

FUERA DE ESCENA: LA LOCURA, LO OBS-CENO
Y EL SENTIDO COMÚN¹

Àngel Martínez-Hernández
Universitat Rovira i Virgili
angel.martinez@urv.cat

Resumen: *En la historia de Europa, la locura ha estado asociada a dos fenómenos: el tránsito y el confinamiento. Aunque aparentemente antagónicos, estos dos fenómenos conforman un estar obs-ceno, entendiendo este término en su sentido etimológico de fuera de escena. En este texto, y tomando como referencia los datos de mi trabajo etnográfico desde la década de los noventa en la red de salud mental de Cataluña, se argumenta que el «estar obs-ceno» se deriva de la especial refracción de la locura con los procesos de hegemonía, persuasión e inculcación que operan habitualmente en la vida social y, en particular, con su opacidad no a la razón, como generalmente se invoca, sino al sentido común entendido como sistema cultural. Esta refracción es la que induce a una gestión de la locura en los sistemas expertos que busca subsumir la vivencia de los afectados en categorías nosológicas previsibles.*

Palabras clave: *locura, obs-cenidad, sentido común, etnografía, biopolítica.*

Offstage: madness, the ob-scene and common sense

Abstract: *Throughout European history, madness has been associated with two states: movement and confinement. These apparently contradictory states converge in an obscene state, in*

¹ Este texto toma como referencia trabajos anteriores (Martínez-Hernández, 1998; Martínez-Hernández, 2000). Una versión en portugués fue presentada como conferencia en el marco del *II Simpósio A vida medicada: biopolítica nos debates contemporâneos* realizado en Florianópolis (Brasil) en agosto de 2012.

the etymological sense of the word: offstage. In this article, based on data from ethnographic work in the Barcelona mental health care network, it is argued that «being ob-scene» results when madness challenges hegemonic social processes of inculcation and persuasion that induce acceptance of behavioral patterns considered appropriate, and lead patients to identify with the interests of therapists. Madness defies not reason, as it is widely supposed, but common sense understood as a cultural system. Its refractory nature leads to the stigmatizing management of madness in expert systems that seeks to subsume the experience of affected persons in predictable nosological categories.

Key words: madness, the ob-scene, common sense, ethnography, biopolitics.

Introducción

En la historia de Europa y de sus procesos civilizadores (y colonizadores) la locura ha venido asociada a dos prácticas sociales: el tránsito y el confinamiento (Martínez Hernández, 2000). La primera de estas adquiere una de sus mejores representaciones en *El Quijote*, donde, como es sabido, el insensato se ve abocado a un error continuo, pues aquello que trata de alcanzar es tan cercano y a la vez tan lejano como la propia fantasía. El confinamiento, por su parte, incluye entre otras modalidades el manicomio como lugar de reclusión de no se sabe a ciencia cierta el qué: ¿la sinrazón, el caos, la falta de sentido común, el desorden, el miedo, la diferencia, la disidencia?, pero que persiste durante siglos como una forma de control social. Aunque aparentemente contradictorios, movimiento y reclusión constituyen dos prácticas sociales que conforman un *estar obs-ceno*, en su sentido etimológico de *fuera de escena*, pues mientras el movimiento se convierte en una salida forzada o voluntaria del juego social, el confinamiento supone una invisibilización y anulación de los derechos de ciudadanía de los afectados.

Como es de esperar, el lazo que une movimiento con reclusión es el mismo que anuda la locura a un saber psiquiátrico que fue considerado «especial» en sus orígenes (Campos Marín, 2001; Comelles,

1988). La psiquiatría es un saber y una práctica sobre la alteridad, aunque con el tiempo esa otredad haya sido difuminada para constituir un territorio de estados de anormalidad tan difuso como débil en su formulación. Estados depresivos y ansiosos, el supuesto riesgo o probabilidad de padecer un trastorno, comportamientos incómodos asociados al juego, la sexualidad, la agresividad o la interacción social, el malestar propio del ciclo de la vida, estados como la pérdida leve de memoria (déficit cognitivo menor), son situaciones, entre muchas otras, que con el tiempo se han convertido en estados tratables para el saber psiquiátrico, tal como se desprende de cualquier revisión histórica (Caponi, 2012), de la implementación más contemporánea del DSM-IV-TR (Apa, 2000) y de los debates previos al aún inédito e inquietante DSM-V (Apa, 2012). Si las biopolíticas de la psicosis fueron siempre un ejercicio de ocultación, las nuevas biopolíticas de las neurosis y de las aflicciones mentales leves son una tarea de persuasión para resolver una supuesta anomalía considerada reversible y en su lugar ubicar una hiper-normalidad que vincule al sujeto a una cultura y economía-política del consumo (Martínez Hernández, 2009a).

En cambio, la «locura» no parece un fenómeno que pueda ser objeto de persuasión, o no al menos en primera instancia. La psicosis es un estado que en la tradición biomédica no se interpreta como susceptible de comprensión, y menos de diálogo, quizá por considerarse como la simple expresión del error del juicio y del pensamiento, tal como indicaba tempranamente Kraepelin (1907). Más bien, suele generar un monólogo en el que terapeutas, familiares y supuestos cuerdos acaban encontrando lo que buscaban: la sinrazón, la imposibilidad de un vínculo social del afectado o las propias nosologías como nociones de verdad que acaban generando una idea de *enfermo total* que requerirá de una *terapia total*².

Con todo, ¿qué es lo que realmente produce esta necesidad de ubicar la locura fuera de escena, como una imagen que no debe ser mirada? ¿Qué se esconde en la acción misma de esconder? ¿Qué se muestra en esta tentativa de invisibilizar estos estados de anormalidad, de negar su palabra? ¿Es algo tan simple como el axioma *kraepeliniano* que el delirio es la expresión del error, o va más allá de esta

2 Para un análisis de la noción de «enfermo total» ver Correa-Urquiza (2010). Para una reflexión sobre el concepto de «terapia total» ver Martínez-Hernández (2009b).

afirmación para involucrar otras disfunciones y cortocircuitos entre la locura y la estructura cultural con sus formas de saber/poder? Este texto alberga como objetivo reflexionar sobre la construcción social de la locura como un objeto *obs-ceno* que no debe ser escuchado, sino que debe ubicarse fuera de la escena social, ya que vulnera la lógica del sentido común en su acepción *geertziana* de naturalización del orden de convenciones culturales. Paradójicamente, y a su vez, esta ocultación de la locura se amplifica con la necesidad de toda política y gestión de la vida de ser también *obs-cena*, de encubrir su voluntad de poder bajo una maraña de naturalizaciones del mundo social que permitan que la vida sentida se convierta en alguna nosología creída y previsible.

En este trabajo trataré de ilustrar cómo la locura se convierte en *obs-cena* por implosionar la lógica de sentido común y aportar algo así como una especie de sinsentido común o antítesis del sentido común hegemónico. Para ello utilizaré datos de mi investigación etnográfica en la red de asistencia en salud mental de Cataluña durante los años noventa del pasado siglo, que ya aparecen reflejados en aportaciones anteriores (Martínez Hernández, 1998; 2000), así como otros datos derivados de mi vinculación posterior como investigador, asesor, experto o miembro de comisiones de la citada red.

La locura y el no-lugar

Como sabemos por diferentes autores³, en el siglo xv emergió como representación pictórica y literaria, a la vez que como anecdótica⁴ y trágica realidad social, la figura de la *stultifera navis* o «Nave de

3 Véanse Rosen (1974) y Foucault (1985). Véase Cabral (2010) para una versión brasileña del curioso *trem dos loucos*.

4 La existencia de la *stultifera navis* como sistema de deportación de los «locos» ha sido un tema ampliamente discutido. En su *Historia de la locura*, Foucault aporta datos, referencias y casos concretos que le permiten afirmar que entre los navíos imaginarios, novelescos y satíricos de la época, «el *Narrenschiff* [Nave de los locos] fue el único que tuvo una existencia real» (1985:21). Esta afirmación ha sido debatida por algunos autores que consideran anecdótica este tipo de práctica (Maher y Maher, 1982). No es el objetivo de este texto discutir el carácter real o alegórico de la *stultifera navis*, ya que, en cualquier caso, resulta una metáfora excelente para mostrar la vinculación cultural de la locura con el tránsito y, a la vez, con el confinamiento.

los locos». Según Foucault (1985), en busca de una supuesta razón perdida los insensatos eran reclusos y obligados a descender los ríos de Renania en dirección a Bélgica, o bien a remontar el Rin hacia el Jura y Besançon. Si bien la evidencia real de esta práctica es bastante incierta y las razones de esta práctica oscuras, Foucault destaca algunas de estas últimas, como el carácter simbólico del agua a la que son confiados los insensatos: el agua es a la vez elemento purificador y representación de la inestabilidad e incertidumbres asociadas a la estulticia. Esta práctica responde a cierta lógica pública, pues no deja de ser una deportación real o imaginada de los locos fuera del espacio de la ciudad, además de una forma sofisticada de confinamiento que ubica a los afectados en la posición del perpetuo pasajero, en la arena de la encrucijada infinita.

Está documentado desde el siglo XIV (Rosen, 1974) que los «locos» que producían altercados públicos o simplemente molestaban en la escena ciudadana, y más aún si se trataba de alienados considerados extranjeros, eran primero reclusos en las «casas de locos» municipales o en los hospitales generales existentes. La Dolhaus del Georhospital de Elbing creada en 1326 o la Tollkiste de Hamburgo de la misma época son ejemplos de casas de locos creadas *ex profeso*. El Hôtel-Dieu de París o el Holy Trinity en Salisbury (Inglaterra) son ejemplos de hospitales generales que cuentan con alienados entre sus pacientes desde el siglo XIV. Desde estos recintos los locos pasaban a ser liberados, reclusos en prisiones u ocasionalmente entregados a la suerte de la navegación.

En algunos casos, las autoridades municipales los confiaban a marineros y mercaderes que eran remunerados por su función de porteadores (Foucault, 1985). Las insólitas mercancías eran abandonadas en los lugares de paso y de mercado en donde podían deambular con cierta libertad hasta que se iniciaba de nuevo el proceso de reclusión y deportación. También podía ser que, siguiendo el modelo de exclusión de la lepra existente durante la Edad Media, fueran segregados a los campos exteriores a las murallas, o que, simplemente, fueran retenidos en los lugares de paso, como en las puertas de las ciudades, retornándolos así al espacio del tránsito, a ese territorio de indefinición tan omnipresente en la modernidad que Marc Augé (1993) ha definido como el *no-lugar*.

Foucault (1985) nos indica que el modelo de control de la locura basado en la exclusión a los lugares de paso tuvo un tiempo limitado de existencia, por lo menos hasta la instauración del manicomio. No obstante, un examen atento nos muestra que algunos elementos de este sistema persistieron. El manicomio instaura un sistema de reclusión sedentario, pero, al igual que la alegoría de la Nave de los locos, supone la concentración de los insensatos en un espacio físico que es purificador y a la vez incierto. El efecto purificador del agua se suple en el asilo con medidas como la llamada *terapia moral* que inauguró Pinel o con tratamientos ideados para la «rehabilitación» del espíritu primero y de la mente más tarde. La incertidumbre, por su parte, ha dejado de representarse ahora con el río de los mil brazos y el mar abierto, pero no ha desaparecido del panorama social, pues el asilo vendrá íntimamente unido en el imaginario a lo irracional, a lo inespereado y también a lo siniestro. Porque, ¿qué es un manicomio, sino una nave de los locos anclada en los confines de la ciudad y despojada de su simbología acuática? Tanto la alegoría de la *stultifera navis* como las casas de locos que proliferaron en los municipios europeos desde el siglo XIV pueden entenderse como las condiciones de posibilidad de lo que Foucault llamó el «gran encierro» (1985).

Otra similitud no menos importante es que el modelo asilar no resuelve el problema errante de la locura, sino que simplemente lo contiene. En los manicomios que aún existen en los países que no han llevado a cabo o completado su proceso de reforma psiquiátrica se observa esta lucha entre el control y la movilidad. Los reclusos pasean por la institución a menudo sin rumbo fijo o con una rutina inflexible, suben y bajan las mismas escaleras veinte o treinta veces al día, van de la habitación al comedor, del comedor a la sala, de la sala al patio, del patio al comedor y del comedor a las habitaciones (Caudill, 1958; Dunham y Kirson, 1960; Goffman, 1988; Ferreira y Martínez-Hernández, 2003). Cuando pasean por el patio caminan de un muro a otro del recinto, cinco veces, diez veces, veinte veces. Se balancean cuando están sentados. Mueven repetitivamente sus piernas, sus manos o sus dedos. Si no pueden moverse físicamente suplen esta falta evadiéndose psicológicamente. Es como si su movimiento físico y su evasión mental reprodujeran el vaivén de la *stultifera navis*.

Los modelos posteriores de deshospitización y desinstitucionalización (Correa *et alii*, 2006) basados en una estructura de dispo-

sitivos diversos que oscilan entre las unidades de psiquiatría de los hospitales generales, donde los pacientes son ingresados durante el tiempo de crisis, y los centros de rehabilitación psicosocial, donde esperan su postergada autonomía, pasando por los hospitales de día y el resto de dispositivos de la red asistencial, no han podido resolver el problema de la movilidad de los afectados —que es también el de su no-pertinencia social y por tanto su atribuida obs-cenidad—. Aunque ya desde los años cincuenta del siglo xx se observa una mayor sofisticación de los tratamientos, fundamentalmente con la entrada en el escenario de los antipsicóticos, el problema del tránsito no solo no ha sido solucionado, sino que incluso se ha acrecentado. La camisa de fuerza que impedía el movimiento de los brazos ha dejado paso a lo que ha sido llamado, creo que con acierto, «camisa de fuerza química» o control medicamentoso (López-Muñoz *et alii*, 2002). Tampoco aparentemente se necesitan ya los muros físicos del asilo, pues los nuevos fármacos generan «muros» neuroquímicos que supuestamente facilitan la contención inhibiendo algunos de los llamados síntomas floridos de la psicosis, como el delirio y las alucinaciones. Sin embargo, este tipo de tratamiento somático, además de producir efectos secundarios adversos (el parkinsonismo en el caso de los antipsicóticos típicos y síndrome metabólico en el de los antipsicóticos atípicos; antes rígidos, ahora obesos), ha permitido un control precario de la locura. Los afectados continúan deambulando de un lugar a otro sin rumbo fijo. Se concentran, curiosamente, en los espacios de tránsito y de no-lugar, como las estaciones de autobuses y de trenes, los centros de las ciudades y los parques. Por otro lado, los profesionales y expertos tratan de encontrar una solución a fenómenos como el llamado *revolving-door*, o puerta giratoria, que no es otra cosa que el proceso continuo de ingreso y alta al que se ven sometidos los afectados. Es como si estuviésemos ante una variación de la exclusión a los territorios de paso, ya estén estos juegos basados en la idea del enfermo como sujeto contaminante, ya estén contruidos a partir de la reiteración de gestos y comportamientos que sedimentan la marginación de los afectados al territorio de la liminaridad social.

Tanto la exclusión a las zonas de paso como el encierro que instaura el manicomio o el modelo de deshospitalización generado en las últimas décadas gracias a la psicofarmacología tienen en común que se llevan a cabo a costa de la conciencia y voluntad del afligido.

Bajo la excusa de la incapacidad mental de los afectados, estos tres modelos se unifican en su capacidad coercitiva. Por ejemplo, es frecuente que bajo el modelo de la deshospitalización no se comunique al afectado el diagnóstico de su enfermedad. El axioma *kraepeliniano* de que la locura viene unida de forma irresoluble a la confusión y al error genera una relación de poder en la que, diga lo que diga o haga lo que haga el afectado, casi todo estará siempre en su contra. Y es que, una vez incluido en el *catálogo de los locos*, el círculo se ha cerrado ante cualquier argumento. En su lugar se dispondrá una práctica tutelada de la vida encaminada a anudar el comportamiento del afectado a una vigilancia moralizadora.

Sentido común y sentido obscuro

Durante aproximadamente un año entrevisté a Babu dos días a la semana con el propósito de elaborar su historia de vida⁵. En aquel momento Babu estaba ingresado en una residencia terapéutica para psicóticos crónicos de Barcelona, en la que convivía con otros veinte pacientes que también fueron, aunque en menor grado, informantes de mi investigación etnográfica. Es importante subrayar que dentro del repertorio de recursos asistenciales para el tratamiento de los afectados, las residencias terapéuticas, junto a los apartamentos asistidos, son entendidas como uno de los niveles más cercanos a la llamada inserción o reinserción dentro de la comunidad, aunque nadie se encargue de definir qué es eso de la «comunidad», ya que aparece a menudo como una idealización lejana a todo pragmatismo basado en el conocimiento empírico de la realidad social⁶. En este contexto,

⁵ Estas entrevistas se realizaban dentro de una investigación más amplia en la red de salud mental de Cataluña y que incluyeron observación y entrevistas en profundidad. El trabajo de campo principal se desarrolló entre 1990 y 1993 en diferentes instituciones de la ciudad de Barcelona que abarcaron la atención hospitalaria, la asistencia ambulatoria y la rehabilitación psicosocial. Posteriormente, y desde entonces, se ha mantenido un seguimiento de los procesos de atención como investigador, asesor o experto de la citada red. Por razones de confidencialidad los nombres de los actores son pseudónimos y la identidad de las instituciones no aparece en escena.

⁶ Ver Canals (1994) para una discusión en profundidad sobre el concepto de comunidad y sus usos en el ámbito sanitario.

Babu y sus compañeros disponían de una mayor libertad de movimientos que en otros dispositivos asistenciales.

La jornada de Babu transcurría entre la residencia en la que vivía y unas horas de dedicación a un taller de rehabilitación que regía la misma fundación que gestionaba la residencia. Se trataba de un taller que combinaba diferentes actividades, como la pintura, la encuadernación y pequeños trabajos de montaje, y que incluía un quiosco/papelería que abría sus puertas al público en general. Babu estaba generalmente al frente de la caja y cara al público. De hecho, una parte importante de las conversaciones que tuvimos se llevaron a cabo en la papelería, así como en un pequeño despacho adjunto habilitado para las entrevistas terapéuticas.

Debo confesar que para Babu, y a veces también para mí, resultaba complicado establecer una distinción entre lo que es una entrevista etnográfica y lo que supone una relación terapéutica. En tanto que yo no soy psiquiatra ni psicólogo, una de las cuestiones que trataba de aclarar desde el principio con los informantes era mi condición de antropólogo o etnógrafo que simplemente quiere saber de ellos, pero en modo alguno realizar un tratamiento psicoterapéutico. Mi punto de vista es que si se diferencia en algo la entrevista clínica de una entrevista etnográfica es precisamente en que en la primera el profesional se posiciona en el papel del saber o supuesto-saber, mientras que en la segunda el investigador adopta una posición más propia del no-saber para poder desvelar los significados nativos. En caso contrario, sería imposible dar cuenta del saber del otro y menos aún aplicar un relativismo metodológico característico de la antropología que permita encontrar un código dependiente no tanto del investigador como del investigado. Si se prefiere, en palabras de un autor como Geertz el objetivo de la antropología «no es dar respuestas a nuestras preguntas más profundas, sino darnos acceso a respuestas dadas por otros» (Geertz, 1987:40).

Sin embargo, y a pesar de las aclaraciones que realicé a Babu y a los informantes sobre cuál era el objetivo de mi trabajo, en la práctica era difícil para ellos establecer una distinción entre una terapia como la psicoanalítica y la entrevista etnográfica. En principio, podemos pensar que existen claras diferencias entre las intervenciones puntuales del psicoanalista orientando la cura y las preguntas más explícitas del etnógrafo encaminadas a la simple consecución de información.

No obstante, al responder a las cuestiones Babu se obligaba a un trabajo de revisión autobiográfica. En este escenario de confusiones se llevaron a cabo las entrevistas. Pero conozcamos un poco su historia.

Babu me contó que era un *konkani* que pertenecía a la minoría católica de la India y que su familia tenía orígenes aristocráticos. También relató que había tenido una infancia marcada por la tortura continua infringida por un padre alcohólico. La tortura consistía en disparar cada noche apuntando a su cabeza de niño una escopeta sin munición, así como en castigos corporales que a la mañana siguiente eran obviados u omitidos por todo el grupo doméstico como si nada hubiese acontecido. De forma semejante a esa lógica que Taussig (1995) ha desmenuzado en sus escritos sobre el papel del silencio y la negación de la tortura en la amplificación y gestión del terror, Babu, sus hermanos y su madre vivían bajo la imprevisibilidad de la tortura y la tortura de la imprevisibilidad.

También me manifestó que fue un niño aplicado en la escuela hasta la edad de quince años en que enfermó de tifus, que tuvo dificultades para relacionarse con las mujeres debido a su timidez y que cuando pudo emigró a Londres con el propósito de estudiar una carrera universitaria. Allí conoció a su esposa, con la que vino posteriormente a residir y a trabajar a una ciudad próxima a Barcelona. Su empleo consistía en ser ejecutivo de una conocida multinacional americana.

A tenor de lo que me explicó, su problema emergió de forma abrupta en Barcelona. De pronto empezó a tener dificultades para concentrarse en el trabajo. A esta dificultad le siguió, según su testimonio, un sentimiento intenso de «depresión» y una «necesidad de quedarse en casa» alejado de todo contacto social y recordando los problemas de tortura de su infancia. El proceso que siguió queda mejor explicado en sus propias palabras:

Me acordaba de las noches de tortura con mi padre. Una vez que le pegó con un látigo a mi hermano en el pene y los disparos en la cabeza, siempre esperando que me matara de una vez y no me mataba. Pensé que, como había sufrido tanto, yo era Jesucristo. A veces había tenido fantasías cuando era niño, como que era un gran futbolista o un tenista y la gente me aclamaba. Que era un gran científico y había hecho un gran descubrimiento o que yo era sueco y había sido adoptado por unos sucios indios.

Ahora pensaba también que yo era muy importante. En el trabajo me iba mal. Tenía muchos nervios y parálisis cerebral, no podía trabajar y tenía que quedarme más tiempo que los demás. Sabía que me querían echar del trabajo, pero yo me puse mal de los nervios antes y cogí la baja.

Los últimos días de trabajo pensaba tonterías, como que los jefes norteamericanos venían a Barcelona y me ponían a mí de director. Mi jefe entonces se ponía a mis pies y me pedía perdón. Todos me alababan. Y la verdad es que cuando paseaba por la oficina me parecía oír voces que me decían [vitoreando]: 'jefe, jefe'. Después pensaba que era el presidente de todas las multinacionales extranjeras en Barcelona y que venían a pedirme trabajo y favores. Cuando iba por la calle creía que las mujeres que vestían de azul y blanco querían ser mis amantes y los hombres vestidos así mis colaboradores. El presidente Bush había bajado de su sillón para darme una oportunidad porque yo era más inteligente. Cuando veía la televisión americana, por satélite, pensaba que se referían a mí porque habían puesto un dispositivo electrónico en mi casa para protegerme de los atentados. Pero ya ser presidente de USA no era suficiente, y entonces tenía que ser rey de todo el mundo, y como yo había sufrido tanto de niño es como si hubiera sido crucificado por mi padre, porque yo nunca he oído una historia como la mía en ninguna parte. Aquello fue terrible, una tortura continua. Después había vuelto a la vida para ayudar a toda la gente. Había dejado de ser Babu para ser Jesucristo.

La experiencia de Babu, aunque íntima y reservada, tenía un impacto importante en su comportamiento en el trabajo y en la relación con sus compañeros. Dificilmente alguien que está convencido de que es el presidente de los Estados Unidos o Jesucristo puede pasar desapercibido en un entorno laboral. Razón por lo que enseguida Babu se vio abocado primero a la perplejidad de sus compañeros y más tarde a su más absoluta marginación hasta su baja por enfermedad y el inicio del tratamiento psiquiátrico.

De hecho, en relatos como los de Babu se observa que uno de los territorios de mayor rechazo del delirio y de las manifestaciones de la locura por extensión es precisamente el contexto laboral, núcleo duro de lo pragmático, que no suele aceptar tales irrupciones. A diferencia de otros contextos culturales donde este tipo de manifestaciones no generan un rechazo social, o al menos no de la misma intensidad o envergadura, en la cultura capitalista del trabajo se sacude rápidamente la locura hacia los márgenes creando una auténtica expulsión de la escena. Evidentemente, esta negación del lugar social es una práctica

social en sí misma, de tal forma que el no-lugar adquiere carácter de lugar, aunque eso sí, un lugar especial, un lugar anudado a una identificación fuerte (las nosologías y sus prácticas derivadas de control de la vida) que reduce, si es que no anula, otras posibilidades de ser y, por tanto, de ciudadanía. Ahora bien, ¿por qué se produce esta exclusión de la escena? Es evidente que la experiencia de Babu adopta formas no aceptadas socialmente, pero ¿contra qué atenta esta experiencia para merecer la condena a la obs-cenidad?

Es un lugar común ubicar la locura en oposición a la razón o incluso a la racionalidad, entendiéndola la primera como cualidad y la segunda como sistematización de esa cualidad. Frente a una idea de «razón» que supuestamente permite una valoración correcta de las cosas, se opondría el defecto del juicio, la confusión de la realidad interna con la externa, la falta de discernimiento de los deseos subjetivos, en fin: la locura como sinrazón. Ahora bien, el problema es que difícilmente podemos entender que algún contexto terapéutico pueda ser la materialización de la racionalidad. Más bien, el análisis de las prácticas de contención, rehabilitación y tratamiento en la mayoría de los contextos nos muestra que la locura parece oponerse más que a esa entidad abstracta llamada razón al plano más cotidiano del sentido común, entendiéndolo éste en los términos que Clifford Geertz utiliza en *Common sense as a cultural system* (Geertz, 1983:73-93).

En el mencionado texto, el antropólogo de Princeton define el sentido común como un sistema cultural que se caracteriza por los siguientes atributos o cuasi-cualidades: la naturalidad, la practicidad, la transparencia, la asistematicidad y la accesibilidad (Geertz, 1983:83). Vale la pena subrayar, aunque pueda parecer obvio, que se trata de atributos que no son de las cosas, sino atribuciones del sentido común a las cosas. Y es precisamente en el juego de atribuciones o no atribuciones, y de interpretaciones de las presencias y ausencias de estas atribuciones, donde parece definirse, a mi juicio, la construcción social de la locura.

Geertz subraya que la cualidad más definitoria del sentido común es la *naturalidad*, entendiéndola esta en su significado de elementalidad y obviedad. Como es de esperar, esta idea de naturalidad no se aplica al terreno de todas las cosas y representaciones, sino que focaliza su atención en determinadas materias que bajo esta luz aparecerán como evidentes. Aunque Geertz no lo indique, no hay que ser muy

perspicaz para interpretar que en el fondo la *naturalidad* es un atributo de cualquier sistema cultural, pues es lo que permite la construcción de lo que este autor ha definido como *el aura de factualidad de los fenómenos* (Geertz, 1987:87); esa condición por la que las representaciones aparecen como inequívocamente reales para los actores sociales. Probablemente una manera de definir tal condición es el principio cultural de que las cosas son como son porque responden a una lógica preestablecida (en tanto que natural) que las legitima.

Si analizamos el relato de Babu, observamos que aparecen claramente dos tipos de registro. En el primero, los acontecimientos se producen con una lógica similar a lo elemental del sentido común: si sufre torturas de su padre es lógico desde esta perspectiva comprender que Babu esté afectado, que tenga problemas para concentrarse o que fantasee en su infancia que era un niño sueco adoptado. Al fin y al cabo, este tipo de fantasías, que Freud llamó una vez «novela familiar» (del neurótico) (*Familienroman*; Freud, 1981:1361), como pensar que se es hijo de otros padres, que se ha sido adoptado y fabular a partir de aquí todo un mundo de relaciones familiares, es probablemente inherente a la capacidad imaginativa y performativa de todo actor social. Pero esa naturalidad de la historia de Babu se quiebra por un segundo registro que se inicia en ese «Los últimos días de trabajo pensaba tonterías...», y que le dirige a pensar que es el presidente de los USA y posteriormente Jesucristo. Lo que se conoce como delirio se opone a la obviedad y naturalidad del sentido común. Lo que alerta a los familiares, afines o compañeros de trabajo de que un actor como Babu se ha trastornado es esa falta de elementalidad o, si se prefiere, de ruptura con el aura de factualidad del sistema cultural. Ante determinadas circunstancias, cabe dentro de las inflexiones del sentido común (o de los sentidos comunes en juego) ver vírgenes y escuchar la voz de Dios o desenmascarar imaginativamente el sentido común hegemónico y su naturalización del mundo, como así se hace desde algunos movimientos artísticos. Sin embargo, si algo caracteriza al delirio es una ruptura subjetiva, donde paradójicamente lo biográfico y lo inaudito se unen para mostrar lo arbitrario que subyace a toda naturalización, para desnudar los artificios de un mundo social de convenciones. Si se prefiere utilizar una jerga estructuralista, es como si el acontecimiento navegase contra toda estructura.

La especificidad de la experiencia de Babu también atenta claramente contra el resto de los atributos del sentido común. Su mundo de ficción, en donde se convierte en jefe de todas las empresas multinacionales norteamericanas de Barcelona, y más tarde en presidente de los Estados Unidos, difícilmente puede guardar sintonía con el principio de *practicidad* (Geertz, 1983). Menos aún podemos acercar la experiencia de Babu a las especiales connotaciones de «astucia» y de «capacidad para hacer prosperar los proyectos» que según Geertz deben interpretarse bajo este atributo (Geertz, 1983:87).

La fabulación de Babu también resulta clave para entender la ausencia en su discurso de otros atributos de sentido común como la *transparencia* (*thinness*; Geertz, 1983:83). Si como dice Geertz, la transparencia puede definirse con el verso de Butler de que «todo es lo que es y no otra cosa» («everything is what it is and not another thing»), el relato de Babu bien puede resumirse en la idea de que «todo no es lo que es, sino otra cosa». Una idea que es aplicable a su mundo subjetivo y a su certidumbre de que él no es quien es (un ejecutivo e ingeniero de una multinacional), sino otra cosa (presidente de los EE.UU., Jesucristo), pero también a su interpretación de la realidad social, puesto que allí también lo que es (transeúntes que visten de azul y blanco) es claramente otra cosa (sus amantes en el caso de las mujeres y sus colaboradores en el caso de los hombres).

Seguidamente tenemos el atributo de la *asistematicidad* (*immethodicalness*; Geertz, 1983:90), que remite, aunque Geertz no lo diga exactamente así, a la flexibilidad de toda aseveración e idea sobre las cosas, a esa elasticidad —y esto sí que lo dice el autor— que se descubre en versos como el de Walt Whitman: «Me contradigo a mí mismo, o sea que me contradigo. Yo contengo multitudes» («I contradict myself, so I contradict myself. I contain multitudes»). Un principio que es antagónico con la experiencia de Babu, ya que el sujeto no pone en cuestión el delirio, sino que lo acata como certeza. Es cierto que esto no es así con la reflexión posterior sobre su propia experiencia, ya que la tensión delirante ha remitido, pero también que la vivencia relatada se caracteriza por la falta de ductilidad, y por tanto por la rigidez del sistema de creencias y convicciones.

Finalmente nos queda la cualidad de la *accesibilidad*, que nos diría algo así como que el sentido común es propiedad general de todos los actores sociales, o al menos de una parte importante de ellos, pues

como nos indica Geertz «cualquier persona con sus facultades razonablemente intactas puede llegar a conclusiones de sentido común» (Geertz, 1994:113). No es gratuito que el propio Geertz (o su sentido común) nos ofrezca esta oposición entre sentido común y locura, aunque solo sea como una anotación apresurada y casi inconsciente. La experiencia de Babu, por ejemplo, pone en evidencia cómo a la comunidad o sociabilidad de los juicios puede oponerse una idiosincrasia que conlleve una dosis importante de inaccesibilidad.

En síntesis, en la locura podemos observar una artificialidad narrativa que se opone a la naturalidad, una fantasía que se contrapone a la practicidad, una codificación que se contradice con la idea de transparencia de los fenómenos, una rigidez que replica a la flexibilidad y asistematicidad necesarias para manejarse cotidianamente y una idiosincrasia que tiende a lo inaccesible. Dicho en otras palabras, situaciones como las de Babu quiebran las bases del sentido común para oponer una especie de *sinsentido común* o *sentido obs-ceno*.

La modificación de este sinsentido es un objetivo fundamental, aunque tácito, de la mayoría de dispositivos asistenciales encargados del tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por una psicosis. Estos recursos actúan como auténticas escuelas de sentido común que tratan de recomponer en los actores el aura de factualidad de las acciones y representaciones sociales para que se conviertan en sujetos solventes desde el punto de vista social; esto es: reproductores del sentido común. En este sentido, estos recursos no pueden escapar a una función moralizante y moralizadora, aunque paradójicamente la mayoría de las terapias se piensen a sí mismas como intervenciones ajenas al mundo social y moral, ya que parten de una epistemología y metodología individualistas para entender las aflicciones humanas. Es por ello que los profesionales en estos casos no suelen buscar estrategias que permitan a los afectados anudar su relato contracorriente del sentido común a una actividad crítica y/o reflexiva, a una función social, por ejemplo, que se derive de su particular visión del mundo.

En el contexto asistencial en el que se encontraba Babu no se favorecía que los afectados desarrollasen su propia visión del mundo, y menos de forma crítica, creativa y reflexiva. Más bien se trataba de que asumiesen y participasen de las convenciones sociales más estereotipadas y normativizadas sin cuestionarlas. De ahí que no se considerase oportuno que los pacientes leyese libros de esoterismo,

se adhiriesen a grupos religiosos minoritarios o reflexionasen sobre problemáticas abstractas, pues este tipo de recursos y actividades se entendían usualmente como amplificadores de la actividad delirante. Sobre este particular observé una curiosa discusión entre una psiquiatra y su paciente derivada de que este último, que había sido diagnosticado de esquizofrenia un año antes, había comenzado a estudiar filosofía en una universidad local. Mientras el afectado explicaba su interés por algunas problemáticas que plantea la filosofía sobre el sentido de la existencia o el ser de las cosas, la profesional le exigía que abandonase este tipo de estudios y se dedicase a otros más apegados a la realidad práctica. De esta manera la terapeuta reconducía al afectado no al terreno de la racionalidad, sino al dominio más elemental, práctico y accesible del sentido común.

Las conversaciones que generalmente se adoptan en las sesiones de terapia grupal también muestran una preferencia nada azarosa por temas considerados prácticos y elementales, como los transportes públicos, cómo conseguir trabajo o el precio de las cosas en el mercado. Este tipo de temáticas son generalmente escogidas por vincularse con la gestión de lo cotidiano y, por tanto, consideradas fundamentales para la rehabilitación de los afectados.

Uno de los objetivos de las terapias grupales es recrear una visión de sentido común que pueda ser compartida por los diferentes individuos que participan en la sesión. Así, se intenta recuperar los pedazos individuales de sentido común de los diferentes participantes para recomponer con ellos un sentido común colectivo que pueda ser asumido individualmente. Por ejemplo, en una sesión monográfica sobre los transportes públicos que realizaron en una de las instituciones donde yo ejercía de investigador, uno de los afectados, Emilio, afirmó que los autobuses de dos pisos no eran seguros y volcaban continuamente, por lo que se negaba a subir en este tipo de vehículos, y más si llevaban números impares, puesto que él nació en un día, mes y año con número par; por tanto, en su lógica par significaba vida e impar muerte. El terapeuta buscó la respuesta crítica en el resto de los afectados, quienes colectivamente introdujeron argumentos como que los ingenieros y fabricantes de autobuses ya tienen en cuenta los requisitos de seguridad a la hora de diseñar los autobuses de dos pisos o que no se tenía noticia de que estos vehículos volcasen más que otros. Pero como en la discusión comenzaron a aparecer argumentos

del tipo «el destino está escrito en los números» o «quién puede asegurarnos que esos autobuses no se volcarán alguna vez», el profesional empezó a insistir en que había que ser prácticos y aceptar que si las cosas son como son, es decir si los autobuses de dos pisos circulan por las ciudades, es por algo. De esta manera el terapeuta orientaba a Emilio a una actitud de asunción del aura de factualidad de las representaciones y artefactos culturales. Frente a la actividad delirante que insistía en decodificar e implosionar convenciones culturales, la voz del terapeuta se erigió como baluarte del sentido común, arrinconando las voces disonantes de los afectados hacia los márgenes de la escena.

Los terapeutas utilizan dos mecanismos para recomponer el sentido común de los afectados. El primero es el sistema explícito de la negociación/coerción con el paciente mediante el uso de lógicas como la de castigo/recompensa. El segundo es la búsqueda de una identificación de los afectados con los juicios de los propios terapeutas, que, como es evidente, representan aquí la voz del sentido común. Hay que subrayar que ambas prácticas son de éxito limitado debido a los sentidos idiosincrásicos anclados en los afectados y su tendencia a eso que ha sido llamado desrealización y que en el fondo consiste en una especie de deconstrucción de los códigos culturales que permiten naturalizar el mundo.

En las sesiones grupales, la táctica de la identificación se lleva a cabo mediante la motivación de los pacientes para que respondan y contradigan aquellas afirmaciones que no son consideradas prácticas y de sentido común, como aseverar taxativamente que los autobuses de dos pisos vuelcan o, como apuntaba otro de los informantes, que hay barcos pagados por el Estado encargados de almacenar homosexuales y disidentes para después abandonarlos en alta mar. Una simple mirada por parte del terapeuta a aquellos pacientes que considera más «recuperados» y que se supone que pueden emitir juicios más próximos al sentido común, puede servir para que estos inicien una serie de comentarios críticos cercanos a las expectativas del terapeuta. De esta manera, se establece entre el conjunto de afectados una jerarquía de proximidades al terapeuta que busca obediencias y también mimetismos. Pero para que ello funcione, el terapeuta tiene que establecer previamente una relación de transferencia o idealización que es absolutamente necesaria para que los afectados se

identifiquen con sus intereses —¿o quizá deberíamos decir deseos?—, pues sin este vínculo difícilmente se puede hacer uso del recurso del «profesional decepcionado» ante los juicios bizarros de los pacientes.

En las sesiones individuales no se puede contar con la ayuda de otros pacientes que ejerzan de voz vicaria de los profesionales, pero sí con los supuestos fragmentos de «sentido común» del afectado, así como con la posición del terapeuta ejerciendo de sujeto y personificación de este sentido. No obstante, es fácil que se quiebre la confianza entre ambos. El profesional insistirá al paciente en que confíe en el tratamiento, en que se deje guiar. El paciente es probable que piense que difícilmente podrá confiar en quien a su vez no confía en él. El usuario novel podrá ser más explícito a la hora de narrar sus experiencias, sus delirios, sus alucinaciones, pero pronto observará que esto supone un alto coste, como el aumento de la medicación, la desconfianza del terapeuta y el pánico de los allegados. Así podrá pasar el tiempo, hasta que el paciente opte por relatar aquello que considera que el terapeuta espera escuchar. Se tratará de dar una imagen de sentido común, de sujeto domesticado que ya no muestra trazas de sentidos *obs-cenos*, que actúa críticamente contra esa experiencia que un día tuvo. Esta es, por ejemplo, la actitud que, según me confesó, Babu tenía con los profesionales. Ya no había confianza, sólo relatos miméticos con las supuestas expectativas del terapeuta. Narrativas colonizadas, de convención, que ocultasen lo inaudito, lo impensable, que permitiesen recuperar un pequeño lugar en la escena social, o ya ni eso, que al menos otorgasen tranquilidad y comodidad en la vida cotidiana. Así, ante la incapacidad manifiesta de crear una hegemonía de sentido común, la persuasión pierde su capacidad como instrumento para dejar paso a una ocultación de la locura que trabajo tanto en el ámbito de las prácticas terapéuticas como en el de los propios afectados.

Es indudable que, para el terapeuta, toda aceptación del sentido común por parte de los usuarios debe surgir de una crítica de los propios delirios y fantasías. La constatación de una mejoría clínica o la más cuestionable «curación» de la psicosis pasan por el reconocimiento por parte del profesional de que se asumen juicios de sentido común y de que estos se materializan en prácticas cotidianas como coger el autobús, mantener la higiene personal y plantearse metas alcanzables. Además, claro está, de constatar que el afectado ha supera-

do su tendencia al delirio y a la desrealización. En realidad, los centros asistenciales se convierten en escenarios de continua lucha entre la desculturalización propia de la locura y el sentido común. Una desculturalización que reafirma a los profesionales en el sentido común y un sentido común que demuestra la arbitrariedad de su estructura cuando se opone a la desculturalización. De ahí, probablemente, tanto la imagen de genialidad y sutileza crítica de la locura contra el orden establecido, como gran parte de las críticas a los tratamientos psiquiátricos como sistemas coercitivos.

A modo de conclusión

La locura es una voz *fuera de escena* en nuestros contextos sociales y terapéuticos. Como un relato que debe ser domesticado, el delirio tiende a ocultarse mediante procedimientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos para que resurja depurado y adaptado al sentido común. Esta tarea, sin embargo, orienta con frecuencia a una cadena de fracasos, básicamente porque la locura es refractaria a los procesos de hegemonía, inculcación y persuasión y, no solo eso, sus características permiten generar una implosión del sentido común al oponer a éste quasi-cualidades antagónicas como la artificialidad, la impracticidad, la codificación, la rigidez de las certezas y, también, la inaccesibilidad. Es por ello que la gestión de este tipo de aflicciones consume a usuarios, profesionales y familiares al disponerlos en un espacio tensionado entre el sentido común y los sentidos idiosincrásicos de los afectados.

La locura es temida por desvelar la naturaleza artificiosa del sentido común, incluyendo el artificio más fundamental: su naturalización. No hay lugar para una función social de la locura, por ejemplo, para repensar lo arbitrario de nuestro mundo social. Eso significaría una aceptación de la locura como parte de la escena, como recurso con sentido y también «consentido». Sin embargo, la mayoría de las estrategias terapéuticas no buscan dialogar o dar espacio al relato psicótico, sino domarlo como una anomalía, domesticarlo; aunque el éxito de esa misión sea siempre escaso. Como resultado se promueve una política ciega de (y sobre) la vida que, mientras reproduce modelos de «terapia total», mitiga la posibilidad de diálogo y de escucha social. Así, se facilita el énfasis del *management* frente a la narrativa, de la no-

sología frente a la experiencia, de la identificación burocrática sobre la identidad vivida⁷. También de la preeminencia de las retóricas de la evidencia, con su capacidad objetivadora de las aflicciones humanas mediante nosologías, categorías, criterios diagnósticos, hipótesis re- duccionistas y tratamientos posibles, sobre aquello que es en última instancia lo más evidente: el sufrimiento.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mis informantes, tanto usuarios como profesiona- les, su colaboración para ser entrevistados. También la lectura atenta del texto por parte de C. Mendoza y de Lina Masana. Este artículo se ha redactado con ayuda de los proyectos MICINN CSO2009-08432, CSO2012-33841 y *Fundació La Marató* de TV3 090730/31.

Bibliografía

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2000). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2012). *Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5-Development*. <<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>>.
- AUGÉ, Marc (1993). *Los «no lugares» espacios del anonimato. Una antropología de la sobremodernidad*. Barcelona: Gedisa.
- BELLOC, Marcio (2011). *Homem sem história. A narrativa como criação de cidadania*. Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili. <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/32220/HOMEM-SEM-HIST%C3%93RIA%20-%20Marcio%20Mariath%20Belloc.pdf?sequence=1>>.

⁷ Los conceptos de «identidad» e «identificación» son aquí utilizados como una variación y adaptación de las nociones desarrolladas por Terradas (2004) de identidad vivida e identificación política. Esta última puede entenderse como una alienación de la vida, «la reducción y conversión abstracta de una memoria de vida en un signo de pertinencia o estigma político» (CITA). Ver la aplicación de estos conceptos al campo de la salud mental en Mercadé (2011).

- CABRAL, Karol (2011). *Artesãos da saúde. Saúde mental e participação social em Porto Alegre*. Tesis de doctorado. Universitat Rovira i Virgili. <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/32218/tesi.pdf?sequence=1>>.
- CAMPOS MARÍN, Ricardo (2001). «De la higiene del aislamiento a la higiene de la libertad. La reforma de la institución manicomial en Francia (1860-1940)». *Frenia* Vol 1(1): 37-64.
- CANALS, Josep (1994). «La reconstrucción imaginaria de la comunidad: consideraciones sobre un tópico del reformismo sanitario». *Jano*. Vol. XLVI N° 1073.
- CAUDILL, William A. (1958). *The Psychiatric Hospital as a Small Society*. Cambridge: Harvard University Press.
- COMELLES, Josep Maria (1988). *La razón y la sinrazón*. Barcelona: PPU.
- CORREA-URQUIZA, Martín (2010). *Radio Nikosia: la rebelión de los saberes profanos*. Tesis de doctorado, Universitat Rovira i Virgili. <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8437/Tesi.pdf;jsessionid=6F6D93792EBOADA176706603C5A8F2E7.tdx2?sequence=1>>.
- DUNHAM, Warren.; WINBERG, Kirson. (1960). *The Culture of the State Mental Hospital*. Detroit: Wayne State University.
- FERREIRA, LM; MARTÍNEZ HERNÁEZ, Àngel (2003) «Ulises, Greta y otras vidas. Tiempo, espacio y confinamiento en un hospital psiquiátrico del Sur de Brasil». *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria* (3):1:59-70.
- FOUCAULT, Michel (1985). *Historia de la locura en la época clásica*. México: FCE.
- FOUCAULT, Michel (1999). *Les anormaux. Course at the Collège de France (1974-1975)*. París: Gallimard- Seuil.
- FREUD, Sigmund (1981) «La novela familiar del neurotico». *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, p. 1361-3.
- GEERTZ, Clifford (1983) *Local Knowledge. Further Essays in Interpretive Anthropology*. New York: Basic Books.
- GEERTZ, Clifford (1987). *La interpretación de las culturas*. Barcelona: Gedisa.
- GOFFMAN, Erving (1988). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- KRAEPELIN, Emil (1907) *Clinical Psychiatry. A Text book for students and physicians*. New York: Macmillan Company.

- LÓPEZ-MUÑOZ, FRANCISCO; ÁLAMO, Cecilio; CUENCA, Eduardo (2002). «Aspectos históricos del descubrimiento y de la introducción clínica de la Clorpromazina: Medio siglo de psicofarmacología». *Frenia* II-I, p. 77-107.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Àngel (1998). «Antropología versus Psiquiatría. El síntoma y sus interpretaciones». *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. XVIII, n.º 68, p. 645-659.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Àngel (2000). *¿Has visto cómo llora un cerezo? Pasos hacia una antropología de la esquizofrenia*. Barcelona: Publicacions de la Universitat de Barcelona.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Àngel (2009a). «Cuerpos fantasmales en la urge global». *Fractal: Revista de Psicología*. Vol.21 (2), p. 223-236.
- MARTÍNEZ-HERNÁEZ, Àngel (2009b). «Más allá de la rehabilitación psicosocial». *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1).
- MAHER, W.B. Y MAHER B. (1982). «The ship of fools: Stultifera Navis or ignis fatuus?». *American Psychologist*, Vol 37(7), p. 756-761.
- MERCADÉ I GARCÍA, Òscar. (2011). *Identitat cultural versus identificació política: saber psiquiàtric i itineraris d'afllicció*. Màster Oficial en Antropologia i Etnografia, Universitat de Barcelona. <<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/19222/1/Identitat%20cultural%20versus%20identificaci%C3%B3%20pol%C3%ADtica.pdf>>.
- ROSEN, George (1974). *Locura y sociedad*. Madrid: Alianza.
- TERRADAS, Ignasi (2004). «La contradicción entre identidad vivida e identificación jurídico-política». *Quaderns de l'Institut Català d'Antropologia*, 20: 63-79.
- TAUSSIG, Michael (1995). *Un gigante en convulsiones. El mundo humano como sistema nervioso en emergencia permanente*. Barcelona: Gedisa.