

Imaginarios sociales de la locura, policontextuRalidad y bioteconologías

Social Imaginaries of Mental Illness, policontextuRality and biotechnologies

Recibido: 29/11/10

Aceptado: 05/11/10

Manuel Torres Cubeiro

IES Campo San Alberto. GCEIS, Universidade de Santiago de Compostela

mtcubeiro@edu.xunta.es

Resumen: Tomando como punto de partida un número de la revista *Nature* dedicado a la Esquizofrenia, este artículo analiza los conceptos básicos necesarios para investigar los Imaginarios sociales utilizados en la Psiquiatría para construir las realidades de la Enfermedad mental en nuestra sociedad compleja policontextuRal. El sistema biotecnológico y la industria farmacológica contribuyen en esa construcción aportando al Imaginario de la Enfermedad Mental elementos coherentes con un modelo médico y sembrando dudas sobre los intereses económicos y los efectos secundarios. Lejos de entender un sistema social como coherente, la complejidad social donde la biotecnología se desarrolla e implanta, se construye en la contradicción, la incoherencia de la percepción social desde el Imaginario social. Este artículo aporta las bases conceptuales para describir la compleja incoherencia, usando las teorías de N.Luhmann y J. L. Pintos, en la que la realidad de la Enfermedad mental es construida socialmente desde el Imaginario.

Palabras claves: Imaginario social, enfermedad mental, Biotecnología, Luhmann, Pintos.

Abstracts: Taking as its starting point an issue of *Nature* devoted to schizophrenia, this article analyzes the basic necessary concepts to investigate social imaginaries used in psychiatry to construct mental illness realities in our complex policontextuRal society. The bio-technological system and the pharmaceutical industry contribute to the construction of Mental Illness Imaginary elements. This contribution is consistent with a biomedical model casting doubts on it based on economic obscured drives and the side effects of meds. Far from understanding a social system as coherent social complexity where biotechnology is developed and implemented, its social reality is built on contradictions and the inconsistency of social imaginary perceptions. This paper provides the conceptual basis for describing the complex inconsistency in which the reality of mental illness is socially constructed from the Imaginary (implementing Pintos's and Luhmann's social system theory to Social Imaginaries of Mental Illness).

Key words: Social Imaginary, Mental Illness, Biotechnology, Luhmann, Pintos.

“How will we view schizophrenia in 2030? Schizophrenia today is a chronic, frequently disabling mental disorder that affects about one per cent of the world’s population. After a century of studying schizophrenia, the cause of the disorder remains unknown. Treatments, especially pharmacological treatments, have been in wide use for nearly half a century, yet there is little evidence that these treatments have substantially improved outcomes for most people with schizophrenia. These current unsatisfactory outcomes may change as we approach schizophrenia as a neurodevelopmental disorder with psychosis as a late, potentially preventable stage of the illness. This ‘rethinking’ of schizophrenia as a neurodevelopmental disorder, which is profoundly different from the way we have seen this illness for the past century, yields new hope for prevention and cure over the next two decades” (Insel 2010: 187).

Esta cita inicial promete, una vez más, la solución al reto de la Esquizofrenia. La clave está, reza Insel, en la investigación sobre el desarrollo neuronal de la dolencia. La psico farmacología palia los síntomas pero no cura. No se sabe aún hoy qué es exactamente la Esquizofrenia, pero el progreso prometido con esta nueva investigación ofrece esperanzas de prevención y cura en dos décadas. Sea o no cierto, desde un punto de vista sociológico Insel construye una *expectativa* para generar comunicación y aunar la compleja trama de especialidades implicadas en las enfermedades mentales. El artículo de Insel (2010) forma parte de un monográfico de la revista *Nature* sobre Esquizofrenia. *Nature* dedica un número en la primera quincena de Noviembre de 2010 a la Esquizofrenia y a las Enfermedades Mentales (EM) graves (Volumen 468, Número 7321, pp 133-340). Los artículos que contiene se pueden agrupar en tres tipos. Estos tipos nos servirán más adelante para analizar el Imaginario Social de la locura.

Un primer grupo de trabajos está centrado en temas políticos y sociales (el entorno en sentido Luhmaniano). Utilizando este primer grupo de alguna manera un enfoque más sociológico para analizar la investigación básica actual sobre Esquizofrenia (Tyrer-Steinberg 2005: 99-114). Un primer artículo de este tipo (Sartorius 2010) define y critica las campañas públicas por ser excesivamente cortas e ineficaces. Un segundo escrito, uno de los editoriales este número, se centra en reclamar mejoras en las políticas públicas relacionadas con la EM. Al mismo tiempo llama a la inversión en investigación básica. Junto a estos dos artículos, otro de Grinker (2010) utiliza la historia del manual

psiquiátrico del diagnóstico DSM para criticar la etiqueta diagnóstica de Esquizofrenia, un tema recurrente en la Historia de la Psiquiatría (la serie de DSM está hoy por su cuarta revisión desde los años 50 del siglo XX, véase Shorter 1997). Un cuarto artículo de Abbot (2010) analiza una investigación sobre las nuevas generaciones de psicofármacos usadas en el tratamiento de las EM, con menos efectos secundarios que las primeras generaciones, pero no producen una clara mejoría en comparación con las primeras. Abbot analiza el impacto de esta investigación a la luz del descenso en inversión en investigación de las industrias farmacológicas (descenso inversor justificado en las escasas expectativas de beneficio). Finalmente el artículo de Oskenis-Rutten (2010) examina los factores “ambientales” desencadenantes en la Esquizofrenia.

Un segundo conjunto de artículos, los más extensos, se ocupan de las investigaciones “punteras” en lo que podríamos llamar un *modelo médico biológico* de la Enfermedad Mental (Tyrer-Steinberg 2005: 7-38). Cuatro artículos se ocupan de la investigación básica sobre EM en biotecnología: Smith (2010) sobre las células gliales y cómo aportan complejidad y dudas a los modelos tradicionales de la Esquizofrenia. Dobbs (2010) concentra su artículo en el desarrollo cerebral en personas con un diagnóstico de EM. Insel (2010) por su parte utilizan un modelo del desarrollo neuronal para repensar la esquizofrenia. El cuarto artículo ajustado a un modelo médico es el de Meyer-Lindenberg (2010) donde se considera una herramienta de diagnóstico sobre riesgos genéticos de la EM.

Un tercer grupo de artículos se desenvuelve en un *modelo psicológico* de la EM. Wykes (2010) describe la investigación sobre los efectos positivos de las terapias cognitivas en la Esquizofrenia (Tyrer-Steinberg 2005: 39-98). Varios de los artículos ya citados aluden a la importancia de combinar terapias cognitivas con las farmacológicas, genéticas o conductuales pues los manuales de psiquiatría repiten esta afirmación (como queda claro en otro editorial de *Nature* de este mismo año 2010: enero vol. 463, nº 7277, p. 9).

El Factor de Impacto¹ de *Nature* es alto, por eso elegimos este número como punto de partida en nuestro análisis de la influencia de la biotecnología en el Imaginario Social de la EM. Porque el tema de este artículo se resume en una pregunta: El Imaginario Social (IS) de la Enfermedad Mental (EM) ¿en qué medida está construido

¹ Factor de impacto: “número que mide la frecuencia con que es citado el “artículo promedio” publicado en una revista para un año dado” según el *Journal Citation Report* del *Institute of Scientific Information*.

desde la tecnología y la biotecnología farmacológica? La biotecnología farmacéutica como sistema diferenciado ¿qué aporta al IS de la EM?

El tema es complejo; por ello, presentamos aquí sólo las bases conceptuales para afrontarlo. Se definirán a continuación los conceptos clave: biotecnología, sistema farmacológico, Imaginario(s) social(es) de la Enfermedad mental, complejidad, sistemas socialmente diferenciados, policontextualidad. Con ellos planteamos un marco conceptual desde el que iniciar la investigación y plantear así un análisis sociológico de los IS de la Enfermedad mental.

La cuestión. Q1: Gasto psicofarmacológico: progreso vs. Críticas.

En el número citado de la revista *Nature* un pequeño artículo (Cyranoski 2010: 145) describe y critica la política gubernamental China para encarar el aumento en la prevalencia de la Enfermedad Mental (un 17.5% de la población China tendría alguna forma de EM en 2009). Cyranoski señala cómo el gasto en psicofármacos anti psicóticos se incrementó de menos de 50 millones de dólares en 1999 a más de 300 millones en 2009 (p. 145). En diez años el gasto aumentó un 500%. El consumo de antidepresivos se acrecentó también en un 400%. Cyranoski termina insinuando que el gasto en fármacos podría disminuir si el sistema político no fuera tan “opresivo” (Cyranoski 2010: 145). Esta crítica es común al hablar de gasto farmacológico. Para plantearla se utiliza un mismo esquema. Por un lado se recurre a la idea de progreso en la sanidad al incrementar el gasto, pero rápidamente se utiliza algún tipo de duda para cuestionar su validez. La crítica se formula desde la política, como en el ejemplo citado, o utilizando los efectos secundarios; o aludiendo a una concepción más holista e integral de la salud, crítica por tanto con el modelo biomédico occidental. El carácter contradictorio del imaginario social es consustancial a su naturaleza, como veremos en un momento. Vamos a detenernos en otro ejemplo, ahora Español, para completar la imagen.

En España el gasto sanitario rondaba el 7.5% del PIB en 2001, siendo 71.5 % gasto público (MSC 2001). En 2001 el 21.9% de ese gasto total sanitario se empleaba en Farmacia, según datos del Ministerio de Sanidad y Consumo (*Estadísticas del Gasto Sanitario Público*. Madrid: MSC 2001). El mismo Ministerio estima en un 9% la prevalencia de la EM entre la población española (MSC 2006), pero la misma fuente estima que un 19% de la población padecerá una EM a lo largo de su vida. Si

consideramos que del gasto sanitario farmacológico un 10% sería el gasto español en psicofármacos; éste rondaría entonces los 11.250 millones de dólares en 2009 (según el PIB de ese año, datos del INE). En un artículo sobre esta temática relativo a la Comunidad Autónoma de Galicia se valora el gasto en psicofármacos en 1998 en torno al 11% del gasto farmacológico total, coincidiendo con nuestra estimación: “En Galicia el gasto farmacéutico total para 1998 alcanza los 69.205.758.385 ptas. El gasto en psicofármacos alcanza la cantidad de 8.165.335.350 pesetas”, es decir, unos 90 millones de dólares (Rodríguez-Domínguez 2000: 2). Si como en el resto de las Comunidades autónomas el gasto farmacéutico se ha incrementado desde entonces, lo habrá hecho en la misma proporción el expendio de psicofármacos (en las publicaciones especializadas el incremento del gasto farmacológico es una constante, un buen ejemplo es el artículo publicado en Webgenericos en 2007 citado en una de la páginas de psiquiatría más visitas en España: psiquiatría.com). Pero en casi cualquier publicación sobre esta temática encontramos siempre el otro elemento del imaginario que señalábamos antes. En el artículo sobre Galicia Rodríguez-Domínguez (2000) critican el incremento en función de una denunciada mala política de gestión pública del gasto sanitario (p. 5).

Pero los datos indican que si la Esquizofrenia tiene una prevalencia de un 1% entre la población general; si el gasto en psicofármacos representa alrededor de un 10% del gasto total; entonces, el papel de éstos fármacos en el IS de la EM es importante. Con ellos en juego la comunicación entre “pacientes”, familiares y especialistas es posible en un mundo de dudas, múltiples opciones y contradicciones abiertas. Antes de delimitar el concepto de IS, delitemos el de biotecnología.

Q2: Bio-tecnología.

“Biotechnologies therefore comprise a collection of techniques or processes using living organisms or their units to develop added-value products and services. When applied on industrial and commercial scales, biotechnologies give rise to bio-industries” (Sasson 2005:1).

Dejando de lado las diferencias terminológicas señaladas por Coca-Valero (2010: 61) siguiendo a Muñoz (2001: 11), en este artículo entendemos por biotecnología aquellas técnicas y procesos que usando organismos vivos generan productos y servicios. La industria que denominaremos Bio-industria es el sistema social

diferenciado para producir y generalizar el uso de la biotecnología en la sociedad contemporánea. El maíz transgénico sería un ejemplo, y la fecundación in vitro hoy accesible en el denominado mundo desarrollado para el gran público, sería otro². La biotecnología aplicada a la medicina en general y a la psiquiatría en particular se ha centrado en los avances de la genética y el estudio de la bioquímica cerebral, como bien vemos en los artículos en *Nature* a los que aludíamos al inicio.

La historia de la psicofarmacología (Shorter 1997, Andreasen 2001) es larga y compleja, no la recorremos aquí por motivos de brevedad, pero apunta hacia un progreso imaginado en la investigación del cerebro y la genética. El mejor ejemplo de este IS lo presenta una neuróloga y psicóloga. Ésta titula su libro sobre el futuro de la investigación en EM (Andreasen 2001: 4): “*Brave New Brain*”. Con este título alude a un verso de la obra de Shakespeare *La Tempestad*, donde ante la llegada a un nuevo y desconocido continente, excitado por lo que pueda encontrar, un personaje grita: “*Brave New World*”. El mapa del genoma y el nuevo mapa del cerebro son los Imaginarios desde los que se promete un futuro de nuevas bio tecnologías para el tratamiento de la EM.

Algunos datos sobre España nos sirven para enmarcar el marco económico en el que se mueve la biotecnología en nuestro país. España la industria bio es menor (Sasson 2005: 15-16), por norma general subsidiario de firmas europeas, suizas o norteamericanas, donde este sector industrial se ha desarrollado más. Según datos de la Asociación Española de Bio-empresas (ASEBIO³) las 942 firmas españolas del sector mueven unos 32 millones de euros anuales empleando unos 110.000 trabajadores (cifra ínfima en el PIB Español o la población activa, de 1.46 billones de euros en 2009 y 23 millones en la población activa). El 42% de estas compañías se dedican al sector de la salud humana. Como veremos la pequeñez relativa del sector biotecnológico, según volumen de negocio y población empleada, no impide que su contribución en la semántica del imaginario social sea enorme (los IS en la sociedad global actual no miden su incidencia sobre cuotas de productividad, de ahí que su valor “valor” relativo en el tejido productivo contraste con el papel que juegan en la construcción social de la realidad). Gracias a la biotecnología y las expectativas que genera este IS recorre toda la

² Sólo un dato para enmarcar la magnitud del impacto social de las industrias bio: el maíz transgénico genera la mayor parte de los azúcares en el continente americano. Y según un artículo de *El País* unos 55.000 procesos de fecundación in vitro se realizan en España al año, lo que supone alrededor de un 10% de la tasa de natalidad española (*El País*, 24/11/2010).

³ http://www.asebio.com/es/datos_del_sector_2008.cfm

literatura especializada en España y en el mundo entero: se sueña, como veíamos con un mapeado genético de las EM, una identificación de marcadores bioquímicos que permitan regenerar células nerviosas con las polivalentes células madres, etc.

En un artículo antes mencionado Coca-Valero (2010: 59-60) citan tres metáforas con las que Garrido (2007) ofrece contextos imaginarios desde los que socialmente se piensa la tecnología. El primero es la máquina calculadora de Turing con la que se ha dado en pensar el hombre como una especie de autómatas biológico separado por su capacidad de cálculo de los restantes seres del universo. La segunda sería la imaginería surgida con internet, en la que aparecen ordenadores interconectados en red. La tecnología conecta ahora la maquinaria aislada de Turing. Finalmente, la tercera metáfora sería la ofrecida por las biotecnologías, donde el ser humano sería perfeccionado por la bioquímica, la genética, las drogas añadiríamos en relación con nuestro tema, y la comprensión de la bioquímica neuronal. Las tres metáforas apuntan a un IS de un hombre para el que la separación entre lo natural y lo artificial ha desaparecido, un hombre para el que todo es posible gracias a la tecnología, un hombre cuasi inmortal gracias a los “avances” de la biotecnología, un hombre feliz que puede vivir con la EM gracias a las drogas psicoactivas con la promesa siempre vigente de nuevos descubrimientos. Ese caldo semántico de cultivo, incoherente pero pleno, es el que nos hace elegir, es el que os permite construir la realidad social de la EM en el sistema sociedad contemporáneo.

Marco teórico (MT1), Pintos: Los Imaginarios Sociales.

El concepto de IS del profesor Juan Luis Pintos, por su claridad y su aplicabilidad metodológica en una sociología del sistema social complejo contemporáneo, destaca sobre otras teorías del imaginario (coincidimos con lo señalado por Coca y Valero en 2010, p. 61). Delimitamos brevemente las claves del concepto de Imaginario social en la teoría desarrollada por Pintos (2005).

Para Pintos los Imaginarios Sociales (IS) son esquemas perceptivos construidos socialmente (Pintos 1995: 11-15). En contextos de alta complejidad el IS permite *percibir, explicar y actuar* (Coca-Valero 2010: 61), lo hacen simplificando esa alta complejidad. Los sistemas sociales diferenciados construyen la realidad social con los IS. Así por ejemplo, el IS de la enfermedad mental erigido por el sistema médico percibe, explica y actúa simplificando los problemas de sus “enfermos” y “ciudadanos”

en el código médico. Lo vivido por el paciente es percibido como enfermedad, se actúa técnicamente sobre ella y se explica cómo será el futuro. Pintos señala (Pintos 1995) cómo el código binario opacidad / relevancia opera para generar la realidad en cada sistema social diferenciado. El médico y el paciente se comunican en ese IS obviando efectos secundarios o la falta de una comprensión completa de la EM. Pintos apunta las funciones sociales del IS para explicar el cómo ese código se pone en funcionamiento.

(a) En primer lugar, el IS genera imágenes de *estabilidad* en situaciones de cambio social. De alguna manera la primera función del IS es producir estabilidad donde no la hay. Aplicado al IS médico de la Enfermedad Mental, es precisamente la idea de enfermedad orgánica la que parece dar coherencia a la situación incomprensible de cambio que vive una persona en el inicio de una, digamos, esquizofrenia.

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

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

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

Es importante resaltar que el IS construye la realidad *en* sistemas sociales complejos. Es decir, los IS no pueden ser coherentes, sólo tienen éxito, sólo funcionan, si son *contradictorios* e integran dentro de sí la posibilidad de ser criticados. Esto significa, aplicado a nuestro ejemplo, que la incoherencia y las críticas al IS de Enfermedad Mental producida por el sistema médico son su punto fuerte, y no como se

suele considerar al denunciar, su incoherencia o un signo de su declive. Como si por el hecho de denunciar la incoherencia de un IS este pudiese desaparecer. Es precisamente lo contrario. Es la crítica y la incoherencia lo que lo alimenta y lo hace crecer en los sistemas sociales complejos. Como señalan Coca-Valero (2010: 61) aludiendo a una cita de Emilio Muñoz (2001) relativa a los IS de la biotecnología, los IS tienen un carácter ambivalente, controvertido y satisfactorio al mismo tiempo. Lejos de posturas que pretenden enmendar los errores sociales del sistema social, modo Habermas, los IS viven, surgen en el magma de la incoherencia y el sinsentido; en otras palabras, la complejidad. Por eso, antes de describir cuatro IS de la Locura⁴ vamos a detenernos un momento en una breve descripción de lo que entendemos por complejidad social. Para ello necesitamos clarificar el concepto luhmaniano de Policontextualidad. No es aquí el lugar para entrar en profundidad en la sociología de sistemas de Luhman (véase Torres 2008) pero la consideramos el marco teórico idóneo para abordar la complejidad de la EM (en Torres 2009 ya la he aplicado a una investigación sobre Enfermedad Mental en Galicia). Aquí nos limitamos dar dos o tres pinceladas que nos permitan comprender el concepto de Policontextualidad.

MT2, Luhman: Sistemas sociales, Complejidad y Policontextualidad.

Luhmann define la complejidad social como la imposibilidad de relación entre todos y cada uno de los elementos de un sistema social (2007: 46-47). La complejidad obliga a la selección, a la simplificación. Si pensamos en una nube de estorninos, cada pájaro individual selecciona los movimientos a realizar sin reaccionar nada más que a los más cercanos a él, sin embargo, desde el exterior, la nube de estorninos parece seguir una pauta coherente y prefijada⁵. La complejidad en sentido luhmaniano describe precisamente este mismo fenómeno en la comunicación como base de la selección de los sistemas sociales. Desde las formas de diferenciación social basadas en el territorio (Luhmann 2007) hasta la actual diferenciación funcional del sistema sociedad actual, la complejidad no ha hecho sino multiplicarse. Como los estorninos de nuestra nube cada

⁴ Utilizo el vocablo “locura” para referirme a la experiencia incoherente, sin sentido vivida de lo que denominamos Enfermedad Mental. Con esta palabra aludo a algo que está más allá de toda semántica por su incoherencia e su carácter inexplicable. Sería lo que Foucault en 1985 llamo la ausencia de palabra en su *Historia de la locura*. Es un recurso problemático y contradictorio.

⁵ Este ejemplo está inspirado en un libro del biólogo ateo Richard Dawkins sobre evolución biológica (2009).

sistema socialmente diferenciado aporta sus selecciones: la economía, el sistema sanitario, el sistema educativo, el arte, el sistema político son algunos de ellos (Corsi-Espósito 1996). Cada uno opera según un código propio sin tener en cuenta los sistemas restantes. La economía, como el estornino individual, trabaja sobre la escasez de recursos gestionando pagos y cobros. La sanidad lo hace sobre la salud de los individuos, potenciando su salud con los recursos económicos existentes. La ciencia y la educación potencian la difusión, por ejemplo, que haga factible la comunicación entre el médico, su paciente y el gestor económico de su unidad de salud. Cada sistema social comunica sin tener en cuenta, como el estornino, los restantes, aportando una aparente coherencia al sistema social. La policontextuRalidad es precisamente ese fenómeno.

La policontextuRalidad la escribimos con “R” para marcar la diferencia con la palabra “contextual”. Es un concepto tomado de G. Günter (1979). Describe la situación en la que múltiples códigos son válidos simultáneamente con valores contradictorios. ContextuRal representa una tela compuesta por fragmentos de materiales diversos integrando una unidad. Cada sistema social desarrolla elementos importantes para el sistema social, pero ninguno es el dominante. No existen vértices, ni centro, ni periferia, hay contextuRalidad. Por eso es imposible describir la sociedad actual, la sociedad no puede ofrecerse a si misma una descripción de su complejidad, pues cada sistema social solo ve lo que puede ver desde la óptica de la función que desarrolla. Cada sistema, por ejemplo la medicina, observa a los otros desde su función. Para un médico las decisiones económicas se analizan desde el punto de vista médico: número de camas, inversión en investigación o fármacos. Cada decisión económica es interpretada desde la óptica de la salud. En contradicción con él, el gestor económico de un hospital sólo ajusta los recursos escasos para pagar y cobrar facturas. La salud no es cuantificable económicamente, y la economía no se puede medir en términos de salud. Desde un punto de vista económico los problemas sanitarios se solucionarían únicamente con más inversión económica, mientras que desde la visión sanitaria cada ajuste económico genera desigualdades de recursos que generan enfermedades.

Aplicando la teoría: Los IS de la Enfermedad mental en PolicontextuRalidad.

Existen muchos IS relacionados con los comportamientos humanos bizarros, extraños o fuera de lugar que podríamos encuadrar alrededor de la locura; entendiendo locura en un sentido muy amplio (véase nota a pie de página anterior). Dado que por

definición se trata de algo incomprensible, fuera de lo normal, el sistema social ha generado abundantes esquemas interpretativos para percibirlo, comprenderlo y actuar. El sistema médico funcionalmente diferenciado junto con la ciencia (medicina, psicología, sociología, antropología...) han alimentado la semántica comunicativa en torno a la locura. Como simplificación podemos diferenciar cuatro grandes Imaginarios sociales específicos de la locura (me inspiro en lo que Tyrer-Steinberg 2005 denominan modelos de EM). No son los únicos ni tienen un funcionamiento excluyente. El primero es dominante en el mundo occidental pues se construye como veremos sobre los fundamentos de la cultura biomédica occidental (lo hemos usado como ejemplo anterior). Cada IS observa, comprende y actúa sobre la locura desde un polo diferente, generando comunicación y alimentando el sistema social. Vamos a describirlos someramente aquí resaltando sus rasgos coherentes con la definición de IS dada y teniendo siempre presente su existencia policontextuRal.

IS de EM 1. La locura, dolencia mental.

La psiquiatría es la especialidad médica encargada de la locura, enfermedad mental en su semántica. Como subespecialidad de la biomedicina construye su observación sobre el concepto de dolencia o enfermedad biológica. Una enfermedad es una entidad o síndrome que afecta al ser humano siguiendo un curso predecible. La malaria, el sarampión o un catarro son ejemplos modelo. Una dolencia se adquiere o contrae, ésta tiene un curso de desarrollo predecible, y es por ello que los médicos pueden detectarla a través de los síntomas, así atajarla y paliar sus efectos. En la psiquiatría se ha añadido al IS de enfermedad el adjetivo de mental, sin embargo el peso dominante perceptivo recae en la semántica del concepto de enfermedad. El IS en la profesión médica lo ofrece el ejemplo de lo que en el siglo XIX se denominó Demencia Precoz. Después se descubrió que una enfermedad denominada Sífilis degeneraba en algunos casos en la llamada Demencia Precoz; al describir su origen fisiológico, detallar su curso y encontrar un tratamiento, los Asilos se “vaciaron”. Existen numerosos ejemplos de enfermedades en la historia de la psiquiatría que alimentan este IS. Tras la segunda Guerra Mundial se “descubrieron”, entre otros, dos fármacos. Uno permitía, la clorpromazina, controlar químicamente las alucinaciones, los delirios y el comportamiento violento; elementos claves de las EM graves (Shorter 1997: 196-207). Otra droga, el litio, estabilizaba los cambios de humor. La percepción básica ha sido que

estos tratamientos confirman la asunción de un entidad mórbida, una enfermedad biológica pues son efectivos. Reforzando este IS.

Ya avanzado el siglo XX se comenzaron a utilizar drogas antidepresivas, generalizando el uso de fármacos para controlar el comportamiento humano, no únicamente aquel gestionado tradicional en los Hospitales Psiquiátricos (el famoso Prozac). La investigación describió el funcionamiento de estos fármacos usando la bioquímica cerebral de los neurotransmisores como explicación (serotonina, ácido glutámico, etc.). El IS de EM se vio reforzado al atribuir a la química cerebral, nunca completamente comprendida, la causa de la dolencia. Los éxitos de la biotecnología en otros campos médicos, especialmente la genética, alimentan este IS. La promesa del proyecto Genoma Humano encierra la esperanza de encontrar los desencadenantes genéticos de cada dolencia mental. La promesa de medicinas generadas con células diseñadas para cada persona alimenta no sólo a la industria biotecnológica sino al propio sistema médico.

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

La EM como IS funciona porque aporta estabilidad, continuidad predecible y coherencia a la vivencia de la locura, y convierte en algo comunicable en la semántica social de un sistema médico acoplado con los restantes sistemas sociales (incluida la biotecnología y las industrias-bio). Porque es precisamente este IS el que la acopla con otros sistemas sociales. La EM se ha difundido como IS y es “entendida” por el sistema económico, el científico, el político, etc. Pero sobre todo funciona porque aporta una visión “global” sobre el caos, la incoherencia y las críticas. Como buen IS el modelo construido principalmente desde el sistema médico no es plano, está lleno de grietas, sin sentidos e incoherencias que lejos de anularlo lo enriquecen. En la revista *Nature* citada al principio de este artículo los títulos que agrupamos dentro del primer grupo trabajan principalmente con este IS (Abbot 2010; Dobbs 2010; Insel 2010; Meyer-Lindenberg 2010; Os-Kenis-Rutten 2010).

IS de EM 2. La locura, dolencia psicológica.

El artículo de Wykes (2010) en *Nature* sobre la terapia cognitiva es un ejemplo de los rasgos básicos de este IS. La psicología como ciencia aparece en el siglo XIX (Carpintero 1996). La psicología se diferencio entre las disciplinas científicas al observar el comportamiento humano en torno a lo que hoy llamaríamos cognición. Las múltiples escuelas surgidas desde entonces comparten un IS del comportamiento bizarro, extraño o caótico. Cada humano tiene una visión idiosincrática del mundo (cognición) construida en su experiencia vital que da coherencia a su comportamiento. La EM o el malestar psicológico en sus múltiples facetas es producto de visiones ya consolidadas o aprendidas. De alguna manera, la actuación del psicólogo detecta esos procesos de aprendizaje erróneo consolidados y re-educar al individuo. Alimentándose en otros IS, la EM o locura es percibida como una dolencia psicológica cognitiva o del comportamiento que causa stress y/o una adaptación no estable al entorno del individuo (Tyrrer -Steinberg 2005: 75). La psicología ofrece un IS menos rígido que el de la psiquiatría, aunque emparentado con el Imaginario de la enfermedad como entidad mórbida subyacente. Un elemento esencial de este IS son los test de diagnóstico psicológico. Con un aurea cuasi mágica se pide al psicólogo de las unidades de salud mental (Torres 2009) que detecte los “mal-aprendizajes”. Este IS completa y compite con el médico analizado hace un momento.

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

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

piensa el psicólogo, no se aborda el esquema psicológico básico del que arranca la dolencia.

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

IS de EM 3. La locura, problema social.

Los artículos de Wrinker (2010) y Os-Kenis-Rutten (2010), este último en menor medida, ofrecen un ejemplo del lo que denominamos IS sociológico. La sociología aparece como ciencia en el siglo XIX para intentar ofrecer una descripción del sistema social cada vez más complejo e inabarcable (Luhmann 2007). Uno de sus fundadores dedicó un libro completo a un tema que aparentemente no tenía ninguna explicación social: el suicidio. Hablamos del clásico de Durkheim (1989) *El Suicidio*. Durkheim detectó la conexión de variables sociales con una conducta en apariencia únicamente idiosincrática. Ya en el siglo XXI todos los manuales de Sociología médica de la enfermedad mental tienen capítulos dedicados a analizar las relaciones de la EM con: clase social, raza, edad, género, estado marital, vida rural o urbana, migraciones, etc (véase: Cockerham 1996; Horwitz- Scheid 1999 o Tausing-Michello-Subedi 1999). La imagen es que la locura está asociada a variables sociológicas, sino ¿cómo explicar que haya más depresión entre las mujeres?, o ¿cómo comprender que la prevalencia y pronóstico de casi cualquier EM sea peor entre las “clases” sociales con menos recursos? La percepción comunicada es que la EM aparece y se mantiene por causas sociales (Tyrer-Steinberg 2007: 99-105).

Este IS de la locura es quizás el que más críticas ha generado. Un buen ejemplo es la obra ya clásica de Szasz de 1976 *El mito de la enfermedad mental* (una “actualización” de este IS sociológico puede verse en la obra de Horwitz de 2003: *Creating Mental Illness*). El razonamiento empleado es el siguiente: si la EM tiene factores sociales asociados, ¿no será porque es una creación de la sociedad?, y por lo

tanto no existe enfermedad subyacente. Cada nueva categoría diagnóstica añadida la psiquiatría (desde la Esquizofrenia sustituyendo a la Demencia precoz en el XIX hasta el denominado Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, más actual); cada nueva categoría diagnóstica forja oleadas de críticas y controversias, se dirá: ¿no se está sobre medicando un asunto exclusivamente social? En consecuencia, la deducción subsiguiente es evidente: la solución a un problema social no puede ser una terapia médica, una droga para el cuerpo o un test psicológico. Todos estos elementos no atajarían el problema social subyacente (supuesto, imaginado, percibido).

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

IS de EM 4. La locura, conflicto emotivo (edípico).

Hemos dejado para el final un IS en crisis, pero no por ello menos influyente. Es de sobra conocida la obra de S. Freud, y su modelo psicoanalítico. Durante buena parte del siglo XX fue el modelo predominante (Shorter 1997), pero hoy por hoy ha perdido su hegemonía. El IS psicoanalítico percibía la locura como conflicto emotivo provocado por el trance edípico. Cada humano vive un deseo que ha de reprimir, con esa represión, según Freud, nos educamos y nos socializamos. Ese conflicto edípico crea en cada humano un inconsciente con unas reglas idiosincráticas. Al seguirlas cada uno de nosotros se relaciona con el mundo. La psicosis y la neurosis, conceptos creados por Freud vigentes en la semántica de nuestro tema, son dos formas patológicas de resolver “en falso” el deseo y su necesaria represión. La psicosis plantea una dolencia grave, mientras que la neurosis sería de menor entidad. En el IS el médico psiquiatra se encargaría de los casos más psicóticos, dejando para el psicoanalista los casos de

neurosis. Su parecido con el IS psicológico es evidente, pero lo diferenciamos de aquél por su importancia en la semántica de los IS de la locura. En la terapia ofrecida e imaginada desde el psicoanálisis, está la razón principal de diferenciarlo del IS psicológico. La cura que ofrece el psicoanálisis es larga y costosa, mientras que el IS de la terapia psicológica es una actuación corta en el tiempo y relativamente poco costosa económicamente. De alguna manera la “culpa” se desplaza en el psicoanálisis del individuo “enfermo” a una mala relación con los progenitores.

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

A favor o en contra del psicoanálisis lo cierto es que el IS de la locura construido desde esta disciplina está vivo en la semántica de nuestro sistema social. Aporta estabilidad, coherencia y continuidad a la comprensión, percepción y actuación relacionada con la locura. Pero sobre todo permite la coordinación de los diferentes sistemas sociales diferenciados en nuestra sociedad contemporánea. No me detengo a señalar estos aspectos que he analizado ya en otro lugar (Torres 2009).

Conclusión.

Cuando vamos al supermercado a comprar un producto nos enfrentamos a un reto homérico: el número de opciones es casi infinito y debemos elegir cortos de tiempo. Elegir una lata de atún o bonito, pero: ¿de qué precio?, ¿aceite o agua?, ¿girasol o vegetal (de palma)?, ¿vegetal o de oliva?, ¿marca blanca o marca comercial?, ¿tamaño de la lata?, etc. La publicidad y la presentación de las opciones en los estantes del supermercado “guían” nuestra elección. De la misma manera ante un comportamiento bizarro, inexplicable nos enfrentamos a una tarea verdaderamente homérica: ¿es una enfermedad o es una elección “culpable”? ¿se puede curar?, ¿Cómo? De entre todas las explicaciones posibles, ¿con cual me quedo: mal aprendizaje, enfermedad mórbida subyacente, factores sociales o un conflicto edípico no resuelto? El sistema social nos

lanza a un “pool” semántico en el que no podríamos discriminar y seleccionar para encontrar el sentido, comunicarnos y actuar. Los Imaginarios Sociales son las guías con las que poder seleccionar. No hacen desaparecer la incoherencia, el caos o las inconsistencias, sino que alimentándose de ellos construyen los vínculos sociales. En ese caldo de cultivo de imaginarios en un contexto social complejo de policontextualidad aparecen los equipos interdisciplinarios en las Unidades de Salud mental (Torres 2009) donde psicólogos, trabajadores sociales, enfermeros y psiquiatras trabajan juntos, comunicándose en un caldo de cultivo semántico contradictorio, social.

Las contribuciones en la revista *Nature* nos han servido de guía para apuntalar los conceptos clave para comprender el papel de las biotecnologías en la construcción de los IS de la Enfermedad mental. Las biotecnologías, pese a tener un peso relativo menor en la industria y el entramado productivo, cimentan la promesa de una cura, al construir esta expectativa dan coherencia donde no existe. Construyen sociedad al permitir soñar, imaginar, la cura de la EM con sus avances. Hemos diferenciado cuatro imaginarios sociales utilizados para pensar, actuar y comprender la EM. Uno de ellos es el dominante, el construido sobre el modelo de enfermedad como entidad mórbida subyacente. La biotecnología y las bio industrias como sectores sociales diferenciados en la sociedad contemporánea cimentan precisamente ese Imaginario central de la Enfermedad Mental. Sociológicamente no es relevante si el IS aporta verdad o no, sociológicamente hemos de describir cómo sirve para construir sentido comunicativo donde no lo había. Pues un sistema social no se arriesga en una única apuesta, sino que los IS de la EM siguen siendo múltiples e incoherentes. De ahí que la labor del sociólogo sea explicar porque al “comprar” en el supermercado de ideas seleccionamos para nuestro hermano, paciente o familiar uno de los IS y no los otros. Aquí sólo hemos apuntado los cimientos teóricos para un estudio más detallado desde una sociología de la complejidad y del Imaginario Social que esperamos poder desarrollar en el futuro.

Bibliografía:

- Abbott, Alison (2010). Schizophrenia: The drug deadlock. *Nature* 468, 158-159.
- Andreasen, Nancy C. (2001). *Brave New Brain. Conquering Mental Illness in the Era of the Genome*. London: Oxford U.P.
- Carpintero Capell, H. (1996). *Historia de las ideas psicológicas*. Madrid: Pirámide.
- Coca, Juan R. y Valero Matas, Jesús A. (2010). (BIO) Technological Images about Human Self-construction on Spain Context. A preliminary Study. EN *Studies in Sociology of Science, vol 1, number 1*, pp. 58-66.
- Corsi, G., Esposito, E., & Baraldi, C. (Eds.). (1996). *Glosario sobre la teoría social de Niklas Luhmann*. Barcelona: Anthropos Universidad Iberoamericana.
- Cockerham, W. C. (1996). *Sociology of mental Disorder*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Dawkins, R. (2009). *Evolución. El mayor espectáculo sobre la tierra*. Madrid: Espasa Calpe.
- Dobbs, David (2010). Schizophrenia: The making of a troubled mind. *Nature* 468, 154-156.
- Durkheim, E. (1989). *El suicidio*. Madrid: Akal.
- Foucault, M. (1985). *Historia de la locura en la época clásica. 2 volúmenes* (J. J. d. Utrilla, Trans.). México: F.C.E.
- Garrido, M. (2007). La explosión de la tecnología: tres metáforas para el siglo XXI. In M. Garrido, L. Valdés & L. Arenas (Eds.), *El legado científico y filosófico del siglo XX*. Madrid: Cátedra.
- Grinker, Roy Richard (2010). In retrospect: The five lives of the psychiatry manual. *Nature* 468, 168-170.
- Günter, G. (1979). *Beträge zur Grundlegung einer Operations fähiger Dialektik II*. Hamburg.
- Horwitz, A. V. (2003). *Creating mental illness*. Chicago: Chicago UP.
- Horwitz, A. V., & Scheid, T. L. (Eds.). (1999). *A Handbook for the Study of Mental Health. Social Contexts, Theories and Systems*. New York: Cambridge UP.
- Insel, Thomas R. (2010). Rethinking Schizophrenia. *Nature* 468, 187-193.
- Luhmann, N. (2007). *La sociedad de la sociedad*. México: Herder - Iberoamericana.
- Meyer-Lindenberg, Andreas (2010). From maps to mechanisms through neuroimaging of schizophrenia. *Nature* 468, 194-202

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001) *Estadísticas del Gasto Sanitario Público*. Madrid: MSC.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: MSC.
- Muñoz, E. (2001). *Biotecnología y sociedad. Encuentros y desencuentros*. Madrid: Cambridge U.P.
- Os, Jim van, Kenis, Gunter, y Rutten, Bart P. F. (2010) The environment and schizophrenia. *Nature* 468, 203-212.
- Pintos, Juan Luis (1995) *Los Imaginarios Sociales. La nueva construcción de la realidad social*. Bilbao: Sal Terrae.
- Rodríguez López, A., Domínguez Santos, M^a Dolores, Mateos Álvarez, R. y Angosto Saura, T. (1998). Gasto de psicofármacos en Galicia datos de 1998 EN *I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000*; <http://www.psiquiatria.com>.
- Sartorius, Norman (2010). Short-lived campaigns are not enough, Comment *Nature* 468, 163-165.
- Sasson, Albert (2005). *Medical Biotechnology: Achievements, Prospects and Perceptions*. New York: United Nations University Press.
- Shorter, Edward (1997). *A History of Psychiatry. From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*. N.Y.: Wiley.
- Smith, Kerry (2010). Settling the great glia debate. *Nature* 468 160-162.
- Szasz, T. (1976). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Taussing, M., Michello, J., & Subedi, S. (Eds.). (1999). *A sociology of mental illness*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Torres Cubeiro, M. (2008). *Luhmann*. A Coruña: Baía Edicións.
- Torres Cubeiro, M. (2009). *Orden Social e Loucura en Galicia. Tese doutoral*. Santiago de Compostela: USC.
- Tyrer, P., & Steinberg, D. (2005). *Models of Mental Disorder* (4 ed.). London: Wiley.
- Webgenéricos (2007). El consumo de psicofármacos sigue en aumento. *Webgenéricos*, noviembre 2007.
- Wykes, Til. (2010) Cognitive remediation therapy needs funding. *Nature* 468, 165-166.