

El diagnóstico psiquiátrico como productor de extrañamiento social

Laura Huerta Muñoz*

Resumen

Desde 1960 autores como Goffman y Foucault han denunciado el internamiento y la estigmatización que deriva de los diagnósticos psiquiátricos. Si bien hay explicaciones disponibles acerca del estigma en el ámbito social, pocas existen sobre la forma en que se presenta dentro del endogrupo, cuya importancia radica en la forma en que la pertenencia se ve afectada a partir del diagnóstico. El estigma por ser considerado "anormal" incide en las relaciones de las personas diagnosticadas, tanto en las instituciones sociales mayores, como en los círculos de convivencia cotidianos. En este artículo se propone el extrañamiento como un proceso que permite explicar y comprender la forma en que los individuos diagnosticados psiquiátricamente son estigmatizados dentro de sus grupos significativos de pertenencia.

Palabras clave: Diagnóstico psiquiátrico, anormalidad, conocimiento, estigma, extrañamiento.

Abstract

Since the 1960s, several authors such as Goffman and Foucault have denounced the internment and stigmatization derived from psychiatric diagnoses. Although there are explanations about social stigma, few answers exist about how it occurs within the group. It's important to understand how the members are affected by the diagnostic classification. The stigma derived from being considered "abnormal" impinges on the interpersonal relationships of diagnosed people, not only in the larger social institutions but also in everyday living circles, which are generically called the environment. This article presents estrangement as a process to explain and understand how the individuals who are diagnosed psychiatrically are stigmatized within their significant in-groups.

Key words: Psychiatric diagnosis, abnormality, knowledge, stigma, estrangement.

Recibido: 23 de enero de 2019

Aceptado: 15 de marzo de 2019

La "salud mental" ha sido considerada como un problema que afecta el acceso a los derechos humanos, por cuanto las personas con padecimiento de trastornos mentales y de discapacidad mental (cognitiva principalmente) son sujetos a discriminación y violación de sus derechos, tanto en términos de exclusión como de respeto a garantías individuales como la libertad y la autonomía (OMS 2006).

La salud mental es evaluada de manera directa por la psicopatología, que es una disciplina que permite el análisis y clasificación de "enfermedades mentales" para su diagnóstico y tratamiento (Scharfetter 1988), de

este producto de conocimiento asumido como científico, surgen los diagnósticos (y manuales asociados como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM por sus siglas en inglés- y la Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE- de la Organización Mundial de la Salud) que definen el comportamiento "anormal" y los trastornos mentales, por medio de los cuales no sólo se da atención a las personas con problemas de salud mental en la práctica clínica de psiquiatras y psicólogos, sino que también se las clasifica socialmente, pues el diagnóstico tiene un impacto en su vida cotidiana, que afecta su posición en el espacio social.

¹ Departamento de Sociología, Universidad Autónoma Metropolitana Azcapotzalco. Av. San Pablo Xalpa 180, colonia Reynosa Tamaulipas, Alcaldía Azcapotzalco 02200, Ciudad de México, México.

* Autor de correspondencia: psic.lauhnm@outlook.com

Pese a que la psicología y la psiquiatría comparten la “función psi” de normalización y disciplinamiento (Foucault 2014) en este trabajo se abordará específicamente el papel del diagnóstico provisto por la psiquiatría, en tanto la psicología tiene un código ético diferente que, por principio y de manera general, se distingue de la psiquiatría en que no se realiza diagnóstico sino valoración diagnóstica –lo cual es una distinción semántica primordial– y no sólo no prescribe medicamentos, sino que además no presenta el diagnóstico a los consultantes, sino una valoración del “problema”.

Cuando los psiquiatras entregan un diagnóstico a las personas, su posición en el espacio social se ve afectada no sólo por las “crisis” que puede provocar en sus esquemas cognitivos-interpretativos que afectarán su “actitud natural” (Schütz 2003, Garfinkel 2006), sino también debido a que a la persona le resultará difícil ocultar el diagnóstico a quienes le son cercanos (con extraños sería más fácil el ocultamiento), y si el diagnóstico proviene de una institución gubernamental, probablemente pasará también a formar parte de sus registros “oficiales”, creando así un expediente que impactará en la forma en que se le trata legalmente y desde las “grandes instituciones”; como señala la Organización Mundial de la Salud (OMS 2006) existen en el mundo, principalmente en los países en desarrollo, muchas formas de violencia institucional y exclusión dirigidas hacia personas con trastornos y discapacidades mentales.

Ello se ejemplifica con el resultado del movimiento “antipsiquiatría” en el siglo XX, el trabajo de Internados de Goffman fue una obra fundamental que ayudó a modificar la forma de tratar a los pacientes psiquiátricos así como a visibilizar su forma particular de “estigma”, pero tuvo un impacto negativo no previsto y es que, una vez “liberados” de las instituciones asilares, los pacientes psiquiátricos pasaron a tomar un lugar en las calles, pues ni la sociedad ni las familias de los pacientes los recibieron o “reinsertaron” en la estructura social (Becker 2014), antes bien, quedaron en las calles como símbolo de la exclusión social,

empero, esto también refleja que detrás del diagnóstico y tratamiento psiquiátrico hay una serie de estructuras normativas e imaginarios sociales en torno a los trastornos mentales, que impulsan a las personas a rechazar a quienes los padecen, ya sea por temor, aversión o simple ignorancia.

A continuación, se presenta una propuesta para entender este fenómeno de rechazo y discriminación que resultan en el estigma de las personas con trastornos y discapacidades mentales, a partir de ser vistos como “extraños” –“peligrosos” y “anormales” en muchos casos– debido a una diferencia en la forma en que el conocimiento sobre estos padecimientos se distribuye entre expertos y legos, afectando así su representación en el imaginario social.

La mente como dimensión relacional

La “mente” es considerada en el imaginario social como el espacio de la razón y las emociones, el punto privilegiado y culminante que distingue a los seres humanos del resto de los animales. Su lugar eminente entre el resto de los elementos que conforman a la persona humana ha generado que múltiples disciplinas se ocupen de su estudio, principalmente a raíz del auge del paradigma cartesiano, que dotó a esta entidad de una cualidad sustancial incorpórea, metafísica; si bien el paradigma cartesiano ha sido en buena medida rebasado en tanto las ciencias sociales y las humanidades difícilmente conciben la dualidad mente-cuerpo, el estudio de la mente sigue ocupando un lugar privilegiado para muchas disciplinas. En el caso que nos ocupa, hablar de “enfermedad mental” implica la existencia de un “supuesto de trasfondo” (Girola 2011) que es la existencia de la mente en sí misma, y que es el centro de análisis para hablar de la conducta y pensamiento anormales, así como del “desarrollo anormal”, objetos de análisis de la psicopatología.

Algunos autores, a partir del desarrollo del modelo cibernético aplicado a la terapia familiar han propuesto la necesidad de un modelo relacional para comprender tanto la

normalidad como los síntomas de enfermedades mentales (Linares 2013), sin embargo, en él no contemplan la dimensión biológica, sino que proponen el desarrollo de metáforas que contextualicen al individuo de acuerdo con su cultura y sus grupos de referencia, especialmente el primario (la familia). Esta propuesta, sin embargo, adolece de un sesgo que se sitúa en el extremo contrario al de la psiquiatría biologicista, y es el olvidar que las personas requieren tener un conjunto de características biológicas como sustento para el desarrollo de la psique y su desenvolvimiento en la sociedad.

Como señala Elías (1999), quien propone un andamiaje entre la biología-psicología y la sociedad para entender las transformaciones culturales como distintas de la mera evolución orgánica, el nivel de integración social no puede ser reducido al nivel biológico, toda vez que las culturas cambian sin necesidad de que cambie la biología de la especie. Empero, las transformaciones en el entorno social y nuestras interacciones cotidianas, tanto con el medio como con otras personas, modifican las condiciones biológicas en un nivel "epigenético" (Maturana 2002), en tanto existe plasticidad cerebral y modificación del cuerpo e incluso de la esperanza de vida, se hace posible observar que las modificaciones biológicas, aunque no tan pronunciadas como los cambios azarosos de la evolución milenaria, pueden surgir a partir de transformaciones culturales y socialización.

En este sentido, es necesario considerar que no hay sociedad sin individuos, no hay individuos sin bases biológicas, pero tampoco hay sujetos sin sociedad, porque el sujeto requiere el estrato simbólico para convertirse en tal; empero, no es un "idiota cultural" (Garfinkel 2006), el sujeto no es una tabula rasa a la que la sociedad le vierte el contenido, por lo que para ser agente requiere de un estrato psicoemocional de motivación. En virtud de este supuesto de trabajo, propongo que en las personas humanas los niveles biológico, psicológico y social no son tres niveles solapados entre sí, sino una sola configuración pluridimensional delimitada espaciotemporalmente, y el

modo en que se expresa y capta su entorno, será entonces la mente, como representación de esta configuración relacional corporeizada, es decir, entendiendo que esta configuración no es ajena ni diferente del cuerpo en que se presenta.

Es posible hallar formas relacionales en los distintos niveles de integración (individuo socializado, relaciones entre individuos, relaciones del individuo con instituciones, marcos culturales e institucionales, etcétera), así pues, la mente concebida como configuración del individuo socializado, supone la existencia de esta multiplicidad de formas de relación que lo vinculan con otros (individuos e instituciones), de tal suerte que la enfermedad mental, como desviación de la "norma social", definida como anormalidad, en el "conocimiento de la estructura social" genera "expectativas de trasfondo" (Garfinkel 2006) que orientarán las acciones tanto de quienes la padecen como de quienes entran en contacto con ellos; la forma que adopten dichas acciones dependerá de si se tiene una perspectiva positiva o negativa sobre tal tipo de patologías, aunque, más allá de las actitudes generales hacia ellas, el diagnóstico modificará la forma en que el "enfermo mental" es visto por sus grupos de pertenencia e instituciones y por ende, la forma en que se relaciona e integra en la estructura social.

Diagnóstico y estigma: Generando al extraño

En el nivel de las relaciones interpersonales, tanto en la vida cotidiana como en la clínica, hay un encuentro frente a un Otro, por lo que cómo se concibe esta alteridad afecta la respuesta adoptada en la interacción. La idea del otro provoca respuestas emocionales, así como la necesidad de emplear marcos referenciales para conocerlo e interactuar con él. Estos marcos muchas veces se refieren a la comparación entre estereotipos y la forma en que la persona se presenta para ocultar sus defectos y mostrar una imagen favorable de sí misma (Goffman 2001, 2009), por lo que aluden a la situación, pero también están influidos por cómo se nombran ciertos atributos de la

persona o a la persona misma, pues las palabras permiten la objetivación de los atributos según esquemas aprehensibles para las personas, esto es, permiten simbolizar características de acuerdo a conocimientos previos que favorecen la acomodación de los atributos de acuerdo a categorías que nos son familiares (Schütz 2003, Garfinkel 2006).

En la situación clínica, esta alteridad es construida en una relación asimétrica donde la posición de autoridad está investida en el psiquiatra, quien tiene la posibilidad de traducir el discurso del consultante a un conjunto de palabras técnicas que aluden tanto al pensamiento como a los estados afectivos, se elabora un diagnóstico que luego es devuelto al "paciente" quien, al no dominar este lenguaje técnico, tendrá que traducirlo nuevamente al lenguaje de uso cotidiano y transmitirlo así a las personas con quienes tiene contacto, integrando así un conjunto de categorías clínicas a la definición que hace de sí mismo, que servirán como guía para sus relaciones interpersonales, siempre en función del conocimiento que él mismo y sus grupos de pertenencia tengan con respecto a estas etiquetas.

Como señala García (2013) el científico todo lo conoce mediado por una teoría, mientras tanto la persona todo lo conoce mediado por esquemas de interpretación socialmente estructurados; en el sentido cotidiano la traducción del lenguaje científico será siempre interpretación. La palabra, siguiendo las nociones de Schütz (1974), implica valores y emociones, y el diagnóstico, como enunciado, despertará estos de manera diferente para el psiquiatra que para el endogrupo de evaluado.

En este sentido, Schütz desarrolló la idea del acervo de conocimiento, como un "conocimiento a mano" (2003) que es transmitido de generación en generación, por medio del cual las personas se ven posibilitadas a adoptar una "actitud natural" en su vida cotidiana; un paso más allá, Garfinkel (2006) desarrolló estas nociones y planteó que tal actitud natural es siempre una actitud moral, y que involucra además el conocimiento previo de las reglas sociales, además señaló que el sentido

se construye de manera presente, retrospectiva y prospectiva no sólo de forma simbólica, sino también objetiva, en el acto discursivo y corporal, las personas construyen el sentido y pueden dar cuenta de él; en su vida cotidiana las personas no sólo recurren a este acervo sino que lo acomodan, le confieren nuevo sentido de ser necesario, dentro de un marco de reglas.

Así pues, el conocimiento en torno a la salud, la enfermedad, la normalidad y la anormalidad, se inserta en la cultura, entendiendo ésta como "la organización social de significados, interiorizados de modo relativamente estable por los sujetos en forma de esquemas o de representaciones compartidas, y objetivados en formas simbólicas [...] en contextos históricamente específicos y socialmente estructurados" (Giménez 2009), guía las prácticas sociales y por ende las formas de socialización entre los individuos, pues la cultura permite hacer distinción entre las personas, señalando similitudes y diferencias en función de la identidad atribuida a ellas (Giménez 2009).

Este conocimiento, no obstante su carácter simbólico, es también un conocimiento materialmente objetivo, pues se construye y reivindica mediante los discursos que lo transmiten, mediante las estrategias elegidas para actuar a partir de estos esquemas, y se objetiva también en las reglas sociales que, aunque implícitas, modulan el tipo de estrategias y acciones, tanto corporales como lingüísticas, en forma de sanciones o "admoniciones" (Garfinkel 2006).

No basta, pues, con considerar a la persona o los estereotipos contextuales, sino que se requiere también atender al conjunto de actitudes, sentimientos, discursos, representados en expectativas de trasfondo y por tanto esquemas de interpretación que configuran esas cogniciones (Garfinkel 2006) y criterios para evaluar a partir de ellas si se satisfacen los criterios que se espera la persona cumpla para ser considerada como miembro "normal", y las reglas y sanciones respecto a su incumplimiento. Las teorías psicopatológicas no sólo clasifican a las personas, sin atender estos

esquemas, sino que proveen criterios para “medir” la normalidad y sus competencias para satisfacer tales expectativas en función de hechos morales, culturales, históricamente situados, definen lo normal.

El problema es, más allá de los aspectos valorativos que esto implica, que la forma en que proveen estas expectativas sobre el comportamiento “adecuado y adaptado” está codificada en términos técnicos, que acaban por traducirse de forma incompleta o incluso errónea en el lenguaje común, de la vida cotidiana¹, y que obtienen un valor especialmente alto debido a la posición privilegiada del poder psiquiátrico, dejando pasar de forma inadvertida las trasfiguraciones que esta idea de normalidad y enfermedad atraviesa en la medida en que se difunde entre los “no expertos”.

Existe una distribución del conocimiento diferenciada, pues mientras el “experto” cuenta con un dominio² del lenguaje técnico y entiende los alcances y limitaciones de este conjunto de categorías, el lego sólo tiene una idea superficial, basada en el sentido común y en los conocimientos previos acerca de que pueda llegar a tener, el “conocimiento por trato directo” (Schütz 2003) lo construirá en función de la nueva información “acomodada” con el conocimiento previo; es decir, la nueva información será vista a la luz del acervo previo que, como esquema interpretativo, permitirá “puntuar”³ el comportamiento y discurso del “enfermo mental” a la luz de su condición “anormal”, posiblemente desde una relación asimétrica en que la persona con el padecimiento ocupe una posición de inferioridad.

En última instancia, lo que subyace a los modelos psicopatológicos, que ha permeado la cultura como acervo de conocimiento a mano, es que las personas con padecimientos mentales no son normales, no entienden ni perciben ni actúan “en el mundo” como los que sí lo son.

Cuando aceptamos las teorías como verdaderas, afectan nuestra práctica y forma de pensar y reflexionar (Maturana 2002), pues nos sirven como tipificaciones o recetas (Schütz 2003) a las cuales adecuamos nuestro comportamiento y que dan certezas a nuestra vida cotidiana, permiten que obviemos tanto las representaciones sociales como las prácticas asociadas a ellas, suministrando certidumbres que a su vez modulan los esquemas a partir de los cuales conocemos el mundo y nos representamos en él y a las personas con quienes convivimos, dando por hecho que el otro interpreta el mundo cotidiano y las acciones desarrolladas en él de manera análoga a la propia, en caso de que se presente una disrupción que ponga en duda este conjunto de certezas, se vuelve necesario acomodar la información, ajustándola a fin de restablecer el orden y la certidumbre (Garfinkel 2006).

El conocimiento acerca de cómo actuar con respecto a personas con padecimientos mentales atraviesa procesos de acomodación, pues la idea de un otro diferente del resto de “nosotros” tiene un carácter disruptivo que afecta las certezas en torno a su calidad de miembro, competencias para la relación con el resto del grupo y para compartir con ellos el sentido de las situaciones, y en consecuencia limita las estrategias de acción; por ello, el individuo busca información, situacional o del acervo, para conducirse en sus relaciones con este otro-no-normal.

La forma en que estas teorías llegan al lego y cómo las acopla con sus saberes anteriores producirán entonces esquemas de interpretación que modificarán la percepción de la identidad y competencias del sujeto diagnosticado. Una condición necesaria para las relaciones interpersonales, es la creencia compartida de que el mundo es interpretado de manera similar por los miembros, que las cosas son de una forma y que la realidad es una e igualmente entendida por ellos, pues “para los propósitos de la gestión de sus asuntos cotidianos [...]

¹Quizá el ejemplo más clásico en nuestra sociedad, aunque sea psicoanalítico antes que psicopatológico, es la idea –errónea– de que el “complejo de Edipo” freudiano es que quieren tener relaciones sexuales con su madre.

²Al menos es lo que se espera de ellos.

³Es decir, enfocarse en un aspecto y no en otros, poniendo el acento o foco en algunos elementos particulares en detrimento de los demás.

la presunción de que las personas entenderán lo ocasional de las expresiones, la vaguedad específica de las referencias, el esperar algo posterior para conocer el sentido de los anterior, son propiedades sancionadas del discurso común” (Garfinkel 2006). El diagnóstico psiquiátrico quebranta esta primera certeza, porque, en el acervo común, la mente es el lugar de la razón y la inteligencia, por lo cual asumen que una “enfermedad de la mente” es o una dificultad para o una incapacidad de razonar e inteligir.

Aunado a ello, como señala Foucault (2014) el poder psiquiátrico tiene presencia en diversas instituciones, y se ha extendido en el plexo social su función normalizadora, de ahí que las personas, al saber que alguien padece un trastorno mental, recurren a sus esquemas para actuar con respecto a él, de acuerdo con un sentido común que toma los hechos morales como “naturales”, correctos o incorrectos, en donde es incorrecto, antinatural, anormal, padecer un trastorno mental. Como en el caso de la sexualidad, la salud mental se concibe como dada y decidida por la naturaleza (Garfinkel 2006), no se cuestiona que esta noción sea un constructo; la normalidad se trata como natural, y no se cuestiona su carácter institucional o normativo, se da por sentada, y en torno a ella se construyen “tipificaciones” (Schütz 2003), como la creencia de que las personas normales perciben objetivamente la realidad.

El enfermo mental como peligroso se funda en la necesidad del “poder psiquiátrico” de absorberlos para su tratamiento, separarlos de la familia y la sociedad era necesario para ello, por lo cual durante los siglos XVIII y XIX constantemente se señaló la imprevisibilidad de su comportamiento y el peligro potencial que podían suponer para el resto de las personas, lo que produjo un mito de potencial peligro para el resto de la sociedad (Foucault 2014). Así que, gracias a la transmisión de generación en generación de ideas en torno a la peligrosidad de los enfermos mentales, la mente como espacio de la razón, y normas sobre comportamiento, emociones e ideas, el etiquetado como “enfermo mental” no sólo

produce desconfianza por el peligro potencial, sino también porque se asume que no percibe ni entiende la realidad como el resto de los miembros del grupo, los normales.

Ahora bien, queda claro que es sencillo situar al enfermo mental como peligroso, pero, las etiquetas se extienden también hacia el nivel de las competencias, desde la incapacidad emocional, hasta la sexual, habilidades intelectivas y, en términos generales, incompetencia social. Se vincula la enfermedad mental con la discapacidad social, por lo que se confiere una posición de inferioridad, se devalúa la imagen social (Goffman 2009) de las personas diagnosticadas psiquiátricamente, se otorga una posición de poder inferior y quizá incluso las “vinculaciones afectivas” (Elias 1999) son aversivas o bien están situadas en el polo negativo (insatisfacción de las expectativas afectivas de vinculación). Como se señaló, el grupo de pertenencia puede poner en duda su capacidad de percibir e interpretar la realidad como el resto, de tal suerte que a la etiqueta de anormalidad se añade una expectativa orientada a futuro sobre la posibilidad que tiene de compartir sentido y significados con el grupo, esto es, una expectativa negativa sobre su capacidad para compartir a futuro la “pauta cultural de la vida grupal” (Schütz 1974).

Resumiendo, en función de estos esquemas, el grupo social al que pertenezca, colocará al individuo “anormal” en una posición en la estructura social y adoptará hacia él una actitud basada en las expectativas de trasfondo sobre cómo conducirse con enfermos mentales, en que el supuesto de trasfondo es que esta persona particular, potencialmente peligrosa para el resto, debido a su padecimiento, es incapaz de “percibir la realidad” como los “normales”, produciendo así un quebrantamiento de normas que generan crisis y dificultan la gestión de los asuntos cotidianos (Garfinkel 2006) tanto para el etiquetado como para las personas con quienes convive. Evidentemente, es más fácil señalar y etiquetar a desconocidos que a personas con quienes se comparte un pasado, sin embargo, a partir del diagnóstico y clasificación, el “enfermo

mental” se convierte, para los miembros del grupo, en un “extraño”.

El extrañamiento derivado del diagnóstico psiquiátrico

Como señala Sabido (2009) lo extraño no necesariamente remite a una persona u objeto, sino a una condición o experiencia, la experiencia de la extrañeza y las atribuciones de sentido a tales conocimientos tienen un referente sociohistórico; como estructura y orden de la experiencia, las realidades “extrañas” pueden presentarse como conformaciones que superan los límites “de lo normal”. En este sentido, “la conversión de un Otro en extraño conjuga la experiencia subjetiva con ciertos mecanismos de construcción social” (Sabido 2009:29), según determinado “horizonte de familiaridad” que es el conjunto de marcos interpretativos “con los que nos da el mundo” (Sabido 2009:29).

Este horizonte de familiaridad estará indefectiblemente referido a reglas, a un orden moral que genera las expectativas de trasfondo que las personas emplean como esquemas de interpretación, y que les permitirán aprobar (dar legitimidad) o sancionar a los otros, así como clasificarlos y ubicarlos en su relación con ellos; a partir del orden moral, se activan mecanismos de control social vía sanciones a través de las cuales se exige a la persona que actúe de acuerdo con actitudes esperadas, apariencias, rutinas y otras cosas que le son asignadas, cualquier desviación en la adscripción a estas expectativas, puede ser considerada como desviada (Garfinkel 2006). Ello nos sitúa en el hecho de que, tanto el comportamiento anormal como la identificación, son relacionales.

Entonces, el extraño sólo puede serlo en relación con otros, en la forma en que se define y es definido en función de su vinculación con los demás; el extraño lo es para-alguien porque sale del orden de la familiaridad determinada, en cuanto a su forma de “ser con otros”; y la forma en que es categorizado y ubicado en la estructura social depende de los medios para categorizar y evaluar a las personas a partir de

las expectativas de su comportamiento, definidas socioculturalmente, identificando a partir de ellas el motivo de desigualación (Sabido 2009: 31-36). En este sentido, el motivo de la desigualdad es el diagnóstico psiquiátrico, que coloca al individuo, por el lenguaje y expectativas culturales en torno a la anormalidad, en una posición de subordinación frente al resto del grupo, produciendo con ello una experiencia de extrañeza que posiciona a la persona etiquetada como extraño.

El extraño en el pensamiento de Simmel tiene una posición que oscila entre la proximidad y la lejanía, su posición espacial se define por este movimiento. La forma negativa de extranjería es aquella en que se niegan al otro cualidades “humanas”, con él se sostiene una no-relación, pues no es un miembro del grupo; este tipo se caracteriza como “bárbaro”, su “extranjería” no tiene una connotación positiva (Simmel 2014), siguiendo este curso de pensamiento, se puede decir que este “extraño”, en su forma negativa, este bárbaro desconocido, está connotado en la categoría de “enfermo”, con quien se niega la posibilidad de relación íntima, por cuanto esta etiqueta resiste la posibilidad de proximidad como comprensión mutua.

El extraño en Schütz (1974) puede ser un “forastero”, pero también puede surgir “extrañamiento” cuando una persona que ha estado ausente regresa a su hogar, en ambos casos, lo que media entre ellos y el grupo es el tiempo, cuya irreversibilidad hace que el forastero no comparta con el grupo el pasado, y el que se fue haya perdido un lapso temporal importante en cuanto a que los significados compartidos se han transformado; la ruptura de certezas o supuestos necesarios para el pensamiento habitual llevan a ambos a una crisis, pues al entrar en contacto con el grupo sus pautas culturales se muestran ineficaces y deben cuestionar el nuevo esquema cultural, sin estar seguros de si su interpretación coincide con la de los demás miembros del grupo.

Por su parte, Elias (1998, en Sabido 2009) señala la posibilidad de que el respetable se convierta en marginado; lo que aquí se propone es que “al volver al hogar” tras un

diagnóstico psiquiátrico, con esta nueva etiqueta acomodada en esquemas de interpretación familiares, los estereotipos de “irracional” y “potencialmente peligroso” irrumpen en la realidad grupal llevando a sus miembros a cuestionar las competencias del diagnosticado para compartir las pautas culturales del grupo, de tal suerte que surge la sospecha de su incapacidad a futuro de compartir con ellos las pautas culturales; lo que se niega al “anormal” no es el pasado, sino la posibilidad futura de compartir esquemas a futuro, convirtiéndolo así en un extraño. Incapaz de compartir el futuro, etiquetado de manera disminuida para su identidad como miembro del grupo (Goffman 2009), el diagnosticado tendrá que optar por dos posibilidades, la primera, asumir el estigma (Goffman 2009) o bien, gestionar sus asuntos cotidianos reivindicando su legitimidad para pertenecer al grupo como individuo normal; en cualquiera de los dos casos, supondrá una tensión constante entre el cuestionamiento de los esquemas de interpretación y la actitud natural asumida como objetiva por el resto de los miembros del grupo, para definir sus estrategias de acción e interpretación de los asuntos cotidianos.

El extrañamiento causado entonces en los esquemas de interpretación del grupo modifica al conocido, produce una ruptura y una crisis en que constantemente el individuo se ve confrontado con el reconocimiento de su legitimidad como miembro del grupo, capaz de percibir adecuadamente la realidad y de compartir las pautas culturales del grupo, que implicará para él un constante cuestionamiento de los procesos grupales y, en consecuencia, dificultando el sostenimiento de acciones que de otra forma resultarían “naturales”; este extrañamiento resulta en una constante tensión al gestionar asuntos cotidianos y en una evaluación constante de los rasgos esenciales de identificación (Garfinkel 2006) del individuo etiquetado, ahora, como extraño.

Conclusiones

El proceso de estigmatización de las personas diagnosticadas como “enfermos mentales”, resulta de uno de extrañamiento originado tanto por la mala información circundante en torno a este tipo de padecimientos como por la forma en que ésta cristalizó en la cultura, proveyendo un acervo de conocimiento degradante de su capacidad intelectual, perceptiva, afectiva y relacional, en que las personas con este tipo de problemas son representadas como incompetentes, en diversos grados, en las diferentes formas de relación.

El conocimiento acerca de, disponible en la cultura, es al que las personas recurren para interpretar las experiencias cotidianas, por lo que el conocimiento por trato directo estará siempre mediado por las nociones previas, lo que hace difícil que la persona “muestre competencia” frente a los demás, toda vez que la atención a la “significatividad” (Schütz 2003) de su normalidad será analizada de manera diferenciada, en posiciones asimétricas.

Para el “anormal” así clasificado por la psiquiatría, además, supondrá una constante tensión entre dar su interpretación por válida y verdadera, natural, o ponerla en duda ante la falta de validación por parte de las personas con quienes convive, a modo de “profecía autocumplida” le será difícil compartir con ellas las pautas culturales del grupo en la medida en que se verá arrojado a cuestionar los esquemas de interpretación disponibles.

El ulterior estigma será desarrollado, en los grupos que le son familiares, a partir de su conversión en un extraño, producido por un discurso psiquiátrico⁴ que, en total desatención por la dimensión relacional-normativa del comportamiento y sus desviaciones, provee una medida para la normalidad que quebranta las certezas sobre la realidad cotidiana de las personas, y que produce así una desconfianza, para el grupo de pertenencia, sobre la identidad y competencias del evaluado.

⁴ Que como todo discurso socialmente situado tiene una dimensión política.

Referencias

- Becker, H. 2014. *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. 4ª ed., Siglo XXI, Argentina, 256 pp.
- Elias, N. 1999. *Sociología fundamental*. 2ª ed., Gedisa, Barcelona, 224 pp.
- Foucault, M. 2014. *El poder psiquiátrico*. 4ª reimpresión, FCE, Argentina, 448 pp.
- García, A. 2013. *Giddens y Luhmann: ¿opuestos o complementarios? La acción en la teoría sociológica*. UAM- Azcapotzalco, CDMX, 489 pp.
- Garfinkel, H. 2006. *Estudios en etnometodología*. Anthropos, México, 320 pp.
- Giménez, G. 2009. "Cultura, identidad y memoria. Materiales para una sociología de los procesos culturales en las franjas fronterizas". Consultado el 5 de abril de 2016: <http://www.scielo.org.mx/pdf/fn/v21n41/v21n41a1.pdf>
- Girola, L. 2011. *Historicidad y temporalidad de los conceptos sociológicos*. *Sociológica* 26(73):13-46.
- Goffman, E. 2001. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. 3ª reimpresión, Amorrortu, Buenos Aires, 280 pp.
- Goffman, E. 2009. *Estigma: la identidad deteriorada*. 2ª ed., Amorrortu, Buenos Aires, 176 pp.
- Linares, J. 2013. *Pasos para una psicopatología relacional*. *Revista mexicana de investigación en Psicología* 5(2): 119-146.
- Maturana, H. 2002. *La objetividad. Un argumento para obligar*, 2ª ed., Dolmen, Chile, 149 pp.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) 2006. *Manual de recursos de la OMS sobre salud mental, derechos humanos y legislación*. Consultado el 5 de abril de 2016:http://www.who.int/mental_health/policy/legislation/WHO_Resource_Book_MH_LEG_Spanish.pdf
- Sabido, O. 2009. "El extraño", pp.23-57 En: León, E. (ed.), *Los rostros del otro. Reconocimiento, invención y borramiento de la alteridad*, Anthropos-CRIM, Barcelona.
- Scharfetter, Ch. 1988. *Introducción a la psicopatología general*. Morata, Madrid, 424 pp.
- Simmel, G. 2014. *Sociología: estudios sobre las formas de socialización*. FCE, México, 727 pp.
- Schütz, A. 1974. *Estudios sobre teoría social*. Amorrortu, Buenos Aires, 277 pp.
- Schütz, A. 2003. *El problema de la realidad social*. Amorrortu, Buenos Aires, 326 pp.

UNIVERSIDAD DEL MAR

Campus Puerto Ángel

División de Estudios
de Posgrado



Doctorado en Ecología Marina

Líneas de investigación:

- Ecología Marina
- Ecología de Peces y Biología pesquera
- Ecología de Tetrápodos Marinos
- Ecología y Taxonomía del Bentos
- Flujos de carbono en el Océano y Contaminación Marina
- Hidrodinámica de la Zona Costera
- Manejo de Recursos Marinos
- Taxonomía, Biogeografía y Ecología de Arrecifes Coralinos



Maestría en Ciencias: Ecología Marina



Doctorado en Ciencias Ambientales

Líneas de investigación:

- Análisis Químico de Contaminantes
- Biorremediación
- Diseño de Sistemas de Tratamiento
- Fenómenos de Transporte
- Gestión Ambiental
- Ingeniería Ambiental
- Química de Productos Naturales
- Simulación y Control de Procesos
- Técnicas Electroquímicas
- Toxicología Ambiental



Maestría en Ciencias Ambientales

Áreas de concentración:
Química Ambiental
Ingeniería Ambiental

Informes

Dr. Miguel Ángel Ahumada Sempoal
Jefe de la División de Estudios de Posgrado

Tel. (958) 584 3057 Ext. 111

Fax. (958) 584 3078

posgrado@huatulco.umar.mx

www.umar.mx