



PSICOPATOLOGÍA E IDENTIDAD

Extrañamiento y estigma de personas diagnosticadas con trastornos mentales

Psychopathology and Identity: Stigma in people diagnosed with mental disorders

LAURA HUERTA MUÑOZ

Universidad Autónoma Metropolitana, México

KEY WORDS

*Psychopathology
Identity
Estrangement
Stigma
Construction of social
knowledge*

ABSTRACT

Science in electronic and printed media allows the dissemination of knowledge among the various sectors of society, making scientific knowledge a stock of social knowledge. This stock of social knowledge can act as a typification or "recipe" for everyday life, and in the case of psychiatric and psychological knowledge, diagnoses of "mental illness" (psychopathology) can serve as a prescription both for behavior and for the definition of identity. Exploring the relationship between knowledge about mental disorders and the construction of identities highlights processes of social estrangement, stigmatization and negative definition of identity.

PALABRAS CLAVE

*Psicopatología
Identidad
Extrañamiento
Estigma
Construcción del conocimiento*

RESUMEN

La divulgación de la ciencia en medios electrónicos e impresos permite que el conocimiento se difunda con mayor alcance entre los diversos sectores de la sociedad, haciendo del conocimiento científico un acervo del conocimiento social. Este acervo puede funcionar como tipificación o "receta" para la vida cotidiana, y en el caso del conocimiento psiquiátrico y psicológico, los diagnósticos de "enfermedades mentales" (psicopatología), puede servir como prescripción tanto para el comportamiento como para la definición de la propia identidad. Explorar la relación entre el conocimiento sobre los trastornos mentales y la construcción de las identidades pone de relieve procesos de extrañamiento social, estigmatización y definición negativa de la identidad.

Recibido: 01/06/2017

Aceptado: 25/06/2017

Introducción

Los trastornos mentales son estudiados por psiquiatras y psicólogos dedicados al campo de estudio de los comportamientos anormales, la psicopatología. El campo científico moderno de la psicopatología se ha desarrollado desde el siglo XIX; aunque hubo una amplia diversificación de tradiciones y modelos durante los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial que implica una pluralidad de enfoques y niveles de análisis, el estudio de esta disciplina supone la existencia de desviaciones que, en el comportamiento, la afectividad o el pensamiento, se vuelven problemáticas para la persona que los padece o para su grupo de pertenencia.

Tanto la psiquiatría como la psicopatología, a lo largo de la segunda mitad del siglo XX, recibieron críticas en torno a la estigmatización de las personas a partir del diagnóstico psiquiátrico o el internamiento, como el denominado movimiento “antipsiquiatría”, que cuestionó incluso la existencia de las “enfermedades mentales” y acusó al “poder psiquiátrico” de etiquetar a las personas en perjuicio de su identidad.

Si bien estas críticas favorecieron la revisión crítica de los conceptos sobre la psicopatología y la anormalidad, también llevaron a pensar que el estigma es resultado del diagnóstico o la etiqueta psiquiátrica, como si fuera un proceso inmediato en que la experiencia individual y social pasan de una idea respetable de la persona al estigma, de manera automática. Aunque el diagnóstico puede estar relacionado con la estigmatización de las personas, aquí se propone que esta transición se produce a través de mecanismos sociales, que median entre el diagnóstico clínico de un padecimiento psíquico (afectivo, conductual o del pensamiento) y el estigma de la identidad.

Elster (1998: 45) considera que los mecanismos sociales son los procesos que vinculan condiciones iniciales con resultados, como secuencia de pasos o patrones recurrentes cuyas consecuencias son indeterminadas o cuyas condiciones iniciales suelen ser desconocidas. El objetivo de este trabajo es mostrar que entre el diagnóstico y el estigma, median los mecanismos de extrañamiento y estigmatización, que a su vez se vinculan con el conocimiento social acerca de la psicopatología, y que son efectos no buscados de los conceptos construidos por la psicopatología científica y su divulgación.

La producción y divulgación de conocimiento científico en torno a los trastornos mentales

La “salud mental”, como constructo científico, en las sociedades occidentales contemporáneas ha adquirido cada vez mayor visibilidad en términos

de políticas sociales, especialmente a partir de la inserción de ésta como derecho humano, lo que ha llevado al planteamiento de políticas en materia de salud y a la promoción de la divulgación científica sobre este tema. Así, existe “el día mundial de la salud mental” impulsado por la Organización Mundial de la Salud; los gobiernos de distintos países, principalmente adscritos a las políticas de la Organización Mundial de la Salud y miembros de las Naciones Unidas, han desarrollado modelos de intervención clínica y sanitaria para la atención y cuidado de estos padecimientos.

No obstante, la definición de salud mental y por tanto de enfermedad mental, ha sido un proceso articulado con el desarrollo de las ciencias vinculadas al estudio científico moderno de la psicopatología, que especialmente a partir del siglo XIX ha perfilado una manera de entender los trastornos mentales, dando origen a una diversificación de modelos a partir de la Segunda Guerra Mundial que, con diferencias de tipo epistemológico y ontológico, coinciden en entender los padecimientos psíquicos como desviaciones de lo que se considera normal, por consenso moral y de sentido común en las sociedades occidentales.

Tanto disciplinas psicológicas como médicas (principalmente la psiquiatría) han aportado sistemas de inteligibilidad para la comprensión de las psicopatologías, modelos que si bien tienen un fundamento teórico-científico, no son ajenos a discursos valorativos presentes en su contexto de posibilidad de producción del conocimiento, y por tanto incluyen supuestos subyacentes de orden moral. Este es el caso de la psicopatología científica (ya sea que se le llame psicopatología general, clínica, descriptiva, experimental, psicología anormal o psiquiatría descriptiva), que se ocupa del estudio de las psicopatologías o trastornos mentales.

Los antecedentes históricos de la psicopatología científica pueden situarse desde la antigüedad, particularmente en el periodo grecolatino con el pensamiento hipocrático (Millon, 1981); aunque su historia como disciplina científica moderna suele situarse en el siglo XVIII, su desarrollo y consolidación, tal como se le conoce ahora, se llevó a cabo hasta el siglo XIX (Berrios, 2008; Millon, 1981). Debido a que el conocimiento acerca de los trastornos mentales comenzó a sistematizarse según los preceptos científicos decimonónicos, la psicopatología científica se vio influida por el pensamiento empirista de la época, de modo que los modelos que comenzaron a surgir para explicar la “anormalidad” tuvieron como objetivo buscar leyes generales que explicaran los comportamientos desviados y los pensamientos o sentimientos considerados, subjetivamente o socialmente, como anormales o incluso como aberrantes. De tal suerte que, hasta la fecha, el campo de la psicopatología busca explicar la desviación de la norma social a través de leyes universales.

La psicopatología científica es una disciplina que integra en su cuerpo de conocimiento conceptos provistos, principalmente, por la psicología, la psiquiatría y recientemente por las neurociencias. Parte de una ontología realista y una epistemología realista (Hernández, 2013) con garantías de conocimiento empiristas, considera que existe una realidad y que ésta es descrita por los conceptos aplicados en la evaluación de los individuos, es decir, se sostiene en la creencia implícita de que la aplicación de los métodos científicos (experimental, clínico y epidemiológico) basta para garantizar la objetividad del conocimiento; a este respecto, es plausible señalar que ello conlleva a un “desplazamiento de la vigilancia epistemológica” (Bourdieu, *et. al.*, 2003: 22), en tanto no hay un reconocimiento explícito de los “supuestos de trasfondo” (Girola, 2011) inherentes a su *corpus* conceptual.

Como señala Hernández (2013: 57) para el realismo epistemológico (o materialismo), hay una realidad de objetos, hechos y procesos plenamente independiente del sujeto cognoscente, y en tanto empirista, concibe que la observación sistemática, metódica, garantiza el conocimiento (objetivo) de esa realidad. En tanto producto humano, esta garantía de conocimiento no puede ser suficiente si se considera que todo conocimiento está mediado por la teoría y por referencias externas al “campo científico” (Bourdieu, 2003), es decir, el conocimiento científico, aunque autónomo, está influido por el contexto sociocultural en que se lleva a cabo la labor profesional (contexto de descubrimiento), y los valores que orientan la observación pueden implicar que se asuma como “garantía objetiva” (García, 2013: 54) un evento que es percibido y descrito a la luz de valores y criterios normativos sociales interiorizados por el observador.

Algunos autores (como Keeley, Morton y Blashfield, 2015; Millon, 1981; Jarne *et. al.*, 2006) reconocen que la psicopatología no es una disciplina inocente políticamente, antes bien señalan que existe una función sociopolítica en la constitución de su conocimiento y en su aplicación clínica; aunque, infortunadamente, no se ha hecho explícito cuáles son los valores y criterios normativos subyacentes a esta disciplina. Empero, al menos se reconoce que existen criterios morales subyacentes a las categorías diagnósticas, y que en el ejercicio clínico de diagnóstico el experto no sólo evalúa a la luz de las teorías en que se ha formado, sino también a partir de sus creencias y valores.

En respuesta a cómo es que se conoce el trastorno mental y la conducta anormal, puede decirse que se conoce mediante observaciones orientadas por la teoría y los valores, creencias y normas de la cultura de referencia del investigador, quién, a partir de estos elementos, realizará una codificación de sus observaciones a fin de definir las

y clasificarlas según un cuerpo de conceptos afín a su “matriz disciplinar”, entendiendo ésta como un conjunto de teorías, programas, y herramientas compartidas, modos de enfocar los problemas y programas de investigación (Berthelot, 2003; citado en García, 2013: 128).

En este sentido, los síntomas mentales son clasificados y descritos de acuerdo con una serie de directrices léxicas planteadas por el campo de la psicopatología descriptiva. En lo referente a los conceptos provistos por la psicopatología descriptiva –encargada de la descripción de los síntomas mentales y los signos mentales– debe observarse que esta disciplina se orienta a la construcción de “conceptos sistemáticos” (Bourdieu *et. al.*, 2003: 54) que implican la referencia permanente al sistema de sus interrelaciones; y están también referidos a las teorías, por lo que se encuentran relacionados con las teorías precedentes que sirven como “marco de referencia” (García, 2013: 81) tanto a los problemas que plantean como a su solución conceptual, en consecuencia estos marcos teóricos-referenciales enmarcan qué aspectos de la realidad han de observarse, como señalan Bourdieu, Chamboredon y Passeron (2003: 54) es una cuestión relacional (del concepto con los problemas que busca responder).

Por ello, toda vez que se abordan fenómenos sociales relacionados con la afectividad, el comportamiento o prácticas en general, el empleo de conceptos provistos por la psicopatología científica implica practicar su función política, de la cual el “experto”, que ha interiorizado este conjunto de categorías como “leyes”, puede no estar consciente (debido al deslizamiento epistemológico). Esto conlleva a la normalización de los individuos de acuerdo con estas categorías, que paulatinamente se desvinculan del sistema científico del que forman parte al insertarse en el sistema cognitivo de la vida cotidiana.

Esta dimensión de las interrelaciones entre conceptos y teorías con el contexto cultural es fundamental, pues es precisamente en la relación del individuo con la sociedad que aparecen los criterios de “anormalidad” como forma de desviación del *establishment* (Becker, 2010). En este tenor, señala Goffman (1997) que hay una configuración cultural distintiva y compleja de formas correctas de comportamiento y, a la vez, existen muchas precauciones para aprisionar a las personas dentro de lo que son; la práctica clínica psicoterapéutica (en los modelos que recurren a la psicopatología científica) y el diagnóstico para insertarse a instituciones sociales (escolares, laborales, hospitalarias, penitenciarias) son mecanismos de control de la conducta individual, procedimientos cuyo fundamento y legitimación descansa en la cientificidad de las teorías de la anormalidad, provistas por la psicopatología científica.

Otro aspecto en torno a la construcción del conocimiento en el campo de la psicopatología es el referido a la “confianza epistémica”, esto es, la forma de autoridad –tanto moral como cognitiva– “asociada con el privilegio epistemológico del erudito” (Origgí, 2008; citado en Piron y Varin, 2015: 253), pues el prestigio de la disciplina y el renombre de algunos de sus representantes implican que pueden establecer la validez de sus resultados y modelos conceptuales no sólo por fundamentos empíricos (garantes del conocimiento científico desde esta perspectiva disciplinar), sino también por sus redes sociales de confianza y autoridad, de modo que no sólo hay una “visión metodologicista” (Bourdieu *et. al.*, 2003) y “cientificista” (Hacking, 2001) del conocimiento sino, también, prácticas de “políticas de persuasión” (Knorr-Cetina; citada en Bourdieu, 2003: 44). Así, la confianza epistémica que goza la disciplina amplía el impacto que sus categorías tienen en el acervo de conocimiento, al ser consideradas como verdades.

Las nuevas tecnologías de información han favorecido una más rápida difusión, a través de regiones cada vez más amplias, de distintos saberes, tanto expertos como comunitarios, de igual modo, los medios electrónicos e impresos tradicionales tienen impacto en la forma en que se difunde la información, especialmente en aquellos lugares en que el acceso a internet es más limitado. La divulgación del conocimiento de la psicopatología científica por parte de expertos, permite transmitir por estos medios el conjunto de categorías diagnósticas a la población general, audiencia que no cuenta con criterios de deconstrucción del discurso del experto. Mientras el divulgador ha incorporado la visión universalista de la psicopatología científica, transmite tales conceptos como realidades universales que afectan ciertas áreas de la vida cotidiana, y como además cuenta con valores culturales propios, resaltará con base en ellos lo que considere son los aspectos negativos del trastorno en cuestión.

Posteriormente, esta mismas “verdades” transmitidas por el experto, gracias al desarrollo de las tecnologías de información, puede incluso ser difundida por personas ajenas al campo de la salud mental, recurriendo a una “autoridad científica” para divulgar las categorías y clasificaciones psicopatológicas, poniéndolas al alcance de las personas sin filtros que permitan dilucidar sus alcances y limitaciones o siquiera los sistemas cognitivos de los que proceden las mismas.

Así, al hablar de trastornos mentales para una audiencia, la función política de la psicopatología científica se pone en marcha, no sólo mediante el uso de categorías que en el ámbito social servirán como etiquetas para nombrar a las personas diagnosticadas, sino también cuando el experto, con la autoridad social que le es conferida por su privilegio epistémico y presencia en los medios,

transmita la parte de información que, con base en sus valores y adscripciones teóricas, considere que es necesario resaltar. El experto proveerá, además de información acerca de los padecimientos mentales, un conjunto de valores e ideas que serán captadas y asimiladas por el público.

García (2013: 38-40) señala que para Kuhn¹ existen dos tipos de traducción, una que es la traducción en *sentido técnico* y otra corresponde a la traducción en *sentido cotidiano*. La traducción en el sentido técnico, alude a una forma de traducir una palabra a su equivalente en otra lengua, mientras la traducción en sentido cotidiano, refiere a la traducción de manera que posibilita la inteligibilidad de la palabra en cuestión; la distinción esencial entre ambos tipos, radica en que hacer algo inteligible no implica que se traduzca el significado del término, sino sólo que se llegue a una aproximación que lo haga comprensible.

Ahora bien, el lenguaje científico, por sí mismo, no es necesariamente traducible al lenguaje cotidiano en sentido técnico, antes bien, por sus características específicas, los constructos científicos se separan del lenguaje cotidiano, haciendo que las categorías y conceptos sean relacionales con respecto a las teorías a las que pertenecen, de modo que configuran sistemas de inteligibilidad cualitativamente diferentes de aquellos provistos por el lenguaje y sentido común, que son relacionales con respecto al contexto social general y a sus tipificaciones, no a los modelos teóricos. Así, uno de los requisitos de la divulgación científica es la traducción del lenguaje técnico al cotidiano, de modo que sea comprensible para las personas ajenas al campo de conocimiento que se difunde. La traducción, en sí misma, supone entonces una elección, en que el difusor traducirá aquello que le interesa destacar optando por un aspecto del significado en detrimento de otro, estableciendo además “relaciones de semejanza/diferencia” (García, 2013: 40) para hacerlo inteligible a los receptores o audiencia.

Empero, la traducción no se detiene en la divulgación del conocimiento científico por parte del experto “traductor”. La audiencia realiza un proceso de traducción también, acomodando la información a sus conocimientos previos y experiencias, a su contexto social, de acuerdo con sus propios recursos cognitivos. De esta manera, el conocimiento experto es traducido en dos ocasiones, provocando que el sentido estricto de sus categorías y conceptos se pierda, para acoplarse a los sistemas de inteligibilidad de la sociedad, una vez que permea en ella.

De este modo, la psicopatología científica, pasa al acervo social de conocimiento vía traducción en el sentido cotidiano, lo que favorece que el impacto y

¹ En lo referido a la inconmensurabilidad de las teorías científicas.

efecto social de sus constructos escape a los objetivos que impulsaron su desarrollo. Como señala Girola (2005), los conceptos científicos tienen efectos sociales no buscados; en el caso de la psicopatología científica, particularmente la descriptiva, uno de estos posibles efectos es la elaboración social de una diferenciación por relaciones de semejanza/diferencia entre los normales y los no normales, los desviados, así como el uso de las categorías como prescripción o receta para el comportamiento y la configuración de la identidad, a partir de la acomodación de estos conceptos con base en el acervo de conocimiento disponible en el propio contexto social, del cual pasa a formar parte.

Conocimiento social y acervos a mano

Schütz (1974), señaló que la palabra implica valores y emociones, por lo cual es posible afirmar que un concepto o categoría no aparece en el vacío, sino que funciona como estímulo y mensaje para alguien. En este tenor, el diagnóstico psicológico, como enunciado, despertará emociones de manera diferente para el experto que para el evaluado, distintas para los grupos sociales y para el endogrupo del diagnosticado; en función del marco de valores y representaciones que cada uno de ellos tenga con respecto a los trastornos mentales. Schütz planteó que en el ámbito social existe un acervo de conocimiento, como un “conocimiento a mano” (2003) transmitido de generación en generación, que provee una especie de certeza ontológica a partir de la cual las personas pueden adoptar una “actitud natural” en su vida cotidiana, dando por hecho los aspectos cotidianos de la vida social, considerando que “así son las cosas” y “todo el mundo lo sabe”.

Por su parte, Garfinkel (2006) desarrolló estas nociones y planteó que tal actitud natural es siempre una actitud moral, por lo cual implica criterios de deseabilidad y aceptabilidad, por cuanto involucra además el conocimiento previo de las reglas sociales. Consideraba también 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 significado de ser necesario, dentro de un marco de reglas, mismas que se vinculan con el comportamiento individual y la propia identidad, al proveer “símbolos de prestigio” o de “desprestigio” (Goffman, 2006). Así, el diagnóstico y la información disponible acerca del trastorno mental, se acomodan también con base en esquemas morales, y producen un sentido

prospectivo para la gestión de los asuntos cotidianos y la definición de la identidad.

Este conocimiento a mano, no obstante su carácter simbólico, es también un conocimiento que se construye y afirma mediante los discursos que lo transmiten, mediante las estrategias elegidas para actuar a partir de 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), lo que le da un carácter objetivo en un sentido material, cuya materialidad se observa también en la corporalidad a través de estos dispositivos que regulan al cuerpo en cuanto a modales, técnicas, gestos y disciplinamiento (como lo plantea Foucault, 2014).

Así, los acervos sociales de conocimiento proveen expectativas acerca del comportamiento “adecuado y adaptado”, que al ser influidas por los discursos de la psicopatología científica, codifican las acciones personales según términos técnicos, que son traducidos al lenguaje común en sentido cotidiano, sesgando aspectos relevantes de esos términos haciendo que la traducción se realice de forma incompleta (cuando no equivocada) en el lenguaje común de la vida cotidiana. Empero, el valor asignado a estos términos técnicos, cuyo sesgo en la traducción es omitido² por las personas (pues tienen la certeza ontológica de que su acomodación del término es adecuada) es mayor que el atribuido al conocimiento a mano de la vida cotidiana, pues estas nociones obtienen un valor agregado debido a la posición privilegiada del conocimiento científico y a la autoridad simbólica –o privilegio epistémico– asignada a las “disciplinas psi” (psiquiatría y psicología), 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”.

De modo que la veracidad de la traducción (incompleta) se da por sentada, se le atribuye el carácter de autoridad y se utiliza como lente para evaluar (y controlar) todo comportamiento individual que, desde la perspectiva del endogrupo, sea considerada inmoral o inapropiada, de este modo, las categorías psicopatológicas se emplean como “etiqueta” para el comportamiento, como admonición.

Construcción de identidades en contexto

Por su parte, las identidades se configuran no sólo con base en las experiencias individuales o los intereses personales, antes bien, lo hacen en contextos de posibilidad sociales, y se vinculan con el acervo de conocimiento, pues involucran tanto la reproducción

² En tanto el valor de la traducción no es cuestionado por ellas.

cultural como el conocimiento de las reglas sociales, los valores de los grupos de pertenencia, estereotipos, etc. En las sociedades contemporáneas, las identidades se vinculan, además, con los procesos de individualización, pues la identidad no sólo funge como conjunto de roles y prescripciones, sino que dota además a los individuos de singularidad; a diferencia de las sociedades antiguas, en que la identidad dependía del grupo de pertenencia, en la actualidad cada vez más la identidad (y la idea del valor de la persona) depende de un conjunto de elecciones personales en torno a la trayectoria de vida.

El proceso de individualización en las sociedades contemporáneas (Beck, 2012) deposita en los individuos la responsabilidad por mantener la libertad, así como por su éxito y fracaso, con ello, se pone en marcha una auto vigilancia en que el individuo debe ocuparse por su adecuación a las normas y exigencias sociales, pero también para garantizar su autorrealización, según los criterios sociales del éxito y el fracaso. Para ello, el individuo debe elegir entre un conjunto de bienes de consumo y roles sociales, que garanticen cumple con los criterios de deseabilidad y aceptabilidad según su posición en la estructura social. Los trastornos mentales, son vistos así como problemas individuales, inherentes a la persona y directamente vinculados con su realización personal y por tanto con su prestigio.

Las personas, tanto diagnosticadas como no diagnosticadas, comparten el bagaje de su contexto social acerca del comportamiento deseable y aceptable, y esperable, así como comparten las nociones en torno a lo que se considera como símbolo de prestigio y símbolo de desprestigio (Goffman, 2006) de la identidad personal. Asimismo, comparten el "imaginario" (Girola, 2012) de lo que representa la normalidad y la salud (asociadas al éxito), y la anormalidad y la enfermedad.

En el conocimiento social y sus imaginarios –entendidos como contenidos conceptuales compartidos que posibilitan la interpretación del mundo (Girola, 2012: 455)– las nociones en torno a la identidad saludable y aceptable, y los modales o técnicas corporales asociadas a la salud mental, se vinculan con la conformación de las identidades como alternativas de elección de roles y como prescripciones para el comportamiento, así como límites para las acciones personales en la medida en que las "desviaciones" de la norma social sean consideradas como discapacidades por parte de los individuos o sus grupos de pertenencia. Ello implica que la inclusión de categorías psicopatológicas en el acervo y el imaginario social incide en la forma en que la persona diagnosticada interpreta y reconfigura su identidad así como en el modo que la interpretan las personas con quienes se relaciona.

En psicología se tendió a pesar que una vez que el *self* o la familia se constituyen esta configuración

permanece, "se trata de una concepción esencialista de las personas, las familias y su desarrollo, en la que las personas o el grupo evolucionan durante un tiempo hasta que son lo que son, y de ahí en adelante permanecen relativamente inmutables" (Fried, 1992: 254). En cambio, las perspectivas que han abogado por la noción de la posmodernidad consideran que las identidades son mucho más flexibles Maffesoli (1990); ahora, hay formas de ver las identidades como no estáticas, según un enfoque relacional, que involucra el contexto, se concibe que "tanto la familia como el *self* tienen límites y densidades variables, de cuya naturaleza nada dicen las respuestas genéricas" (Fried, 1992: 254).

La identidad es el resultado de la relación entre individuos, en un proceso de construcción que involucra tanto a la persona como a su contexto. Para Vayreda, Tirado y Domènech (2005: 162), la identidad implica siempre construcción, pero también constreñimiento, las cualidades emergen por contraste con la presencia y posibilidad de acción de otras entidades, por lo que las características del proceso de construcción de identidad o su despliegue implican o afectan a varios actores. Es decir, la identidad se construye individualmente pero requiere criterios de aceptación y validación por parte de otras personas en un contexto dado, así como sus cualidades se despliegan en la relación con otros en condiciones históricas, culturales e institucionales determinadas.

En este sentido, Goffman (2006) indica que la identidad se constituye a partir de las interrelaciones de la persona, pero es validada por las personas con quienes interactúa. Como señalaron Berger y Luckmann (1997) el conocimiento atraviesa procesos sociales de validación, de modo que tanto la identidad como el conocimiento no pueden ser sólo individualmente construidos, en tanto requieren la validación de los otros con quienes la persona se relaciona.

Las categorías diagnósticas irrumpen en la realidad psíquica de las personas, producen una ruptura en su certeza ontológica, el conocimiento disponible sobre un trastorno particular sirve como prescripción para la validación de su identidad, pero también para su gestión de asuntos cotidianos, diseño de estrategias, técnicas corporales y comportamiento en general. Por ello, autores como Watzlawick (2010: 84) refieren que el trastorno mental es una suerte de profecía que se cumple a sí misma. Pero reducir el proceso de estigmatización al cumplimiento de las prescripciones del diagnóstico, implicaría ignorar el contexto relacional del diagnosticado, tanto en lo referente a sus relaciones interpersonales como en lo referente al conocimiento social de sus grupos de pertenencia que, a su vez, orientan la manera en que los otros se vinculan con él.

Extrañamiento y Estigmatización

Para el endogrupo (como la familia, amistades, compañeros de trabajo) el conocimiento acerca de los padecimientos mentales atraviesa procesos de acomodación, que orientan su comportamiento hacia la persona diagnosticada, que se define como distinto del resto de los miembros del grupo en tanto padece un trastorno psíquico. La idea de un otro diferente del resto tiene un efecto disruptivo en la actitud natural del grupo, que supone la homogeneidad de las competencias de sus miembros para relacionarse entre sí y para compartir el sentido atribuido a las situaciones cotidianas. Como consecuencia de la ruptura de esta certeza, las personas no diagnosticadas buscan información, situacional o del acervo social, para conducirse en sus relaciones con el miembro ahora etiquetado como diferente o como no-normal.

Al buscar esta información, las personas la traducen e interpretan en función de esquemas previos de conocimiento y experiencia, de modo que le dotan de un nuevo sentido y con ello el grupo produce un imaginario en torno al trastorno, el comportamiento de la persona y la forma de relacionarse con ella. El grupo social al que pertenezca, adoptará hacia él una actitud basada en expectativas de trasfondo sobre cómo conducirse con “enfermos mentales”, basadas en el conocimiento a mano disponible y en la traducción del conocimiento científico divulgado en medios de comunicación. El supuesto subyacente a estas expectativas es una relación de diferencia, según la cual la persona con padecimientos mentales es incapaz de “percibir la realidad” como el resto de las personas, es vista como una discapacitada social, idea que genera crisis y dificultades para la “gestión de los asuntos cotidianos” (Garfinkel, 2006) del grupo tanto para el etiquetado como para las personas con quienes convive.

A partir de las desviaciones en el comportamiento, el diagnóstico y clasificación por parte de un experto, el “trastornado mental” se convierte en un extraño para los miembros del grupo, quienes como “no expertos” se conducirán frente a la persona “no normal” de acuerdo con las expectativas sociales vinculadas a la “locura”, que en el imaginario social, a partir del siglo XIX, generalmente la vinculan con peligro, pues como señala Foucault (2014), una de las características asociadas a la anormalidad es el peligro social que “los anormales” suponen para los “normales”.

Como señala Sabido (2009) “lo extraño” alude a una condición o experiencia, la experiencia de la extrañeza y las atribuciones de sentido a tales conocimientos tienen un referente socio-histórico en donde las realidades “extrañas” pueden presentarse como configuraciones que se encuentran más allá de la normalidad. En este

sentido, “la conversión de un Otro en extraño conjuga la experiencia subjetiva con ciertos mecanismos de construcción social” (2009: 29), según determinado “horizonte de familiaridad” que es el conjunto de marcos interpretativos que permiten inteligir el mundo.

Este horizonte de familiaridad comprende un orden moral referido a reglas, que genera las expectativas de trasfondo utilizadas como esquemas de interpretación, y que les permitirán aprobar o sancionar a las personas con quienes se establece relación, así como clasificarlas. La persona “extraña” lo es con base en su relación con las demás, quienes a partir del orden moral, exigen 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) y el diagnóstico mental en sí mismo constituye un signo de desviación. En la medida en que el comportamiento anormal y la identidad se establecen a partir de las relaciones interpersonales, la persona “extraña” lo es en tanto es definida como tal por las personas con quienes se relaciona.

El extrañamiento supone que el grupo identifica un “motivo de desigualación” (Sabido, 2009), en este caso, la desigualdad deriva el diagnóstico de trastorno psicológico, que coloca a la persona en una posición diferente debido a las expectativas culturales acerca de la anormalidad, así como al cambio en su posición en la estructura social, pasando de respetable a desacreditable y por ello a una posición de subordinación con respecto al grupo normal. A partir de esta “desigualación” la persona diagnosticada se convierte en “extraña” para el grupo, pues si bien mantiene la proximidad con el grupo en tanto ha formado parte de su trayectoria, ahora se halla más alejado por la diferencia que le separa del resto. La distinción entre los miembros del grupo y el individuo diagnosticado produce así una experiencia de extrañeza que modifica las condiciones de la cohesión grupal e inclusive puede incidir en la identidad del grupo.

Para Simmel (1927: 305) la “extranjería” tiene una connotación negativa, por lo que el extraño se encuentra próximo al grupo pero manteniendo cierta lejanía porque, por sus cualidades, le es negada la membresía al grupo. Para Schütz (1974) el extrañamiento puede surgir por un forastero, pero también cuando una persona ausente regresa al hogar, aunque haya compartido el pasado con el grupo, ha perdido significados compartidos por su ausencia; en este caso son los significados compartidos lo que hace la distinción para quien regresa, pues estos significados han cambiado y la persona ha perdido un lapso temporal. Para Schütz (2003), los significados configuran los supuestos necesarios para el pensamiento habitual, por lo que la posibilidad de que uno de los miembros no los comparta desata crisis entre los miembros del grupo.

En el caso de las personas con diagnóstico de trastorno mental, lo que se pone en duda al interior del endogrupo es su capacidad de compartir los esquemas culturales y en consecuencia su eficacia para ajustarse a las normas y prácticas grupales. El cuestionamiento acerca de la eficacia para compartir los esquemas de interpretación del grupo y desarrollar las actividades cotidianas, supone una disrupción para la actitud natural de los miembros del grupo, lo que producirá tensiones con respecto a su calidad como miembro.

La persona diagnosticada ha compartido el pasado y tiene la membresía en el grupo, lo que le confiere proximidad, pero el diagnóstico del trastorno le dota de una desigualdad con respecto a los demás, lo que produce extrañamiento y, por los imaginarios en torno a las enfermedades mentales, su extrañeza tiene una connotación negativa que le aleja del grupo, la persona puede ser percibida como “irracional”, “peligrosa” o simplemente como incompetente para gestionar los asuntos cotidianos de la vida social y grupal. La etiqueta de esta diferencia, concebida por el grupo como anormalidad, enfermedad o discapacidad, imposibilita la posición de proximidad, que se encuentra basada en la comprensión mutua.

Esta nueva etiqueta modifica la posición de la persona al interior del grupo pero, en tanto la identidad se define a partir de relaciones interpersonales, afecta también la forma en que la persona se define a sí misma y consecuentemente el tipo de roles y estrategias que adopta en el ámbito social más allá de los grupos a los que pertenece; la persona recurrirá a los roles disponibles según la etiqueta de “anormal”, adoptando estrategias sociales acordes con los estereotipos disponibles que funcionan como tipificaciones para su comportamiento. Así, lo que la persona debería ser queda ahora regulado por las expectativas, personales y grupales, de los límites a la actuación personal que se espera (como expectativa) el trastorno impone. Con estos nuevos límites para el comportamiento y las estrategias de acción, la persona se aleja del ideal de lo que “debería ser”, esto es, la “identidad social virtual”, con lo que la “identidad social real” confronta una tensión de consenso entre la persona etiquetada como diferente y el endogrupo.

Para Goffman (2006), la “identidad social virtual” es lo que la persona debería ser, mientras que lo que la persona es constituye su “identidad social real”, cuando existe una distancia grande entre ambas identidades, entonces se considera que la persona está “estigmatizada”. El estigma supone que el individuo acepta la etiqueta, pero también que incorpora el punto de vista de “los normales” con lo que adquiere las creencias relativas a su identidad desde el punto de vista del resto de la sociedad. De esta manera, el endogrupo y el exogrupo presentan al individuo estigmatizado una

identidad del yo, que resulta del consenso entre la persona y aquellos con quienes se relaciona, pues la identidad social real es validada en las relaciones interpersonales.

Elias (1998; citado en Sabido, 2009) indicó que el respetable puede convertirse en marginado, y tal es el caso de la persona etiquetada como anormal o desviada por ser diagnosticada con trastorno mental. La persona, ya sea desacreditable o desacreditada (Goffman, 2006) ahora se encuentra al margen del endogrupo como extraña, y su identidad se enfrenta a la tensión entre quien considera ser, quien las personas que le son cercanas validan que es, y los discursos sociales que prescriben expectativas para las personas con padecimientos mentales, basados en traducciones pobres del conocimiento construido por la psicopatología científica.

Así, el extrañamiento da paso a la estigmatización de la persona, lo que conlleva que el diagnosticado adopte la perspectiva de los demás acerca de la definición de su *Yo*, con una visión negativa de sí mismo y una identidad social deteriorada, en tanto es una identidad extraña, diferente, e inclusive ineficaz para gestionar los asuntos cotidianos. Garfinkel (2006) establece que toda sociedad controla cualquier transferencia que realice una persona de un estatus a otro, en tanto la “actitud natural” es moral, compartida por el grupo social basada en imaginarios sociales, la definición de la identidad personal posterior al diagnóstico de un trastorno psicológico estará normada por los grupos sociales a los que pertenezca la persona, de modo que los procesos de extrañamiento y estigmatización incidirán tanto en su etiquetamiento como en la validación de su identidad.

La persona diagnosticada y los miembros de su endogrupo, co-construyen el conocimiento en torno al trastorno mental, sobre la base de las experiencias cotidianas, el extrañamiento y estigmatización, y el supuesto de trasfondo moral que comparten las categorías de la psicopatología científica, que es el de la discapacidad social de las personas con padecimientos psicológicos o emocionales. De este modo, el diagnóstico como profecía que se cumple a sí misma resulta de la enajenación del endogrupo debida al extrañamiento, el estigma y las prescripciones sociales basadas en la traducción de los conceptos de la psicopatología científica divulgadas por expertos (y posteriormente por no expertos también) del campo de la psiquiatría y la psicología.

Discusión y Conclusiones

Si bien en este artículo se propone la exploración de los mecanismos de divulgación y extrañamiento como los procedimientos que vinculan la transición de la identidad respetable hacia el estigma social de personas diagnosticadas con trastornos mentales,

ello no implica que en todos los casos de diagnóstico se presente el estigma. El endogrupo puede servir como factor protector y de apoyo para la persona diagnosticada, o bien ésta puede ser resiliente y rechazar las etiquetas negativas de la identidad. Aunque en este artículo no se exploran estas alternativas, pues se centra en los casos en que el estigma se presenta, es necesario señalar que existen estas (y quizás otras) alternativas en la construcción de la identidad después de recibir un diagnóstico psicológico.

La posibilidad de transformación de la identidad tiene, en lo que a la salud mental se refiere, un lado positivo y uno negativo. En el lado positivo, la identidad puede ser guiada a una visión positiva de sí mismo, en el polo negativo, la patologización en etapas posteriores de la vida, en cualquier ámbito institucional o relacional, puede llevar a una imagen socialmente deteriorada y a una visión negativa de sí mismo, al estigma. Aunque esta visión negativa también puede transformarse, implica mayor desgaste y problemas de ajuste e integración social, por cuanto la definición del individuo como "anormal" se presenta no sólo en instituciones sociales mayores, sino en los propios grupos de pertenencia.

Los conceptos propuestos por la psicopatología científica permean no sólo a las ciencias sociales

sino también a la sociedad, por lo que pueden servir como fundamento para la estigmatización de las personas, al proveer etiquetas valoradas con autoridad epistémica, por lo que los fenómenos de estigmatización asociados al diagnóstico clínico mental son consecuencias indeterminadas, efectos no buscados, de los conceptos científicos relacionados con los síndromes mentales.

Si bien el estigma de las personas diagnosticadas con trastornos mentales puede ser un efecto no buscado de la construcción del conocimiento de la psicopatología científica, ello no exime la responsabilidad de las personas dedicadas a este campo de hacer explícitos los valores que funcionan como supuestos de trasfondo de las categorías diagnósticas, así como de la necesidad de enfatizar que los límites fácticos impuestos por este tipo de padecimientos depende también de valores sociales y mecanismos sociales de integración.

En la medida en que haya un mayor cuidado en la forma en que se transmite la información correspondiente a la psicopatología científica, con vigilancia epistemológica por parte de quienes construyen el conocimiento y quienes lo difunden, existirá mayor posibilidad de que el diagnóstico psicológico no resulte en el estigma y la visión negativa de la identidad.

Referencias

- Beck, U. (2012). *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*. Barcelona: Paidós, pp.37-97.
- Becker, H. (2010). *Outsiders. Hacia una sociología de la desviación*. Argentina: Siglo XXI.
- Berger, P. y Luckmann, T. (1997). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Berrios (2008). *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México: Fondo de Cultura Económica, pp.25-59.
- Bourdieu, P. (2003). *El oficio de científico*. España: Anagrama.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. y Passeron, J. (2003). *El oficio de sociólogo*. México: Siglo XXI.
- Elster, J. (1998). "A plea for mechanisms". En: P. Hedstrom y R. Swedberg (Eds.), *Social mechanisms: an analytical approach to social theory* (pp. 45-73). Cambridge: Cambridge University Press.
- Foucault, M. (2014) *El poder psiquiátrico*, México: Fondo de Cultura Económica.
- Fried, D. (1992). Hacia una terapia de lo emergente: Construcción, complejidad, novedad. En: McNamee, S. & Gergen, K. (1996) (Comps.), *La terapia como construcción social* (pp.253-274). España: Paidós.
- García, A. (2013). *Giddens y Luhmann: ¿opuestos o complementarios? La acción en la teoría sociológica*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Azcapotzalco.
- Garfinkel, H. (2006) *Estudios en etnometodología*, México: Anthropos.
- Girola, L. (2005). Tiempo, tradición y modernidad: la necesaria re-semantización de los conceptos. *Sociológica*, 20(58), 13-52.
- (2011) Historicidad y temporalidad de los conceptos sociológicos. *Sociológica*, 26 (73), 13-46.
- (2012) Representaciones e imaginarios sociales. Tendencias recientes en la investigación. En: De la Garza, y Leyva (Eds.), *Tratado de Metodología de las ciencias sociales: perspectivas actuales* (pp. 441-468). México: FCE.
- Goffman, E. (2006). *Estigma la identidad deteriorada*. México: Amorrortu.
- Hernández, J. (2013). *Epistemología y Sentido común*. México: Universidad Autónoma Metropolitana- Azcapotzalco.
- Hacking, I. (2001). *La construcción social ¿de qué?* Buenos Aires: Paidós.
- Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006). *Psicopatología*. Barcelona: UOC, pp.13-50.
- Keeley, J., Morton, H. y Blashfield, R. (2015). "Classification". En Blaney, P., Krueger, R. y Millon, T. (2015). *Oxford textbook of psychopathology* (pp.42-70). Estados Unidos: Oxford University Press.
- Maffesoli, M. (1990). *El crisol de las apariencias: Para una ética de la estética*. España: Siglo XXI.
- Millon, T. (1981). *Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de las disfuncionalismos*. España: Salvat, 1ª reimpresión, pp.1-81.
- Piron, F. y Varin, T. (2015). El caso Séralini y la confianza en el orden normativo de la ciencia. *Sociológica*, 30(84), 231-274.
- Sabido, O. (2009), El extraño. En: León, E. (Ed.), *Los rostros del otro. Reconocimiento, invención y borramiento de la alteridad* (pp.23-57). Barcelona: Anthropos- CRIM.
- Schütz, A. (1974). *Estudios sobre teoría social*, Buenos Aires: Amorrortu.
- (2003) *El problema de la realidad social*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Vayreda, A., Tirado, F. y Domènech, M. (2005). Construcción social, narratividad y simetría. En Limón, G. (Comp.), *Terapias postmodernas. Aportaciones construccionistas* (pp.141-165). México: Pax.
- Watzlawick, P. (2010). Profecías que se autocumplen. En: Watzlawick, P. (Comp.) *La realidad inventada ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* (pp.82-98). España: Gedisa.