

MÁS ALLÁ DE LA REHABILITACIÓ PSICOSOCIAL

Metáforas de exclusión y tareas de inclusión

Angel Martínez Hernáez
Universitat Rovira i Virgili
angel.martinez@urv.cat

En sus conocidos ensayos, *Illness as Metaphor* y *AIDS and its Metaphors* (1991), Susan Sontag nos ofrece un lúcido análisis sobre el poder evocativo de las enfermedades como símbolos culturales que pueden condensar los significados sociales más diversos, incluyendo las inconsistencias y contradicciones más desoladoras para las personas afectadas. Mediante el arte de la imaginación cultural, enfermedades ya por sí mismas generadoras de gran sufrimiento, como la tuberculosis, el cáncer o el VIH-SIDA, pueden convertirse en objeto del rechazo, el escarnio y la exclusión social más exacerbados. Es la lógica perversa del estigma que lleva a reconvertir a la víctima de una enfermedad en culpable de un mal social.

La construcción de metáforas sobre la salud y la enfermedad es -podríamos decir- un invariable cultural que afecta a todas las épocas históricas y todos los mundos locales. Los sistemas de conocimiento denominados expertos tampoco escapan de este proceso de elaboración simbólica. En la medida que la racionalidad y la objetividad científicas son un horizonte más que una realidad, los profesionales de los sistemas expertos no son inmunes a los prejuicios sociales. Ellos y ellas son parte de la sociedad donde desarrollan su práctica y se enfrentan, como en el caso de las profesiones de la salud, ante el ejercicio de transmitir y reproducir valores y juicios.

En el campo de las enfermedades mentales, y especialmente de los denominados Trastornos Mentales Severos (TMS), el proceso de construcción de metáforas cargadas de estigma y exclusión es una manifestación tan tangible como las evidencias fisiopatológicas, cognitivas y terapéuticas sobre estos mismos estados. La marginación de las personas afectadas del mundo laboral, la pérdida de las redes sociales, el rechazo, la falta de autonomía para tomar decisiones y ejercer sus derechos de ciudadanía, la vida tutelada o los sentimientos diversos y a veces contradictorios que despiertan en el resto de la población (lástima, miedo, incluso burla) son fenómenos sociales que están ahí, como la disfunciones neuroquímicas y la

sintomatología, y que en esta medida nos obligan a pensar en un modelo de asistencia y en unas políticas públicas en salud mental basadas no tan sólo en la evidencia médica y psicopatológica, sino también en la evidencia social. Esta última es principalmente la realidad de exclusión y su “sufrimiento social” derivado, y ambas cosas uno de los retos más importantes para completar los modelos de rehabilitación psicosocial contemporáneos o –si se prefiere- para proyectarlos más allá de los resultados actuales y superar las incertidumbres e inercias del pasado.

Una evidencia contemporánea es que los modelos de atención generados en la “post-reforma psiquiátrica” y basados en la deshospitalización no han podido resolver, en la mayoría de los países, el sufrimiento social de los afectados, que es también el de su no-pertinencia social. Ellos y ellas continúan errando de un lugar a otro, principalmente ellos. Se concentran, curiosamente, en los espacios de tránsito y de no-lugar como las estaciones de autobuses y de trenes, los centros de las ciudades y los parques. Es como si estuviésemos ante una variación de la stultifera navis o “nave de los locos” que nos relataba Foucault (1985) y sus juegos de exclusión a los territorios de paso; ya estén estos juegos basados en la idea del enfermo como sujeto contaminante, ya estén contruidos a partir de la reiteración de gestos y comportamientos que sedimentan la marginación de los afectados al territorio de la liminalidad social. Quizá por ello las personas que sufren un trastorno mental severo redundan en su aislamiento. Simplemente aquello que hagan o digan ya no es ni acertado ni verosímil para los demás. Ya no tiene valor social. El juego previsible, entonces, es reproducir las expectativas de los otros, ya sean éstos sus familiares, sus terapeutas o sus conciudadanos.

Poner en evidencia la lógica social de la exclusión no debe entenderse como un argumento contradictorio con el enfoque característico de las ciencias “psi” de interpretar el aislamiento y retraimiento sociales de los afectados como resultado de su enfermedad de base, sino como un intento de rescatar el mundo social de estos actores. Lewis-Fernández y Kleinman (1995) lo expresan con claridad cuando afirman que es tan incompleta una psiquiatría asocial y acultural como una psiquiatría amental o abiológica. El retraimiento característico de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos es, en el fondo, resultado de una

dialéctica entre sujeto y contexto social. El individuo se aísla y la sociedad lo excluye, y ninguna de estas afirmaciones es falsa. Zaro, uno de mis informantes que era usuario de un centro de rehabilitación psicosocial en Cataluña, lo expresaba con acierto cuando me comentaba: “Mi problema es de orden social y de orden particular. Es un problema físico y social”.

Las palabras de Zaro nos indican que los afectados por un trastorno mental severo no son islas psicopatológicas, pues viven y se construyen como individuos –como nos construimos todos- en un mundo de relaciones sociales. La reiteración de las recaídas o el aislamiento social no son responsabilidad exclusiva de un supuesto trastorno de base del que tan poco conocemos, sino resultado de un proceso complejo de exclusión en el que juegan factores como el estigma, la marginación, la baja auto-estima, la hipertutela familiar y asistencial, la falta de autonomía y la ausencia, en definitiva, de una identidad social que no sea exclusivamente la de enfermo, paciente o usuario. Negar estas evidencias sociales sólo facilita la reproducción de metáforas que, por otro lado, ayudan a enquistar formas de subalternidad y exclusión en las que todos (pacientes, familiares, expertos, profesionales, sociedad en general) jugamos un papel destacado.

Metáforas de exclusión

Una metáfora de exclusión persistente en la cultura popular y en la práctica asistencial contemporánea es la idea de la “enfermedad ubicua”. Con este término quiero expresar la atribución al trastorno mental de toda conducta o acción realizadas por el sujeto, principalmente cuando estamos hablando de aquellos comportamientos que discrepan de nuestro punto de vista o que enjuicamos como no pertinentes. Es realmente curioso observar cómo la licencia que otorgamos a la libertad individual queda empeñada una vez que el aludido es un enfermo mental. En estos casos aparece la necesidad de resignificar nuestra falta de reconocimiento o de acuerdo con apelaciones a la incapacidad del actor, cuando precisamente su discrepancia debería ser leída en la mayoría de las ocasiones como una posición activa y de reafirmación de su identidad subjetiva y social. Probablemente en ello juega nuestra voluntad de poder y de dominio sobre alguien a quien la adversidad y las metáforas sociales creadas han convertido en un actor subalterno, sin voz, al menos mientras

sea contrario a nuestros intereses.

La metáfora de la enfermedad ubicua supone de forma casi invariable la atribución de una competencia nula o prácticamente inexistente a los afectados para desarrollar actividades que llevan a cabo sus conciudadanos y que están asociadas a una identidad social: ser trabajador, ser madre o padre, ser estudiante, ser miembro de una asociación civil, ser deportista, ser lector, ser voluntario, ser miembro de una agrupación de vecinos, ser – por qué no- miembro de un grupo religioso minoritario o de un colectivo a nuestros ojos exótico, ser, en definitiva, alguien socialmente hablando que no sea enfermo o usuario. Porque, ¿acaso los enfermos no son algo más que enfermos?, ¿acaso no estamos limitando su autonomía con etiquetas que al final son usadas como estigmas?, ¿acaso no utilizamos nuestras teorías interpretativas para reducir los sujetos a nosologías donde, curiosamente, suelen encajar casi a la perfección?

Con estas preguntas no quiero poner en cuestión algunas evidencias, como que las enfermedades mentales existen, que afectan las capacidades humanas, que los dispositivos son necesarios, que las terapias ayudan a mitigar el sufrimiento o -en el mejor de los casos- conducen a la curación. Tampoco pongo en duda que la voluntad de los diferentes agentes, especialmente de los más próximos, sea casi siempre incondicional. Lo que quiero subrayar es que ninguno de estos factores es suficiente en sí mismo, ni tan sólo su conjunto, para alcanzar el horizonte de la rehabilitación psicosocial. La problemática del enfermo mental crónico es también una cuestión de dignidad y de expectativas sociales. Su vida ha quedado desligada de aquellas identidades que le podían ofrecer un rol activo y una resignificación de su propia existencia. A diferencia de otras discapacidades que se han visto dignificadas en los últimos años como consecuencia de la acción ciudadana (invidentes, sordomudos, afectados por el síndrome de Down, etc), las personas con trastorno mental severo no han adquirido un estatus que permita poner en positivo sus potencialidades. Ni siquiera las conquistas sociales de los grupos minoritarios o de los colectivos en riesgo de exclusión parecen haber afectado –al menos de forma relevante- la manera en que observamos a este tipo de afectados. Y esto sólo resulta comprensible desde la marginalidad y liminalidad a la que se han visto abocados a lo largo de nuestra historia.

En realidad, la metáfora de la enfermedad ubicua no es otra cosa que la falta de confianza en las potencialidades de este grupo de personas. Como indica uno de los redactores de Radio Nikosia -una interesante experiencia de empoderamiento creada en Barcelona desde la metodología antropológica: “No comprendo cómo pueden relacionarse conmigo como loco total; yo ejerzo de loco sólo el 10% de mi tiempo de vida” (Radio NiKosia 2005:16). Demoledora afirmación que debería interrogarnos sobre el enraizamiento de nuestras metáforas de exclusión y el poder de nuestras inciertas certezas.

Precisamente una segunda metáfora que quiero apuntar aquí es la posición de la certeza en la que se instalan tanto los sistemas expertos como los populares. En realidad, existen pocas situaciones en las que la fuerza del etiquetamiento (labeling) y el estigma se auto-reproduzcan de tal manera que haga lo que haga o diga lo que diga el afectado todo estará siempre en su contra. Si afirma la locura, la reconoce. Si la niega, también la reconoce. Si su actitud es transgresora o simplemente cuestiona las normas sociales, la interpretación más frecuentada será apelar a su trastorno de base. Si su actitud es completamente seguidista de estas mismas normas, la lectura más obvia será apelar a la pasividad derivada de su enfermedad. La circularidad interpretativa se ha convertido ya en un lieu commun que es activado de forma acrítica y arreflexiva, como si las nosologías psiquiátricas no estuviesen sujetas a la provisionalidad de todo conocimiento. Es el fetichismo de la enfermedad que mientras naturaliza el mundo de estos sujetos, disimula las relaciones sociales que producen los saberes y sus certezas, ya sean éstos clínicos, populares o propios de otros sistemas expertos.

La ausencia de autorreflexión y autocrítica sobre el propio saber se convierte en un lastre de suma importancia, especialmente en cualquier práctica experta y/o científica, como es el caso de las actividades clínicas y asistenciales. Las certezas profesionales, de escuelas, de teorías, de modelos, etcétera, dificultan el diálogo entre los profesionales y entre éstos y sus usuarios. Además, adoptan a menudo la posición de la creencia, no de la ciencia, aunque simulen esta última mediante ese sistema de pensamiento que Habermas (1989) ha definido como cientifismo, o la fe de la ciencia en sí misma. El cientifismo, como nos recuerda el

pensador alemán, supone la anulación de cualquier actividad autocrítica y autorreflexiva por parte del sujeto cognoscente y puede entenderse como una contradicción en sus propios términos, pues aboca a formas sofisticadas -pero al fin y al cabo formas- de esencialismo.

La incertidumbre derivada de la clínica diaria, de la presión asistencial, de la diversidad de cuadros y problemáticas y de la complejidad de los problemas de salud mental mueve con mayor facilidad a la construcción de certezas profesionales donde el sujeto es cosificado y el mundo simbólico de las categorías adquiere estatuto de verdad, a la vez que es personificado: la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno delirante y otras muchas nosologías y teorías explicativas como personajes que explican la totalidad del sujeto, de sus comportamientos, angustias y aspiraciones. Es así como las certezas entran en espirales de autoconfirmación profesional, familiar y popular a la vez que se alejan de la realidad del propio actor al que están aludiendo.

El peso de estas autoconfirmaciones no es nimio. Por ejemplo, habitualmente pensamos que una persona con esquizofrenia acabará cronificándose, anticipando un resultado que en realidad desconocemos y que, no obstante, nos aferramos a construir mediante afirmaciones que son incorporadas o interiorizadas por todos los actores, incluyendo el propio afectado. Es muy significativo que el pronóstico de un trastorno como la esquizofrenia sea mejor precisamente en las culturas y contextos donde las expectativas de curación son más elevadas¹, ya sea porque se atribuye un significado normalizador a la experiencia psicótica a partir de ideas locales como la posesión por un espíritu, ya sea porque la familia y el grupo social esperan un reestablecimiento del afectado. El poder de las categorías y las metáforas radica en su anticipación de un desenlace esperado que debe ser creído para evitar toda incongruencia.

Una tercera metáfora que quiero tratar aquí y que, no obstante, no agota los significados excluyentes sobre la enfermedad mental que son elaborados en el juego social, es la idea del individuo soberano. Esta ilusión responde al individualismo metodológico persistente en la mayoría de los sistemas expertos en salud mental, pero también a la lógica cultural de nuestro tiempo que, de la mano del capitalismo informacional, ha llevado a la

¹ Véanse Waxler (1979), Sartorius et al (1996), Halliburton (2004) y Thara (2004), entre otros muchos. Una revisión en castellano puede encontrarse en Martínez Hernández (2006).

exacerbación del sujeto frente a otros agentes sociales tradicionales como la familia o la clase social. La metacultura global del mundo contemporáneo es especialmente enfatizadora de este token: el individuo en tanto que actor central con plena capacidad de autonomía. Todo parece posible para el individuo de la modernidad y a la vez todo resulta incierto, pues su horizonte es tan abierto como su libertad imaginada.

El individualismo es en realidad un fenómeno funcional a la lógica social, ya estemos hablando de la necesidad de consumidores, trabajadores, emprendedores o votantes. Sin embargo, esta misma lógica genera sus contradicciones, pues también son necesarias esas otras “ilusiones” sociales llamadas lealtades que conforman la cohesión social: la lealtad con nuestro grupo familiar, con nuestros iguales, con nuestros conciudadanos, etcétera. Los afectados por un trastorno mental severo no son sujetos diferentes, o sí que lo son en la medida que han sido excluidos de una gran parte de sus vínculos de lealtad social que los supuestos sanos frecuentamos, adoptando así una posición de marginalidad. Es por ello que no podemos exigir de ellos una tarea heroica que recomponga aquello de lo que sólo son parcialmente responsables, y más aún si estamos hablando de sujetos con problemas cognitivos, volitivos y del estado de ánimo. Y es que todo no se encuentra en su interior, en sus procesos mentales, en sus neurotransmisores o en su inconsciente, sino en la relación entre la experiencia subjetiva y un mundo de relaciones que construye y reproduce metáforas y significados. El reto de una rehabilitación psicosocial integral es, sin duda, substituir las metáforas de exclusión por metáforas de inclusión que potencien la responsabilidad social en salud mental.

Tareas de inclusión: el rescate de la palabra y la sociabilidad.

La mayoría de los modelos de rehabilitación psicosocial toman como base la idea de que el afectado debe rehabilitarse -o habilitarse, según los casos- antes de desarrollar actividades tuteladas primero y autónomas después, siempre, eso sí, que consiga quebrar la espiral de sufrimiento y marginación. No obstante, es una evidencia que el itinerario real no suele suponer el logro de este horizonte. Esta deficiencia no es responsabilidad exclusiva de los profesionales, tampoco de los usuarios. No se subsana simplemente con la

implementación de más recursos, aunque obviamente ayude -y mucho- la correcta financiación de estos dispositivos. Se trata de un problema de cultura asistencial o, dicho en otras palabras, de la necesidad de un cambio de paradigma o de mirada sobre los afectados y la sociedad más amplia. No es casual que en los últimos años comience a plantearse desde los propios colectivos profesionales que debe invertirse el orden de las acciones: en lugar de esperar a que se rehabiliten para cumplir una función laboral -por ejemplo-, debe propiciarse que desarrollen un rol activo y autónomo para rehabilitarse. Y no sólo eso, pues no puede existir una reinserción social sin una cultura desestigmatizadora que devuelva a los actores su dignidad como sujetos activos que desarrollan actividades en espacios no propiamente terapéuticos, aunque curiosamente por esta condición estos espacios cumplirán un papel terapéutico. Este es, a mi juicio, un punto relevante, ya que la mayoría de los afectados consideran que sus vidas se encuentran sobretuteladas y limitadas a la familia más cercana y el ámbito asistencial.

Si bien no existen soluciones fáciles en el campo de la rehabilitación psicosocial, es necesario que los programas y las políticas en salud mental caminen en una doble y complementaria dirección. En primer lugar, hacia un modelo más dialógico y participativo, que permita rescatar las voces y experiencias de los afectados como realidades de las que todos podemos aprender, pues no hay experiencia humana que no nos enseñe alguna cosa. En segunda instancia, implementando estrategias que promuevan la apertura de las redes sociales de estos sujetos hacia un universo más amplio de relaciones. Permítanme que a modo de conclusión desarrolle estos dos puntos de forma más amplia.

1.- Una de las causas de exclusión social de los afectados por una enfermedad mental grave es la tendencia de los afectados a la desrealización. La fenomenología de la esquizofrenia y las psicosis en general supone una especie de deconstrucción cultural de la realidad. Si todo mundo normativo, si todo conjunto de valores, preceptos sociales y patrones de comportamiento –eso que los antropólogos denominamos una cultura- son sistemas de pensamiento que los actores acaban naturalizando y entendiendo como incuestionables, una de las características del delirio y las alucinaciones es el cuestionamiento de esta naturalidad. De ahí, probablemente, la asociación tradicional entre psicosis y arte o entre locura y genialidad en los imaginarios populares. De ahí, también, la

idea de los tratamientos psiquiátricos como mecanismos coercitivos.

Ahora bien, la desrealización no es un fenómeno permanente en la mayoría de los casos. Los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos, así como el propio curso de la enfermedad, pueden ofrecer ventanas de conciencia. El problema es que estas “ventanas”

suponen también para el afectado una conciencia de los obstáculos generados por los prejuicios y estigmas sociales. Pensemos que en pocas ocasiones damos la voz a estos sujetos o los ubicamos fuera de su posición de usuarios o enfermos. La constante ante la categoría “psicosis” es que los presuntos cuerdos creemos un monólogo para escucharnos a nosotros mismos, pues nuestro miedo y angustia ante lo desconocido propicia el uso de etiquetas y categorías ya sedimentadas que anulan la posibilidad de reconocer un saber o una verdad en las narrativas de nuestros actores. Por esta razón, y a pesar de la diversidad de los debates contemporáneos sobre las libertades y los derechos de ciudadanía, los afectados continúan confinados en la arena social del no-lugar, en ese imaginario de incertidumbre que mueve al estigma y al férreo control de sus vidas.

El estigma es un factor responsable de la ruptura de los vínculos sociales, de los fracasos continuados en la rehabilitación psicosocial, de las cadenas o espirales de reingresos y de las reticencias de los afectados a adherirse a los tratamientos psicofarmacológicos y psicoterapéuticos. Para ellas y ellos, tomar la dosis de antipsicóticos es también aceptar el propio estigma y sus consecuencias. El delirio puede convertirse entonces en un refugio, con el consiguiente enquistamiento. La negación de la enfermedad es también una estrategia – quizá precaria, pero al fin y al cabo una estrategia- de resistencia ante categorías que niegan sus potencialidades humanas. Y es que su precariedad psicológica se ve afectada y amplificadas por la presión social y los procesos de deslegitimación de su condición de actores sociales capaces de tomar decisiones en el mismo nivel que el resto de sus conciudadanos. Probablemente por ello gran parte de los afectados utilizan eufemismos para definir sus problemas: “nervios”, “crisis”, “depresión”, etc.

La rehabilitación psicosocial requiere también de una normalización de los

síntomas de la enfermedad mental, tanto en la esfera asistencial como en la pública. Esto no significa olvidarse de los tratamientos, sino ubicar la atención en una posición parecida a la asistencia de otras enfermedades no estigmatizadas o sobre las cuales no se han construido metáforas sociales tan peyorativas. Esta normalización también requiere de la creación de espacios de escucha que permitan la devolución de los afectados al mundo social. Pensemos que la base del estigma se encuentra generalmente en el desconocimiento del sufrimiento psíquico y de sus causas, así como en la actitud monológica que limita la posibilidad de una escucha, no de una escucha terapéutica y/o psicoanalítica, sino de una escucha social entre iguales, de una hermenéutica social. Devolver la voz a los afectados es también una forma de normalizar, pues permite quebrar el círculo de exclusión y sus laberintos contruidos a partir de nuestra voluntad de poder y dominación.

La devolución de la palabra necesita de una mirada diferente y alternativa sobre el sufrimiento psíquico. Los discursos expertos o profesionales no pueden ser los únicos dentro del escenario de la salud mental. El riesgo de su presencia única es también la asunción de un modelo unidireccional que disponga a los afectados, a las familias y los grupos sociales en una posición de pasividad. En este punto, la perspectiva antropológica puede ofrecer algunos elementos metodológicos para establecer una relación dialógica entre los diferentes actores: profesionales, afectados, familiares, asociaciones, colectivos sociales, etcétera. La sensibilidad por el punto de vista nativo o la posición de escucha social son atributos que facilitan la tarea de intermediación. Y es aquí donde se hace posible la participación social, el diálogo y la co-responsabilización de los actores en las iniciativas en salud mental.

2.- El segundo aspecto que ya he citado es la apertura de sus redes sociales a un universo más amplio de relaciones. Pensemos que uno de los problemas más generalizados de las prácticas de rehabilitación psicosocial es la impermeabilidad que se produce entre los usuarios y el contexto social más amplio.

En la mayoría de las ocasiones, los dispositivos asistenciales están diseñados reproduciendo un modelo de sociabilidad que en ciencias sociales denominamos *Gemeinschaft* o comunidad frente a la *Gesellschaft* o sociedad (ver Tönnies, 1982). El

modelo comunitario se caracteriza por mostrar una estructura de pequeña escala dentro de la cual la mayor parte de los actores interactúan entre sí. En este marco los sujetos difícilmente pueden ser anónimos como consecuencia de la alta densidad de las redes y, en consecuencia, también pueden ser más fácilmente víctimas de la presión social y del estigma. Contrariamente, el modelo *Gesellschaft* o societario se definiría por mostrar redes abiertas y de baja densidad, pues está organizado a partir de una alta proporción de relaciones de impersonalidad y anonimato. El riesgo en este caso no es tanto la presión social como el aislamiento. Uno de los desafíos de la rehabilitación psicosocial es la creación de redes de apoyo que guarden el equilibrio necesario entre los modelos comunitarios y societarios.

Un modelo de alta densidad, tal como se reproduce frecuentemente en los dispositivos de atención, tenderá a generar una nueva forma de confinamiento, aunque sea en un espacio terapéutico deshospitalizado. Un modelo de tipo societario, por su lado, podrá propiciar un nuevo efecto de *stultifera navis* en los centros de la ciudad y los espacios de tránsito, así como un aumento de la desprotección y la indigencia. Las iniciativas de rehabilitación psicosocial deben trabajar para evitar estos dos efectos mediante el uso combinado de espacios a medio camino y estrategias individualizadas que permitan abrir las redes de los afectados a un abanico amplio de relaciones.

Rescatar la voz de los afectados y propiciar su sociabilidad más allá de los espacios terapéuticos son dos tareas necesarias para potenciar la inclusión. La primera lleva a la segunda y esta última posibilita el diálogo. Mientras los afectados por un trastorno mental severo sólo puedan habitar los territorios catalogados como terapéuticos la rehabilitación social será un horizonte inalcanzado. Las enfermedades mentales están ahí y, lamentablemente, se van a quedar. Ante esta evidencia podemos actuar mediante la exclusión y el miedo o asumir nuestra responsabilidad y ayudarles a imaginar otro futuro para sí mismos.

Bibliografía:

Foucault, M (1985). *Historia de la locura en la época clásica*, 2 tomos. México: FCE.

Habermas, J. (1989). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.

Halliburton M. (2004) "Finding a fit: psychiatric pluralism in south India and its

implications for WHO studies of mental disorder". *Transcult Psychiatry*. 41(1):80-98.

Lewis-Fernandez R, Kleinman A. (1995) "Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues". *Psychiatr Clin &orth Am* 1995; 18:433-48.

Martínez Hernández, A (2006) "Cuando las hormigas corretean por el cerebro. Retos y realidades de la Psiquiatría cultural". *Cad Saúde Pública* 22(11):2269-2280
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/02.pdf>

Radio Nikosia (2005). *El libro de Radio &ikosia. Voces que hablan desde la locura.*
Barcelona: Gedisa.

Sartorius N, Gulbinat W, Harrison G, Laska E, Siegel C. (1996) "Long-term follow-up of schizophrenia in 16 countries. A description of the International Study of Schizophrenia conducted by the World Health Organization". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 31(5): 249-58.

Sontag, S (1991). *Illness as metaphor. AIDS and its metaphors.* London: Penguin Books.

Thara R. (2004) Twenty-year course of schizophrenia: the Madras Longitudinal Study. *Can J Psychiatry*. 49(8):564-9.

Tönnies, F. (1982) *Comunitat i associacionisme.* Barcelona: Edicions 62.

Waxler NE. (1979) Is outcome for schizophrenia better in nonindustrial societies? The case of Sri Lanka. *J &erv Ment Dis*; 167, 144-58.