



perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

**De las narrativas de la locura:
¡Yo no estoy loco! ¿Por qué estoy aquí?
Aproximación a las narrativas de enfermedad en una unidad de
salud mental¹**

M^a Isabel Márquez Romero² -

Departament d' Antropologia Social i Cultural (UAB)

Resumen

Este artículo realizado dentro del programa de doctorado es una aproximación y estudio del papel de la narrativa en la enfermedad mental, desde una perspectiva interpretativa y hermenéutica, mediante el análisis de casos clínicos documentados en una Unidad de Salud Mental. El objetivo principal de esta investigación fue dar voz a los sujetos afectados de una enfermedad mental, que se encontraban ingresados en un hospital psiquiátrico. Mi punto de partida para la búsqueda empírica de esta investigación fue ¿cómo dotan o dan significado los propios sujetos diagnosticados de una enfermedad mental a la locura en el hospital psiquiátrico?

Palabras clave: narrativas en la enfermedad mental, psiquiátrico y modelo explicativo.

Abstract

This article made within the doctoral program is an approximation and study the role of narrative in mental illness, from an interpretive perspective and hermeneutics, by analyzing clinical cases documented in a Mental Health Unit. The main objective of this research was to give voice to the subject suffering from mental illnesses who were admitted to a psychiatric hospital. My point of departure for empirical finding of this research was how to equip themselves give meaning or subject diagnosed with mental illness to madness in the psychiatric hospital?

Key words: narrative in mental illness, psychiatric hospital, explanatory models.

¹ Este trabajo fue galardonado con el 1er premio del VIII Premio de Investigación de la ANESM (Asociación Nacional de Enfermería de Salud Mental) 2010.

² Enviar correspondencia a: nayarim2005@yahoo.es

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

Introducción

Podemos considerar que nos encontramos sólo en los inicios de la consideración del trastorno mental como enfermedad. Durante la mayor parte de la historia de la humanidad y en la mayoría de las civilizaciones, a los trastornos psíquicos se les ha considerado una condena; a los enfermos, culpables; y a los encargados de su atención, inquisidores cuya misión era librar a la sociedad del mal.

En la actualidad sufrimos un progreso científico y tecnológico, cuyos avances han reducido considerablemente el tiempo de hospitalización y han mejorado la calidad de vida de las personas que sufren un trastorno mental. Estos cambios también han sido vividos dentro del Recinto Torribera. Durante los años que he trabajado en este hospital he vivido como el término "locura" ha pasado a "enfermedad mental", como el vocablo "loco" se ha sustituido por "enfermo mental", la palabra "manicomio" se ha cambiado por la de psiquiátrico y de "la reclusión del loco" se ha pasado a la de "reinserción social". Pero durante todo este tiempo, pocos se han preocupado de preguntar a los verdaderos actores "los enfermos mentales" que piensan de todos estos cambios. Por ello, actualmente tenemos un escaso conocimiento de cuáles son sus narrativas, sus vivencias, sus experiencias, sus percepciones, sus modelos exploratorios de enfermedad y sus creencias. Agravándose esta situación por razones derivadas del estigma, la vergüenza asociada con la presencia de trastornos mentales y el desconocimiento de la salud y la enfermedad mental. Todo ello, unido a la falta de conciencia de enfermedad que presentan estos sujetos, dificulta el correcto cumplimiento del tratamiento, cuya consecuencia es una agudización de la enfermedad, recaídas y reingresos en el psiquiátrico.

Este trabajo fue resultado de mi tesina de Máster en Antropología Social y Cultural, impartido por la UAB, y constituyó una aproximación y estudio del papel de la narrativa en la enfermedad mental, desde una perspectiva interpretativa y hermenéutica. El interrogante inicial para la búsqueda empírica fue: ¿cómo dotan o dan significado los propios sujetos diagnosticados de una enfermedad mental a la locura? Partí del supuesto que la salud y la enfermedad son construcciones socioculturales configuradas de distintas formas por los sujetos y por las diferentes

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

culturas. La enfermedad enfocada como experiencia humana puede ser entendida de diversas formas, según el punto de vista del cual se parta, ya que la enfermedad como la concibe el médico puede ser diferente a la enfermedad como la concibe el paciente. Se reúnen en este encuentro dos modelos: el modelo biomédico de la enfermedad (*disease*) y el modelo del sufrimiento (*illness*).

Pero ¿qué se entiende por enfermedad y salud mental? El término enfermedad es ambiguo y complejo. Por ello, autores como Young (1982), Kleinman (1980) y Hahn³ (1984) refieren que la antropología médica ha debido dotarse de una terminología técnica específica que permita expresar las diferentes dimensiones del acontecimiento. En la antropología médica norteamericana (Kleinman, 1980, 1988) se reconocen tres dimensiones de la enfermedad: "*disease*" (patología o enfermedad), "*illness*" (sufrimiento, padecimiento o aflicción) y "*sickness*" (dimensión social y malestar).

Kleinman define los conceptos de enfermedad (*disease*), en referencia al modelo biológico, como una alteración o disfunción de órganos o sistemas. El padecimiento o *illness* es una categoría que incorpora la experiencia y la percepción y malestar (*sickness*), como producto de la relación de los anteriores (malestar equivaldría a enfermedad más padecimiento), resaltando la importancia del padecer en su connotación social y cultural. Este autor afirma que enfermedad y padecimiento son socialmente contruidos. El padecimiento es la vía por la que el hombre enfermo percibe, expresa y contiene con el proceso de enfermar, por lo tanto, el padecer antecede al malestar. El malestar requiere de la participación del discurso médico profesional para su construcción (Kleinman, 1980 en Moreno-Altamiro, 2007).

Al igual que Kleinman (1980) otros autores se han referido a estos tres conceptos:

"En inglés hay dos palabras para referirse a la enfermedad: "illness" y "disease". Illness es la experiencia cultural, interpersonal y personal de la enfermedad. Son los problemas que la persona o familia perciben cuando se está enfermo o

³ En Perdiguero, Comelles (2000). *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

incapacitado. El trajinar diario y vivir con la enfermedad "illness" es mucho más importante para la mayoría de nuestros pacientes que el proceso patológico. En contraste, "disease" es la enfermedad que preocupa a los médicos, la que tiene que ver con el mal funcionamiento de un sistema fisiológico, su diagnóstico y tratamiento. Sin embargo el modelo biomédico es igualmente un producto de su historia, tecnología y práctica como en cualquier otro sistema médico, como la acupuntura o la medicina china. Lo que pasa en la práctica es que los proveedores de salud se centran sobre las "disease", mientras que los pacientes lo hacen sobre su "illness". Ellos hablan justamente de lo que les pasa a cada uno" (Lipson, 2000: 28-29)

Según el portal de salud pública de la Unión Europea:

"La salud mental es un asunto cotidiano que puede afectar a la familia, la escuela, el lugar de trabajo o las actividades de ocio. Mientras que la buena salud mental contribuye al capital social, humano y económico de la sociedad, el estado contrario puede reducir drásticamente la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias"

La conclusión de una serie de estudios sobre la salud mental en el mundo, publicados por la revista médica *The Lancet*, nos informa que existe una "gran ignorancia sobre la salud mental". Según los expertos, los trastornos mentales suman cerca del 14% de las enfermedades en el mundo. Son causa de 800.000 suicidios cada año, en su mayoría en los países más pobres. Sin embargo, el 90% de las personas que padecen estos trastornos en países de bajos y medianos ingresos no reciben ningún tipo de atención. Se habla de muchas enfermedades en el mundo, pero se descuida la importancia de la salud mental y los trastornos mentales, sobre todo en los países pobres.

Definir qué es un trastorno mental, a día de hoy continúa siendo un problema difícil para la psiquiatría y la psicología clínica. Básicamente, se refiere a comportamientos que se han considerado "anormales" y que han sido estudiados y clasificados por los profesionales de la psicopatología (estudio de las causas y clasificación de los trastornos mentales⁴) (Ruíz, Imbernon; 1996).

⁴Entendiendo trastorno mental como un estado patológico que se caracteriza por confusión de ideas, perturbación emocional y conducta inadaptada. Puede tener origen orgánico o funcional. (Diccionarios On line; 2008)

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

La enfermedad mental, el DSM IV y el CIE-10 son universales (Alarcón: 1995). Pero esta universalidad está condicionada por la visión particular y relativa de cada uno de nosotros: pues lo que hoy se entiende por enfermedad mental no es lo mismo que lo que se entendía años atrás, ni tampoco lo que entienden otras culturas, incluso puede variar entre los miembros de una misma cultura. La cultura da formas a los síntomas emocionales, cognoscitivos y del comportamiento que son evaluados en el encuentro diagnóstico (Jenkins, 1998).

La CIE (Clasificación estadística internacional de enfermedades y otros problemas de salud), cuyo origen se remonta al siglo XIX, se estableció con el propósito de clasificar las enfermedades para fines de salud pública y con motivo de su sexta revisión en 1948, la OMS pasó a ser su depositaria. La CIE es la referencia internacional para la clasificación de la mortalidad y la morbilidad y se utiliza para clasificar las enfermedades y otros problemas de salud que figuran en muchos tipos de registros sanitarios y demográficos, como los certificados de defunción y los registros de los hospitales (OMS, 2007). El DSM-IV señala el papel de los factores culturales en el diagnóstico de las enfermedades mentales (Alarcón, 1995)⁵. Hace referencia a la influencia que tienen los factores étnicos y culturales en cada trastorno clínico, sus síntomas y su curso (American Psychiatric Association, 1994), ofreciendo pautas para que el facultativo pueda evaluar la influencia del contexto cultural en el sujeto enfermo, su explicación de percepción de la enfermedad, la identidad étnica, y los factores que influyen en la comunicación, (Levine, 1995 en Cortés, Uribe, Vázquez, 2005: 191-92). El DSM-III y DSM-IV han avanzado pero sólo nos presentan una parte de la información que se necesita⁶. Pues la otra es la historia del paciente o su narrativa. (Tucker, 1998)⁷.

⁵ En Cortés C. et al (2005) Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista colombiana de psiquiatría*. [En línea] vol.34, no.2, Bogotá Apr./June 2005. Página web de la versión de España Editores, /1992/ (1ª ed. electrónica de la revista <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80634203.pdf> [Consultada febrero 2008])

⁶ Para pasar del DSM-IV al DSM-V, se ha realizado una revisión del texto del DSM-IV. El proceso de revisión del texto se inició en 1997 con la reunión de los Grupos de Trabajo para la revisión del DSM-IV-TR, siguiendo la misma estructura de Grupos de Trabajo del DSM-IV original. (Psicomed S.L, 1996-2008)

⁷ En Cortés C. et al. (2005).

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

Al permitir entablar una relación con el paciente mediada por la palabra, la psiquiatría es quizá la especialidad médica que permite un mejor «conocimiento narrativo»; los mitos, las leyendas y las historias clínicas son narraciones: todas cuentan e interpretan un acontecimiento que ha ocurrido dentro de un tiempo, un espacio y que está lleno de significado (Holmes, 2000). Por ello, desde cada contexto específico la experiencia del enfermar se convierte en una realidad clínica diferente (Toombs, 1987)⁸, la de los profesionales de la salud y la del sujeto enfermo. Cuando el sujeto se encuentra hospitalizado en la unidad no puede salir, no puede recibir visitas, no puede telefonar, ni recibir llamadas... hasta que el médico lo decide. Por ello, la narrativa es beneficiosa, pues el hecho de «contar la historia» durante el ingreso permite al paciente liberarse de esa angustia que puede surgir. Y si conocemos las vivencias reales de los sujetos nos es posible conocer también el uso de estrategias de atención, a través de la interacción personal del informante y el investigador durante las entrevistas. De aquí radica, según mi opinión, la importancia de las narrativas.

La narrativa es la forma fenomenológica en la que el paciente percibe la salud o la enfermedad. La narrativa provee de sentido a la enfermedad del paciente. Define cómo, por qué y de qué manera se encuentra enfermo (Uribe, 2003) apareciendo diferentes ideas argumentales de las causas y del porqué surgen las enfermedades, existiendo un aquí y un ahora.

Para su estudio Kleinman (1980)⁹ plantea los *“explanatory models”* (EMs) o *modelos explicativos* para referirse a las ideas y creencias concernientes a la enfermedad y al tratamiento empleadas por aquellos implicados en el proceso clínico. El análisis de los modelos explicativos indica cómo los pacientes viven, entienden y manejan episodios de enfermedad y cómo ellos escogen y evalúan los tratamientos

⁸ Ídem.

⁹ En: Moreno-Altamirano, L. (2007) Reflections on the health-illness-disease-care: a socio-anthropological view. [Online] *Salud pública México* 2007, Vol. 49, n.1 pp.63-70. Pagina web de la revista. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [Consultada Enero 2008]

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

particulares según su cultura. La variación entre estas narrativas así como los modelos del médico y del paciente refleja entendimientos o diferencias culturales. De hecho, existen conflictos y afinidades entre los discursos médicos y de los pacientes. De estas diferencias emergen las explicaciones sobre la enfermedad que cada uno maneja (Campos-Navarro, Torrez, Arganis-Juárez: 2002) y por esta razón en ocasiones no se logra el éxito de los tratamientos médicos.

El modelo explicativo de enfermedad de Kleinman está compuesto por cinco áreas o ítems: diagnóstico médico, etiología, fisiopatología, sintomatología, tratamiento y evolución. Preguntas como:

What do you call your problem? What name does it have? What do you think has caused your problem? Why do you think it started when it did? What does your sickness do to you? How does it work? How severe is it? Will it have a short or long course? What do you fear most about your sickness? What are the chief problems your sickness has caused for you? What kind of treatment do you think you should receive? What are the most important results you hope to receive from the treatment? (Kleinman, 1980: 106).

Este "interrogatorio" proporciona al clínico y/o al profesional de la salud, el marco adecuado para comprender el modelo de la etiología de la enfermedad del paciente y le permite mostrar empatía y comprensión.

Para poder estudiar todas estas cuestiones utilicé las narrativas de enfermedad de sujetos ingresados en una unidad psiquiátrica en régimen de agudos a través del modelo explicativo de Kleinman (1980) y del modelo de las necesidades básicas de Henderson (1994) pues ambos modelos permiten a los pacientes construir sus historias de cómo viven el proceso de enfermedad, partiendo de las diferentes trayectorias y de los distintos modelos médicos que utilizan según su cultura.

Metodología

La investigación se llevó a cabo en la localidad de Santa Coloma de Gramenet donde se encuentra ubicado el Hospital psiquiátrico. Sin embargo, la población de referencia de esta unidad es Badalona, ciudad colindante y vecina al municipio de Santa Coloma de Gramenet.

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

El diseño metodológico empleado fue cualitativo, exploratorio e interpretativo, a través del análisis de casos clínicos documentados en una unidad de Salud Mental durante el período de tiempo comprendido entre los años 2007-2008.

El **objetivo principal** de la tesina fue dar voz a los sujetos afectados de una enfermedad mental, mediante una aproximación y estudio del papel de la narrativa de la locura o enfermedad mental a sujetos que se encuentran ingresados en un hospital psiquiátrico. Y los **objetivos específicos**:

- ◆ Ofrecer una visión de la enfermedad mental de los propios enfermos y su realidad, lo que ayudó a redefinir y redimensionar la enfermedad al estudiarla desde la perspectiva del malestar y el padecimiento del propio sujeto enfermo. Conformando una "*cosmovisión*" de la enfermedad-locura y de su malestar o padecimiento.
- ◆ Demostrar cómo a través de la utilización de las narrativas de enfermedad y sufrimiento, los sujetos disminuían su ansiedad y angustia al poder expresar sus pensamientos, temores, dudas con alguien que les escucha.
- ◆ Resaltar la importancia de utilizar de manera combinada modelos de distintas disciplinas -el modelo de Kleinman (antropología médica) y el modelo de Henderson (enfermería)- pues su combinación ayudan y enriquecen a la hora de realizar una investigación.
- ◆ Realizar una aproximación al pluralismo médico para averiguar si dentro del campo de la psiquiatría aparecían otras formas de atención de la enfermedad, las denominadas "tradicionales" y si éstas eran contempladas por los sujetos con trastorno mental.

La observación se realizó en un escenario bien definido: una unidad hospitalaria de corta estancia (ingresos de 18-25 días). El grupo de informantes estaba constituido por 32 sujetos: 18 hombres y 14 mujeres. La edad de los sujetos está comprendida entre los 20-80. La media de edad de los sujetos era de 38,5 años. Los intervalos entre 20-29 años y 30-39 años son los que abarcaban más individuos; sólo entre

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

estos dos intervalos tenía 20 sujetos. Los diagnósticos médicos más prevalentes durante el trabajo de campo eran: esquizofrenia, depresión¹⁰, psicosis, trastorno límite, trastorno obsesivo-compulsivo, y otros. El nivel de estudios era bajo/medio. Los criterios de inclusión en este estudio fueron que el usuario estuviera en fase activa de hospitalización en la unidad de agudos seleccionada, durante junio 2007-Mayo 2008 y tener como referente de enfermería al turno de mañana.

Para la recopilación de los datos utilicé las siguientes técnicas: observación participante en la unidad de agudos y en ocasiones en urgencias, entrevistas-conversaciones informales¹¹ y fuentes documentales. Para realizar la entrevista utilicé primero un cuestionario basado en una Valoración de Enfermería¹² y en modelo explicativo de Kleinman. Este cuestionario me sirvió como guía semiestructurada para captar la lógica de los discursos de los informantes. Intenté realizar preguntas concretas, concisas y de fácil comprensión para los sujetos. En alguna ocasión tuve que reformular las preguntas con otros términos en base a la información obtenida, para profundizar en aquellas cuestiones que creí interesantes, ampliándolo con otro tipo de preguntas y añadiendo preguntas en relación con las Medicinas Alternativas y las creencias mágico-religiosas; pues en algunas entrevistas realizadas surgían ciertos aspectos relacionados con ellas, así como también lo he podido observar durante el período de observación participante.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) existe la dificultad de encontrar una definición que pueda abarcar todas las medicinas no convencionales. Esta organización apoya el uso de las medicinas tradicionales y alternativas cuando éstas han demostrado su utilidad para el paciente y representan un riesgo mínimo

¹⁰ Dentro del diagnóstico de depresión he incluido: el trastorno depresivo leve, trastorno depresivo mayor, reacción de adaptación depresiva, los episodios maníacos y el trastorno bipolar.

¹¹ Las entrevistas fueron realizadas desde la informalidad; por ello, no las enmarqué dentro del propio concepto de entrevista, sino dentro de un marco de entrevistas-conversaciones informales. No utilicé grabadora.

¹² Valoración de Enfermería es un cuestionario elaborado y validado por el centro, que incluye aspectos sociodemográficos, antecedentes médicos, alergias. Presenta una relación de las catorce necesidades básicas con diferentes ítems para poner cruces y con apartados de observaciones. Esta valoración comprende el modelo de las catorce Necesidades Básicas según Henderson.

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

(OMS, 2004). Por ello propone hablar de Medicinas Tradicionales (MT) y Medicinas Alternativas /Complementarias (MAC)¹³.

Para realizar el análisis de todas estas cuestiones, utilicé técnicas de análisis de contenido, a través de categorías temáticas surgidas de las narrativas de los informantes.

Resultados

De toda la información obtenida, expondré las cuestiones más relevantes.

En cuanto al **Diagnostico Médico y Etiología**

Los motivos y causas por los cuales los pacientes narran que han ingresado son múltiples y variados. Cabe destacar que no existe un solo motivo, en la mayoría de los casos son multicausales y en ellos juegan un papel importante los factores socio-culturales de los sujetos

Sobre los motivos que les han llevado a ingresar en un psiquiátrico cabe resaltar que la mayoría de los sujetos a la hora de contestar utilizan, como símbolo dominante, terminología psiquiátrica empleada por la biomedicina, que es el modelo de atención dominante en nuestra sociedad. Términos como esquizofrenia, depresión, trastorno bipolar toman significado en las narrativas de padecimientos de los sujetos, pero muchos de ellos no saben lo que realmente significa el padecer esta enfermedad. Algunos llegan a magnificar estos términos pues son conceptos extraños y poco conocidos:

“la esquizofrenia, bueno yo la llamo enfermedad mental”. “Me dicen que tengo esquizofrenia paranoide”. “Ahora tengo bipolar, tristeza y alegría. Polo positivo

¹³ La denominación de Medicinas Alternativas y Complementarias es una de las más utilizadas principalmente desde que fue adoptada por los Institutos de Salud de Estados Unidos para la creación del *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM) en 1998. Este organismo define a las MAC y MT como los sistemas, prácticas, productos médicos y de atención de la salud que no se consideran parte de la medicina convencional. De acuerdo con la visión de la biomedicina se trata de una distinción flexible ya que lo que entra en la categoría de “alternativo” o “complementario” cambia continuamente debido a que, comprobada la eficacia de una terapia, ésta puede ser incorporada por los profesionales en los tratamientos convencionales.

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

con polo negativo combinado con manicomio". "Me han dicho que es un trastorno de personalidad".

Como motivos de ingreso y causas encontramos a los individuos que consideran que la enfermedad se la han producido terceras personas, sobre todo dentro del ámbito familiar: los padres, los cónyuges, los hijos... Las pésimas relaciones dentro de la unidad doméstica, las discusiones en casa, el acoso psicológico, la manía por parte de un progenitor, el control exhaustivo de los vecinos, alguien que le mira mal y al cual no interesas, todos ellos son los factores de ingreso y los desencadenantes más frecuentes de la enfermedad según el punto de vista del enfermo:

"Me encuentro nervioso, la gente de mi barrio me controla, saben lo que pienso. Mi madre hace cosas para provocarme y entonces me muestro más irritable con ella. ¡La televisión me envía mensajes subliminales! y ¡tengo miedo de convertirme en un terrorista! Hace unos días que oigo voces que me repiten mis pensamientos". "En mi casa me quieren envenenar, seguro que había algo en el cola-cao. Vomité al probarlo, al olerlo, olía raro. He ingresado porque me han encontrado esquizofrenia".

La mayoría de sujetos que presentan problemas con los padres tienen entre 20 y 40 años, sobre todo personas menores de 30 años que todavía viven en el núcleo familiar y no se han emancipado. También se culpabiliza a los vecinos, a los jefes, a seres intangibles como, Dios, el demonio, espíritus y personas fallecidas. También a jueces, Mossos d' esquadra, enfermeras e incluso a la ambulancia.

Otro grupo de sujetos relaciona el motivo de ingreso y las causas con estados emocionales, como tener nervios, sufrir ansiedad, alegría, tristeza, enfado, impulsividad, arrebatos... Un 19 % expresa no tener ningún problema o enfermedad, simplemente no están enfermos. Y otros sujetos relacionan su ingreso y las causas con términos relacionados con el mundo sobrenatural y fantástico: brujería, maldad, demonios, personas fallecidas, objetos como los aviones, el ordenador... Respuestas como:

"Brujería y maldad porque hay personas malas fuera" "Por culpa de Él, ¡el demonio!". "Hay aviones que me persiguen. Los aviones no persiguen a la gente,

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

pero a mí sí”.

Otras causas son el consumo de drogas:

“Estoy aquí porque esto me lo ha provocado las drogas: hachís, marihuana, cocaína, tripis (LSD), ketamina. En mi casa ocurren cosas raras, creo que mi hermano fallecido, tiene que ver con todos los casos raros que pasan en mi casa. Le he visto dos veces desde que falleció.”

Como vemos, la mayoría ingresa por problemas y presiones sociales, asociando a éstas las causas de su enfermedad. Esta presión social es ejercida en algunas ocasiones por parte de la unidad doméstica, de la comunidad o de la propia sociedad, la cual les lleva a reagudizar su enfermedad mental, recayendo, reingresando e incluso realizando hospitalismo¹⁴. Pues en cierta manera se esconden detrás de la enfermedad mental, para poder pensar cómo combatir y salir de esa presión que les asfixia.

En cuanto a la **Sintomatología**

El 87 % de los sujetos entrevistados refirieron presentar síntomas, frente a un 12% que no presentan síntomas, o que tienen síntomas no relacionados con el padecimiento de una enfermedad mental, como puede ser tener azúcar, dolor, no tener casa, tener problemas económicos o tener creencias religiosas.

“Tengo las manos dormidas y tengo azúcar. No como nada de nada, pues me han puesto a régimen. Ha estado dos años en la residencia y me han dado bien la comida”.

Decir, que, en general, los síntomas no van solos sino que son presentados en conjunto.

“Tengo nervios, más paranoia en la cabeza, pienso que me absorben y chupan el cerebro. Las ideas me vienen solas, ideas malas que no quiero porque yo soy

¹⁴ A este fenómeno Morin y Seidman lo denominan el *fenómeno de la puerta giratoria en el hospital psiquiátrico*: “Este fenómeno hace referencia a pacientes que demostraban un patrón de hospitalizaciones breves, seguido de admisiones repetidas en el centro hospitalario”... (Gracia [1997], citado en Beglinomini, Recalde, Weinbinder [1998: 4]).

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

buena gente. Me he tirado un año y dos meses encerrado en una celda entre cuatro barrotes. Madre mía soy peligroso”.

Cuando los pacientes explican su infortunio los síntomas más representativos que encontramos son las alucinaciones y las ideas delirantes. Les siguen la depresión y los estados emocionales como nervios, con utilización de un lenguaje biomédico utilizado en psiquiatría, términos como trastorno bipolar, paranoia, y depresión. De todo ello, podemos decir que algunos de los pacientes no saben realmente distinguir entre un diagnóstico médico y un síntoma, confundiendo ambos términos. También encontramos sujetos que niegan tener algún síntoma.

En cuanto al **Tratamiento**

Decir que el 87 % de los individuos entrevistados considera que debe de tomar algún tipo de tratamiento, en su mayoría este tratamiento es el farmacológico perteneciente al modelo biomédico imperante en nuestra sociedad. Este tratamiento puede ser combinado con algún tratamiento terapéutico profesional, normalmente terapia con un psicólogo, con el mismo psiquiatra o incluso con las enfermeras, pues los sujetos narran que poder conversar les ayuda a clarificar sus ideas y a reducir su ansiedad. Añadir que para algunos de los sujetos es importante estar allí ingresados, pues reconocen que les hace bien y por este motivo incluyen el ingreso en el centro psiquiátrico como un tratamiento. Otros entrevistados creen que deben de acudir además a otro tipo de dispositivo como pueden ser el Centro de Salud Mental, el centro Delta, o consultar con un especialista.

Muchos dicen aceptar la medicación pero en realidad cuando están en casa o se encuentran mejor dejan de tomarla. Es uno de los mayores problemas que se encuentra la psiquiatría, el incumplimiento del tratamiento por parte de los sujetos diagnosticados de una enfermedad mental. Esto se debe a la escasa o nula conciencia de enfermedad de estos individuos. Para ellos la locura no es sinónimo de enfermedad mental. La negación puede entenderse como un intento de auto-legitimación ante circunstancias en las que el actor no ve otra salida. La posición del loco está sujeta a la circularidad interpretativa o, dicho de otra forma, a la

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

profecía de autocumplimiento de la que hablaban sociólogos como (Merton¹⁵,1974). Es la idea del loco ubicuo o total que dificulta la aceptación por parte de los afectados de su condición de enfermo. Su comportamiento está determinado en parte por su percepción y el significado que atribuyen a las situaciones en las que se encuentran, más que a las situaciones en sí mismas. Una vez que una persona se convence a sí misma de que una situación tiene un cierto significado, y al margen de que *realmente* lo tenga o no, adecuará su conducta a esa percepción, con consecuencias en el mundo real.

Hasta este punto podríamos decir que este tratamiento correspondería a la medicina, cuidado y tratamiento profesional. Sin embargo, se contemplan otros tipos de medicinas y tratamientos, que corresponderían al área profana, popular o folk, incluyendo las medicinas naturalista, popular y la mágico-religiosa. Pero en psiquiatría y más concretamente con este grupo de sujetos, estas terapias son prácticamente desconocidas: no saben lo que son, ni los tipos que existen; es más, existe cierta reticencia a hablar de ellas pues, cuando les hacía preguntas sobre estas cuestiones, pensaban que yo lo que pretendía era saber si tomaban drogas. También encontramos imbricadas en las narrativas de enfermedad la medicina mágico-religiosa, frases como:

“He ido a curanderos pero son falsos igual que el tarot”, “Las curas y todo lo relacionado con la virgen, siempre me ha ayudado a curarme y a curar a otros”, “A veces rezo, pero no me tomo nada, alguna vez he tomado una valeriana”, “Creo en la brujería, en el mal de ojo, soy creyente. Me vestía de negro. Fui a una curandera o bruja, yo prefiero llamarla así, y me hizo una limpieza con ruda”.

Estas narrativas muestran que dentro del proceso de enfermedad también se recurre al mundo sobrenatural o sagrado, a la religión, a la brujería, al tarot, al rezo, todo ello con el fin de buscar una solución y salida a su problema o

¹⁵Señala Robert K. Merton que la profecía que se cumple a sí misma es, en el origen, una definición falsa de la situación, que suscita una conducta nueva, lo cual convierte en verdadero el concepto originariamente falso. En esas circunstancias, todos los actores adoptan medidas para precaverse de un peligro que en realidad no existe; pero al proceder en cantidad y calidad como si existiera... al final sucede.

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

enfermedad. Cuando recurren a los espíritus, personas fallecidas, dioses, demonios les están dotando de capacidades para ver sus acciones y de esta manera poder protegerlos o castigarlos. Son imaginarios que anidan y viven en su mente, a los cuales recurren cuando necesitan ayuda o se sienten culpables de algún acontecimiento realizado.

Por este motivo muchos de los sujetos utilizan símbolos y objetos puedan traer suerte o proteger de aquellas “presencias, energías o fuerzas invisibles”.

Dentro de los objetos mágico-religiosos los más numerosos son los relacionados con el cristianismo: sobre todo la representación de la Virgen, bien sea en una estampita o en una medalla. Todo ello va acorde a la religión católica mayoritaria en nuestra sociedad. También se encuentran cruces -bien de oro o de madera- pulsera de los santos y otros objetos relacionados con otras religiones o creencias: brujitas de la suerte, objetos con minerales con propiedades beneficiosas y de prevención. Aunque se aprecia que estas creencias van disminuyendo entre los individuos más jóvenes, que utilizan objetos o símbolos por estética o por gusto como tatuajes y anillos.

La utilización de otras medicinas, fuentes de conocimiento popular o amuletos, son indicadores de que la posible salida o solución a su problemática, no está solamente en “manos del psiquiatra o terapeuta”, sino que también recurren a otros tipos de profesionales como pueden ser: curanderos, homeópatas, sacerdotes, con el fin de encontrar protección y ayuda.

En cuanto al **Curso y Evolución**

El 18 % de los sujetos entrevistados considera que deberá de tomar la medicación para estar bien, pues la medicación ayuda a estabilizar la enfermedad. Un 12 % consideran que están mejor cuando se encuentran ingresados en el hospital y sujetos que consideran necesario acudir a otro tipo de dispositivo asistencial como puede ser el Centro de Salud Mental. Otro 18 % narra que la enfermedad es incurable.

“No se cura nunca, se estabiliza con los medicamentos y las curas”. “Sin problema, esquizofrenia paranoide. Si se estancara descansaría un poco. Dicen

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

que no se cura. No sé, pues no soy médico, eso se estudia”.

También tenemos los sujetos que dicen no saber cómo evolucionará su enfermedad. El 16 % de los informantes creen que el curso y evolución de la enfermedad “irá a mejor” y el 3 % refiere no estar enfermo.

En cuanto a las **Creencias**

El 44 % define salud y/o enfermedad con términos que surgen de su propia experiencia y vivencia de la enfermedad o de la salud. En el 34% encontramos los sujetos que definen estos conceptos con términos biomédicos o síntomas; éstos perciben la enfermedad como un mal funcionamiento del cuerpo, o la salud es definida como no tener enfermedad. El 31 % describe la salud y la enfermedad como algo más que un conjunto de síntomas. Para ellos no es solamente el encontrarse enfermo o tener una enfermedad, sino son conceptos donde engloban necesidades, actividades de la vida diaria, factores psicológicos y sociales...

Definición de salud:

“estar bien, encontrarte bien, estar en casa haciendo tus cosas y poder hacerlas, no estar cansada”

“Respirar bien, encontrarte contigo mismo bien, hacer cosas bien. No tomar ningún tipo de droga”

“estar bien en todos los aspectos”

“Estar sano, no fumar, hacer deporte, comida adecuada, ¡eso es estar sano!”

Definición de Enfermedad:

“Significa el no ser capaz de seguir con tu vida”.

Un sólo caso relaciona estos conceptos con el mundo sobrenatural: los demonios:

“Enfermedad son los demonios. No he visto ningún demonio, ¡pero están!, la película de Ghost es un hecho real”

El 6 % no define estos términos y responden que no saben lo que es y otro 3 % niega estar enfermo.

La salud es percibida como “don o riqueza” muy apreciada por los sujetos, pues, es considerada como: “Lo máximo que se puede tener, teniendo salud puedes tener

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

amor y dinero, sino tienes salud no tienes ni amor ni dinero". Y la enfermedad es considerada como: "sufrimiento", "que no tienes fuerzas, te sientes débil, que no tienes de nada".

Mis informantes no conciben la enfermedad solamente como una patología o *disease*, sino que para ellos también existe un padecimiento, sufrimiento o malestar, o sea una *illnes*. Ambas son construidas a través de lo que Good (2003) propone como *Semantic illness network* o redes semánticas de enfermedad, entendidas como que la enfermedad no es sólo un conjunto de signos, síntomas y disfunciones biológicas, sino más bien como un conjunto de experiencias, palabras, sentimientos asociados entre sí, a partir de una red de significación y de interacción social y que son entendidas por los miembros de una misma sociedad (Martínez A., 2008).

Los sujetos perciben la salud y la enfermedad con combinaciones de diferentes conceptos.

"La salud: estar bien físicamente de mente, cuerpo y alma; es igual a tener vida". "Enfermedad: como te diría yo, es el no vivir. No te deja seguir, avanzar, continuar. Enfermedad son los demonios".

El término "loco" es un estereotipo que conlleva un fuerte estigma social y así es percibido por mis informantes. Con un 6 % encontramos los sujetos que perciben al loco/locura relacionados con la enfermedad mental. Con el 28 % encontramos a los sujetos que perciben al loco y locura como conceptos surgidos de experiencias vividas y loco entendido también como individuo que incumple las normas de la sociedad y que presenta un comportamiento extraño, peligroso.

Loco: "Persona que sufre locura. Hay muchos tipos de trastornos, pero yo sólo tengo depresión. Tengo un vecino que sí tiene un trastorno de personalidad y pega a sus padres. Y lo van haciendo como pueden. Pero lo ves y es un chico normal, no te imaginas luego lo que hace".

Locura: "No creo que haya personas que están locas. Los enfermos, la gente de aquí te comparas con ellos y alguno tiene un tipo de enfermedad mental. Se emparanoia con los demás".

Loco: "Desordenado mental que dice cosas que no son", "¡Una persona que fuma, hace cosas malas, no se congrega en la iglesia, pues allí se alaba a Dios y

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

a cantar!"

En un 9 % aparecen estos términos relacionados con creencias mágico-religiosas.

Locura: "estado de perturbación provocado por la maldad del mundo y por la magia negra". "Que tiene locura, que habla con el infinito, habla con el más allá, con los planetas lejanos. Vive en un mundo que no existe"

El 19 % no lo sabe y el 11% niega estar loco. Ellos no se consideran enfermos y por ello mi reflexión es: ¿Cómo reconocerse "loco" si se trata de un concepto que ya estigmatiza?

Presentan temores relacionados con factores emocionales, con la propia enfermedad, a que la enfermedad no se cure, a que les repita otro episodio o "brote"; miedo a no poderse controlar, a no morir en los casos de intentos autolíticos y miedo a la muerte en el caso de las personas mayores que perciben que se les acerca el momento de abandonar este mundo. Presentan temor a sentirse inferiores al resto de las personas, a que la sociedad, la familia, los amigos los rechace y margine quedándose solos; miedo a la reinserción en la sociedad, pues si este hecho no ocurre y vuelven a reingresar deberán de reconocer que tienen un "problema".

Expresan verdadero pavor a la locura y a los locos:

"Tengo miedo a la locura y por mi parte a uno que esté loco. A esto sí que le tengo miedo", "A las personas locas, porque por si se levantan por la noche y le da por comerme viva; la loca que me han puesto en mi habitación", "¡No lo sé!, porque me parece que todos los que están aquí, son muy majos ¡y vosotros también!"

Otro temor importante es regresar a la sociedad, regresar a casa, a su mundo a su rutina, a las personas, dioses, que en cierta manera, según ellos, han provocado su problema, o al hecho traumático por el cual consideran que han ingresado. Esto les provoca miedo, pues temen no saber afrontarlo y recaer:

"Sigo teniendo miedo a que vuelva a suceder lo que me ha ocurrido. También temo regresar a mi entorno familiar". "Tengo miedo a los marroquíes", "A que me secuestren".

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

Por ello, sus principales deseos son: curarse, ser una persona normal, poder afrontar su vida fuera, su mundo, su familia, sus amigos, e incluso sus "imaginarios"- los que viven en su cabeza -, como cualquier persona sana.

Y para todo ello, el tipo de **ayuda de los profesionales** que requieren es: para estabilizar y aceptar su enfermedad mediante el tratamiento farmacológico, y también la terapia, para controlar sus impulsos, silenciar sus voces interiores, con una buena comida, dejándolos fumar e incluso solicitando una unidad de larga estancia psiquiátrica:

"Una firma y un pabellón nuevo para mí. Que nos manden a cada uno a los pabellones donde pertenecemos. Esto es un código de central para nosotros que levantamos el psiquiátrico, no lo dejemos caer. Pues hay muchas personas locas por ahí".

También expresan su necesidad de cariño, ternura, respeto, escucha activa, necesidad de educación y de comunicación.

Conclusiones

Destacar que con la realización de este trabajo he podido cumplir sobre todo un objetivo personal: el poder dar voz a los sujetos afectos de una enfermedad mental, mediante una aproximación y estudio de su narrativa de enfermedad, profundizando y conociendo su mundo.

Quiero destacar que la utilización combinada de modelos de diferentes disciplinas ayuda a la hora de realizar un estudio de investigación, pues la combinación conjunta de ambos modelos enriquece los resultados obtenidos. Pero me he dado cuenta que la utilización de modelos, al igual que puede ser ventajosa también presenta inconvenientes: toda aquella información que se obtiene pero que "no encaja" -en ningunos de los apartados del modelo- corre el riesgo de quedar en un segundo plano o simplemente "quedar sin analizar".

Decir que después de analizar los resultados de la información obtenida, dicha información no resulta tan rica como cabría esperar, pero soy consciente de que las personas afectas de un trastorno mental presentan problemas en la comunicación

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

verbal. Estos problemas son: distorsiones en el lenguaje con pobreza del discurso, habla apresurada, logorrea¹⁶, descarrilamiento, pérdida del objetivo, olvido del tema, ecolalia¹⁷, bloqueo... Todos ellos se pueden apreciar en las respuestas obtenidas de estos sujetos. Por ello, la información obtenida según mi punto de vista, se encuentra mermada en cuanto a riqueza de discurso y contenido.

El estudio de la locura o enfermedad mental a través de las narrativas de enfermedad y de las representaciones sociales de los propios afectados, constituye una opción importante dentro del campo de las ciencias sociales y más concretamente en el campo de la Antropología. Este conocimiento nos permite acceder a otros mundos de interpretación y significación diferentes. Pues las narrativas de enfermedad vislumbran el carácter construido y social de las representaciones simbólicas de la salud y de la enfermedad, su heterogeneidad y su complejidad. Nos advierten a través de la permeabilidad de las mismas, de la constitución de una historia personal basada en experiencias, vivencias, percepciones y creencias, las cuales condicionan la historia personal de cada individuo, así como las relaciones con los demás individuos y con los profesionales de la salud.

Actualmente, y según la opinión de los informantes, la psiquiatría continúa siendo "una ciencia adivinatoria" pues, primero: cada profesional - en este caso el psiquiatra - tiene su propia opinión, lo que puede conllevar que a un mismo sujeto pueda ser diagnosticado con diferentes diagnósticos psiquiátricos, dependiendo del facultativo que lo atienda. Este hecho es lo que varios de mis informantes han expuesto en su narrativa de enfermedad. Segundo, aunque hayamos sufrido una fuerte biologización y tecnificación dentro del campo de la biomedicina y de la psiquiatría, a día de hoy, es difícil encontrar una técnica o prueba objetiva que pueda diagnosticar que una persona sufre una enfermedad mental.

¹⁶ Locuacidad excesiva.

¹⁷ Repetición patológica, propia de un loro y aparentemente sin sentido de una palabra o frase acabada de emitir por otra.

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

Las vivencias y experiencias sobre la enfermedad, la percepción de sus propios síntomas -considerados como algo no patológico, sino más bien, como actos normales de su vida cotidiana- la descripción de los pensamientos extraños o intrusos, las voces que les hablan y les dan órdenes dirigiendo sus actos, el propio miedo a la enfermedad, los sentimientos de culpa, la agresividad, el refugio en un mundo sagrado, sobrenatural o fantástico, todos ellos conforman su cosmovisión de la enfermedad mental o "locura".

La enfermedad mental no se encuentra vinculada ni a la edad, ni al sexo, ni a las creencias o religión de las personas, pero sí que son factores determinantes durante el curso, desarrollo y evolución de la enfermedad. Pues de estos factores dependerá la percepción y vivencia del sujeto para seleccionar el modelo de atención, el tratamiento y la manera de abordar la situación.

La locura es algo que se crea, no se nace con ella. Es una construcción social sacada de los imaginarios de nuestra sociedad, pues ella es la que siempre ha marcado la frontera entre la normalidad y la anormalidad (Devereux; 1956)

Para finalizar decir que, uno de los problemas que tenemos los seres humanos, es la desconfianza hacia quien es diferente, como no le entendemos nos sentimos incómodos y nos da miedo. Para muchos, el loco es un enfermo mental que hay que reinsertar en la sociedad, pero a la hora de la verdad, la mayoría queremos al loco recluido, en un lugar del que no pueda salir, fuera de nuestro alcance, pues en el fondo nos da miedo. Por ello, desde una aproximación cualitativa es indispensable reconocer la otredad; es decir, *los otros*, aquellos que se muestran diferentes pero que se encuentran cerca. Aunque algunos, como puede ser la figura del loco, se encuentre todavía bajo el "yugo de los extramuros de la sociedad".

Bibliografía

Alarcón RD. (1995) Culture and psychiatric diagnosis: impact on DSM-IV and CIE-10. *Psychiatric Clinic North American. Cultural Psychiatry*, 18(3): 449-65.

American Psychiatric Association, ed. (1994) *Diagnosis and Statiscal manual of mental Disorders*. 4 th ed. Washington: The American Psychiatric Association.

Beglinomini, Recalde, W. (1998) *El proceso de reinternación psiquiátrica: una mirada desde la vida cotidiana*. Universidad Nacional de Entre Ríos. Facultad de

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

trabajo social.

Bembribe Serrano J., Higuera Cortés L. (2007) Volverse loco no está al alcance de cualquiera. *El Genio Maligno Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*. [en línea] n° 1, septiembre 2007, p. 28. . Pagina web de la versión electrónica de la revista: <<http://www.elgeniomaligno.eu/numero1/materia.html#volverse>> [Consultada en agosto 2008]

Calabuig Pablo J., Fernández Sáiz M. J., Gonzalez Muñoz R. A., Serrano Escartín R M. (2002) Atención de enfermería a las familias con enfermos mentales [on-line] *Enfermería integral: Artículos Científicos*. Pagina web de la versión electrónica de la revista: <<http://www.enfervalencia.org/ei/anteriores/articulos/rev54/artic06.htm>> [Consultada en enero 2009]

Campos-Navarro, Torrez, Arganis-Juárez (2002) *Las representaciones del padecer en ancianos con enfermedades crónicas. Un estudio en la Ciudad de México. rev.colomb.psiqiatr.* [en línea]. <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n5/10999.pdf>> [Consultada en febrero 2008]

Cortés Duque C., Uribe C. A., Vázquez R. (2005) Etnografía Clínica y narrativas de Enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. *Revista colombiana de psiquiatría*. [En línea] vol.34, no.2, Bogotá Apr./June 2005. p. 190-218. Página web de la versión electrónica de la revista <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80634203.pdf>> [Consultada en febrero 2008]

Criterios diagnósticos del DSM-IV. Características diagnosticas N4: Patologías – psicobiología. [En línea] *Biopsicología. Recorrido por la bioquímica y la psicología*. Página web de la versión electrónica de la revista <http://www.biopsicologia.net/fichas/page_7599.html> [Consultada en junio 2008]

Devereux, Georges, (1956) Normal y anormal. En: Devereux, Georges, (1973) *Ensayos de Etnopsiquiatría General*. Madrid: Barral.

Diccionarios- On line. Com.ar (2008) [En línea] pag. Web <<http://www.diccionarios-online.com.ar/psy/Trastorno+mental.html>> [Consultada en enero 2008]

Durkheim É. (1974) *Las Reglas del Método Sociológico*. Buenos Aires: Editorial La Pléyade.

Fábrega, H., Jr. (1972) Medical Anthropology. En *Biennial Review of Anthropology*, B.J. Siegel 1 ed. Stanford: Stanford U. Press. pp. 167-229

Gracia Fuster, E. (1997) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Piados.

Good B & Del Vecchio Good M-J (1993) Learning medicine': the construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In Lindenbaum y M Lock(edits.)

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

Knowledge, power and practice. Berkeley: University of California Press, pp. 81-107.

Good B .J. (2003) *Medicina Racionalidad y Experiencia una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra S.L.

Hahn R. y A. Kleinman (1983), *Biomedical Practice and Anthropological Theory*, Frameworks and Directions. *Ann. Rev. Antropol*, 12 pp. 305-333.

Hahn R. (1984) Rethinking Illness and Disease. *Contribution to Asian Studies*, XVIII: 1-23. En Daniel E. V. y Pough J. F. (eds), *South Asian System of Healing*. Leiden: Brill.

Henderson, V. (1971) *Principios básicos de los cuidados de enfermería*. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras, pp. 13-59.

Henderson, V. (1994) *La naturaleza de la enfermería. Reflexiones 25 años después*. Madrid: McGraw-Hill- Interamericana.

Holmes J. (2000) *Narrative in psychiatry and psychotherapy: the evidence?*. En Cortés C. et al (2005) Etnografía clínica y narrativas de enfermedad de pacientes afectados con trastorno obsesivo-compulsivo. [En línea] *Revista colombiana de psiquiatría*. vol.34 no.2 Bogotá Apr./June 2005. Página web de la versión electrónica de la revista <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/806/80634203.pdf> [Consultada febrero 2008]

Jenkins J. (1998) Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders: Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV. *Transcultural Psychiatry*. 1998; 35(3): 357-76

Karsenti B. (1994) *Marcel Mauss le fait social total*. Paris : PUF, 1994

_____ (1997) *L'Homme total. Sociologie, anthropologie et philosophie chez Marcel Mauss*. Paris : PUF.

Kleinman A. (1980) *Patiens and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

_____ (1986) *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia and Pain in Modern China*. London: Yale University Press.

_____ (1988) *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. Nueva York: The Free Press, p.12. En Perdiguero, Comelles (2000) *Medicina y cultura*, 35(3):357-76.

Levine RE, Gaw Ac. (1995) Culture-bound Syndromes. *Psychiatric Clinics of North American*, 18(3):523-536.

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

Lévi-Strauss, Cl. (1979). *Introducción a la obra de Marcel Mauss*. En Mauss M. (1991) *Sociología y Antropología*. Madrid: Tecnos, p.16.

López Aranguren (1996) El análisis de contenido. En Ferrando M. G., Alvira F. (1989) *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Compilación. Madrid: Alianza, pp. 383- 414.

Lozoya L. X. (1989) *La medicina tradicional en la realidad político-social de México*. En: *Ciencia. Revista de difusión*, pp.28-33. Pagina web de la revista versión electrónica de la revista. <http://www.ejournal.unam.mx/cns/no14/CNS01404.pdf> [Consultada en septiembre 2008]

Martínez-Hernaez A. (2008) *Antropología médica, Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Barcelona: Anthropos.

Merton, R. K. (1976) The Unanticipated consequences of Social Action. En *Sociological Am-bivalence and Other Essays*. New York: The Free Press.

_____ (1964) *Teoría y estructura social*. México: Fondo de Cultura Económica.

Moreno-Altamirano, L. (2007) Reflections on the health-illness-disease-care: a socio-anthropological view. [online]. *Salud pública Méx.* vol. 49, no. 1 pp. 63-70. Página web de la versión electrónica de la revista <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10649109.pdf>

Organización Mundial de la salud, OMD, ed. (2004) *Nuevas directrices de la OMS para fomentar el uso adecuado de las medicinas tradicionales*, Comunicado de prensa en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr44/es/index.html> [Consultada en Febrero 2008]

Perdiguero E., Comelles, J.M^a (2000) *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra.

Portal de la Unión Europea (2005) *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Octubre de 2005, http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_es.htm [Consultada en Febrero 2008]

Posada-Villa J. A., Aguilar Gaxiola S. A, Magana C. G et al. (2008) Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. [online]. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, July/Sept. 2004, vol.33, no.3 [cited 13 December 2008], p.241-262. Página web de la versión electrónica de la revista <http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502008000200002&script=sci_arttext>

Psicomed S.L (1996-2008) Revisión del texto del DSM-IV (DSM-IV-TR) http://personal.telefonica.terra.es/web/psico/dsmiv/dsmiv_int_rev.html

perifèria

Número 12, junio 2010

www.periferia.name

[Consultada febrero 2008]

Ruiz J. J., Imbernon J. J. (1996) *Sentirse mejor: cómo afrontar los problemas emocionales con terapia cognitiva*. Julio de 1996. ESMD-UBEDA.

Spradley JP. (1980) Doing Participant Observation. En: *Participant Observation*. New York: Holt, Rinehart & Winston, pp. 53-62.

Sobrino A. (2003) Evolución de la relación médico-paciente en los últimos 100 años. [En línea] *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*. Sumario nº 04. Página Web de la versión electrónica de la revista <<http://www.fbjoseplaporte.org/rceap/sumario.php?idnum=4>> [Consultada Octubre 2007]

Toombs SK. (1987) The meaning of illness: a phenomenological approach to the patient-physician relationship. *Med Philos.* 1987; 12, 219-40.

Tucker GJ. (1998) Putting DMS-IV in Perspective. *The American Journal of Psychiatric*, 1998;155(2):159-161.

Tusquets, J.L. y M.J. Murcia, M.J. (1988). *Enfermedad mental y entorno urbano. Metodología e Investigación*. Barcelona: Anthropos.

Salud U-E (2005) *Salud mental*. [En línea] Página web *El portal de salud pública de la unión europea* <http://ec.europa.eu/health-eu/health_problems/mental_health/index_es.htm> [Consultada, febrero 2008]

World Health Organization (WHO) (2001) [En línea] Página web. *The world health report 2001, mental health: new understanding*. New Hope: Geneva. <<http://www.who.int/whr/2001/en/>> [Consultada en febrero 2008]

Young, A. (1982) The Anthropologies of Illness and Sickness. [En línea] *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285. Página web de la versión electrónica de la revista <<http://arjournals.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.an.11.100182.001353>> [Consultada, febrero 2008]