinguir lo codificable del ruido**. Con el código por lo tanto: se ordena la contingencia y las diferencias de forma no ontológica, introduce asimetría, elimina paradojas y tautologías del sistema, se establece como criterio de selección, permite la proyección al exterior del sistema y sobre todo, integra el cambio de modo comunicable y funcional⁵¹. Cada subsistema parcial observa a la sociedad desde su código, incluidos los otros subsistemas. Cada subsistema se encuentra por lo tanto cerrado sobre si mismo (clausura autopoietica) al mismo tiempo que abierto a las relaciones con el entorno desde su código: son reflexivos, se observan a si mismos diferenciados desde el entorno y generan el cambio. En base a su código, los subsistemas utilizan como herramienta los **medios de comunicación generalizada**. El amor⁵², el poder o la verdad científica son ejemplos de medios de comunicación generalizada. Con ellos se generaliza el sentido; a través de la utilización de símbolos: hacen probable que un selección de un interlocutor sea aceptada y coordinándose así con el otro⁵³, en situación de doble contingencia.

La **ciencia** es un subsistema parcial de la sociedad cuya función es generar conocimientos verdaderos. Su código es el de verdadero / falso. El medio de comunicación generalizada que pone a disposición del sistema social es la verdad científica. La **ciencia de la sociedad**⁵⁴ genera expectativas de comunicación con sentido en el interior del sistema social. Nace con la aparición de las sociedades funcionalmente diferenciadas para solventar el problema del orden social en una sociedad masificada no estratificada. El conocimiento que genera, como el de toda ciencia, es una construcción social en la comunicación. Su función específica es producir conceptos plausibles (comunicables) para la auto comprensión del sistema social, haciendo más probable su mantenimiento. La ciencia de la sociedad no sólo es producto del sistema social sino que su vez produce comunicaciones; oculta y genera comunicación.

La **medicina** es un subsistema parcial de la sociedad cuya función es curar enfermos. Opera con el código enfermo / sano, situándose del lado de la enfermedad pues es ésta la que hace peligrar la comunicación y por lo tanto el sistema social. En el sistema médico la comunicación se genera del lado de la enfermedad (valor positivo del código), y al estar orientado preferentemente hacia el entorno (sistemas orgánicos en la biomedicina occidental), y no hacia la comunicación, carece de un medio de comunicación generalizado. La medicina no ha

⁴⁶ “los medios de masas garantizan a todos los sistemas funcionales una aceptación social amplia, y a los individuos le garantizan un presente conocido, del cual puedan partir para seleccionar un pasado específico o expectativas futuras referidas a los sistemas” Luhmann 2000 (1996): 142.

⁴⁷ “La religión es un proyecto de sincronización imaginaria. La ciencia es un proyecto de sincronización simbólica” Ibañez 1994: 24. De ahí que se pueda afirmar en un sentido pleno que ciencia y religión, desde un punto de vista sociológico, son equivalentes funcionales.

⁴⁸ Corsi et al 1996: 58-63.

⁴⁹ Es decir, mientras dominaba un sistema social estratificado los encargados de la salud no formaban parte de un sistema especializado. Sólo aparece un subsistema médico, con la función de curar al improductivo, al aparecer en un sistema social funcionalmente diferenciado. Es con el paso al siglo XX que los sistemas médicos de Seguridad Social entran en la organización comunicacional de las sociedades postindustriales.

⁵⁰ Corsi et al 1996: 61 y ss.

⁵¹ Izuzquiza 1991:214-9.

⁵² Véase Luhmann 1985 (1982).

⁵³ Por ejemplo, aludiendo a la verdad científica de una afirmación se generan expectativas que determinan y condicionan la actuación del oyente, coordinándolas entre sí. En caso de no ser aceptada como verdad científica la consecuencia no es la exclusión inmediata sino la reflexión.

⁵⁴ Luhmann 1996 (1990); 1991 (1984).

generado un medio de comunicación generalizada como los otros subsistemas parciales, así que la comunicación en ella se basa en la voluntad de intercambio de comunicación (altamente improbable) y el aparato técnico de conocimientos generalizados por la ciencia, los medios de comunicación de masas y usados por la medicina. El sistema médico establece un vínculo social entre los sistemas psíquicos y los sistemas vivos (cuerpo humano) a través del sentido que crea con su código sano / enfermo. En base a su código genera expectativas de comunicación que hacen plausible la comunicación. Como todos los subsistemas parciales de la sociedad funcionalmente diferenciada el sistema médico tiene interdependencias con otros subsistemas parciales: especialmente con los medios de comunicación de masas (pues para cumplir su función necesita difundir a las masas sus selecciones), con el subsistema político (la medicina depende de las selecciones del poder) y con el económico (la medicina requiere una alta financiación que en una situación de recursos limitados ha de ser validada políticamente).

[T10 IMAGINARIOS SOCIALES] El sistema social diferenciado funcionalmente contemporáneo opera generando comunicaciones en base a imaginarios sociales. Los imaginarios sociales hacen plausible la comunicación en situaciones de alta complejidad al reducirla en base a la observación sobre la diferencia relevancia / opacidad.

Los imaginarios sociales⁵⁵ son esquemas definidores de realidad. En base a esquemas simples definen lo relevante en la pleura compleja de acontecimientos de los sistemas sociales. Definen la realidad al observar desde la indicación de lo plausible en la distinción relevante / opaco. Los medios de comunicación de masas, como memoria del sistema social, son esenciales para la generación, uso y difusión de los imaginarios sociales.

La ciencia de la sociedad debe por lo tanto generar descripciones de la sociedad que, permitan la observación de la opacidad al mismo tiempo que generan herramientas para la creación de nuevos imaginarios sociales. Esta labor sólo es posible realizarla desde una ciencia de la sociedad que abandone de la ontología y el humanismo. Es necesario por lo tanto elaborar una metodología de la observación social de segundo orden.

[T11 SOCIOLOGÍA MÉDICA] La sociología médica⁵⁶ es una sub-especialidad de la Ciencia de la sociedad que genera descripciones del sistema médico para la sociedad en el marco de una sociedad compleja, pluri contextual y funcionalmente diferenciada.

La sociología médica genera descripciones del funcionamiento del sistema médico para el propio sistema social. Busca ofrecer capacidad reflexiva al sistema médico. La sociología médica tiene como función la de generar expectativas al describir la medicina, no necesariamente desde el sistema médico sanitario, pues al formar parte de la subsistema de la ciencia, la sociología médica tiene pretensiones de objetividad. La sociología médica estudia, por lo tanto, la interdependencia de los distintos subsistemas parciales en la sociedad compleja funcionalmente diferenciada en la consecución del mantenimiento de la salud, la comprensión de la enfermedad y la lucha contra el dolor. De ahí que las descripciones del sociólogo le puedan parecer irrelevantes, absurdas al médico, o incluso considerarlas como una intromisión. Irrelevantes porque aportan datos sobre las dependencias con los medios de comunicación de masas, o el sistema educativo, o con el sistema económico o político en las decisiones que él toma en su práctica clínica diaria, como si fueran absolutamente “médicas”. Irrelevantes al describir el sociólogo la evolución en el tiempo de la concepción médica de las enfermedades en su dependencia con la comunicación social, y el médico definir comunicativamente la enfermedad como algo invariable en el tiempo. Y una intromisión dado el poder que la medicina ha ido adquiriendo en las sociedades pluricontextuales. Como todo subsistema parcial el sistema médico observa su entorno con su distinción, considerando como intromisión en su función social cualquier injerencia no médica.

Desde un punto de vista sociológico, el sistema médico ofrece un lugar privilegiado de observación de la sociedad por la interrelación que, en la observación médica se produce entre los sistemas orgánicos, los psíquicos y los sociales. Una enfermedad, desde un punto de vista médico, es un “mal funcionamiento” del sistema orgánico (cuerpo), pero *sólo llega a él como médico* en la medida en que un sistema psíquico (el enfermo, un familiar, la policía o él mismo) comunica socialmente esa enfermedad al tomar conciencia de su presencia. Tenemos por lo tanto que, desde el punto de vista de la ciencia social, la enfermedad orgánica tiene ya elementos comunicacionales, sociales⁵⁷: sólo es reconocible como enfermedad lo que socialmente se ha aprendido a identificar como tal en función de la irritación provocada y aceptada por el entorno orgánico.

⁵⁵ “...aquellas representaciones colectivas que rigen los sistemas de identificación y de la integración social y que hacen visible la invisibilidad social”, J.L. Pintos 1995: *Los imaginarios sociales: La nueva construcción de la realidad social*. Madrid: Fe y Secularidad; p. 8.

⁵⁶ En este artículo voy a considerar como sociología médica toda descripción parcial o total de un sistema médico desde una perspectiva sociológica. Es, desde luego, una simplificación consciente por motivos expositivos. Han existido básicamente tres aproximaciones al sistema médico desde las ciencias sociales: la epidemiología, antropología médica y sociología médica; en este artículo englobaremos las tres dentro de la sociología médica en el sentido aquí definido. La epidemiología parte de la definición médica de una enfermedad y describe la incidencia estadística de la enfermedad en un sistema social en función de las comunicaciones que las instituciones y organizaciones sociales hacen de su existencia. La antropología médica o de la medicina centra su estudio en los elementos culturales de la enfermedad, centrándose en una perspectiva holista y una metodología esencialmente cualitativa. La sociología médica se ha centrado tradicionalmente en estudios desde el sistema social con una metodología esencialmente cuantitativa.

⁵⁷ La distinción entre *illness / sickness / disease* iría, en la antropología médica en esta dirección, aunque separa los elementos orgánicos, sociales y psicológicos de la enfermedad no aporta, como permite el planteamiento luhmaniano, observar su interdependencia (véase Kleinmann 1995; Martínez Hernández 1998; Young 1982).

[T12 PSIQUIATRÍA] La psiquiatría es un sub- especialidad del sistema médico que genera comunicaciones sobre la enfermedad mental (locura) en base al código loco / cuerdo. El estatuto de la psiquiatría es problemático dado que su campo de actuación es precisamente el ámbito del acoplamiento estructural entre el cuerpo (sistema orgánico), la conciencia (sistema psíquico) y la sociedad.

Desde la instauración de los Hospitales y los Sistemas de Seguridad Social el subsistema médico se ha especializado infinitamente. La distinción básica con la que opera el sistema médico (sano / enfermo) se ha superpuesto a la distinción orgánico / mental (psíquico – psiquiátrico) en el caso de la sub-especialidad psiquiátrica. De la mezcla de ambos códigos nace el código enfermo mental o loco / cuerdo, situándose la psiquiatría en el difícil campo de lo orgánico pero mental⁵⁸. Como todos los conocimientos médicos la definición comunicada de la locura o la cordura es social, pues en ella se hace plausible el funcionamiento del sistema social. El psiquiatra busca devolver la funcionalidad (orgánica, psíquica y social) al loco.

En la enfermedad mental o locura los psiquiatras encuentran una gran dificultad comunicativa pues en la locura la interpenetración entre sistemas psíquicos, sociales y orgánicos se ve rota. El entorno ofrece en la locura una constante irritación multidimensional al psiquiatra. En la locura el mal funcionamiento es multidimensional⁵⁹: hay elementos orgánicos que la psiquiatría desde Kraepelin ha intentado definir claramente, no siempre con éxito; hay elementos psicológicos que el psicoanálisis se empeña en convertir en únicos; y hay elementos sociales, que en el ámbito psiquiátrico han tenido una escasa, solo retórica, incidencia⁶⁰.

La psiquiatría genera descripciones de las enfermedades mentales (no orgánicas) en la intención de provocar cambios hacia la salud, o en el mejor de los casos, generar cambios que permitan vivir con la condición de enfermedad detectada. Desde un punto de vista sociológico el psiquiatra genera comunicaciones recursivas en forma de expectativas para devolver la funcionalidad a un sistema psíquico y/o orgánico temporal o permanentemente en mal funcionamiento.

[T13 SOCIOLOGÍA ENFERMEDAD MENTAL] La sociología de la enfermedad mental genera descripciones sobre la comunicación (siempre social) de la locura.

La sociología de la enfermedad mental⁶¹ es una parte de la Ciencia de la sociedad generadora de descripciones para el sistema social. Su función es hacer entendible la complejidad para favorecer la plausibilidad de la comunicación de la locura.

Nos enfrentamos a una doble complejidad: por un lado la complejidad social contemporánea donde el sistema social se ha diferenciado tanto que resulta difícil describirlo. Pero también por el objeto de trabajo de la propia psiquiatría, pues la locura es de una alta complejidad al integrar elementos interrelacionados de tres sistemas diferentes. Por lo tanto, la sociología de la enfermedad mental estudia las relaciones comunicativas entre un sistema de conocimiento con intenciones de objetividad (la ciencia psiquiátrica) y su existencia social en: las interacciones cara a cara (paciente – psiquiatra); las instituciones sociales (familia, centros de enseñanza); las organizaciones (hospitales, clínicas) y las relaciones con otros subsistemas parciales (el médico, el político, el económico, los medios de comunicación de masas, el educativo, etc).

La sociología de la enfermedad mental describe, por lo tanto, la comunicación de la locura en la sociedad. Su intención es ofrecer expectativas plausibles de comunicación de la locura en una sociedad compleja, en un tema de alta complejidad. Ofrece, así, reflexión al sistema médico psiquiátrico.

⁵⁸ Piénsese que cada vez que a lo largo de la historia de la psiquiatría una enfermedad era reconocida como eminentemente orgánica automáticamente pasaba a formar parte de la medicina no psiquiátrica. Valdría como ejemplo el de la sífilis (véase Shorter 1997).

⁵⁹ La definición de trastorno mental de uno de los manuales de diagnóstico psiquiátrico más populares lo deja bastante claro: “cada trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un **malestar** (p. ej., dolor), a una **discapacidad** (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un **riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad**. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la **manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica**. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o 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. Una concepción errónea muy frecuente es pensar que la clasificación de los trastornos mentales clasifica a las personas; lo que realmente hace es clasificar los trastornos de las personas que los padecen”. Subrayados nuestros, American Psychiatric Association 1992 *DSM-IV*

⁶⁰ Se podría hablar de tres revoluciones: la revolución de la psiquiatría biológica de Kraepelin en el siglo XIX y con los nuevos fármacos a partir de los años 50 y 69 del siglo XX; la revolución de la psiquiatría psicológica de Freud y el psicoanálisis con todas las terapias que ha generado; y finalmente, la revolución de la antipsiquiatría de Laing, Bassaglia y Cooper que introduciría elementos sociales y políticos en los planteamientos psiquiátricos.

⁶¹ Ejemplos de esta sub-especialidad de la sociología médica, con las tres variables señaladas anteriormente, se pueden encontrar en: Cockerham 1996 hace un síntesis de toda la investigación realizada hasta la fecha en lengua inglesa; Tausig-Michello-Subedi 1999 se basan en una sociología del stress social; Bastide 1978, Deveroux 1973 son buenos ejemplos de sociología médica de la enfermedad mental; Lindenbaum-Lock 1993 y Lupton 1994 pueden servir como ejemplos de antropología médica con aportaciones sobre la enfermedad mental; Aguirre 1994, González-Comelles 2000, Kleinman-Fabrega 1996 ; Pilgrim –Rogers 1999 y Turner 1988; Robin 1985 y Mateos –Rodríguez 1989 serían ejemplos de epidemiología aplicada psiquiatría, y centrado en Galicia este último.

Metodología: distinciones repetidas recursivamente, expectativas, biografías e imaginarios sociales.

Una vez establecidos los supuestos teóricos de una sociología de la enfermedad mental de inspiración luhmaniana pasamos a discutir las bases metodológicas utilizadas. Vamos a utilizar cinco conceptos como herramientas para el análisis de los datos (daremos por supuesta la lógica de la observación de segundo orden). Primero se presenta una discusión de estos cinco conceptos coherentes con el marco teórico delimitado; a continuación se describe el procedimiento seguido para la realización de las entrevistas biográficas, en este artículo sólo de psiquiatras, para finalizar con una breve descripción de los psiquiatras entrevistados.⁶²

1. Claves de la creación reflexiva de sentido de una metodología de inspiración luhmaniana.

[M1: DIFERENCIA] Lo primero será detectar las **DIFERENCIAS utilizadas por los entrevistados como base de la generación de sentido y de intercambio de expectativas**. Sobre esas diferencias los psiquiatras comunican la locura. Una de las claves para detectar la construcción social del sentido de la locura será detectar las diferencias sobre las que se construyen las observaciones y se repiten las comunicaciones sobre la locura. *Señalar las diferencias y el lado desde el que se colocan los psiquiatras* será esencial para nuestro estudio de las entrevistas biográficas realizadas.

[M2: SENTIDO] En las **entrevistas** buscaremos, en segundo lugar, señalar las repeticiones recursivas de esas diferencias, porque las **repeticiones recursivas generan SENTIDO en la comunicación de la locura**. El sentido es una selección, entre otras posibles, en una comunicación. Los sistemas sociales intercambian sentido en la medida en que es repetida una selección y no las otras; esta selección se repite una y otra vez hasta convertirse en una selección percibida como más probable, incluso inevitable⁶³. Las repeticiones recursivas son la base para detectar el sentido en cualquier comunicación social. Una metodología luhmaniana, en sociología de la enfermedad mental, ha de *detectar esas repeticiones en la comunicación*: en los medios de comunicación de masas, en las interacciones cara a cara entre paciente y enfermo mental, en las interacciones entre enfermo y familia (o con cualquier sistema psíquico), en las comunicaciones de las instituciones encargadas de la enfermedad mental.

En las entrevistas con psiquiatras se buscará *detectar repeticiones recursivas constructoras del sentido en la comunicación de la locura*.

[M3: EXPECTATIVAS] En tercer lugar, son los intercambios de expectativas sobre la repetición de esas diferencias recursivamente construidas con sentido las que permiten la comunicación. **Las EXPECTATIVAS acumulan sentido en la comunicación de la locura**. El sentido es comunicado en forma de expectativas intercambiadas en situaciones de doble contingencia y alta improbabilidad. El sentido es “el mecanismo por el que el sujeto puede identificarse al tiempo”⁶⁴ que actúa, habla o produce conocimientos. Es decir, un sujeto se considera psiquiatra en la medida en que al hablar y actuar intercambia con sentido, de entre todas las posibles, aquellas comunicaciones que le permiten identificarse como tal en su relación con Otro. La construcción de la identidad como psiquiatra sólo es posible en el interior de un sistema social que genera sentido ante ciertas comunicaciones, y no ante otras (ruido). Son las repeticiones las que permiten detectar el sentido. En la interacción cara a cara *el psiquiatra intercambia expectativas de sentido* con su paciente, negociándolas en el mismo proceso de definirse el uno al otro como psiquiatra y enfermo mental.

En una entrevista no clínica sino sociológica las expectativas de sentido se intercambian y negocian entre el psiquiatra entrevistado y el investigador. *Detectar estas expectativas* será otra de las claves para detectar la construcción del sentido de la locura.

[M4: BIOGRAFÍAS] Elegimos realizar **entrevistas biográficas porque la BIOGRAFÍA introduce el tiempo y la co-evolución de sistemas psíquicos y sociales**. Desde un punto de vista sociológico no existen hombres, solo comunicaciones que se intercambian en función de expectativas⁶⁵. No existen personas, solo *estructuras de atribución social* que permiten marcar la dirección para que la sociedad pueda producir comunicaciones. Persona indica un contexto en el que unas atribuciones generan expectativas de comunicación. La sociedad moderna, funcionalmente diferenciada, observa a las personas como biografías (carreras). Observación que se basa en la diferencia establecida socialmente entre una lectura del pasado y las expectativas de futuro que este permite generar.

En la teoría de sistemas luhmaniana el tiempo es una de los elementos esenciales, pues sistemas sociales y psíquicos estén en permanente proceso de co-evolución. Una investigación de la enfermedad mental en clave luhmaniana debe por lo tanto introducir el tiempo como elemento esencial. Por esta razón las entrevistas

⁶² La concepción clásica de la metodología en una investigación describe la bondad y coherencia entre datos y teoría. Nuestra presentación metodológica es coherente con la teoría de sistemas y pretende ofrecer en sus datos descripciones de la comunicación social de la locura, por ello, comparte sólo en parte esa concepción canónica de lo que es metodología.

⁶³ Un buen ejemplo es la repetición boca a boca entre enfermos mentales de la aparición de una nueva terapia o fármaco (Prozac), rápidamente todos piden, exigen y lo acaban probando. Esta comunicación se hace probable mediante repetición recursiva que los sistemas psíquicos comprenden y los sistemas sociales comunican.

⁶⁴ Pintos 1995b: 7.

⁶⁵ Sobre el carácter supuestamente anti-humanista de esta afirmación véase: Izuzquiza 1990

realizadas no son entrevistas focalizadas con preguntas predefinidas. Se ha optado por realizar entrevistas abiertas, con la práctica psiquiátrica de los entrevistados a lo largo de su experiencia vital como fondo. Se ha buscado *recabar auto-biografías de psiquiatras para observar como observan sus carreras a lo largo del tiempo*.

En consecuencia deberemos detectar en las biografías de nuestros entrevistados las repeticiones en la interpretación que hacen de su vida, los nexos narrativos con los que definen sus antes y sus después, sus esperanzas y sus frustraciones.

[M5 IMAGINARIOS SOCIALES] Finalmente hemos de fijarnos en un tipo especial de distinción: los **IMAGINARIOS SOCIALES** pues se construyen socialmente sobre la distinción opacidad / relevancia para definir lo real, en nuestro caso lo real de la locura entre psiquiatras. Los sistemas sociales funcionan con una construcción de la realidad difundida por los diferentes subsistemas parciales, en especial, los medios de comunicación de masas. La construcción de la realidad se hace con imaginarios sociales que convierten en latente (opaco) lo que permite la observación de la realidad. Estableciendo los ideales con los que soñar los Imaginarios Sociales nos hacen ver la realidad ocultando siempre las imperfecciones, generan esperanza al tiempo que ocultan las razones para la desesperanza.

En las entrevistas biográficas a psiquiatras gallegos será necesario detectar las distinciones sobre las que se sueña e imagina el futuro, *los imaginarios sociales en los que las diferencias dan sentido a las biografías en base a repeticiones*.

El análisis realizado sobre los datos de las entrevistas sigue por lo tanto la secuencia enunciada de los cinco conceptos metodológicos de inspiración luhmanina. Cuatro pasos inevitablemente interrelacionados. Primero debemos detectar las diferencias repetidas reiterativamente con las que construyen la observación de la locura los psiquiatras entrevistados, indicando en que lugar de la diferencia establecida se sitúan. En segundo lugar, y sobre esas diferencias detectadas, ver cómo se construye el sentido de la locura en el intercambio de expectativas. En tercer lugar, estar muy atento a las regularidades en la narración biográfica sobre la construcción de sentido en las expectativas y los cambios a lo largo del tiempo de la biografía narrada. Finalmente, señalar qué imaginarios sociales de la locura funcionan en la construcción social de la realidad de la locura entre los entrevistados.

2. Las entrevistas realizadas en el marco de la investigación.

Este artículo es parte de una tesis doctoral más amplia en la que se han realizado entrevistas biográficas a tres sectores socialmente relacionados con la enfermedad mental en Galicia: psiquiatras o gestores de la locura en primer lugar (psicólogos, asistentes sociales, enfermeros psiquiátricos, etc); familiares o cuidadores de la locura en segundo lugar; y finalmente, enfermos mentales. La metodología⁶⁶ utilizada es la entrevista biográfica: se contacta con psiquiatras y pacientes, y se establecen de dos a cuatro citas con cada uno, con una duración de una hora a tres horas, para desarrollar la biografía del propio entrevistado. No se utiliza un guión previo, y aunque el hilo central es siempre el desarrollo de la biografía, la forma de tratar las relaciones con la locura varía mucho de entrevistado a entrevistado: desde el tono personal e íntimo con Eva⁶⁷, hasta el tono distante y meramente profesional de Roberto; desde una psiquiatra especializada en rehabilitación de crónicos a un psiquiatra jubilado.

3. Los psiquiatras entrevistados.

En esta comunicación de utilizan seis biografías (17 entrevistas) realizadas entre 1997 y 1998. Describo a continuación el perfil de los entrevistados⁶⁸:

[A] Eva: psiquiatra nacida en Galicia de 35 años, casada y con dos hijas. Tras hacer su especialidad en Portugal trabajó haciendo sustituciones hasta hacerse cargo de una unidad de ayuda a la drogodependencia en un pueblo costero. Al mismo tiempo ejerce la práctica privada en su domicilio particular, dice, para seguir haciendo clínica (Eva 1, 7). Su tono es personal, confidencial. En sus conversaciones conmigo intercambia experiencias personales y profesionales: la conversación es cálida, hasta convertirse en un intercambio personal.

[B] Roberto: psiquiatra y neurólogo jubilado, casado (71 años). Tras hacer medicina en Santiago, y especializarse en Madrid con López Ibor y en Lisboa con los discípulos del premio Nobel en lobotomías, vuelve a su ciudad natal, donde aún la práctica privada con la pública: tanto en un manicomio, donde llegaría a director en una etapa de crisis y transformación, como en un ambulatorio como neuropsiquiatra con un cupo⁶⁹. Aunque se jubila con 64 años tras un ataque al corazón, sigue recibiendo, me dice, esos pacientes que se han enganchado con uno (Roberto 2, 10). Su tono es formal, distante.

[C] Pepe, 64 años, casado con un hijo, psiquiatra director del Departamento de Psiquiatría de un gran Hospital gallego y de un Departamento de Psiquiatría universitario. Nacido en un pueblo en el interior de Galicia

⁶⁶ No entro a discutir aquí, por razones de espacio, la idoneidad y justificación del método biográfico. Lo considero el más adecuado para el objeto de estudio que intento construir y describir. Para una discusión sus pros y contras véase, entre una extensa bibliografía sobre el tema: Pujadas 1992, Miguel 1996, Delgado-Gutiérrez 1994; Denzin 1989; Kvale 1996, Chirban 1996; Robson 1993; Cohen 1994. Para la aplicación de las biografías en la sociología médica véase: Ponce de León 1997.

⁶⁷ Todos los nombres y referencias geográficas se han modificado para poder preservar el anonimato de los entrevistados. Para la cita de las transcripciones se usa su nombre (Eva), un número tras el nombre señala el número de la entrevista citada, y finalmente la página de la transcripción. Así Eva 1: 17 será la página 17 de la primera entrevista realizada a Eva.

⁶⁸ Uso el presente etnográfico para referirme a los entrevistados en el momento de la realización de las entrevistas.

⁶⁹ El cupo es el número de pacientes asignados a un médico del estado. Cobra un tanto por cada paciente. Con las sucesivas reformas legales del sistema sanitario los médicos de cupo tienden a desaparecer.

sus padres vivió las posguerra en Madrid estudiando, primero ingeniería, y finalmente medicina. Dice haberse especializado en psiquiatría por vocación e influenciado por uno de sus maestros (el profesor de psiquiatría Pérez Villamil) comienza su práctica clínica en Galicia en la privada, iniciando su carrera como profesor universitario en un Hospital clínico universitario donde permanecerá toda su vida profesional (está muy cerca de la jubilación). El tono de su voz es educado y reservado inicialmente, intentando averiguar en que posición o de que familia universitaria pueda venir el entrevistador, para ir relatando poco a poco sus experiencias sin nunca entrar en demasiados detalles personales.

[D] Javier: 61 años, psiquiatra jubilado, casado con tres hijos. Javier estudió medicina en dos universidades españolas. La especialización en psiquiatría la hace en Madrid con López Ibor y Vallejo Nájera, y en una clínica privada en Galicia. Antes de instalarse en una de las grandes ciudades gallegas como inspector médico y psiquiatra de la Casa del Mar ejerce de médico en un barco, en Guinea y en las Islas Canarias. Abre varias consultas privadas, al mismo tiempo que participa como voluntario en diversas ONG's. Tras muchos años como "burócrata" en la pública (Javier 1, 18), se jubila por incapacidad al serle diagnosticado Parkinson y padecer además un Trastorno Bipolar. En la actualidad dirige una asociación de ayuda a enfermos de Parkinson.

[E] Ana: 48 años, casada con tres hijos, psiquiatra. Tras hacer medicina y especializarse en psiquiatría entra como profesora y psiquiatra en un Hospital Universitario: se encarga de la clínica infantil durante la mayor parte de su carrera profesional, para, desde hace unos años, dedicarse únicamente a la docencia. Toda su biografía profesional se desarrolla en la universidad sin haber ejercido nunca la práctica privada.

[F] Carlos: 41 años, casado, psiquiatra, nacido fuera de Galicia. Hace medicina en una capital española y el MIR en Galicia. Inicia su carrera profesional en la pública (nunca ejerció la privada) en una capital gallega, donde se encarga de montar un sector de la asistencia psiquiátrica. En la actualidad es director del servicio de asistencia psiquiátrica de una de las ciudades más grandes de Galicia, siendo su labor la de coordinar, no sin dificultades, toda los dispositivos de la psiquiatría sectorizada que se ha venido montando en los últimos cinco años. Es un hombre prolijo y profundamente activo: escritor, colaborador asiduo de periódicos, especializado en psicodrama, profesor universitario, músico, académico, antropólogo y un largo etcétera.

Utilizo además fuentes bibliográficas de tres psiquiatras que han ido publicando tanto sus reflexiones como datos de sus propias biografías:

1. Emilio González: gallego, psiquiatra (pública y privada), antropólogo, 55 años. Ha publicado diversos libros en solitario (especialmente su obra sobre la reforma y conflicto de Conxo en los años 70 (González 1977), y en colaboración con el antropólogo gallego Marcial Gondar Portosany⁷⁰, defendiendo una *psiquiatría gallega y en gallego* como única salida política defendible ante la situación actual. Ambos realizan una investigación interesante e innovadora en antropológica aplicada sobre la "tolemia" (locura en gallego) en un ayuntamiento rural: Santa Comba (Gondar 1997). Con Emilio asistí a varios estadios y sesiones clínicas entre 1991 y 1992, al mismo tiempo que observa su práctica psiquiátrica.

2. Enrique González Duró⁷¹ ha publicado tanto sobre la historia de la psiquiatría española como materiales más o menos biográficos. Es un psiquiatra español que trabajó conocedor de la realidad psiquiátrica española con pocas publicaciones autobiográficas pero con un conocimiento amplio de la práctica psiquiátrica real en España.

3. Carlos Castilla del Pino, en su obra *Pretérito Imperfecto*⁷², nos ofrece la autobiografía de un psiquiatra en los tiempos del franquismo y la llamada transición española. Si bien, su autobiografía es profundamente íntima (valiente en este sentido) y personal, utilizaremos aspectos en los que coincide con nuestros entrevistados (ejerció la psiquiatría en Galicia durante un breve periodo).

Galicia y el sistema sanitario gallego en España.

Galicia es una Comunidad Autónoma del noroeste del Estado español que tras la dictadura franquista (1936-1975) se instauró como monarquía parlamentaria. Cuenta Galicia con unos cuatro millones de habitantes, Galicia tiene una orografía montañosa interior y una extensa costa cantábrico – atlántica. Su economía se encuentra entre una economía tradicional - agrícola- pesquera y una economía industrial; ambas dependiente de las subvenciones europeas y de las distintas administraciones. Galicia tiene con un gobierno autónomo desde la instauración democrática en 1974 al que le han sido transferidas, en un proceso que comenzó en los años ochenta, la mayor parte de las competencias desde Madrid, entre ellas, las competencias sanitarias.

En 1986 (*Ley general de Sanidad*) se legisla por primera vez desde principios de siglo un ámbito, el de la salud mental (art. 20), que había permanecido sin grandes cambios desde el siglo XIX. Hasta entonces las competencias en salud mental habían pertenecido a órganos con competencias diversas y contradictorias, siempre amparada dentro de la Beneficencia (leyes que datan de 1846). Con la ley de 1986 la Seguridad Social cubre la salud mental, al menos teóricamente. La nueva ley, inspirada en la filosofía de la psiquiatría comunitaria, tiene un carácter general y orientativo, sin establecer específicamente las competencias.

⁷⁰ Gondar-González 1992; Gondar 1989, 1990, 1992, 1993, 1995, 1997; Emilio 1977, 1994, 1997, 1978, 2000.

⁷¹ González Duró 1975 1987, 1992, 1995, 1996.

⁷² Castilla 1976, 1987, 1995, 1997, 1998;

Durante la mayor parte del siglo XX la asistencia de los “enfermos mentales” era en Galicia competencia de las Diputaciones al amparo de una antigua Ley de Beneficencia. El hospital psiquiátrico de Conxo⁷³ en Santiago de Compostela, por ejemplo, era propiedad de un patronato, eclesiástico primordialmente (fue fundado por la mitra compostelana en 1885). Acogía, por un acuerdo con la diputaciones gallegas a los enfermos mentales de beneficencia de toda Galicia y de provincias españolas que carecían de manicomio propio. Las diputaciones pagaban una pensión mínima al hospital, siendo este el encargado de gestionarla (ha sido siempre el punto de mira de la psiquiatría gallega, junto con Toén en Ourense).

En 1995 (*Real Decreto 63/1995*)⁷⁴ se establecen por primera vez los derechos concretos y las prestaciones específicas de los usuarios de la Seguridad Social en materia de Salud Mental (García-Espino 1998: 14), concretando las generalidades de la ley de 1986.

En 1994 aparece el *Decreto 389/1994 del 15 de diciembre* regulador de la salud mental en Galicia, ya con las competencias en sanidad transferidas al SERGAS (Servicio Galego de Saude). Es un decreto de inspiración comunitaria y viene a instaurar legalmente la reforma de la asistencia psiquiátrica en Galicia.

Hoy en día la “reforma” psiquiátrica *está, como siempre y desde siempre, en curso*: creación de áreas asistenciales con equipos interdisciplinares, hospitales de día, unidades de rehabilitación, pisos de acogida, etc. Se está en el proceso de coordinar, al amparo de la legislación, todos los dispositivos hospitalarios y asistenciales que, a lo largo de años y sucesivos intentos de reforma, se han ido creando. Hoy en día la red asistencial gallega financiada por el gobierno autónomo *sigue en proceso de reforma*, a la espera de una ley que regule específicamente la salud mental en Galicia⁷⁵.

La comunicación de la locura: la locura como sentido comunicado.

La antipsiquiatría aparece en los años sesenta como una intento de luchar contra la psiquiatría oficial que entendía la enfermedad en términos meramente médicos. Nace al hilo de los movimientos sociales en torno al Mayo del 68 y se consolida en dos vertientes: una inglesa⁷⁶, siendo Laing, Cooper, Esterson o Szasz⁷⁷ sus representantes más conocidos; y otra italiana, con Basaglia⁷⁸ a la cabeza. Las ideas básicas que transmitirán e inspirarán a los psiquiatras gallegos serán: por un lado, la negación de la enfermedad mental, considera como radical por la mayoría de los entrevistados. Por otro, la necesidad de transformación de las instituciones gestoras de la locura. Ésta necesidad les sirve a los psiquiatras entrevistados⁷⁹ como marco interpretativo de su práctica. Consideraremos la psiquiatría de sector o psiquiatría comunitaria como la “aplicación real” de la antipsiquiatría en los hospitales y redes asistenciales gallegas.

Podríamos decir que si hasta los años 60 y 70, a la psiquiatría se le atribuye la capacidad médica de diferenciar entre enfermo / sano a nivel psíquico, con la antipsiquiatría se introduce una “sospecha”. El psiquiatra

⁷³ Véase González 1977.

⁷⁴ García-Espino 1998: 14. Los primeros artículos de esta recopilación son especialmente clarificadores, pues el simple hecho de comprender como es la situación legal del enfermo mental no es fácil. En este sentido resulta curioso como una de mis informantes ha de informarse, en su primer trabajo haciendo una sustitución, de sus derechos y deberes como psiquiatra de la seguridad social: cómo y cuando otorgar bajas laborales (Eva 4: 8).

⁷⁵

Uno de mis entrevistados, encargado de la creación y organización de un área geográficamente amplia, lo explica. Habla de cómo se decide a entrar en el concurso por una plaza de adjunto de psiquiatría que le llevará después a convertirse en jefe del servicio y su organizador de la red asistencial y de las dificultades que se le presentaron.

“De psiquiatría, una plaza de adjunto de psiquiatría. Plazas muy codiciadas por la; por la impronta o el hecho de ser el buque insignia de la medicina gallega. Entonces me lo pienso y veo que en X, curiosamente, con un hospital entero como es el Z: no hay psiquiatría. No hay servicio de psiquiatría. La asistencia psiquiátrica es alucinantemente pobre. No hay nada: esto es un solar. Hay un dispensario dependiente de Y, en unos barracones, ahí, arriba. Un compañero que pasa interconsulta en el hospital, y, ¡nada más! Y luego un dispensario de sanidad, otro del ayuntamiento, y ¡no hay siete camas psiquiátricas! ¿no? Te estoy hablando de 1991. Entonces esto me atrae. Me vuelve a atraer, ¿no? [frente al hastío que sentía en su anterior puesto]. **Es un sitio, es probablemente el único que queda en Europa con el potencial económico y clínico, asistencial, como tiene este hospital y esta ciudad. Con la posibilidad de montar un servicio psiquiátrico. ¡Del paquete! ¿No?** Entonces, esto me atrae. Lo hablo con mi chica, y, y decido presentarme a esas oposiciones. Cuando me las saco...” (Carlos 1, 13)

“El área es todo el área de X, desde M a F. Y entonces, bueno, sobre ese proyecto que presento, es sobre el que se empieza a trabajar. Entonces en 1996 se... A todo esto, empiezan, date cuenta que aquí en X... ¡Es que fue la hostia! Uno mira para atrás, y, si fuera ahora. Aparte de la escasez de recursos que comentaba, aquí, hay, **había, en aquel momento ocho dependencias administrativas distintas**, de los recursos que había, aquí había gente que dependía: de Y, que dependía del ayuntamiento, gente que dependía de asociaciones privadas, gente que dependía del INSALUD, gente que dependía de Sanidad, gente que dependía del SERGAS, gente que dependía del Hospital Militar. Y todos haciendo asistencia psiquiátrica. Cada uno por su cuenta. Nadie sabía lo que hacían Entonces, ese era el trabajo más complicado. El que te digan: “esos son los recursos que hay. Haga usted algo”. ¿No? Coger todos estos recursos, desgazar equipos, cerrar, pues, centros; empezar a incorporar. Fue todo una labor, lo más complicado, porque ahí ya te metes en intereses personales...” (Carlos 1: 16)

⁷⁶ Inspirada por el experimento Rosenhan en el que un psicólogo y siete de sus colaboradores se hicieron pasar por locos siendo aceptados en las instituciones ante las que se presentaron. González (1977: 49) señala como esto provocó en España un debate únicamente sobre la protección de la psiquiatría.

⁷⁷ Según González (1977:43) niegan la existencia de la enfermedad mental. Sus obras fundamentales son: Laing (1967, 1987, 1983), Esterson (1970), Cooper (1979), Szasz (1971); Con influencia en Francia: Castel (1980), y en España: Álvarez Uría 1983, Uría-Varela 1989 (1986); y especialmente en el mudo anglosajón, dando a prácticas clínicas y terapéuticas de muy diversa índole: Castel (1980)

⁷⁸ Según González (1977: 43) se pronuncian afirmando la existencia de la enfermedad mental, pero abogando por el cambio de las instituciones que la tratan desde el interior de las mismas. Sus obras fundamentales son: Basaglia (1975, 1973, 1982), Forti 1976; Agosti 1978.

⁷⁹ Incluyendo el conflicto que vive Roberto (B2) como director de un manicomio en el que se intenta una reforma en los años 70, y Emilio González (1977) como psiquiatra partidario de la reforma de Conxo, y despedido en el 75.

ejerce el control social en un estado terapéutico cuando aparentemente se definen como sanadores. La sospecha apunta al psiquiatra como un agente social que identifica lo normal y lo anormal, siendo su función: gestionar y conjurar un sector “molesto” de la población. Emilio González (1977: 43) define así la antipsiquiatría:

“O ser tolo é unha forma de vivir, un modo de ser, que de un xeito ou doutro revélase contra as formas de vida que lle impón a sociedade. Pra defenderse destas persoas, a sociedade chámalles doentes e castígaos nunha institución (manicomio-hospital psiquiátrico) onde, o mesmo tempo, intenta reeducalos, curalos, pra que se adapten. Os encargados desta función son os psiquiatras, que se consideran capacitados pra xuzgar quén é normal e quén é tolo. A psiquiatría está xunguida ó poder, facendo, pois, os psiquiatras de policías. O tolo desempeña o papel de chivo espiatorio pra que os demais poidan chamarse cordos”.

Javier [D] define su concepción de la enfermedad mental en coherencia con lo que entiende por antipsiquiatría:

“Yo soy muy próximo, muy, muy próximo a la antipsiquiatría. Ósea, de entrada te digo lo siguiente: a no ser cuando son lesiones anatómicas que producen trastornos mentales, yo creo que el medio ambiente de, de cualquier y de muchas maneras, influye sobre el individuo que aboca a una alteración de la personalidad. Y esa alteración de la personalidad lo lleva a clasificar como loco”. (D1, 10)

En ambas definiciones se denuncia a la psiquiatría como agente de control social cuando su labor se define supuestamente como médica. Esta diferencia da pie a la crítica de toda la práctica asistencial, y por lo tanto es guía de la práctica, sirviendo para la interpretación crítica del presente y orientando las idealizaciones de la práctica futura⁸⁰.

Carlos [F] lo confirma, aunque él le atribuye a esta revolución una causa farmacológica, defendiendo así el carácter médico de la psiquiatría. Para él se han producido tres revoluciones psiquiátricas (F3, 1-5): la primera, con Pinel al aparecer el manicomio como exponente de la psiquiatría “custodial y taxonómica”: Kraepelin (F3, 1-2); la segunda, de carácter “intrapésico”(F3,2), con Freud; la tercera con los psicofármacos a partir de los años cincuenta, setenta en España: son los años de la instalación de lo “sociosanitario” (F3, 3 y 5)⁸¹; y finalmente la revolución que está por venir, la que aportará la psiquiatría sistémica (F3,5), donde el psiquiatra será sustituido por un “experto en terapias psíquicas” y una buena red “socioasistencial”.

Como se puede observar existe una contradicción permanente entre los entrevistados en el estatuto atribuido a la psiquiatría: ¿es una disciplina médico-biológica, científica, o más bien es un algo social, asistencial, humanitario, burocrático?

Por un lado, tenemos su carácter no médico: asistencial (F3, 5); vocación humanista, de asistencia, lo denomina Roberto (B1,2); social le dice Javier (D1,10); más psicológico que médico dicen Ana (E1) y María (C3):

“Case todos os da miña xeración, pois dicían eso, que en realidade querían ser psiquiatras. Non especificamente médicos. E que realmente nos considerabamos como médicos un tanto estraños. Pouco interesados na medicina e moito na Psiquiatría. Era a consideración que facíamos. As veces cando falamos entre nos, pois o dicíamos, que cando nos fixemos psiquiatras, non tiñamos interese en ser médicos, e que os psiquiatras de hoxe teñen moito interese en ser médicos”. (E1, 3)

Por otro lado, les interesa marcar el carácter científico, médico-biológico de su práctica: María, psicóloga, se preocupa de aclararme cómo mantiene la medicación con la que llegan los esquizofrénicos a su Hospital de día (C3). Carlos diferencia las enfermedades que han podido ser solucionadas, curadas, médicamente (cita como ejemplo el “milagro” del litio en los maniaco depresivos), y aquellas donde la labor del psiquiatra es meramente social, la mayoría. Como consecuencia la psiquiatría es todavía una “hija menor de la ciencia médica”, una “recién nacida” (el mismo ejemplo del litio le sirve para demostrar el carácter no científico de la psiquiatría, pues se usa, pero se carece de explicación “real”, biológico médica de su forma de actuación; de ahí que le denomine “milagro”). Javier habla de la “camisa de fuerza química” que palia los problemas sociales que el loco plantea, sin que tengamos una buena explicación químico biológica de su actuación: pragmáticamente es eficaz y por ello se usa (D1, D2).

Quizás esta contradicción esté a la base de cómo definen todos los entrevistados su orientación teórica y su práctica. Menos Roberto, que se define como “médico” con orientación humanista y vocación de servicio (B1: 3), todos consideran que la práctica clínica que realizan es “eclectica”: utilizan cualquiera de las múltiples posibilidades terapéuticas; desde las biológico farmacológicas, imprescindibles, hasta las de orientación más psicodinámicas, generalmente estereotipificadas como “raras”.

Todos coinciden en señalar que la formación “médica”, científica, la recibieron en las facultades de medicina donde se formaron. Es curioso constatar como casi todos pasaron por departamentos en las facultades de medicina de marcado carácter biologicista: fisiología en el caso de Ana; a María le gustaba especialmente la psicobiología por su constatabilidad; medicina interna en el caso de Javier; Roberto se define con una vocación de servicio, una práctica biologicista pero define la realidad como fruto de la interpretación; etc. (aunque en quienes

⁸⁰ Scheff 1966 (1990), inspirado en las obras de Goffman (1959, 1961, 1967), denomina a este proceso etiquetación social que conduce a la carrera del enfermo mental (Becker 1966).

⁸¹ Tesis típica y repetida entre los psiquiatras y políticos, pero difícilmente sostenible como demuestra Prior en su libro (1998).

la vocación psiquiátrica estaba clara desde el principio, como es el caso excepcional de Ana, su elección de especialidad era vista como ideologizante o psicologizante por sus compañeros de carrera de otras especialidades, es decir, como algo no muy “médico”). La contradicción llega hasta el punto de que si bien todos reconocen la necesidad de una reforma psiquiátrica de inspiración comunitaria, con una red de asistencia bien definida, todos marcan la importancia de los descubrimientos biológico-químico en la auténtica solución de la enfermedad mental.

Emilio González y el antropólogo Marcial Gondar proponen una interpretación de la antipsiquiatría en clave político nacionalista. Frente a la medicina oficial, la biomedicina, que objetiva al paciente (Gondar 1995: 18-20), la terapéutica auténticamente sanadora debe hacerse desde la política, pues no existe, afirman, una técnica aséptica. No es que el manicomio se haya creado para curar al loco, sino que es el manicomio el que ha creado al loco.

“...a doenza non pertence ao mundo da natureza senón ao da cultura (...) a forza social pode ser empregada como instancia terapéutica” Gondar-González 1992: 15.

Para evitar que la psiquiatría se convierta en la gestora de los conflictos individuales y colectivos (González 1977: 29), se ha de re-elaborar cada historia de cada caso de una manera reconocible por el paciente, generando así igualdad entre los hombres. El clínico debe intentar entender cómo el enfermo vive con su enfermedad y cómo le afecta a su vida. Devolviéndole así el carácter de autor principal de su dolencia, de su historia; evitando convertir al paciente en mera mercancía. Algo imposible de hacer sin usar el lenguaje y la lengua del enfermo. González lo resume:

“...despois de douscentos anos, aínda non dispoñemos de bases científicas suficientes para dicir que a tolemia sexa unha doenza” González 1977: 18.

Por lo tanto, la enfermedad mental es meramente una cuestión de poder médico ejercido para la dominación y control de amplios sectores de la población. Es interesante señalar como Emilio, en su práctica de la psiquiatría vive esta contradicción que denuncia. Un ejemplo: muchas de las demandas planteadas por los enfermos son meramente burocráticas (pensiones, bajas, etc.). Su interpretación de la psiquiatría le lleva a practicar la contradicción, basándose en los muchos años de experiencia, para determinar cuando una demanda es solucionable psiquiátricamente o simplemente concediéndole la pensión o baja que solicita. Es decir, que aunque teóricamente sus planteamientos son claros, la práctica le lleva al pragmatismo, reconocido⁸², pues muchas veces el ejercicio del control médico político denunciado es lo demandado.

La antipsiquiatría, al menos de nombre e ideas, es considerada como algo demasiado radical y conflictivo. Roberto (B2, 10 y 13) puede servir como ejemplo más extremo: tras sus problemas con la reforma como director de un manicomio define la antipsiquiatría como una locura: es de locos defender la no existencia de la locura, algo que constata en su práctica día a día. La antipsiquiatría fue para él una “moda” pasajera, que hacía política de la medicina. Ahora, afirma, las cosas han vuelto a su cauce: “la política se hace donde se debe de hacer, en los parlamentos”, la locura se ha dejado a los médicos (B2: 15). Aunque todos los entrevistados son partidarios, defensores y precursores en su aplicación, o al menos de su bondad como guía, al menos de lo que ha venido a llamar psiquiatría comunitaria o de sector.

La llamada psiquiatría de sector nace en Francia en los años 60 (Paumelle)⁸³ para reconvertir el manicomio en una red social y asistencial que integre la comunidad de referencia del loco, convirtiéndola en comunidad terapéutica. Se divide el territorio en sectores o áreas, creando una red de dispositivos asistenciales. Idealmente atendidos por equipos de salud mental integrados por psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales y enfermeros especializados. Cada sector contaría con: un hospital (lugar de tratamiento de crisis: los agudos); hospitales de día, hospitales de noche, talleres y pisos protegidos, asociaciones y locales sociales de reunión (donde se realizaría la labor de “rehabilitación y reinserción” de los “crónicos”); y dispensarios de salud mental distribuidos entre los ambulatorios para poder hacer un seguimiento de la cronicidad. Carlos define la “filosofía comunitaria”: su labor en los últimos cinco años ha sido la de coordinar y crear una red asistencial (D3, 6):

“Tenemos la posibilidad de dar las técnicas psicológicas más contrastadas, en el servicio. Es un servicio muy polimorfo. Hay gente de todas las razas, y demás. Pero el marco filosófico es la psiquiatría comunitaria. Por lo tanto, mi idea que, pues eso, un dispositivo extrahospitalario potente, con unidades de salud mental: con un psiquiatra, con un psicólogo, con un asistente social, con un ATS ¿no? Trabajando a ser posible en los centros de salud. Con contacto permanente con primaria, para tener el flujo de información con el médico de cabecera, que es el que realmente ve al paciente y lo puede tratar: en la mayoría de los casos controlar. Y que está en contacto, más, con la comunidad, con el vecino, con el cura, con el; con los recursos de los ayuntamientos.

⁸² Afirma que la postura de la antipsiquiatría es producto de gentes cultas que leen y ven películas pero que nunca quieren ni se acercaran al manicomio; es algo que ataca además al propio poder del médico (González 1977: 41-44)

⁸³ Aunque la filosofía que la sustenta es tan antigua como el nacimiento de la biomedicina occidental en Grecia, y se conocen casos de aplicación con anterioridad (Inglaterra: Gittins 1998;) su generalización como ideario terapéutico es a raíz de las prácticas asistenciales francesas (una visión antropológica de una comunidad puede verse en Jodelet 1991), de orientación muy tecnocrática y de las reformas europeas del llamado estado de bienestar, especialmente en Inglaterra (véase Gittins 1998, Porter 1987; Uría-Varela 1986, o a nivel más teórico Castel 1980 o Giddens 1995). En España: PANAP 1972, Montoya 1976, Yuste 1971.

Después un segundo nivel de asistencia, que sería, digamos, la zona de cuidados intermedios, del área de rehabilitación. Y en eso tenemos el hospital de día en un sitio infame, que ahora ya hemos conseguido el compromiso de la gerencia que nos cede, ahora en el primer trimestre del 98, que baja ahora para aquí. Va a simplificar muchísimo la asistencia. No solo para los pacientes sino también para el propio servicio; sino que va a darle más funcionalidad a la unidad de agudos. Porque claro, lo que es la red extrahospitalaria, aunque en precario, ya la tenemos organizadas. Y luego, lo que sería ya el tercer nivel, lo que sería la hospitalización de agudos, que es un recurso que es un corte transversal, y que ha de ser forzosamente el último: cuando falla todo lo demás entonces es cuando hay que ingresar. Entonces, cada ingreso es un fracaso de los otros niveles ¿no?

Carlos (B2: 16) esquematiza la psiquiatría de sector de la siguiente manera: la locura tiene generalmente un control familiar con los psicofármacos, mientras que el control pasa a manos médicas cuando aparecen crisis. María señala la importancia en su trabajo como psicóloga en un Hospital de día del “filtrado” (C2: 12; C3: 5; C4: 10-16): la evaluación inicial de una demanda elimina lo que cada sector del servicio asistencial no está especializado en tratar. Así, siendo su Hospital de rehabilitación de crónicos, todas las demandas que pueda recibir de terapia ante depresiones o otras patologías, se han de encauzar (“derivar”), hacia otros sectores de la red asistencial, evitando así la masificación de los distintos nudos de la red.

La psiquiatría comunitaria es considerada como el ideal, la pauta desde la cuál es posible criticar la práctica presente y proyectar expectativas de futuro:

Carlos me dice irónicamente que si no se implanta pronto en Galicia (atrasada en la reforma con respecto al resto de Europa) cuando la red sanitaria este instalada, y el trabajo de educar a los sectores de la atención primaria se haya completado (F3:17), la misma red se convertirá en algo obsoleto (F3: 9-13).

González Duró comenta en este sentido, como dato negativo, que en 1986 el 80% de las camas son todavía de crónicos (1986: 22).

María demanda una multiplicación de recursos que impida la masificación y el deterioro de la asistencia, al mismo tiempo que señala la necesidad de una mayor educación en temas de salud mental. Siendo consciente además de que la mayor difusión de conocimientos crea la necesidad del técnico especializado (C4: 6). Algo en lo que todos los entrevistados están de acuerdo.

Podríamos resumir el material sacado de las entrevistas en los siguientes puntos:

La antipsiquiatría es considerada como algo radical y por lo tanto no aconsejable. Esta idea funciona como referente negativo: no se puede negar la existencia de la locura como una realidad, aunque se utilice para criticar prácticas psiquiátricas pasadas.

La antipsiquiatría introdujo de modo explícito preocupaciones por una asistencia más “sociológica”⁸⁴.

La psiquiatría comunitaria o de sector afirma la necesidad de implicar a la sociedad (en la red asistencial y a través de la educación) en el tratamiento de la locura. Esta idea funciona como referente positivo, confundándose a veces con la propia antipsiquiatría.

La psiquiatría comunitaria está en proceso de implantación en Galicia y sirve de marco interpretativo de los cambios, así como de foco crítico del pasado y lugar de ideación del futuro.

Sirve para interpretar presente y pasado, introduciendo la idea de progreso técnico. Se afirma constantemente la increíble mejora que esta filosofía comunitaria ha supuesto en el tratamiento y cura de la locura.

Conclusión: ¿Qué nos queda por hacer?

La sociología se ha definido, defendiendo su campo de investigación, como ciencia “empírica”. Si reflexionamos seriamente nos daremos cuenta de que, si bien se han denunciado los mitos de “los otros”, denunciándolos como subjetivos, nunca ha existido una auténtica reflexión sobre los propios. La sociología de sistemas de Niklas Luhmann sí lo ha hecho. Es tiempo ya de aplicar la reflexión sobre sí misma, asumiendo sus condiciones y límites, con seriedad teórica y ver sus implicaciones metodológicas. Porque toda descripción teórica es ya en sí misma un método.

Por ello, es tiempo ya de que, en las distintas ciencias sociales, nos tomemos en serio, que:

1. Toda observación supone una definición de la realidad. Abandonado el mito del objeto ontológico, de la realidad independiente del observador, es necesario asumir las condiciones de posibilidad de complejidad pluricontextual;
2. Todo conocimiento es siempre social, incluso el más “objetivo” y desde luego el sociológico. Abandonado el mito del conocimiento como representación fiable y correcta de UNA realidad, es necesario comprender sus condiciones de posibilidad;
3. Toda verdad es relativa a una observación y a sus condiciones de conocimiento. Abandonado el mito de la verdad, es necesario comprender las condiciones de posibilidad de las diferentes verdades intercambiadas en cada observación.

⁸⁴ Prior señala cómo el primer paso hacia la causación social de la locura se hizo desde la epidemiología, al “descubrir” que la locura tiene una distribución social identificable, mostrando los contextos sociales en los que trabaja la biología (1996: 106 y 111). Lo cual no implica que eso fuese aceptado como una representación social de la locura aceptable, intercambiable.

4. Todo esta en constante cambio y evolución. Abandonado el mito de la estabilidad y la permanencia, es necesario comprender las condiciones de posibilidad y límites del cambio.

Luhmann asume como paradojas estas cuatro observaciones. El problema es, quizás, la radicalidad de la ruptura con el modelo tradicional de ciencia y de sociología. Y no digamos de las implicaciones metodológicas que conlleva.

Por ello, vamos a detenernos un momento en reflexionar sobre las EXIGENCIAS que la teoría luhmaniana plantea para un método de investigación en sociología.

Creo que ha quedado claro que la locura carece de palabra. La aplicación de la antipsiquiatría como psiquiatría comunitaria esta logrando quitar cierto poder al estamento médico, dejándole solo lo corporal y curable, y por lo tanto “devolviendo a la sociedad” a través de las redes asistenciales. Al mismo tiempo, aparecen profesiones demandadas por la educación en salud mental que convierten esas redes sociales en terapéutico sanitarias (es decir, se crea una mayor división del trabajo psiquiátrico), es decir, se convierte al paciente en un consumidor independiente en una sociedad de mercado.

La relevancia dada a la socialización de la locura, la defensa de la politización de la locura, la denuncia de las condiciones de su existencia que detectábamos en Lera, o en su forma más radical la negación de su existencia, han ocultado la comunicación que realmente se hace de la locura, y en esta afirmación que hago no se encierra ninguna crítica: la de convertir al loco en una mercancía susceptible de intercambio en la red de asistencia sanitaria, y a la psiquiatría y a todos los técnicos de la salud mental, en reguladores del mercado. Y en consecuencia, a los llamados movimientos humanizadores de la locura en una mera pantalla de humo.