

## **La Enfermedad Mental Grave de Galicia: una ONG gallega de enfermos mentales y sus familiares analizada desde una perspectiva antropológica<sup>1</sup>.**

Manuel Torres Cubeiro  
[mtcubeiro@edu.xunta.es](mailto:mtcubeiro@edu.xunta.es)

**PALABRAS CLAVE:** enfermedad mental grave, esquizofrenia, cooperantes, biografías, asociación enfermos mentales, Galicia.

### **ABSTRACT.**

Tras tres años de investigación-participación en una asociación de Enfermos Mentales (mayoritariamente esquizofrénicos) en una villa costera de Galicia, se presentan en esta comunicación las conclusiones preliminares del estudio. El artículo se centra en el análisis del trabajo de los cooperantes en esta asociación que desarrolla uno de los déficits del sistema sanitario gallego: la atención a los enfermos con una patología psiquiátrica grave. Se presentan las biografías de varios miembros de esta organización (tres usuarios, tres familiares, y tres gestores-voluntarios) y se analizan los componentes esenciales de la cultura de su organización, presentando a continuación las conclusiones preliminares del estudio.

### **INTRODUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO**

Durante los años del Franquismo en Galicia, al igual que en el resto de España, las Enfermedades Mentales Graves, no se encontraban bajo la cobertura de la Seguridad Social. Existían varias formas complementarias entre sí de afrontar una problemática que hoy denominaríamos psiquiátrica en Galicia en aquella época: primero, la beneficencia a través de las Diputaciones provinciales con un Hospital Psiquiátrico para pobres más o menos en cada Provincia (por ejemplo, el tradicional manicomio de Conxo en Santiago para A Coruña); segundo, la psiquiatría privada en las capitales de provincia con Clínicas y Consultas de diferentes precios en villas, ciudades y capitales comárcales (en Santiago la tradicional clínica de reposo “Los Robles”); en tercer lugar, los curanderos de la medicina popular gallega con Romerías específicas y rituales elaborados para el “meigallo” y otras dolencias (“O Corpiño” cerca de Lalín es un buen ejemplo); y finalmente, las celdas domésticas o tratamientos “caseros” de diversa índole para solventar crisis puntuales o situaciones más o menos permanentes<sup>2</sup>.

Con la llegada de la Democracia, en eso que tradicionalmente denominamos Transición, los cuatro “tratamientos” para las Enfermedades Mentales Graves (EMG) que acabo de nombrar han ido evolucionando al hilo de tres cambios esenciales: primero, por ley, la psiquiatría pasó a formar parte de la cobertura oficial de la

---

<sup>1</sup> La información aquí presentada forma parte de una futura tesis doctoral con el título: “Orden social y locura en Galicia” dirigida por Juan Luis Pintos en la Universidad de Santiago de Compostela. Parte de los datos aquí presentado fueron elaborados para una claras en la University of Townsville, Australia.

<sup>2</sup> González-Comelles 2000.

Seguridad Social<sup>3</sup>; segundo, los tratamientos para las EMG se hicieron universalmente farmacológicos y pagados o subvencionados con fondos públicos; y finalmente, los hospitales psiquiátricos dejaron de ser para estancias largas o de por vida, convirtiéndose en centros de internamiento para las crisis. La unión de estos tres cambios es lo que se ha denominado Reforma Psiquiátrica<sup>4</sup>.

La Reforma Psiquiátrica ha traído como consecuencia la “liberación” de las personas con un diagnóstico de EMG de los antiguos manicomios. Desde principio de los años 90 han comenzado a surgir en España y en Galicia, asociaciones de familiares y enfermos mentales. Sus funciones son múltiples y complejas, pero básicamente responden a las necesidades que los Enfermos mentales y sus familias tienen, y que no encuentran respuesta en las diferentes instituciones ya existentes. “A Pégola”<sup>5</sup> es una de ellas, mi investigación describe *el sentido-significado*, que en este contexto socio legal se construye en su interior, *de la Enfermedad Mental Grave*.

## **PLATEAMIENTO TEÓRICO**

Cito a continuación los elementos teóricos esenciales sobre los que se está construyendo esta investigación.

**Antropología Médica Aplicada.** La Antropología aplicada consiste en el uso de “datos, perspectivas, teoría y métodos antropológicos para identificar, evaluar y resolver problemas sociales”<sup>6</sup>; en los Estados Unidos e Inglaterra los antropólogos aplicados son “aquellos antropólogos empleados por agencias u organizaciones involucradas en inducir cambios en pro del bienestar humano”<sup>7</sup>. Por antropología aplicada se entiende entonces todo en lo que los antropólogos no sólo investigan sino realizan “funciones prácticas, ya sea como responsables directos o indirectos de la aplicación de medidas de intervención en problemas sociales, en ámbitos relacionados con la aplicación práctica de conocimientos y métodos antropológicos”<sup>8</sup>. La antropología médica aplicada<sup>9</sup> se desarrolló inicialmente en EEUU, Canadá y varios países de Latinoamérica en la colaboración entre medicina y antropología<sup>10</sup> para el despliegue de programas de salud comunitaria en minorías étnicas y culturales. El objetivo era usar el conocimiento de lo

---

<sup>3</sup> García García 2000.

<sup>4</sup> García-Espino-Lara 1998; Montero 1990; Pérez 2006.

<sup>5</sup> Nombre ficticio por razones de confidencialidad de la Asociación de Familiares de Enfermos Mentales en una villa costera de Galicia donde se han obtenido los datos para este artículo y para la futura tesis doctoral en la que se basa (bajo la dirección de Juan Luis Pintos de Cea-Naharro en el Departamento de Sociología de la Universidad de Santiago de Compostela).

<sup>6</sup> Kottak 2000: 28.

<sup>7</sup> Bennet 1996: 25.

<sup>8</sup> Cadenas Ramos 2005: 1.

<sup>9</sup> Entre otros muchos puede verse: Scheper-Hughes-Lock 1990.

<sup>10</sup> Comelles-Martínez 1993.

local y cultural de la antropología para aplicar con sentido los conocimientos de la medicina.

**Galicia y complejidad socio-cultural.** Galicia es una sociedad compleja, influida e influyente en los procesos de cambio global de la sociedad de nuestros días. La sociedad tradicional campesina y ganadera gallega ha ido haciéndose, si no lo era ya, una sociedad compleja, con una buena cantidad de elementos componentes de difícil descripción en su conjunto. La teoría antropológica clásica tiene tres pilares teóricos entrelazados: primero, el concepto de cultura como un todo integrado (holismo cultural); segundo, el relativismo cultural como profilaxis frente al etnocentrismo que hace de cada visión del mundo la única válida; y finalmente, el método de observación participación como propuesta teórico con la que obtener datos en el contacto cultural con el objeto de estudio antropológico<sup>11</sup>. Teniendo en cuenta la complejidad social contemporánea de la Galicia del siglo XXI, nuestra investigación se basa en estos conceptos clásicos de la antropología filtrados a través del concepto de sociedad compleja articulado por el sociólogo alemán Niklas Luhmann<sup>12</sup>.

### **Método: Vivir la EMG en Galicia.**

En nuestra investigación nos planteamos responder a la siguiente pregunta: ¿Cómo se construye y vive la EMG en Galicia en el siglo XXI? Para ello consideramos imprescindible una recogida de datos donde el elemento dinámico temporal de desarrollo juegue un papel prioritario, al menos en dos sentidos.

Primero, en el sentido histórico del propio desarrollo en el tiempo de la sociedad gallega; y segundo, en un sentido más individual y biográfico. Nos interesaba por lo tanto recoger biografías de personas relacionadas con la EMG, y los dividimos en tres claros grupos: 1. Personas diagnosticadas con una EMG; 2. Familiares o amigos de una persona diagnosticada con una EMG; y finalmente, 3. Profesionales de distintas índole encargados de la gestión socio médica de personas con un diagnóstico de EMG (médicos, cuidadores, voluntarios, psicólogos, enfermeros, etc...). Para recabar datos nos decidimos, dado el contexto asistencial descrito brevemente en la introducción, por una Asociación de Familiares y Enfermos mentales en una villa gallega costera: la asociación “A Pérgola”.

---

<sup>11</sup> En sentido estricto no considero se pueda llamar método a la observación participante, es sin embargo una clara propuesta teórica. El carácter mitológico que adquirió esta supuesta forma de obtención objetiva de datos es una buena razón en contra (puede releerse en este sentido, toda la crítica al método clásico que antropólogos como Geertz, Marcus, Clifford o Rabinow plantearon desde los años 80 del siglo XX), pero no es desde luego la única (véase en este sentido toda la crítica desde la metodología de: Denzin 1995).

<sup>12</sup> Luhmann 2007.

Desde septiembre de 2005 he colaborado activamente en la vida de la asociación: primero, impartiendo un taller de aprendizaje del Inglés a los usuarios de la asociación; segundo, durante los periodos estivales he asistido y participado en todas las actividades diarias llevadas a cabo en el interior de la asociación. Estos dos primeros elementos del procedimiento de recogida de datos nos han permitido establecer un buen vínculo con todos los participantes en la vida diaria de la asociación durante tres años, así como conocer los detalles del funcionamiento interno de la misma.

Pero además se han realizado entrevistas formales abiertas durante estos tres años a miembros de los tres colectivos antes señalados, directa o indirectamente relacionados con la asociación. Directamente relacionados con la asociación se han realizado entrevistas biográficas a familiares, usuarios y trabajadores de la asociación, tanto en sus casas, como en locales de la asociación o públicos. El hilo conductor ha sido en cada entrevista doble, por un lado la propia biografía del entrevistado, y por otro, la vivencia de su relación con la EMG a lo largo del tiempo. Pero también se han realizados entrevistas a muchas personas relacionadas indirectamente con la asociación: informáticos del INSALUD que están implantando la historia clínica digital, presidentes y usuarios de otras asociaciones similares, trabajadores, psiquiatras de otros servicios en Galicia, y un largo etcétera hasta un total de más de sesenta entrevistas de al menos dos sesiones cada una.

### **DESCRIPCIÓN DE LA ASOCIACIÓN “A PÉRGOLA”.**

**Historia y recursos:** La asociación A Pérgola surge hace 15 años al reunirse familiares de enfermos mentales de la comarca en torno a una misma problemática. Los aglutinadores, además del inicio de la Reforma psiquiátrica que “libera” a los EMG del manicomio, son varios: una unidad de atención a la drogodependencia gestionada desde el Concello; los trabajadores sociales del mismo Concello; psiquiatras y trabajadores concienciados, y un conjunto de madres y familiares con un déficit de servicios. Poco después comienzan a andar en función de dos iniciativas importantes en su historia: la cesión por el parte del ayuntamiento de un local y la “contratación” de una psicóloga clínica (Mercedes) que “organizará” durante los años siguientes la asociación.

Durante los primeros once años de vida de la asociación se van captando subvenciones de la administración autonómica gallega y nacional que han ido permitiendo; primero, contratar un total de quince personas: cinco jefes de talleres (tres de ellos ejercen también funciones de conductores de las tres furgonetas de la asociación), cuatro psicólogas y una pedagoga (que colaboran en talleres de re-

educación y en diversas funciones), una asistente social, un cocinero y conductor, y dos supervisoras de los pisos tutelado. Cuentan además con personal voluntario colaborador y personal en prácticas de diferentes escuelas de las universidades gallegas (psicología, trabajo social, psiquiatría, logopedia, etc.). Pero además se han ido generando recursos suficientes para gestionar en estos últimos cuatro años: un local propio para el Hospital de Día y Centro de Rehabilitación construido hace cinco años en unos terrenos cedidos por el Ayuntamiento a las afueras de la villa; tres pisos tutelados (dos para hombres, uno para mujeres, y otro piso más para mujeres será abierto en breve) con catorce usuarios viviendo “independientes” supervisados varias veces al día; un nuevo local en una casa cedida en otro Ayuntamiento a unos cincuenta kilómetros de la villa del primer centro, pero en la misma comarca; y finalmente, se han podido comprar cuatro vehículos para llevar y traer cada día a los 45 usuarios de los dos centros en los dos Ayuntamientos donde funciona la asociación. Cubriendo así toda una región geográfica muy amplia y una población total de casi 80.000 habitantes.

**Estructura:** A Pégola es una Organización No Gubernamental con una estructura asociativa típica. Tiene un órgano directivo en el que están representados todos los colectivos que la componen: lo preside un psiquiatra colaborador y buen conocedor de la problemática y de los usuarios. Forman parte del órgano rector varias madres de usuarios y algunos trabajadores, con Mercedes a la cabeza.

Además de esta estructura asociativa formal, la asociación cuenta con un vínculo histórico muy fuerte con la Unidad de Salud Mental local. Los psiquiatras, enfermeras, trabajadores sociales y bedeles trabajan en estrecha relación con la asociación en una relación diaria en el seguimiento de los casos, el control, prescripción y administración de la medicación. Existe en la misma villa una Unidad de tratamiento de las toxicomanías, de las más antiguas de Galicia, con la que la asociación mantiene también un trato constante.

**Vida diaria:** De los tres pisos tutelados o del lugar de residencia, cuarenta y cinco usuarios de la asociación en las furgonetas que los van recogiendo se dirigen cada mañana de los días laborales a los dos locales u hospitales del día de la asociación. Tras un viaje de hasta una hora para algunos, llegan sobre las diez de la mañana y se van distribuyendo por los diferentes talleres que estos centros de rehabilitación tienen, con supervisores y voluntarios o personal en prácticas: enmarcado, cestería, telares, taller textil, bolsas, cuero, etc. Durante cuatro mañanas de lunes a jueves, y hasta cerca de la una de la tarde trabajan en la fabricación de pequeños objetos encargados que luego se

venden en la feria semanal de la villa. Tras una pausa para comer algo y fumar, se distribuyen los usuarios a lo largo de la semana y en función de la disponibilidad de personal, por distintos tipos de talleres o escuelas: salidas a la piscina local, taller de reeducación, taller de auto-cocimiento y auto estima, taller de educación en la enfermedad, taller de psico-motricidad, taller de logopedia. Una vez al mes tiene también lugar una escuela de familias.

Cada día, cuando toca, algunos usuarios han de ir a la unidad de salud mental (USM) para revisar dosis y tratamiento. El tratamiento es más o menos administrado desde la asociación en colaboración, con la USM, los familiares y dependiendo del estado en cada momento de los usuarios. A través de las reuniones formales semanales, de talleres con los usuarios, y de los encuentros en los pasillos los trabajadores de la asociación mantienen un intercambio constante de información sobre la evolución diaria de cada usuario y sus familias, adaptándose a los cambios, crisis y evolución de cada uno de los usuarios.

**Financiación y pagos:** Cada miembro de la asociación paga una cuota, mayor o menor en función del uso o no de las furgonetas de transporte y de la pensión que cobre. Además los usuarios de los pisos pagan una cuota más amplia en la que va incluida la comida. Las pensiones, mayoritariamente no contributivas, son administradas generalmente por las familias, y los usuarios reciben pagas de la propia asociación (en función de los ingresos por los talleres o subvenciones) varias veces al año.

**Nueve HISTORIAS, Nueve VIDAS con la EMG en Galicia.**

**Trabajadores-Voluntarios: los gestores de la EMG en A Pégola.**

La mayor parte de los trabajadores contratados por la asociación son mujeres, igual que la mayor parte de las voluntarias con las que he tenido contacto a lo largo de los años. Presento el resumen de las biografías de tres personas, **Mercedes** es la directora y casi fundadora de la asociación; **Melchor** es un médico psiquiatra ya jubilado que durante años trabajó en los tribunales a los que los miembros de la Pégola tenían que acudir para obtener su certificación de minusvalía para cobrar una Pensión No Contributiva; y finalmente **Montse**, una enfermera que trabaja en un hospital donde acuden en sus ingresos los enfermos de A Pégola. Son sólo una muestra de las biografías que ido recogiendo para recomponer y poder describir analíticamente la cultura de la asociación. Por supuesto todos los nombres, y la mayor parte de los datos que podrían ser utilizados para identificar a estas personas, han sido convenientemente modificados.

**Mercedes** es psicóloga, esta casada, sin hijos, y tiene 42 años. Tras estudiar en Santiago se forma, ante la ausencia de salidas laborales, como psicóloga voluntaria en un Hospital General, al mismo tiempo que ejerce la privada, especializándose en clínica infantil y juvenil. Tras cuatro años de voluntariado en el Hospital inicia un curso de rehabilitación de crónicos, y al mismo tiempo, A Pégola se pone en contacto con ella para poner en marcha un Hospital de día en un pequeño pueblo de la costa. Desde hace trece años trabaja en el Hospital de día, abandonando progresivamente la práctica privada con el crecimiento de la asociación. Es desde hace años la directora de la Asociación.

**Melchor** tiene 61 años, es un psiquiatra jubilado, casado con tres hijos. Melchor estudió medicina en dos universidades españolas durante la posguerra y el franquismo. La especialización en psiquiatría la hace en Madrid con López Ibor y Vallejo Nájera, y en una clínica privada en Galicia con un psiquiatra “represaliado” por la psiquiatría franquista. Antes de instalarse en una de las grandes ciudades gallegas como Inspector Médico y Psiquiatra de la Casa del Mar ejerce de médico en un barco, en Guinea y en las Islas Canarias. Abre varias consultas privadas, al mismo tiempo que participa como voluntario en diversas ONG’s. Tras muchos años como “burócrata” en la pública se jubila por incapacidad al serle diagnosticado Parkinson (padece además un Trastorno Bipolar o psicosis maníaco depresiva). Durante muchos años trabajó en los tribunales de inspección médica que otorgaban el grado de invalidez necesario para optar a pensiones no contributivas que todos los usuarios de A Pégola perciben. Participa desde años como miembro en una asociación de enfermos de Parkinson.

**Montse** es una enfermera soltera de 43 años. Vive con su hermano cerca de la unidad de salud en la que trabaja y donde son ingresados muchos de los Enfermos de A Pégola. Trabaja en una Unidad de Agudos de uno de los Hospitales más emblemáticos de Galicia. Es hija de un funcionario de la administración local, estudió enfermería en Santiago y fue contratada por un contacto de su padre en la plaza que ocupa. Su llegada a la psiquiatría fue y sigue siendo traumática, no le había gustado en las rotaciones, su vacación eran las unidades de cuidados intensivos. Su biografía está enmarcada en los cambios de organización de la psiquiatría en Galicia, pasando por distintas Unidades dentro del mismo hospital.

### **Los familiares de A Pégola:**

La asociación A Pégola surge hace unos 15 años cuando unas madres de EMG coinciden en una problemática similar en los pueblos de la esta comarca, en las salas de

espera de las consultas de los psiquiatras, en las paradas de autobuses, etc.... Aunque he estado en muchas casas de los usuarios, no me he entrevistado ni con un sólo varón familiar de enfermo mental de esta asociación, donde el cien por cien de las que acuden sistemáticamente a las reuniones y forman parte “activa” en la directiva de la organización son mujeres<sup>13</sup>. Presento a continuación la biografía resumida de tres madres de usuarios de A Pégola: **Fiona** es la madre de uno de los primeros usuarios de la asociación, con una larga historia de decepciones y contratiempos para sobrevivir a la enfermedad de su hijo; **Frida** es la progenitora de un hombre joven que comenzó hace poco con un diagnóstico de una EMG acompañado de algo común en la enfermedad mental, una toxicomanía; y **Fulgencia** es la madre de Eladia, de la que presentamos también un esquema de su biografía más adelante.

**Fiona** tiene 70 años. Vive, nació y crió a sus hijos en la misma villa costera donde denuncia la falta de recursos para paliar los problemas del contrabando de drogas (una de las villas con más tradición y casos de contrabando de estupefacientes de Galicia). Su marido está enfermo de las piernas, y, dice, es “un cero a la izquierda”: quien ha tenido que tomar todas las decisiones y llevar los pantalones es ella. Su hijo y usuario de A Pégola estudió una carrera Universitaria, no así sus otros hijos, porque él era muy listo. Estuvo internado en Santiago durante años, y algo le debió pasar en el internado religioso en el que con esfuerzos le tuvieron. Su marido estuvo siempre embarcado hasta que hace unos 20 años dijo que no seguía y ella tuvo que comenzar a vender las tierras de la herencia para sacar la familia adelante. Tras la carrera parece que su hijo comenzó una carrera típica de toxicómano, con robos en la casa, desapariciones durante largas temporadas, e intentos de abandonar la droga esporádicos. Tras unos años de sufrimiento, su hijo se fue a vivir y trabajar al norte de Europa donde se casó y tuvo una hija. Vinieron unos años de relativa tranquilidad hasta que tuvo que traérselo desde un manicomio en Tailandia para volver a vivir en casa. Al no poder convivir juntos, y comenzar entonces a funcionar la asociación A Pégola Fiona me relata cómo su hijo ha pasado a vivir en uno de los pisos tutelados de la asociación, visitando a su madre de vez en cuando. Su hijo tiene un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide con varios ingresos en los últimos diez años de bastante estabilidad a pesar de varios intentos de suicidio (en general, dice ella, asociados a decepciones con su nieta, que nunca viene a verlos).

---

<sup>13</sup> Kart 2001.

**Frida** tiene 55 años, tiene un hijo toxicómano actualmente haciendo una vida “normal” y otro hijo, usuario esporádico usuario de A Pégola. Frida no puede entender como su hijo ha cambiado tanto, como ha podido perder todo lo que tenía: “era ordenado, tenía su habitación perfecta y además le encantaba salir con sus amigos y tocar en la banda”. Su hijo comenzó a decir que los vecinos lo vigilaban y que no podía vivir así. Una noche cogió un cuchillo y su madre se lo encontró en calzoncillos en la calle del pueblo donde viven. Menos mal, me dice, que no lo vio ninguna vecina, aunque ellas ya saben lo que hay, afirma. El hijo de Frida tiene un diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide desde hace 5 años, complicado con el consumo de hachís. Cada vez que la medicación de la EM parece estabilizar a su hijo, comienza de nuevo a ser él, sale otra vez, va a tocar con la banda y al cabo de unos días tiene otra vez ese comportamiento raro en el que no lo reconozco. Frida se debate entre echarlo de casa y hacer todo lo necesario para tenerlo encerrado y que no lo vean los vecinos. En una ocasión su hijo encontró un piso en el mismo pueblo donde quería independizarse con la pensión no contributiva que percibe, pero ella hizo todo lo posible para que no lo hiciera, no porque no quisiera verlo fuera de casa, sino porque era allí en el mismo pueblo, y ella sabía lo que iba a pasar: estaría tirado en la calle y sus vecinas acabarían dándole un plato de comida, y eso no podía ser. Si se va, que se vaya lejos, que yo no lo vea. Ha estado a lo largo de los últimos cinco años en un piso de acogida del que fue expulsado por no seguir con el tratamiento antes de un ingreso. También ha participado en varias ocasiones en el hospital de día de la asociación, pero ante el consumo de hachís previo a otro ingreso ha dejado de venir todos los días. Las trabajadoras de A Pégola insisten en que no pueden ayudarle hasta que no este “controlada” la enfermedad de la droga, que asegura su madre que él le dice no consume; tras “curar y estabilizar” una podrán hacer algo con la otra.

**Fulgencia** es la madre de Eladia, de la que habláramos en un momento. Tiene cerca de 80 años y cuida de su hija, de su marido casi ciego y de las pocas tierras y animales que rodean la casa del lugar rural donde viven desde siempre. Se desplaza Fulgencia a las reuniones de A Pégola en autobús hasta la villa donde está la sede de la asociación. El horario del transporte público, que debe de coger en la carretera principal tras andar un rato, es un horario estricto (dos por la mañana y dos por la tarde). Fulgencia siempre viene acompañada de una vecina y otra madre de la misma zona de donde son. En la reunión donde la conozco, viene muy nerviosa porque por la mañana Eladia acudió a su psiquiatra, quién detecto un aumento de los delirios y programó un

ingreso inmediato de una semana como mínimo para “estabilizarla”. Fulgencia habló por teléfono por la mañana hasta conseguir que el ingreso no siguiera adelante ante su compromiso de vigilarla con más cuidado y tratar de “ponerla” menos nerviosa. Últimamente no se encuentra muy bien pues sufrió una caída hace unos meses y Eladia ha tenido que cambiar algo sus hábitos diarios al tener que hacerse cargo de algunas tareas domésticas más.

### **Los usuarios de A Pérbola.**

Los usuarios de la asociación son mayoritariamente hombres, casi un 80 por cien. Tengo datos de 220 usuarios a lo largo de los casi 15 años de vida de esta organización, aunque sólo he tenido contacto directo con unos 70 a lo largo de los tres años en los que vengo colaborando con ellos. Presento aquí la biografía resumida de dos hombres y una mujer<sup>14</sup>. **Eladia** es una mujer tímida con una amabilidad y delicadeza a la que difícilmente se le atribuiría la enfermedad mental que padece; **Elías** es un antiguo marinero y albañil, siempre inquieto con un cigarrillo en la mano y repitiendo más o menos las mismas frases cada vez que se encuentra con alguien; y finalmente **Eliseo**, un hombre joven con una EMG y una gran tranquilidad a la hora de vivirla.

**Eladia** nació en 1963 en una parroquia rural de la costa, siendo la única niña de una pareja de agricultores. Su madre es la dueña de la casa donde el padre de Eladia se vino a vivir. Eladia vivió siempre con sus padres, estudiando primero en la escuela cerca de la casa familiar, y luego con varias vecinas donde aprendió a coser. Cuando tenía 22 años “montei unha revolución”: comenzaron sus delirios de haber sido violada y maltratada, de haber tenido un hijo que le había sido robado y de ser vigilada observada por todos sus vecinos. Dice: “non sei moi ben o que me pasou”. Vive entonces varios ingresos ante la agresividad de su comportamiento. Me repite varias veces a lo largo de una de nuestras conversaciones: “Non sei se o contei todo ben, pero por favor, non me metan no manicomio outra vez”. Le diagnostican una Esquizofrenia Paranoide y desde hace nueve años se levanta todos los días para coger una furgoneta, recorre cuarenta kilómetros en cada dirección, pasa cada mañana en un taller de costura y otras actividades, vuelve para casa donde ayuda a su madre y cuida de su padre ciego y encamado (sus hermanos viven cerca). No ha sufrido ningún ingreso en estos nueve años desde que está en A Pérbola, aunque sí periodos de stress coincidiendo con cambios en la situación familiar por enfermedades de alguno de sus progenitores.

---

<sup>14</sup> Kart 1996, 2006.

**Elías** nació en 1959 en una parroquia rural costera. Su padre estaba embarcado y su madre trabajaba las tierras de la casa que heredaron. Elías es el segundo varón de una familia de tres hermanos: una hermana mayor que ahora vive cerca, cuida de la madre mayor, y se encarga de darle ahora a Elías la medicación, administrarle también el dinero de su pensión y prepararle las comidas; y un hermano menor que está casado en una villa cercana. Elías se crió y educó en la parroquia donde nació, dejó pronto la escuela para trabajar con su padre, primero de peón de albañil y luego embarcado, viajando en las máquinas de distintos buques por todo el mundo. En un puerto de Italia sufre una crisis que hoy no puede muy bien describir en detalle, su padre lo envía a casa vía Barcelona donde se queda una temporada, regresando tras un ingreso en Cataluña. Su diagnóstico es desde hace años de Esquizofrenia Paranoide, y toma una medicación que le “quita”, dice, los delirios, pero recuerda perfectamente que habló con Dios, pues levantó su barco hasta una increíble luz donde le dijo lo que tenía que hacer. Hoy vive en una casa que le limpia su hermana, cerca de su madre en el mismo núcleo rural donde nació. Cobra una pensión no contributiva, que gasta en pagar A Pégola, en comida, en algún café, y sobre todo en tabaco. Esta siempre inquieto con una sonrisa sin ser capaz de permanecer sentado más de veinte minutos.

**Eliseo** tiene 28 años y vive con sus padres desde siempre en un pueblo marinero de la costa con un núcleo urbano. Estudió hasta casi el final de la EGB en el pueblo, pero lo dejó porque no era lo suyo. Comenzó a “trabajar” en la lonja arrastrando cajas de pescados como estibador para una empresa local desde los 13 años hasta los 17. Comienza entonces a ayudar en el bar de la familia hasta que un año después embarca en una lancha de las que van y vienen en el día a pescar. En la lancha comienza a pensar que todos lo miran y se va encerrando en casa sin hablar con nadie, “capeando el temporal”, dice. Pero poco después ya no aguanta más cuando nota que sus vecinos le hablan a través de las paredes, se asusta y va por voluntad propia a los médicos tras contar que encontraba mal a sus padres y hermano. Desde entonces ha tenido siete ingresos, le han diagnosticado una Esquizofrenia paranoide, y ha comenzado a asistir a al hospital del día de A Pégola durante las mañanas. Por las tardes ayuda a su madre a limpiar portales y dice que no quiere volver al mar o ayudar en el bar, porque eso no es lo suyo. En A Pégola, entre los usuarios, es de muy apreciado. Tiene coche y los fines de semana se acerca conduciendo a la villa, capital de la comarca, donde están los pisos tutelados de la asociación. Suelen ir a algunos sitios juntos, visitándose mutuamente y pasando las tardes en compañía. Eliseo es un hombre tranquilo, no muy hablador,

seguro de lo que dice. Difícilmente podría atribuírsele una EMG, y es de los únicos en la asociación que cuenta con claridad su aceptación de la enfermedad, sin grietas de duda, y una gran tranquilidad.

## **CONCLUSIÓN.**

La psiquiatría define oficialmente la enfermedad mental grave<sup>15</sup> en base a una serie de síntomas que deben identificarse en la alteración normal y persistente de la vida de una persona<sup>16</sup>. La detección de una EMG es por lo tanto previa a la consulta, es social no exclusivamente médica; es siempre el grupo social: su familia, su grupo de amigos, etc. quién detecta la EMG para luego acudir al médico psiquiatra, y ser diagnosticado. Una vez detectado un conjunto de signos persistentes que impiden el normal funcionamiento de una persona, tiene lugar una larga carrera hasta obtener un diagnóstico psiquiátrico. Las familias y los enfermos han de lidiar en esa carrera moral con la sintomatología en diálogo con los psiquiatras, y gestores sociales de la EMG. La investigación que estamos realizando describe la comunicación de la EMG en el interior de una Asociación donde ese diálogo tiene lugar desde que los manicomios han dejado de ser los lugares exclusivos para su tratamiento. En esta comunicación presentamos sólo algunas pinceladas de lo que será nuestra investigación. Apuntamos en forma de lista algunas de nuestras conclusiones preliminares:

1. La carrera moral para obtener el diagnóstico de la EMG es interpretada de muy diferente forma por cada uno de los grupos diferenciados (enfermos, familiares y gestores), siendo la intersección compleja entre significados distintos e incluso contradictorios la que da sentido socio cultural a la propia EMG.
2. Los psiquiatras tiene un perfil similar en las decisiones en las que narran su experiencia con la EMG, tras su formación en las diferentes universidades, lejos de mantener una defensa definidora desde la biología de la EMG, oscilan entre una definición pragmática y una ecléctica que toma lo mejor de cada postura psiquiátrica posible siempre que funcione.
3. Los familiares contemplan la EMG como un diagnóstico salvador: disculpa un comportamiento que no entienden en sus familiares al mismo tiempo que legitima sus vivencias, incluidas las más agresivas por ambas partes.

---

<sup>15</sup> Denominamos así en nuestra investigación a tres de las enfermedades mentales con sus subtipos que más afectan en la biografía de una persona al desenvolvimiento de una vida normal: la esquizofrenia, la enfermedad bipolar y la depresión persistente: puede consultarse el DSM-IV-TR y el CIO-10.

<sup>16</sup> Pueden consultarse cualquiera de las obras de Kart citadas en la bibliografía como descripciones de esta carrera personal, familiar, cultural.

4. Los gestores-voluntarios repiten lo enriquecedor de la experiencia de trabajar con la EMG, al mismo tiempo que subrayan lo estresante día a día, siempre al límite de estallar.
5. Los enfermos no aceptan el diagnóstico de EMG, aunque sí la medicación, la participación en la asociación y sí capaces de repetir los esquemas aprendidos sobre su “enfermedad”. Cada uno tiene una explicación diferente de qué es lo que le ha pasado para ser quienes son: un golpe en la cabeza, una mala experiencia (sexual, familiar, etc.), un mal trato médico, etc.
6. Comparando las biografías recogidas en nuestros datos con las de otras asociaciones y países<sup>17</sup>, existen elementos de coincidencia en esta sociedad global de la que Galicia forma parte y elementos locales específicos.
7. Todos los grupos coinciden en repetir la necesidad de mejorar los recursos, los servicios sociales en un futuro que vislumbran desde el cansancio de la vida diaria frente a la EMG pero con esperanza.

Son por supuesto unas conclusiones provisionales, un esquema escrito rápido de las conclusiones de estos años de trabajo.

---

<sup>17</sup> Especialmente con los EEUU e Inglaterra, cito sólo dos ejemplos etnográficos recientes: Wield 2006; Hiswhaw 2007.

## BIBLIOGRAFÍA CITADA.

### Asociación Americana de psiquiatría.

2007 *DSM-IV-TR. Manual estadístico para el diagnóstico diferencial de las enfermedades mentales*. Masson: Barcelona.

### Bennet, John

1996 "Applied and Action Anthropology. Ideological and Conceptual Aspects". *Current Anthropology* 36: 23-53.

### Cadenas Ramos, Hugo

2005 "Antropología Aplicada en una sociedad compleja". *Revista Mad. Departamento de Antropología de la Universidad de Chile* 13: 9.

### Comelles, Josep María

1988 *La razón y la sinrazón. Asistencia psiquiátrica y desarrollo del estado en la España contemporánea*. PPU: Barcelona.

### Comelles, Josep María y Martínez Hernández, Ángel

1993 *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Eudema: Madrid.

### Denzin, Norman K.

1995 "Stanley and Clifford: undoing an interactionist text". *Current Sociology* 43: 115-123.

### García, José, Espino, Antonio y Lara, Ladislao (Editor)

1998 *La psiquiatría en la España de fin de siglo. Un estudio sobre la reforma psiquiátrica y las nuevas formas de atención en salud mental*. Díaz de Santos: Madrid.

### García García, Lucía

2000 *Marco jurídico de la enfermedad mental. Incapacitación e internamiento*. Eds. Rev. General de derecho: Valencia.

### Gondar Portosany, Marcial y González Fernández, Emilio (Editor)

1992 *Espiritados. Ensaio de Etnopsiquiatría galega*. Laivento: Santiago.

### González Fernández, Emilio

1977 *A psiquiatría en Galicia. A psiquiatría galega e Conxo*. Do Ruego: Madrid.

1999 *A Unidade de saúde mental como broker cultural: alterantivas a xestión da locura nun municipio rural galego*.

Universidade Santiago de Compostela: Santiago de Compostela.

### González Fernández, Emilio y Comelles, Josep M. (Editor)

2000 *Psiquiatría transcultural*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid.

### Hinshaw, Stephen P.

2007 *Breaking the news. Mental Health Professionals disclose their personal and familiar experiences of Mental Illness*. New York: Oxford U.P.

### Karp, David A.

1996 *Speaking of Sadness. Depression, disconnection and the meanings of illness*. Oxford U.P.: New York.

2001 *The Burden of Sympathy. How Families Cope with Mental Illness*. Oxford U.P.: Oxford.

2006 *Is it me or my meds? Living with antidepressants*. Harvard U.P.: Cambridge.

### Kottak, Conrap Philip

1996 *Antropología. Una exploración de la dimensión humana con temas de la cultura hispánica*. McGraw-Hill: Madrid.

### Luhmann, Niklas

2007 (1997) *La sociedad de la sociedad*. Herder - Iberoamericana: Mexico.

### Montero Gómez, Manuel (Editor)

1990 *Xornadas sobre a reforma psiquiátrica. Situación actual, tendencias e alternativas*. Xunta de Galicia: Santiago de Compostela.

### Organización Mundial Salud

2006 *CIE-10 Clasificación Internacional de las Enfermedades*. OMS: Ginebra.

### Pérez, Fermín (Editor)

2006 *Dos décadas tras la reforma psiquiátrica*. Asociación Española de Neuropsiquiatría: Madrid.

### Scheper-Hughes, N. y Lock, M.

1990 "Three propositions for a critically applied medical anthropology". *Society, Science and Medicine* 2: 189-197.

### Wield, Cathy.

2006 *Life after darkness. A doctor's journey through severe depression*. London: Radcliffe.