

CUERPO Y SALUD MENTAL: CUANDO EL VERBO SE HACE CARNE

Elisa Alegre Agís
elisa.alegre@estudiants.urv.cat
Universitat Rovira i Virgili

1. Del verbo corporalizado

Dice el Evangelio según San Juan:

En el principio era el Verbo, y el Verbo era con Dios, y el verbo era Dios. (1) Y el Verbo se hizo carne, y habitó entre nosotros [...] (1:14)

Hacia tiempo que estos versículos llamaban mi atención, quizá porque mi madre había usado la idea para conformar parte de su obra poética. A pesar de las posibles interpretaciones de estos fragmentos, de pequeña mi madre me explicaba que Dios es en todos y en todo lo que hacemos, es omnipotente porque está en cada una de nuestras acciones y por eso podía escuchar todas mis oraciones. Así, mi madre me convirtió el verbo en carne, y la carne, en verbo; haciéndome comprender que mi cuerpo y yo éramos las acciones que cometíamos.

Esto había quedando aparcado durante años y volví a recordarlo en las clases de fenomenología, en las que yo intentaba bajar a mi cotidianidad las explicaciones que se daban.

Posteriormente, preparando una comunicación para otro congreso acerca del cuerpo etnógrafo en el campo, me di cuenta que me encontraba en ese lugar en el que mi madre me había ubicado como ser humano en relación a Dios (el verbo), donde había ubicado mi cuerpo y mi acción.

En “Rethinking auto-ethnography: The subjective relationship in ethnographic method”¹ expliqué por qué mi experiencia “embodied” (Csordas 2002 2004) como

¹ En ocasión del Congreso MAYS (Medical Anthropology Young Scholars) 4th “Annual Meeting: impediments” and Catalysts. EASA (European Association of Social Anthropologists) y Universidad Rovira i Virgili, en Universidad Rovira i Virgili, Tarragona, España.

familiar se conectaba con el “feeling-thinking”, un concepto que DiGiacomo (1995) recupera de la etnoepistemología que recoge Unni Wikkan de los balineses, y que se entiende como procesar analíticamente la propia experiencia como “conocimiento sedimentado en el cuerpo” para la creación de conocimiento científico. Descubrimos bajo ese fragmento anterior a la objetivación para trabajar desde lo que Carel (2011) denominó como “arco intencional”, reflexionando y analizando como investigadores el nuestro propio.

Tras esta comunicación teórica y autoetnográfica, al comenzar el trabajo de campo de mi tesis de máster con personas diagnosticadas de Trastorno Mental Severo (TMS) y familiares afectados, me pregunté si aquellas cosas que yo había reflexionado como pre-objetivas también sucedían en otras personas afectadas. Reflexionando las posibilidades del cuerpo-antropólogo como instrumento metodológico, recaía en la idea de que la diferencia la marcaba la acción en el campo. Mi investigación se centra en la cotidianidad de las personas afectadas y en sus problemas relacionales en el espacio doméstico. Sin quererlo, a lo largo del trabajo de campo topé con narrativas que problematizaban la enfermedad mental desde el cuerpo, en el cuerpo, y con el cuerpo.

Algunas cuestiones se explicaban desde una “lógica” corporal, emocional o sentimental y no mental, como el sufrimiento y los padecimientos devenidos del “estigma”, la idea de “sujeto contaminante” (Correa-Urquiza et al. 2006) y el riesgo percibido por la sociedad. “No se trata sólo de sensaciones mentales”, decía Antonella,² poniendo en evidencia un cuerpo que percibe, comprende y actúa. Un cuerpo receptor de sensaciones relacionadas con la enfermedad, ya sean delirios, alucinaciones, paranoias, la medicación y sus efectos secundarios, como las consecuencias sociales.

Veremos algunas narrativas que explican diferentes formas de “corporalizar” la enfermedad mental, y de significar lo que el cuerpo percibe. Partiremos de dos experiencias individuales, y por último, una experiencia colectiva en la que se traslada la experiencia corporal individual a la experiencia corporal grupal.

2. Cronicidad y cuerpo enfermo total

La división cartesiana de mente-cuerpo está muy presente en nuestro imaginario cultural, aunque en muchas cotidianidades entendamos estas entidades como conectadas

² Informante, Barcelona, Enero de 2014.

en tanto se alteran mutuamente. Escuchamos frases que explican que cuando uno no se siente bien físicamente es difícil que la mente funcione adecuadamente. Los malestares “físicos” suelen extenderse de alguna manera a “sensaciones” entendidas como propias de la mente en tanto fenómeno inmaterial encargado de las funciones cognitivas. Si estamos resfriados, pensamos que por ello tenemos dificultad en concentrarnos, dormir bien, estudiar o no poder ser especialmente reflexivos. Cuestiones que se asocian desde el imaginario cultural a un bienestar o equilibrio mental.

Empero, cuando hablamos de “enfermedades mentales” da la sensación de que la mente supeditara al cuerpo. Cuando hablamos de “trastornos del comportamiento alimentario” pensamos que consisten en un problema de falta de control (auto-control) o de exceso de control sobre la “acción innata” de comer (Gracia y Comelles 2007). Suponemos que la mente tiene poder sobre el comportamiento y el cuerpo. De hecho, desde la psicoterapia se querrían corregir conductas del diagnosticado ya que se considera la “recuperación” como un proceso personal de cambio de actitudes, valores y objetivos propios. De alguna manera, una especie de reminiscencia del “tratamiento moral” que individualiza la enfermedad a partir de fenómenos que suceden a la persona diagnosticada; ideas de doble filo que descargan sobre el paciente la responsabilidad del mal que lo aqueja y que además le impide comprender la gama de tratamientos posibles, apartándolo implícitamente de todo tratamiento, y dando por sentado que la cura depende de la capacidad de amor propio del paciente, explicaba Sontag (1980). En el caso de las personas diagnosticadas de un TMS

[...] su espacio, a partir de la “sentencia” que de alguna manera impone el diagnóstico psiquiátrico como una suerte de “etiqueta irrefutable”, es el de estigmatizado, es de la enfermedad, es el no-espacio, el de la no-opinión, el de la no-persona, si pensamos al individuo en tanto resultado del vínculo social. Así, en la mayoría de los casos se trasladan socialmente sin un arraigo identitario, sin un rol, sin una identidad que vaya más allá de la patología. [...] Y es precisamente en esta realidad que el estigma se transforma en una vivencia cotidiana que a la vez causa y consecuencia de una gran parte del mal-estar (Correa-Urquiza 2005).

Por eso debemos preguntarnos desde dónde se están construyendo las subjetividades de las personas diagnosticadas y en qué medida surge la necesidad de actuar desde el “agency” gramsciano y las posibilidades que este puede desprender (Pizza 2005).³

³ El concepto “agency” recalca la necesidad de tener en cuenta la “capacidad de actuar” de las personas en la investigación de los procesos socioculturales.

Para poderlo hacer, creo necesario situar la enfermedad mental en otro lado, des-ubicarla de su condición crónica en tanto “algo que no se cura” y trasladarla a la idea de dolor crónico que propone Good (1994) en tanto el sufrimiento va más allá de lo meramente físico, siendo experiencial, sensación y emoción simultáneamente. Concebimos así el dolor como pre-objetivo, como explica Jackson (2004) y como agente (que tiene agencia) que al mismo tiempo se presenta en un tránsito constante entre el “everyday life-world” y el “pain-full world” de Schutz (1967) en tanto “el dolor crónico se convierte en un lenguaje en sí mismo que compite con el mundo cotidiano” (Jackson 2004: 220). Ir más allá de la categoría de enfermo crónico puede suponer actuar con ese dolor desde otros espacios fuera de la Medicina, tal como propone la categoría de cronicidad de Masana, que incluye enfermedades y malestares que perduran en el tiempo, sean biomédicamente diagnosticadas o no (Masana 2013), permitiendo que no sólo el dolor goce de “agency” en tanto forma parte del mundo de vida, sino que el cuerpo “enfermo” se apropie para esa acción⁴.

Los pacientes etiquetados como TMS devienen en “enfermos totales” (Correa-Urquiza 2009) puesto que el trastorno y sus significaciones impregnan su tejido vital. El sujeto deviene así en una suerte de enfermo absoluto que no sólo está, sino que lo es en todas las instancias de su yo cotidiano (2009) y al que se le aplica un “tratamiento total” desde la idea de “enfermedad ubicua” que expresa la atribución al trastorno mental de toda conducta o acción realizadas por el sujeto (Martínez-Hernández 2009).

Por eso interesa des-situar la patología entendida desde los paradigmas psiquiátricos krapelinianos. Suspender y poner en “stand-by” la categoría de enfermo o des-enfermar (Correa-Urquiza 2009) al sujeto para desarrollar la idea de “cuerpo actuante”. Un cuerpo que necesita desarrollar el “agency” para resignificarse y poner en interacción dialéctica el cuerpo individual, social y político que proponían Sheper Hughes y Lock (1987) con el que podemos cuestionar y negociar desde la acción la “invasión” del cuerpo por parte de los sistemas expertos.

Estos niveles del cuerpo que las autoras utilizan para definir su “mindful body” los tomaré “prestados” sólo como conceptos analíticos para parte de la exposición, ya que, “lo que encuentro a faltar en el ambicioso “prolegómeno a la futura tarea de la antropología médica” es precisamente una mayor definición del marco en el que se fundamenta su concepto” (DiGiacomo 2013).

⁴ Veremos como el cuerpo y sus experiencias pueden apropiarse desde lo individual y desde lo colectivo.

De todas formas, resulta interesante cuestionar de qué modo concebimos el cuerpo en el caso de los TMS y poner en relación dialéctica los cuerpos individual, social y político para hacerlos dinámicos, superpuestos, mezclados y quitarlos de la categoría de niveles para verlos como un todo, aunque no creo que resulten suficientes para explicar la relación del cuerpo con el ser en el mundo, por ello usaré estas entidades como parte del desarrollo de la exposición, sin por ello pretender una teoría del cuerpo a partir del paradigma del “mindful body”.

Mi intención es poner de relieve algunas cuestiones que surgieron a lo largo del trabajo de campo que motiva la reflexión desde mi experiencia personal y profesional con la salud mental y rescatar el carácter individual y colectivo de la acción como productora de resignificaciones y nuevas formas de vivir el trastorno mental.

Poner en relación dialéctica estos tres “niveles” del cuerpo, en tanto experiencia, nos permite ver como éste puede salirse de la apropiación experta y ser apropiado desde lo pre-objetivo y desde otras significaciones más allá de como se haya simbolizado desde lo social y desde la institución social de la medicina; estas entidades forman parte de la intersubjetividad de la persona diagnosticada y por tanto ésta puede generar una subjetividad de “enfermo total”. Apoderarse del cuerpo no supondría “empoderar”, un concepto que me resulta viciado por el uso que se le ha dado, en el que muchas veces alguien tiene la función de empoderar a otro y corre el riesgo de trazar la forma y los límites de dicho poder. Hacer propios los cuerpos que habitamos, somos y hacen, puede ser el matiz que permite que el “enfermo” pueda actuar desde otras significaciones culturales del diagnóstico.

3. Riesgo y manifestaciones: “pain behaviour”

La locura no se entiende como una enfermedad que pueda curarse desde el Médico Hegemónico (Menéndez 1984), aunque se considere que se pueden recuperar “partes” de la persona anteriores a este cambio de estado, y restablecer la vida social o relacional que el sujeto tenía antes del diagnóstico. Aun teniendo eso en cuenta no está claro que la esquizofrenia sea una enfermedad crónica. Algunos psiquiatras como Jordi Marfà⁵ consideran que los síntomas pueden “remitir” y que de alguna manera podrían “curar” o “salvarse” (Correa-Urquiza 2009).

⁵ Informante, Barcelona, enero de 2014.

Durante los dos últimos siglos, la tendencia de la Psiquiatría ha sido considerar una parte sustancial de trastornos psiquiátricos como enfermedades crónicas. Esto fue un artefacto de las condiciones de observación de pacientes internados en manicomios (Lantéri-Laura 1972) y se proyectó sobre la sociedad. Sustituyó así por una categoría clínica la concepción popular de la locura como exceso que fuera hegemónica antaño. La locura y el loco -que no la enfermedad y el enfermo mental-, era un estado imprevisible, desconcertante, pero reconocible culturalmente y aceptable. La peligrosidad del individuo era percibida más contra él mismo que contra la sociedad e incluso la respuesta social fue más el producto de la misericordia que del miedo en determinados contextos culturales e históricos (Comelles 2013). Fue la necesaria judicialización de la locura por el constitucionalismo moderno la que plantea el debate sobre la peligrosidad en términos jurídicos por las contradicciones que plantea en el sistema (Gauchet & Swain 1980).

La evolución de la doctrina psiquiátrica y muy especialmente la biologización de la causalidad a partir del degeneracionismo del XIX y sus efectos (Huertas Garcia-Alejo; 2012), así como la hegemonía de la idea de su cronicidad van a proyectar sobre la cultura occidental la idea de un “cuerpo esquizofrénico” y enfermo cuya máxima representación visual sería el cuerpo catatónico o la forma clínica de la hebefrenia.

El efecto cultural tiene que ver con una nueva idea de riesgo y de peligro (Lupton 1999) que altera las formas en que la sociedad se relaciona con él y en la que el loco se relaciona con el mundo. El enfoque de riesgo que el loco supone, descarga sobre éste una serie de preceptos morales en relación a sus estilos de vida, sus cuidados e higiene personal, el conseguir o conservar un trabajo, el dormir excesivamente, el no tener ganas de hacer nada, el no realizar actividades, no ayudar en las labores domésticas; cuestiones de las que suelen quejarse y recriminar los familiares sobre el diagnosticado. Sobre su comportamiento con los demás, el riesgo que se genera entraría en la definición de probabilidades de que se produzca un potencial daño o consecuencias indeseables (Lupton 1993), pero resultando especialmente individualizado en la figura del loco, en gran parte por la concepción popular que se ha creado por la proyección manicomial y por el tratamiento que vienen haciendo los medios de comunicación de masas, reproduciendo una figura esquizofrénica peligrosa y convirtiéndola en una minoría estigmatizada.

Esta percepción social lleva a que los diagnosticados se recluyan o encierren sin querer salir de la casa o la habitación. Al tratarse estas conductas, según los clínicos, de

síntomas negativos de la esquizofrenia, la situación de aislamiento se complejiza y agudiza. Este miedo “recíproco” lleva a los diagnosticados a no comunicarse libremente, a no decir lo que piensan al vecino o a sus compañeros de trabajo y a cortar con algunas relaciones personales por vergüenza. Casi todos mis informantes afirman que el lugar donde se sienten más cómodos es en su habitación personal, un lugar seguro, que les pertenece; donde pueden hacer lo que quieren, están tranquilos, no sienten que tengan que cumplir con nadie, pueden evitar la palabra y el encuentro con los otros y no se sienten juzgados o cuestionados por la mirada ajena. Si el espacio se significa a partir del estigma y de estas ideas de riesgo, acontece el “pain behaviour” (Jackson 2004), un intento de comunicar la experiencia misma del dolor o los afectos, el sufrimiento, moralización u otras ideas relacionadas con la experiencia del dolor. Si la habitación personal funciona como muro con el afuera como espacio que alberga un enfermo total de alguna manera podría también convertirse en un “espacio total” en términos de Goffman (1961).

Esta relación con el espacio, que surge de las ideas de riesgo con el afuera, pero también de la idea de riesgo que el afuera tiene con el “enfermo”, altera y modifica las relaciones personales en la arena doméstica, generando conflictos que acaban en sufrimientos y que se manifiestan a partir de comportamientos, por parte del diagnosticado y de los convivientes. Es por ello que quise hablar de dolor crónico, porque cuando hay una persona diagnosticada en casa el estigma se extiende al espacio doméstico (Goffman 1963). El “pain behaviour” que en principio podría pensarse como propio del afectado, se extiende también a la familia o convivientes. La idea de dolor crónico nos permite contemplar ese dolor de todos los implicados, incluso el manifiesto en el espacio a través de las significaciones y usos que se hace de estos. El espacio no es un mero albergue de cosas y personas, sino estructura de poder, política y está significado (Léfèbvre 1976), por tanto puede convertirse en “total” si aquello que contiene son relaciones “totales” por las ideas de enfermo total y tratamiento total. Al no poder desubicar a la persona diagnosticada de esta categoría, los cuerpos interactúan desde la idea de cronicidad, de miedo, de riesgo, generando comportamientos que no sólo son una manifestación del sufrimiento, sino que al mismo tiempo, generan más sufrimiento por las condiciones ambientales que aquellos suscitan.

Algunos familiares expresan que es mejor vivir en un chalet que un departamento, ya que éste permite intimidad a la familia, y “se puede gritar y discutir a tus anchas sin que se tenga que enterar todo el mundo que tienes un esquizofrénico en casa”, explica una

mujer que es hija y madre de diagnosticadas. Otra madre comentaba que su hijo adolescente comenzó con los síntomas de la “esquizofrenia” como una depresión, y que le llamaba la atención cuando los amigos venían a buscar a su hijo a casa y éste le decía: mamá sal tú y diles que estoy castigado, no quiero ir. Estas formas de encierro se dan por una reciprocidad de miedos. Suelen cerrar el diagnóstico a la familia de más confianza y unas pocas amistades, limitando en algunos casos su red social, resultando improductivo, dado que el colchón y el soporte de la red social es vital para la contención y la descarga de algunas labores que estresan particularmente a los implicados.

El “pain behaviour” es el resultado de la idea de riesgo que se genera mutuamente en un mundo de vida que es inevitablemente compartido. El miedo que da el loco, y el miedo que el loco tiene a un exterior que no le comprende y que le juzga por sus comportamientos extravagantes y fuera de la norma, los relega a lo “obs-ceno”, espacio fuera de escena (Martínez-Hernández 2013), un estar fuera del escenario que se convierte en una cotidianidad de embudo hacia “pain-full world”, dejando muy poco espacio al “everyday life-world”; un “backstage” inmerso en la ubicuidad de la enfermedad.

4. El cuerpo como espacio hermenéutico: interpretación, significación y traducción

“que tu cuerpo sea siempre un amando espacio de revelaciones”
(Pizarnik: 1965)

4.1 Antonella

Antonella, de 25 años y diagnosticada de Trastorno Esquizofreniforme, explica que en su segundo brote estaba en un mundo muy feliz, como en una realidad poética de introspección y creación artística. Una noche, se sentó en la ventana del balcón de su casa:

Yo estaba sentada en el suelo en el balcón en casa, en una ventana corrediza y tenía la mitad del cuerpo dentro y la mitad afuera... y sentía un montón de cosas de la mitad de la casa, un montón, en mi cabeza, en mi cuerpo, en todo, y un montón de cosas en la otra mitad... ese día dije, Antonella, algo está pasando, cómo puede ser que estés sintiendo dos cosas completamente distintas, diferentes,

en el mismo momento, en tu mismo cuerpo, en tu misma cabeza [...] eran cosas que me llegaban de un lado y del otro y que no tenían relación entre ellas, eran diferentes[...] Cuando me asuste tomé consciencia, o sea, cuando me di cuenta de lo que pasaba me asuste, hasta el momento sólo era la percepción [...] Sentía como que mi cuerpo y mi mente hubieran hecho un corto circuito [...] yo creo que desde entonces ha sido irreparable [...] Hay días en los que aparece un poco la Antonella de antes, pero en general no.⁶

Antonella tuvo sensaciones diferentes vinculadas a su relación con el espacio, y que devinieron en una ruptura que no le permitió volver a ser la misma; un antes y un después, una Antonella que se fue y que aparece a veces, como por fragmentos.

Mientras ella experimentaba estas sensaciones diferenciadas no tuvo miedo, hasta que “tomó consciencia”. Cuando se dio cuenta de lo que estaba experimentando, cuando “objetivó” y simbolizó la experiencia como algo “anormal”, entonces, interpretó en sus sensaciones pre-objetivas que algo andaba mal, que necesitaba pedir ayuda y fue cuando tuvo miedo.

Había momentos en que yo entraba en un lugar, y me entraban dolores en la barriga fuertísimos... salía de ese lugar, pasaba de esa habitación y ya no me pasaba más. Estaba en un aeropuerto cerca de alguien y estaba bien, me alejaba y me faltaba la respiración, no podía respirar, eran cosas físicas [...] no son puramente mentales, que va, son cosas que te pasan en el cuerpo tía.⁷

Era una hipersensibilidad a todo...me hacía listas para hacer cosas con mi hermano pequeño. Cuando salí del hospital me las encontraba y eran todas, ir al parque con Pau, hacer juegos con Pau. Entonces salía todo el día a la calle y no oía, pero sentía que Pau me decía, Antonella vuelve a casa, y yo sentía la carencia de él, que me necesitaba...algo como súper humano.⁸

No sólo tiene una gran capacidad para describir y explicar lo que experimenta su cuerpo, sino también de interpretarlo y traducirlo en acción a partir de significaciones propias. Lee lo pre-cultural y actúa, a veces desde lo pre-objetivo, cuando se deja llevar por su realidad poética, otras actúa de acuerdo a la simbolización y significación que ella da a esas sensaciones, y también de acuerdo a la significación construida desde los sistemas expertos.

Pasa por el cuerpo la información que experimenta y la lleva al mundo de vida, desde su cuerpo y con su cuerpo. Percibe, siente, y se da cuenta cuando se está “descompensando”; esto es algo común en algunas personas diagnosticadas, pero ella considera que esas sensaciones son avisos del cuerpo de que necesita un descanso, que

⁶ Antonella, Barcelona, enero 2014.

⁷ Antonella, Barcelona, enero 2014.

⁸ Antonella, Barcelona, enero 2014.

tiene que parar o detenerse para oxigenarse. Por el contrario, muchas narrativas al respecto de detectar las descompensaciones versan sobre la intuición de que algunas cosas que suceden son “síntomas” propios de la enfermedad, como lo hace el sistema experto. Antonella sabe perfectamente que hacer, subir un poco la medicación, alejarse o suspender algunas actividades, avisar a los allegados que está “algo rallada” y que necesita un momento de ruptura; incluso manifiesta que el sistema en el que vivimos no nos permite tener momentos de introspección y aislamiento para explorarnos a nosotros mismos.

Antonella habla de cuestiones que suceden y las describe como “físicas”, no las inserta sólo en la mente, sino que suceden en ella; al preguntarle si ubicaba las sensaciones en un lugar concreto, respondió que no había pasado ni en su mente, ni en su cuerpo, sino en su alma.

Al mismo tiempo, la experiencia de las sensaciones y los dolores “físicos” resultan pre-objetivos ya que ella no sabe explicar por qué le pasan, de dónde provienen, sino que simplemente pasa, y suele estar ligado a lo que le rodea, personas o espacios. Su cuerpo se extiende a su habitación:

Estaba mi creatividad, ahí por todas partes, en las paredes, en la mesa, en la cama, en el suelo, estaba parte de mí ahí... es eso de que es la prolongación de la persona, en lo que crea también, en lo que produce, en lo que es capaz de reflejar a través del arte o de la música, otros de yo que sé, de lo que sea.⁹

También entiende el teatro como una prolongación de sí misma que extiende al exterior a través de su creación (acción). Las sensaciones que ha aprendido a interpretar, y que ha significado, le sirven para ponerse en movimiento, para actuar de un modo diferente, sentirse mejor, dice, haciendo caso de lo que el cuerpo le trasmite, y no sólo de los síntomas que el psiquiatra le ayuda a detectar, interpretar y por tanto actuar desde un modelo experto. Ella se ha apropiado de su cuerpo y se deja llevar por sus sensaciones. Encuentra formas de bienestar que se conectan con el “feeling-thinking”, sentir y pensar simultáneamente lo que experimenta y poner en interacción dos entidades que solemos concebir por separado. Antonella se comunica e interacciona con el mundo de vida desde ese arco intencional que explicaba Carel, ese fragmento anterior a la objetivación y la simbolización. Piensa sus sensaciones actuando y actúa sensaciones, traduciendo al afuera a través de la acción. Recoge desde el “feeling-thinking” para actuar desde el arco, se agencia de aquello y simboliza desde un lugar que no es desde la identidad de

⁹ Antonella, Barcelona, febrero 2014.

enferma. Cuando pedí que describiera lo que le pasa en los brotes o cuando no se siente bien, me interpeló aclarando que no es algo que pasa, sino que siempre es algo que pasó. Al acabar esos periodos, a pesar de que ya no es la misma desde aquel cortocircuito, Antonella sale del cuerpo enfermo para capturarlo y hacerlo propio.

4.2 Irene

Irene tiene 35 años, es ingeniera química, tiene pareja, una vida social muy activa y una familia que la sostiene y ayuda a gestionar su cotidianidad. Muy adepta al psiquiatra, la medicación y las citas le suelen resultar suficientes para no “ponerse mala”. Sin embargo, a pesar de ser muy fiel a las indicaciones de su médico, Irene ha significado algunas cosas que siente fuera del modelo Médico y recurre a terapias alternativas que le hacen muy bien pero que debe esconder a su terapeuta.

La primera cuestión que me comentaba como algo que ella había descubierto es:

Lo que pasa es que si hago régimen me pongo mala, si lo hago muy heavy, estoy más débil y entonces me suele pasar eso, que tengo pensamientos malos... tu físico está más débil, y tú te quedas más vulnerable y es como que te vienen los malos pensamientos recurrentes, de estos que tengo yo... porque la mente está débil también [...] Si, porque estás más decaída y tal, y entonces te pueden aparecer los síntomas de la esquizofrenia, las paranoias te atacan en ese momento.

Si bien parece haber una relación entre la falta de alimentación y los delirios o las alucinaciones -como en casos de cuaresmas o ayunos y la aparente relación con el éxtasis y la alteración de la percepción- Irene no le había comentado esta experiencia al psiquiatra ya que recurre a una dietista naturista y a sesiones de hipnosis para adelgazar. Irene pone la mente y el físico en consonancia, ya que ambos experimentan vulnerabilidad y debilidad a partir de la dieta y ha representado estos atributos como negativos porque provocan que reaparezcan los pensamientos “malos”, los cuáles están previamente simbolizados como los síntomas de la esquizofrenia. La dieta pasa a ser reconocida y reflexionada como un fenómeno que va más allá y que se proyecta al mundo de las “causalidades”, siendo no sólo un proceso por el cual perder peso, sino formando parte del complejo sistema de relaciones entre ella y las alucinaciones y los delirios. Tal y como lo describe, parecería que estos “pensamientos malos” fueran un agente externo que la acecha, esperando a que baje la guardia para atacarla. Ella explica que tiene una enfermedad pero que no es una enferma; podríamos decir que parece

concebir los síntomas de la esquizofrenia como algo que es ajeno a ella, que no es producto del cerebro o de la mente, sino que viene desde un afuera. Comparándolo con la concepción de Jackson del dolor como ente con agencia propia, Irene parece significar de un modo similar sus síntomas o “pensamientos raros” que ejercen con independencia a partir de una condición dada como la dieta y expresa que lo que más la aqueja de la enfermedad mental son las imposibilidades:

Pues los momentos de mucho estrés, pues sé que no puedo, no puedo, no valgo, no valgo... necesito dormir mis ocho horitas, tener una vida tranquila, no puedo hacer excesos, ni acostarme a la seis de la mañana [...] no puedo beber alcohol, y a mí me encanta beberme una cervecita con alcohol, pero no puedo, ya lo tengo asumido.

Parece que los síntomas de la esquizofrenia no sean el problema más importante, aunque, como la mayoría de los informantes, expresa que estos le causan mucho dolor y sufrimiento. Mientras que los síntomas parecen ajenos a sí hasta que “le vienen”, otras consecuencias parecen ser vividas como algo que la toca mucho más de lleno y que le provoca un malestar personal y social:

Sin esto yo hubiera llegado más lejos... hubiera seguido estudiando, hecho un máster. Estoy bien donde estoy, pero sé que hubiera sido mucho más sin esta enfermedad.

Son las consecuencias “físicas” y sociales las que más han mermado su capacidad de hacer y su mundo de posibilidades. No se trata sólo del cuerpo de Irene, sino de lo que el cuerpo de Irene puede o no hacer, según las limitaciones que ella ha encontrado a partir de su problemática, en su entorno, su ambiente o mundo de vida; es la limitación que la acción de Irene sufre cuando ésta intenta extenderse. Como el de Antonella, el cuerpo de Irene no acaba en lo cutáneo, sino que se extiende al afuera, a lo que la rodea, y ese ambiente es lo que merma las condiciones de posibilidad de acción. Las complicaciones que le trae a Irene el estrés está condicionado por el sistema educativo y laboral; las limitaciones en sus momentos de ocio, devienen también por las costumbres propias de nuestra cultura. El malestar se genera por la tensión que entre el exterior y el interior Irene. Ella quiere, pero su enfermedad no; el exterior exige unas cosas que ella no puede darle, como 12 horas de trabajo, lo que la obliga a interrumpir su jornada para escaparse a hacer mini siestas en su coche. Una estrategia si se quiere, que podemos ubicar en la categoría de autoatención (Menéndez 1984) dado que es un cuidado que hace de sí misma fuera del Modelo Médico Hegemónico, e incluso, fuera

del sistema de normas de su trabajo. Acude a terapias alternativas que la relajan y la hacen sentir bien emocionalmente. Aunque es muy disciplinada con su tratamiento psiquiátrico, se ha apoderado de algunas cosas, y ha hecho suyas las cuestiones relacionadas con la dieta y el manejo del estrés.

Aun así, Irene tiene un escenario de posibilidades más amplio del que solemos encontrar en diagnosticados de esquizofrenia, sabe valorarlo y qué debe hacer para conservarlo. Ahora tiene el control y ha pedido a la dietista regímenes más lentos y si tiene sensaciones raras lo arregla comiendo, actuando desde una objetivación propia de sus sensaciones. Ha capturado algunas experiencias corporales y actúa de forma “clandestina” al modelo hegemónico encontrando un mejor estar.

4.5 Nikosia: cuerpo colectivo actuante

Nikosia es una de las primeras emisoras realizadas por personas que han sido diagnosticadas de problemas de salud mental. Es una experiencia que intenta una mirada lateral sobre la locura y busca vías alternativas –y alterativas- en el área para deconstruir el estigma. Nikosia es un umbral, una plaza íntima, un nuevo territorio de escucha y participación social para y con personas afectadas. Su base es la utilización de la radio –y otros medios de comunicación- como medios de expresión, intervención y visualización social, pero a la vez explora otras vías como la del arte, la poesía, la literatura en general en tanto formas de decir y actuar socialmente.¹⁰

A Nikosia la describe uno de sus coordinadores, Martín Correa-Urquiza (2009) como un umbral en el que acontece la liminalidad en tanto suspensión de los nombramientos relativos a la semántica opresora vinculada a la patología, una geografía para el desarrollo de un cierto des-enfermar las identidades.

Sus ocupantes han significado el espacio de la radio desde una resignificación de la locura y por tanto, sus cuerpos y el cuerpo nikosiano emerge ente indivisible que se configura como un todo que actúa al unísono.

La articulación espontánea entre los cuerpos reconfigura un cuerpo individual, social y político colectivo que pone en interacción dialéctica estas entidades, haciéndolas simultáneas, superponiendo y aunando los cuerpos subjetivos con el colectivo. Se dislocan estas entidades para generar nuevas desde otro lugar; el cuerpo nikosiano se pertenece. Desde mi experiencia, he de decir que no me había encontrado nunca tan incluida, incorporada, licuada en un colectivo.

¹⁰ Extracto de la página Web <http://radionikosia.org/>

En Nikosia sucede una inercia que lleva a la construcción de una identidad de grupo que se proyecta en las personas que la integran. La acción colectiva resuena en las individualidades en tanto cuerpo nikosiano que se siente propio porque las moléculas subjetivas se superponen; hace que el hacer sea desde el yo y desde el nosotros; que el cuerpo accione también desde lo pre-objetivo, desde el conocimiento sedimentado en el cuerpo, esa experiencia “embodied” que permite otros modos de comunicación, de relación. Descoyuntar una voz deslegitimada por el estigma para legitimarse desde nuevas identidades, pero también desde el impulso del cuerpo, de la expresión y la creación.

Desde Nikosia la intención es que cada uno, más allá de saberse perteneciente a un determinado grupo, desarrolle un tipo de identidad que le permita reconstruir su estar en el mundo desde ese nuevo lugar, que se promueva la regeneración de una suerte de utilidad, de función, de rol social dentro de la comunidad, que finalmente re-construya en tanto ser social y activo. (Correa-Urquiza 2005: 180)

Si bien Nikosia se dedica principalmente a la comunicación radiofónica, la comunicación verbal, no es la única utilizada. La palabra es viva voz, pero también los abrazos, el cariño, una mirada tranquilizadora, una sonrisa de alegría de alguien que hace tiempo que no te ve, un alarido de felicidad cuando algo bueno sucede al grupo como colectivo, o cuando algo bueno sucede a un miembro del cuerpo. Se permite expresar las emociones de diferentes maneras, desde el barullo por la excitación y la alegría; el espanto porque un tema toca de lleno; posiblemente un llanto o un silencio deprimido cuando algo afecta a uno, y de alguna manera, también al grupo.

No pretendo hacer una representación idealista y alejar cualquier problemática o conflicto de este espacio; las cosas no siempre fluyen con la armonía deseada. En Nikosia también se enfrentan subjetividades, opiniones, pensamientos, sentimientos, emociones, puntos de vistas. Pero el hecho de solventar los conflictos como grupo, llevarlos a una asamblea y dar sostén individual tomando en cuenta la heterogeneidad y la casuística, hace que cada uno pueda exponer la subjetividad sin tapujos, sin sentirse objetivado o significado a partir de preceptos sociales, morales o médicos. Supone que el sujeto, a pesar de la heterogeneidad y la diferencia puede actuar en colectivo, como ente único que camina y se sostiene a base del respeto de las subjetividades.

Sucedan cosas simultáneas en ese espacio. Mientras se hace radio en sala de emisión, llena de ideas y de experiencias que esperan a salir por los micrófonos, el pasillo, adornado con diversos panfletos y pósters activistas, se llena de otros cuerpos con voces

que pululan, que se acercan y que de apoco generan vínculos. Algunos se sostienen más distendidos y armoniosos, y otras veces se quiebran. En la sala principal, con ventana y vista directa a las palmeras de la Plaza Real de Barcelona, se generan conversaciones en paralelo; a veces en torno al tema del programa de ese día, de otras actividades pasadas o futuras, cuestiones personales o invitaciones a compartir o discutir cosas. Todo sucede al mismo tiempo, en un espacio dividido físicamente, pero que forma parte de una misma experiencia. Los cuerpos van y vienen; entran en la sala de emisión, salen, interrumpen el camino con una charla en el pasillo, y llegan hasta al comedor para oxigenar y recibir un poco el aire o fumar unos cuantos cigarrillos, un elemento que a primera vista puede carecer de importancia, pero que forma parte de esas permisividades de Nikosia.

A veces surgen escenas conflictivas, donde “toca poner el cuerpo”, como explica Corre-Urquiza (2009). El simple hecho de permanecer en el espacio, de quedarse y hacer “el aguante” cuando un compañero se descompensa, supone formar parte de lo que sucede, es también interactuar, es comunicar que aunque en silencio, se está. Este tipo de escenas no sólo son vividas como la alteración de un sujeto, sino que es la alteración del espacio y de aquellos que lo ocupan. Bien podría uno levantarse y abandonar; pero la gente se queda, permanece ahí, se hace visible, se queda “en escena”. Esta estancia a pesar de los conflictos, supone un hacer grupal; cuando las cosas van en armonía, la armonía es para el grupo y para el individuo, y cuando algo se rompe, se rompe en todos, se comparten las escisiones y se regeneran de la mejor manera posible, también entre todos.

Cuando algo aqueja a uno de los nikosianos el grupo se preocupa, pregunta, llama, consuela. A veces es necesario sentarse en la mesa de la cocina, el espacio más alejado y privado de la radio que permite cierta intimidad a la conversación, para dar una contención individual que posibilita seguir haciendo en colectivo.

Lograr este espacio de posibilidad compartida, de superposición de experiencias y acciones no sólo es difícil, sino que en otros grupos donde también existe un eje común no siempre sucede.

Los preceptos y los prejuicios, lo objetivado y reflexionado puede ser desarticulado en Nikosia, y entonces surgir desde otros lados, desde otras ópticas y eso es lo que enriquece y alimenta al grupo.

El enfrentamiento existe en algún momento, pero éste es en si mismo parte de la acción de grupo. La discusión o alguna palabra desafortunada se convierte en acción grupal en

tanto el sujeto cuida del grupo, y el grupo del sujeto. Podemos pensar que allí donde uno se enfrenta es donde puede reconocerse y desarrollar la subjetividad y otras identidades (Basaglia 1972). Quizá, es mientras existen discusiones o peleas, que hay una subjetividad otra que permite diferenciarse y actuar aparte de la identidad que se ha desarrollado supeditada a la de enfermo.

Cuando esto sucede la gente se hace cargo, interviene, sostiene la subjetividad de uno, del otro, y del otro. Es de esta manera que se logra mantener la identidad subjetiva actuante del colectivo, como colectivo y simultáneamente la del sujeto.

En Nikosia la locura es un espacio posible, es una parte del todo dice Correa-Urquiza (2005), pero es desde la re-significación de la locura que la persona se siente integrada, acogida, un salir de la identidad de loco, pero a la vez ser loco desde las propias significaciones, dando una vuelta de 180° y convirtiéndose en un poder hacer y un poder ser.

Los cuerpos individuales van formando una rueda que gira y acciona produciendo discursos que se materializan en la emisión de los miércoles por Radio Contrabanda 91,4 fm, en la asamblea de los lunes donde se trabaja desde el consenso o la discusión, y en sus talleres de pintura, cocina, yoga, teatro o percusión. Nikosia es una rueda de manos agarradas; de tanto en tanto alguno se suelta porque lo necesita la persona o el grupo, pero el hueco queda para la vuelta, el lugar que cada uno ocupa es importante, está legitimado.

Los sentimientos y las emociones tienen cabida porque han sido significados desde la interacción dialéctica del cuerpo individual, social y político como grupo, pero también del diálogo que acontece en el cuerpo de cada uno de ellos. Estando en Nikosia se hace un “feeling-thinking” de lo que la locura supone, de lo que el cuerpo es simbólicamente en el mundo (cuerpo social), a la vez que se es un militante que lucha por derribar el estigma, ese muro simbólico que atraviesan de un lado al otro (cuerpo político), y al mismo tiempo, también, se puede simplemente ser y estar (cuerpo individual).

El espacio Nikosia es una utopía en proceso que pone de manifiesto lo humano, lo sensible, lo permeable del cuerpo, comprendiendo el amasijo de órganos que lo integran también como emocionales, desde el corazón que en su carácter simbólico nos traslada a los sentimientos, hasta el hígado o el estómago. Los músculos se permiten mostrarse emocionales, activos y recrear dicha acción como cuerpo individual, social y político, como cuerpo colectivo actuante. En Nikosia se va desnudo, a piel descubierta para curtirla; se permite el roce, el cariño y se es rizoma mismo del cuerpo nikosiano.

Cada tanto reina el caos que renace en creatividad o en un mal rollo, pero son esas acciones las que mantienen con vida hace más de diez años a Nikosia.

No vale ir a mirar a Nikosia sin accionar, hay que participar dice Martín Correa-Urquiza junto con los nikosianos, y cada uno participa desde esa expresión de la subjetividad, desde su cuerpo; se te está permitido exponer, exhibir y practicar, y eso se siente en el momento en que ser nikosiano supone actuar, y convertirlo en carne.

5. Conclusiones

Tanto Antonella como Irene son muy activas, tienen vida social, trabajan o han trabajado, son muy autónomas y no viven con su familia. Pero, hay unas pocas diferencias entre ellas, sobre todo, en relación a la exposición y formas de relacionarse con la enfermedad en relación a los otros. Antonella forma parte de Nikosia y es mucho más crítica con el sistema médico; me comenta que a pesar de haber vivido limitaciones por su diagnóstico, principalmente a nivel social, estos ya no le importa porque ha ganado otras cosas; ya no se avergüenza de su diagnóstico, porque ya “no está sola”. El sentido colectivo, el poder actuar desde la resignificación de la locura, me dice, la ha hecho ser mucho más tolerante y comprensiva con las personas, aceptar la heterogeneidad con más facilidad, y valorar las pequeñas cosas de la vida. Ha pasado a ver su problema como algo que no es sólo de ella sino que también lo tienen los demás, “es problema suyo si no entienden tu realidad” me decía en una ocasión. El sentirse parte de un colectivo que actúa en conjunto le permite sobrepasar el estigma (aunque cree que aún queda mucho por hacer) comprendiendo que ella es mucho más que un diagnóstico. Ya no teme decir su problema, porque éste lo tiene también el afuera, con lo que genera relaciones en las que el problema es compartido y toca poner desde ambas partes para la interacción o la relación, y no sólo ella intentando encajar. Lo que más le preocupa ahora es la maternidad, porque su temor es que la mediación haya perjudicado su cuerpo; sus miedos han cambiado.

En el otro lado tenemos a Irene, una mujer con una gran autonomía y capacidad de acción pero que aún sigue escondiendo su diagnóstico porque “no puedes decirle a nadie lo que tienes, sólo a las personas más allegadas”. Irene se entiende como alguien que tiene una enfermedad, que es normal, pero sigue encontrando una serie de limitaciones que podrían, probablemente, borrarse o reducirse si encontrara un cuerpo

colectivo que la acoja y donde pudiera desarrollarse como en su casa, por ejemplo, donde pregunta a su madre si los pensamientos que tiene son reales o no, porque la “ayuda a razonar que cosas son de la realidad y que cosas no”. Esto la tranquiliza, es una práctica habitual en Irene, incluso estando en el trabajo ha llamado a su madre, como dice ella, “para razonar juntas la paranoia”. Sin embargo, ni en sus salidas con amigas, ni en el trabajo, ni en las clases de cocina, o en el curso de Inglés Irene puede preguntarle a la gente si los pensamientos que le vienen son reales. Es consciente de las limitaciones que aún soporta y le genera un gran malestar y no ha encontrado un espacio en el que poder desplegar su subjetividad o poder ser sincera en relación a las cosas que siente y percibe vinculadas a la sintomatología de la esquizofrenia o los malestares emocionales y sociales que esta le provoca. Se siente cómoda con su madre y el psiquiatra para hablar del tema, nadie más. Esto genera unos niveles de estrés en la madre que a veces es muy difícil de gestionar por la carga de responsabilidad que conlleva, y genera conflictos en las relaciones de todo el núcleo familiar.

Antonella e Irene han hecho propios sus cuerpos, viviendo el dolor de formas diferentes, pero muy suyas y particulares. El caso es que el problema no radicaría sólo en la capacidad de cada uno de hacer propias las experiencias del cuerpo, sino que simultáneamente el mundo de vida sea también agenciado en tanto no escapa a las experiencias corporales, sino que forma parte de ésta. Para hacer propio el mundo de vida, formar parte de un cuerpo colectivo puede resultar productor de “agency” y sobre todo, productor de espacios de posibilidad para desarrollarlo.

La enfermedad se experimenta a través del cuerpo, y éste no es simplemente un objeto físico, sino una parte esencial del yo (Good 1994). Cuando la “enfermedad mental” sucede no sólo cambian cosas en el sujeto sino que cambia el mundo de vida, las relaciones, la cotidianidad. Cuando me refería al dolor crónico como modo de comprender la enfermedad mental, quería poner de relieve como la experiencia de la enfermedad se extiende a las diferentes facetas y roles de la vida. Al mismo tiempo, el sufrimiento que desencadenan los síntomas de la patología así como sus consecuencias relaciones y sociales afectan también a las personas de alrededor. De alguna manera, la intención era mostrar que el cuerpo es ocupado por el sistema experto, e incluso, muchas veces la propia experiencia del afectado.

La identidad de enfermo y las imposibilidades que ésta presenta, es construida también de por esa distinción popular entre el mundo de la realidad objetiva y el de la experiencia subjetiva que provoca estragos en el tratamiento del dolor en el “cuerpo

social” y en el “cuerpo político”, como explica Good (1994), cuando el sujeto se ve inmerso en un mundo que ha cambiado y que no le presta las mismas oportunidades que a los no diagnosticados.

Las narrativas escogidas muestran cómo el dolor es vivido en el cuerpo y cómo esas sensaciones que entendemos como pre-culturales pueden ser resignificadas desde otros lugares cuando el sujeto las hace propias. El trastorno mental suele adherirse a la geografía mental y pocas veces pensamos las consecuencias “corporales” en tanto son y construyen el yo.

A veces la apropiación del cuerpo y su experiencia se da desde el sujeto mismo, prolongándose y extendiéndose a la acción, como es el caso de Antonella y su creación artística. Otras veces, se está a caballo entre la apropiación de la experiencia del cuerpo, pero no poder accionar siempre desde la subjetividad, y tener que esconderse o limitarse por el estigma. Secuestrar la enfermedad para resignificarla puede originarse desde lo colectivo, como es el caso de Nikosia, que posibilita casi una regeneración molecular “gramsciana”, ya que, desde la acción de legitimar la voz y crear un espacio de posibilidad otra, el sujeto adquiere nuevas formas y puede relacionarse con el afuera desde otras identidades.

La acción del sujeto puede cambiar y transformar el espacio, y por tanto lo que puede acontecer en él; otras veces, es el espacio y lo que en éste acontece lo que transforma las posibilidades de acción del sujeto.

El dolor crónico es crónico porque permanece y el sufrimiento de los afectados no culmina en el paliativo de la medicación, o en un programa de reinserción laboral; las aflicciones se perpetúan en las relaciones afectivas, en las posibilidades anuladas o mermadas, en la ausencia de comprensión, o en el sentirse fuera de lo social. El hecho de poder ser sin preceptos morales o sociales, ya sea en casa o en un espacio colectivo o en el afuera, renueva, y estos cambios se hacen manifiestos en la acción que el sujeto puede cometer. Se abre el abanico de la capacidad de acción y se reconstruye un “agency” que habría sido acuartelado por el diagnóstico. Cuando el mundo de vida entra en el laberinto del “pain-full world”, surge la necesidad de detectar el “pain behaviour” para poder trabajarlo y construir terapéuticas que muevan el eje, que dinamicen el estatismo y el estancamiento en la identidad de enfermo que es experimentada desde el diagnosticado y desde aquellos que acompañan a éste en lo cotidiano. Experimentar el dolor del rechazo, la incompreensión y el estigma, es vivido en carne propia pero también en carne amada. Resignificar para la nueva acción o

accionar para resignificar supone un nuevo cambio en el mundo de vida de los afectados. Por ello, la etnografía de la experiencia que proponen Kleinman y Kleinman (1991) es de fundamental importancia en nuestra labor como antropólogos, sobre todo, cuando entendemos la etnografía como dialógica, ya que por su marco epistémico puede resultar como instrumento para la creación de políticas interculturales de promoción para la salud a partir de fundamentos de este método de conocimiento como la reflexividad, el relativismo metodológico y la relación dialógica entre saberes expertos y profanos (Martínez-Hernández 2010). “Cuando el sufrimiento no se alivia, tampoco el relato adquiere autoridad, y el yo se ve amenazado de disolución” (Good 1994: 223). Prestar nuestra metodología que permite un espacio de posibilidad horizontal de escucha y diálogo, puede resultar terapéutico en tanto podría calmar aquellos sufrimientos devenidos de la deslegitimación de las voces afectadas.

Bibliografía

Basaglia, F. (1972) *La Institución Negada: Informe de un Hospital Psiquiátrico*. Buenos Aires: Ed. Corregidor.

Carel, H. (2011) “Phenomenology and its application in medicine”, *Theor Med Bioeth*, 32: 33-46.

Comelles Esteban, J. M. (2013) “De la locura como exceso a la locura como enfermedad”. En AA VV Razón, Locura y Sociedad. Una Mirada a la Historia del Siglo XXI. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría/ 51.

Correa-Urquiza, M. (2005) “Radio Nicosia: Propuestas para una inclusión real que derive en eje de nuevos caminos terapéuticos”. En *Primer Congreso La Salud Mental es Cosa de Todos. El reto de la Atención Comunitaria de la Persona con Trastorno Mental Grave desde los Servicios Sociales*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria de Estado de Servicios Sociales, Familias y discapacidad, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Correa Urquiza, M; Silva, T.; Belloc, M; Martínez Hernández, A. (2006) “La evidencia social del sufrimiento. Salud mental, políticas globales y narrativas locales”, *Revista Quaderns*, 22: 47-69.

Correa Urquiza, M. (2009) *Radio Nicosia: La Rebelión de los Saberes Profanos. (Otras Prácticas, Otros Territorios para la Locura*. Tesis Doctoral. Departament

d'Antropologia, Filosofia i Treball Social. Universitat Rovira i Virgili. Disponible online en Tesis Doctorals en Xarxa, TDX:

<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf?sequence=1> Depósito legal: T-643-2010

Csordas, T. J. (2002) "Body/Meaning/Healing". En Csordas, T. J., *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*. New York: Palgrave Macmillan.

Csordas, T. J. (2004) *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. New York: Cambridge University Press.

DiGiacomo, S. M. (1995) "A Narrative Deconstruction of 'Diagnostic Delay'", *Second Opinion*, 4, 20: 21-39.

DiGiacomo, S. M. (2013) "La Metáfora como Enfermedad: Dilemas Postmodernos en torno a la Representación del Cuerpo, la Mente y el Padecimiento". En Martínez Hernández, Á., Masana, L. y DiGiacomo, S., *Evidencias y Narrativas en la Atención Sanitaria. Una Perspectiva Antropológica*. Tarragona/Porto Alegre: URV Publicaciones y Rede Unida.

Gauchet, M. y Swain, G. (1980) *La Pratique de l'Esprit Humain: L'Institution Asilaire et la Révolution Démocratique*. Paris: Gallimard.

Good, B. J. (2003) [1994] *Medicina, racionalidad y experiencia: Una perspectiva antropológica*. Barcelona: Edicions Bellaterra.

Goffman, E. (1961) *Asylums: Essays in the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. Garden City: Doubleday.

Goffman, E. (2008) [1963] *Estigma: La Identidad Deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gracia Arnaiz M. y Comelles Esteban J. M. (eds.) (2007) *No comerás. Narrativas sobre comida, cuerpo y género en el nuevo milenio*. Barcelona: Icaria.

Huertas Garcia-Alejo (2012) *Historia Cultural de la Psiquiatría: (re)pensar la locura*. Madrid: Catarata.

Jackson, J. (2004) "Chronic pain and the tension between the body as subject and object". En: Csordas, T. J *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. New York: Cambridge University Press.

Kleinman, A. y Kleinman, J. (1991) "Suffering and its Professional Transformation: Toward and Ethnography of Interpersonal Experience". *Culture, Medicine and Psychiatry*, Good, B.J. Ed., 15, 3: 275-301.

- Lantéri-Laura, Georges (1972) “La chronicité dans la psychiatrie française moderne. Note d'histoire théorique et sociale”. *Annales E.S.C.*,27, 3:548-568.
- Léfèbvre, H. (1976) *Espacio y política*. Barcelona: Ediciones Península.
- Lupton D. (ed.) (1999) *Risk and sociocultural theory: new directions and perspectives*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Lupton, D. (1993) “Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health”. *International Journal of Health Services*, 23: 425-35.
- Martínez-Hernández, À. (2009) “Más Allá de la Rehabilitación Psicosocial”, *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1, 1.
- Martínez Hernández, À. (2010) “La Etnografía como Dialógica: Hacia un Modelo Intercultural en la Políticas Sanitarias”. En: Checa y Olmos, F., Arjona Garrido, Á. Y Checa Olmos J. C. (eds.) *Transitar por Espacios Comunes. Inmigración, Salud y Ocio*. Barcelona: Icaria Antrasyt.
- Masana, Lina (2013) *El temps del mal. L'experiència i la gestió de la cronicitat en adults*. Tesis Doctoral. Departament d'Antropologia, Filosofia i Treball Social (DAFITS), Universitat Rovira i Virgili (URV). Disponible online a Tesis Doctorals en Xarxa, TDX: <http://www.tdx.cat/handle/10803/119547>.
- Menéndez, E. L. (1984) “El Modelo Hegemónico: Transacciones y Alternativas Hacia una Fundamentación Teórica del Modelo de Autoatención en Salud”. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3: 83-121
- Pizarnik, A. (1965) *Los Trabajos y las Noches*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Pizza, G. (2005) “Antonio Gramsci y la antropología médica contemporánea. Hegemonía, “capacidad de actuar” (agency) y transformaciones de la persona”. *Revista de Antropología Social*, 14: 14-32.
- Schutz, A. (1967) *The Phenomenology of the Social World*, G. Walsh and F. Lehnert, transo Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Scheper-Hughes, N. y Lock, M. (1987) “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology.” *Medical Anthropology Quarterly*, 1, 1: 6-41.
- Sontag, S. (1980) *La Enfermedad y sus Metáforas*. Barcelona: Muchnik.