

*La construcció de significat en la vivència
dels trastorns mentals severos.
Una aproximació qualitativa a través de la
metàfora conceptual*

Alumne: Xavier Miranda Ruche

Universitat Oberta de Catalunya

Màster Universitari en Societat de la Informació i el Coneixement

Directors: Marta Coll-Florit i Salvador Climent Roca

Professor Responsable: Joan Pujolar Cos

13 de gener de 2014

INDEX

1. Introducció	3
2. Marc teòric	6
2.1. Els trastorns mentals severos	6
2.2. Models d'interpretació teòrics de les malalties mentals i la discapacitat	8
2.3. L'estigma en l'àmbit de la discapacitat i la salut mental	11
2.4. Marcs mentals (frames) i discurs social	14
2.4.1. La metàfora conceptual i les expressions lingüístiques	18
3. Preguntes de recerca i objectius	24
4. Metodologia	26
5. Anàlisi qualitativa	31
5.1. Anàlisi del discurs a través de la metàfora conceptual	31
5.2. Frame i salut mental	57
5.3. Correspondència entre el discurs i els models teòrics d'interpretació	65
6. Conclusions	75
7. Bibliografia	84
8. Annexos	89
8.1. Taula d'acrònims	89
8.2. Fragments seleccionats com a material d'anàlisi	90

1. Introducció.

El treball de final de Màster que a continuació es presenta esdevé un intent per aprofundir en l'àmbit de les malalties mentals i en les persones que s'hi troben diagnosticades des d'una mirada sociològica. De manera més focalitzada, la recerca s'emmarca en l'anàlisi social del conjunt de malalties categoritzades com a trastorns mentals severos, que vénen a representar aquelles malalties mentals amb uns nivells d'afectació més importants en la vida de les persones que s'hi troben afectades.

Històricament, la vivència biogràfica dels trastorns mentals severos ha vingut marcada per un conjunt d'actituds socials habitualment negatives, enfront d'un grup social que presenta un tipus de fet diferencial que comporta una desviació del que entenem com a normalitat. És a dir, una manca d'adequació a les normes o valors de la majoria dels membres d'una societat.

La construcció d'aquestes actituds socials, convertides en diverses formes d'estereotip, prejudici o discriminació, esdevenen una mirada parcial construïda socialment a través d'una sèrie d'institucions i col·lectius: des de les mateixes institucions jurídicopolítiques, passant per les ciències mèdiques i socials, els mitjans de comunicació, les famílies de les persones diagnosticades, i acabant paradoxalment en els propis afectats.

Aquesta construcció interpretativa inscrita particularment en la cultura occidental, es plasma en un conjunt de mirades i de formacions de sentit que els diversos agents relacionats amb aquest fenomen han anat configurant en el temps a través del llenguatge, el pensament, i les accions. Utilitzant el concepte d'*habitus* de Pierre Bourdieu (1991), podríem afirmar que al voltant dels trastorns mentals i les persones que els pateixen, s'ha generat una quotidianitat que modela les nostres percepcions, accions i representacions. Un *habitus* que es configura de manera instrumental i expressiva sobre unes persones que han vist marcada la seva biografia amb el diagnòstic d'una patologia mental severa.

Una part important d'aquesta configuració ve condicionada per la dialèctica científica-acadèmica entre les ciències biomèdiques d'una banda, i les ciències humanes i socials de l'altra, que han tractat la matèria en els dos darrers segles. La primera d'elles com a ciència que aborda el diagnòstic i el tractament. Les segones, com a crítica a les pràctiques i concepcions de la primera. En aquest sentit, el pressupòsit bàsic de la biomedicina ha afirmat que les patologies mentals són disfuncions orgàniques produïdes

per un determinat agent biològic. Afirmació aquesta criticada des de les ciències humanes i socials de manera extensa, en apuntar que les disfuncions orgàniques no només tenen el seu origen en el cos humà com a pur fenomen natural, sinó que en bona mesura també el tenen en el mode com un tipus de societat dona un sentit social i biogràfic a aquestes patologies.

Per analogia, els corrents que s'han anat derivant d'aquests paradigmes científics han generat un conjunt de marcs de pensament en els quals enquadrar el tractament de les patologies. Derivat del paradigma biomèdic, la defensa d'un model individual de tractament enfoca l'abordatge des d'una perspectiva tècnica i científica, a partir de la qual cal retornar el pacient a un estat de normalitat a través de l'especialització mèdica i farmacològica. Els corrents humanistes i socials han argumentat que un model que diagnostica i tracta individualment les patologies, esdevé un mecanisme d'etiquetatge que no fa més que ampliar i magnificar les diferències d'aquest grup social.

El supòsit del qual parteix aquesta recerca és que els trastorns mentals severos són quelcom més que fets purament biològics. Són fets amb continguts biogràfics que en bona mesura necessiten ser interpretats en un context, com un fet vinculat als actes humans i al propi sentit de la vida. Més enllà d'aprofundir en l'anàlisi de les teories i els paradigmes científics que han abordat la qüestió, tractaré de partir de la discussió entre aquests, per tal de penetrar en el terreny de la participació subjectiva dels actors (persones afectades, professionals i familiars) en relació al conjunt de marcs de comprensió que utilitzen per donar sentit i produir significats en el terreny de les malalties mentals, i d'aquesta manera veure'n la correspondència amb els discursos socials existents.

El mode com els actors situïn, percebin, identifiquin i etiquetin una sèrie de successos configurarà el material d'anàlisi d'aquesta investigació. El treball empíric tractarà per tant d'atendre els relats i les descripcions, emprant com a eina d'anàlisi principal la metàfora conceptual. Aquesta perspectiva d'anàlisi, acompanyada d'altres elements i eines qualitatives, ha de permetre observar com es conceptualitzen dominis de l'experiència abstractes i intangibles, d'altra banda tan presents quan parlem de les malalties mentals, en termes d'altres més concrets i familiars (Garachana i Hilferty, 2013). Es cerca doncs establir relacions i inferències entre les expressions, metafòriques i no metafòriques, que utilitzen els actors, i els marcs i estructures mentals que

conformen la manera com pensen, organitzen i guien l'acció en relació a aquesta realitat.

Es presenta així una proposta de recerca qualitativa englobada dins l'anàlisi del discurs, enfocada a una tasca d'interpretació de les paraules més que del recompte o associació estadística dels elements del llenguatge. S'emprarà com a material d'anàlisi documents audiovisuals de referència produïts en els darrers anys a Espanya.

2. Marc teòric.

2.1. Els trastorns mentals severos.

La salut mental és un concepte definit per l'Organització Mundial de la Salut¹ (OMS) com un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats, pot afrontar les tensions normals de la vida, pot treballar de manera productiva i fructífera, i és capaç de fer una contribució a la seva comunitat. La definició, sens dubte ambiciosa, ja que parteix d'una dimensió positiva, es troba en línia amb la mateixa definició de salut que fa l'OMS, en la que s'hi refereix com un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament com l'absència de malalties o afeccions.

Possiblement aquesta ambició, sumada a una democratització dels serveis de salut mental en les societats occidentals, especialment a partir de la segona meitat del segle XX, unes condicions socials canviants, i en diversos sentits adverses, així com una ampliació dels criteris diagnòstics per part dels manuals de referència² que s'utilitzen en psiquiatria per tal de determinar què és patologia, ha comportat que la mateixa Organització Mundial de la Salut estimi que un de cada quatre habitants del planeta patirà algun tipus de malaltia mental durant el transcurs de la seva vida.

Aquest treball de recerca, tot i fer referència al marc general de la salut mental, analitza de manera concreta aquell sector de població que està diagnosticada d'un trastorn mental sever o greu. Per tal de situar el concepte de trastorn mental sever, empraré³ la definició que ofereix la Guia Pràctica Clínica d'Intervencions Psicosocials en el Trastorn Mental Greu (2009).

Aquesta definició contempla les dimensions de diagnòstic clínic, durada del trastorn, i nivell de discapacitat social, familiar i laboral com a criteris bàsics. En relació al diagnòstic clínic, s'inclouen en la categoria de trastorns mentals severos els trastorns psicòtics, que són aquells que causen idees o percepcions anormals i que poden provocar episodis de pèrdua de contacte amb la realitat. Els símptomes principals dels trastorns psicòtics són els deliris i les al·lucinacions. Els primers s'originen a través del

¹ Veure: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

² DSM (versió 5ª) que edita l'Associació de Psiquiatria Americana i CIE (versió 10ª) que edita l'Organització Mundial de la Salut.

³ Definició emprada en altres estudis referents de la temàtica com: *Les persones amb problemàtica de salut mental a Lleida. Estudi de la situació de les persones amb trastorn mental sever al territori de Lleida 2012*. Veure: <http://www.grase.udl.cat/wp-content/uploads/2013/09/Estudi-de-les-persones-amb-tms-del-territori-de-Lleida-2012.pdf>

pensament i fan referència a falses creences o idees, mentre que els segons s'originen a través dels sentits, i tenen a veure amb falses percepcions, tal com escoltar o veure quelcom que altres no veuen o escolten. Aquesta simptomatologia pot produir una sèrie de patrons que poden comportar afectacions importants en les relacions amb els altres, així com també comportaments que es descriuen com a potencialment inadequats en el context en el qual se situen.

Pel que fa al criteri de durada de la malaltia, s'empra la regla d'una evolució d'almenys dos anys per establir el diagnòstic de trastorn mental sever, o bé, un deteriorament progressiu i marcadament intens del funcionament social en els darrers sis mesos. Aquest criteri s'empra per tal de discriminar les persones que presenten símptomes o diagnòstics de gravetat però amb una evolució curta i, per tant, amb un pronòstic difícil de predir.

En relació a la tercera dimensió, el nivell de discapacitat, aquest es defineix mitjançant l'afectació de moderada a severa del pacient en relació al seu desenvolupament en l'àmbit familiar, laboral i social. Així doncs, el nivell de discapacitat haurà de produir limitacions funcionals en activitats importants de la vida i, almenys, incloure dos dels següents criteris de manera continuada o intermitent. Segons la mateixa Guia Pràctica (2009:19) aquestes activitats serien:

- Situació de desocupació, treball protegit o amb suport, habilitats clarament limitades o història laboral breu.
- Necessitat de suport econòmic públic per tal de mantenir-se fora de l'hospital, i possibilitat que necessiti suport per procurar l'esmentat ajut econòmic.
- Dificultats per tal d'establir o mantenir sistemes de suport social i personal.
- Necessitat d'ajuda en habilitats de la vida diària, com l'higiene, la preparació d'àpats o la gestió econòmica.
- Conducta social inapropiada que determina l'assistència psiquiàtrica o la intervenció del sistema judicial.

Entre les patologies categoritzades dins dels trastorns mentals severos, trobem de manera genèrica els trastorns esquizofrènics, els trastorns bipolars, els trastorns delirants, els trastorns esquizoafectius, els trastorns esquizotípics, els trastorns obsessius-compulsius i els trastorns depressius greus (amb simptomatologia psicòtica).

Des d'un punt de vista estadístic, resulta complex obtenir dades fiables en relació a la població afectada per una malaltia mental, i encara més, concretar dins d'aquest grup les persones diagnosticades amb un trastorn mental sever. A Espanya no existeix cap organisme que faci un recull global i uniforme de les dades quantitatives al respecte des d'un punt de vista del diagnòstic. El que sí que existeix són les enquestes de salut a escala espanyola dutes a terme pel Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales y Igualdad, que presenten dades de prevalença de la salut mental. Les dades d'aquesta enquesta, referides a l'any 2006, destaquen que el 21,5 % dels entrevistats presenten prevalença d'una mala salut mental, sent aquesta més alta entre les dones (27 %) que entre els homes (15,7 %). L'enquesta destaca també que la prevalença és major entre les dones de classe menys afavorida, i entre homes i dones amb nivells d'estudi més baix.

Un altre estudi d'interès a escala europea en el qual va participar Espanya, es tracta del ESEMeD (Estudi Europeu de l'Epidemiologia dels Trastorns Mentals). En aquest informe de caràcter diagnòstic, els resultats del qual es van publicar l'any 2006 i feien referència a dades recollides durant els anys 2001 i 2002, es va estimar que el 19,5 % dels espanyols havien presentat en alguna ocasió durant la seva vida un trastorn mental. D'aquests, un 22,9 % eren dones i un 15,7 % eren homes.

Les dades que ens donen una aproximació més clara i objectiva, tot i que també amb limitacions importants⁴, són les que fan referència a les persones que tenen un certificat oficial de discapacitat superior a un 33 % degut a l'afectació del trastorn mental que pateixen. Aquestes dades, fetes oficials el mes de març de l'any 2013 per la Subdirecció General de Planificació, Ordenación y Evaluación del IMSERSO, i que fan referència a dades de 31 de desembre de 2012, ens indiquen que a Espanya trobem 384.394 persones amb aquesta situació, 186.766 de les quals són homes i 197.628 són dones.

2.2. Models d'interpretació teòrics de les malalties mentals i la discapacitat.

L'anàlisi sobre la qual es basa aquest treball, parteix de dos enfocaments teòrics diferenciats per tal d'observar la relació entre el ser humà i la malaltia. Per una banda,

⁴ Tot i que les persones amb certificat de discapacitat per malaltia mental, puguin representar de manera més fiable aquell grup de persones diagnosticades amb un trastorn mental sever, cal tenir en compte que la decisió d'accedir a un reconeixement de discapacitat, que per altra banda és un requisit per accedir a bona part dels recursos econòmics i serveis socials que presta l'administració, és una decisió voluntària que pren la persona afectada i la seva família. Per tant, en alguns casos es decideix no accedir a aquesta valoració i certificat per motius diversos. Entre aquests motius, un d'important és l'augment de l'estigma social que comporta un certificat oficial de discapacitat. En aquest sentit, no totes les persones amb un diagnòstic de trastorn mental sever formen part del grup de persones amb certificat oficial de discapacitat emès per la instància pública.

trobem el model biomèdic d'interpretació. Per una altra banda el model social. Seguint les explicacions que planteja Giddens (2006) d'ambdós enfocaments, trobem que el model biomèdic tracta les malalties genèriques i mentals com a entitats objectives que es configuren a partir d'uns símptomes identificables.

Giddens apunta que el model biomèdic, predominant en la cultura occidental des d'aproximadament dos segles⁵, respon a tres pressupòsits principals. El primer d'ells apunta que una malaltia és una avaria o defecte que succeeix dins del cos humà generat per un agent biològic, i que provoca una alteració del funcionament "normal" en el cos. La intervenció, des d'aquest punt de vista, consistirà a concretar i identificar la causa exacta que provoca aquesta anormalitat, per tal de tractar-la i retornar així el cos a un estat de normalitat.

El segon dels pressupòsits argumenta que cos i ment poden ser tractats de manera aïllada. El pacient amb una patologia representa així un cos malalt i no una persona malalta. L'èmfasi d'aquest pressupòsit es posarà en la curació de la malaltia més que en el benestar de la persona. En aquest sentit, el cos és una entitat que pot ser tractada i manipulada de manera aïllada. La persona és un ser passiu, el cos de la qual pot ser tractat al marge de la seva ment. La mirada biomèdica esdevé per tant una mirada distanciada del context i dels diversos factors ambientals que poden afectar el desenvolupament del cos. La informació rellevant és la informació mèdica, així com les dades clíniques del pacient.

El tercer pressupòsit parteix de l'especialització i la legitimitat de l'expert mèdic per tractar les patologies que genera el cos. Les pràctiques mèdiques queden subjectes exclusivament a l'aprovació i filtre de la comunitat científica, la qual té el coneixement especialitzat. En la professió mèdica no hi ha espai per a individus experts però no acreditats. La comunitat científica-mèdica, és per tant l'encarregada de la utilització de la tecnologia, la prescripció farmacològica i la intervenció quirúrgica.

De manera anàloga, la interpretació de la discapacitat per part d'aquest corrent ha comportat el que es coneix pel model individual de discapacitat. Giddens apunta que aquest model ha dominat històricament en les societats occidentals, amb la idea central que els problemes experimentats per les persones discapacitades estan causats

⁵ A diferència del que es pugui creure, apunta Diego Gracia (2010: 3) "la medicina occidental, aún mas, la cultura occidental, es la primera y prácticamente la única que se ha empeñado, ya desde sus comienzos, en interpretar la salud y la enfermedad como puros fenómenos naturales; es decir, como puros hechos físicos, carentes de sentido. O por utilizar la expresión que antes adelanté, como fenómenos estrictamente biológicos y no biográficos".

principalment per les limitacions individuals que tenen. El model individual de discapacitat considera que l'anormalitat corporal o mental que té el pacient és la causa que li comporta un nivell de discapacitat determinat. En conseqüència, el professional mèdic és l'encarregat d'intervenir en aquest model donat que representa l'especialista que indicarà el diagnòstic i el tractament a seguir.

A partir d'aquest mateix autor ens aproximem al model social d'interpretació de les malalties i la discapacitat. Aquesta perspectiva apunta que les influències culturals i materials tenen una incidència cabdal en la salut de les persones. Així, tracten de mostrar com les patologies biològiques es troben relacionades no només amb aspectes fisiològics del nostre cos, sinó que ho estan també amb aspectes vinculats al context social. En aquest sentit, variables com la pobresa i la manca d'ingressos econòmics, les condicions de vida i treball, o l'aïllament i l'exclusió social, són factors que tenen una incidència directa.

Un segon nivell d'incidència del model social, centra la seva atenció a examinar l'experiència i la interpretació de les malalties i la discapacitat, és a dir, la dimensió personal i pública d'aquestes. Des de la sociologia s'ha treballat de manera abundant en aquesta dimensió, apuntant que no totes les malalties tenen la mateixa afectació en el rol que exerceix una persona malalta o discapacitada.

Una de les aportacions del model social argumenta que el problema de la discapacitat que pateix un individu no només té incidència en el desenvolupament personal d'aquest, sinó que la té preferentment en la relació que l'individu té amb la resta de persones del seu context, i en les dificultats socials i culturals que s'hi generen. Tot això, sense negar que una deficiència pugui esdevenir incapacitant per certes accions a desenvolupar per a l'individu que la pateix.

L'eix de la discussió entre aquests dos models contraposa la manera en la qual es construeix teòricament la malaltia en la nostra societat. Si bé pel model biomèdic aquesta es fonamenta mitjançant un diagnòstic clínic, pel model social ho fa també mitjançant una construcció social, en la qual l'experiència i el benestar del pacient, en un sentit ampli, han de ser aspectes a tenir en consideració.

Seguint a Oliver (1996) es pot inferir que del model biomèdic sorgeix una idea general de tragèdia personal en les persones afectades per algun tipus de discapacitat, mentre que la seva confrontació amb el model social parlaria d'una opressió social que pateixen

les persones amb discapacitat, donat que conceptualitzat com a problema, la primera visió configuraria un problema personal i la segona visió un problema social.

Òbviament, si la configuració que es realitza ho determina com un problema personal, el tractament haurà de ser individualitzat, mentre que si la configuració prové d'un problema social, el tractament ja no seria només individual, sinó que aquest correspondria a una acció de caire més col·lectiu, on la medicalització segurament tindria un paper important, però en tot cas acompanyat de processos d'ajuda i suport més enllà de l'àmbit sanitari i professional.

En aquest sentit, així com pel model biomèdic l'especialització científica és l'aspecte que legitima la intervenció, el model social argumenta que l'experiència del pacient, la seva identitat, així com els processos de discriminació subjectes a la discapacitat que manté, són aspectes influents en la intervenció. Finalment, per tancar l'eix de la discussió que s'ha tractat, del model individual se'n pot inferir que és a través de l'adaptació individual com el pacient podrà optar a retornar a un estat de normalitat que s'ha vist afectat com a conseqüència de la seva patologia. En canvi, el model social argumenta com a via pel retorn a la normalitat, un canvi en l'estat social i d'actitud respecte a les malalties (físiques i mentals) que poden originar una discapacitat.

2.3. L'estigma en l'àmbit de la discapacitat i la salut mental.

Erving Goffman ha estat un dels principals autors que ha estudiat el fenomen de l'estigma des d'un vessant sociològic. Goffman (1961) apuntava que l'estigma és un procés de caracterització format per un conjunt d'actituds negatives que afecta un grup de persones concret pel fet de tenir algun tret diferencial, i que té com a conseqüència immediata una relació de devaluació, en la qual es priva als individus del grup de la completa acceptació social. Afegeix Goffman que l'estigma té un caràcter originàriament moral, on l'individu marcat simbòlicament per l'etiqueta assumeix i interioritza la marca, actuant així en consonància amb ella.

D'acord amb López et al. (2008) és important diferenciar els principals conceptes englobats sota la denominació "d'actituds socials", en el qual trobem l'estigma, però també d'altres que podem distingir d'aquest, com són els prejudicis i la discriminació.

A tall d'aclariment conceptual, es pot dir que els prejudicis conformen el conglomerat de predisposicions que es tenen sobre un individu o grup, i que són resistents al canvi,

encara que s'enfrontin a nova informació significativa. Per la seva banda, la discriminació ve a representar, segons Giddens (2006:907), "el conjunt d'activitats que neguen als membres d'un grup determinat recursos o recompenses que d'altres poden obtenir. La discriminació ha de distingir-se del prejudici, tot i que ambdós acostumen a presentar-se estretament vinculats. Pot succeir que individus que tenen prejudicis en contra d'altres, no participin en activitats que els discriminin. De manera inversa, les persones poden actuar de manera discriminatòria encara que no tinguin prejudicis en contra d'aquells que són objecte de discriminació".

El concepte d'estigma, s'engloba així en un context en el qual les relacions de poder moral d'una societat determinen, a través dels mecanismes de control social, aquells comportaments que podem anomenar com a desviats, és a dir, que es veuen com a violació o transgressió de les normes establertes. La desviació es defineix en relació a unes pautes culturals específiques, que són diferents en cada societat.

En l'àmbit de la salut mental, la capacitat d'elaborar les regles de control a partir de les quals determinar comportaments i actituds com a desviades o no desviades recauen principalment en l'àmbit mèdic i científic. Així per exemple, tenim el cas paradigmàtic de l'homosexualitat, tractat com a patologia mental subjecta a tractament en els manuals psiquiàtrics de referència fins pràcticament mitjans dels anys 70. Llavors va ser suprimit com a patologia d'aquests mateixos manuals a partir d'un procés de normalització del fenomen. Aquest es produí mitjançant la reivindicació de drets civils i la informació generada pels moviments i col·lectius de persones homosexuals, que es van organitzar en primer terme a Estats Units i a continuació a Europa.

L'estudi de la desviació per part de les teories sociològiques, ha comportat una rica i interessant discussió al respecte. En aquest sentit, el corrent funcionalista argumenta que la resposta moral que provoca la desviació contribueix a consolidar el substrat moral de la societat. Clarifica les barreres entre el bé i el mal i fomenta la unitat social. Per la seva banda, els corrents orientats en les teories del conflicte, apunten que les lleis i les normes morals reflecteixen bàsicament els interessos de les classes i grups dominants en una societat. En aquest sentit, les accions, comportaments i actituds que puguin amenaçar l'estatus quo i l'ordre establert seran, mitjançant els instruments al servei del poder, classificades com a desviades. Pel que fa el corrent de l'interaccionisme simbòlic, aquest indica que no existeixen de manera inherent comportaments o actituds que per definició puguin ser categoritzades com a desviades. La desviació es concreta

en un procés de construcció social on l'eix d'interès es focalitza en la interacció entre els suposats desviats i els suposats no desviats. Aquest darrer corrent ha teoritzat sobre l'etiquetatge, argumentant que categoritzant un individu com a desviat, això no farà més que reforçar la seva conducta desviada.

En l'àmbit de la salut mental, López et al. (2008) plasmen en el seu article diverses referències bibliogràfiques de recerques que han fet evident que les persones afectades per un trastorn mental sever es troben afectades per un problema amb una doble implicació: d'una banda el problema derivat directament de la seva patologia, i d'altra banda, el problema relacionat amb l'estigma. Indiquen López et al. (2008) que la primera implicació, la referent a la patologia, acostuma a ser de gravetat però es dona en episodis intermitents i susceptibles de ser tractats amb intervencions eficients. La segona implicació, en canvi, acostuma a ser més persistent i constant en el temps.

Seguint amb López et al. (2008:6), els processos d'estigmatització suposen un conjunt de passos més o menys successius que en primer terme tenen a veure amb la identificació d'una determinada diferència que afecta un grup de persones a partir d'unes creences culturals preexistents. En segon lloc, acostuma a donar-se una consideració d'aquestes persones com a grup diferent, és a dir "ells" davant de "nosaltres". Els models d'atribució causal en psicologia social han aprofundit en les repercussions emocionals del procés d'estigmatització, tant de qui és estigmatitzat, amb emocions vinculades amb la por, l'ansietat o la vergonya, com de qui estigmatitza, amb emocions relacionades amb la irritació i la compassió, però també amb la por i l'ansietat.

Aquests fets incorporen a l'estigma produït de manera externa, un procés d'estigmatització intern que de vegades pot suposar la conformitat i l'assumpció de creences negatives sobre un mateix, així com un comportament ajustat en resposta al prejudici i la discriminació existent. La pèrdua d'estatus, i en darrer terme les asimetries de poder que es configuren com a resultat del procés, esdevenen mecanismes generadors d'una sinergia negativa per als afectats.

Els mateixos autors configuren un llistat de les actituds socials més representatives respecte a les persones amb trastorn mental sever. Aquestes són la perillositat, l'estranyesa, la manca de predicció, la dificultat de relació, incapacitat de maneig de la pròpia vida, la creença que la malaltia és incurable, i un grau variable de responsabilitat i culpa del que els hi succeeix. A això cal afegir-hi una consideració habitual, mitjançant

la qual la persona que és diagnosticada amb un trastorn mental sever, és definida de manera completa pel trastorn, assumint així que la persona és “esquizofrènica” en comptes de ser una persona amb diagnòstic d’esquizofrènia.

Ferreira (2008:5) aporta una anàlisi del fenomen de la discapacitat mitjançant el concepte d'*habitus* de Bourdieu, “on aquesta es configura de manera pràctica i simbòlica, com la d’un col·lectiu segregat del conjunt de la comunitat, homogeneïtzat per la seva insuficiència, la seva incapacitat i la seva vàlua reduïda respecte de les suficiències, vàlues i capacitats de la població general no discapacitada”.

Apunta Ferreira que la construcció social de la discapacitat s’origina en el procés d’interacció amb altres persones no discapacitades. És llavors que la persona amb discapacitat s’adona de la seva diferència, la corrobora a partir d’aquesta evidència. La clau de la qüestió és el poder d’aquesta diferència com a mecanisme que exerceix de base en la identitat social de la persona afectada.

En aquest sentit, apunten Rodríguez i Ferreira (2006:1) “la discapacitat no és una característica objectiva aplicable a la persona, sinó una construcció interpretativa inscrita en una cultura en la qual, en virtut del seu mode particular de definir la normalitat, la discapacitat seria una desviació d’aquesta norma, una deficiència, i com a tal, que es pot reduir al cas particular de la persona concreta que la pateix”.

A partir d’aquests arguments, Ferreira situa la discapacitat com un fenomen en desconstrucció, que lluny d’establir-se només com un problema mèdic, es manté com un problema social. Sembla lògic argumentar doncs, com ho fa Giddens (2006), que aquesta consciència i comprensió de la discapacitat i de les persones afectades amb trastorn mental que tenim, poden venir parcialment determinades per les paraules i expressions lingüístiques que utilitzem per descriure i definir el fenomen, dins d’un context de relacions de poder més ampli.

2.4. Marcs mentals (frames) i discurs social.

La relació entre el poder, la ideologia i el discurs ha estat i és un tema central en les diverses disciplines de les ciències socials, i de la sociologia en particular. Les obres dels clàssics de la sociologia (Karl Marx i Max Weber principalment) ja van estar elaborades sobre aquest rerefons. Des d’una perspectiva contemporània, Michael Foucault va teoritzar com el poder es desenvolupava i canalitzava mitjançant el discurs,

amb l'objectiu d'influir en el procés d'elaboració d'actituds i esquemes mentals de la població.

L'obra de Foucault (1978; 1997; 2001; 2002) parla del discurs en termes d'un marc de pensament que es consolida en un determinat àmbit de la vida mitjançant les formes de parla i pensament, i que es van entrelaçant amb pressupòsits comuns. Foucault va focalitzar part dels seus esforços en mostrar com els discursos en relació a la bogeria, s'havien transformat de manera radical des de l'Edat Mitjana fins a l'actualitat, a partir d'un discurs medicalitzat que es centra en la patologia i el tractament, i que es legitima a través d'una xarxa d'experts clínics, hospitals i grups científics consolidats i influents.

Altres dos protagonistes importants en el procés de conceptualització del terme marc mental, són Gregory Bateson i Erwin Goffman (Chihu Amparán 2012). Bateson (1976) es referia al marc mental com un concepte psicològic que dóna instruccions implícites al receptor, i que li recorda que només aquells missatges que es troben dins del marc tenen validesa, mentre que aquells que no s'hi troben s'han d'ignorar. En aquest sentit, el marc funciona com un missatge destinat a l'organització i jerarquització de la percepció del receptor.

Goffman (2006) per la seva banda, utilitza el terme marc per fer referència als principis d'organització que governen els esdeveniments socials i l'acció dels actors en ells. És a dir, el marc no només comporta la generació de significats sinó també la generació d'activitat dirigida, de manera individual o col·lectiva, en un o altre sentit. Per a Goffman, els processos d'emmarcat es donen en la vida quotidiana dels individus i són els que permeten la possibilitat de situar, percebre, etiquetar i identificar els successos que van esdevenint.

A diferència de Foucault, aquests dos autors no aprofundeixen de manera tan crítica en la relació entre marc i poder, és a dir, s'inscriuen en l'anàlisi dels mecanismes que generen el procés de significació, comprensió i actuació dels marcs, però sense aprofundir en les bases d'interès i de poder que es troben implícites en aquesta configuració.

En l'actualitat, el professor nord-americà de lingüística cognitiva, George Lakoff, és una de les referències en l'estudi dels marcs mentals i la manera com aquests s'elaboren a través del llenguatge. Les seves bases teòriques s'han pres com a punt de referència per realitzar aquesta recerca.

L'obra de Lakoff és extensa (1986; 1989; 1999; 2007), però la referència bibliogràfica que s'empra per sintetitzar el seu pensament en relació a aquesta qüestió és l'assaig *No pienses en un elefante. Lenguaje y debate político* (2007). El terme clau al voltant del qual pivota tota l'argumentació en aquesta obra és el de marc mental (frame). Lakoff descriu el marc com l'estructura mental que organitza el mode que tenim les persones de veure el món.

Des d'una perspectiva cognitiva, el marc és quelcom immaterial, que no es pot percebre ni accedir a simple vista, sinó que es troba en un espai difícilment accessible (reservat en bona mesura al llenguatge) com és l'inconscient cognitiu. Seguint a Kühne (2000:5), aquest espai del nostre cervell fa referència a "un nivell de l'experiència humana que considera el processament d'informació d'un mode principalment emocional, i que no accedeix a la consciència (...). Aquest nivell tàcit està sent viscut de manera constant e inevitable. És paral·lel al processament racional i interactua permanentment amb aquest nivell explícit o conscient que explica i reordena en termes racionals, seqüencials i semàntics. És a dir, estem constantment experimentant a un nivell tàcit, i a la vegada estem permanentment referint-nos i reordenant explícitament aquesta experiència immediata".

Segons Lakoff, la centralitat dels marcs mentals es deu bàsicament que sobre d'ells conformem les metes i propostes que ens fem, i configuren l'esquema a partir del qual exercim avaluacions sobre les accions que duem a terme. En aquest sentit, i des d'una perspectiva política, els marcs determinen les línies polítiques que un determinat govern ha de dur a terme. Lluny del que el sentit comú ens pot dur a pensar, adverteix Lakoff, els ciutadans no voten un o altre partit segons els seus interessos racionals, sinó que més aviat ho fan en funció dels valors amb els quals es troben identificats.

En l'estudi dels marcs en la política americana, eix principal en aquesta obra, l'autor argumenta com aquests s'han presentat com una analogia amb els models de família. És a dir, es pot gestionar la política governamental d'un país com Estats Units seguint els mateixos principis generals que es donen en els patrons familiars. Així, trobem que el marc conservador, al qual Lakoff els atribueix la victòria en el procés d'emmarcat, s'ha referit al model de família del pare estricte com a manera d'interpretació de la realitat social i política. D'altra banda, el model de família del pare protector ha quedat, més per descart dels conservadors que no pas per construcció dels progressistes, com a referència dels partits demòcrates americans.

L'emmarcat que presenta el model de família del pare estricte fa referència a un món que és perillós, on cal competir, donat que es donen guanyadors i perdedors. Cal educar estrictament els infants, donat que la naturalesa d'aquests els porta a dur una vida fàcil i plaent, mentre que el bé requereix esforç i constància. Per aquests motius, cal la figura d'un pare estricte, que sostingui la família des d'un punt de vista econòmic, i que sigui capaç mitjançant aspectes com la disciplina i la inculcació d'obediència, d'ensenyar als nens a obeir i a distingir el bé del mal. El pare esdevé la figura clau en aquest context.

La inferència d'aquest marc familiar a una dimensió social, porta a afirmar que la cerca del propi interès garanteix la prosperitat, seguint la màxima econòmica que argumenta que la cerca de l'interès individual porta al mercat a funcionar de manera competent i perfecta. L'ajuda altruista o els programes polítics d'interès social, lluny de fer el sistema més competent, l'allunyen d'aquesta possibilitat.

El model incentiva els individus competitius que actuen sota el seu propi interès. Aquesta màxima cal exportar-la en com més àmbits de la vida millor. En política exterior, per exemple, cal avançar sota la premissa d'aquesta autoritat moral. Aquells països pobres que, igual que els nens, són incapaços de fer les reformes necessàries (els deures, en els cas dels infants) per prosperar competitivament, se'ls haurà de castigar i tractar d'imposar la disciplina necessària per tal que compleixin amb els objectius necessaris.

A l'altra banda, el model de família del pare protector, tant el pare com la mare són agents igualment responsables en el procés de criança i educació. En aquest, els infants són bons per naturalesa, tot i que fomentant qualitats com l'empatia o la responsabilitat aconseguiran una maduració encara més sòlida. En aquest cas, els progenitors fomentaran que els infants se socialitzin en un ambient agradable, harmoniós i feliç, aplicant l'empatia per tal de protegir-los dels possibles perills que es trobin en el camí cap a l'edat adulta.

L'analogia política d'aquest model porta a focalitzar una línia progressista de protecció social ampla, on l'educació universal, les llibertats civils, la igualtat i la redistribució econòmica siguin mecanismes cabdals en la consecució de la justícia social. La relació entre les persones de la comunitat no ha d'estar subjecta a l'obediència sinó a la llibertat, l'honestedat i la comunicació.

No és que aquest darrer marc sigui equivocat, apunta Lakoff, el problema és que és un marc que es troba a la defensiva, donat que els conservadors han aconseguit guanyar el posicionament ideològic a través d'un millor ús de les paraules i de les metàfores. Els progressistes s'han sotmès així, de manera involuntària, al marc conservador per una manca de planificació estratègica i una escassa inversió a llarg termini.

Tot i que és obvi que aquests dos models que presenta Lakoff no es donen d'una manera pura en la realitat social nord-americana, sí que en bona mesura poden representar dos modes ben diferenciats d'entendre aspectes vinculats amb els principis morals, els valors i l'orientació política del país. La simplificació és, per tant, òbvia. Fins i tot es podria realitzar una crítica a l'excessiva simplificació que es desprèn de la lògica argumental de Lakoff, a partir de la qual es dona a entendre que existeix un model bo i un de dolent, o una ideologia bona i una de dolenta, amb la qual cosa només cal escollir la bona per esdevenir moralment bo.

Cal matisar que, en qualsevol cas, l'autor parteix d'un posicionament explícit de la seva posició que clarifica tota la resta, i que l'elecció teòrica de les seves bases esdevenen útils per aquest treball, en tant que eina d'anàlisi per la configuració dels marcs mentals a través de les paraules i les idees, i com a mecanisme que explica els canvis socials a través del canvi en els discursos. Lakoff exemplifica de manera molt clara en aquesta obra, els mecanismes a partir dels quals es generen marcs mentals que tenen conseqüències pràctiques per a la vida de les persones.

2.4.1. La metàfora conceptual i les expressions lingüístiques.

En aquest cas, George Lakoff escriu conjuntament amb Mark Johnson l'assaig *Metàforas de la vida cotidiana* (1986), el qual esdevé la referència teòrica principal que he emprat, en relació a l'ús de la metàfora conceptual com a mètode d'anàlisi de la construcció de significat en la vivència dels trastorns mentals severos.

Lakoff i Johnson parteixen d'una idea principal: el nostre sistema conceptual, a través del qual pensem, raonem i actuem, és fonamentalment de naturalesa metafòrica. La manera amb la qual argumenten aquesta afirmació és analitzant el llenguatge que els individus emprem, com a font principal de les evidències que fonamenten aquest sistema. Aquest argument es troba reforçat pel que els lingüistes cognitius suggereixen en relació a l'ús de la metàfora, com a mecanisme que s'empra de manera intuïtiva i

inconscient per entendre les emocions i altres conceptes abstractes que es generen mentalment (Eynon 2002:402).

Els autors produeixen un salt en l'anàlisi del registre metafòric, entès de manera clàssica com un producte de l'activitat literària que s'interroga per la semàntica i la poètica, i el situen en un procés de construcció de significats i de marcs de pensament. És doncs una obra pragmàtica que analitza les metàfores com a elements que connecten, des d'una perspectiva cognitiva, els individus amb la realitat social que els envolta.

El fet que el nostre sistema conceptual estigui estructurat metafòricament, significa que aquests propis conceptes (sense entrar fins a quin percentatge total dels conceptes estan sotmesos a aquesta regla) s'entenen en termes d'altres. O sigui, arribem a la comprensió d'una realitat determinada mitjançant la comprensió d'una altra realitat, que dona així coherència a la primera. Per aquest motiu, la metàfora conceptual esdevé un instrument per tractar d'entendre quelcom que, en primera instància, no entenem en la seva totalitat.

Per a Lakoff i Johnson, el procés pel qual s'arriba a comprendre doncs la realitat, o part d'aquesta realitat, passa per un seguit de relacions en les quals intervé la interacció, la negociació i també el poder. Tal com ho escriuen: "en una cultura on el mite de l'objectivisme és viu i la veritat és sempre veritat absoluta, la gent que aconsegueix imposar les seves metàfores sobre la cultura, aconsegueix definir allò que és veritat (...) absolutament i objectivament veritable" (1986:202). En aquest cas, es parteix de la seguretat que cerquem els humans en donar un significat, un sentit objectiu als esdeveniments que observem i que ens succeeixen. La necessitat de cercar la seguretat en tenir una explicació verdadera de les coses que comporti certitud i apaivagui la incertesa.

Aprofundint en la tipologia de metàfores conceptuais que ens presenten els autors, cal fer referència a tres nivells fonamentals en relació a la seva funcionalitat. Un dels nivells d'aquesta classificació correspondria a les metàfores orientacionals (1986:50). La particularitat d'aquestes metàfores és que organitzen un sistema global de conceptes en relació a uns altres. Bàsicament tenen a veure amb l'orientació espacial. Per exemple, quan es fa referència a estats d'ànims com la felicitat i la tristesa, acostumem a situar el primer a dalt i el segon a baix: *aixecar l'ànim, aixecar la moral, caure en una depressió o trobar-se abatut*, en serien alguns exemples representatius que empen els autors.

Un altre exemple característic d'aquesta tipologia és quan es fa referència a aspectes relacionats amb el control o la força. En aquest sentit, tenir control o força estaria situat a dalt, mentre que estar subjecte a control o força estaria situat a baix: *estar per sobre de la situació, ser un alt càrrec*, o al contrari, *estar sota control, o el seu poder està en declivi* serien expressions metafòriques⁶ representatives.

En segon lloc, Lakoff i Johnson ens parlen de les metàfores ontològiques (1986:63), a partir de les quals es categoritza quelcom (esdeveniments, activitats, emocions, parts del cos etc.) com a entitats o substàncies. Aquesta categorització permet donar més cos, major definició a dominis aparentment abstractes. És a dir, quan per exemple es parla metafòricament de la ment com una màquina o com un objecte fràgil, i s'utilitzen expressions metafòriques del tipus: *el meu cervell no funciona, et falta un cargol, estic col·lapsat, o tinc el cervell a punt d'explotar*.

Tal com expliquen, aquestes dues metàfores conceptuais, la ment és una màquina i la ment és un objecte fràgil, “ens permeten centrar-nos en aspectes diversos de l'experiència mental. La metàfora de la màquina ens fa concebre la ment com si tingués un estat de funcionament i un altre de no funcionament, un nivell d'eficiència, una capacitat productiva, un mecanisme intern, una font d'energia, i una condició d'operativitat. La metàfora de l'objecte fràgil (...) ens permet parlar de la força psicològica” (1986:66).

Les metàfores estructurals (1986:101) per la seva banda, permeten utilitzar un concepte molt estructurat i clarament delineat per estructurar-ne un altre més abstracte. Una metàfora conceptual que exemplifica aquesta tercera tipologia seria referir-nos al temps com a un recurs, és a dir, com si fos diner, o com si fos un objecte valuós o un recurs limitat.

Així, si tractem de desconstruir el concepte de temps, és fàcil arribar a comprendre la dificultat amb la qual podem tractar amb un tipus de substància tan abstracta. L'evolució social ha comportat la manipulació cultural del temps per part dels humans, en tant que ens ha permès parlar d'aquest en termes de quantificació, valor, finalitat i consum.

⁶ “Les metàfores conceptuais són esquemes generals que fan possibles expressions metafòriques. És a dir, les metàfores conceptuais són tipus; les expressions metafòriques són manifestacions, concrecions lingüístiques d'aquest tipus”. Garachana, M. i Hilferty, J. 2013:30).

Quan diem que *estem perdent el temps, que no tinc temps, que hem de calcular el temps*, o que *hem d'estalviar temps*, observem com de manera reveladora, ja que no tendim a veure-ho en absolut com a metàfores en la vida quotidiana, el concepte de temps es troba entrelligat amb una idea molt més ampla de societat (des de la industrial, a la post-industrial, i l'actual de la informació) que dóna uns determinats significats culturals al treball i al temps. L'aspecte central d'aquesta significació és descobridora en tant que construcció social arrelada, però en cap cas natural.

“En la nostra cultura, el temps és una cosa valuosa. És un recurs limitat que fem per assolir els nostres objectius” (1986:44). Aquesta associació entre temps i diners permet quantificar-lo amb precisió, però no es pot afirmar que aquest és un aspecte generalitzable a totes les cultures ni a totes les etapes històriques anteriors. Sorgeix en l'època moderna, i com apunten els autors “no existeix cap necessitat per la qual l'esser humà hagi de conceptualitzar el temps d'aquesta manera; està lligat a la nostra cultura” (1986:45).

Sota el meu criteri, la rellevància del treball de Lakoff i Johnson ja no té tant a veure amb l'anàlisi positiu que fan, en el sentit analític de la composició del nostre esquema de pensament a través de l'ús de la metàfora, com especialment en el que de tot això se'n desprèn a tall de teoria de desconstrucció de la realitat social. Ells mateixos manifesten com a post-scriptum del llibre que “és important donar-nos compte que la manera en què hem estat ensenyats a percebre el nostre món no és l'única, i que és possible veure-hi més enllà de les “veritats” de la nostra cultura” (1986:283).

Podem doncs establir nous significats a la realitat? Lakoff i Johnson parlen de les metàfores imaginatives i creatives (1986:181) com a metàfores que estan fora del sistema conceptual convencional, però que precisament per aquest motiu poden proporcionar noves comprensions de la nostra experiència. Sota aquesta definició proposen un nou marc imaginatiu: *l'amor és una obra d'art en col·laboració*. En relació a aquest marc sorgirien una sèrie d'implicacions metafòriques, com podrien ser: *l'amor és treball, l'amor és cooperació, l'amor exigeix paciència* o *l'amor implica creativitat*, entre moltes altres que esmenten.

La importància d'aquesta construcció imaginativa té tant a veure amb el que destaca com amb el que deixa de banda. Així, mentre s'emfatitza l'aspecte actiu de l'amor en relació al treball, la creació, les finalitats i l'ajuda, neutralitza els aspectes demoníacs de l'amor, explícits en la metàfora *l'amor és bogeria*. Aquesta metàfora, arrelada

especialment en la cultura llatina i vinculada als aspectes més passionals de l'amor en la nostra cultura convencional, s'interpreta en clau d'anàlisi com una metàfora que pot desencadenar una manca de control. Així, expressions metafòriques com *estic boig per ella, m'està tornant boig* o *és una relació malalta*, representen aquesta dificultat, una incapacitat manifesta per mantenir controlats els aspectes emocionals d'una relació.

Aquesta relació bidireccional entre els marcs mentals que es construeixen en un sentit més macrosocial, i la recepció i interpretació que generen en els individus, va conduir a Lakoff i Johnson a aturar-se en l'estudi del fet que concerneix a l'estructura experiencial de la vida interior, en una obra posterior titulada: *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought* (1999).

De manera molt sintètica, és interessant destacar d'aquesta altra perspectiva, com posa de relleu les estratègies a partir de les quals els individus donem sentit, mitjançant concepcions metafòriques, a la nostra estructura interna de relació amb el món. Així, la manera com intentem controlar el nostre cos en situacions que aquest escapa del nostre control; els casos en els quals els nostres valors conscients es troben en conflicte amb els valors implícits del nostre comportament; i les diferències entre allò que sabem o creiem sobre nosaltres mateixos, i el que la resta de persones saben o creuen sobre nosaltres, en serien algunes, entre d'altres, de les principals situacions que ens foren a estructurar el pensament de manera metafòrica per donar respostes plausibles (1999:267).

Aprofundir en les dificultats afegides que poden tenir les persones afectades per un trastorn mental sever, en donar versemblança a situacions de descontrol en episodis en els quals apareixen brots psicòtics, esdevé un aspecte central per a la comprensió d'una vivència que fins ara sabem que és profundament dolorosa. Tal com ho expressen Lakoff i Turner (1989:50), "aquells modes de pensament que no són pròpiament convencionals no poden ser expressats en un llenguatge convencional".

Així doncs, com donen sentit a la pèrdua de control mental, i de vegades corporal, provocada pel trastorn? Com cerquen els espais de normalitat i confort que els hi puguin proporcionar major estabilitat? Com interpreten l'avaluació que la resta de la gent fa de la seva situació? De quina manera es poden imaginar i projectar en aquesta societat?

Una de les respostes que ens donen Lakoff i Johnson, però també d'altres autors com Eynon, T. (2002) és l'estratègia, que es pot entendre en tot cas com a defensiva, de

considerar el *self*, és a dir el propi subjecte generador d'emocions i personalitat, en termes d'objecte o subjecte extern. Per exemple, quan es diu: *ahir no era jo, o és la malaltia que em fa fer aquestes coses*. Una estratègia alliberadora que comporta però abundants dificultats d'abordatge psicoterapèutic, ja que la persona afectada interpreta una mancança de control sobre la patologia, donat que és el subjecte extern qui la dirigeix.

Des del meu punt de vista, aquesta estratègia és exemplificant, en el sentit que es presenta com una resposta a les poques opcions que li resta a una persona afectada per interpretar la seva malaltia en la societat actual. En bona mesura, sembla raonable pensar que l'estratègia que empren no es troba subjecta a una decisió purament individual, més quan la salut i la malaltia esdevenen no només qüestions de fet, sinó també de sentit i valor social. Tal com ho planteja el metge i filòsof Diego Gracia (2010:17), les valoracions en aquest àmbit no depenen tant dels fets, com del mode com les valorem i integrem en la vida humana.

3. Preguntes de recerca i objectius.

Preguntes de recerca:

1. Esdevé el discurs biomèdic de les malalties mentals predominant entre els professionals de la salut mental?

Aquesta pregunta pretén guiar l'anàlisi en relació al discurs social que pren part entre els professionals vinculats a l'àmbit de la salut mental (psiquiatres principalment, però també psicòlegs, terapeutes familiars, psicoanalistes, sociòlegs i altres). L'objectiu de la pregunta no cerca tant confirmar o refutar la hipòtesi segons la qual el model biomèdic individual seria l'esquema mental predominant entre els professionals, sinó que més aviat tractarà de capturar els matisos que incorporin mirades multidisciplinars sobre el sentit de les malalties mentals i el seu abordatge.

2. Es detecten discursos alternatius entre les persones afectades per un trastorn mental sever, o bé, predomina una interiorització de l'esquema individual de discapacitat?

Gran part de les persones afectades coneixen bé, donat que viuen en primera persona, les conseqüències pràctiques de les actituds socials configurades en relació a la malaltia que tenen diagnosticada. En aquest sentit, són a priori, les primeres interessades a difondre un imaginari que trenqui, o si més no matisi, les idees preconcebudes socialment que els configuren com a col·lectiu allunyat de l'anomenada normalitat. Ho fan? De quina manera? Amb quines expressions? Aquesta pregunta de recerca guiarà l'anàlisi en la detecció d'aquests possibles nous imaginaris, tractant de comprendre el seu contingut i sentit com a discurs alternatiu i ofert en primera persona.

3. Es dóna una correspondència clara entre les expressions metafòriques verbalitzades pels actors i el discurs que pretenen emmarcar?

Com apunten Johnson i Lakoff (1986), normalment no som conscients del sistema conceptual que fem. Aquesta afirmació em duu a formular la tercera pregunta de recerca, a partir de la qual s'analitzarà si el llenguatge i les expressions emprades pels diversos actors per tal de promoure, emfatitzar i/o

defensar un tipus de marc, corresponen realment amb els principis d'aquest, o bé, si el sistema conceptual que utilitzen entra en contradicció amb aquesta voluntat inicial. Se cercarà així la captura de continguts manifestos que els autors utilitzen inconscientment en l'expressió de les seves opinions.

Objectiu general:

1. Analitzar el procés de configuració i establiment de significats i conceptes en l'àmbit de la salut mental, que conformen els principals esquemes mentals de representació.

Objectius específics:

2. Corroborar que els defensors del model biomèdic i els defensors dels models alternatius utilitzen metàfores conceptuals diferents, i d'aquesta manera, reafirmar o refutar l'existència de nous marcs de pensament.

3. Analitzar de quina manera la metàfora conceptual col·labora en la configuració dels estereotips socials que afecten negativament les persones diagnosticades.

4. Metodologia.

El mètode analític que s'emptra en aquesta recerca es fonamenta en l'ús de la metàfora conceptual com a eina que permet accedir als processos d'estructuració del pensament humà, a partir de la detecció i categorització d'expressions lingüístiques.

Així, es parteix d'un enfocament qualitatiu a partir de l'anàlisi del discurs. En relació al material emprat i a la mostra, apuntar que aquest és audiovisual i fa referència a tres documentals que aborden els trastorns mentals severos i que donen veu a persones diagnosticades, professionals i familiars.

Tots tres documentals han estat produïts a Espanya entre els anys 2006 i 2012, i ens apropen l'experiència i testimoni dels diversos actors, aportant enfocaments divergents d'un mateix fenomen. A continuació s'exposa la fitxa de cada documental i l'enllaç a partir del qual es pot visualitzar. Seguidament es poden observar les dades numèriques de la mostra seleccionada, és a dir, de les persones que apareixen en els documentals i que les seves paraules han estat recollides com a material d'anàlisi d'aquesta recerca.

Fitxa dels documentals:

Títol. 1 % esquizofrenia

2006. Espanya. Documental de 72 minuts.

Direcció. Ioné Hernandez

Producció. Julio Médem

Sinopsi. Document que convida a afectats, professionals i familiars a parlar sobre les principals qüestions que afecten l'esquizofrènia. S'aborda la temàtica del tractament, les causes i el diagnòstic, les pors que suposa la malaltia, així com el procés de vivència i convivència.

- Enllaç al documental: <http://www.youtube.com/watch?v=IsaC2ZJrk6o>

Títol. El revés del tapiz de la locura

2008. Espanya. Documental de 56 minuts.

Realització. Adriana Leira, Viviana García Besné, Elena Martin, Uribarri Alberdi i Zusanna Wejman.

Producció. Zabul Films

Sinopsi. El documental plasma el dia a dia d'un col·lectiu de persones diagnosticades amb una malaltia mental que duen a terme un programa de ràdio. Aquest esdevé una eina que els hi permet trencar les barreres d'aïllament i comunicació que la societat ha construït al seu voltant. En aquest cas són els propis afectats qui entrevisten professionals de la Salut Mental, fent un intercanvi de papers amb els qual tractaran d'incorporar reflexions que desafien els tòpics de la qüestió.

- Enllaç al documental: <http://vimeo.com/62059140>

Títol. Sueño igual que tu

2012. Espanya. Documental de 41 minuts.

Direcció. Alberto del Pozo i Daniel Strömbeck

Producció. Producciones Cibeles

Sinopsi. Film impulsat per la Fundació Pública Andalusà per a la Integració de persones amb malalties mentals, que a partir del testimoni i l'experiència en primera persona ens ensenya en què consisteix un procés de recuperació social, tractant al mateix temps de desfer els estereotips i les falses creences que es construeixen al voltant de les malalties mentals.

- Enllaç al documental: <http://www.youtube.com/watch?v=vOlydHli9wM>

Taula 1. Mostra seleccionada en els documentals segons rol i sexe.

	Sexe		TOTAL
	Home	Dona	
1. Afectats	14	7	21
2. Professionals	26	8	34
2.1. Psicòlegs	1	2	3
2.2 Psiquiatres	13	2	15
2.3 Psicoanalistes	1	1	2
2.4 Sociòlegs	1	-	1
2.5 Antropòlegs	2	-	2
2.6 Periodistes	1	-	1
2.7 Gestors	5	1	6
2.8 Càrrecs institucionals	1	1	2
2.9 Tècnics RRHH	-	1	1
2.10 Monitors ocupacionals	1	-	1
3. Familiars	-	3	3
TOTAL	40	18	58

Com es pot veure en la taula anterior, la mostra té un volum de representació de 58 persones, entre les quals la categoria de professionals és la més àmplia, amb 34 membres. Seguidament trobem les persones afectades, que són un total de 21. Finalment 3 familiars es troben inclosos en la mostra. Aclarir que en els tres documentals apareixen moltes més persones que les 58 apuntades aquí. Aquestes només fan referència a les que s'han seleccionat en relació a les seves aportacions en el material audiovisual.

Partint d'aquest material, s'ha tractat de detectar les expressions metafòriques i no metafòriques pronunciades en els documentals, amb l'objectiu d'agrupar-les i relacionar-les en funció de la seva naturalesa conceptual i de significat. Amb aquestes expressions s'ha realitzat un procés de construcció de categories configurades sota l'esquema de la metàfora conceptual. Obtingudes les metàfores conceptuais, aquestes s'han agrupat en eixos metafòrics, amb l'objectiu de sintetitzar i organitzar els diversos sentits que se'n desprenen en el seu conjunt. En darrer terme, i un cop realitzats aquests processos, s'ha dut a terme un exercici d'inferència que possibilités la detecció de marcs mentals de comprensió i d'interpretació de la qüestió.

De manera operativa, els termes claus que han conduït l'estratègia d'anàlisi han estat els cinc següents:

1. Expressions metafòriques. Realitzacions i manifestacions lingüístiques d'una metàfora conceptual.
2. Expressions no metafòriques. Altres realitzacions i manifestacions lingüístiques que atorguen sentit i significat a les metàfores i marcs detectats.
3. Metàfores conceptuais. Esquemes lingüístics més generals a partir dels quals sorgeix un sistema coherent d'expressions metafòriques.
4. Eixos metafòrics. Esquemes organitzadors que aglutinen un sistema coherent de metàfores conceptuais.
5. Marcs mentals⁷. Estructures mentals que conformen la nostra manera de veure el món i que es manifesten a partir de les idees i el llenguatge.

Per tal de dur a terme aquest procés empíric, s'ha emprat el mètode de codificació de les unitats de registre de les expressions metafòriques i no metafòriques, amb l'objectiu de facilitar-ne el maneig i la precisió.

Tot aquest desenvolupament s'ha trobat sota el guió i la confrontació de les preguntes de recerca i els objectius, els quals han conduït les prioritats investigadores d'aquest treball. Finalment, un cop configurat el treball empíric, s'ha elaborat l'apartat de conclusions en el qual s'ha tractat de donar resposta a les motivacions que l'han originat.

⁷ En el transcurs del treball utilitzo el concepte marc mental equivalent al terme frame.

A mode sintètic, es presenta l'esquema panoràmic del procés metodològic.⁸

1. Determinació de l'objecte d'anàlisi.

1.1. Concreció del tema que es vol investigar.

1.2. Selecció de les fonts teòriques.

1.3. Concreció d'objectius i hipòtesis.

2. Determinació del material d'anàlisi.

2.1. Selecció dels materials i la mostra.

3. Anàlisi empírica.

3.1. Codificació per unitats de registre: expressions metafòriques i no metafòriques.

3.1.1. Establiment de regles de codificació: precisió, consistència, estabilitat i validesa.

3.1.2. Criteris de captació de contingut transversal: freqüència d'aparició de les unitats de registre, detecció de l'actor que l'expressa, estructura temàtica que l'acompanya.

3.2. Determinació del sistema de categories: metàfores conceptuais i eixos metafòrics.

3.2.1. Establiment de criteris de categorització: sentit, amplitud, univers i exclusivitat.

3.3. Inferència: detecció de marcs mentals.

4. Redacció de les conclusions.

4.1. Criteris de control de qualitat de les conclusions: verificació, confirmació i enriquiment.

⁸ Es segueix el guió proposat per Ruiz Olabuénaga (2012)

5. Anàlisi qualitativa.

L'anàlisi qualitativa que s'ha dut a terme es divideix en tres subapartats. En el primer d'ells, es realitza una anàlisi del contingut discursiu aparegut en els documentals, mitjançant les expressions metafòriques detectades. A partir d'aquestes expressions s'han configurat les metàfores conceptuais i els eixos metafòrics que han guiat l'orientació de la recerca. El segon subapartat, se centra a inferir i relacionar els elements que poden establir la configuració d'un frame. Aquesta configuració és contrastada a partir de la interacció del frame detectat amb els eixos i metàfores conceptuais proposades en el primer subapartat. El tercer subapartat, tracta d'establir correspondències entre el discurs que presenten els participants en els documentals, i els models teòrics d'interpretació de les malalties mentals i la discapacitat.

5.1. Anàlisi del discurs a través de la metàfora conceptual.

En l'anàlisi de contingut del material audiovisual es detecten tres grans eixos metafòrics que organitzen un conjunt de metàfores conceptuais derivades. El primer eix l'anomeno la metàfora del camí. El segon eix, la metàfora del control. El darrer, la metàfora de la lluita. Dins de cadascun dels eixos trobem metàfores conceptuais, expressions metafòriques, i expressions no metafòriques que donen sentit i coherència a un relat explicatiu sobre la manera de comprendre i entendre la situació vital al voltant dels trastorns mentals.

1er eix: LA METÀFORA DEL CAMÍ.

El primer eix detectat presenta la vida en forma de camí. Un camí que es descriu com a competitiu i productiu, en el qual sembla que no tothom hi pugui formar part i avançar. Aquest és un camí que dóna certitud. Fora d'aquest és difícil trobar sentit. Els altres camins són marginals. Per tant, tenim el Camí⁹ i els altres camins. Observarem com les persones afectades per un trastorn mental els hi costa avançar a través del Camí. Es troben limitades, afectades i a voltes perdudes. La malaltia esdevé un impediment molt significatiu.

Les metàfores conceptuais derivades d'aquest primer eix són: **la vida és un camí; el camí és una competició; el trastorn mental és estancar-se en el camí; el trastorn**

⁹ S'utilitza la majúscula per diferenciar el Camí de la resta de camins.

mental és fugir a altres camins; el trastorn mental és sortir del camí; curar-se és retornar al camí.

Veiem a continuació com la metàfora del camí va agafant pes amb les tres expressions següents:

Doc1_p19_psiquiatre13_h (59:44) *la mayoría avanza, si están bien tratados la mayoría avanza.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (59:54) *los que no avanzan es que están mal tratados.*

Doc2_a10_d (19:33) *tenemos que escuchar a los afectados, porque como no escuchemos no sé si se va a avanzar.*

Psiquiatre13 i afectada10 parlen d'aquesta idea genèrica d'avançar, que ens situa en el context d'un camí. Sembla doncs que del que es tracta és precisament de no estancar-se, no romandre aturat. Sovint s'observa una certa analogia entre estar curat i poder progressar, aspecte que per altra banda representa la normalitat.

Doc1_p2_psiquiatre1_h (1:00:19) *hay quien dice que es un tercio no progresa casi nada...un tercio que mejora sustancialmente y un tercio que casi se cura, que casi llega a llevar una vida normal.*

No millorar en el procés de cura de la malaltia, complica les opcions per donar passos, tirar endavant i continuar el procés. La malaltia limita i frena.

Doc3_a15_d (15:14) *mi enfermedad me ha limitado (...) si cada día doy un pasito más adelante es por ella (parla dela seva filla).*

Doc3_a17_d (38:36) *así puedo de esta manera ayudar a personas que todavía les falta ese impulso y esa cosita para decir “oye que yo valgo y que yo soy capaz de hacer muchas cosas”, que a mi no me puede frenar una enfermedad, que yo tengo que salir para delante.*

Doc1_p7_psiquiatre5_h - (05:23) *aparece en una etapa crucial de la vida (...) que es clave, que es la adolescencia, se quedan apartados, aislados, mientras sus compañeros siguen su proceso. Coarta, colapsa, el funcionamiento social de los individuos.*

És interessant aturar-se en la intervenció de psiquiatre5, on especifica com el sorgiment de la malaltia aparta, aïlla, coarta i col·lapsa, especialment quan es manifesta en l'època adolescent. Altres afectats manifesten el seu esperit de superació, la capacitat per empènyer-se un mateix i no quedar-se aturats.

Doc3_a19_d (14:16) *el orgullo va dentro de mi, de que yo me he superado cada día.*

Doc2_a12_h (37:51) *jo m'estic empenyent des dels 17 anys. (S'interpreta una certa analogia entre l'expressió buscar-se la vida i trobar el Camí).*

Doc1_a1_d (37:21) *imagínate que te encierran, con 200 personas, cada una con su problemática y ala venga... bajo la mano de Dios, 7 días de la semana, con sus 24 horas... y tu verás lo que haces, búscate la vida...*

Aquesta professional, gestora4, referint-se a una usuària afectada, diu com es trobava un xic perduda i amb dificultats per donar passos.

Doc3_p29_gestora4_d (11:52) *Eva (usuària) estaba un poco perdida, con mucha desconfianza, y había perdido mucha fe en que pudiera ir dando pasos y consiguiendo cosas.*

Quin paper juguen els professionals que intervenen en els processos d'atenció sanitària i social a les persones diagnosticades? Trobem que un aspecte pot ser el d'acompanyament en l'evolució. És a dir, un acte de recórrer conjuntament amb l'usuari el desenvolupament del Camí. Veiem com ho expressa gestor2.

Doc3_p25_gestor2_h (31:29) *hay quien afirma que una de las tareas fundamentales de los profesionales que acompañan en la evolución a personas que tienen un problema de salud mental grave, es ayudarles a (...)*

Gestor6 manifesta com han aconseguit salvar certs problemes que s'han presentat en el Camí. Pel que es dedueix de les seves paraules, en l'àmbit de la inserció laboral.

Doc3_p31_gestió6_h (24:40) *el camino no ha sido fácil (...) hay ciertos prejuicios, ciertas reticencias a contratar personas con enfermedad mental (...) hemos conseguido salvar esos problemas.*

L'acció d'integrar és una de les activitats més repetides pels professionals com a part de la seva tasca i de les institucions i organitzacions que representen. Psiquiatre15, monitorocupacional11, gestor6 i gestor3 així ho expressen.

Doc3_p34_monitorocupacional1_h (32:05) *nuestra labor como monitores es ayudarles a ellos a integrarse y a coger una serie de hábitos en su vida que muchas veces por el tema de la enfermedad lo han perdido.*

Doc3_p32_psiquiatre15_h (23:53) *la cooperación y el apoyo permanente de los servicios de salud mental son fundamentales para la integración social y laboral de las personas que sufren trastornos mentales graves.*

Doc3_p31_gestor6_h (22:57) *eso les permite encontrar nuevos compañeros, encontrar nuevas habilidades que ellos mismo no conocían de sí mismos, el sentirse con mayor autoestima, y eso facilita mucho la integración .*

Doc3_p26_gestor3_h (10:57) *objetivo de favorecer la autonomía y la recuperación (objectius de l'organització que representa) de las personas que padecen enfermedad mental mediante su integración social y laboral.*

Aquesta acció d'integrar encaixa amb la metàfora del camí en termes d'ajudar a incorporar, per diverses vies i a través de diferents mètodes, a les persones afectades a la senda. Es pot interpretar que amb l'afectació de la malaltia es parteix d'una situació de manca de capacitats i hàbits per dur-ho a terme de manera individual, amb la qual cosa l'ajuda professional esdevé necessària.

En el següent professional, veiem una matisació referent ja no al procés d'integració cap al Camí, sinó a la possibilitat de desenvolupament un cop en el Camí. La persona afectada, ens diu, hi pot viure perfectament si se li dóna la possibilitat de suport (s'entén professional).

Doc3_p26_gestió3_h (36:52) *estas personas pueden vivir perfectamente en la comunidad si se les presta el apoyo social necesario*

La integració doncs, sembla ser l'acció necessària per tal que les persones afectades puguin retornar al Camí de la normalitat.

Doc2_a9_d (03:50) *ser una nikosiana es tener un espíritu así de reivindicación, de lucha por el estigma, de querer integrarse en esta sociedad.*

Es dedueix de manera lògica que en el Camí s'hi troba la gent normal.

Ràdio Nikosia (01:03) *en Barcelona, radio Nikosia, saca la radio fuera de las instituciones y la lleva a la calle, utilizándola como instrumento de reivindicación e integración con la gente normal.*

L'estat de malaltia és, per tant, un estat que es desvia del patró de normalitat.

Doc1_a1_d (23:39) *estaba en un estado yo que no era muy normal.*

Tornar a la normalitat s'expressa precisament en termes de moviment, com si es tractés de retornar al lloc del qual s'havia partit.

Doc1_a4_h (1:05:10) *no soy el mismo que era antes cuando estaba bien pero cada vez estoy más cerca de volver a la normalidad.*

Familiar1 i psicòleg1 parlen de cercar la curació i la recuperació també en termes de moviment i camí. En la primera intervenció s'empra l'ús de la paraula pelegrinatge en la recerca de la curació, denotant així aquesta acció de caminar cap a una fita. En la segona expressió, ella mateixa fa referència a la llunyania de la destinació. Psicòleg1, referint-se a la recuperació social, expressa el molt que resta per tornar a recobrar les facultats necessàries pel desenvolupament en la normalitat.

Doc1_f1_d (17:31) *las familias empiezan un peregrinaje buscando la curación, no importa el precio (...) no se creen al principio lo que se les dice porque es muy duro.*

Doc1_f1_d (1:01:45) *estamos muy lejos de tener cubiertas las necesidades en salud mental, pero muy lejos.*

Doc1_p1_psicòleg1_h (1:00:46) *no es una quimera... pero también es que queda muchísimo* (es refereix a l'avenç en la recuperació social de les persones amb tms)

Què més en sabem del Camí? Com es descriu per part dels actors? Quina lògica i sentit veiem que té? D'entrada, un aspecte important sembla que es descriu per un caràcter competitiu del Camí, donat que es pot guanyar o perdre en el seu desenvolupament, i requereix de certes aptituds per participar-hi. Veiem una reivindicació d'aquesta aptitud per part de afectat8.

Doc2_a8_h (52:54) *somos personas totalmente normales, somos personas totalmente aptas.*

Tot i aquesta afirmació, veiem seguidament com les persones afectades poden tenir dificultats en relació a aquestes disposicions o capacitats adquirides que el facin apte per la competició.

Doc1_f1_d (18:45) *y que además no van a poder ver cumplidos sus deseos de verle un ganador, una persona que hace una vida normal, que crea una familia.*

En aquest cas, guanyar s'assimila a dur una vida normal. Crear una família és un dels aspectes que d'entrada poden conduir cap aquesta idea de triomf, segons s'interpreta de les paraules de familiar1. Un altre aspecte que pot conduir a aquesta consecució és la idea de treballar, que sovint es manifesta també com a produir.

Doc1_p18_psiquiatre12_h (47:46) *cuando están enfermos (amb un episodi o brot) producen menos y producen peor (parla d'artistes amb diagnòstic de trastorn mental).*

Doc2_a12_h (42:03) *que seas apto para trabajar, y punto, eso es lo que debe de ser normal. (es refereix al que ell percep que li demana la resta d'individus de la societat de manera exigent).*

Com en gairebé tota competició, cal ser eficient i eficaç amb els recursos i amb el temps del qual es disposa. No ser-ho, denota una sensació de frustració i derrota.

Doc1_a6_h (40:11) *de que he perdido el tiempo en mi vida, de que no he hecho nada en claro... que no sé qué... que no valgo para nada... no sé, cuando estás en un momento de bajón, pero yo hiperbajón.*

Doc1_a6_h (1:05:52) *eso es lo que a mi me duele, que he empezado muchas cosas pero en realidad no he terminado nada.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (51:25) *lo que hay que hacer con el paciente psicótico primero es una aproximación psicofarmacológica, cada día que pierdes no lo vas a recuperar.*

Aquestes sensacions negatives poden agafar forma de fracàs, com es dedueix de les intervencions posteriors.

Doc1_a2_h (14:27) *mi madre no quería reconocer mi fracaso por no asumir que a lo mejor algo en ella había fallado.*

Doc1_p18_psiquiatre12_h (45:03) *pero el mundo es una pared, y el fracaso está al cabo de la calle (...)*

La família espera per tal de cercar la millora de l'afectat. Esdevenir millor en la realització d'aquestes fites competitives s'interpreta alhora com a millora personal.

Doc1_a3_h (15:23) *ellos lo que quieren es que mejore como persona, que haga las cosas bien* (es refereix a la seva família).

Tot i això, s'observa repetidament com la patologia esdevé en bona mesura causant d'una baixa competitivitat. Veiem en les següents expressions, com es manifesta que les persones diagnosticades amb un trastorn mental parteixen amb clara desavantatge i inferioritat de condicions en la competició.

Doc1_p7_psiquiatre5_h - (05:23) *Coarta, colapsa, el funcionamiento social de los individuos* (es refereix al trastorn mental).

Doc3_p25_gestor2_h (07:11) *se trata de personas que tienen afectado su funcionamiento social y personal, viven a menudo situaciones de desventaja social.*

Doc1_p7_psiquiatre5_h (05:55) *la enfermedad incide de una manera doble, quitando y dejando de ganar.*

Què condiciona que la persona afectada es trobi fora del Camí? És ella mateixa qui s'hi situa? Li col·loquen els altres? Antropòleg1 i afectat2 fan referència en aquests dos fragments a aquesta qüestió.

Doc2_p20_antropòleg1_h (10:13) *las familias acaban siendo víctimas de las presiones sociales (...) hacia lo que habría que tender es hacia un modelo de normalidad. Si hay personas que han tenido un trastorno mental y encima lo que hacemos es excluirlas, dejarlas fuera del juego social, difícilmente podrán recuperarse.*

Doc1_a2_h (11:55) *es muy triste que tu tengas un problema y que lo estés pasando muy mal... y que gente que has tenido alrededor, seres queridos como tus hermanos o tus padres te rechacen, eso es muy duro.*

En primer terme, antropòleg1 parla en primera persona del plural per referir-se al conjunt de persones no afectades que tenen un paper rellevant en el procés d'exclusió. La metàfora que empra aquest no és la del camí, sinó que apunta a l'exclusió del joc social. En segon terme, afectat2 es refereix al rebuig procedent de la família més propera, en aquest cas pares i germans. També en parla psicòloga3 de manera genèrica per referir-se al càstig que s'imposa en forma de culpa a l'afectat.

Doc2_p22_psicòloga3_d (27:24) *necesitamos chivos expiatorios, necesitamos buscar culpables.*

Doc2_p22_psicòloga3_d (28:04) *una persona no se enferma porque quiere, se enferma porque hay una serie de condicionantes (...) pero no hay una voluntad de quererse enfermar, no hay que castigar a nadie con la culpa.*

És relativament lògic parlar de culpes o càstigs en termes de sancions en un context competitiu. Sabem que les competicions estan regides per normes, on no tot s'hi val. Així, les dues afirmacions de psicòloga3 són la resposta a una pregunta formulada per afectat 13, on aquest sembla suggerir que el sistema està organitzat per tal que es vagi expulsant gent. Veiem la pregunta.

Doc2_a13_h (27:08) *la sociedad o el sistema busca culpar de alguna manera, excluir a alguien... ¿Está montado de una manera que se necesita excluir gente?*
(li pregunta un afectat a la psicòloga)

També veiem aquesta lògica en periodista1, on manifesta que les diferències sempre queden sancionades en forma de desavantatge, imposant una pena.

Doc2_p21_periodista1_h (15:49) (...) *lo normal que és lo segur, lo conservador, que no dóna problemas, lo que és més estàndard, això és lo normal, no? Jo crec que com a normal lo que s'ha de dir és el sentit comú, lo que és normal és lo que encaixa dintre la naturalesa de cadascú, sigui com sigui. Tractar la diferència com a normalitat és l'assignatura pendent, perquè les diferències sempre es penalitzen.*

La interiorització de la pena la veiem palesa en afectat2.

Doc1_a2_h (25:30) *entonces yo tenía sentimiento de culpa y de pecado.*

No entendre la lògica i significació del Camí fa molt complicat l'òptim desenvolupament en el mateix. Veiem que un aspecte repetidament expressat pels afectats és aquesta dificultat per entendre-la i interioritzar-la.

Doc1_a1_d (42:24) (parla de quan va intentar suïcidar-se) *lloraba de impotencia, no sé, de que me iba a morir y no sé, que lo triste que había sido mi vida, y cómo iba a acabar todo, y incomprensión de todo.*

Doc1_a2_h (39:55) *llegó un momento en que yo ya no entendía nada* (parla de les causes que el van portar a un intent de suïcidi).

Doc1_p10_psicòloga2_d (07:31) *tienen miedo porque no entienden lo que están viendo (...)*

En els dos primers testimonis, aquesta incomprensió els va dur a una decisió molt dràstica com és l'intent de suïcidi. Una manera molt expeditiva d'abandó i renúncia. Aquest intent, en cap dels dos casos, va consumir-se.

La lògica competitiva del Camí, es presenta doncs com un procés que planteja etapes a les quals els participants han d'arribar. Que els situa i diferencia en funció de les seves aptituds per tal d'assolir aquestes metes. Que genera accions d'eliminació dels participants que no segueixen les lògiques de la competició, i que no arriben a certs estàndards. I finalment, que recompensa als que sí que ho fan, i situa en camins marginals a aquells que no ho aconsegueixen.

L'estigma, que apareix de manera abundant en els materials, pren forma d'etiquetatge i cobra sentit en aquesta lògica d'expulsió i eliminació de la competició. L'estigma genera així un senyal que pretén ser indeleble, es presenta com una etiqueta que duen les persones afectades, tal com ho manifesten els dos testimonis següents.

Doc2_p20_antropòleg1_h (06:35) *yo te pongo la etiqueta, te estigmatizo, como te marco (...) muchas veces los supuestos cuerdos lo único que hacemos es establecer monólogos con la locura y no diálogos con ella.*

Doc2_a8_h (15:58) *se crea un estigma, una herida abierta dentro de lo que es el colectivo (...) que es difícil de cerrar.*

L'etiqueta assenyala una persona que prové dels camins paral·lels, marginals. Avisa als que es troben en el Camí d'aquesta situació. Sembla doncs que el Camí que dóna sentit és el que representa el món dels entenimentats. Els camins paral·lels s'expressen en termes de submons o altres mons. Per alguns actors, aquests camins són ben a prop, tant, que "els normals" tenen por de ser-hi amb només un salt.

Doc1_p3_psiqiatre2_h (08:36) *una parte del miedo a la locura es un miedo a nuestra propia locura, a donde está nuestro límite, en qué momento nosotros podemos saltar esa frontera a veces tan frágil que nos coloca en el lado de la sinrazón.*

El que és paradoxal és que sigui relativament fàcil accedir al costat de la desraó, però que en canvi sortir-hi i tornar a entrar al Camí esdevingui tan complicat.

Doc1_a3_h (40:52) *yo en ese momento no veía salida* (parla de l'intent de suïcidi).

En el cas de afectat3, el camí paral·lel va agafar forma de laberint, donat que li era impossible trobar la sortida. Aquest desgast en la cerca el condueix a un intent de suïcidi.

Afectat2 per la seva part, pensa que morirà sense superar-ho.

Doc1_a2_h (1:06:16) *yo creo que me moriré sin superarlo* (la malaltia).

És interessant aquí el verb superar, donat que descriu aquesta acció de pretendre ultrapassar i vèncer un obstacle. Tornem aquí a la paradoxa. El Camí presenta murs, tanques i parets que fan inaccessible la seva tornada. Així ho expressa psiquiatre12.

Doc1_p18_psiquiatre12_h (45:03) *el mundo es una pared, y el fracaso está al cabo de la calle (...)*

En aquesta línia, psiquiatre2 feia referència a una frontera: *saltar esa frontera a veces tan frágil*, tal com també ho fa afectada14.

Doc2_a14_d (47:01) *nuestra voz atraviesa las fronteras de otros países.*

Es pot dir que aquestes parets o fronteres són tangibles? Constatables? Segons els testimonis anteriors sí, però tenim una excepció. Psicòleg1 diu que no són objectes perceptibles ni que puguin ser tocats, sinó que són invisibles, subtils. Aspecte que contràriament al que ens diria el sentit comú, en dificulta molt més la superació.

Doc1_p1_psicòleg1_h (00:19) *nos hemos dado cuenta que hay unos muros invisibles que no son las tapias del manicomio (...) que es un muro más sutil i más difícil de romper.*

Afectat6 descriu aquests submons situats en camins paral·lels en forma de coves.

Doc1_a6_h (02:47) *en momentos puede ser como un agujero con mogollón de ecos, oscuro, que van apareciendo como flashes... no sé (...)* Como que te oyes tu, o incluso esas mismas voces te vienen en el eco proyectadas como una conversación, o con olores... (03:28) *no quieres salir, que no quieres ducharte, que no quieres nada, que no te vea nadie... esa cueva, te metes como en tu cueva.*

L'aïllament és una característica present en aquesta situació.

Doc1_a5_h (07:52) *te aíslas mucho de lo que es tu entorno.*

Llegint les afirmacions de afectat5 i afectat6, sembla poder-ser entendre que és la mateixa persona la que pren la iniciativa d'apartar-se i refugiar-se. Així com amb anterioritat s'havia detectat que eren les altres persones i de vegades la família la que rebutjava, i excloïa del Camí, amb aquestes expressions sembla que el fet queda més matisat, donant-se l'opció que sigui la persona afectada la que es dirigeixi per si sola cap aquests submons. Aquesta explicació, queda suportada amb la intervenció de antropòleg1, que manifesta que la bogeria és precisament la fugida del Camí que fa la persona.

Doc2_p20_antropòleg1_h (06:35) *creo que la locura, en primer lugar es la huida, o un tipo de huida (...)*

És doncs que la persona afectada no pot recórrer el Camí, i per això la fugida és una opció per evitar el dany? El terme fugida sembla emplaçar-nos a aquesta decisió voluntària d'allunyar-se del perill, de les angoixes i les pors a les quals es pot estar sotmès en el Camí.

En tot cas, per afectada10 l'objectiu no sembla ser aquest. Ans al contrari, manifesta una voluntat de visibilitat, de surar a la superfície i fer-se veure.

Doc2_a10_d (52:06) *el movimiento de los enfermos mentales es una lucha para salir a flote.*

Hi ha comunicació entre el Camí que representa el món i els camins que representen els submons? Sembla que per tal que es pugui produir comunicació, s'hauria de donar una voluntat d'apropament de les persones que es troben en el Camí.

Doc1_a2_h (16:25) *ellos no se acercaban a mi (la seva família).*

Doc1_a2_h (16:09) *ni mi padre ni mi madre se han sentado nunca al lado mío.*

És lògic pensar que hauria de ser així, donades les dificultats de les persones afectades per sortir dels camins paral·lels i accedir al Camí. Per a familiar2, la comunicació entre els mons esdevé una possibilitat terapèutica, el primer pas per arribar al contacte.

Doc1_f2+p11_psicoanalista1_d (1:04:50) *lo que es fascinante es la oportunidad de comunicarse dos mundos y decir eh.. y abrazar donde no había abrazo ni contacto... eso es lo fascinante.*

Veiem però algunes dificultats que es donen en aquesta relació, tal com ho manifesta familiar1.

Doc1_f1_d (17: 10) *cuando está en plena crisis, ¿contra quien va aquella persona? Contra la familia, que es la que está a su lado.*

Precisament el fet d'atansar-se, de romandre a prop de la persona afectada, és el que pot situar la família en situacions complexes i de patiment.

No és estrany doncs, que persones afectades que es troben en situacions d'allunyament de la seva família, hagin substituït, de manera temporal o definitiva, les figures representatives d'aquesta, per altres persones afectades que s'han trobat en els camins paral·lels. Afectada15 afirma així que les seves dues companyes del pis tutel·lat on resideix, ambdues també amb diagnòstic de trastorn mental, són ara la seva família.

Doc3_a15_d (17:40) *ellas son ahora mi familia.*

Abans de finalitzar l'explicació del primer eix metafòric, és interessant aturar-se en tres comentaris més que trenquen amb la lògica del Camí que hem vist fins ara, donat que conviden a establir una mirada que en possibiliti perspectives diferents d'interpretació. Dos d'aquests comentaris els trobem al programa radiofònic de Ràdio Nikosia.

Ràdio Nikosia¹⁰ (05:47) *para nosotros nada está tan claro, ¿y para vosotros?*

Ràdio Nikosia (02:45) *ahora es cuando existe la posibilidad que digas lo indecible, ahora es la hora que aprendas a ver el mundo al revés y estés contento con ello... ahora es cuando entras en el universo Nikosia.*

En el primer, llencen a l'audiència del programa aquesta pregunta, amb la que intenten plantejar una discussió introspectiva sobre les normes implícites establertes. La possibilitat de repensar-les, de qüestionar-les, esdevé en aquest sentit una oportunitat de reformular-les. Amb el segon comentari, apelen a la possibilitat de gaudi per veure altres interpretacions i significacions del Camí i dels camins, a banda de les ja establertes. La novetat és aquí el canvi de registre que utilitzen. Així com anteriorment, s'havia associat la impossibilitat de connectar significativament amb el Camí com a símptoma d'un posterior estat d'anomia, ara es planteja que aquesta suposada confusió i contradicció pugui esdevenir una virtut.

¹⁰ Fragments radiofònics que no pertanyen a un individu concret, sinó que es refereixen a la presentació del programa així com del propi documental.

El darrer comentari el formula antropòleg2. En aquest s'anomena com a oportunitat el fet que les persones que es troben en el Camí permetin l'ingrés d'aquells que no s'hi troben. La lògica de la competició es trenca. Lluny de ser una acció ineficaç i ineficient, si ho mesurem en termes de competitivitat, aquest ho expressa com una circumstància que ens comportaria ser més dignes i créixer com a essers humans.

Doc2_p24_antropòleg2_h (47:15) *sentir esa oportunidad que nos da la vida para hacer ese silencio que permita que ingresen los demás, para modificarnos, para dignificarnos y para crecer como seres humanos.*

2n eix: LA METÀFORA DEL CONTROL.

El següent eix metafòric ve marcat pel concepte control, o el que és el mateix, per l'acció d'exercir una influència directiva sobre un mateix o altri. Les metàfores conceptuais derivades i que s'expliquen a continuació són: **l'equilibri és salut, el cervell és una màquina; el cervell és un objecte fràgil; el pacient és una càrrega; el pacient és un infant; el pacient és un vegetal; el trastorn mental és un misteri.**

Veiem una primera metàfora conceptual en la qual mantenir el control sobre el propi equilibri és un aspecte cabdal, del qual en parlen afectats i professionals, per gaudir d'una bona salut mental. Que aquest equilibri es perdi significa, segons psiquiatre2, un inici de la incomprensió del món i dels problemes mentals.

Doc1_p3_psiquiatre2_h (29:53) *se rompe mi equilibrio psíquico y entonces de repente empieza a sentir un mundo que yo ya no entiendo. (30:07) esa situación de extrañeza que vive la persona hace que realmente intente recomponer su manera de entender el mundo a través del delirio, es decir, intenta explicar algo que no entiende, y esa explicación es el delirio, es una reconstrucción del mundo, o es una reconstrucción de una situación no vivible, es decir, está en una situación angustiosa y entonces reconstruye un mundo, y ese mundo es un mundo delirante que tiene que ver con una lógica que hoy ya se sabe que no es la lógica del sueño, es una lógica diferente.*

És lògic, tal com ho manifesta afectada1, que un "caigui" malalt, si el que anteriorment ha fet és perdre l'equilibri.

Doc1_a1_d (01:34) *tengo un hermano que una vez me echó en cara que él había vivido la misma situación familiar que yo y no había caído enfermo.*

Per tant, sembla que l'important sigui estar compensat. És a dir, neutralitzar una força que desequilibra, amb una altra que la contraresti en sentit contrari.

Doc3_a15_d (38:04) *todavía no me siento una persona completamente normal porque tengo que depender de medicación para estar bien completamente, para estar compensada. El día que yo llegue a tener una medicación mínima podré decir que estoy bien y normal, aunque normal en realidad, en este mundo, en esta sociedad neurótica occidental no lo está nadie.*

La normalitat ve associada doncs a aquesta possibilitat de ponderació. També, ens expressa afectat12, que és important mantenir sempre els peus a terra.

Doc2_a12_h (37:56) *hay que estar siempre con los pies en el suelo.*

Veiem de manera recurrent que un dels elements claus a controlar és el cervell. Aquest és entès en alguns casos en termes d'una màquina, és a dir, tractat com un conjunt de mecanismes amb moviments coordinats, que realitza una sèrie d'operacions.

Doc1_a1_d (24:17) *yo ya notaba algo de mi cabeza, de mi cerebro que no funcionaba bien.*

Doc1_p8_psiquiatre6_h (29:33) *hay partes de su cerebro que de forma disfuncional, porque nada ha venido de fuera, se ponen en funcionamiento y haga que aparezca una palabra cuando realmente des de fuera no se oye nada.*

Hem vist que afectat1 feia referència al cap, i posteriorment al cervell, com a origen de quelcom que no li funcionava bé. Funcionar expressa en aquest sentit, l'acompliment de les pròpies funcions que s'espera d'un cervell. La dicotomia entre funcional i disfuncional l'esmenta també psiquiatre6.

A continuació es presenten una sèrie de fragments on psiquiatre11 tracta d'explicar el trastorn esquizofrènic. Es pot comprovar com la terminologia que emprava es podria aplicar a la descripció funcional d'una àmplia gamma de màquines. Els termes *estructura, desarrollo, funciones, circuitos o regulación*, en són els més exemplificants.

Doc1_p17_psiquiatre11_h (30:50) *los pacientes con esquizofrenia poseen ciertas anormalidades en su estructura cerebral causada por genes que afectan el desarrollo cerebral...*

Doc1_p17_psiquiatria11_h (32:00) *utilizando la resonancia magnética para estudiar las funciones del cerebro...*

Doc1_p17_psiquiatre11_h (32:23) *debido a las anormalidades de su desarrollo inicial del cerebro de los esquizofrénicos, el cerebro desarrolla circuitos alternativos para las funciones mentales corrientes...*

Doc1_p17_psiquiatre11_h (33:20) *¿qué ocurre en el cerebro que produzca estos síntomas? Existen circuitos neuronales específicos (...) que se comunican con otras neuronas (...) las personas con esquizofrenia tienen problemas en la regulación de esos mensajeros químicos, los neurotransmisores, de modo que estos se vuelven hiperactivos*

De fet estariem parlant també d'un objecte fràgil, delicat, que es pot trencar o pot esclatar fàcilment. El cervell afectat o potencialment afectat per un trastorn es troba caracteritzat per un component de vulnerabilitat, és a dir, és susceptible d'ésser trasbalsat per un dany o perjudici de manera relativament accessible. Ho veiem en els següents fragments.

Doc1_a2_h (23:36) *cuando estalla una enfermedad mental ya de por sí siempre suele haber una regresión a un estado más primitivo de ti mismo.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (04:43) *viene a representar la locura (...) el momento que una persona tiene un proceso que rompe con la realidad.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (06:45) *sobre esa vulnerabilidad actúan una serie de estresores sociales... la pobreza, las condiciones de vida adversas...*

En qualsevol cas, el psiquiatre esdevé el professional de referència que tracta de controlar la màquina i reparar l'avaria, quan el pacient no pot fer-ho. És el que acumula el coneixement tècnic, i en té l'oficialitat per dur-ho a terme.

Doc1_p19_psiquiatre13_h (49:16) *es el estudio del cerebro el que nos va a permitir controlar y curar las enfermedades mentales.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (49:47) *todo eso está en función de una regularización del funcionamiento cerebral.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (52:21) *nosotros compensamos lo mejor posible a un paciente.*

Psiquiatre2 fa una matisació important, donat que focalitza el control a exercir pel professional en els episodis o brots psicòtics, i no en la totalitat del cervell.

Doc1_p3_psiquiatre2_h (26:28) *va a tener episodios, brotes, que en algún momento hay que controlar...* (es refereix la persona diagnosticada).

Per la seva banda, sociòleg1 apunta que la manca de control de la persona afectada se situa, més que en el cervell, en la voluntat, aplicant així un canvi de perspectiva en l'objecte de control.

Doc1_p4_sociòleg1_h (04:56) *la definiría (l'esquizofrenia) como la dificultad de control de la propia voluntad.*

La medicació és el mode de tractament genèric que apliquen els psiquiatres als pacients. Amb aquesta, els doctors tracten d'exercir una influència correctiva al mal funcionament de la màquina.

Doc1_p19_psiquiatre13_h (49:47) *eso comporta primero un abordaje bioquímico y farmacológico.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (53:40) *los grandes avances han venido en los últimos años con la aparición de los antipsicóticos atípicos... que, sin entrar en la discusión si son más o menos efectivos a nivel de control de la sintomatología psicótica, lo que sí son mucho mejor tolerados.*

Afectat2 ens diu en el següent fragment quina és la finalitat de la medicació que té prescrita: estabilitzar el desordre.

Doc1_a2_h (55:49) *la medicación lo que hace es que, los fluidos químicos del cerebro están desordenados, y la medicación lo que hace es estabilizar esos fluidos químicos*

El mateix afectat2 però, continua l'explicació en una segona part, dirigint un esment als psiquiatres en relació al que ometen en la seva intervenció.

Doc1_a2_h (55:49) *pero lo que no te dicen los psiquiatras, es que por medio de las emociones y la afectividad, esos fluidos químicos que dicen que están desordenados se pueden ordenar.*

Doc1_a2_h (51:45) *es más fácil dar una pastilla y anularte que estar una hora contigo hablando intentando saber cual es el problema que tienes.*

S'entén d'aquestes paraules que l'objecte de control no hauria de focalitzar-se tant en els circuits neuronals als quals s'aplica una solució química en format de fàrmac.

Aquest tractament hauria de centrar-se també en les emocions i l'afectivitat, on es pot inferir que seria la paraula i la conversa les que podrien esdevenir eines i recursos a emprar per cercar la millora.

Així, si la solució química ve a representar la intervenció tècnica dirigida a reparar l'avaría que es produeix en una màquina, la paraula representaria una mutació de l'objecte cap a aspectes més similars als propis d'una persona. En aquest sentit, el reclam per part d'alguns afectats es dirigeix a obtenir una mirada més subjectiva i empàtica al problema de la patologia.

Si tenim en compte els fragments posteriors, veïm com es planteja la malaltia en termes de misteri. Aquest plantejament condueix precisament a una visió dels trastorns més propers al fet humà i més distanciada d'un món científic i tècnic.

Doc2_a8_h (15:05) *por desgracia hay mucho misterio dentro de las enfermedades mentales...*

Doc1_p5_psiquiatre3_h (05:12) *es una enfermedad misteriosa, enigmática.*

La incertesa humana novament, com aspecte cabdal que situa la dificultat en el terreny pertanyent a les persones.

Doc1_a5_h (24:01) *sabía que algo me pasaba dentro de mi.*

Doc1_a5_h (27:38) *no sabes lo que te está pasando en realidad.*

Reprement el fil del tractament, com queda palès en els anteriors comentaris i en el següent, el seguiment farmacològic és quelcom difícil d'assumir pels afectats, donat que comporta efectes secundaris molt importants i genera una sensació de disconformitat en el pacient vers el seu estat.

Doc1_a5_h (55:43) *lo mismo estás sedado, y claro, no te das cuenta de nada (referint-se a la medicació).*

No és estrany doncs, que molts pacients manifestin altres preferències no tan invasives en relació al tractament terapèutic a aplicar.

Doc1_a2_h (57:48) *porque sé que mi psicoanalista podría reconducir ese delirio o esas alucinaciones.*

Doc2_a11_h (38:18) *prefiero una cura en base al amor que a la medicación.*

Llegint el testimoni següent, s'interpreta com la prescripció de medicació psiquiàtrica és alhora un fet que condiciona significativament els pacients a interioritzar la malaltia com una evidència. Per afectada19, tot i que expressa dubtes sobre si té o no una malaltia mental, sap que la medicació i la teràpia li són necessàries per corregir els seus símptomes.

Doc3_a19_d (12:11) *yo a veces dudo de si tengo una enfermedad mental o no la tengo... sé que las pastillas me han servido de mucho para poder dormir, para poder relajarme, pero yo tal como enfermedad no lo vivo como enfermedad, aunque se que es una enfermedad, no pienso que sea una enfermedad (...) con medicación y con terapia se me corrige.*

Tornant a la noció de control, observem com la possible pèrdua d'aquest comporta unes sensacions de por i angoixa molt importants, tal com ho explica afectada17 i psiquiatre2.

Doc3_a17_d (06:47) *el miedo a perder la cordura, ese es mi miedo.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (09:47) *uno pierde el control de sí mismo (...) miedo a lo que nosotros podemos hacer.*

Doc1_p10_psicòloga2_d (07:31) *tienen miedo porque no entienden lo que están viendo (...) y además tienen miedo de descontrolarse, precisamente porque viven situaciones que no controlan.*

A què més es refereixen els psiquiatres i pacients quan es parla de perdre el control?

Doc1_a1_d (38:03) (parla de quan la varen ingressar) *acabas perdiendo los papeles, acabas perdiendo el juicio, no quieres que te aten... al cabo de tres horas, cuando el médico puede, te viene a visitar... entonces no te escucha, no te pregunta que motivos tienes para estar nervioso... que te ha pasado, que te pasa por la mente... no no, simplemente te da una pastilla, de cuantos más miligramos mejor y vete a dormir, ya se te pasará.*

Doc1_p5_psiquiatre3_h (05:42) *la vivencia más importante de la esquizofrenia es la de perder el sentido de propiedad de nuestra propia vida, de lo que nosotros consideramos como propio. Cuando yo hablo de mis pensamientos, mis recuerdos...*

Doc1_p12_psiquiatre8_h (08:58) *todo el mundo en algún momento ha vivido la impresión de perder la razón.*

Afectada 1 feia referència a perdre el judici i els papers. Psiquiatre3 parla de la pèrdua de la pròpia vida a través del perdiment dels pensaments i els records. Psiquiatre8 ho focalitza en la raó.

La dificultat de control comporta que les fantasies circulin lliurement. Tres afectats expliquen, amb la distància del temps, en què es convertien aquestes fantasies descontrolades.

Doc1_a5_h (03:57) *vives en un mundo que en realidad no es tu mundo, es un mundo imaginario.*

Doc1_a5_h (28:50) *creí que era Dios, que iba a salvar el mundo* (descriu un deliri).

Doc1_a4_h (02:00) *yo he estado un año y medio encerrado en casa por la paranoia que tenía, porque si salía de casa me iba a emparanoyar con el que fuera.*

Doc1_a6_h (28:55) *creía que todo lo podía* (durant el transcurs d'un deliri)

Tal com succeeix amb la prescripció farmacològica, el fet que la persona pugui objectivar a posteriori el desenllaç de la seva fantasia, comporta atorgar a la situació que es pateix el tracte de patologia.

Doc1_a5_h (02:13) *tu estás mal, te crees que es así, te inventas tu mundo y tal... pero en realidad estás enfermo.*

A banda però de la mateixa patologia, quines altres conseqüències pràctiques es detecta que té aquesta manca de control per part de la persona afectada? Com veiem en afectat3, s'origina una afectació important en la valoració personal.

Doc1_a3_h (31:56) *tengo diagnosticado esquizofrenia residual, eso quiere decir que yo no me valgo por mí mismo.*

També valoracions externes negatives, com les que apunta afectada9.

Doc2_a9_d (09:35) (...) *de pensar que eres un vividor... de que no quieres trabajar, de que pasas de todo...* (idees preconcebudes que en ocasions tenen els familiars).

Es descriu el pacient en termes de càrrega o molèstia per a la família i la societat.

Doc1_a3_h (18:52) *la familia me ha aguantado muchísimo.*

Doc1_p5_psiquiatre3_h (17:21) *que no se incorpora a la vida de la familia (...) eso es una carga (parla de la dificultat en el dia a dia d'una persona diagnosticada).*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (52:21) *culpen ustedes al gestor, al que pone el dinero, es decir nosotros compensamos lo mejor posible a un paciente, que después ese paciente sea una carga para su familia... no lo pidan a la psiquiatría pídanlo ustedes al gestor, pídanlo al político.*

Doc1_f3_d (16:56) *no os podéis figurar como se desestructura la familia.*

Doc1_p4_sociòleg1_h (50:52) *la farmacología ofrece de forma rápida esa anulación de los síntomas, que es lo que molesta al entorno.*

Doc1_a2_h (35:34) *sienten miedo hacia ese fenómeno (es refereix a la societat en relació a un pacient amb esquizofrènia) y entonces lo que hacen es meterlo en un psiquiátrico.*

Afectada9 fa una crida a la responsabilitat i a tractar de sortir d'una vida infantil o adolescent en la qual pot haver-se quedat estancat l'afectat.

Doc2_a9_d (11:42)(...) *tenemos que ser adultos y que nos den responsabilidades para llevar una vida más sana, más autónoma.*

En el cas d'afecat13, la crida és a informar a la resta de persones que els individus afectats no han cessat de la vida, i que per tant no són vegetals o morts.

Doc2_a13_h (30:20) *por lo menos crear conciencia que existe gente que no queda completamente vegetal, que no queda completamente muerta.*

3er eix: LA METÀFORA DE LA LLUITA.

La vida de la persona afectada i del familiar és una vida marcada per la lluita. Així se'n desprèn de les paraules de molts d'alguns dels protagonistes, quan tracten d'explicar el rerefons de la seva quotidianitat. Aquest eix el podem veure construït a partir de les següents metàfores conceptuais derivades: **la societat és l'enemic; la societat és un individu; els psiquiatres són els enemics; els mitjans de comunicació són els**

enemics; el trastorn mental és un individu; la medicació és una droga; la medicació és un lladre; la comunicació és una arma; veure és comprendre.

Veiem a continuació la centralitat de la lluita en la vida dels següents testimonis:

Doc1_a2_h (40:20) *después de tanto tiempo luchando, luchando, luchando...*

Doc2_a9_d (37:38) *sí sí, hauríen de ser més lluitadors* (referint-se a les persones amb malaltia mental).

Doc3_a17_d (38:36) *y que yo creo que sobretodo luchando, perseverando y con disciplina se consiguen las cosas.*

Doc3_a15_d (00:22) *pese a todo soy luchadora.*

Documental El revés del tapiz de la locura¹¹ (54:33) *a aquellos hombres y mujeres que un día fueron silenciados por el hecho de ser locos.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (29:43) *hay quien considera, yo estoy entre ellos, que son una especie una respuesta, sobre todo los delirios, para reconstruir un mundo que está siendo invadido.*

El terme lluita esdevé molt important en aquests relats. El podem llegir en els comentaris dels quatre primers afectats. En el cinquè comentari observem com es refereixen a uns afectats que van viure temps molts pitjors, abans que existís la reforma psiquiàtrica espanyola dels anys 80. En fan referència a ells com homes i dones que van ser silenciats. Resaltar també el terme *invadido* que empra psiquiatre2, per explicar aquesta sensació de saqueig i d'ocupació forçosa que pot sentir una persona quan pateix episodis o brots psicòtics.

Dos indicis més que ens condueixen a establir la lluita com a eix metafòric a analitzar és la presència d'armes i ferides.

Doc2_a7_h (24:56) *el arma de trabajo esta nos da la comunicación, lo que puede expresar un loco por decirlo así.*

Doc2_a8_h (15:58) *se crea un estigma, una herida abierta dentro de lo que es el colectivo (...) que es difícil de cerrar.*

Per afectat7, la comunicació és una arma en tant que permet donar a conèixer el missatge que els afectats volen fer arribar a la resta de persones. Per la seva banda,

¹¹ Fragment que fa referència a una dedicatòria del documental.

l'estigma que recau en qui pateix la malaltia s'expressa en termes de ferida oberta que és difícil de tancar, tal com manifesta afectat8.

Sembla pertinent preguntar-se sobre l'objecte de la lluita, és a dir, per a què o per a qui es duu a terme aquesta pugna. Afectat 5 diu que lluita per la seva família.

Doc1_a5_h (1:05:44) *se que tengo una familia y tengo que luchar por ellos.*

De manera recíproca, familiar3 diu que la raó de la seva batalla és el seu fill afectat.

Doc1_f3_d (19:31) *es mi leitmotiv (el seu fill) para seguir luchando en estas asociaciones...*

En els tres fragments següents, el primer en aquest cas del professional gestor3, es dirigeix la pugna cap a l'eliminació de la discriminació i l'estigma social

Doc3_p26_gestor3_h (37:24) *debemos proseguir en la lucha contra la discriminación y el estigma social.*

Doc2_a9_d (03:50) *ser una nikosiana es tener un espíritu así de reivindicación, de lucha por el estigma.*

Doc2_a10_d (17:49) *la lucha contra el estigma.*

Tot i que no es pronuncia de manera explícita el terme estigma, afectat20 també planteja, en el seu rerefons, l'objecte de la lluita en termes similars als dos testimonis anteriors.

Doc3_a20+p28_institucional2_h¹² (10:14) *van adquiriendo un horizonte de esperanza y luchando porque ese cambio se produzca.*

En el cas de familiar1, la finalitat és més àmplia i alhora més abstracta.

Doc1_f1_d (01:00) *nadie estamos libres de tener un día esta enfermedad y eso me llevó a luchar.*

Aparentment paradoxal l'afirmació següent de afectat16, on afirma que el cal és lluitar per alguna cosa.

Doc3_a16_h (04:19) *somos personas, yo intento demostrar que no hay límites, que somos personas, que hay que luchar por algo.*

¹² En aquest cas es refereix a un afectat i representant institucional.

Vistes les manifestacions sobre la finalitat, ara l'enfocament es dirigeix a saber qui és l'enemic o contrincant present en tota lluita. Un primer subjecte que es detecta són els mitjans de comunicació en un sentit ampli. Tot i que pel que es desprèn de les paraules d'afectada10, no s'intueix que aquest sigui l'enemic central, més aviat es percep com un subjecte perifèric que pot en un moment determinat fer mal, o que és tingut en compte per la possibilitat que té de fer molt mal.

Doc2_a10_d (04:18) *pero ha habido documentales que nos han hecho daño.*

Doc2_a10_d (15:03) *los medios de comunicación pueden hacer mucho daño.*

Doc2_a10_d (17:49) *un medio de comunicación con un titular se carga 5 años de lucha*

Es desprèn que uns altres enemics podrien ser els professionals sanitaris i sociosanitaris. Tot i que no s'esmenta tàcitament, la figura del psiquiatre en seria la més focalitzada pel que s'interpreta en els materials analitzats. A més, si es té en compte que és el psiquiatre el professional responsable de la medicació psiquiàtrica prescrita, la hipòtesi aglutina una mica més de pes.

Doc2_a12_h (39:39) (quan es pren el haloperidol) *tienes el pensamiento espeso, el cuerpo que se arrastra (...) es lo único que te intentan someter.*

Per afectat12, la situació es descriu com de sotmetiment, en termes d'execució autoritària quan ha de prendre aquest tractament. Continuen els següents fragments parlant de la medicació en termes de droga i en termes de lladre, donat que aquestes s'apropien indegudament d'elements propis de l'individu, com per exemple la imaginació.

Doc2_a12_h (37:56) *la imaginación (...) es lo que te roban todas las drogas que te dan que son de todo menos festivas.*

Doc1_a4_h (37:46) *todo el día drogado* (parla de l'ingrés hospitalari) *sin poder hablar, sin poder ver la tele, sin poder escuchar música, todo el día drogado... así como un zombi.*

En aquest sentit, afectada1 formula un sentiment de desconfiança lògica tenint en compte les circumstàncies anteriors.

Doc1_a1_d (36:44) *yo no me abría a los psiquiatras.*

En el fragment següent, llegim com afectat¹³ expressa d'una manera dura la voluntat de posar entre les cordes a aquells que ja li han posat a ell en anterioritat. Novament, tot i no expressar-se tàcitament, sembla que la direcció és el professional psiquiàtric.

Doc2_a13_h (04:50) *cuando vamos todos al unísono, digamos que nos ponemos a hacer un interrogatorio interesante, digamos a un pájaro de estos, a un buitrazo de cuidado digamos... es bonito poner contra las cuerdas a alguien que nos ha puesto contra las cuerdas a nosotros toda la puta vida.*

Un quart subjecte que s'identifica com a enemic és la pròpia malaltia. Ho observem en els tres fragments següents, expressats tots ells per psiquiatres.

Doc1_p5_psiquiatre3_h (1:04:28) *son grandes luchadores, (referint-se als afectats) se enfrentan con su enfermedad con las armas que la propia enfermedad les deja.*

Doc1_p18_psiquiatre12_h (1:04:44) *enfrentarse a la enfermedad y ser capaces de decir algo a los demás que les ayuda.*

Doc1_p18_psiquiatre12_h (46:01) *uno tiene una pena aquí metida en el alma (...) entonces lo pones fuera, lo cosificas, lo dibujas, lo pintas... y es como si lo sacaras de ti... si lo sacas de ti tienes más facilidad para tener menos miedo de él, lo tienes fuera, lo ves más claro, parece como que pudieras enfrentarte mejor a él... cuando escribimos un poema, o hacemos una música.*

Però és la malaltia un enemic possible, o bé, és un eufemisme? En un plànol abstracte, la malaltia esdevé la metàfora d'un mateix i de les coses que a hom li poden succeir en un context de patologia psiquiàtrica. Tot i això, en els fragments anteriors s'expressa la malaltia en termes d'un altre, com si es tractés d'un tercer. En un plànol científic es podria identificar el subjecte anomenat aquí malaltia com a *self*. El *self* representa l'objectivació que fem de nosaltres mateixos com a individus generadors d'emocions i de trets de personalitat. En aquesta línia sembla indicar-ho familiar², quan expressa que és la por a un mateix el problema principal.

Doc1_f2+p11 psicoanalista1_d¹³ (08:51) *el problema de la esquizofrenia es el miedo a una mismo.*

¹³ En aquest cas es refereix a una familiar i psicoanalista.

Els següents passatges expressen aquesta por cap a un mateix i cap al conflicte que s'origina internament arran de l'afectació d'una patologia.

Doc1_a3_h (1:05:31) *me da miedo ser así pero bueno, pero bueno, intentaré aceptarlo.*

Doc1_a1_d (1:05:15) *yo no me veo, si te digo la verdad, no me veo, no me gusta verme porque no me gusta lo que veo, me doy miedo verme a mi misma.*

Doc1_a3_h (07:43) *yo me sentía mal y empecé como a tener miedo a eso... a tener miedo como a ese conflicto.*

Doc1_p5_psiquiatre3_h (08:19) *la angustia es el radical básico de la naturaleza humana y es lo que nos enfrenta con nosotros mismos.*

D'altra banda, tractar la malaltia com si es tractés d'un altre ésser viu, comporta precisament una manifestació d'absència de control sobre un mateix.

Doc1_a1_d (24:03) *llegó un día que le dije a mi jefe que no respondía de mis actos.*

Per afectat7, la malaltia és un ésser que es duu a dins i que en algun moment pot despertar-se.

Doc2_a7_h (51:41) *ha sido el sufrimiento (es refereix a la mort dels seus pares) lo que me ha llevado a la locura, son hechos comunes, a todo el mundo se le puede despertar algún día esa enfermedad, y es una enfermedad como cualquier otra.*

Per psiquiatre12 aquest ésser no és cap individu, sinó que és el propi cervell

Doc1_p18_psiquiatre12_h (48:09) *hay algunos enfermos que cuando sufren la psicosis, es como si se despertara en su cerebro una necesidad expresiva, una necesidad simbólica.*

La sensació de por i desconfiança són aspectes que, de manera latent en alguns casos i manifesta en altres, es perceben i es detecten. D'altra banda, sensacions gens estranyes en un context de lluita. Les circumstàncies que estan per venir i les ja presents són una causa important d'aquesta por entre les persones afectades.

Doc1_a1_d (1:06:01) *me da miedo, me da mucho miedo el futuro.*

Doc1_a2_h (08:07) *cuando me pongo mal ya enseguida me da mucho miedo...me da mucho miedo la vida.*

Doc1_a3_h (15:55) *me da miedo abrirme_a mi familia.*

Doc3_a15_d (14:42) *escribir me libera, hace que mis miedos se queden en esta libreta.*

Hi ha alguna possibilitat que aquesta lluita finalitzi? Quines circumstàncies s'haurien de donar? Per afectat2, el fet que la societat arribés a escoltar-los seria una pas molt important.

Doc2_a10_d (52:06) *hasta que llegue un momento que la sociedad escuchándonos...*

En aquesta línia, psiquiatre2 expressa que la hi ha hagut moments en els quals la societat ha estat més permissiva i més solidària, i que és quan aquestes circumstàncies es donen que hi ha més possibilitats d'encontre.

Doc1_p3_psiquiatre2_h (1:02:50) *la manera en que una sociedad asume el problema de la desviación y la locura va a definir su talla moral (...) los momentos en que las sociedades son más permisivas, son más solidarias, es cuando se han ocupado de los enfermos mentales y los desviados.*

Sembla doncs, també pel que es desprèn de les paraules de sociòleg1, que la clau està en mans de la societat, de l'esforç que aquesta pugui fer.

Doc1_p4_sociòleg1_h (11:14) *el problema (de la persona diagnosticada) sería de ser aceptado en el entorno... que seamos capaces de ver comportamientos diferentes, y esto cuesta muchísimo.*

Així, si la causa del conflicte és la societat, s'espera doncs que aquesta també sigui la impulsora del canvi. Veiem com també per psiquiatra14 el causant de la batalla és la societat.

Doc2_p23_psiquiatra14_d (53:12) *(...) és l'evolució de la societat, no podem estar tristos, no ens pot fer mal res, no podem estar malalts, no podem ser infeliços, ens ha de sortir tot bé, hem de ser tots guapos, fantàstics, intel·ligents, joves, triomfadors... el problema és de la societat.*

Algunes veus però, no denoten gaire optimisme en què hi hagi una cessió per part de la societat en tot aquest procés. Per psicòloga3 és difícil que la societat realitzi alguna alteració en la seva postura.

Doc2_p22_psicòloga3_d (53:29) *la sociedad tiene unos parámetros, la sociedad tiene unos momentos, tiene un ciclo de vida igual que lo tenemos las personas, y entonces no podemos ambicionar llegar a cambiar toda la sociedad, tenemos que, en la medida de nuestras posibilidades, intentar cambiar lo que está en nuestra mano.*

Doc2_p22_psicòloga3_d (29:18) *no podemos pedir a la sociedad en estos momentos que entienda.*

En la mateixa línia, psicòloga2 afirma que es dóna cert interès per part de la societat en què continuï aquesta situació tal com ja es dóna actualment.

Doc1_p10_psicòloga2_d (1:02:41) *al sistema sociopolítico en su conjunto también le interesa, de alguna manera, también un sistema que le cree pocas contradicciones.*

És rellevant destacar que, igual que succeïa amb la malaltia mental quan es parlava d'ella en termes d'una persona, en aquests darrers fragments hem observat com aquest fenomen també succeeix amb la societat. Els sis darrers testimonis han fet referència a aquesta en termes d'un individu que té interessos, que pot prendre decisions per ser més o menys permissiu, o que fins i tot té la capacitat d'escoltar.

5.2. Frame i salut mental.

L'anàlisi del discurs i la construcció de significat realitzat en l'apartat anterior a través de la metàfora conceptual, em proporciona indicis raonables per aprofundir en el concepte de normalitat com a frame. Aquest concepte esdevé organitzador d'un conjunt d'elements abstractes que permeten als individus, com els propis que apareixen en els documentals, situar, percebre, identificar i etiquetar una sèrie de successos.

El frame de la normalitat ens remet així a un concepte cognitiu però que té una clara analogia física: el marc de la normalitat és limitat. Té unes barreres i fronteres. El que queda fóra d'aquest marc es defineix i s'etiqueta com a desviat. Per tant, el frame

compleix una funció d'inclusió i exclusió constant en la dinàmica d'interpretació de la vida quotidiana.

Situar el concepte de normalitat com a frame no és cap novetat en l'àmbit de les ciències socials. Per tant, més que incorporar un element innovador en aquest sentit, tractaré d'aprofundir en matisos que puguin ser rics i d'interès pel que fa a la salut mental. Val a dir que només tractaré aquest frame. Tot i que en l'anàlisi dels fragments s'intueixen algunes possibilitats més, crec que no tinc prou fonament per llençar-me a construir altres marcs que quedarien en una presentació molt dèbil.

Quins són els elements transversals que donen sentit al frame de la normalitat? Veiem a continuació els vuit que s'han detectat. Un primer que genera normalitat està relacionat amb la **capacitat de control** que una persona té sobre si mateixa. Per exemple quan es parla d'una dificultat de control sobre la pròpia voluntat, de pèrdua de l'equilibri, de la por a perdre el seny, o d'incapacitat per controlar les situacions que un viu, s'està posant de manifest un primer indicador que alerta de la possibilitat de caure del costat de la desviació i sortir de la normalitat. No interpretar adequadament les lògiques i paràmetres que es desprenen de la significació social, suposa aproximar-se a la desviació.

Doc1_p4_sociòleg1_h (04:56) *la definiría (l'esquizofrenia) como la dificultad de control de la propia voluntad.*

Doc3_a17_d (06:47) *el miedo a perder la cordura, ese es mi miedo.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (09:47) *uno pierde el control de sí mismo (...) miedo a lo que nosotros podemos hacer.*

Doc1_p10_psicòloga2_d (07:31) *tienen miedo porque no entienden lo que están viendo (...) y además tienen miedo de descontrolarse, precisamente porque viven situaciones que no controlan.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (29:53) *se rompe mi equilibrio psíquico y entonces de repente empieza a sentir un mundo que yo ya no entiendo.*

Un segon element que genera una interiorització per part dels afectats de pèrdua d'una condició de normalitat, és la **presa de medicació psiquiàtrica**. La idea bàsica que subjau és que el fàrmac és un instrument de correcció dels mecanismes cerebrals que no funcionen, i que per tant, comportaran una incidència positiva en aspectes pràctics del

pensament i la conducta del pacient. El retorn a la situació de normalitat s'estableix mitjançant el tractament farmacològic prescrit per un psiquiatre.

Doc3_a15_d (38:04) *todavía no me siento una persona completamente normal porque tengo que depender de medicación para estar bien completamente, para estar compensada. El día que yo llegue a tener una medicación mínima podré decir que estoy bien y normal.*

Un tercer element prové de la influència mèdica i científica, la qual cataloga el trastorn mental com una **desviació fisiològica**. El cervell sa davant del cervell malalt. Les anormalitats de les quals parla psiquiatre11 posen l'accent en la desviació que presenten els afectats en termes mèdics i científics. Aquest accent és característic de l'atenció en salut mental en les darreres dècades. Aquesta clau mèdica suposa una redefinició de la bogeria en la nostra societat, que ha convertit les persones diagnosticades amb un trastorn mental sever en pacients, construint així un rol de persona malalta. En aquest sentit, la transgressió en la conducta explicada en termes clínics, justifica la incapacitat de l'individu per controlar les seves accions.

Doc1_p17_psiquiatre11_h (30:50) *los pacientes con esquizofrenia poseen ciertas anormalidades en su estructura cerebral causada por genes que afectan el desarrollo cerebral...*

Doc1_p17_psiquiatre11_h (32:23) *debido a las anormalidades de su desarrollo inicial del cerebro de los esquizofrénicos, el cerebro desarrolla circuitos alternativos para las funciones mentales corrientes...*

Un quart element, apunta a una relació de sinònims entre els termes **trastorn mental i desviació**. Si observem el següent fragment, podem comprovar com per psiquiatra1, el fet de curar un trastorn suposa possibilitar al pacient per dur una vida normal.

Doc1_p2_psiquiatre1_h (1:00:19) *hay quien dice que es un tercio no progresa casi nada...un tercio que mejora sustancialmente y un tercio que casi se cura, que casi llega a llevar una vida normal.*

En la mateixa línia ho manifesten afectada1 i afectat4. Normalitat implica absència de malaltia.

Doc1_a1_d (23:39) *estaba en un estado yo que no era muy normal.*

Doc1_a4_h (1:05:10) *no soy el mismo que era antes cuando estaba bien, pero cada vez estoy más cerca de volver a la normalidad.*

Un cinquè element que evidencia que els afectats es troben fora del marc de la normalitat, és l'ús repetitiu del concepte d'**integració**. Aquest concepte, emprat per professionals i afectats, posa de manifest una dinàmica d'intervenció professional dirigida a possibilitar l'entrada de les persones amb trastorn mental al marc de la normalitat. Es parteix doncs, d'una situació d'exclusió d'aquest.

Doc3_p34_monitorocupacional1_h (32:05) *nuestra labor como monitores es ayudarles a ellos a integrarse y a coger una serie de hábitos en su vida que muchas veces por el tema de la enfermedad lo han perdido.*

Doc3_p32_psiquiatre15_h (23:53) *la cooperación y el apoyo permanente de los servicios de salud mental son fundamentales para la integración social y laboral de las personas que sufren trastornos mentales graves.*

Doc3_p31_gestor6_h (22:57) *eso les permite encontrar nuevos compañeros, encontrar nuevas habilidades que ellos mismo no conocían de sí mismos, el sentirse con mayor autoestima, y eso facilita mucho la integración .*

Doc3_p26_gestor3_h (10:57) *objetivo de favorecer la autonomía y la recuperación (objectius de l'organització que representa) de las personas que padecen enfermedad mental mediante su integración social y laboral.*

Doc3_p26_gestor3_h (36:52) *estas personas pueden vivir perfectamente en la comunidad si se les presta el apoyo social necesario.*

Doc2_a9_d (03:50) *ser una nikosiana es tener un espíritu así de reivindicación, de lucha por el estigma, de querer integrarse en esta sociedad.*

Ràdio Nikosia (01:03) *en Barcelona, radio Nikosia, saca la radio fuera de las instituciones y la lleva a la calle, utilizándola como instrumento de reivindicación e integración con la gente normal.*

Un sisè element estaria caracteritzat per l'**estigma** associat a les persones afectades. L'estigma representa una marca social amb connotacions negatives, que serveix a la resta d'individus per a definir a aquesta persona. Dins la interpretació del frame de la normalitat, l'estigma es representa en forma d'etiquetatge. Aquesta marca funciona com

un estatus dominant per a la persona afectada, donat que qualsevol aspecte que es desprèn de la seva quotidianitat es troba explicat per aquesta condició.

Doc2_p20_antropòleg1_h (06:35) *yo te pongo la etiqueta, te estigmatizo, como te marco (...) muchas veces los supuestos cuerdos lo único que hacemos es establecer monólogos con la locura y no diálogos con ella.*

Doc2_a8_h (15:58) *se crea un estigma, una herida abierta dentro de lo que es el colectivo (...) que es difícil de cerrar.*

Doc2_a9_d (03:50) *ser una nikosiana es tener un espíritu así de reivindicación, de lucha por el estigma.*

El setè element s'estableix a partir de la **consciència de grup** que es construeix en els afectats. Aquest aspecte fa que persones individuals, inclosos alguns professionals, parlin en nom del col·lectiu, fent referència a una opressió latent que pateixen provinent de la resta de la societat. El sorgiment dels moviments socials de persones afectades indica l'existència d'una voluntat de contraemmarcat per part d'aquests. Incidir en el marc de la normalitat a través de campanyes de comunicació o sensibilització (interpretades com a lluita per part d'aquests) per tal d'eixamplar-lo o modificar-lo, evidencia la pròpia existència d'aquest.

Doc2_a10_d (52:06) *el movimiento de los enfermos mentales es una lucha para salir a flote.*

Doc3_p26_gestor3_h (37:24) *debemos proseguir en la lucha contra la discriminación y el estigma social.*

El vuitè i darrer element que caracteritzaria el trastorn mental com a desviació del marc de la normalitat és la **sensació de por** que provoquen les patologies entre les persones afectades i les persones que conformen la societat, juntament amb les conseqüències socials que aquestes provoquen. El sentiment de por a les transgressions que es poden desencadenar d'una patologia mental, mostren una clara interiorització per part dels individus de les pautes morals normals de la societat en què vivim.

Doc1_a3_h (1:05:31) *me da miedo ser así pero bueno, pero bueno, intentaré aceptarlo.*

Doc2_p20_antropòleg1_h (07:39) (...) *vivimos en un mundo con normas, valores, ideas, acuerdos... y la locura supone deconstruir eso, y quizás por eso*

da tanto miedo, auténtico pánico a los supuestos cuerdos... y eso les hace caer en otro tipo de locura.

Doc1_a5_h (10:43) *cuando se oye la palabra esquizofrenia ya la gente, no sé, se echa un poco para atrás.*

Doc1_a2_h (35:34) *sienten miedo hacia ese fenómeno (es refereix a la resta de persones en relació a un pacient amb esquizofrènia) y entonces lo que hacen es meterlo en un psiquiátrico.*

La bogeria és, com apuntava antropòleg1, quelcom que en l'imaginari col·lectiu significa desconstruir un conjunt de valors, idees i acords establerts, de manera implícita o explícita, dins d'una societat.

Què és doncs el que determina la normalitat com a frame? Seguint a Lakoff i Johnson, el fet que hi hagi una sèrie d'aspectes que en la nostra cultura siguin definits com a normals i altres com a desviats, no és res més que un procés de construcció cultural. Aquests criteris no vénen donats des d'una vessant natural o divina. Són triats pels homes a través d'un procés cultural. Així, no hi ha un comportament o actitud de normalitat per definició, ni un comportament o actitud de desviació per definició.

No és cap novetat afirmar que la cultura limita les nostres accions dins d'un context determinat, i ens porta a reproduir certes pautes culturals que s'aprenen a través d'un procés de socialització. Sovint observem en les persones afectades com existeix un sentiment d'incomprensió generalitzada cap a certs aspectes culturals que en un principi se suposa que ja haurien hagut d'integrar. El fet de no fer-ho, comporta problemàtiques evidents com es destaquen en els següents fragments.

Doc1_a1_d (42:24) *(parla de quan va intentar suïcidar-se) lloraba de impotencia, no sé, de que me iba a morir y no sé, que lo triste que había sido mi vida, y cómo iba a acabar todo, y incomprensión de todo.*

Doc1_a2_h (39:55) *llegó un momento en que yo ya no entendía nada (parla de les causes que el van portar a un intent de suïcidi).*

La vigilància per tal que aquest marc de la normalitat es reproduïxi en el temps, es realitza mitjançant el control social. Aquesta forma de pressió social es dona com a instrument que tracta d'evitar la conducta desviada. No és tant que la societat necessiti excloure als individus, com es pot entendre dels comentaris posteriors, sinó que més

aviat necessita reafirmar els que considera com a vàlids i normals, en una dinàmica de consolidació d'un substrat moral. En aquest procés de reforçament és on queden en evidència els comportaments que no s'ajusten.

Doc2_a13_h (27:08) *la sociedad o el sistema busca culpar de alguna manera, excluir a alguien... ¿Está montado de una manera que se necesita excluir gente?* (li pregunta un afectat a la psicòloga)

Doc2_p22_psicòloga3_d (27:24) *necesitamos chivos expiatorios, necesitamos buscar culpables.*

Doc2_p22_psicòloga3_d (28:04) *una persona no se enferma porque quiere, se enferma porque hay una serie de condicionantes (...) pero no hay una voluntad de quererse enfermar, no hay que castigar a nadie con la culpa.*

El fet que una persona quedi catalogada o etiquetada com a boja, només es dóna quan són els altres que la defineixen com a tal. No depèn doncs d'un mateix, sinó de com un grup de persones entenen i defineixen aquestes conductes. La resposta que una societat dóna a la desviació clarifica de manera repetitiva les barreres conductuals i d'actitud que es pretenen establir. Aquesta pressió social és interioritzada de vegades per les persones afectades sota un sentiment de culpa evident.

Doc1_a2_h (25:30) *entonces yo tenía sentimiento de culpa y de pecado.*

És interessant, però utòpica, la reflexió de periodista1 en afirmar que el fet normal hauria de ser allò que encaixi amb la naturalesa de cadascú.

Doc2_p21_periodista1_h (15:49) (...) *lo normal que és lo segur, lo conservador, que no dóna problemas, lo que és més estàndard, això és lo normal, no? Jo crec que com a normal lo que s'ha de dir és el sentit comú, lo que és normal és lo que encaixa dintre la naturalesa de cadascú, sigui com sigui. Tractar la diferència com a normalitat és l'assignatura pendent perquè les diferències sempre es penalitzen.*

Les tensions que provoca la desviació en una societat sempre convida a reflexionar sobre la naturalesa de les normes socials que estan establertes. En aquest cas, periodista1 fa una aportació de màxims, tractant de desconstruir el terme normalitat social, per dur-lo a un nivell individual. De manera similar, antropòleg1 fa referència a

la possibilitat d'eixamplar el marc de la normalitat i incloure-hi el que fins ara considerem desviat en l'àmbit de la malaltia mental.

Doc2_p20_antropòleg1_h (10:13) *las familias acaban siendo víctimas de las presiones sociales (...) hacia lo que habría que tender es hacia un modelo de normalidad. Si hay personas que han tenido un trastorno mental y encima lo que hacemos es excluirlas, dejarlas fuera del juego social, difícilmente podrán recuperarse.*

Hem observat com el frame de la normalitat és un esquema de construcció social. Els individus ens influenciem recíprocament en un procés de generació de pautes socials. Es poden identificar dos aspectes sorgits en els documentals que són generadors d'inclusió en el marc de la normalitat, com són el fet de crear una família i el fet de treballar.

Doc1_f1_d (18:45) *y que además no van a poder ver cumplidos sus deseos de verle un ganador, una persona que hace una vida normal, que crea una familia.*

Doc2_a12_h (42:03) *que seas apto para trabajar, y punto, o sea eso es lo que debe de ser normal. (es refereix al que ell percep que li demana la resta d'individus de la societat de manera exigent).*

Per finalitzar l'apartat s'insereix la següent taula, on s'observen deu metàfores conceptuals identificades segons la seva relació de significat amb el frame de la normalitat.

Taula 2. Posicionament de les metàfores conceptuals en el frame de la normalitat.

	FRAME NORMALITAT	
	Normalitat	Desviació
<i>La vida és un camí</i>	Avançar en el camí	Aturar-se - Estancar-se - Fugir a altres camins
<i>El camí és una competició</i>	Guanyar - Assolir objectius	No competir - Fracassar
<i>Curar-se és retornar al camí</i>	Integrar-se al camí de la normalitat	Perdre's – Romandre en camins paral·lels
<i>L'equilibri és salut</i>	Mantenir l'equilibri	Perdre l'equilibri

<i>El cervell és una màquina</i>	Bon funcionament - Tenir el control	Mal funcionament - Perdre el control
<i>El cervell és un objecte fràgil</i>	Manteniment - Conservació	Trencament - Explosió
<i>El pacient és una càrrega</i>	Autònom - Independent	Càrrega - Dependent
<i>El pacient és un infant</i>	Adult – Independent	Infant - Dependent
<i>El pacient és un vegetal</i>	Persona – Viu	Vegetal - Mort
<i>La medicació és una droga</i>	Sense prescripció farmacològica	Amb prescripció farmacològica

5.3. Correspondència entre el discurs i els models teòrics d'interpretació.

Com s'ha establert en el marc teòric d'aquest treball¹⁴, el model biomèdic tendeix a una visió que identifica plenament la discapacitat de l'individu amb la seva patologia. Aquesta esdevé doncs, la causa principal de les seves limitacions i problemes en el desenvolupament social. El model social, per la seva banda, manté una visió més global dels problemes de salut que afecten els individus, i planteja que no només és la patologia la causa principal de les limitacions, sinó que en bona mesura també ho és l'opressió social que viu l'afectat, donat que el context és completament advers a les possibilitats d'aquest.

Així, del model biomèdic-individual se'n desprèn un marc de comprensió en el qual la sensació de **tragèdia o problema personal** per a la persona que és afectada d'una patologia mental esdevé recurrent. Aquest ha estat un estat d'ànim recurrent, identificat en les persones que han participat en els documentals. Veiem en els següents fragments d'afectada1 com es dona aquesta interiorització.

Doc1_a1_d (01:12) *sufro una enfermedad mental.*

Doc1_a1_d (01:34) *tengo un hermano que una vez me echó en cara que él había vivido la misma situación familiar que yo y no había caído enfermo.*

Doc1_a1_d (23:39) *estaba en un estado yo que no era muy normal*

¹⁴ Seguint la referència teòrica de Oliver (1996).

Doc1_a1_d (37:21) *imagínate que te encierran, con 200 personas, cada una con su problemática y ala venga... bajo la mano de Dios, 7 días de la semana, con sus 24 horas... y tu verás lo que haces, búscate la vida...*

Doc1_a1_d (38:03) *(parla de quan la varen ingressar) acabas perdiendo los papeles, acabas perdiendo el juicio, no quieres que te aten... al cabo de tres horas, cuando el médico puede, te viene a visitar... entonces no te escucha, no te pregunta que motivos tienes para estar nervioso... que te ha pasado, que te pasa por la mente... no no, simplemente te da una pastilla, de cuantos más miligramos mejor y vete a dormir, ya se te pasará.*

Doc1_a1_d (42:24) *(parla de quan va intentar suïcidar-se) lloraba de impotencia, no sé, de que me iba a morir y no se, que lo triste que había sido mi vida, y cómo iba a acabar todo, y incomprensión de todo.*

Observem com aquesta interiorització es reflexa també en les paraules d'afectat2.

Doc1_a2_h (11:55) *es muy triste que tu tengas un problema y que lo estés pasando muy mal... y que gente que has tenido alrededor, seres queridos como tus hermanos o tus padres te rechacen, eso es muy duro.*

Doc1_a2_h (14:27) *mi madre no quería reconocer mi fracaso por no asumir que a lo mejor algo en ella había fallado.*

Doc1_a2_h (39:55) *llegó un momento en que yo ya no entendía nada (parla de les causes que el van portar a un intent de suïcidi) (...)*

Doc1_a2_h (1:06:16) *yo creo que me moriré sin superarlo (la malaltia).*

En el cas d'afectat3, es desprèn aquesta fatalitat recolzada per un diagnòstic mèdic que apunta a una incapacitat severa del conjunt de la persona.

Doc1_a3_h (31:56) *tengo diagnosticado esquizofrenia residual, eso quiere decir que yo no me valgo por mi mismo.*

També en el cas de la següent professional, psicòloga2 les seves paraules atorguen un component tràgic al context i les circumstàncies que poden viure les persones afectades.

Doc1_p10_psicòloga2_d (10:40) *un grupo de personas tan desgraciadas.*

Doc1_p10_psicòloga2_d (55:03) *se ponen feos, engordan, se deterioran.*

De manera contrària, veiem a continuació fragments que atorguen un component generalitzador a les malalties mentals des de posicions més properes al model social. Aporten una visió holística, tractant de reconèixer la influència d'altres variables en el sorgiment de les patologies, a banda del component fisiològic. La tragèdia personal es matisa, apuntant elements **d'incomprensió i opressió social** que tenen una influència cabdal en la quotidianitat de les persones afectades.

En el cas de psicòleg¹ i psiquiatre³ es fa una apel·lació a la patologia com quelcom lligat a l'espècie, comú a les persones, i amb possibilitats que tothom en pugui resultar afectat en algun moment de la vida.

Doc1_p1_psicòleg1_h (05:00) *la esquizofrenia es una situación humana, una respuesta humana.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (08:36) *una parte del miedo a la locura es un miedo a nuestra propia locura, a donde está nuestro límite, en qué momento nosotros podemos saltar esa frontera a veces tan frágil que nos coloca en el lado de la sinrazón.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (09:17) *el enfermo mental nos toca... nos toca en nuestros propios problemas...al fin y al cabo lo que le sucede a esa persona que son cosas que tienen que ver con lo que le sucede a uno, quiero decir que al fin y al cabo todos tenemos dentro más o menos casi todas las cosas que se van a reflejar en distinto nivel.*

De la mateixa manera ho fa afectat⁷, tractant d'explicar com una emoció comuna en les persones, com és el patiment, pot ser un desencadenant del procés patològic.

Doc2_a7_h (51:41) *ha sido el sufrimiento (es refereix a la mort dels seus pares) lo que me ha llevado a la locura, son hechos comunes, a todo el mundo se le puede despertar algún día esa enfermedad, y es una enfermedad como cualquier otra.*

En els següents fragments, psiquiatre² i psicòloga² apunten altres condicionants socials com la pobresa, o els condicionants educatius i familiars, com a causes afegides al sorgiment de les malalties mentals.

Doc1_p3_psiquiatre2_h (06:45) *sobre esa vulnerabilidad actúan una serie de estresares sociales... la pobreza, las condiciones de vida adversas...*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (1:02:06) *la OMS planteja que va haber un aumento de la esquizofrenia en los próximos años, precisamente por el incremento de factores adversos.*

Doc1_p10_psicòloga2_d (06:20) *hay otros factores ambientales, familiares y educacionales unidos (respecte les causes).*

Sociòleg1 canvia el terme malaltia per vulnerabilitat, posant en relleu que la dificultat que manté una persona amb trastorn mental és susceptible de millorar o empitjorar en funció de l'entorn amb el qual interactua.

Doc1_p4_sociòleg1_h (05:06) *más que personas enfermas lo que hay son personas vulnerables.*

També esmenta que la mateixa desorganització d'una societat pot ser la generadora de patologia en els individus.

Doc1_p4_sociòleg1_h (06:23) *puede ser también (la causa de la malaltia) que sea debido a una desorganización social general, o sea que una sociedad sea loca.*

Per finalitzar, aquest mateix professional dirigeix la seva atenció en la capacitat d'una societat per acceptar i veure comportaments titllats com a diferents. S'interpreta de les seves paraules que una societat que tracta d'eixamplar el seu marc de normalitat, serà una societat amb menys persones caracteritzades com a desviades o problemàtiques.

Doc1_p4_sociòleg1_h (11:14) *el problema (de la persona diagnosticada) sería de ser aceptado en el entorno... que seamos capaces de ver comportamientos diferentes, y esto cuesta muchísimo.*

Hem vist doncs una primera dicotomia entre un i altre model. La que fa referència a una visió de tragèdia i problema personal per una banda, a una visió d'opressió i incomprensió social per part del model social. Aprofundim ara en una segona dicotomia que plantegen tots dos models i que s'exemplifiquen en diverses intervencions realitzades en els documentals.

Pel model biomèdic-individual el **domini professional** en la intervenció dels trastorns mentals es troba legitimat per l'especialització científica-tècnica. Aquest domini aposta per un **tractament individual** centrat en la **medicalització**. El model social atorga una importància cabdal a l'**experiència del pacient** en la intervenció, així com a una

responsabilitat individual i col·lectiva en la recuperació de les persones afectades, mitjançant el desenvolupament **d'accions socials**.

En aquest primer fragment d'afectada1, s'observa com ella mateixa s'exclou com a entesa del problema que pateix, fent palès el poder del marc individual.

Doc1_a1_d (23:09) *yo no lo se, yo no entiendo... los médicos me dicen que puede ser que haya influido (les drogues).*

En el cas del professionals, psiquiatres tots ells, veiem com de les seves paraules i de les afirmacions rotundes que expressen, es pot identificar aquest domini professional que tenen interioritzat.

Doc1_p19_psiquiatre13_h (48:50) *yo me adscribo a una orientación que se basa en las neurociencias, es decir, en el estudio del cerebro, como órgano que genera pensamiento, y al mismo tiempo patología de ese pensamiento.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (49:16) *es el estudio del cerebro el que nos va a permitir controlar y curar las enfermedades mentales.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (49:47) *todo eso está en función de una regularización del funcionamiento cerebral, y eso comporta primero un abordaje bioquímico y farmacológico.*

Doc1_p2_psiquiatre1_h (04:28) *para los psiquiatras, la esquizofrenia es la enfermedad clave porque reúne toda la psicopatología (...) es el prototipo de lo que se llama loco.*

Doc1_p2_psiquiatre1_h (59:35) *la esquizofrenia es por definición crónica.*

Doc1_p2_psiquiatre1_h (1:00:19) *hay quien dice que es un tercio no progresa casi nada...un tercio que mejora sustancialmente y un tercio que casi se cura, que casi llega a llevar una vida normal.*

És revelador aquest darrer comentari, en el que psiquiatre1 assimila la curació del malalt a un retorn a la vida normal, exclouent així a la persona afectada d'una condició de normalitat mentre es troba subjecta a la patologia.

En relació al tractament individual i la medicalització, trobem com psiquiatre13 i psiquiatra7 se situen en aquesta aproximació, donat que parteixen d'una explicació

causal de la patologia, relacionada únicament amb una alteració genètica que comporta un funcionament incorrecte dels neurotransmissors cerebrals.

Doc1_p9_psiquiatria7_d (06:12) *la causa es genética, es decir hay una alteración. En determinadas familias hay una transmisión familiar.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (51:25) *lo que hay que hacer con el paciente psicótico primero es una aproximación psicofarmacológica, cada día que pierdes no lo vas a recuperar.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (50:39) *si no existieran los psicofármacos sería un absoluto desastre, la psiquiatría volvería a las catacumbas.*

Doc1_p19_psiquiatre13_h (51:00) *con las medicaciones actuales, con los abordajes psicoterapéuticos actuales, se puede lograr una mejoría espectacular, que casi casi sea la normalidad.*

L'enquadrament interioritzat en aquest discurs per part dels afectats, és visualitzat en el comentari d'afectada14.

Doc3_a14_d (38:04) *todavía no me siento una persona completamente normal porque tengo que depender de medicación para estar bien completamente, para estar compensada.*

A tall crític, els dos comentaris següents denunciïn aquesta tendència característica de la perspectiva individual.

Doc1_a2_h (51:45) *es más fácil dar una pastilla y anularte que estar una hora contigo hablando intentando saber cual es el problema que tienes.*

Doc1_p4_sociòleg1_h (50:52) *la farmacología ofrece de forma rápida esa anulación de los síntomas, que es lo que molesta al entorno.*

D'altra banda, des de la perspectiva social, l'experiència del propi afectat és un element rellevant alhora de planificar i intervenir en les possibles vies de recuperació. Així ho manifesta afectat2 i afectada8, i ho reconeixen alguns professionals com psiquiatre2 i psiquiatre4.

Doc1_a2_h (03:25) *los que conocemos mejor la enfermedad somos nosotros mismos.*

Doc2_a8_d (19:33) *tenemos que escuchar a los afectados, porque como no escuchemos no sé si se va a avanzar.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h (1:01:22) *yo solo (com a psiquiatre) no voy a poder atender un proceso esquizofrénico.*

Doc1_p6_psiquiatre4_h (49:32) *la única cosa que va a funcionar es desde la experiencia del paciente, y la experiencia del paciente no es de un cerebro, es de cosas reales, emociones y pensamientos, entonces nosotros tenemos que trabajar con eso.*

En aquesta línia, la responsabilitat del procés ultrapassa la vessant mèdica i tècnica, i se situa en un nivell superior que implica el conjunt de la ciutadania.

Doc1_p3_psiquiatre2_h (1:02:50) *la manera en que una sociedad asume el problema de la desviación y la locura va a definir su talla moral (...) los momentos en que las sociedades son más permisivas, son más solidarias, es cuando se han ocupado de los enfermos mentales y los desviados.*

Doc3_p26_gestor2_h (37:24) *debemos proseguir en la lucha contra la discriminación y el estigma social.*

Una tercera dicotomia planteja, per part del model biomèdic, la necessitat que l'afectat realitzi un procés **d'adaptació o readaptació a la societat**, donat que és aquest el que es troba en una situació de desviació de l'anomenada normalitat. El model social, per la seva part, defensa un **canvi social** que passa en primer lloc per un canvi mental. Aquesta alteració hauria de provocar conseqüències pràctiques en les actituds i les accions de la ciutadania, en relació a l'afrontament d'aquesta dificultat. Així ho planteja afectada8, qui d'una manera reivindicativa, defensa la necessitat de canviar el discurs històric en relació als afectats.

Doc2_a8_d (52:06) *el movimiento de los enfermos mentales es una lucha para salir a flote, hasta que llegue un momento que la sociedad escuchándonos se de cuenta de que todo el discurso, desde la época ya de la inquisición que nos han metido, es todo una mentira.*

No obstant això, el marc que suggereix l'adaptació individual és fort. Diversos afectats expressen, amb cert to de resignació, la voluntat i necessitat de dur a terme aquest canvi individual.

Doc1_a1_d (1:06:23) *yo pienso que estoy cambiando, que hago todo lo posible para ser lo mejor que puedo.*

Doc1_a3_h (15:23) *ellos lo quieren es que mejore como persona, que haga las cosas bien (es refereix a la seva família).*

Doc1_a3_h (1:05:31) *me da miedo ser así, pero bueno, intentaré aceptarlo.*

Doc1_a4_h (1:05:10) *no soy el mismo que era antes cuando estaba bien pero cada vez estoy más cerca de volver a la normalidad.*

La quarta dicotomia que es planteja entre totes dues perspectives és possiblement la més subjectiva de totes. En aquesta, rau la idea que el model biomèdic, a l'enfocar el seu tractament de manera individual i exclusiva en l'afectat, estaria fomentant de manera indirecta quotes de **prejudici**. En canvi, la vessant **comprensiva** del model social plantejaria la possibilitat d'incorporar un aprenentatge significatiu de l'experiència humana del trastorn mental.

En aquest sentit, mentre que l'objecte del primer és l'individu i la seva malaltia, l'objecte del segon és la patologia com a fet social. Antropòleg1 ho manifesta amb les següents paraules.

Doc2_p20_antropòleg1_h (06:35) *muchas veces los supuestos cuerdos lo único que hacemos es establecer monólogos con la locura y no diálogos con ella. No establecemos un diálogo para aprender también de esa forma de experiencia.*

El prejudici és detectat i viscut pels afectats, tal com ho expressen aquests tres testimonis.

Doc1_a4_h (11:00) *en vez de decir (la gent), ese es un esquizofrénico que estaba bastante mal y ahora está como un clavel, está de puta madre... pues dicen mira.. ese es el loco que hizo tal movida... ten cuidado sabes...*

Doc1_a5_h (10:43) *cuando se oye la palabra esquizofrenia ya la gente, no sé, se echa un poco para atrás.*

Doc2_a12_h (27:41) *mucha de la parte que sale de la enfermedad digamos, no sale directamente de las quejas ni de los delirios, sale de nuestra vida cotidiana, que es más que frustrante.*

El darrer fragment d'afectat¹² és revelador en aquest sentit, donat que es pot entendre com el patiment que es desencadena de la malaltia és en gran part conseqüència d'aspectes indirectes d'aquesta. El dolor i el patiment no es troben vinculats a un desencadenant físic. Aquests són causats per un context advers i dificultós, on el desenvolupament dels afectats esdevé molt complex.

Finalment, s'observa com la perspectiva biomèdica tendeix a generar elements de **control** sobre les persones diagnosticades. Aquestes ho perceben com a mecanismes coercitius i de poder que els constrenyen.

Doc1_a2_h (35:34) *sienten miedo hacia ese fenómeno (es refereix a la societat en relació a un pacient amb esquizofrènia) y entonces lo que hacen es meterlo en un psiquiátrico.*

Doc1_a1_d (37:21) *imagínate que te encierran, con 200 personas, cada una con su problemática y ala venga... bajo la mano de Dios, 7 días de la semana, con sus 24 horas... y tu verás lo que haces, búscate la vida...*

Els discursos propers a la perspectiva social defensen mecanismes que **apoderin** als afectats. Lluny d'emprar tècniques de control, s'afirma una visió positiva centrada en la recuperació de les capacitats i el manteniment ple dels **drets de ciutadania**. Ho manifesten en aquest sentit psicològic i antropològic.

Doc1_p1_psicològic_h (1:00:07) *nosotros no utilizamos mucho el concepto cura, hablamos de recuperación (...) que sería recuperar las capacidades, los derechos de un ciudadano.*

Doc2_p20_antropològic_h (11:24) *las expectativas que pone la gente, la familia, y cuidado, también el propio sujeto, porque eso es importante, son básicas para curarse, para el restablecimiento... para la creación de un estado diferente al anterior.*

En la següent taula, i a tall de tancament de l'apartat, queden sintetitzats els elements diferencials que es desencadenen de l'enquadrament entre el discurs biomèdic i el discurs social.

Taula 3. Elements característics del discurs biomèdic i del discurs social.

Discurs biomèdic	Discurs social
Tragèdia personal	Opressió social
Domini professional – Tractament individualitzat - Medicalització	Experiència del pacient – Responsabilitat col·lectiva – Acció social
Adaptació individual	Canvi social
Prejudici	Comprensió
Control	Drets de ciutadania - Apoderament

6. Conclusions.

Les conclusions que es presenten en aquest treball, tracten de donar resposta, mitjançant un procés de raonament reflexiu, a les preguntes de recerca plantejades en l'inici d'aquesta investigació. Tot i que no segueixo un ordre de resposta formalment estructurat per a cada pregunta, sí que tractaré d'emprar-les com a eix organitzador de l'apartat. Recordem el plantejament de cadascuna:

- 1. Esdevé el discurs biomèdic de les malalties mentals predominant entre els professionals de la salut mental?**
- 2. Es detecten discursos alternatius entre les persones afectades per un trastorn mental sever, o bé, predomina una interiorització de l'esquema individual de discapacitat?**
- 3. Es dona una correspondència clara entre les expressions metafòriques verbalitzades pels actors i el discurs que pretenen emmarcar?**

L'evidència més important que plantejo en aquesta recerca, estableix un predomini genèric del marc biomèdic en l'enquadrament de la malaltia mental en la nostra societat, per sobre d'altres marcs de pensament molt més incipients. Aquests darrers, observo que sorgeixen més aviat en forma de discursos defensius i reactius davant el pensament dominant, però no com a possibles alternatives sòlides que generin un enquadrament.

Aquest predomini biomèdic es detecta d'una manera implícita en el referons de les intervencions que s'han treballat en els tres documentals. Inclús gran part dels professionals que defensen teòricament arguments propis del model social, reconeixen la primacia dels postulats biomèdics en la intervenció actual, i com aquests condicionen gran part de la seva tasca professional diària. És a dir, tot i que des d'un punt de vista abstracte i teòric (discurs) s'argumenta la possible conveniència d'altres perspectives, des d'un punt de vista pragmàtic (marc) s'actua en conformitat amb el model biomèdic.

Així ha quedat reflectit en l'apartat 5, on he tractat de mostrar quins elements lingüístics i culturals ajuden a consolidar el substrat d'aquest enquadrament. Per exemple l'eix metafòric del camí i l'eix metafòric del control, es presenten com a conceptes clau que impregnen de sentit i reforcen una configuració particular de la nostra vida, on la normalitat i la desviació es regeixen per unes definicions establertes socialment.

L'eix metafòric de la lluita representa, en canvi, aquest concepte reactiu especialment emprat per les persones afectades, a partir del qual manifesten el seu desacord amb el plantejament de l'estatus quo actual, i es revoltent davant d'una interiorització, paradoxalment involuntària, del discurs individual de discapacitat. Aquesta evidència, posa de relleu la força dels enquadraments, donat que penetren inclús en persones que són reticents i contràries a acceptar-los.

El frame de la normalitat davant les malalties mentals i altres mecanismes de desviació, esdevé una resposta cultural del nostre temps. Ens condueix a reproduir les pautes i les conductes morals pròpies que ens hem marcat per tractar aquests fets. Aquestes pautes són acceptades i reproduïdes per gran part de la ciutadania, generant un procés de sinergia creixent.

Percebre que la vida és un camí en el qual cal avançar; que aquest camí té una tendència competitiva on cal assolir objectius personals que ens venen fortament marcats; que romandre aturat i no aconseguir els objectius, pot ser sinònim de fracàs o desviació; que les persones que es troben en situacions de debilitat, desavantatge i que no són productives econòmicament per la societat per diferents causes, són una càrrega; que perdre l'equilibri és sinònim de pèrdua de salut i control personal; que el cervell és una màquina que cal controlar per part d'especialistes. Totes aquestes percepcions interioritzades per gran part de la ciutadania, conformen un sistema conceptual que regeix la nostra activitat més quotidiana. Ens reforça si les complim, i ens debilita si no ho fem, en un procés on la normalitat i la desviació venen així marcades per la capacitat dels individus d'integrar-se en l'estructura d'oportunitats (Cloward & Ohlin, 1966) que el context on s'inscriuen els ofereix.

Com apunten els teòrics que s'inscriuen en la perspectiva funcionalista, tenir unes pautes clares (un marc clar) de normalitat, contribueix a consolidar els valors i les normes culturals que una societat s'estableix de manera pròpia. La resposta i el tractament que es fa de la desviació, clarifica i dóna certitud.

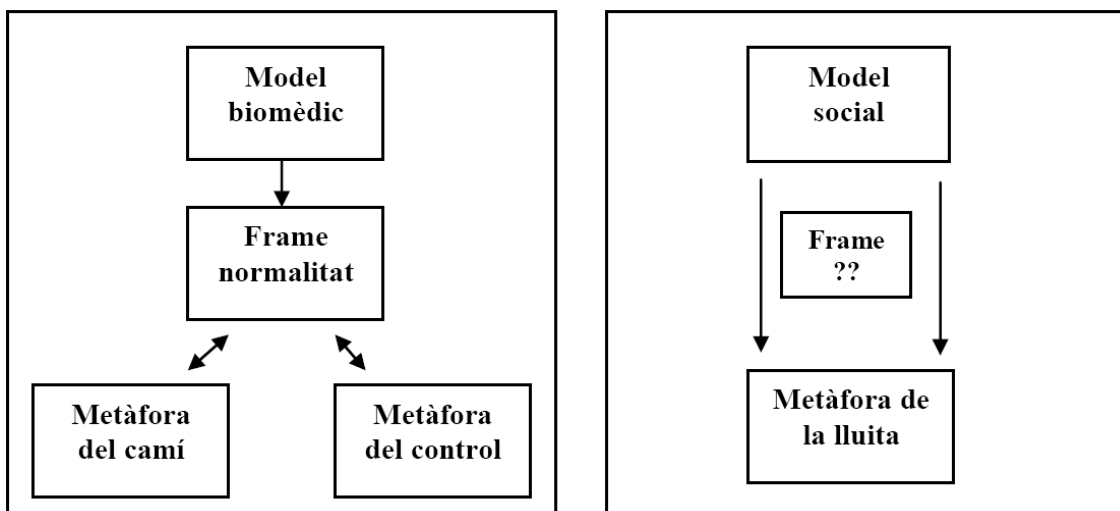
El model biomèdic és precisament, en el nostre temps, aquesta resposta clarificadora en l'àmbit de les problemàtiques mentals. La bogeria s'ha reconvertit en l'actualitat en un terme científic (patologia) utilitzat per la medicina, per tal d'anomenar el que representa una conducta diferent, desviada. L'etiqueta emprada a partir del discurs biomèdic i el frame de la normalitat no és la de desviat, sinó la de malalt. La resposta que ofereix la ciència a la malaltia mental és la medicalització.

Més que a tall de crítica, aquests arguments pretenen posar l'èmfasi en la vessant constructora dels humans en relació a la nostra pròpia cultura. No hi ha res natural que hagi determinat que la concepció i el tractament de la malaltia mental sigui aquest que es dona en l'actualitat. Ans al contrari, si és aquest, és perquè s'ha donat un procés de construcció cultural a partir de mecanismes lingüístics que han permès configurar aquest mode d'enteniment.

Seria possible desafiar la perspectiva funcionalista i defensar un model social sense criteris de normalitat? Des del meu punt de vista, no. Sembla difícil imaginar-se una societat que no consensuï, o en el pitjor dels casos imposi, límits culturals i socials, o que no fomenti certes relacions de conformitat i acceptació. Aquest raonament però, no invalida afirmar que els criteris de normalitat que tenim en l'actualitat per clarificar la posició social en relació al tema de la malaltia mental, no sigui convenient eixamplar-los i relativitzar-los en alguns aspectes per tal d'obtenir una estructura d'oportunitats més ampla.

De fet, aquesta ha estat la dinàmica que s'ha observat en els fragments seleccionats al llarg de la recerca. Per una banda, la centralitat del model biomèdic com a generador de certeses. Teixit aquest d'una estructura de metàfores conceptuais que alimenten el frame de la normalitat. D'altra banda, discursos reactius connectats de manera dèbil amb l'estructura teòrica del model social, i mancats d'un teixit lingüístic (metafòric) que pugui generar un frame alternatiu que impregni de sentit una nova mirada sobre aquest fenomen.

Quadre 1. Interrelació entre models teòrics, frames i eixos metafòrics.






Un aspecte rellevant de la investigació és que posa de manifest que són els professionals, en un nombre més alt que els afectats, els qui verbalitzen discursos més connectats amb el model social. Es podia esperar aquesta tendència dels professionals de l'antropologia, i la sociologia, com de fet així ha estat. Era a priori, més difícil esperar-ho dels mateixos professionals de la psiquiatria i la psicologia. S'ha constatat però que professionals com psiquiatre2, psiquiatre4 o psicòleg1, opten per una visió crítica al model d'atenció i tractament individual que es dóna a la patologia mental des dels serveis sanitaris i socials.


























En un extrem contrari, també s'han observat professionals psiquiatres situats plenament en la línia que planteja el discurs biomèdic, com ho exemplifiquen especialment psiquiatre11 i psiquiatre13. Deixant poc o cap marge d'interpretació a altres possibles maneres de concebre la naturalesa i tractament de la malaltia mental.







En la taula quatre, es veu reflectit un intent per situar els discursos professionals treballats. Es mostren, en les dues primeres columnes, aquells professionals que el seu discurs se situa en la línia del model biomèdic o social. La tercera opció "tots dos models" s'empra per situar els professionals que en el seu discurs empen totes dues línies, ja sigui per l'ús de matisos o per contradiccions. La quarta opció "sense determinar" s'empra per situar tots aquells discursos que, per falta suficient d'informació en els fragments analitzats, no es poden situar en un model o altre.

Cal matisar que aquest intent reflecteix en alguns casos la posició teòrico-pràctica del professional, però en la major part dels casos assumeixo que els professionals tracten de projectar una visió crítica i alternativa a la ja existent. Es dóna per tant la següent paradoxa: tot i detectar-se una hegemonia del model biomèdic en el substrat pràctic (que preval com a marc), el model social obté un predomini en l'àmbit teòric (que preval com a discurs).

Taula 4. Enquadrament dels discursos dels professionals.









	Model biomèdic	Model social	Tots dos models	Sense determinar
Doc1_p1_psicòleg1_h				
Doc1_p2_psiquiatre1_h				
Doc1_p3_psiquiatre2_h				

















Doc1_p4_sociòleg1_h				
Doc1_p5_psiquiatre3_h				
Doc1_p6_psiquiatre4_h				
Doc1_p7_psiquiatre5_h				
Doc1_p8_psiquiatre6_h				
Doc1_p9_psiquiatra7_d				
Doc1_p10_psicòloga2_d				
Doc1_f2+p11_psiicoanalista1_d				
Doc1_p12_psiquiatre8_h				
Doc1_p13_gestor1_h				
Doc1_p14_psiicoanalista2_h				
Doc1_p15_psiquiatre9_h				
Doc1_p16_psiquiatre10_h				
Doc1_p17_psiquiatre11_h				
Doc1_p18_psiquiatre12_h				
Doc1_p19_psiquiatre13_h				
Doc2_p20_antropòleg1_h				
Doc2_p21_periodista1_h				
Doc2_p22_psicòloga3_d				
Doc2_p23_psiquiatra14_d				
Doc2_p24_antropòleg2_h				
Doc3_p25_gestor2_h				
Doc3_p26_gestor3_h				
Doc3_p27_institucional1_d				
Doc3_a20+p28_institucional2_h				

Doc3_p29_gestor4_d				
Doc3_p30_gestor5_h				
Doc3_p31_gestor6_h				
Doc3_p32_psiquiatre15_h				
Doc3_p33_rrhh1_d				
Doc3_p34_monitorocupacional1_h				
	5	8	8	13

Veiem en canvi la següent taula en relació als afectats i familiars. En la primera columna s'apunta aquelles persones que destil·len un discurs que presenta símptomes d'interiorització del model individual. En la segona columna s'apunten aquells afectats i familiars que manifesten un discurs reactiu, expressat bàsicament a través de la metàfora de la lluita. La tercera i quarta columna, com en la taula anterior, mostren aquells que empen elements de tots dos models, i aquells discursos que, per falta suficient d'informació en els fragments analitzats, no es poden situar en un model o altre.

Taula 5. Enquadrament dels discursos dels familiars i afectats.

	Interiorització del model biomèdic	Model social (metàfora de la lluita)	Tots dos models	Sense determinar
Doc1_a1_d				
Doc1_a2_h				
Doc1_a3_h				
Doc1_a4_h				
Doc1_a5_h				
Doc1_a6_h				
Doc2_a7_h				
Doc2_a8_h				

Doc2_a9_d				
Doc2_a10_d				
Doc2_a11_h				
Doc2_a12_h				
Doc2_a13_h				
Doc2_a14_d				
Doc3_a15_d				
Doc3_a16_h				
Doc3_a17_d				
Doc3_a18_h				
Doc3_a19_d				
Doc3_a20+p28_institucional2_h				
Doc3_a21_h				
Doc1_f1_d				
Doc1_f2+p11_psicoanalista1_d				
Doc1_f3_d				
	9	4	3	8

Observem un predomini de la interiorització de model biomèdic i el frame de la normalitat en els fragments analitzats d'afectats i familiars. El discurs d'aquests pot venir molt condicionat per la dificultat de convivència i desenvolupament social que pateixen les persones afectades. La capacitat per teoritzar i fer abstraccions, que sí s'observa en els professionals, és aquí més minsa. Aquests darrers poden tenir una posició més òptima per pensar i repensar en el marc que tenim en l'actualitat, i que defineix els límits que la societat estableix en aquesta qüestió.

Es constata com els discursos dels afectats es mouen així en postures més properes al retraïment o la rebel·lió davant l'enquadrament hegemònic. És a dir, el cas del retraïment, significa una acceptació o conformitat amb una situació que els hi ha vingut

definida però que no els hi resulta favorable. Pel que fa a la postura de la rebel·lió, es refusa de manera radical les definicions i pautes establertes que conformen els criteris de normalitat. Aquesta darrera postura, pretén posar de relleu situacions d'injustícia social que pateix el col·lectiu, mitjançant explicacions relacionades amb la desigualtat social i la distribució del poder.

Tot i no constatar-se l'existència d'un frame que pogués encarnar a la pràctica els supòsits teòrics que planteja el model social, sí que hi ha dos intents incipients que mereixen ser destacats. En el primer d'ells, diversos professionals i afectats han apel·lat a la idea d'integració social com a discurs que nodreix un marc positiu i renovador. Aquest discurs s'encarna metafòricament amb l'acció de recuperació de l'individu afectat per retornar al Camí.

Aquesta no pot esdevenir, des del meu punt de vista, una idea sòlida que possibiliti la creació d'un enquadrament alternatiu, donat que la representació d'integració, tal com es manifesta en els fragments analitzats, posa de relleu precisament la noció d'adaptació individual característica del model biomèdic. En aquest sentit, resulta contradictori que diversos testimonis hagin reivindicat aquesta noció com a posicionament social i alternatiu al model ja existent, doncs aquesta argumentació simplement reforça el model ja vigent. Es podria doncs, anomenar aquest fenomen com "el parany de la integració".

Una altra proposta discursiva més incipient, bàsicament formulada per psiquiatra², antropòleg¹ i psicòleg¹, destaca el component humà i comú que planteja tota malaltia mental. La persona afectada esdevé un reflex dels altres, considerats com a normals, en el sentit que li succeeixen coses que estan relacionades amb el que ens pot succeir a tots en algun moment determinat. A més, aquesta proposta ens interroga sobre els límits de la nostra raó i ens esperona a repensar el nostre context per adaptar-lo millor a les característiques de l'humà. Per aquest motiu, assumir la qüestió de la desviació i la bogeria en termes d'aprenentatge sobre nosaltres mateixos, pot esdevenir una posició d'intel·ligència i de prevenció cap a una problemàtica de la qual tots som susceptibles de ser afectats.

Dels matisos d'aquest discurs se'n desprèn la necessitat d'acceptar la malaltia mental com quelcom negatiu per a la persona, a diferència d'altres nocions més reactives que sorgeixen del model social, que defensen la neutralitat de la malaltia o qüestionen la mateixa existència d'aquesta. Aquesta acceptació però, tracta de diferenciar les dolences i dificultats pròpies de la malaltia, de les dolences i dificultats que sorgeixen de la

confrontació entre l'afectat i la societat. Les primeres caldria abordar-les des d'un punt de vista mèdic, les segones (que són les que tendeixen a provocar una gran frustració en els afectats) des d'una perspectiva humana i social.

En aquest sentit, apostar per una metàfora que conceptualitzés la malaltia mental en termes d'aprenentatge i coneixement propi del fet humà, tal com se'n desprèn de les paraules de psiquiatre², antropòleg¹ i psicòleg¹, podria aproximar-nos a la interpretació del sentit biogràfic que aquestes malalties tenen per a les persones. No es tractaria doncs, que la patologia mental generés por o rebuig, ans al contrari, es tractaria de percebre-la, entendre-la i valorar-la, per tal que l'home, a través de la cultura, pugui adaptar el seu medi social a unes millors condicions per a ell mateix.

La naturalesa metafòrica del llenguatge que emprem esdevé, tal com s'ha tractat de mostrar en aquesta recerca, una evidència respecte a la manera de pensar i actuar que tenim els humans. A banda d'evidència del que és constatable, les metàfores són també font de creativitat de la nostra experiència en el món. Així, aquesta figura lingüística esdevé alhora fonament i resultat de la interpretació que els homes fem de la nostra realitat. Per tant, la imaginació de noves realitats que es puguin encapsular de manera coherent i raonable en una metàfora conceptual, poden convertir-se en un potent mecanisme de canvi.

En aquest sentit, la fortalesa de les metàfores conceptuais rau precisament en la important càrrega estructural que contenen d'una manera extraordinàriament sintetitzada. Tant poden convertir-se en traves com en facilitats. Perilloses o segures en funció de com i amb què les omplim. Són eines que carreguem els humans i en depèn de nosaltres les conseqüències que tinguin.

En l'àmbit dels trastorns mentals, sembla oportú indicar que la metàfora pot representar un recurs de primer ordre per tal de destacar aspectes il·lustratius d'aquests pel conjunt de les persones (afectades i no afectades), i així contrarestar el que fins ara el llenguatge produït en la matèria ha ocultat, ha perdut de vista, o simplement ha passat de llarg.

7. Bibliografia.

Bateson, G. (1976). *Pasos hacia una ecología de la mente*. Buenos Aires: Ediciones Carlos Loé.

Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid, Taurus.

Caamaño, M.J.R., & Ferreira, M.A. (2006). Sociología de la discapacidad: Una propuesta teórica crítica. *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 13(1), 243-249.

Chihu Amparán, A. (2012). La teoría del framing: Un paradigma interdisciplinario. *Acta Sociológica*, (59)

Cloward, R., & Ohlin, L. E. (1966). Illegitimate means, differential opportunity and delinquent subcultures. *Juvenile Delinquency: A Book of Readings*. Edited by Giallombardo R. New York, John Wiley & Sons.

Desviat, M. (2004). Conductas psicopáticas: De la locura cuerda a la idiocia moral. http://www.atopos.es/pdf_05/Conductas%20psicop%C3%A1ticas.pdf

Desviat, M. (2001). Salud pública y psiquiatría. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, (77), 125-133.

Desviat, M. (2006). La antipsiquiatría: Crítica a la razón psiquiátrica. *Norte De Salud Mental*, 25, 8-14.

Eynon, T. (2002). Cognitive linguistics. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(6), 399-407.

- Ferreira, M. A. (2008). La construcción social de la discapacidad: habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 17(1), 221-232.
- Ferreira, M.A. & Rodríguez Caamaño, M.J. (2006) Sociología de la discapacidad: una propuesta teórica. *Nómadas. Revista crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 13, 2006-1.
- Fleta, G (dir.). & Pelegrí, X (dir.) et al. (2013). *Les persones amb problemàtica de salut mental a Lleida. Estudi de la situació de les persones amb trastorn mental sever al territori de Lleida 2012*. Salut Mental Catalunya. Coordinadora Terres de Lleida.
<http://www.grase.udl.cat/wp-content/uploads/2013/09/Estudi-de-les-persones-amb-tms-del-territori-de-Lleida-2012.pdf>
- Foucault, M. (1978). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI de España Editores.
- Foucault, M. (1997). *La arqueología del saber*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2001). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada clínica*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad: el uso de los placeres* (Vol. 2). Siglo XXI.
- Garachana, M. i Hilferty, J. (2013). *Semàntica (Mòdul Didàctic)*. Barcelona, UOC.
- Giddens, A. (2006). *Sociología*. Madrid, Alianza.

Giner, S., de Champourcin, Lamo de Espinosa Michels, & Torres Alberó, C. (2006).
Diccionario de Sociología. Alianza editorial.

Gracia, Diego (2010). *La construcción de la salud: hechos, valores, deberes*.
Conferència realitzada en el XI Congrés Internacional de Grup, Psicoteràpia y
Psicoanàlisi. Segovia, 2010.

<http://linux01.dnspropio.com/~fccsm/wp-content/uploads/2013/01/construccion-salud.pdf>

Goffman, E. (1961). *Stigma*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.

Goffman, E. (2006). *Frame analysis: los marcos de la experiencia*. Centro de
Investigaciones Sociológicas. Madrid, Editorial Siglo XXI.

Guía de Práctica Clínica de Intervenciones Psicosociales en el Trastorno Mental Grave.
(2009) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Intervenciones
Psicosociales en el Trastorno Mental Grave. Plan de Calidad para el Sistema
Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Instituto
Aragonés de Ciencias de la Salud-I+CS; Guías de Práctica Clínica en el SNS:
I+CS N° 2007/05.

Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., & Alonso, J.
(2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados
del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126 (12), 445-451.

Kühne, W. (2000). ¿De qué hablan los cognitivos cuando hablan de
inconsciente? *Memorias de las Primeras Jornadas Clínicas del CAPs editadas*

por el Centro de Psicología Aplicada (CAPs) y el Departamento de Psicología de la Universidad de Chile, Santiago de Chile.

<http://www.kuhne.cl/documentos/de-que-hablan-los-cognitivos-cuando-hablan-de-inconsciente.pdf>

Lakoff, G. & Johnson, M. (1986). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid, Càtedra.

Lakoff, G., & Turner, M. (1989). *More than cool reason: a field guide to poetic metaphor*. Chicago. IL: University of Chicago Press.

Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: The embodied mind and its challenge to western thought*. Basic books.

Lakoff, G. (2007). *No pienses en un elefante: Lenguaje y debate político*. Madrid, Editorial complutense.

Lobo, A. O. (2008). Los profesionales de salud mental y el tratamiento del malestar. http://www.atopos.es/pdf_07/Los-profesionales-de-salud-mental.pdf

López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., & Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental: Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 48-83.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Estrategia en Salud Mental. Sistema Nacional de Salud 2009-2013*.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Subdirección General de Planificación, Ordenación y Evaluación del IMSERSO (2013). *Base estatal de datos de personas con discapacidad. Informe a 31/12/2011.*

http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2011.pdf

Moragas, R. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Papers, Revista de Sociología. Publicada por la Universidad Autónoma De Barcelona. Ediciones Península. Barcelona.*

Olabuénaga, J. I. R. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa.* Universidad de Deusto.

Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice.* Basingstoke, Macmillan.

Quivy, R., & Van Campenhoudt, L. (1992). *Manual de investigación en ciencias sociales.* Limusa.

Ubilla, E. (2009). El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 47(2), 153-162.*

8. Annexos.

8.1. Taula d'acrònims.

Doc1/2/3_ es refereix al documental 1 (1% esquizofrenia), 2 (El revés del tapiz de la locura o 3 (Sueño igual que tu).

a_ es refereix a afectat.

f_ es refereix a familiar.

p_ es refereix a professional. S'ha indicat la tipologia de professional, segons es refereixi a: psiquiatre, sociòleg, psicòleg, antropòleg, periodista, psiconalista, gestor (responsables de serveis, gerents, directors), institucional (representant d'organitzacions), rrhh (tècnic en recursos humans) i monitor ocupacional.

d_ s'indica quan qui parla és una dona.

h_ s'indica quan qui parla és un home.

* S'indica el minut i segon en el que apareix el diàleg en cada documental.

8.2. Fragments seleccionats com a material d'anàlisi¹⁵.

Documental 1. 1 % ESQUIZOFRENIA

Doc1_a1_d:

- (01:34) *tengo un hermano que una vez me echó en cara que él había vivido la misma situación familiar que yo y no había caído enfermo.*
- (12:36) *es que es un extraño para mí mi padre.*
- (23:09) *yo no lo sé, yo no entiendo... los médicos me dicen que puede ser que haya influido, (les drogas) pero también habrán influido otras cosas.*
- (23:39) *estaba en un estado yo que no era muy normal (quan la van despatxar de la feina).*
- (24:03) *llegó un día que le dije a mi jefe que no respondía de mis actos.*
- (24:17) *yo ya notaba algo de mi cabeza, de mi cerebro que no funcionaba bien.*
- (25:27) *llega un momento que piensas, la mala tengo que ser yo.*
- (36:44) *yo no me abría a los psiquiatras, desconfiaba muchísimo.*
- (37:21) *imagínate que te encierran, con 200 personas, cada una con su problemática y ala venga... bajo la mano de Dios, 7 días de la semana, con sus 24 horas... y tu verás lo que haces, búscate la vida...*
- (38:03) *(parla de quan la varen ingressar) acabas perdiendo los papeles, acabas perdiendo el juicio, no quieres que te aten... al cabo de tres horas, cuando el médico puede, te viene a visitar... entonces no te escucha, no te pregunta que motivos tienes para estar nervioso... que te ha pasado, que te pasa por la mente... no no, simplemente te da una pastilla, de cuantos más miligramos mejor y vete a dormir, ya se te pasará.*
- (42:24) *(parla de quan va intentar suïcidar-se) lloraba de impotencia, no sé, de que me iba a morir y no se, que lo triste que había sido mi vida, y cómo iba a acabar todo, y incomprensión de todo.*
- (1:05:06) *es que yo no me siento querida por nadie.*
- (1:05:15) *yo no me veo, si te digo la verdad, no me veo, no me gusta verme porque no me gusta lo que veo, me doy miedo verme a mi misma.*
- (1:06:01) *me da miedo, me da mucho miedo el futuro.*
- (1:06:23) *yo pienso que estoy cambiando, que hago todo lo posible para ser lo mejor que puedo.*

¹⁵ Tot i que el conjunt de fragments d'aquest apartat són considerats com a material d'anàlisi, no tots ells han estat emprats per exemplificar els eixos metafòrics i frames que es troben en l'apartat 5 d'aquest treball.

Doc1_a2_h:

- (01:23) *no pensaron que yo tenía problemas (es refereix a la seva família), para mi madre lo más importante era ponerme un plato de comida y que yo estuviera bien físicamente, psíquicamente eso era una utopía.*
- (03:25) *los que conocemos mejor la enfermedad somos nosotros mismos.*
- (07:12) *me asusta a veces las relaciones que tengo con las personas.*
- (08:07) *cuando me pongo mal ya enseguida me da mucho miedo...me da mucho miedo la vida.*
- (11:55) *es muy triste que tu tengas un problema y que lo estés pasando muy mal... y que gente que has tenido alrededor, seres queridos como tus hermanos o tus padres te rechacen, eso es muy duro.*
- (14:27) *mi madre no quería reconocer mi fracaso por no asumir que a lo mejor algo en ella había fallado.*
- (14:49) *y cuando yo me empecé a estar enfermo ella se sentía como interpelada.*
- (16:09) *ni mi padre ni mi madre se han sentado nunca al lado mío y me han dicho... venga Javier qué te pasa.*
- (16:25) *ellos no se acercaban a mi (la seva família).*
- (18:04) *hay dos errores que se cometen (parla de les famílies), o bien superprotegen al hijo o lo rechazan, no hay una postura media.*
- (23:36) *cuando estalla una enfermedad mental ya de por sí siempre suele haber una regresión a un estado más primitivo de tí mismo.*
- (25:30) *yo me sentía como cuando era pequeño cuando tuve el primer choque... y entonces yo tenía sentimiento de culpa y de pecado.*
- (35:34) *sienten miedo hacia ese fenómeno (es refereix a la societat en relació a un pacient amb esquizofrènia) y entonces lo que hacen es meterlo en un psiquiátrico.*
- (39:55) *llegó un momento en que yo ya no entendía nada (parla de les causes que el van portar a un intent de suïcidi)*
- (40:20) *después de tanto tiempo luchando, luchando, luchando...*
- (40:44) *no era una cosa para llamar la atención, yo realmente estaba muy hecho polvo.*
- (51:45) *es más fácil dar una pastilla y anularte que estar una hora contigo hablando intentando saber cual es el problema que tienes.*
- (55:49) *la medicación lo que hace es que, los fluidos químicos del cerebro están desordenados, y la medicación lo que hace es estabilizar esos fluidos químicos, pero lo que no te dicen los psiquiatras, es que por medio de las emociones y la afectividad, esos fluidos químicos que dicen que están desordenados se pueden ordenar.*

- (56:28) *si un psicoterapeuta tuviera la capacidad de saber reconducir ese delirio hacia un acto creativo o hacia algo en donde pudiera salir...*
- (57:24) *(respecte al fet de fer teatre) me hizo sacar la timidez y me sirvió como terapia.*
- (57:48) *ahora ya no le tengo tanto miedo a delirar o a tener alucinaciones porque sé que mi psicoanalista podría reconducir ese delirio o esas alucinaciones.*
- (59:10) *en América esta muy de moda la psicología transpersonal, que le da una importancia muy importante también al espíritu no, como queriendo decir que no todo es materia.*
- (1:06:16) *yo creo que me moriré sin superarlo (la malaltia).*

Doc1_a3_h:

- (01:54) *uff... hombre sí... yo estoy enfermo... yo creo que sí claro.*
- (03:46) *una sensación que no hay nada que te motive, que no hay nada que te guste.*
- (07:18) *me dan miedo tantas cosas que no sé que decirte.*
- (07:43) *yo me sentía mal y empecé como a tener miedo a eso... a tener miedo como a ese conflicto.*
- (15:05) *tengo un miedo a equivocarme, a fallar...*
- (15:23) *ellos lo quieren es que mejore como persona, que haga las cosas bien (es refereix a la seva família).*
- (15:55) *me da miedo abrirme a mi familia.*
- (18:52) *la familia me ha aguantado muchísimo.*
- (31:56) *tengo diagnosticado esquizofrenia residual, eso quiere decir que yo no me valgo por mí mismo.*
- (40:33) *yo a veces pienso que yo he estado aquí porque bueno, porque he dicho vamos a estar aquí...*
- (40:52) *yo en ese momento no veía salida (parla de l'intent de suïcidi).*
- (1:05:31) *me da miedo ser así pero bueno, pero bueno, intentaré aceptarlo.*

Doc1_a4_h:

- (02:00) *yo he estado un año y medio encerrado en casa por la paranoia que tenía, porque si salía de casa me iba a emparanoyar con el que fuera.*
- (11:00) *en vez de decir (la gent), ese es un esquizofrénico que estaba bastante mal y ahora está como un clavel, está de puta madre... pues dicen mira... ese es el loco que hizo tal movida... ten cuidado sabes...*
- (20:10) *según fuimos creciendo ya empezamos a probar los porros (la seva colla d'amics).*
- (22:16) *veía rayos de energía que me perseguían, cosas raras... (el seu deliri).*

- (25:18) *yo pensaba... yo no soy el loco, el loco es el resto de la gente.*
- (25:41) *tenías una angustia dentro... rabia, angustia... una mezcla de sentimientos que dices esto no puede ser... esto tiene que acabar... yo incluso he pensado en pegarme un cuchillazo en el pescuezo y quedarme en el sitio ya, decía... mecaguen diez esta paranoia no se me va a quitar en la vida.*
- (28:17) *yo creía que me perseguían maricones por la calle...*
- (28:24) *me estaban como secuestrando mi mente.*
- (37:46) *todo el día drogado (parla de l'ingrés hospitalari) sin poder hablar, sin poder ver la tele, sin poder escuchar música, todo el día drogado... así como un zombi.*
- (1:05:10) *no soy el mismo que era antes cuando estaba bien pero cada vez estoy más cerca de volver a la normalidad.*

Doc1_a5_h:

- (02:13) *tu estás mal, te crees que es así, te inventas tu mundo y tal... pero en realidad estas enfermo.*
- (02:36) *es una enfermedad que es muy lenta (...) tienes que ponerle ganas a la vida y vivir.*
- (03:57) *vives en un mundo que en realidad no es tu mundo, es un mundo imaginario.*
- (07:52) *te aíslas mucho de lo que es tu entorno.*
- (10:43) *cuando se oye la palabra esquizofrenia ya la gente, no sé, se echa un poco para atrás.*
- (24:01) *sabía que algo me pasaba dentro de mi.*
- (24:34) *empiezas a pensar mucho (...) le das muchas vueltas a las cosas.*
- (27:38) *no sabes lo que te está pasando en realidad.*
- (27:50) *huyes... huyes porque no sabes de que... sabes que te están persiguiendo y en realidad no lo es.*
- (28:05) *creía que me perseguía el demonio... se me metió eso en la cabeza.*
- (28:50) *creí que era Dios, que iba a salvar el mundo (descriu un deliri).*
- (55:43) *lo mismo estas sedado, y claro, no te das cuenta de nada (referint-se a la medicació).*
- (1:05:44) *se que tengo una familia y tengo que luchar por ellos.*

Doc1_a6_h:

- (02:24) *yo creo que nadie sabe lo que es la esquizofrenia... o sea, si a ti en un momento dado te pudiesen inyectar esa esquizofrenia por un momento dirías... ah esto es la esquizofrenia.*
- (02:47) *en momentos puede ser como un agujero con mogollón de ecos, oscuro, que van apareciendo como flashes (...) Como que te oyes tu, o incluso esas mismas voces te vienen en el eco proyectadas como una conversación, o con olores...*

- (03:13) *tan pronto te sientes como tan de puta madre... tan lleno de todo... que quieres explotar de lo bien que estás.*
- (03:28) *o estas de marrón marrón marrón... que no quieres salir, que no quieres ducharte, que no quieres nada, que no te vea nadie... esa cueva, te metes como en tu cueva.*
- (03:50) *te da miedo el agua, te da miedo la gente, la calle, el sol, todo.*
- (04:02) *pero en realidad no dejan de ser sentimientos, igual es como un sexto sentido, o otra percepción diferente, como yo que sé, como una magia..., no sé, te toca...*
- (20:25) *cuando tenía 22 años me pasé muchísimo (parla de les drogues).*
- (26:54) *a mí se me notaban las crisis por la desvariación del sueño.*
- (27:00) *se me desvariaba el sueño y se me iban desvariando el resto de sentidos.*
- (28:55) *creía que todo lo podía (durant el transcurs d'un deliri)*
- (39:33) *yo era como si en ese momento quisiese quedarme dormido, pero quedar dormido y no despertar jamás... (parla de l'intent de suïcidi)*
- (40:01) *por la baja autoestima. Yo en ese momento estaba muy bajo de autoestima...*
- (40:11) *de que he perdido el tiempo en mi vida, de que no he hecho nada en claro... que no se que... que no valgo para nada... no sé, cuando estás en un momento de bajón, pero yo hiperbajón.*
- (41:24) *(parla del suïcidi no consumat) algo tiene que haber ahí, no lo quieras llamar Dios, no lo quieras llamar nada...pero algo yo creo que tiene que haber ahí*
- (1:05:52) *eso es lo que a mi me duele, que he empezado muchas cosas pero en realidad no he terminado nada.*
- (1:06:05) *¿y si yo no hubiese existido?*

Doc1_f1_d:

- (01:00) *nadie estamos libres de tener un día esta enfermedad y eso me llevó a luchar.*
- (17:03) *el enfermo es muy exigente.*
- (17:10) *cuando está en plena crisis, ¿contra quien va aquella persona? Contra la familia, que es la que está a su lado.*
- (17:31) *las familias empiezan un peregrinaje buscando la curación, no importa el precio (...) no se creen al principio lo que se les dice porque es muy duro.*
- (18:31) *lo que tienen que aprender esos padres es a querer a otro hijo que para ellos es un extraño.*
- (18:45) *y que además no van a poder ver cumplidos sus deseos de verle un ganador, una persona que hace una vida normal, que crea una familia.*
- (1:01:45) *estamos muy lejos de tener cubiertas las necesidades en salud mental, pero muy lejos.*

- (01:02:22) *la OMS está advirtiéndome que este va a ser uno de los problemas más graves de la salud en el siglo XXI.*

Doc1_f2+p11 psicoanalista1_d:

- (08:51) *el problema de la esquizofrenia es el miedo a uno mismo.*

- (09:17) *son tus emociones...*

- (1:04:50) *lo que es fascinante es la oportunidad de comunicarse dos mundos y decir eh.. y abrazar donde no había abrazo ni contacto... eso es lo fascinante.*

Doc1_f3_d:

- (16:56) *no os podéis figurar como se desestructura la familia.*

- (18:24) *para no asumir, niegas la evidencia.*

- (18:37) *hay familias que están tan superbloqueadas que no acaban de pasar esa fase de negar la realidad.*

- (19:31) *es mi leitmotiv (el seu fill) para seguir luchando en estas asociaciones...*

- (1:00:52) *nunca puedes perder la esperanza pero tampoco te puedes hacer grandes esperanzas... y todas estas cosas que voy diciendo yo las he aprendido con gente de iguales, con grupos de autoayuda.*

- (1:03:30) *mi hijo me aporta ternura, sensibilidad, solidaridad...*

- (1:04:06) *te da muchísimo dolor ver que no le puedes ayudar.*

Doc1_p1 psicòleg1_h:

- (00:19) *nos hemos dado cuenta que hay unos muros invisibles que no son las tapias del manicomio (...) que es un muro más sutil i más difícil de romper.*

- (05:00) *la esquizofrenia es una situación humana, una respuesta humana.*

- (11:33) *las personas con trastorno de salud mental eran don quijotes pero que no había sanchos ya... y quería transmitir eso, una sensación de aislamiento y de soledad...y de ser solitario.*

- (36:10) *el primer ingreso, para la persona que lo sufre, es una situación que normalmente se define como una situación traumática.*

- (51:31) *el delirio no se puede dejar extender, pero depende del uso de la medicación puede paralizarlo todo.*

- (1:00:07) *nosotros no utilizamos mucho el concepto cura, hablamos de recuperación (...) que sería recuperar las capacidades, los derechos de un ciudadano.*

- (1:00:46) *no es una quimera... pero también es que queda muchísimo* (es refereix a l'avenç en la recuperació social de les persones amb tms).

Doc1_p2_psiquiatre1_h:

- (04:28) *para los psiquiatras, la esquizofrenia es la enfermedad clave porque reúne toda la psicopatología (...) es el prototipo de lo que se llama loco.*

- (44:23) *por eso la vida de los artistas son en general vidas complejas, vidas azarosas, dificultosas (...) el crear les apacigua* (parla de la relació entre art i malaltia mental).

- (45:33) *una cierta disconformidad con el ambiente, un cierto oposicionismo que probablemente deriva de una cierta inquietud interna de desasosiego y de no conformismo es fuente de creatividad.*

- (59:35) *la esquizofrenia es por definición crónica.*

- (1:00:19) *hay quien dice que es un tercio no progresa casi nada...un tercio que mejora sustancialmente y un tercio que casi se cura, que casi llega a llevar una vida normal.*

Doc1_p3_psiquiatre2_h:

- (04:43) *viene a representar la locura (...) el momento que una persona tiene un proceso que rompe con la realidad.*

- (06:29) *en mi opinión todas estas causas son posibles, y la respuesta es plural... probablemente hay una vulnerabilidad biológica.*

- (06:45) *sobre esa vulnerabilidad actúan una serie de estresores sociales... la pobreza, las condiciones de vida adversas...*

- (08:36) *una parte del miedo a la locura es un miedo a nuestra propia locura, a donde está nuestro límite, en qué momento nosotros podemos saltar esa frontera a veces tan frágil que nos coloca en el lado de la sinrazón.*

- (09:17) *el enfermo mental nos toca... nos toca en nuestros propios problemas...al fin y al cabo lo que le sucede a esa persona que son cosas que tienen que ver con lo que le sucede a uno, quiero decir que al fin y al cabo todos tenemos dentro más o menos casi todas las cosas que se van a reflejar en distinto nivel.*

- (09:47) *uno pierde el control de sí mismo (...) miedo a lo que nosotros podemos hacer.*

- (21:41) *una forma de beber muy compulsiva... hasta agotarse, hasta la borrachera patológica.*

- (26:28) *va a tener episodios, brotes, que en algún momento hay que controlar...* (es refereix la persona diagnosticada).

-(26:38) *nosotros generalmente entramos muy tarde* (la intervenció dels psiquiatres).

- (26:45) *el ciudadano que sufre una psicosis no tiene consciencia de enfermedad, él no va a ir voluntariamente al médico, él no se siente enfermo.*

- (29:43) *hay quien considera, yo estoy entre ellos, que son una especie una respuesta, sobre todo los delirios, para reconstruir un mundo que está siendo invadido.*
- (29:53) *se rompe mi equilibrio psíquico y entonces de repente empieza a sentir un mundo que yo ya no entiendo.*
- (30:07) *esa situación de extrañeza que vive la persona hace que realmente intente recomponer su manera de entender el mundo a través del delirio, es decir, intenta explicar algo que no entiende, y esa explicación es el delirio, es una reconstrucción del mundo, o es una reconstrucción de una situación no vivible, es decir, está en una situación angustiada y entonces reconstruye un mundo, y ese mundo es un mundo delirante que tiene que ver con una lógica que hoy ya se sabe que no es la lógica del sueño, es una lógica diferente.*
- (1:01:22) *yo solo (com a psiquiatre) no voy a poder atender un proceso esquizofrénico.*
- (1:02:06) *la OMS plantea que va haber un aumento de la esquizofrenia en los próximos años, precisamente por el incremento de factores adversos.*
- (1:02:50) *la manera en que una sociedad asume el problema de la desviación y la locura va a definir su talla moral (...) los momentos en que las sociedades son más permisivas, son más solidarias, es cuando se han ocupado de los enfermos mentales y los desviados.*

Doc1_p4_sociòleg1_h:

- (04:56) *la definiría (l'esquizofrenia) como la dificultad de control de la propia voluntad.*
- (05:06) *más que personas enfermas lo que hay son personas vulnerables.*
- (06:23) *puede ser también (la causa de la malaltia) que sea debido a una desorganización social general, o sea que una sociedad sea loca.*
- (11:14) *el problema (de la persona diagnosticada) sería de ser aceptado en el entorno... que seamos capaces de ver comportamientos diferentes, y esto cuesta muchísimo.*
- (49:02) *últimamente lo que hay es una vuelta a la psiquiatría tradicional que se había puesto en cuestión... que era la psiquiatría puramente biológica con solución farmacológica.*
- (49:57) *hay una tontería académica de esta idea de lo científico que lleva a puro biologicismo.*
- (50:52) *la farmacología ofrece de forma rápida esa anulación de los síntomas, que es lo que molesta al entorno.*
- (51:10) *se pueden tratar los síntomas sin tratar la enfermedad... o sea, podemos hacer caminar a un cojo.*

Doc1_p5_psiuatre3_h:

- (05:12) *es una enfermedad misteriosa, enigmática, conmovedora y que produce pánico.*

- (05:42) *la vivencia más importante de la esquizofrenia es la de perder el sentido de propiedad de nuestra propia vida, de lo que nosotros consideramos como propio. Cuando yo hablo de mis pensamientos, mis recuerdos...*
- (07:22) *hay muchas personas que piensan que en el fondo y en el origen de la esquizofrenia hay unas vivencias de angustia brutales, y se llama angustia sicótica.*
- (08:19) *la angustia es el radical básico de la naturaleza humana y es lo que nos enfrenta con nosotros mismos y con la realidad...y la angustia se manifiesta de dos maneras, una es como miedo a la muerte, y otra como miedo a la locura, y esos son los dos miedos más radicales que nosotros tenemos.*
- (09:40) *se dice que la locura es una especie de muerte psíquica, uno deja de ser el que era.*
- (17:21) *que no se incorpora a la vida de la familia (...) eso es una carga (parla de la dificultat en el dia a dia d'una persona diagnosticada).*
- (1:00:01) *se cura (...) lo que llamamos en medicina curar.*
- (1:03:43) *son personas que su mundo de inquietudes se mueve en este aspecto de sentido de la vida, y entonces le aportan a uno reflexiones en este contexto, es una enfermedad que es enormemente humana.*
- (1:04:28) *son grandes luchadores, se enfrentan con su enfermedad con las armas que la propia enfermedad les deja... y eso es también bastante emotivo y ver como se sobreponen a dificultades a veces enormes.*

Doc1_p6_psiquiatre4_h:

- (05:20) *no sabemos todavía lo que es (sobre les causes).*
- (49:32) *la única cosa que va a funcionar es desde la experiencia del paciente, y la experiencia del paciente no es de un cerebro, es de cosas reales, emociones y pensamientos, entonces nosotros tenemos que trabajar con eso.*
- (53:29) *si continúan con las medicaciones van a tener menos recaídas estadísticamente, pero otra vez, sabemos que hay gente que no necesitan tomar medicaciones 5 o 10 o 15 años.*
- (54:09) *el problema es cuando vas a parar (de prescriure medicació).*
- (58:23) *nosotros sabemos (...) que las terapias psicológicas i psicosociales son a largo plazo mucho más importantes.*
- (1:00:44) *el tratamiento de la esquizofrenia es tener esperanza.*

Doc1_p7_psiquiatre5_h:

- (05:23) *aparece en una etapa crucial de la vida (...) que es clave, que es la adolescencia, se quedan apartados, aislados, mientras sus compañeros siguen su proceso. Coarta, colapsa, el funcionamiento social de los individuos.*

Doc1_p8_psiquiatre6_h:

- (05:55) *la enfermedad incide de una manera doble, quitando y dejando de ganar.*
- (29:33) *hay partes de su cerebro que de forma disfuncional, porque nada ha venido de fuera, se ponen en funcionamiento y haga que aparezca una palabra cuando realmente des de fuera no se oye nada.*
- (29:51) *no es producto de su imaginación (la malaltia).*

Doc1_p9_psiquiatria7_d:

- (06:12) *la causa es genética, es decir hay una alteración. En determinadas familias hay una transmisión familiar.*

Doc1_p10_psicòloga2_d:

- (06:20) *hay otros factores ambientales, familiares y educacionales unidos (respecte les causes).*
- (07:07) *el miedo que tienen las personas que tienen la enfermedad es muy grande.*
- (07:31) *tienen miedo porque no entienden lo que están viendo (...) y además tienen miedo de descontrolarse, precisamente porque viven situaciones que no controlan.*
- (07:56) *tienen miedo de poder hacer daño, mucho miedo a poder hacer daño.*
- (10:40) *un grupo de personas tan desgraciadas.*
- (17:49) *ese hijo que es tanta ilusión, que tu tienes... y de pronto con 15, 16, 17 o 18 años te plantean que tienen una esquizofrenia... y tu dices... mi niño... y empiezan los mecanismos de protección, de no querer ver.*
- (34:12) *la típica historia y asociación entre violencia y esquizofrenia, que es una asociación que a muchos niveles de la sociedad funciona como algo que es casi matemático, está lejísimos de la realidad.*
- (34:40) *ellos son mucho más agredidos que agresores.*
- (52:04) *¿porqué solo es el fármaco? (referint-se al tractament).*
- (55:03) *se ponen feos, engordan, se deterioran, la medicación les influye.*
- (59:46) *hay un dicho muy popular que dice que la locura no tiene cura y si la tiene no dura... y yo creo que es verdad.*
- (1:02:41) *al sistema sociopolítico en su conjunto también le interesa, de alguna manera, también un sistema que le cree pocas contradicciones.*

Doc1_p12_psiqiatre8_h:

- (08:58) *todo el mundo en algún momento ha vivido la impresión de perder la razón, eso es una experiencia prácticamente universal.*
- (34:51) *los casos puntuales (de violència) son muy llamativos*

Doc1_p13_gestor1_h:

- (11:24) *en el diccionario español tendríamos que buscar alguna otra palabra que tuviera unas connotaciones a veces tan macabras como la palabra esquizofrenia.*

Doc1_p14 psicoanalista2_h:

- (14:41) *el esquizofrénico es generalmente una persona muy exigente consigo misma, con mucha ansia de perfección.*
- (16:32) *muchas bolsas de comunicación que no se tocan y sin embargo están todo el rato presentes (l'ambient familiar en pacients amb esquizofrenia).*
- (27:16) *se distancia de todo, se aísla, se mete en la habitación y no quiere saber nada con nadie.*

Doc1_p15_psiqiatre9_h:

- (17:09) *es durísimo (la situació familiar).*

Doc1_p16_psiqiatre10_h:

- (28:48) *algunos delirios son agradables...*
- (39:09) *los esquizofrénicos son contundentes... exactamente, estos no tienen dudas, cuando actúan verdaderamente desean quitarse del medio, no quitarse un problema de encima (parla sobre el suïcidi).*

Doc1_p17_psiqiatre11_h:

- (30:50) *los pacientes con esquizofrenia poseen ciertas anormalidades en su estructura cerebral causada por genes que afectan el desarrollo cerebral...*
- (31:24) *una vez que aparece la enfermedad...*
- (32:00) *utilizando la resonancia magnética para estudiar las funciones del cerebro...*
- (32:23) *debido a las anormalidades de su desarrollo inicial del cerebro de los esquizofrénicos, el cerebro desarrolla circuitos alternativos para las funciones mentales corrientes...*

- (33:20) *¿qué ocurre en el cerebro que produzca estos síntomas? Existen circuitos neuronales específicos (...) que se comunican con otras neuronas (...) las personas con esquizofrenia tienen problemas en la regulación de esos mensajeros químicos, los neurotransmisores, de modo que estos se vuelven hiperactivos.*

- (42:47) *dos cosas: primera hay gente que cree que la esquizofrenia como tal no existe que es solamente la etiqueta que pone la sociedad a las personas más creativas y con más imaginación que no quieren pensar ni comportarse como la sociedad cree que deben hacerlo. Esta es la idea romántica que tienen algunos de la esquizofrenia. Es completamente falsa, totalmente irreal, y pensar así es muy negativo y dañino para los pacientes. La gente que piensa así cree que no deben ser tratados puesto que no están enfermos y no quieren ninguna medicación. Y eso es lo peor que puede pasarle a alguien con esquizofrenia.*

Doc1_p18_psiquiatre12_h:

- (43:50) *¿los artistas tienen más enfermedades mentales que los no artistas? Sí. ¿Por qué? Porque lo llevan en los genes. Los artistas tienen una estructura genética heredada que hace que si uno mira para atrás encontrarás que en la historia familiar de esa persona hay más artistas y más enfermos mentales...y de alguna manera, ese ramalazo artístico se relaciona con otra estructura genética que les hace ser especialmente sensibles, especialmente vulnerables, especialmente afectivos, especialmente nerviosos, especialmente emotivos...*

- (45:03) *luego está el compromiso, porque claro, el artista se compromete con el mundo, manda un mensaje que pretende modificar el mundo... pero el mundo es una pared, y el fracaso está al cabo de la calle (...) y el arte implica tal implicación emocional, tal inversión de energía, tal cansancio emocional que les agota, y acaban deprimidos y el suicidio o la enfermedad mental grave o la psicosis o la locura o el aislamiento o la ruptura...*

- (46:01) *uno tiene una pena aquí metida en el alma (...) entonces lo pones fuera, lo cosificas, lo dibujas, lo pintas... y es como si lo sacaras de ti... si lo sacas de ti tienes más facilidad para tener menos miedo de él, lo tienes fuera, lo ves más claro, parece como que pudieras enfrentarte mejor a él... cuando escribimos un poema, o hacemos una música... y si encima te sale bonito tienes un mensaje retroactivo que alimenta tu bienestar... esa función terapéutica del arte existe.*

- (47:46) *cuando están enfermos (amb brot psicòtic) producen menos y producen peor (obres artístiques).*

- (48:09) *hay algunos enfermos que cuando sufren la psicosis, es como si se despertara en su cerebro una necesidad expresiva, una necesidad simbólica.*

- (1:03:21) *nos aporta aprender de la relación que tiene el ser humano con el sufrimiento.*

- (1:04:23) *nos aporta la valentía, la generosidad.*

- (1:04:44) *enfrentarse a la enfermedad y ser capaces de decir algo a los demás que les ayuda.*

Doc1_p19_psiqiatre13_h:

- (48:50) *yo me adscribo a una orientación que se basa en las neurociencias, es decir, en el estudio del cerebro, como órgano que genera pensamiento, y al mismo tiempo patología de ese pensamiento.*
- (49:16) *es el estudio del cerebro el que nos va a permitir controlar y curar las enfermedades mentales.*
- (49:47) *todo eso está en función de una regularización del funcionamiento cerebral, y eso comporta primero un abordaje bioquímico y farmacológico.*
- (50:39) *si no existieran los psicofármacos sería un absoluto desastre, la psiquiatría volvería a las catacumbas.*
- (51:00) *con las medicaciones actuales, con los abordajes psicoterapéuticos actuales, se puede lograr una mejoría espectacular, que casi casi sea la normalidad.*
- (51:25) *lo que hay que hacer con el paciente psicótico primero es una aproximación psicofarmacológica, cada día que pierdes no lo vas a recuperar.*
- (52:21) *culpen ustedes al gestor, al que pone el dinero, es decir nosotros compensamos lo mejor posible a un paciente, que después ese paciente sea una carga para su familia... no lo pidan a la psiquiatría pídanlo ustedes al gestor, pídanlo al político que se gasta el dinero en armas o haciendo otras cosas.*
- (53:40) *los grandes avances han venido en los últimos años con la aparición de los antipsicóticos atípicos... que, sin entrar en la discusión si son más o menos efectivos a nivel de control de la sintomatología psicótica, lo que sí son mucho mejor tolerados, con lo cual el paciente ya acepta mucho mejor la medicación.*
- (59:44) *la mayoría avanza, si están bien tratados la mayoría avanza.*
- (59:54) *los que no avanzan es que están mal tratados.*
- (1:02:15) *no es que cada vez haya más, es que cada vez se diagnostica más.*

Documental 2. EL REVÉS DEL TAPIZ DE LA LOCURA

Doc2_a7_h:

- (03:17) *no es una radio normal (...) no es una radio como las demás, es una radio de estar por casa...*
- (22:15) *es lo que tiene, que parece que sirvas para algo ¿no? (es refereix a quan el conviden a alguna xerrada per parlar de la seva experiència amb la malaltia).*
- (24:13) *somos un montón de gente más y somos como una gran familia (referint-se als membres de la ràdio).*
- (24:56) *el arma de trabajo esta nos da la comunicación, lo que puede expresar un loco por decirlo así.*
- (51:41) *ha sido el sufrimiento (es refereix a la mort dels seus pares) lo que me ha llevado a la locura, son hechos comunes, a todo el mundo se le puede despertar algún día esa enfermedad, y es una enfermedad como cualquier otra.*

Doc2_a8_h:

- (15:05) *ya lo dice el refrán... la ignorancia es muy atrevida... y bueno, por desgracia hay mucho misterio dentro de las enfermedades mentales... la gente no conoce... y cuando una cosa no se conoce crea dos reacciones naturales, una es miedo y la otra curiosidad.*
- (15:58) *se crea un estigma, una herida abierta dentro de lo que es el colectivo (...) que es difícil de cerrar.*
- (52:54) *somos personas totalmente normales, somos personas totalmente aptas.*

Doc2_a9_d:

- (03:50) *ser una nikosiana es tener un espíritu así de reivindicación, de lucha por el estigma, de querer integrarse en esta sociedad.*
- (09:35) (...) *de pensar que eres un vividor... de que no quieres trabajar, de que pasas de todo... (idees preconcebudes que en ocasions tenen els familiars).*
- (09:54) *la familia tiene el deber de informarse, de saber (...) uno tiene que ser consciente.*
- (11:42) (...) *tenemos que ser adulto y que nos den responsabilidades para llevar una vida más sana, más autónoma.*
- (37:38) *sí sí, hauríen de ser més lluitadors (referint-se a les persones amb malaltia mental).*

Doc2_a10_d:

- (04:18) *somos cada uno un universo particular que piensa diferente (parla dels integrants de la ràdio).*

- (05:10) siempre que hacen documentales, se ponen en el extremo... es decir... ponen un extremo muchas veces morboso que al final no nos acaba gustando, y entonces, al cabo de ver muchos documentales, hubo un momento en que dijimos... sería cuestión de un día hacer un documental nosotros ¿no? Entonces podríamos reflejar la realidad tal como la creemos... pero ha habido documentales que nos han hecho daño... más daño que luchar por el problema.
- (08:30) siempre confunden la maldad con la enfermedad (...) no confundáis a los locos con los hijos de puta.
- (15:03) los medios de comunicación pueden hacer mucho daño.
- (15:39) com definiries la normalitat... lo que la societat ven com a normalitat? (pregunta que li fa a un periodista)
- (16:32) hablar con los árboles... pues claro estás como una cabra, ahora, ponerte de rodillas y rezar a San Pancraccio, que tiene tela marinera porque estas rezando... increíble, estas rezando y no ves a nadie... yo al menos veo al árbol y le rezo... es a lo mejor una ironía ¿no? Pero quiero decir hasta qué punto nadie puede decirte tu eres un enfermo mental. A ver, yo soy un enfermo mental porqué, porque he sufrido.
- (17:49) la lucha contra el estigma y contra la enfermedad mental (...) un medio de comunicación con un titular se carga 5 años de lucha.
- (19:33) tenemos que escuchar a los afectados, porque como no escuchemos no sé si se va a avanzar.
- (22:45) me volví loca una primavera de hace años, cuando cerraron tras de mi las puertas blindadas del psiquiátrico, me quitaron la ropa y solo me quedó un camisón blanco y una libreta de hojas blancas. Allí, en ese otro mundo, solo me quedaba la poesía (parlant en una conferència).
- (52:06) el movimiento de los enfermos mentales es una lucha para salir a flote, hasta que llegue un momento que la sociedad escuchándonos se de cuenta de que todo el discurso, desde la época ya de la inquisición que nos han metido, es todo una mentira.

Doc2_a11_h:

- (04:21) en radio Nikosia ha pasado muchísima gente, pero gente que ha entrado de una forma y ha salido de otra forma... radio Nikosia demuestra que tiene poder de curación sin ningún tipo de fármaco, ¿sabes?
- (28:34) a un enfermo mental se le está pidiendo que realice cosas que a lo mejor no puede realizar para que la gente vea que las pueda realizar y diga pues no son tan...
- (33:31) en radio Nikosia ves entrar a la gente, y ves la evolución de la gente, como va evolucionando, y ostia, eso no lo hacen las pastillas.

- (38:18) *doctor, con la medicación que usted me da, y me he echado una novia, no funciona, digo cámbiemela (...) prefiero una cura en base al amor que a la medicación* (es refereix al diàleg que va tenir amb el seu psiquiatre).

- (51:17) (...) *con las voces que oyen ellos* (es refereix a la ciutadania) *que son peores que las que puede escuchar un esquizofrénico, que son voces que le dicen... están locos, son asesinos, pueden ejercer la violencia... es una voz esquizofrénica que produce la sociedad, porque en este país estamos jugando con este tema al oscurantismo, al tabú y a la estigmatización todavía.*

Doc2_a12_h:

- (04:37) *radio Nikosia es más que nada el quejido (...) aquello que la sociedad también se siente mejor, que mira... si pueden hablar y todo ¿no? Otra cosa es que hagan caso...*

- (23:09) *la realidad es menos romántica, solo somos herederos de la sistemática descalificación como humanos* (en una conferència).

- (34:17) *gente que está allí permaneciendo sin ninguna razón, ninguna* (parla de les persones que estan ingressades en psiquiàtrics).

- (37:51) *jo m'estic empenyent des dels 17 anys.*

- (37:56) *hay que estar siempre con los pies en el suelo, y con eso se pierde algo muy bonito como es la imaginación, que es precisamente lo que te roba el haloperidol, es lo que te roban todas las drogas que te dan que son de todo menos festivas.*

- (39:39) (quan es pren el haloperidol) *tienes el pensamiento espeso, el cuerpo que se arrastra (...) es lo único que te intentan someter.*

- (42:03) *que seas apto para trabajar, y punto, o sea eso es lo que debe de ser normal.*

- (52:32) *lo que pienso que hace más falta es que la gente vuelvan a ser personas.*

Doc2_a13_h:

- (04:50) *cuando vamos todos al unísono, digamos que nos ponemos a hacer un interrogatorio interesante digamos a un pájaro de estos, a un buitrazo de cuidado digamos... es bonito poner contra las cuerdas a alguien que nos ha puesto contra las cuerdas a nosotros toda la puta vida.*

- (27:08) *la sociedad o el sistema busca culpar de alguna manera, excluir a alguien... ¿Está montado de una manera que se necesita excluir gente?* (pregunta a una psicòloga)

- (27:41) *mucha de la parte que sale de la enfermedad digamos, no sale directamente de las quejas ni de los delirios, sale de nuestra vida cotidiana, que es más que frustrante.*

- (24:46) *el problema puede estar en lo que la gente espera de nosotros...*

- (30:20) *por lo menos crear conciencia que existe gente que no queda completamente vegetal, que no queda completamente muerta.*

Doc2_a14_d:

- (47:01) *nuestra voz atraviesa las fronteras de otros países.*

Doc2_p20_antropòleg1_h:

- (06:35) *creo que la locura, en primer lugar es la huida, o un tipo de huida (...) lógica perversa, la lógica del monólogo... yo te pongo la etiqueta, te estigmatizo, como te marco (...) muchas veces los supuestos cuerdos lo único que hacemos es establecer monólogos con la locura y no diálogos con ella. No establecemos un diálogo para aprender también de esa forma de experiencia.*

- (07:39) (...) *vivimos en un mundo con normas, valores, ideas, acuerdos... y la locura supone deconstruir eso, y quizás por eso da tanto miedo, auténtico pánico a los supuestos cuerdos... y eso les hacer caer en otro tipo de locura.*

- (10:13) *las familias acaban siendo víctimas de las presiones sociales (...) hacia lo que habría que tender es hacia un modelo de normalidad. Si hay personas que han tenido un trastorno mental y encima lo que hacemos es excluirlas, dejarlas fuera del juego social, difícilmente podrán recuperarse.*

- (11:24) *las expectativas que pone la gente, la familia, y cuidado, también el propio sujeto, porque eso es importante, son básicas para curarse, para el restablecimiento... para la creación de un estado diferente al anterior.*

- (53:48) *tenemos que resistirnos al verticalismo, a que nos impongan y nos manden y a que nos hagan sujetos anodinos, estúpidos, que siempre tenemos que responder a las pautas que vienen desde arriba, hay que exigir que las pautas se construyan desde abajo.*

Doc2_p21_periodista1_h:

- (14:26) *ja no fem un periodisme humà, ja no parlem amb la gent.*

- (15:49) (...) *lo normal que es lo segur, lo conservador, que no dóna problemes, lo que és més estàndard, això és lo normal, no? Jo crec que com a normal lo que s'ha de dir és el sentit comú, lo que és normal és lo que encaixa dintre la naturalesa de cadascú, sigui com sigui. Tractar la diferència com a normalitat és l'assignatura pendent perquè les diferències sempre es penalitzen.*

- (18:51) *esquizofrènia igual perill (percepció da la gent).*

- (19:13) *el gruix de la gent passa de reflexionar sobre aquests temes (...) estan blindats davant d'aquesta realitat (...) amb lo qual no hi ha una actitud de no voler veure.*

Doc2_p22_psicòloga3_d:

- (27:24) *necesitamos chivos expiatorios, necesitamos buscar culpables en vez de responsables, porque es más fácil culpabilizar que responsabilizar* (parlant de la societat).
- (28:04) *una persona no se enferma porque quiere, se enferma porque hay una serie de condicionantes (...) pero no hay una voluntad de quererse enfermar, no hay que castigar a nadie con la culpa.*
- (29:18) *no podemos pedir a la sociedad en estos momentos que entienda, cuando ni los profesionales muchas veces no entendemos, como funciona el cerebro... no podemos pedir que entiendan (...) el porqué hay muchos momentos que uno no se puede levantar por la mañana.*
- (31:41) *que la psiquiatría dejara de ser un poco la protagonista y pudiera compartir más con la psicología esa mayor comprensión.*
- (53:29) *la sociedad tiene unos parámetros, la sociedad tiene unos momentos, tiene un ciclo de vida igual que lo tenemos las personas, y entonces no podemos ambicionar llegar a cambiar toda la sociedad, tenemos que, en la medida de nuestras posibilidades, intentar cambiar lo que está en nuestra mano.*

Doc2_p23_psiqiatra14_d:

- (35:10) *els psiquiatres tenim mala fama... entre els companys metges perquè no curem del tot.*
- (36:02) *jo crec que sí que hi ha gent que es deixa comprar* (en relació als psiquiatres i les farmacèutiques) (...) *és un joc que està molt pervertit* (el sistema sanitari no té diners per la formació dels metges, en canvi les farmacèutiques poden pagar-li estades i congressos).
- (36:54) *ara no continuïs criticant als pobres psiquiatres...* (li diu a l'entrevistador).
- (37:19) *la persona no pren consciència de sí mateix.*
- (37:47) *et van empènyer a tu? O et vas empènyer tu mateix?* (li pregunta a l'entrevistador).
- (40:53) *jo tinc companys que estan destrossats (...) no pots enfrontar-te amb el patiment de 30 persones diferents (...) són les condicions de treball que cremen als metges, no és la malaltia.*
- (53:12) (...) *és l'evolució de la societat, no podem estar tristos, no ens pot fer mal res, no podem estar malalts, no podem ser infeliços, ens ha de sortir tot bé, hem de ser tots guapos, fantàstics, intel·ligents, joves, triomfadors... el problema és de la societat.*

Doc2_p24_antropòleg2_h:

- (47:15) *sentir esa oportunidad que nos da la vida para hacer ese silencio que permita que ingresen los demás, para modificarnos, para dignificarnos y para crecer como seres humanos.*

Ràdio Nikosia:

- (00:58) *radio Nikosia, la radio para la concordia, abajo las murallas, vamos a viajar a un lado y otro de la frontera.*
- (01:03) *en Barcelona, radio Nikosia, saca la radio fuera de las instituciones y la lleva a la calle, utilizándola como instrumento de reivindicación e integración con la gente normal.*
- (02:45) *ahora es cuando existe la posibilidad que digas lo indecible, ahora es la hora que aprendas a ver el mundo al revés y estés contento con ello... ahora es cuando entras en el universo Nikosia.*
- (05:47) *para nosotros nada está tan claro, ¿y para vosotros?*

Documental El revés del tapiz de la locura:

- (54:33) *a aquellos hombres y mujeres que un día fueron silenciados por el hecho de ser locos.*

Documental 3. SUEÑO IGUAL QUE TU

Doc3_a15_d:

- (00:22) *algo dentro de mi se rompió, (...) pese a todo soy luchadora.*
- (14:42) *escribir me libera, hace que mis miedos se queden en esta libreta y no duerman conmigo.*
- (15:14) *mi enfermedad me ha limitado (...) si cada día doy un pasito más adelante es por ella (la seva filla).*
- (17:40) *ellas son ahora mi familia (les 2 companyes del pis tutelat).*
- (28:04) *nosotros enfermos que tomamos tantos antipsicóticos y tantas pastillas necesitamos ejercitar la memoria porque se va perdiendo.*
- (38:04) *todavía no me siento una persona completamente normal porque tengo que depender de medicación para estar bien completamente, para estar compensada. El día que yo llegue a tener una medicación mínima podré decir que estoy bien y normal, aunque normal en realidad, en este mundo, en esta sociedad neurótica occidental no lo está nadie.*

Doc3_a16_h:

- (04:19) *somos personas, yo intento demostrar que no hay límites, que somos personas, que hay que luchar por algo.*
- (36:29) *mi pasión es el arte.*

Doc3_a17_d:

- (01:30) *tengo todo lo que puedo desear (...) un hijo que me vuelve loca (...) no me gusta dar pena (...) mi sueño... ver crecer a mi hijo sano y feliz.*
- (04:47) *desde un principio que yo conocí a Luís se lo dije, que yo padecía estas crisis (a la seva parella), y él me aceptó tal como era.*
- (06:47) *el miedo a perder la cordura, ese es mi miedo.*
- (25:50) *yo necesito trabajar porque necesito hacer cosas (...) necesito estar ocupada en otras tareas que no sea solamente estar en casa... me gusta aportar mi granito de arena (...) el trabajo dignifica.*
- (26:28) *yo he dicho que soy una persona que tiene una discapacidad (a la feina) (...) llevando la enfermedad con dignidad se va a todos los lados.*
- (29:57) *mi sueño es mi estabilidad (...) estabilidad personal, estabilidad emocional, estabilidad física y de salud.*
- (34:36) *desde que me puse mala con la enfermedad, la canción la dejé aparcada totalmente.*

- (38:36) *así puedo de esta manera ayudar a personas que todavía les falta ese impulso y esa cosita para decir “oye que yo valgo y que yo soy capaz de hacer muchas cosas”, que a mi no me puede frenar una enfermedad, que yo tengo que salir para delante, que la vida te plantea cosas, te quita cosas pero también te las da. Y que yo creo que sobretodo luchando, perseverando y con disciplina se consiguen las cosas.*

Doc3_a18_h:

- (02:35) *la enfermedad no me ha hecho abandonarlo (el futbol).*

- (09:48) *mi mayor apoyo es la familia (...) en el momento que yo caigo ahí estan sus manos... sin mi familia esto yo no lo hubiera soportado.*

- (22:19) *la evolución ha sido buena (de la malaltia) (...) tengo otros trabajos por ahí para ganarme la vida.*

- (23:14) *yo soy una persona que intento más o menos estar equilibrado.*

- (39:22) *yo el futuro ni lo espero ni tampoco lo busco. Yo creo que hay que vivir el presente, el pasado pasó y el futuro ya vendrá.*

Doc3_a19_d:

- (12:11) *yo a veces dudo de si tengo una enfermedad mental o no la tengo... sé que las pastillas me han servido de mucho para poder dormir, para poder relajarme, pero yo tal como enfermedad no lo vivo como enfermedad, aunque se que es una enfermedad, no pienso que sea una enfermedad (...) con medicación y con terapia se me corrige.*

- (14:16) *el orgullo va dentro de mi, de que yo me he superado cada día.*

- (18:45) *voy hacia delante.*

Doc3_p25_gestor2_h:

- (07:11) *se trata de personas que tienen afectado su funcionamiento social y personal, viven a menudo situaciones de desventaja social, y lo que es aún peor, sufren en su día a día situaciones muy importantes de discriminación y de estigma.*

- (31:29) *hay quien afirma que una de las tareas fundamentales de los profesionales que acompañan en la evolución a personas que tienen un problema de salud mental grave, es ayudarles a descubrir los placeres, los pequeños placeres de la vida.*

Doc3_p26_gestor3_h:

- (10:57) *objetivo de favorecer la autonomía y la recuperación (objectius de l'organització que representa) de las personas que padecen enfermedad mental mediante su integración social y laboral.*
- (36:52) *estas personas pueden vivir perfectamente en la comunidad si se les presta el apoyo social necesario.*
- (37:15) *deberemos de prestar especial atención a los grupos especialmente vulnerables.*
- (37:24) *debemos proseguir en la lucha contra la discriminación y el estigma social.*

Doc3_p27_institucional1_d:

- (09:44) *es posible la recuperación en las personas con enfermedad mental.*

Doc3_a20+p28_institucional2_h:

- (10:14) *que no defina la enfermedad nuestra vida (...) van adquiriendo un horizonte de esperanza y luchando porque ese cambio se produzca.*

Doc3_p29_gestora4_d:

- (11:52) *Eva (usuària) estaba un poco perdida, con mucha desconfianza, y había perdido mucha fe en que pudiera ir dando pasos y consiguiendo cosas.*

Doc3_p30_gestor5_h:

- (20:56) *el éxito en Faisem (l'organització per la qual treballa) y en el programa residencial, y en de viviendas supervisadas y en el de casas hogar consistiría en que la persona pueda recuperar su máximo de autonomía posible.*

Doc3_p31_gestor6_h:

- (22:57) *eso les permite encontrar nuevos compañeros, encontrar nuevas habilidades que ellos mismo no conocían de si mismos, el sentirse con mayor autoestima, y eso facilita mucho la integración (en el cas d'integrar-se laboralment).*
- (24:40) *el camino no ha sido fácil (...) hay ciertos prejuicios, ciertas reticencias a contratar personas con enfermedad mental (...) hemos conseguido salvar esos problemas.*

Doc3_a21_h:

- (24:30) *yo no podría quedarme en casa, porque yo creo que me hundiría.*
- (25:20) *como si esto fuera una piña (l'ambient laboral).*

Doc3_p32_psiquiatre15_h:

- (23:53) *la cooperación y el apoyo permanente de los servicios de salud mental son fundamentales para la integración social y laboral de las personas que sufren trastornos mentales graves.*

Doc3_p33_rrhh1_d:

- (27:08) *ella hace un trabajo totalmente igual o mejor porque su motivación es mucho mayor que la de otra persona, y le ha costado mucho más trabajo llegar a donde esta con lo cual valora mucho más su puesto de trabajo.*

Doc3_p34_monitorocupacional1_h:

- (32:05) *nuestra labor como monitores es ayudarles a ellos a integrarse y a coger una serie de hábitos en su vida que muchas veces por el tema de la enfermedad lo han perdido.*