

279



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

CONVERSACIONES EN UN HOSPITAL PSIQUIATRICO:  
CONSTRUYENDO LA LOCURA.

T E S I S

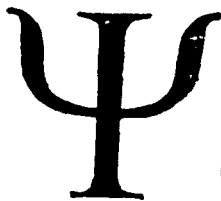
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

JUAN ANTONIO YAÑEZ ROSADO

DIRECTORA DE TESIS. MTRA. MARIA DE LA LUZ JAVIEDES ROMERO



MEXICO, D. F.

JULIO DEL 2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTOS.

Mi mas sincero agradecimiento a la Maestra Maria de la Luz Javiedes Romero por toda su confianza, paciencia y dedicación; las palabras no son suficientes para expresar lo que significó el contar con su atención desinteresada durante todo este tiempo. De igual manera, agradezco a los profesores Claudette Dudet Lions, Blanca Reguero Reza, Emily Ito Sugiyama y Pablo Fernández Cristlieb por todas sus valiosas observaciones

Agradezco también el apoyo otorgado por el Programa de Becas para Tesis de Licenciatura (PROBETEL), de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su contribución fue por demás significativa para la culminación de este trabajo

Agradecimientos muy variados para la familia ("papi" y "mami" incluidos), a los puercos, a los compañeros y amigos de la universidad, los que estuvieron cerca y los que ya no están, a los que me caen gordos, a los "pasantuchos" de psicología del hospital, especialmente a Gezabel, mi cómplice, compañera, critica y correctora de estilo, a la H Fundación Romero y sus sucursales en Asia y Europa, a la beca familiar, a Mario y Jazmin, a la señora Bety, a gato, a Juan Antonio Zorrilla por su amistad y por facilitarme material valioso, a los consejos de Mónica Vázquez, y en general, a todos aquellos con quienes por una u otra razón, me he encontrado a lo largo del tortuoso camino de la insatisfacción continua. Tengo ahora la certeza, de que ha valido la pena.

Finalmente, un especial agradecimiento a todas las personas cuyos relatos se citan a lo largo de esta investigación, muchas gracias por compartir conmigo parte de su experiencia, por su confianza y por la calidez demostrada durante todo el tiempo que pasamos juntos

## RESUMEN

Con base en los supuestos básicos según los cuales la realidad tiene un carácter dinámico y que el conocimiento que se tiene de ella es una construcción social, esta investigación se da a la tarea de introducirse en el contexto de un Hospital Psiquiátrico a fin de abordar bajo la perspectiva de la psicología discursiva, diversas formas a través de las cuales, familiares de pacientes marcados bajo el diagnóstico de Esquizofrenia, hacen de esta enfermedad un *hecho* presente en su experiencia diaria; *hecho* que por tanto son capaces de describir y hacer inteligible a lo largo de una conversación. Partiendo del marco analítico que la psicología discursiva ofrece, se analiza la organización retórica de discursos obtenidos de seis entrevistas abiertas, dando cuenta de aquellas vías por las cuales esta gente argumenta la existencia misma de la enfermedad al mismo tiempo que lleva un discurso específico a la acción donde identidades ligadas al pensamiento de una salud/enfermedad se ponen en juego y son negociadas dentro de la interacción comunicativa. Así, se observa que el despliegue de categorías ligadas a un discurso médico científico y el uso de un *posicionamiento* donde la responsabilidad de un veredicto de salud o enfermedad del paciente es otorgada a una agencia externa como es la autoridad psiquiátrica, fungen como recursos discursivos fundamentales que los familiares integran a su lenguaje cotidiano, para hacer de la Esquizofrenia una *realidad* libre de toda duda. Dado un contexto donde discursos científicos y discursos legos confluyen, resalta un proceso donde explicaciones formales en torno a la problemática de los pacientes rebasan las fronteras de la ciencia para insertarse en un sentido común, constituyendo marcos interpretativos donde la categorización entre lo sano y lo enfermo cobra un papel central. Así, al abordar temas como son la anormalidad, la enfermedad mental o la Esquizofrenia desde un enfoque discursivo, se tocan aquellas formas de vida que son perpetuadas; lo cual conlleva hacer una reflexión acerca de la importancia del tener acceso a un nivel de análisis donde aquellos lenguajes con los que se describen los *hechos* del mundo, tienen relevancia en cuanto a las maneras en que la gente experimenta éste.

# INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
 <b>CAPITULO UNO.</b> <b>PSICOLOGÍA SOCIAL Y CONSTRUCCIÓN DE HECHOS.</b>	
<b>I. ANTECEDENTES EPISTEMOLÓGICOS.....</b>	<b>6</b>
1) Psicología científica .....	6
2) Psicología social crisis y replanteamiento.....	8
3) El giro lingüístico .....	15
4) Una realidad construida .....	17
 <b>II. HACIENDO PSICOLOGIA SOCIAL.....</b>	 <b>20</b>
1) Del conocimiento formal a sentido común: la acción conjunta como dominio de análisis.....	22
2) La ideología viva .....	23
3) El análisis del discurso .....	25
4) La psicología discursiva .....	27
 <b>III. LA CONSTRUCCIÓN DE HECHOS .....</b>	 <b>32</b>
1) El hecho constitutivo de "lo real" .....	32
2) Categorización y acreditación .....	35
3) Esto fue lo que sucedió .....	39
 <b>CAPITULO DOS.</b> <b>LOCURA, DISCURSO Y COTIDIANIDAD.</b>	
<b>I. LA LOCURA EN SU CARÁCTER DISCURSIVO .....</b>	<b>45</b>
1) Modelos formales .....	46
2) Locura, lenguaje y conocimiento de sentido común .....	51

3) Normalidad, patología e ideología.....	53
---	----

<b>II. LA MEDICALIZACION DEL DISCURSO.....</b>	<b>56</b>
--	-----------

<b>III. EXPLICACIONES POPULARES: DIFERENTES APROXIMACIONES A UNA LOCURA CONSTRUIDA.....</b>	<b>62</b>
---	-----------

**CAPITULO TRES.**

**CONTEXTO Y HERRAMIENTAS METODOLOGICAS.**

1) Planteamiento del problema.....	74
2) Justificación.....	75
3) Preguntas de investigación.....	77
4) Tipo de estudio.....	78
5) Contexto.....	78
6) Los entrevistados.....	81
7) Obtención y análisis del discurso.....	83

**CAPITULO CUATRO.**

**EL DISCURSO, LAS DESCRIPCIONES Y LA RETORICA DE LO ANORMAL...86**

Caso 1.....	88
Caso 2.....	98
Caso 3.....	104
Caso 4.....	112
Caso 5.....	118
Caso 6.....	125

**CAPITULO CINCO**

**UNA ENFERMEDAD QUE SE ARGUMENTA: REFLEXIONES FINALES.....134**

<b>Bibliografía.....</b>	<b>151</b>
--------------------------	------------

**¿Cuándo puede comenzar nuestra felicidad?. Cuando tengamos la certeza de que la verdad no puede existir. Todas las modalidades de salvación son posibles a partir de entonces, incluso la salvación gracias a la nada. A quien no cree en la imposibilidad de la verdad, o quien no se regocija con ella, sólo le queda un camino de salvación, el cual, por lo demás, nunca encontrará.**

**E. M. Cioran**

## INTRODUCCION

Para comenzar, y como pudo ya haber sido advertido en el título, el presente trabajo voltea la mirada hacia un campo usualmente concerniente a las ramas clínicas de la psicología, la psicopatología y en general a todo lo relacionado con el campo de acción de las especialidades en salud mental. Sin embargo, es desde la psicología social como investigación básica, que se intenta una nueva lectura de aquellos *hechos* que dan vida y legitimidad a las prácticas de atención y enfrentamiento de aquello que llamamos enfermedad mental. En una manera más específica me referiré a *hechos* como lo es la Esquizofrenia en sus distintas categorías diagnósticas, *hechos* que conforman la piedra angular del proceder del experto dentro de cierta formación teórica, *hechos* que existen también en la vida de la gente ajena a todo aquel campo de conocimiento científico en torno a la salud/enfermedad mental.

Al concebir algo como un *hecho*, con frecuencia damos por sentada su existencia dentro de un mundo independiente de interpretaciones personales. Ahora, esta investigación pretende abrir las puertas a este tema, ubicándolo en el campo de la existencia misma de un fenómeno específico como lo es la enfermedad mental. El hablar desde un principio de aquellos *hechos* de la vida y nuestro proceder en relación a ellos, conlleva a adentrarse en una reflexión acerca de la naturaleza de la realidad misma. Es por ello que lejos de partir de una epistemología que asuma la existencia de una realidad única y externa a la gente que vive dentro de ella, se da el salto dentro de un marco cada vez más presente dentro de la investigación social que es la visión construida del mundo.

Así entonces, en forma más específica, para lograr lo que es el abordaje de la Esquizofrenia como un objeto construido socialmente, se recurre al marco epistemológico metodológico propuesto por la *psicología discursiva* (Edwards y Potter, 1992), desarrollo británico que tiene la característica esencial de centrar su análisis en aquellas formas por las cuales la realidad inserta en el lenguaje es llevada al plano de la acción social en la vida cotidiana. Con base en esta aproximación, se estudia entonces aquello que se dice en torno a la enfermedad de pacientes psiquiátricos, dando un viraje de una visión representacionista del lenguaje, a una en donde la



realidad es argumentada y construida con base en posturas específicas que dan cuenta de los hechos que conciernen a la gente en su interactuar diario

Que en el título de la investigación se haya elegido la palabra *locura* cuando lo que se aborda es la existencia de una enfermedad mental llamada Esquizofrenia, viene dado por la postura inicial donde se asume que el diagnóstico como construcción social no es sino una forma de ver un fenómeno por parte de una comunidad de expertos. Ya en décadas anteriores, Michel Foucault (1964) había abordado la locura y su historicidad como producto de discursos institucionales y su asentamiento como ontología dentro del dominio científico del saber médico. Ahora, sin desligarse de esta noción básica, se aborda la construcción del discurso en el momento mismo de su ocurrencia, cuando se habla en torno a aquel objeto llamado *Esquizofrenia*.

En una visión general respecto a la forma en la cual está organizada esta investigación, se dirá que el capítulo uno, está encaminado a abordar nociones esenciales en cuanto a la concepción construccionista de la realidad, sus implicaciones dentro del campo de la psicología social y el posterior desarrollo de la versión retórica discursiva. A fin de lograr un mejor entendimiento del terreno del que se parte, en esta sección resulta necesario contrastar aspectos esenciales del construccionismo social con la visión positivista clásica. Nociones básicas en cuanto a la *realidad* y el *conocimiento* de ésta son vinculadas al desarrollo positivista de la psicología social y al replanteamiento de ésta que se gestara conjuntamente con el movimiento posmoderno dentro de las ciencias sociales. La psicología discursiva, como se verá en su debido tiempo, retoma planteamientos básicos de fuentes diversas para conformar una propuesta más cercana a los terrenos de una microsociología asentada dentro de campo de análisis fenomenológico de la interacción cotidiana. A partir de ello, el estudio del lenguaje en su función pragmática resulta un terreno por demás importante para abordar aquellas formas con las cuales las descripciones son formuladas de maneras en las que parecen dar cuenta del mundo *tal y como es*.

En el capítulo dos, son manejados aspectos relacionados con el saber en torno a la enfermedad mental, vista como una construcción social. Primeramente, se aclara la postura de la psicología discursiva respecto a aquella tomada en décadas anteriores por Foucault. Así,

asumiendo el carácter discursivo de aquellas teorías formales que han abordado lo relacionado con el comportamiento anormal, la locura o patología mental, se vincula a este tipo de discursos con el saber cotidiano; esto es, con aquellas formas de las que se vale la gente para dar cuenta de la *locura* del paciente psiquiátrico. Es entonces la relación entre *teorías formales* y *teorías legas*, un punto esencial para ubicar las formas en las que los discursos son construidos, las acciones que estos hacen posibles, así como las posibles implicaciones que puede tener el uso de lenguajes específicos que explican la anormalidad patológica. En esta sección se abordan de igual manera varias investigaciones que involucran el pensar la enfermedad mental dentro de un sentido común, aunque éstas no comparten las características propias de este trabajo, si es posible visualizar ciertas maneras en las cuales la gente es capaz de detectar, categorizar y explicar aquello a lo que la institución psiquiátrica suele otorgar un diagnóstico. Como se verá, enfermedad, anormalidad y locura no han de verse de ninguna manera desligadas, dada la relación continua entre distintas formas de hacer inteligible un hecho que hace confluír los mundos del psiquiatra y su clientela.

El capítulo tres, asienta la investigación en lo relacionado al contexto y metodología. Cabe mencionar que en esta perspectiva, la situación contextual cobra especial importancia debido a que una de las premisas claves por las cuales se aborda la construcción de hechos, es que los discursos se conforman de descripciones, siendo estas formuladas de una manera tal que se procura la inteligibilidad entre los participantes y la realización de acciones específicas dentro del contexto mismo en que estas ocurren. Así entonces, dentro de una línea de investigación cualitativa, se aborda el análisis de entrevistas abiertas en torno a *la locura del paciente psiquiátrico*, vistas estas como un espacio donde entrevistador y entrevistado conversan y despliegan un cúmulo de recursos lingüísticos que procuran la inteligibilidad de aquel hecho presente en la experiencia del familiar que emite un relato. Mediante la entrevista abierta y el posterior análisis de los discursos recolectados con base en categorías de análisis derivadas de la postura que la psicología discursiva asume ante la función pragmática del lenguaje, se aborda entonces la construcción de la locura de pacientes diagnosticados como Esquizofrénicos, dentro de conversaciones dadas en un contexto psiquiátrico institucional.

Para el capítulo cuatro, se abordan ya conversaciones con seis personas que acuden al Hospital Psiquiátrico como familiares que acompañan a sus pacientes. Considerando una construcción retórica de las descripciones mediante el empleo de recursos (por ejemplo: categorizaciones, posicionamiento, entre otros) que procuran la consumación de acciones socialmente orientadas dentro del discurso, se analizaron extractos específicos de las conversaciones donde el familiar describe al paciente o da cuenta de eventos relacionados con su experiencia con este. Para una mejor comprensión de esta sección, resulta necesario tomar siempre en cuenta la base epistemológica de la que se parte, así como las categorías específicas de las que parte el análisis (ver capítulo tres)

Así entonces, tras la exposición de cada uno de los seis casos, se procede ya dentro del capítulo cinco a manejar las explicaciones de los familiares dentro de un panorama más global e integrador donde se hace una reflexión acerca de aquellas formas por las cuales estas personas explicaron la enfermedad de su paciente, como hicieron inteligible a su discurso y a sí mismas. De igual forma, se argumenta en torno a la relación entre la construcción de la locura del paciente como una enfermedad llamada Esquizofrenia y el contexto en que son emitidas las descripciones. De la reflexión antes mencionada saltan a la vista cuestiones interesantes, y es que la construcción de la anomalía vista como patología mental ha de verse estrechamente ligada al proceso de enseñanza que la Institución procura para con los familiares de los pacientes Esquizofrénicos. Recursos discursivos van a confluír entonces dentro de un marco ideológico que se vive y se recrea dentro de las actividades diarias del Hospital Psiquiátrico. A grandes rasgos puede decirse que el estudiar el discurso de la enfermedad mental, conlleva a considerar la relación de este con la constitución de identidades ligadas a un pensar la salud-enfermedad

Si bien el presente trabajo no intenta armar una crítica contra la institución psiquiátrica, resulta inevitable hacer una reflexión en torno a las formas de vida y las identidades de los protagonistas de la historia que se cuenta. Se trata de formas de explicar la vida dentro de una categorización social entre *sanos* y *enfermos*, formas de vida que se recrean y se refuerzan dentro de un modelo de intervención que da especial importancia a la expansión de un *pensar la locura*

*como enfermedad mental*, hacia aquella población a la cual se le proporciona un servicio de atención psiquiátrica.

Cabe igualmente mencionar que aunque la investigación aborde un objeto de estudio como lo es la locura o enfermedad mental, en ningún momento se pretende formular explicaciones en torno al origen o evolución de tal fenómeno. El interés radica entonces, en los lenguajes que le hacen cobrar vida dentro de las relaciones humanas. Asimismo, tampoco se pretende hacer de este trabajo un modelo representativo de las formas en que la locura se construye socialmente, aquello que de esta investigación se deriva, cobra validez en cuanto al argumento que conforma la investigación en sí dentro de su contexto, esperando entonces la introducción de los presentes argumentos dentro de la discusión continua que implica la investigación social.

# CAPITULO UNO

## PSICOLOGÍA SOCIAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE HECHOS.

### I. Antecedentes epistemológicos.

#### 1) Psicología científica

Para comenzar, este primer capítulo se encamina a poner en claro el contexto del que ha de partir este trabajo, para ello se hace una breve reseña acerca de cuestiones epistemológicas esenciales. Es preciso antes que nada, sembrar el terreno en el cual se asienta el modelo analítico desde el cual se aborda la existencia misma de un hecho como lo es la locura, la anormalidad, el padecimiento mental, para ello hay que centrar la atención a lo que hasta nuestros días se ha hecho dentro del quehacer científico en psicología

Viéndola desde un panorama amplio, puede decirse que la psicología científica del siglo XX se desarrolló con base en sólidos anclajes dentro de dos tradiciones de pensamiento occidental: el empirismo y el racionalismo (Gergen, 1996). A partir de estas dos corrientes de pensamiento se desarrollaron las escuelas conductual y cognoscitivista principalmente, las cuales con el paso del tiempo fueron adquiriendo una enorme fuerza. Para comprender mejor como es que ha sucedido tal cosa, resulta útil echar mano de lo que Gergen llamó *el núcleo de inteligibilidad de la psicología*. El discurso que ha fungido como el sustrato en el que se justifica la psicología como ciencia se ha valido de medios auxiliares que son, su metateoría o las bases filosóficas (el empirismo lógico) y su metodología empírico experimental la cual fue respaldada por su enorme tradición de éxitos obtenidos en el ámbito de las ciencias naturales.

Los núcleos de inteligibilidad pueden coexistir con relativa independencia, pueden estar relacionados unos con otros, prestarse apoyo o bien pueden actuar como plenas confirmaciones recíprocas cuando no son antagonistas. A la vista de Gergen, durante la primera mitad del siglo XX existió una alianza estrecha entre las teorías psicológicas tanto a nivel teórico como de metateoría (conductismo + método experimental + empirismo lógico). Con el transcurrir del tiempo se produjo una importante transformación que llevo a desplazar a una base teórica

conductista por una cognoscitiva que sin embargo continuó sentada sobre las mismas bases a nivel de metateoría y método.

Centrando un poco la atención en las base metateórica que representa el empirismo lógico para la psicología, nos topamos con dos conceptos fundamentales que son *Realidad y Conocimiento*. El hablar acerca de estos dos términos en primera instancia nos remite a pensar en toda una base ideológica que el quehacer científico ha heredado del pensamiento moderno. A principios del siglo XX los filósofos, siguiendo una línea positivista en pleno auge, establecerían las reglas básicas para la generación de un saber objetivo. Dentro de estas líneas de pensamiento se ha considerado la existencia de una realidad ordenada, regida por leyes universales, una realidad aprehensible, de manera que para acceder a ella es preciso hacer uso de la razón.

Mediante el método científico, resulta posible llegar a descubrir aquellas leyes universales, por lo cual, el conocimiento derivado de éste es considerado como objetivo, es entonces un conocimiento tolerado por la realidad misma, por lo dado o lo que queda fuera de toda duda. Realidad y verdad sólo existen en tanto un enunciado corresponde o representa a un objeto. Es entonces la verdad de un enunciado general, la función de verdad de los enunciados singulares que lo conforman, los cuales están determinados por una verdad directa. La esencia del conocimiento está en la generalización, en el establecimiento de uniformidades y el establecimiento de leyes universales válidas para todos los objetos de una clase dada.

Los partidarios del empirismo lógico en particular, sostuvieron que las ciencias debían fundarse sobre rigurosos procedimientos racionales y observacionales, además de poseer la certeza de que si las reglas metodológicas aplicadas en áreas como la física, la química se hacían extensivas a otros campos, el mundo podría ser liberado de todo aquel saber erróneo y místico. Esto mismo se encuentra íntimamente relacionado con un enfoque individualista del conocimiento, dicho de otra manera, la mente individual ha sido tradicionalmente el lugar base de donde surge la explicación, no sólo en psicología sino también en otros campos como la filosofía, sociología, etc.

Era la época del orden y la razón, en donde la promesa utópica de una sociedad mejor se mantenía encendida con base en la confianza en el conocimiento derivado del accionar sistemático y desinteresado de las ciencias. La psicología por su parte, impregnada desde sus inicios por este pensamiento moderno en pleno auge y por el acelerado desarrollo de las ciencias en pro del progreso, se dio a la tarea de proporcionar explicaciones objetivas de amplio alcance acerca de la conducta humana. Ya se mencionó la gran influencia que alcanzaron las escuelas conductual y cognoscitiva al establecer relaciones funcionales entre el sujeto psicológico y su mundo circundante, mundo que funge dentro de estas perspectivas como un detonante para la producción de procesos psicológicos básicos

## 2) Psicología social: crisis y replanteamiento

En cuanto a la psicología social, ésta de igual manera se había desarrollado dentro de un plano que bien puede llamarse orgullosamente "científico"; de manera que al igual que en otras áreas de la disciplina, los investigadores seguían (y en muchos contextos siguen) la idea general de que los procesos psicológicos "básicos" son universales, eternos y que es posible aplicar estos indiferentemente del contexto o cultura. Además de ello, los psicólogos sociales se valieron de metodología empírica como la experimentación controlada a fin de descubrir postulados universales y acumular así el acervo de conocimiento relacionado a la conducta social. Así, dentro de esta línea experimentalista podrían mencionarse estudios ahora clásicos sobre atribución, actitudes y disonancia cognoscitiva

La psicología social se encaminó entonces dentro de un campo positivo-experimental principalmente, hasta que llegaron los años sesentas, década caracterizada por ser una época de enormes cambios sociales ante los cuales la psicología social naturalmente no podía quedar al margen. Fue entonces cuando se gestó la tan citada "*crisis de credibilidad*", cuando aquellos cuestionamientos hacia la escuela americana tan comprometida con un modelo sociocognitivo cobraron fuerza hasta llegar al grado de lograr dentro de la disciplina una nueva actitud de autoanálisis que llevó a que en décadas posteriores, la psicología social caminara por dos vías (Collier, 1992) una encaminada a la revisión y otra que se dio a la tarea de lograr una completa

reestructuración de la disciplina, especialmente en lo relativo a sus métodos. Fue la crisis de una metateoría positiva que en su momento se vislumbró como un verdadero desafío a la escuela americana que hasta aquel entonces mantenía un papel preponderante dentro de la investigación en psicología social.

Ante aquel panorama, gente que en su mayoría provenía de escuelas europeas, se dio a la tarea de establecer un nuevo marco epistemológico que en definitiva desliga a la psicología de los parámetros positivistas que la modernidad había dictado. Cabe resaltar que este salto no se circunscribe a la psicología solamente, los años sesentas significaron el fortalecimiento de posturas alternas al conocimiento positivo, de manera que es preciso ver a este proceso como un movimiento global que se había venido gestando ya desde varias décadas atrás y que cobraría mayor fuerza entre los años setentas y ochentas. Llegamos entonces a un estadio "postempirista" dentro del desarrollo de las ciencias sociales, una época en que la nueva psicología social fue llevada a una apertura frente a un panorama multidisciplinar, donde los análisis cualitativos y lingüísticos asumirían un papel protagónico.

Ya en los años treinta, Mannheim (en Jiménez, 1997) se había propuesto estudiar cómo piensan los hombres realmente y no cómo el pensar aparece en los libros de lógica. De este tratado conocido como *Ideología y Utopía*, finalmente emergen conclusiones interesantes que en lo posterior cobrarían una enorme resonancia dentro del campo de la epistemología. "Únicamente en un sentido limitado el individuo particular crea por sí mismo las formas del lenguaje y de pensamiento que nosotros le atribuimos". Esta premisa llevada a un campo más extenso puede decirse que: 1) Los grupos sociales, a menudo, se organizan alrededor de determinadas teorías. 2) Los desacuerdos teóricos son, por consiguiente, conflictos de grupo. 3) Lo que consideramos como conocimiento es algo cultural e históricamente contingente.

Treinta años más tarde, Kuhn (en Gergen, 1996) manejaría una idea no muy lejana a la de Mannheim al señalar el papel que juegan las comunidades científicas en la determinación de qué se considera un problema legítimo o importante, qué sirve como evidencia y como se define



el progreso, al argumentar que no son los hechos los que producen un paradigma sino que es el paradigma el que determina lo que se entiende por un hecho.

Por otro lado, las ideas de Michel Foucault (en Ovejero, 2001), significaron un verdadero asalto a las concepciones tradicionales de razón y verdad. De principio, su pensamiento el cual siempre defendió una transdisciplinariedad entre las ciencias sociales, distingue entre ciencia, teoría e ideología. Este proporciona un marco en el que se maneja una concepción de *verdad* como "*local y transitoria*", como un producto social.

Foucault subraya los mecanismos que atienden a la producción de conocimientos y establece el estatuto material de los rituales a través de los cuales ciertos saberes se constituyen como dominantes y se imponen sobre otros. Basado en el estudio instituciones como las cárceles, los asilos o los psiquiátricos, da cuenta de las prácticas institucionales que constituyen mecanismos de producción de discursos cuya economía procura un acceso diferente entre los individuos al saber y la verdad (Ovejero, 2001). Así, instituciones como las antes mencionadas, en la medida que se han desarrollado a través de la historia, han producido paulatinamente discursos que han sido capaces de constituir nuevos objetos, los discursos son para Foucault, prácticas que de manera sistemática conforman estos objetos. Además de ello, los discursos pueden a su vez producir sujetos, puede decirse que las formas de hablar sobre los objetos se encuentran en una estrecha relación con identidades particulares. Con respecto a tales "identidades", Foucault no se refiere a éstas en un sentido psicológico, más bien se refiere a una "identidad" arraigada en los discursos que sustentan a una institución dada, el sujeto es de igual manera un producto de prácticas sociales y discursivas (en Ovejero, 2001). En opinión de Potter (1996), Foucault mantiene una postura muy cercana a la manejada por la nueva sociología de la ciencia en cuanto a la relación entre lo verdadero y las instituciones sociales. Junto con los postestructuralistas, su postura ante la construcción de hechos se caracterizó por su interés en cómo los discursos producen objetos o descripciones que parecen sólidos o evidentes.

Por su parte, Alfred Schutz sentó las bases para el desarrollo de lo que él llamó una *ciencia social interpretativa* en base al análisis de la vida cotidiana vista como un marco en el que los

actores sociales interpretan un mundo parcialmente compartido (en Hughes y Sharrock, 1987) En general, los objetos de pensamiento manejados por los círculos de las ciencias sociales se habían referido a objetos ya dados dentro de un pensamiento de sentido común, siendo entonces el pensamiento científico una amalgama de explicaciones de *segundo grado* respecto a explicaciones ya manejadas dentro de la sociedad misma. El mundo social para Schutz (1962), es vivido por personas que no tienen a priori ningún interés teórico para la constitución de su mundo; la gente en su vida diaria es capaz de captar la realidad de un mundo constituido por un universo de significados; un mundo intersubjetivo en donde las acciones son el resultado de interpretaciones y de los cursos de acción seguidos a éstas. La gente interpreta y comprende a los demás mientras es comprendida por los otros dentro de las actividades más corrientes de la vida cotidiana; la experiencia subjetiva del *otro* es inaccesible, sin embargo, presupuesta entre la gente. Dado que las ciencias sociales se caracterizan por su relación con el contexto mismo de la acción humana, Schütz propone reconocer el estudio de la *experiencia* del entendimiento cotidiano como objeto de estudio y medio para poner a disposición del investigador aquel nivel de intersubjetividad característico de las relaciones humanas.

Por otro lado, dentro del campo de la sociología de las ciencias se gestó una ruptura con un viejo paradigma que posteriormente fungiría como pilar fundamental para renovaciones posteriores en otros ámbitos. A diferencia de la escuela tradicional que reservaba su trabajo a postular un sistema social que explicara el desarrollo de las ciencias, la nueva sociología de las ciencias se encaminó a rebatir las bases epistemológicas fundamentadoras de la *verdad científica* así como en la argumentación de la idea de que la justificación del conocimiento científico no es otra cosa que un fenómeno psicosocial. De esta manera se conformaría una sociología preocupada por la naturaleza social del conocimiento científico y de las prácticas que lo constituyen. Berger y Luckman (1968), partiendo de esta misma idea e igualmente muy cercanos a lo anteriormente planteado por Schutz, propusieron acerca de la labor de la sociología del conocimiento

La gente común vive dentro de un mundo que para ella es real, teniendo diferentes grados de certeza acerca de las características que aquel posee, tomando en cuenta esto, la labor habría de centrarse en el estudio de las formas por las cuales las realidades se dan por conocidas dentro de

distintas sociedades. Ellos enfatizan la necesidad de considerar las variaciones empíricas del conocimiento, sin dejar fuera procesos por los que cualquier tipo de conocimiento llega a establecerse en el status de realidad; esto sin detenerse a pensar en la validez o invalidez de tales conocimientos.

Siguiendo dentro del campo de la sociología, cabe resaltar la aportación de Garfinkel (1967) y la Etnometodología, la cual causó en los sesentas un verdadero rompimiento con las escuelas durkheimianas clásicas. Esta nueva forma de hacer sociología heredó ciertos rasgos característicos de la fenomenología de Schutz al interesarse por las propiedades de la intersubjetividad tal y como las exhiben los actores sociales en el curso de su actividad cotidiana, así, una característica propia de tal postura fue el especial énfasis en los intercambios lingüísticos, ya sean dentro de ambientes académicos o de la vida diaria, lo cual significó la apertura de una brecha alterna dentro de la investigación sociológica.

A fin de explicarla en términos generales, diremos que el supuesto básico sobre el que parte el análisis de la etnometodología, supone la concepción de los hechos sociales como realizaciones prácticas, como el producto de una actividad continua, de esta manera, los actores que participan en un hecho social, toman parte activa en la definición de la situación durante sus intercambios. Se abre así un interés por los usos del lenguaje ordinario con el que se expresa la realidad social dentro del actuar continuo, analizando las creencias y los comportamientos de sentido común como componentes necesarios para toda conducta socialmente organizada (Coulon, 1987). En una forma resumida, puede decirse que hacer etnometodología implica *la búsqueda empírica de los métodos empleados por los individuos para dar sentido y al mismo tiempo realizar sus acciones cotidianas.*

Cabe mencionar ciertas nociones básicas de la etnometodología que a la larga resultarán esenciales para comprender los desarrollos posteriores que de ahí han de surgir. Cabe mencionar que Garfinkel adoptó nociones provenientes de otras áreas, logrando un lenguaje muy característico y rico en cuanto a su forma de abordar al lenguaje cotidiano.

Primeramente, está el concepto de *indexicalidad*. Se trata de un término adoptado de la lingüística que señala que aunque una palabra pueda tener una significación trans-situacional, esta asume una significación distinta en cada situación particular. El hablar de la indexicalidad del lenguaje implica referirse a todas las circunstancias que rodean a una palabra, acción o situación. Así, las palabras cobran sentido dentro de su contexto de producción e inclusive el ajuste de estas a su contexto no agota el potencial que pueda tener su significación.

El lenguaje natural es profundamente indexical, incluyendo a todas las formas simbólicas que lo constituyen como pueden ser los enunciados, los gestos o acciones. Estos comparten una franja de *no completamiento* en cuanto a sus significados; de manera que puede decirse que las situaciones sociales tienen una indexicalidad interminable. La indexicalidad de las expresiones es entonces lo que proporcionan un sentido y lo que proporciona inteligibilidad a nuestros intercambios sociales.

Por otro lado, tenemos a la noción de *reflexividad*, la cual supone la idea de que los individuos no utilizan las palabras solamente por su carácter descriptivo sino que estas, antes que nada, forman parte de acciones que a su vez se insertan dentro de secuencias de acción más amplias. En los intercambios cotidianos no se suele prestar atención al hecho de que a medida que se habla, se construye dentro de este mismo proceso el sentido y la racionalidad de lo que se hace en ese mismo momento. En otras palabras puede decirse que las descripciones se convierten en partes constitutivas de lo que se está queriendo describir. La reflexividad presupone entonces que las actividades que se llevan a cabo para producir y manejar situaciones, son idénticas a los procedimientos que se utilizan para hacer descriptibles éstas. Bien puede afirmarse que describir una situación es construirla, haciéndose equiparable entonces la comprensión y la expresión de dicha comprensión<sup>1</sup>.

La *accountability* es una noción especialmente importante. Louis Querre (en Coulon, 1987) señala dos características de ésta que son su carácter reflexivo y racional. Es reflexiva ya que la *accountability* de una actividad y sus circunstancias es un elemento que la constituye, por

---

<sup>1</sup> Garfinkel (en Coulon, 1987) llama *account* al soporte o vehículo de dicha equivalencia.

otro lado, es racional en el sentido de que ésta se produce metódicamente en la situación y en que las actividades cotidianas por lo general son inteligibles, pudiendo ser descritas y evaluadas

Así entonces, el mundo social es descriptible, inteligible, relatable y analizable y la posibilidad de que esto suceda se da precisamente en las acciones prácticas de la gente. Al describir un suceso cotidiano, se fabrica y se constituye el mundo y al hacer visible este mundo se hace comprensible la acción

Finalmente tenemos al llamado *método documental de interpretación*, noción tomada de Mannheim (en Coulon, 1987). Este puede verse en los procedimientos que la gente usa para comprenderse una a otra y para cuestionarse su mundo cotidiano. El "método" consiste en identificar dentro de una interacción, un "patrón" subyacente a una serie de apariencias, de manera que cada una sea tratada como "referente a", como "representativo de". Tal patrón ha de entenderse como aquello que es relatable, observable y descriptible (accountable), aquello que nos remite a un sentido y por lo tanto a un proceso de interpretación. El método documental de interpretación está relacionado con la noción que tiene Garfinkel acerca de la membresía, la cual no hace referencia a la existencia de una pertenencia social a grupos ya dados, sino que se refiere más bien, al manejo de un lenguaje común. Convertirse en un "miembro" supone afiliación a un grupo, categoría o a una institución lo cual requiere el manejo de un lenguaje común. De esta manera los "miembros" conocen lo implícito de sus conductas y aceptan rutinas dentro de su interacción, sin tener la necesidad de interrogarse acerca de lo que hacen. Los "miembros" emplean entonces patrones destinados a remediar el carácter indexical de sus expresiones, intentando sustituir estas por expresiones objetivas (Coulon, 1987) dentro de su contexto. Un miembro sería dentro de esta perspectiva, una persona dotada de aquellas herramientas que le permiten capaz de dar sentido al mundo que le rodea.

Así entonces, en la organización de una actividad como una conversación, constantemente se hace referencia a un patrón para comprender los detalles de esta. La gente por lo común busca patrones en el curso de sus conversaciones cotidianas, siendo el lenguaje, el medio natural por el que se exhiben y construyen éstos, de otro modo, las conversaciones no tendrían sentido. De

hecho, para autores como Garfinkel es posible llevar al método documental de interpretación al plano de la investigación social. Su uso puede verse manifiesto en muchas ocasiones, como por ejemplo, cuando el investigador retoma sus notas sobre una entrevista, o cuando hace un informe acerca de las respuestas de un cuestionario y tiene que hablar acerca de lo que la persona encuestada tenía en mente. El investigador echa mano de lo que "ha observado" para documentar un patrón subyacente.

Así bien, como puede verse tras lo anteriormente expuesto, la reacción ante a la visión moderna de las ciencias no fue algo nuevo, sin embargo, en medio del ajetreo cultural despertado en los años sesentas estas primeras voces se hicieron cada vez mas sonoras. Fue entonces que se gestó lo que ahora muchos conocen como el panorama *posmoderno*, periodo dentro del pensamiento occidental donde predomina un sentimiento de insatisfacción y cuestionamiento hacia el esquema empirista de las ciencias. En los años posteriores a la segunda guerra mundial, los ideales de una ciencia objetiva y desinteresada que caminaba en linea recta hacia el progreso, de alguna manera comenzaron a resquebrajarse, el por qué de una "crisis moderna" llevaría inevitablemente a una discusión que nos alejaria de los objetivos de este trabajo además de que ya innumerables autores han publicado y discutido respecto a este tema dentro de ambitos científicos y artisticos. Nos reservaremos entonces a señalar que ha de entenderse a esta llamada "*condición posmoderna*" como un proceso paulatino estrechamente relacionado con las condiciones socioculturales que se han generado dentro de un mundo altamente tecnificado, condiciones que a final de cuentas han germinado dentro de un clima de desconfianza en el proyecto de la modernidad imperante en la mayor parte del siglo XX.

### 3) El giro lingüístico.

Es posible que el rasgo más característico de tal posmodernidad tocante en las ciencias sociales sea su preocupación por los fenómenos del lenguaje, dado que en esta época de cambio, se presentó un completo replanteamiento de la naturaleza misma de éste y su papel en la vida social. Dicho giro lingüístico fue fundamentado entre otras cosas, en la postura planteada por Wittgenstein (en Jiménez, 1997), según la cual, el significado de las palabras no se deriva de los

objetos que supuestamente representan, sino de su posición dentro de los *juegos del lenguaje* Wittgenstein hace una analogía entre el lenguaje y los juegos que uno puede encontrarse en la vida cotidiana. Todos los juegos tienen reglas que el jugador debe conocer si quiere participar. Estas no son a priori sino convencionales pero su aplicación no lo es ya que no hay reglas universales y necesarias para todos los juegos existentes. Las reglas pueden ser cambiadas, pero una vez aceptadas, no pueden ser interpretadas según el capricho del jugador so pena de ser penalizado. Para Wittgenstein, en las reglas de los juegos del lenguaje sucede lo mismo. Las palabras cobran su significado en el seno del juego del lenguaje en el que se usan.

Por su parte, Derrida (1976, en Hughes y Sharrock, 1987) y el movimiento de la deconstrucción trabajaron una noción del *fenómeno social como un texto susceptible de ser leído en formas diversas*, a menudo contradictorias. La naturaleza misma del lenguaje procura la proliferación de distintas significaciones que se puede dar al texto, de lo cual se desprende que a diferencia de aquellos marcos que se encaminan a la unidad, el orden y la búsqueda de una sola lectura definitiva y verdadera, se fomenta desde este punto de vista la imposibilidad de determinar de manera concluyente el significado de aquello que es objeto de investigación.

El método de deconstrucción consiste entonces en permitir que el mismo texto revele su carácter indefinido e incierto, la deconstrucción resalta la falta de unidad y se encamina a descubrir hasta qué punto un texto se compone de elementos provenientes de otros textos. La deconstrucción avanza así, no hacia una resolución final y verídica, sino hacia la proliferación de distintas lecturas.

Esta nueva visión significó un viraje radical respecto a las concepciones tradicionales que se tenían del lenguaje y la investigación social. Anteriormente, con el fin de establecer una relación entre el lenguaje y la observación, en el seno del movimiento positivista se emitió el llamado "*principio de verificabilidad del significado*" que en resumidas cuentas sostiene que el significado de una proposición descansa en su capacidad de ser verificada a través de la observación. De esta manera, las ciencias adjudicaron al lenguaje la función de reflejar la verdad (Gergen 1996). Con base en este llamado giro lingüístico, el lenguaje no es más representación.

sino actividad. Wittgenstein otorga al lenguaje una función pragmática, fungiendo como una especie de "herramienta" con las que se construyen significados, lo cual conlleva a considerar a la relación social como la fuente de las palabras con las que finalmente construimos el mundo y por ende, el sustrato en donde ha de recaer el análisis. Así entonces, el significado de las palabras es determinado por el uso que hacemos de ellas (Jiménez, 1997)

Con los ejemplos anteriormente descritos puede verse al movimiento posmoderno como un conglomerado de esfuerzos provenientes de distintos ámbitos, lo cual paulatinamente llevó a que se abriera la posibilidad de considerar concepciones alternativas del *conocimiento*

#### **4) Una realidad construida**

Remitiéndonos a las nociones de realidad y conocimiento, si se contrasta la línea positivista que las ciencias han seguido desde principios del siglo XX con aquella surgida de los planteamientos posmodernos, saltan a la vista diferencias básicas. Por un lado, se considera la existencia de una realidad única y externa del sujeto, una realidad regida por leyes y mecanismos naturales que es aprehensible mediante la observación y representación exacta. Un conocimiento derivado de la ciencia, implicaría entonces que éste es tolerado por la realidad, que no lo desmiente de manera que tal conocimiento le corresponde y la representa. Los partidarios del empirismo lógico en particular, sostuvieron que las ciencias debían fundarse sobre rigurosos procedimientos racionales y observacionales, además de poseer la certeza de que si las reglas metodológicas aplicadas en áreas como la física, la química se hacían extensivas a otros campos, el mundo podría ser liberado de todo aquel saber erróneo y místico.

Por otro lado, tal concepción representacionista de la realidad ya no tiene cabida, el conocimiento deja de ser producto de las mentes individuales, volteando ahora hacia un conocimiento construido, fruto de la interacción y la interdependencia. Puede decirse que dentro de esta línea las nociones de realidad se caracterizan por asumir una postura antifundamentalista de lo conocido. Esto, en otras palabras no es sino la convicción de que la realidad no existe independientemente del sujeto sino que es una realidad interpretada, sus categorías son arbitrarias,



siendo éstas conformadas dentro de las prácticas sociales. Lo que existe, existe en cuanto significa, de manera que objetos y hechos son entonces resultado de prácticas sociales (Javiedes, 1999)

Cabe señalar que lo anterior no equivale a decir que el mundo es de naturaleza lingüística, lo que se conoce como propiedades de las cosas, no son sino son propiedades del discurso acerca de éstas; si bien los objetos no están hechos de palabras, sus significados y la realidad acerca de ellos sí están constituidos por éstas

Las narraciones o los relatos, son recursos culturales comunitarios que crean el sentido de lo que la gente considera verdadero, así, se concibe al conocimiento como constitutivo de la realidad misma. La naturaleza del saber científico como todo conocimiento cotidiano pasa entonces a ser un conjunto de prácticas sociales basadas en presupuestos compartidos y en viejos procedimientos para establecer un consenso, el cual solo es posible gracias a la existencia de todo un mundo de significados comunes dentro de un contexto social

Tal sensibilidad adoptada ante las convenciones lingüísticas ha llevado a cuestionar todo aquello que en lo tradicional era considerado como evidente, obvio o natural. Para John Shotter (1993), a lo largo del siglo XX existieron dos polaridades claramente definidas en cuanto al estudio de la acción humana por un lado está el estudio de los procesos psíquicos individuales y por otro el estudio de las ya determinadas características de un mundo externo a éste. Con el surgimiento de una visión que considera el carácter construido de la realidad, se abre entonces una nueva vertiente interesada en el fluir de la interacción comunicativa. Así bien, el construccionismo social se presenta entonces como toda una amalgama de aportaciones integradas en la perspectiva general de dilucidar los procesos mediante los cuales las personas dan cuenta del mundo en el que viven. De una manera abreviada, esta visión construccionista de la realidad puede resumirse en cuatro puntos que Gergen (1996 pp. 72-78) identifica como los pilares básicos de esta postura

1. *Los términos con los que damos cuenta del mundo y de nosotros mismos, no están dictados por los objetos estipulados de este tipo de exposiciones. Esto es, no hay nada en realidad que exija una forma específica que logre los actos de representación o comunicación de los objetos o hechos que constituyen el mundo.*

2. *Los términos y las formas por medio de las cuales conseguimos la comprensión del mundo y nosotros mismos son artefactos sociales, producto de intercambios situados histórica y culturalmente. Las descripciones y explicaciones no se derivan entonces del mundo "tal y como es"; éstas son el resultado de la coordinación de la acción humana, adquiriendo las palabras su significado sólo en el contexto en el que se presentan dichas acciones.*

3. *El grado en el que un dar cuenta del mundo o del yo, se sostiene a través del tiempo no depende de la validez objetiva de la exposición, sino de las vicisitudes del proceso social. Así entonces, las exposiciones del mundo y del Yo, pueden cambiar independientemente de las características del mundo que pretenden describir.*

4. *La significación del lenguaje en los asuntos humanos, se deriva del modo en cómo funciona dentro de las pautas de relación. La base semántica de la significación del lenguaje pasa entonces a ser un derivado de la pragmática social. Retomando las aportaciones de Wittgenstein manejadas en secciones anteriores, las palabras adquieren su significado dentro de los juegos del lenguaje; dentro de su función en un conjunto de reglas a través de las cuales se da el intercambio social.*

5. *Estimar las formas existentes de discurso consiste en evaluar las pautas de vida cultural; tal evaluación se hace eco de otros enclaves culturales. El análisis crítico de diversas formas de inteligibilidad permite el explorar el impacto de éstas dentro de formas más amplias de la vida cultural. Esto no implica privilegiar ciertas formas de inteligibilidad sobre aquellas que son estudiadas; lejos de ello, se abre la puerta para un entreteximiento entre distintas comunidades de significados.*

Como sujetos sociales, los hombres no solo crean y recrean su mundo sino que también se constituyen y reconstituyen en este mismo proceso. Así entonces, en el construccionismo social se expresa un énfasis en la relación dialéctica sujeto-mundo así como en el factor creativo de la interacción humana; en el construir y ser de la realidad social que es en opinión de Shotter un común denominador en esta perspectiva. A partir de esto, resulta factible el estudio de aquellas maneras en que se crean versiones particulares de esta relación entre el "yo y los otros", versiones que bien pudieran llamarse en otras palabras "*relaciones entre el sujeto y su mundo*" (Shotter, 1993).

## II. Haciendo psicología social

Aquel cuestionamiento hacia el paradigma positivista y a los estatutos básicos de la escuela americana, han servido de punto de partida para el desarrollo de nuevos enfoques dentro de la psicología social (Collier, 1992). Quien ha seguido esta línea en psicología social como en otras ciencias, ha asumido una conciencia sobre la ya mencionada idea acerca de la dependencia del conocimiento científico hacia el entramado sociocultural en el que éste se encuentra asentado. Así entonces, ello conlleva a que los conocimientos psicosociales sean intrínsecamente provisionales y a que éstos deban ser permanentemente deconstruidos para hacer aflorar las determinantes socioculturales implícitas en ellos (Ibáñez, 1994).

Por otra parte, en relación con dichos conocimientos, asumiendo el citado "efecto de ilustración" dado por Gergen (en Ibáñez 1994) donde, los conocimientos producidos acerca de un determinado fenómeno revierten sobre ese mismo fenómeno modificándolo, es necesario resaltar el hecho de que tal efecto conlleva a consecuencias en la sociedad misma. Si es cierto que el investigador se encuentra situado dentro de un contexto social y que los conocimientos que la ciencia inserta en esta inciden en la realidad social, entonces, quien produce tal conocimiento adquiere una evidente responsabilidad. Con base en esto, al investigador no le queda otra alternativa que abandonar toda creencia relacionada con la supuesta "*neutralidad científica*". Así entonces, la productividad del científico social lleva a la obligación de deshacer

periódicamente los conocimientos producidos, tanto por razones de reajuste constante de conocimientos como de razones de tipo normativo. El psicólogo social se encuentra en la necesidad de interrogar permanentemente los conocimientos que produce, a fin de saber cuáles son las formas sociales que contribuye a reforzar y para tomar conciencia a fin de cuentas de aquellos intereses a los que está sirviendo.

Aunado a los motivos antes descritos, Ibáñez argumenta que el psicólogo social ha de hacerse a la práctica de la deconstrucción sistemática del conocimiento si es que pretende contribuir a la elaboración de una psicología social acorde a los únicos intereses que la justifican. Estos son en palabras del propio autor: *el análisis crítico de todas las evidencias que estructuran el tipo de entendimiento de lo social que caracteriza a nuestra época y en torno a las cuales se organiza nuestro funcionamiento cotidiano como seres sociales* (Ibáñez, 1994, pp 223).

Gergen, por su parte, muy cercano a lo planteado por Tomás Ibáñez presenta un esbozo de lo que sería la investigación en psicología social dentro de estos rubros. Primeramente, hay que considerar dos funciones básicas a las que sirve la investigación en ciencias "humanas". La primera de estas es, como ya se ha mencionado, es el sostener y/o intensificar la forma de vida existente. La segunda de sus funciones implica el permitir que las personas vivan más adecuadamente en el seno de estas tradiciones.

La forma en que el científico da cuenta del mundo se encuentra en estrecha relación con la primera función. Sin embargo, las ciencias sociales, si bien pueden sostener instituciones culturales, éstas pueden también ponerlas en duda reflexiva. Partiendo de los postulados básicos de una psicología social construccionista planteada por los autores anteriormente mencionados, todo aquello que sea por lo general considerado como natural, normal, racional, obvio y necesario, en principio está abierto a un replanteamiento.

Para Gergen, mientras el conocimiento se maneje dentro de una comunidad homogénea de pensadores, la ciencia estará gobernada en gran medida por reglas normativas. Es por ello que una transformación cultural ha de ser beneficiada por nuevas formas de práctica científica. Ha de

resaltarse que bajo este nuevo planteamiento surge una nueva forma de inteligibilidad, el desarrollo de nuevos lenguajes con los que se da cuenta del mundo acrecienta entonces, la gama de vías posibles de explicación de éste. Gergen aclara que lo anterior no quiere decir que líneas de pensamiento que alguna vez fueron innovadoras dentro de una cultura, o "teorías generativas"<sup>2</sup> que han venido funcionando de años atrás, pierdan su capacidad de innovación, sin embargo, éstas también pueden caer en la posición de prestarle poder retórico a ciertas tradiciones culturales dominantes. Es entonces la escritura de carácter teórico, concebida ésta como acción social donde habría de recaer una transformación cultural

### 1) Del conocimiento formal al sentido común: la *acción conjunta* como dominio de análisis.

Dada la visión que aborda a la realidad y a un mundo construido socialmente, consideremos entonces que la acción social que implica el conversar, el comunicarse o el dar cuenta de los hechos del mundo no tendrían ya cabida dentro de una realidad única y compartida. Resulta entonces inútil dentro de este marco de pluralidad, hacer uso de teorías ordenadas para dar cuenta de los fenómenos sociales, tal situación remite a una búsqueda de herramientas útiles que permitan abordar aquellos procesos que construyen una realidad que va del caos al orden

Tomando en cuenta el carácter vago de un mundo parcialmente especificado y al mismo tiempo abierto a una mayor especificación, se ha mencionado ya que es dentro de las prácticas relacionales que se genera el sentido mismo del mundo y de la realidad. El conocimiento surge entonces de la red viva y cambiante de sentidos que están insertos en el quehacer cotidiano. Se trata de un conocimiento colectivo, un conocimiento de "sentido común" que se distingue por no residir ni en el cerebro de todos quienes conforman una sociedad, ni en el *mundo exterior*, es entonces un proceso que ocurre en la esfera práctica de las relaciones sociales. John Shotter (1993) llamó a esto "*la acción conjunta*"

---

<sup>2</sup> Gergen (1996) llama "teorías generativas" a aquellos enfoques teóricos que contradicen supuestos que son comúnmente aceptados dentro de una cultura y abren la posibilidad de desarrollo a nuevas inteligibilidades

El hablar de la *acción conjunta* conlleva a depositar el foco de análisis en el fluir continuo de la acción comunicativa; en aquella actividad espontánea y no consciente que se da en respuesta a acciones realizadas por "los otros". Shotter se refiere precisamente a una dimensión de interacción entre "yo y los otros" (*self-other interactions*), donde la gente coordina su mutua acción cotidiana de modo tal que dentro del diálogo, quienes hablan y quienes escuchan parecen capaces de crear y mantener juntos un extenso trasfondo contextual de relaciones "vivientes y vividas" (Shotter, 1993).

## 2) La ideología viva.

Enfatizando el papel de la acción conjunta dentro de un mundo de significados construidos y recreados en el encuentro lingüístico, Michael Billig (1988) proporciona un acercamiento a lo que en psicología tradicionalmente se ha llamado *pensamiento*, objeto de análisis por excelencia. Sin embargo, éste es planteado en términos que difieren radicalmente de aquella concepción clásica del pensamiento como un proceso intrapsíquico, individual y privado, a cambio, Billig propone plantearlo como una acción

Para comprender la idea anterior, habrá de concebir al pensamiento como un pensamiento social; un pensar inserto en la red de significados que conforman el *conocimiento de sentido común*. La gente, como sujeto social, comparte un sentido común que lleva a la puesta en juego de significados y valores compartidos dentro del interactuar cotidiano. Para Billig, aquello que se comparte, son tópicos comunes surgidos del actuar secuenciado que poseen en sí un dilema intrínseco. Tal dilema se debe a que dichos tópicos comunes que se presentan en la acción, bien pueden contraponerse de manera que la acción social ha de ser completada conjuntamente. Así, aquellos tópicos encontrados se conforman como el material mismo que da al encuentro lingüístico un carácter argumentativo

Efectivamente, la vida social misma es dilemática, este dilema provee la semilla de la argumentación y del pensar, del dar cuenta de la realidad y del actuar en base a una postura específica ante ella. Tal planteamiento conlleva a considerar una *relación estrecha entre el*

*pensamiento y la argumentación*; al ubicar el carácter argumentativo de la vida social, puede decirse que la gente debate el sentido común que comparte; es por ello que Billig resalta un carácter retórico en aquellas formas por las cuales la gente se comunica y se involucra en la acción conjunta. Es bien, la construcción retórica de versiones con las que se da cuenta del mundo.

Una premisa básica en la que se sustenta esta visión de la vida social la encuentra Billig (1987) dentro de los antecedentes de la retórica clásica de los sofistas según la cual *ante cualquier cuestión, es posible encontrar dos opiniones con el mismo nivel de verosimilitud (logos / antilogos)*; se reconoce entonces que ante una afirmación se puede elaborar una contrapropuesta. Los tópicos que han de encontrarse dentro del sentido común (en las nociones y los valores que la gente maneja dentro de una comunidad dada) poseen una paradoja inherente que salta a la luz si se considera que el logos y antilogos de todo argumento apelan al mismo sentido común del cual surgen, argumentando ambas partes en direcciones diametralmente opuestas. Dicha paradoja se resuelve si se considera que el sentido común de ninguna manera es unitario, sino que se compone de aspectos contrarios o lugares comunes encontrados (*contrary common places*; Billig, 1987). Esta es una característica natural de un pensamiento social que se contrapone con la visión tradicional de un pensamiento homeostático. El lenguaje, de la misma forma, está profundamente impregnado de este carácter contradictorio del sentido común, frases y palabras conllevan a implicaciones que acusan o justifican (Billig, 1987), de lo cual se deriva que el uso de una expresión u otra traiga consigo la semilla de una postura argumentativa.

Los *tópicos encontrados* constituyen el material del cual la gente echa mano para dar cuenta de sus vidas; la gente evalúa, justifica, explica y para ello argumenta. Toda forma de hablar es una postura evaluativa diferente, una postura particular ante el mundo, siendo esto lo que mantiene a la gente en un diálogo permanente con los demás. Las expresiones (unidad intrínseca de un diálogo), tienen sentido dentro de un *estilo* o modo de hablar asociado con una forma de vida social, con una historia en su significado. De esta manera se producen pautas que se regeneran y que forman lo que Billig (1988, en Shotter, 1993) llamo una *ideología viva*. Esto refiere a una forma de vida social, un modo de hablar, de percibir, actuar y evaluar el mundo,

dentro de una red de relaciones sociales que aluden a un conocimiento cotidiano puesto en juego. De esta manera, la influencia de una ideología dada se genera en las mismas expresiones mediante diversos recursos que se generan en su forma temporal

Llegando a este punto cabe aclarar que Billig, al hablar de una ideología viva en las relaciones de la vida cotidiana, no está partiendo de una postura que considere al individuo como ciego y obediente. En lugar de ello, ve al individuo *pensando* con relación a ésta. Si bien la ideología puede producir conformidad entre los individuos, antes que ello, proporciona los elementos que producen el dilema y la argumentación

### 3) El análisis del discurso.

A estas alturas queda claro que estamos ante todo un paradigma psicosocial que se ha ido conformando con aportaciones de muy diversas entidades dentro de las ciencias sociales pero que sin embargo comparten el común denominador de partir de una interpretación del lenguaje como un proceso básico en la constitución de la realidad social. Cabe entonces mencionar que dentro de la gestación de una psicología social alternativa, en la misma medida que la postura construccionista ha influido dentro de la nueva psicología social, el *análisis de discurso* como técnica analítica, ha tenido también una enorme resonancia en los últimos años (Ovejero, 2001)

Aquella visión del lenguaje y la interacción, ha provocado un creciente interés por el análisis de las explicaciones habladas y escritas de la vida social en forma de conversaciones, discursos públicos, publicaciones, etcétera (Collier, 1992). Es por ello que investigadores sociales se han valido del análisis del discurso como su herramienta fundamental

El análisis de discurso tiene un carácter multidisciplinario, debido a la complejidad de los procesos históricos, sociales y culturales y dado el desarrollo epistemológico de la segunda mitad del siglo XX que ha llevado a la constitución de macro objetos de estudio de los que surgen explicaciones del mundo y la realidad que rebasan las fronteras cada vez más difusas entre las disciplinas sociales. En un sentido amplio, el análisis de discurso ha de entenderse como una



herramienta para explicar una realidad. Siguiendo la proposición de que toda relación social lleva consigo un discurso subyacente, se trata al mundo como un texto susceptible a una lectura sistemática; el análisis de discurso es bien, un lenguaje para explicar otros lenguajes. De esta manera, el significado de un enunciado no es un asunto de referencia externa, sino que este depende de los sistemas de discurso locales y mas amplios en los que éste se inserta

El abordar al discurso como una práctica social nos ubica en la dimensión pragmática del lenguaje. Haidar (1998; en Galindo, 1988) en una visión global menciona en base a ello, una serie de especificidades inherentes a toda práctica discursiva:

- *Estas están antes, durante y después de cualquier práctica socio-cultural-histórica.*
- *Producen, reproducen y transforman la vida social.*
- *Tienen una función preformativa, esto es, pueden producir diferentes tipos de prácticas socio-culturales.*
- *Son en sí mismas prácticas socioculturales.*
- *Producen y reproducen de diversas maneras, las distintas materialidades que las constituyen.*
- *En ellos pueden generarse procesos de resistencia y lucha contra la dominación.*

En las últimas décadas han surgido entre las disciplinas sociales muy diversas escuelas en cuanto al uso del análisis del discurso, todas ellas orientadas en la tarea de mostrar cómo distintas entidades son constituidas discursivamente y en elucidar el desarrollo histórico de este proceso. La aproximación que concierne a la psicología que aquí se plantea muestra sólidos anclajes en el análisis conversacional y principalmente en la retórica aunque bien, tiene sus rasgos distintivos, ésta está estrechamente ligada al surgimiento de una vertiente dentro de la psicología social que lleva el énfasis de la relación entre el habla y la acción a nuevos terrenos epistemológicos. Edwards y Potter (1993) proponen así, que el análisis del discurso bien puede constituir la base de lo que ellos llamaron la *psicología discursiva*

#### 4) La psicología discursiva.

Compartiendo la centralidad de procesos construccionistas dentro de la interacción social, la psicología discursiva muestra la misma actitud anticognoscitivista característica de las ciencias sociales de la segunda mitad del siglo XX. Partiendo de aquel vínculo entre el lenguaje y la acción, puede afirmarse que: decir es hacer (Crespo, 1995). Ahora, esta tendencia ha acarreado la posibilidad de que el interés por el discurso supere las fronteras de la lingüística y la sociología, logrando un arraigo dentro de temáticas que anteriormente eran circunscritas al campo que nos concierne que es la psicología social donde, gran parte del trabajo se había encaminado dentro del campo de estudio de la cognición social, esto es, en estudiar cómo las personas perciben, categorizan e interpretan el mundo social. Entonces, es precisamente a partir de la deconstrucción de tópicos clásicos surgidos de la psicología social sociocognoscitiva como las actitudes y la atribución, que se propone un replanteamiento y una reconceptualización de la vida social.

Partiendo de la existencia de una estrecha relación entre el discurso y la acción, los estatutos básicos de la psicología social pueden replantearse al ser trasladados de un plano sociocognoscitivo, a un plano pragmático lingüístico y argumentativo, a fin de lograr un modelo que permita abordar la comprensión del mundo y la acción sociales. De esta idea es que ha derivado la *psicología discursiva* (Edwards y Potter, 1992).

Entre las fuentes de las que se sustenta este enfoque resulta útil resaltar la Etnometodología de Garfinkel (1967) cuyas nociones básicas en cuanto al lenguaje en acción han proporcionado un marco valioso así como herramientas valiosas a partir de las cuales resulta posible abordar al lenguaje y sus prácticas en la interacción cotidiana. Del interés por esto es que surge el *análisis conversacional*, desarrollo de la etnometodología encaminado al estudio de la naturaleza indexical y reflexiva de interacciones conversacionales específicas. En opinión de Potter (1996) una gran virtud de la etnometodología y análisis conversacional es que ha logrado asentar cuestiones filosóficas y teóricas en preguntas que bien pueden ser abordadas analíticamente mediante el estudio de interacciones de muy diversa índole (ya sea en contextos cotidianos o

académicos). Así, los analistas conversacionales abordan versiones de hechos o conversaciones distintas, examinando estos dentro de los contextos específicos donde se producen como acciones. Lo anterior implica un análisis detallado del lenguaje en acción, revelando la naturaleza organizada del habla como acción social la cual está a su vez inmersa en toda una red de acciones secuenciadas. Así, en resumidas cuentas, la importancia del *análisis conversacional* para la conformación de la *psicología discursiva* recae en las herramientas y las nociones que éste proporciona para lograr el estudio del discurso dentro de su contexto, dando especial énfasis en la importancia de su carácter indexical

Las características básicas de la psicología discursiva, pueden verse dentro del modelo de la acción discursiva (Edwards y Potter, 1992), el cual aglutina supuestos esenciales y provee el marco conceptual a partir del cual se propone el abordaje de las prácticas discursivas así como las relaciones entre éstas al igual que otras modalidades. Este modelo comparte la misma concepción del discurso como acción social, así como la centralidad del análisis de actividades como la conversación, la interacción y la argumentación como acciones socialmente orientadas. Sin embargo, a diferencia de otras vertientes discursivas, existe una confluencia con el análisis conversacional al interesarse por el *discurso construido en la acción dentro del contexto mismo de su ocurrencia*, esto es, el discurso como una construcción que hace sentido únicamente en términos de aquellas acciones que hace posibles en un contexto dado

Así entonces, al hablar de la *acción discursiva* han de considerarse tres ejes fundamentales

**a) La acción.** Se trata pues de un modelo interesado por la acción (no la cognición) Centra su análisis en la acción realizada a través de habla o los textos. En la vida cotidiana, la acción discursiva no sucede de manera aislada sino que parte de la actividad secuenciada (Edwards y Potter, 1992) Tales actividades secuenciadas constituyen un pilar fundamental en la vida social ya que son estas las que dan sentido a los actos discursivos que se van presentando dentro de dicha secuencia. Cabe destacar que en base en este énfasis en la acción,

como se mencionó antes, nociones clásicas de una psicología social sociocognitiva como lo son las actitudes o la atribución han sido replanteadas en términos del discurso en la acción.

b) **Hechos e intereses (fact and interest)** La gente en lo cotidiano trata a individuos y grupos como entidades con deseos, motivaciones, tendencias inherentes a sus acciones. Estas mismas en su interacción despliegan tales características en las explicaciones e inferencias con las que da cuenta de lo que pasa en su entorno. Hacer referencia a tales deseos o conveniencias particulares es una manera fundamental de restar significancia a una acción, de esta manera, todo aquel quien participa en aquel juego de despilgüe de versiones del mundo social, lo hace corriendo el riesgo de caer en lo que Potter (1996) llamó el "*Dilema de la conveniencia*". Para sobrellevar tal dilema dentro de la acción social existen diversos recursos donde la elaboración de versiones factuales cobran especial importancia. Las versiones que alguien haga acerca de algún tópico suelen ser aceptadas cuando se presentan éstas como referencias a hechos *reales* o bien deben estar organizadas de una manera tal que no puedan ser rebatidas. Con frecuencia, los diálogos toman la forma de argumentos y las expresiones fungen como críticas y justificaciones. Con base en esto, se asume que en la práctica cotidiana lo que uno tiene en común con los otros no es un conjunto de acuerdos en cuanto a significados, sino un conjunto de tópicos que conllevan intrínsecamente la posibilidad de ser refutados o reafirmados mediante la argumentación y formulación de una *posición* dentro de un diálogo. Dicha posición es construida gracias a la *función pragmática o formativa* del lenguaje y sus recursos.

c) La **accountability** Finalmente, dentro del modelo de la acción discursiva puede mencionarse el papel de la accountability, término que ya ha sido descrito en términos generales cuando se abordó acerca de la etnometodología. El término de accountability trata de la cualidad de la descripción de ser inteligible y completada en el contexto de la acción. En este punto cabe resaltar distintas maneras por las cuales la gente maneja esta. Quienes han desarrollado este modelo discursivo (Edwards y Potter, 1993) dividen la accountability en dos niveles: uno en relación al evento al que hace alusión la descripción y otro en relación con el mismo sujeto que construye la versión misma. El construir y llevar a la acción una

descripción de algún evento, implica el hacer referencia a la agencia, a la responsabilidad del sujeto dentro de tal reporte. De hecho, la relación del hablante con su propia accountability es en muchas ocasiones más influyente de manera que al usar descripciones en donde entra en juego la agencia de responsabilidades hacia grupos, personas o eventos, éstas traen consigo una referencia implícita hacia el mismo. Es esta relación entre responsabilidad/causalidad y la accountability del sujeto, lo que hace importante remarcar lo que Goffman ya había acuñado bajo el nombre del Footing<sup>1</sup>, el marcar el footing de la descripción es una manera de indicar quien ha de ser accountable para las inferencias que vayan surgiendo en el transcurso de una conversación. Lo importante al hablar de la accountability y sus implicaciones es que estos procesos se vuelven necesarios para el sujeto que emite reportes del mundo ya que estos le permiten manejar inferencias acerca de su propia inteligibilidad.

Partiendo de este punto de vista se hace factible el estudio de la naturaleza misma del conocimiento, la cognición y lo real, Esto es, cómo los eventos son descritos y explicados así como las maneras en que las explicaciones factuales son construidas, lo cual incluye también el cómo son atribuidos los llamados "estados cognoscitivos" que se manejan en lo cotidiano (Potter 1992).

Desde esta mirada retórica discursiva, los eventos o hechos que se describen en el interactuar diario bien puede ser manejados como *tópicos discursivos (discursive topics)* (Potter, 1992); objetos construidos en la interacción mediante los cuales la gente suele orientar su proceder. Tales tópicos se conciben como algo más que simples construcciones insertadas dentro de un discurso o expresiones que conllevan cogniciones inherentes, estos son examinados dentro del contexto mismo de su expresión en donde cobran sentido en términos de las acciones que llevan a cabo. Puede decirse que la acción discursiva es al mismo tiempo una actividad retórica y constructora; de ahí que se abra un interés hacia la vertiente retórica desarrollada por Michael Billig (1987), concibiendo a ésta como algo más que un simple cúmulo de recursos estilísticos o persuasivos en la expresión. La retórica dentro de este marco resulta un recurso fundamental

---

<sup>1</sup> Posteriormente se ampliará en relación al footing.

mediante el cual la gente da sentido a sus interacciones, logrando la comprensión entre los participantes.

Esta postura, también conocida como retórica discursiva, va más allá de ser una técnica cualitativa de análisis; ésta ofrece todo un paradigma alternativo a una visión tradicional donde la descripción refiere la relación entre un conjunto de expresiones y un fragmento de la realidad, a diferencia de ello, el voltear hacia la naturaleza retórica del lenguaje conlleva a enfatizar la relación entre una descripción dada y las posibles descripciones alternativas además de la manera en que se da la relación entre estas en la acción conjunta. Cabe recordar que Habermas, en su momento, mencionó que los movimientos postestructuralistas y deconstruccionistas de la filosofía moderna intentaban ya dar una primacía a la retórica sobre la lógica (Ovejero, 1998), de esto resalta entonces otro punto de quiebre con las concepciones de razón y razonamiento de los tres últimos siglos.

Una vez expuesto lo que serían las bases de una psicología discursiva, el análisis de discurso visto dentro de esta perspectiva presenta las siguientes características (Edwards y Potter, 1992):

- Aborda al habla natural y a los textos como su material de análisis ( esto incluye a las transcripciones de entrevistas).
- Se interesa por el contenido de los diálogos, el tema que se maneja dentro de éstos, su objetivo y su organización social más que lingüística
- Tiene una triple orientación hacia la acción, la construcción y la variabilidad. Al hablar o escribir un texto, las personas realizan acciones socialmente orientadas. Las características de tales acciones son dadas por un habla construida dentro de un estilo en particular, utilizando recursos lingüísticos y retóricos, parte del interés recae en este proceso constructivo del discurso. Por otro lado, el habla como acción socialmente orientada se constituye de versiones que suelen presentar cierta

variabilidad de acuerdo a los contextos dentro de los cuales se producen. Tal variación de los accounts conlleva a caer en otro nivel de análisis del discurso el cual implicaría el revelar el carácter situacional y funcional de las versiones construidas.

- Un tema central del análisis del discurso se relaciona con la organización retórica del habla (y el pensamiento) cotidiana. Una de sus funciones consistiría entonces en mostrar cómo, para comprender el origen y la función de toda versión dada de algún evento, es necesario considerar cualquier versión alternativa (real o potencial) que tal versión pretende socavar.

### III. La construcción de hechos

#### 1) El hecho constitutivo de "lo real"

Al observar un relato con detenimiento, salta a la vista un aspecto que en lo posterior no ha de perderse de vista, y es el que normalmente los relatos están constituidos por descripciones. Esto conlleva a considerar a la descripción como *un tema analítico por derecho propio* (Potter, 1996; pp. 87). La descripción se convierte así en un sustrato ideal para el desarrollo de cuestiones relacionadas con el conocimiento de la realidad social desde un marco retórico-discursivo.

A manera introductoria, resulta útil observar las definiciones de "hecho" y "descripción" que el mismo Potter saca del Oxford English Dictionary

*"Un hecho es una verdad particular conocida mediante observación real o testimonio auténtico, a diferencia de lo que es meramente inferido, es una conjetura o ficción".* (Potter, 1998, pp. 21).

*“Descripción: Se puede referir tanto a una acción como a un objeto: Por un lado es la acción que representa a cosas o personas por medio del lenguaje, refiriendo o explicando sus distintas partes, cualidades ocircunstancias. Por otro lado, es una descripción, relato o representación de una persona, cosa o escena, de modo que dé cabal idea de ella” (Potter, 1998, pp. 21).*

De las anteriores definiciones resalta la idea de que aquella noción de un *hecho* implica verdad y un suceso real, mientras que no pasa lo mismo con la descripción. Ahora, es precisamente en este punto de donde Potter desprende un nuevo dominio de análisis, mismo que hemos de retomar en el presente trabajo. *La tarea de construir una descripción como si fuera un hecho*. Si bien se ha mencionado que la psicología discursiva se ha desarrollado dentro de un marco que comparte con otras corrientes una postura antirepresentacionista ante el lenguaje y sus usos, cabe entonces abrir la pregunta ¿Cómo es que en lo cotidiano dotamos a tantos objetos u eventos de una existencia inobjetable?

En opinión del autor antes mencionado, Foucault había vinculado ya la factualidad de los hechos con instituciones sociales, sin embargo, desvió su atención de las prácticas cotidianas y los contextos en los que éstas se producen. Es entonces en este plano donde Potter enfatiza su modalidad de análisis: el exponer *los tipos de mecanismos y procedimientos que contribuyen a producir la sensación de que un discurso describe el mundo (un hecho, un acontecimiento, un sujeto, etcétera) de manera literal*.

Así bien, para abordar la construcción de hechos, el discurso asume un papel privilegiado, Potter llama *discurso cosificador* a aquel discurso que construye versiones del mundo como si este fuera algo sólido, como si fuera un objeto dado y real ya sea un suceso, un pensamiento o u alguna circunstancia particular. Al proponer el abordaje de los métodos empleados por los cuales se establece el status de literalidad y objetividad a un relato, además de indagar en sus cometidos, se llega entonces a un nivel de análisis donde se centra la atención en aquello que por mucho tiempo se consideró como meros detalles de la interacción.



Volteando hacia la visión retórica desarrollada por M Billig (1987), no sobra reiterar su centralidad dentro de este marco, al puntualizar ésta la organización del lenguaje en una acción argumentativa. Lo anterior abre una nueva vía para abordar la comprensión y organización del habla cotidiana, se espera entonces que al dar cuenta del mundo, un sujeto justifique su postura al mismo tiempo que despliegue mecanismos que socaven las versiones alternativas (o los intentos de versiones) que compitan de manera literal o potencial con ésta. Ese es el caso de los relatos factuales y ello será un punto de interés en el análisis que de aquí se desprenda.

Una idea central al hablar de versiones o relatos factuales, es que las personas los utilizan para dos funciones básicas: 1) para realizar acciones y 2) para que formen parte de ellas. Así, puede decirse que de esta manera un relato que describe algo tiene esta misma doble orientación: *una orientación hacia la acción y una orientación epistemológica* (Potter, 1998). La orientación hacia la acción está ligada a la misma función pragmática del lenguaje y puede analizarse para ver "cómo se construye para que se realice tal acción". Por otro lado, la orientación epistemológica lleva a pensar las descripciones como constructoras de su propio status, como meros informes que dan cuenta de un mundo *tal y como es*.

Se ha reiterado ya la idea de que en la descripción dentro de su naturaleza retórica es construida de manera que sea posible controlar y sobrellevar el antes mencionado *dilema de la conveniencia*, al mismo tiempo que se construye la inteligibilidad que lleve a completar la acción socialmente orientada de la que forma parte. Esto implica, el manejo de las descripciones que están en juego dentro de la acción discursiva, al mismo tiempo que se ponen en juego las identidades de los participantes. A partir de esto, Potter (1996) a manera didáctica propone dividir los procesos de construcción de hechos en dos grupos. Uno relacionado con los recursos orientados a destacar la independencia entre el hablante y la descripción, y otro relacionado con los recursos centrados en la identidad de quien emite el relato. Dichos recursos son culturalmente disponibles, se encuentran fuertemente arraigados en la práctica cotidiana. En este campo, estudios provenientes del *análisis conversacional* han hecho importantes aportaciones al llevar sus supuestos básicos a escenarios reales donde se abordan distintas vías para completar la acción coordinada que implica el entendimiento entre interlocutores. Para los objetivos de este trabajo,

resulta importante abordar ciertas formas con las que se construyen las descripciones de eventos presenciados por la gente, es por ello que en las secciones siguientes se presenta primeramente, un vistazo rápido a las aportaciones de Harvey Sacks (1992) en cuanto a lo que es el proporcionar el carácter indexical de las descripciones, relacionando esto posteriormente con diversos ejemplos que dejan ver el manejo de recursos que en lo posterior van a cobrar enorme importancia

## 2) Categorización y acreditación

Un aspecto fundamental en la construcción de versiones factuales es lo relacionado con la aparición y manejo de categorías dentro del discurso cotidiano. Sacks (1984), desde sus estudios dentro del *análisis conversacional*, proporciona importantes aportaciones en este punto al resaltar la centralidad del manejo de categorías como recursos que llevan a la formulación del carácter indexical del encuentro lingüístico.

De principio es preciso considerar que la gente, en su actuar diario, suele categorizar para entender el mundo, de manera que su experiencia dentro de éste cobre sentido. Así, por categorías ha de entenderse grupos o tipificaciones que aglutinan características comunes, las cuales bien pueden ser nombradas. Estas mismas categorías pueden de la misma forma, organizarse en grupos de categorías (category sets) que se despliegan y manejan dentro de la función pragmática del lenguaje en acción.

Las categorías, en palabras de Sacks, involucran el conocimiento que los miembros de una sociedad tienen acerca de la sociedad misma, de manera que ésta provee los términos o herramientas con que éstas son creadas. Asimismo, las categorías son "ricas en inferencia" (*inference rich*), lo cual quiere decir que en la práctica, llevan a que la gente pase por alto la necesidad de requerir información o "preguntar acerca de" algún miembro de la categoría en cuestión. La simple *pertenencia* hace atribuibles ciertas características propias de una categoría dada. De hecho, cuando se obtiene una categoría, bien puede sentirse como si se contara ya con gran cantidad de información en torno al sujeto u evento en cuestión, se pueden rápidamente formular tópicos dentro de la conversación basados en el conocimiento común que proveen tales

categorías. Es por lo anterior que tanto su origen dentro del entretejido sociocultural, como su condición de riqueza en cuanto a la inferencia, hacen que se la aparición de categorías al principio de las conversaciones está prácticamente asegurada

Una vez dicho lo anterior queda abierta la pregunta ¿Cómo es que los relatos ostensiblemente neutrales pueden poner en juego inferencias acerca de la naturaleza de los participantes? No hay que olvidar que dentro del modelo de la *acción discursiva* manejado por Edwards y Potter, la accountability o la inteligibilidad de la acción dada en el contexto tiene una funcionalidad tanto para el objeto o sujeto en cuestión como para los participantes

Aquí la importancia del llamado posicionamiento (*footing*) como un recurso por el cual el sujeto en la interacción utiliza recursos por los que hace cambios en la estructura del discurso (*code switches*) (Goffman, 1981) Para los propósitos de los relatos factuales interesa aquí resaltar que estos cambios con frecuencia hacen posible la aparición de variaciones en la relación entre el hablante y el relato, de manera que el sujeto quien lo emite es capaz de modificar la relación, la distancia que hay entre él y la historia. En otras palabras, el sujeto puede bien tener la habilidad para demarcar cuándo está hablando "por sí mismo" o bien "elaborando un reporte del discurso de alguien más".

Cabe señalar que al hablar de posicionamiento, no se concibe a este como algo independiente del proceso constructivo y de los procesos retóricos, el posicionamiento es, desde esta perspectiva, una vía más con la que se maneja la inteligibilidad y por ende una vía para construir reportes de hechos

El papel de la identidad de los participantes dentro de la construcción de un relato, puede verse en el trabajo de Woolfit (1991) quien desde el análisis conversacional estudió descripciones de testigos de eventos paranormales. Estos relatos poseen de entrada una peculiaridad que es, el riesgo de que la persona que los emite, sea vista como alguien que no es precisamente un *sujeto racional* dentro de un orden social. El estudio de Woolfit parte de la idea de que la gente comparte creencias fundamentales acerca del mundo en el que viven de manera que bajo la lente

del análisis conversacional, Woofit dejó ver el uso de un recurso encaminado a mantener un relato dentro de aquella normalidad compartida<sup>4</sup> que conlleva la existencia de un escepticismo culturalmente arraigado. De esta manera, puede decirse que los sujetos, en el momento de emitir sus relatos, atienden a dos tareas que son: demostrar la naturaleza factual de las descripciones y demostrar que son personas cuerdas y racionales

Así entonces, tras analizar las transcripciones de varios relatos mostró el despliegue de tal recurso que bien puede resumirse al decir: "Estaba haciendo X, cuando Y (*I was doing X... then Y*). Esto mismo fue "bautizado" como el formato *X'Y* donde. Se presenta *X* primeramente como una primera explicación completamente mundana de las actividades o circunstancias donde posteriormente se introduce *Y* como una primera referencia hacia el evento extraordinario que se busca describir. El siguiente extracto es un clásico ejemplo utilizado por Woofit

(en este extracto, el marido de la persona que narra había sido piloto de la Real Fuerza Aérea Británica. Este estaba teniendo un funeral dentro de un Hangar Militar.)

y entré ahí, eh... con mi suegra y eh... unos amigos que estaban conmigo  
(x) y... estaba mirando el ataúd  
(y) y de repente veo a David ahí de pie  
Iba de azul,... no llevaba su sombrero, el sombrero estaba sobre el ataúd y estaba  
él ahí.  
(Woofit, 1991, pag 270)

Jefferson (en Woofit, 1991), por su parte, tomando ideas y ejemplos básicos de Sacks, maneja igualmente, una noción de individuo ordinario como algo que se logra en el habla. Ejemplificando con relatos acerca de eventos como asaltos o secuestros, resalta recursos discursivos que llevan a la construcción de la persona como "común u ordinaria". En este caso, el juego de las categorías se despliega de una manera que el mismo Woofit resalta. Así, tal recurso toma la forma: "*Al principio pensé que... pero luego me da cuenta de*", donde la gente da cuenta

<sup>4</sup> Woofit lo llamó "recurso normalizador" (normalizing device)

de pensamientos de primera mano acerca del evento presenciado, los cuales son presentados erróneos; luego, se reporta aquello que "realmente sucede" :

Me levanté para ir hacia el frente del avión y vi junto a la cabina, a la azafata parada de frente a la cabina y a un tipo de pie con una pistola contra la espalda, de ella. Lo primero que se me ocurrió fue que se la estaba mostrando, pero enseguida me di cuenta de que no podía ser y lo que resultó fue que él estaba secuestrando el avión.

(En: Woofit, 1991, pp. 268, y en: Sacks, 1964, pp. 220)

Puede verse entonces otra vía para lograr el contraste entre lo ordinario y lo extraordinario; ésta al mismo tiempo acredita al hablante como alguien perteneciente a la categoría de *normal*, evitando parecer un *chiflado* que presenta un relato carente de credibilidad. Mediante estos recursos descritos lo que el hablante está logrando es expresar primero una interpretación mundana del evento descrito para luego expresar sorpresa cuando esta ya no es sustentable. Ello lleva al hablante a poner en claro dentro de la conversación que él (o ella) no está acostumbrado a esa clase de eventos.

El punto clave que se desea resaltar es que desde este punto de vista, la persona, en el curso de la conversación construye su pertenencia a la categoría de *ordinaria* dentro del discurso, al mismo tiempo que da cuenta de un suceso *no ordinario* que presencié. Esta echa mano de recursos discursivos disponibles dentro de su contexto cultural los cuales están encaminados a lograr la descripción y entendimiento de su experiencia paranormal al mismo tiempo que se construye su misma identidad de miembro (por lo tanto sujeto digno de credibilidad), los recursos desplegados permiten al testigo, en virtud de sus interpretaciones mundanas, desplegarse el mismo dentro del discurso como poseedores del mismo tipo de supuestos acerca de un evento, que una persona ordinaria. Como puede verse, la membresía se conforma dentro un proceso que se da dentro del encuentro social, mientras algunas categorías son visibles e incluso oficialmente reconocidas, otras han de ser logradas y negociadas.

Así entonces, Potter (1996) menciona que la factualidad de un relato se puede potenciar desarrollando pertenencias a categorías que implican, dentro del discurso, acreditaciones de conocimientos particulares. La construcción de un relato en su carácter de factualidad, implica la atribución de cualidades específicas. Sin embargo, si bien los detalles que se presenten en una descripción pueden variar en forma prácticamente infinita, los tipos de recursos o procedimientos a los que el hablante recurre para construir y manejar la descripciones pueden presentarse en formas mucho más regulares; esto las hace susceptibles a ser analizadas

### 3) Esto fue lo que sucedió...

Como un acercamiento a lo que a final de cuentas pretende este estudio, se cita aquí el trabajo realizado por Beatty y Doherty (1995) quienes desde la perspectiva de la psicología discursiva, analizaron testimonios de personas que presenciaron episodios de violencia paramilitar en el Norte de Belfast, Irlanda del Norte. Más específicamente, estos autores buscaron promover un nuevo acercamiento al tema del *conflicto*, área que había sido tradicionalmente abordada a partir de modelos de identidad social que hacían del éste constructo una entidad estática y unidimensional

La situación que se vive en Irlanda del Norte no es un conflicto que ocurra entre dos naciones distantes ni entre dos ejércitos oficialmente reconocidos como tales, de ahí que estos autores resalten la necesidad de abordar el conflicto entre católicos y protestantes desde un enfoque discursivo donde se pone especial atención en las formas por las cuales la gente de Belfast habla de su experiencia al vivir en Irlanda del Norte y particularmente cómo manejan discursivamente los encuentros directos con eventos de violencia relacionada con grupos paramilitares

Los testigos oculares, en opinión de estos autores, tienen la habilidad de construir la realidad con una menor influencia grupal, lo cual resulta una posición privilegiada para elaborar los significados sociales de aquellos eventos que han presenciado. Así, a partir del modelo de la acción discursiva, su investigación se orienta dentro de un nivel de análisis donde aspectos de los

usos del lenguaje como la construcción y la función, cobran especial importancia para constituir discursivamente las identidades de los sujetos que tomaron parte en los eventos que se relatan.

Los objetivos del trabajo aquí descrito puede enunciarse dentro de la siguiente pregunta: ¿Cómo descripciones ostensiblemente neutrales hacen disponibles inferencias acerca de características propias de *victimtas* y *perpetradores* de violencia paramilitar?

De principio Beatty y Doherty sugieren considerar la existencia de un *self* construido socialmente dentro del proceso dinámico del habla, de ésta manera, cobran especial importancia las formas en que las identidades de los actores son negociadas, a fin de comprender la forma en que la violencia es justificada como un acto de venganza y cómo éste proceso asume un papel potencialmente importante en la perpetuación del conflicto

Partiendo de la idea inicial según la cual, el significado de un evento es activa y flexiblemente construido de acuerdo a interacciones particulares, analizaron descripciones factuales dadas por testigos oculares donde, las identidades de los protagonistas como *victimtas inocentes* y *asesinos despiadados* pueden verse construidas a fin de cumplir ciertas funciones como la asignación de culpas y responsabilidades. Aunque el conflicto en Irlanda del Norte se ha caracterizado por una polarización de intereses entre dos bandos opuestos, bien puede resultar fácil desechar versiones de testigos que resulten tendenciosas hacia uno de los dos grupos en pugna. Es por ello que además de las acciones sociales, las descripciones son diseñadas retóricamente para cobrar credibilidad y sobrellevar potenciales sospechas en torno a su autenticidad

Así entonces, al analizar una serie de relatos, ellos identificaron toda una gama de vías por las cuales se dio vida a la *victimta* en su "inocencia" mediante la puesta en juego de inferencias hacia los motivos de los actos cometidos por los perpetradores, por ejemplo, dentro de los relatos se observó la construcción de una desigualdad entre los actores ( la *victimta* y el *perpetrador*) en base al relativo conocimiento que los testigos tenían acerca de las actividades paramilitares

**Jean:** ... y yo creí que era él (el taxista) que se detenía junto a mi para hablar y estaba yo a punto de bajar la ventanilla, ya sabes, para hablar con él; cuando me di cuenta de que el coche venía por la derecha y se echaba de reversa para parar justo frente a mi, y pensé "en que estúpido miedoso me estoy convirtiendo?"

**Jean:** De hecho, al principio...al principio, cuando lo vi, yo..., yo creí automáticamente que iba a secuestrar mi coche. Tu sabes, yo creí / dios mío!, que me iban a robar mi coche... sabes?.

...pero entonces, como te digo, cuando cuando lo vi ahí, no pasó nada, pensé, oh, dios mío, me va a disparar, y después de eso, así nomás de repente se me echó encima y fue entonces cuando me di cuenta que se trataba de una especie atentado criminal premeditado

En el extracto anterior, la persona que emite el relato (Jean) da cuenta de aquel evento de manera que no reconoce lo que sucede, no comprenden la situación o "las reglas del juego". Así, no podría esperarse su participación en el evento. Una diferenciación o un contraste entre los personajes está establecida, Jean se constituye entonces como gente ordinaria, la categoría de miembro de "la gente ordinaria" funciona al posibilitar la inferencia de que se trata de una persona inocente, ubicada en el peor lugar y en el peor momento

Además de la construcción del carácter de gente común por parte del testigo, la construcción del contraste "*al principio pensé que... pero luego me di cuenta*" se encuentra presente en aquel relato procurando otra vía que en combinación con una colección de vívidos detalles de la escena, se conforman para establecer la credibilidad de la descripción, la cual se vuelve difícil de socavar.

Dentro de otro tipo de relato, pueden observarse otras formas para lograr aquella distinción entre los personajes y al mismo tiempo, establecer la descripción en un status de verdad que le dota de armas para sobrellevar el dilema de la conveniencia. Tal dilema es negociado al



hacer alusión a ciertas categorías de membresía que son mencionadas de forma implícita, las cuales se construyen al resaltar actividades o atributos ligados a tales categorías

**Jean:** Ahí me quedé como hasta las siete y se veía que iba a estar tranquilo. La esposa de David estaba ahí, para trabajar con nosotros... William, Susan, Eri como de costumbre. Quiero decir, más bien, William estaba ocupado y los otros tres nomás ahí parados sin hacer nada, y me dijo "Mira Jean, vete a tu casa y tómate un té.

Ya sabes, y yo le dije: "No, no me gusta dejarte con todo este tiradero y ya sabes, aunque éramos muy aliviados yo dije "no, mira, vete a tu casa, no pasa nada, tranquilo".

Y como te digo, pues me sali. Eran como las siete y diez, la siguiente cosa fue como a las ocho y diez.

...y tu hombre, nomás pateó la puerta abierta haciendo escándalo, y ella, cuando volteó hacia arriba trató de empujar a Billi ya sabes, donde está la silla alta, trató de empujarlo pero ya le habían pegado, ya sabes, le metieron cinco balazos

En el extracto que aquí se muestra, características relacionadas con el buen desempeño de William (la víctima) en el trabajo, son resaltadas junto con su honestidad e incluso una implícito *no involucramiento* en actos paramilitares. La identidad del perpetrador del acto terrorista es inferida al procurar el contraste con la víctima cuya "*mocencia*" la cual está implícitamente disponible dentro de la descripción que lo ensalza de atributos como su generosidad y conducta intachable además de la descripción de los vanos intentos para lidiar con los actos del perpetrador.

Luego, en una sección posterior se comenta

**Jean:** Si, como les digo, con todo y todo, vinieron automáticamente de 2 en 2 y se colocaron así juntos para el golpe. Deben haber visto a David y creyeron que David era John, ya sabes, agachado sobre sus rodillas y manos y creyeron... creyeron... normalmente hubieran venido conmigo. Si no hubiera estado trabajando, me hubiera acompañado, y hubiéramos llegado juntos, obviamente vieron dos figuras y

pensaron "ahí están ellos dos". Ya sabes, quiero decirte que aunque disparó la pistola tres o cuatro veces, todavía pudo ver que yo era una chica sentada y que lo ... lo habría hecho , si le hubiera funcionado la pistola.

Los autores mencionan que la identidad del perpetrador no se construye de manera directa ya que el dilema de la conveniencia es negociado dentro de la misma descripción. La constitución de la desigualdad con la víctima se da dentro de este extracto al construir al perpetrador como todo un profesional: Para ello, Jean echa mano de una palabra que es "*el golpe*", la cual trae consigo alusiones a la mafia o pandillas de gangsters y por ende a grupos organizados. Mas adelante, ella misma procura su propia inocencia al describirse como una "chica" que estaba ahí "sentada trabajando". Además de ello, ella enfatiza la persistencia del atentado (*disparó tres o cuatro veces*), esto es, no se trataba de un ataque impulsivo sino de un atentado con todo un *modus operandi*. Así entonces, el juego de las inferencias y la categorizaciones cobra un especial papel para la realización de acciones dentro del discurso.

Al abordar la constitución del al perpetrador como un "profesional", surge una pregunta ¿Cómo es que personajes como el profesional y la víctima inocente coexisten? Los autores sugieren un dilema que es resuelto dentro de las descripciones, las cuales sostienen que la planeación formal de tales actos violentos no van las allá de eso, siendo finalmente características como la *crueldad*, *sangre fría* y *naturaleza egoísta* del perpetrador, lo que finalmente asume la función discursiva de menoscabar versiones alternativas que apunten hacia motivos racionales o políticos para los actos descritos.

Así entonces, el estudio de Beatty y Doherty puede funcionar como un pequeño acercamiento hacia análisis de relatos factuales desde la psicología discursiva. En este caso, se abordaron las maneras en que identidades de víctimas y perpetradores son negociadas dentro de las descripciones. Los autores sugieren que la construcción de identidades ha de verse siempre relacionada a una variedad de funciones tanto ideológicas como personales, luego, el análisis discursivo lleva consigo el desarrollo de hipótesis acerca de motivos y consecuencias del lenguaje analizado. (Wethrell y Potter, 1988, en Beatty y Doherty, 1995) Así, ellos especulan acerca de

una posible función discursiva de la justificación de los actos de violencia como actos de venganza; puntualizando que en el caso de aquella investigación, simplemente se indagó en una pequeña parte de un proceso social que toma parte dentro del mantenimiento del conflicto. La violencia ligada a éste, ha sido desde un principio significada en base a los testimonios, historias e historias populares dentro de aquella comunidad. Todas aquellas descripciones, son entonces producidas y reproducidas de una manera flexible, acentuadas y cambiadas en el proceso de su producción. Es entonces la naturaleza de este proceso y su contribución en el mantenimiento del conflicto lo que bien puede ser elucidado mediante el análisis discursivo en este ámbito.

Con lo anteriormente expuesto, resulta posible visualizar un acercamiento al estudio de descripciones emitidas como *reales*. Partiendo del modelo de la acción discursiva, el énfasis recae en las acciones sociales que se logran mediante discursos situados en ocasiones específicas. La acción y función de los lenguajes con que se da cuenta del mundo y sus objetos, cobran importancia cuando se considera que la coordinación de las relaciones sociales, da pie al desarrollo de estos lenguajes, así como a las maneras de lograr la inteligibilidad entre la gente (incluso para ellas mismas) (Javiedes, 1999). Así entonces, bajo este panorama, el trabajo se encamina, en capítulos subsecuentes, a abordar aquellas formas en que la gente asienta a la locura en su carácter ontológico dentro de una conversación.

## CAPITULO DOS

### LOCURA, DISCURSO Y COTIDIANIDAD.

#### I. La locura en su carácter discursivo.

Este trabajo desde un principio se propuso abordar la construcción social de un hecho presente dentro de la vida cotidiana de aquellos quienes son en la actualidad clientes de un hospital psiquiátrico, clientes que sin embargo no desempeñan el papel de pacientes sino que son familiares cercanos de aquel sujeto que se destaca por su proceder extraño, a veces problemático, lo cual ha llevado en la experiencia a que se haya requerido atención profesional. Se ha reiterado ya en varias ocasiones, que desde esta perspectiva no resulta viable acudir a teorizaciones que procuren explicaciones causales de la locura o enfermedad mental como un fenómeno dado. Es entonces focalizando dentro del lenguaje y las prácticas sociales, que debemos abordar aquellos discursos que dan la inteligibilidad a este tipo de experiencia.

Como un antecedente a la relación entre *locura y discurso* puede hablarse de las ya bastante difundidas aportaciones de Michel Foucault, quien en su momento rompió esquemas al manejar una historia de la locura desde la Edad Media hasta el siglo XX. Basado en lo que él llamó su *método genealógico*, abordó a la locura como una *ontología histórica*, una realidad cambiante inserta en discursos provenientes de instituciones sociales. Al relacionarla así con toda una red de significados políticos, sociales, religiosos, económicos y morales imperantes en un mundo occidental, desembocó finalmente en la consolidación de la enfermedad mental con toda su amplia gama de tipificaciones patológicas.

Mediante la apropiación por parte de la ciencia médica de este objeto histórico y de su verdad, la figura del loco perdería entonces aquellos significados místicos que por siglos le acompañaran para pasar al dominio de la sinrazón, la desvalía y la corrección. Esta visión postestructuralista que pone en relación discursos normativos y la existencia de objetos provenientes de ellos, resulta un buen punto de partida. Puede afirmarse entonces, que el abordar a la locura conlleva el abordar un discurso, lo que alguien dice de ella a partir de cierta postura.

En secciones anteriores se habló ya acerca de la diferencia entre el enfoque del que parte esta investigación respecto a aquel que caracteriza la línea de pensamiento de Foucault. En términos generales se dirá que en ambos casos, el análisis se centra no en el objeto mismo, sino en aquello que se dice de éste; sin embargo, en el presente trabajo en lugar de enfatizar aquellos mecanismos institucionales que históricamente han dado vida a la figura del loco como enfermo mental, el nivel de análisis se sitúa en el interactuar cotidiano. Esto es, el interés se centra en aquellos mecanismos de los cuales la gente se vale para, con base en todo un bagaje cultural e ideológico, dar cuenta de una locura presente en su experiencia diaria.

A partir del relato, el individuo bien puede desplegar diversos recursos discursivos para construir a la locura como algo real e inteligible dentro de un contexto determinado. Los hechos que el familiar en este caso describe, constituyen un *tópico discursivo* desplegado en la interacción; este se hace inteligible mediante recursos disponibles en aquellos lenguajes que el individuo maneja.

De lo anterior se desprende entonces la importancia de voltear ahora hacia a aquellas visiones que han dado tal inteligibilidad al fenómeno en cuestión, resulta pertinente entonces hacer un recuento general de aquellos modelos explicativos que han dado vida a la enfermedad mental como objeto de estudio de la psiquiatría. No olvidar que, dado un contexto psiquiátrico, la locura de entrada asume la versión que la ciencia llamó enfermedad mental.

### 1) Modelos formales

Las ciencias de la salud se valen de esquemas teóricos o de modelos formales para explicar y tomar una posición ante la enfermedad mental, objeto que les hace cobrar sentido, abordando a ésta con base en una labor diagnóstica, terapéutica y preventiva. A fin de manejar un panorama general de estos modelos, a continuación se presentan cinco tendencias doctrinales que atraviesan la labor psiquiátrica, cada una heredera de diversos estadios dentro del desarrollo

histórico de la disciplina pero que, sin embargo, ninguna de ellas ha sido en definitiva abandonada para dar paso a la hegemonía de cierto enfoque epistemológico

a. Primeramente, están las teorías orgánico mecanicistas las cuales inauguraron a la psiquiatría como disciplina médica. Mas específicamente, fue la escuela francesa del siglo XIX con Pinel, la que liberó al *loco* de las cadenas de la exclusión para comenzarle a concebir como un sujeto *enfermo*, lo cual a fin de cuentas, bajo la influencia del pensamiento cartesiano se sustentaría en la concepción de la enfermedad mental como producto de causas etiológicas orgánicas similares a las enfermedades corporales. Se trata entonces de concepciones organomecanicistas en el sentido de que el esquema que se manejó consistía (o consiste) en reducir las enfermedades mentales a fenómenos directamente engendrados en lesiones cerebrales de manera que los síntomas forman un mosaico fortuito producto mecánico de disfunciones orgánicas (Ey, 1967)

Este modelo significó el dogma médico psiquiátrico a partir del cual se iba a desarrollar la psiquiatría moderna, modelo que, en el transcurso de los años, desataría controversias por su estricto determinismo pero que, a fin de cuentas, respondía a las tendencias filosóficas de la época. No olvidar que en ese entonces se vivía la expansión del pensamiento positivista donde la metáfora de la máquina resultaba una vía muy popular para dar respuesta a muchas preguntas que daban vida a los círculos científicos

b. Para fines del siglo XIX y principio del XX, tras el surgimiento del psicoanálisis y sus desarrollos alrededor del inconsciente, se dio un giro hacia teorías psicodinámicas. Este modelo teórico que caracteriza a este movimiento, se apoya en dos puntos esenciales

- El inconsciente representa un sistema de fuerzas reprimidas que se manifiestan mediante una distorsión simbólica de su sentido, que son clínicamente identificables (léase obsesiones, delirios, alucinaciones, síntomas neuróticos, etc)

- El inconsciente se constituye por un aparato conformado por fuerzas instintivas (ello) y represivas (superyo) que durante del desarrollo libidinal que se da durante los primeros años de vida, da pie al establecimiento de las relaciones objetales. De las tensiones entre estas partes pueden surgir síntomas afectivos de carácter patógeno.

Tal interés por los fenómenos psicodinámicos y sus implicaciones en el desarrollo de cuadros patológicos significó en su tiempo, una primera revolución ante la visión organicista dominante que poco a poco comenzaba a resultar insuficiente para explicar ciertos tipos de enfermedades mentales. El inconsciente ocupaba entonces un lugar cada vez más significativo (Ey, 1967).

c. Un tercer paradigma lo constituyen las teorías organogénicas dinámicas (Ey, 1967). Estas teorías admiten la existencia de un proceso orgánico que constituye un sustrato hereditario de las enfermedades mentales. Se distinguen de las teorías orgánico-mecanicistas en la medida en que no asumen un vínculo directo entre la lesión orgánica y el síntoma sino que a pesar de admitir una acción determinante de procesos somáticos, se atribuyen un papel significativo a la dinámica de las fuerzas psíquicas en la constitución del cuadro y la evolución de las enfermedades mentales, enfatizando procesos ontogénicos y evolutivos generalizables. Así entonces, dentro de este modelo se asume que:

- El organismo y la organización psíquica que de él emerge constituyen un edificio dinámico y jerarquizado resultado de la evolución, maduración e integración de las estructuras estratificadas de las funciones nerviosas y de la conciencia.
- Las enfermedades mentales son el producto de una desestructuración o una anomalía dentro de este edificio estructural.

- El proceso orgánico es el agente de este "accidente evolutivo" La regresión o estancamiento dentro de un nivel de maduración da a la enfermedad mental su fisonomía clínica.

d. Las teorías sociopsicogénicas, bien pueden rastrearse hasta los inicios de la psiquiatría cuando Esquirol atribuyó a la locura causas morales o las dificultades de la existencia misma. Estas nociones durante el transcurso del tiempo fueron cambiando su fisonomía, encontrando finalmente su mas alta expresión con el desarrollo de los modelos sociogénicos de la conducta inadaptada. Desde esta perspectiva, se aborda a la enfermedad mental como un efecto de la presión de la estructura social sobre el sujeto individual. Se abre así, un debate en torno a la prominencia de factores ambientales que conlleva la pregunta ¿Hay causas sociales o solo son detonadores de trastornos latentes? Ante esto, solamente se mencionara que Bastide (1967) reconoce no contar con una respuesta definitiva, sin embargo, si resalta la importancia de considerar un balance entre factores biológicos y socioambientales que conforman la anormalidad. Estos factores socioambientales, de la misma manera, han sido abordado bajo dos vías. Uno que atomiza a la sociedad en subgrupos de manera que los factores ambientales se pueden fraccionar en factores familiares, económicos, políticos, etc, otro que conciben a la sociedad como una interconexión de grupos e instituciones, configurando así una red de situaciones totales y globales.

e. Además de estos cuatro modelos, cabe destacar una quinta tendencia que se encaminó a abordar a la enfermedad mental bajo un marco integrador donde no puede va hablarse de la existencia de entidades etiológicas independientes, se considera entonces la imposibilidad de emitir una causa única y fundamental que explique la aparición y desarrollo de enfermedades mentales. En lugar de ello, la patología mental se concibe dentro de un cuadro multicausal donde factores diversos se entretajan. Este es, a fin de cuentas, el modelo bio- psico- social donde convergen factores entretajidos de naturaleza psíquica, ambiental y orgánica.



El siguiente cuadro condensa el dominio de cada uno de los factores involucrados:

<b>PSICOLÓGICOS</b>	<b>SOCIALES</b>
<p>Interacción comunicativa Actitudes parentales Procesos familiares Conflicto intrapsíquico Desarrollo y maduración Aprendizaje Estructura de la personalidad</p>	<p>Stress social Eventos desencadenantes Soporte social Prejuicios sociales Status socioeconómico Marginación social Eventos de la vida</p>
<p><b>BIOLÓGICOS</b></p> <p>Neuroanatómicos Genéticos Neuropatológicos Neuroquímicos Endocrinológicos Metabólicos Procesos físicos, infecciosos y/o tóxicos Traumatismos</p>	

Figura 1

Tomado de Tusquets y Murcia, 1988, pp. 30.

Dentro de este modelo, la salud es la resultante del equilibrio entre las tres entidades causales donde sin embargo puede existir un punto débil del cual se deriven ciertos tipos de trastornos. Así por ejemplo, las enfermedades psicosomáticas descansan sobre un sustrato psíquico modelado por la historia relacional del sujeto y que a su vez repercuten en alteraciones biológicas. De la misma forma, factores sociales como la costumbre de ingerir alcohol repercuten en afecciones hepáticas y psíquicas.

## 2) Locura, lenguaje y conocimiento de sentido común.

Pensando la enfermedad mental a partir de los modelos antes descritos, ésta es evidenciada a final de cuentas en el desarrollo de pautas de comportamiento identificables como patológicas; patologías que son entonces susceptibles de ser diagnosticadas y tratadas bajo el marco que acoge un pensamiento erudito. Tal capacidad para identificar el padecimiento mental no es posible sino mediante el ejercicio de aquella ideología que ha postulado a la salud y patología mental como un hecho concerniente a los miembros de la sociedad para quienes los servicios de salud mental trabajan. Visto desde la perspectiva de la acción discursiva, la puesta en juego de este discurso médico científico conforma el sustrato para que los términos y categorías compartidas propios de campos específicos de conocimiento en torno a la enfermedad mental, procuren la inteligibilidad de aquellos relatos donde se construye la enfermedad mental en su carácter de realidad inobjetable

Ahora, en este punto, cabe mencionar que al considerar los términos con los que se da cuenta de un hecho considerado como patológico, es necesario indagar en cuanto al lugar que éste ocupa dentro del discurso cotidiano. Si bien los modelos con los que ha sido tradicionalmente descrita la locura como enfermedad provienen de diversas especialidades en salud mental, no por ello la gente que no se encuentra vinculada a aquellos círculos sociales es incapaz de emitir juicios y explicaciones a este tipo de eventos

Los individuos pertenecientes a una sociedad dada, comparten visiones del mundo, comparten cierto bagaje de conocimientos que conforman lo que se ha llamado el *conocimiento de sentido común*, conocimiento que sirve de trasfondo y, al mismo tiempo, proporciona la materia prima para argumentar los sucesos que les conciernen en la acción secuenciada. Tomando en cuenta el papel de la construcción lingüística de los sucesos cotidianos, ha de considerarse entonces que son las *teorías del sentido común* las que atribuyen a aquellos que ahora son pacientes psiquiátricos su carácter problemático. Este razonamiento que se da en lo cotidiano se conforma con base en un trasfondo ideológico que le facilita la materia prima para construir al loco- enfermo como una realidad social

Cabe aclarar que la gente puede bien conducirse a partir de teorías que pueden o no coincidir con las teorías científicas; sin embargo, considerando el entorno médico institucional en el que éstas juegan el rol de clientes, es importante poner especial atención en la ideología en base a la cual la labor psiquiátrica sustenta su servicio. Esto resulta pertinente si se considera la relación del conocimiento de sentido común con el conocimiento propio de las comunidades científicas.

Dentro de una sociedad como la nuestra, el conocimiento cotidiano o de sentido común es diferenciado del conocimiento científico debido a que éste se aleja de toda organización formal que el positivismo lógico postula para que éste asuma la facultad de reflejar la verdad de aquellas cosas o eventos que explica. Así, asumiendo un punto de vista científico ortodoxo, el conocimiento cotidiano se caracterizaría por ser un conocimiento intuitivo, no controlado, sesgado, subjetivo, ambiguo, inexacto, impreciso, no válido ni fiable, acritico, fantástico, etcétera (Fernández-Ríos, 1994). De esta distinción resulta evidente una jerarquía entre estos dos dominios de conocimiento, sin embargo, las explicaciones de sentido común bien pueden considerarse de primordial importancia para la misma existencia del saber científico si se toma en cuenta las razones que Fernández-Ríos (1994) presenta: 1) según Popper, toda ciencia y toda filosofía son sentido común ilustrado, 2) existe un solapamiento entre el conocimiento científico y el sentido común, 3) hay autores para los cuales el conocimiento generado por el sentido común suele o puede ser superior al facilitado por los expertos.

En un campo médico institucional, resulta lógico que la locura sea descrita en los términos que Gergen (1996) llamó "*del déficit mental*", déficit estrechamente relacionado con constructos abstraídos de situaciones vividas por la gente como lo son lo normal y lo anormal, o bien, lo sano y lo patológico. A final de cuentas, cuando el experto en salud mental aborda cuestiones relacionadas con estas dos polaridades, juicios del sentido común permanecen. La sociedad, las visiones del mundo y las ideologías, permean a la práctica científica que resulta entonces saturada por "*el afuera*", es la misma sociedad la que designa a los enfermos a los que se ha de tratar, siendo el médico el encargado de buscar las causas del padecimiento y de dar un por qué de tal enfermedad. Juicios populares entre lo normal y lo patológico son aceptados,

refinados y categorizados , manteniendo sin embargo tales categorías dentro del grupo que tales juicios han designado como "locura" (Bastide, 1967).

### 3) Normalidad , patología e ideología.

A mediados del siglo XX se desarrollaron diversas investigaciones antropológicas y etnológicas que llevaron a la psiquiatría a considerar la existencia de factores sociales vinculados con la patología mental. La importancia y principal aportación de los trabajos etnográficos dentro de estos campos reside en que en conjunto mostraron una evidente relatividad en la distribución de las anormalidades dentro de diferentes grupos sociales, la variedad de las formas culturales que puede adoptar un mismo tipo de anomalía y el hecho de que una cultura bien puede tolerar a individuos que no serían tolerados en otra (Bastide, 1967). Puede hablarse entonces de un criterio sociocultural que marca las pautas en la desviación las cuales son variables en cuanto a la cultura y contexto. A pesar de esta relatividad cultural que la antropología ponía de manifiesto, salta a la vista un factor que bien puede resultar a estas alturas como casi "obvio" y es que los miembros de grupos, sociedades, culturas, etc., se socializan en función de sistemas de normas y pautas insertas en ideologías particulares que distinguen entre *lo normal y lo anormal*.

Al considerar la construcción social de la locura como un hecho dentro de un enfoque retórico discursivo, ha de notarse que este bagaje ideológico-cultural inserto en el lenguaje de una comunidad dada, además de procurar los recursos argumentativos para lograr la constitución de la normalidad y lo anormalidad de los individuos y sus acciones, conlleva el tomar una postura dentro de la conversación. A partir de esta situación es que se hace posible llevar a cabo acciones socialmente orientadas, acciones tales como el despliegue de identidades tanto del sujeto y de la persona que emite el relato. Retomando puntos manejados en el capítulo 1, cabe recordar que la naturaleza de los participantes se pone en juego en el discurso mediante el despliegue de categorías provenientes de entretrejo cultural. Esto lleva a que se originen tópicos discursivos comunes que se ponen en juego en la acción coordinada, en el diálogo. Sacks (en Beatty y Doherty, 1995) menciona que a pesar de que existe una potencial variabilidad en las categorías dentro de las cuales se puede colocar al sujeto de la descripción, existe lo que bien podría llamarse

una *regla* en la aplicación de las categorías de los miembros dentro del discurso cuando por lo general se hace referencia a una sola categoría al describir a éste. La selección de cuál de ellas utilizar, ha de entenderse con base en el contexto funcional de la expresión verbal: "*La categorización es algo que se logra en el habla a fin de lograr acciones sociales*" (Edwards; 1991; en Beatty y Doherty, 1995) .

Ahora, relacionando esto con la capacidad que la gente puede tener para distinguir y describir lo normal y lo patológico, cabe revisar algunas cuestiones relacionadas con la ideología de la que derivan estas categorías. Para esto se menciona primeramente la perspectiva que G Canguilhem (1970) proporciona al hablar de lo normal como lo normativo. Este autor muestra una perspectiva interesante al colocar a la normalidad y anormalidad en una relación diametal y referencial. Al pensar lo normal, de entrada se habla de un concepto dinámico que hace referencia a una norma o acto normalizador. Esto es, normar o normalizar implica imponer una exigencia a algo existente, es bien la expresión de una norma, la posibilidad de una universalidad que sin embargo no cobra sentido si no tiene una referencia inversa. La posibilidad de la norma se da en el momento en que se instituye o elige lo normal como la expresión de una preferencia hacia un estado de cosas, así, tal preferencia hacia un orden dado es acompañada por la aversión implícita hacia el orden inverso.

*El hombre normal sólo se sabe tal dentro de un mundo en donde no todos los hombres son normales; se sabe capaz de ser un hombre enfermo y vive la certidumbre de rechazar dicha eventualidad cuando, sin embargo, para asumir su propia normalidad ha de llevar siempre "su sombra consigo" (Canguilhem; 1978, pp. 231).*

De lo anterior se deriva una *normalidad que refiere valores* implícita o explícitamente, una normalidad que expresa y discrimina cualidades. Un objeto u hecho es llamado *normal* por referencia a una norma externa y éste, a su vez, tiene la cualidad de poder ser a su vez tomado como referencia para otros objetos u hechos que aún no son llamados como tales. La normalidad entonces cobra su sentido del hecho de que exista fuera de ella algo que no responde a las exigencias a las que esta misma atiende.

Resulta interesante puntualizar tras lo anteriormente descrito, que la norma surge entonces de la infracción misma, en el sentido de una regulación. Lo anormal suscita la intención normativa siendo entonces lo normal el efecto de tal acto; es la norma que se exhibe en el hecho

Michael Billig (1988) por su parte, considerando ya en lo que respecta a la ideología de la salud y la enfermedad y muy cercano al planteamiento de Canguilhem, resalta la idea de que la salud y la enfermedad o mejor dicho "*el estar sano u enfermo*", provienen de un discurso social donde la apreciación de la salud depende (y no en una manera restringida) del entendimiento que la gente tenga de un individuo enfermo. Cuando la gente enferma, ésta toma parte aún del mundo de la salud, de manera que la salud y la enfermedad no son estados de un continuo donde uno se mueve; salud y enfermedad son para Billig términos interdependientes dentro de la experiencia cotidiana. Su aparente equidad no resulta sustentable si se toma en cuenta que la gente con frecuencia (si no es que la mayoría de las veces) describe su salud como una condición subyacente donde la enfermedad irrumpe

El mundo de la salud no es entonces un mundo neutral, tampoco lo es en su relación con la enfermedad. La enfermedad no entra en la sociedad como un fenómeno separado sino que ésta tiene un significado en términos de la relación del individuo con la sociedad misma, la enfermedad al mismo tiempo, forma y es formada por cuestiones sociales

Es importante mencionar que las ideologías tocantes a la enfermedad no se limitan al sujeto enfermo. Volteando hacia la praxis de las relaciones sociales, el mundo de la enfermedad provee todo un repertorio de constructos que entran en juego con diferentes esferas de la vida. Dentro de la cultura occidental, el estar sano se relaciona estrechamente con el estar apto para deberes sociales, el estar apto para el trabajo, por su parte, al estar enfermo, un individuo no puede satisfacer tales deberes. De esta manera, aquello que define las condiciones de un sujeto no es tanto una condición del propio cuerpo como una incapacidad. La demanda social conlleva entonces a que se establezca una carga en el enfermo la cual le dice por un lado "*No hagas esto*" y por el otro. "*Haz un esfuerzo*" (Billig, 1988)

La gente cercana que cuida del sujeto enfermo es, de la misma manera, sujeto de una ideología que clama si no buena salud, si una normalidad frente a la enfermedad o el daño. La ideología tocante a la salud y la enfermedad mental por tanto se encuentra en su misma naturaleza llena de contradicciones delineadas por la vida social.

Así entonces, la línea divisoria entre la salud y enfermedad ha sido trazada y retrazada infinidad de veces a través de los años dentro de nociones populares y definiciones provenientes del saber médico. Junto con las identidades a las cuales se relaciona una polaridad *sano-enfermo*, el hablar de salud o enfermedad constituye un dominio ambiguo, culturalmente relativo y sujeto a una definición social. El discurso en torno a gente sana y gente enferma se da entonces dentro de una ideología donde ambas categorías funcionan en una interrelación referencial mutua. Bien puede decirse que son categorías disponibles a partir de las cuales normatividad sociocultural se manifiesta. Aunque el trabajo de Billig se centró principalmente en lo que son las enfermedades corporales, él resalta que este planteamiento en cuanto el pensar la enfermedad bien puede ser válido en un dominio relacionado con las llamadas *enfermedades mentales* (Billig, 1988).

## II. La medicalización del discurso.

Tomando en cuenta la centralidad del lenguaje y la ideología para los fines de este trabajo, y dado el contexto psiquiátrico institucional dentro del cual se explora la construcción del relato factual, resulta pertinente dedicar un espacio a la reflexión en torno a la práctica del lenguaje psicopatológico con el que comúnmente se da cuenta de las enfermedades mentales, lenguaje que como ya se mencionó, proviene de un campo de conocimiento erudito que se encuentra de antemano justificado.

Desde la época de la ilustración, las sociedades occidentales han sido permeadas por una retórica que atribuye a la ciencia un carácter racional y progresivo. De ello que como mencionan Moscovici y Hewstone (1984, en Moscovici, 1984), la práctica científica forma parte integrante de nuestra visión del mundo, de nuestra vida intelectual y de nuestras relaciones sociales (la vida

cotidiana). A consecuencia de ello, dentro de nuestras ideologías en un sentido abstracto y dentro de nuestro sentido común, abundan imágenes, palabras y razonamientos provenientes de la física, la biología, la psicología o la medicina.

La crítica hecha por Thomas Szasz (1970), quien formara parte de aquel movimiento antipsiquiátrico de los años sesentas, resulta de especial interés debido al énfasis que hace acerca de los términos con los cuales se da cuenta de eso que la medicina llamó *enfermedad mental*. Szasz puso en tela de juicio los modelos médicos en los que se sustenta la psiquiatría y las especialidades en salud mental, argumentando que la enfermedad mental no existe como tal, que aquella conducta socialmente desviada la categorizamos así "*por nuestra propia cuenta y riesgo*". En opinión de este autor, la enfermedad mental es un mito, una falsa analogía basada en la extensión errónea del modelo médico hacia la psicopatología

A su manera de ver, el juicio del psiquiatra respecto a la patología del paciente no puede ser analogada a una enfermedad orgánica, ya que aquello implica la confrontación de ideas y creencias provenientes de la sociedad a la que pertenecen. Todo lo que un sujeto haga tiene lugar en un contexto de valores y normas éticas, es por ello que resulta absurdo que se busque un remedio con base en medidas médicas. Szasz no niega la existencia de lesiones o disfunciones orgánicas que afecten al cerebro, sin embargo, puntualiza que, si de eso se trata, se hable de eso mismo de *enfermedades del cerebro* y no se les haga equiparables a aquellas expresiones de lucha del individuo con los *problemas de la vida*

La enfermedad mental, a la vista de Szasz (en Guinsberg, 1990), no es entonces más que una falsa analogía, una metáfora heredera de sistemas de creencias que funcionan como tranquilizantes sociales que alientan la esperanza de adquirir dominio sobre ciertos problemas mediante procesos simbólicos que sustituyen a ciertas prácticas sociales

*"En determinados periodos históricos, conceptos explicativos tales como las deidades, las brujas y los instintos parecían no ser teorías sino causas evidentes por sí mismas de un vasto número de fenómenos. En la actualidad, la enfermedad mental es concebida en buena medida de*



*manera análoga, vale decir, como la causa de una cantidad innumerable de acontecimientos diversos” (Szasz, 1970, pp. 22)*

Lejos de buscar señalar la veracidad o falsedad de la postura antipsiquiátrica (a la cual el mismo Szasz criticó) sólo se resalta el hecho de que, a final de cuentas, Thomas Szasz dio un paso importante al deconstruir (aún cuando no fuera con una intención explícita) un hecho como es la misma *enfermedad mental*.

En este punto, en el que se hace un viraje hacia el lenguaje por el cual se da cuenta de un padecimiento de tipo mental, resulta pertinente mencionar algunas reflexiones de Gergen (1996) en cuanto a las formas en que se habla de la mente, indagando en los efectos de ciertos vocabularios predominantes acerca de ésta dentro de las relaciones humanas, dado que la gente suele en lo cotidiano utilizar términos mentales para construir sus relaciones. Esta reflexión resulta por demás importante para la presente investigación, dado el contexto psiquiátrico institucional donde el diagnóstico y tecnificación del conocimiento son producto y herramientas de uso diario.

Al inmiscuir a la mente y sus patologías con la institucionalización y su tratamiento, existen muchas cosas que decir tanto en pro como en contra, resaltar solamente los aspectos negativos sería una postura extrema, Gergen señala que existen también aspectos positivos vinculados al lenguaje que da cuenta de una salud/enfermedad mental, si se considera el logro de convertir aquello ajeno o extraño en algo familiar y, por consiguiente, menos temible y enfrentable, cabe reconocer que este proceso que hace familiar a lo desconocido induce a sustituir la repugnancia y temor por actitudes más tolerantes y afables como cuando se pasa por una enfermedad física. Sin embargo, estas prácticas tienen consecuencias paradójicas. La reflexión de Gergen apunta hacia el otro lado de la moneda, a cómo las formas en las que hablamos se relacionan estrechamente con pautas de nuestra vida cultural que contribuyen a sostener formas de vida

Primeramente, el uso de lenguajes específicos en cuanto a lo que llamamos *mente*, ha tenido diversas repercusiones sociales, si bien las ciencias de la salud han intentado tomar una

posición de neutralidad científica, ya desde hace varias décadas se ha reconocido que lejos de ello, las ciencias asientan sus bases sobre ideales culturales e ideologías políticas determinadas.

Tomando en cuenta que tal neutralidad resulta ya difícil de sostener, los términos que Gergen llamó *del déficit mental* pasan a fungir como dispositivos evaluadores que demarcan una posición entre individuos a lo largo del implícito continuo cultural entre lo *bueno* y lo *malo*. En opinión de Gergen, la terminología del déficit mental contribuye a la proliferación de *jerarquías sociales* implícitas que se acompañan de ciertas prácticas de distanciamiento y degradación. Entonces, mientras mayores criterios existan acerca de una patología mental, mayor sería el número de vías por las que se puede dar tal jerarquización.

Por otro lado, concordando con las ideas de Szasz, Gergen señala que problemas que se dan en lo cotidiano son nombrados en los términos de una lógica médica la cual exige un diagnóstico y un tratamiento. En la medida en que la gente participa en los programas de atención y diagnóstico, sus problemas abandonan el contexto inicial del que surgieron para reconstituirse dentro de la esfera de las profesiones de la salud mental, esto lleva a la interrupción de las relaciones iniciales del sujeto con su comunidad, una forma de comunicación es alterada y las pautas de interdependencia destruidas. En otras palabras, los especialistas de la salud mental se apropian del proceso de realineación interpersonal que bien pudo darse dentro de otro tipo de contexto.

Además de lo anteriormente mencionado, Gergen sugiere que los términos *del déficit mental* actúan también a fin de esencializar la naturaleza de la persona a la que describen, éstos designan a los sujetos características que perduran a través del tiempo y las circunstancias, transmitiendo información que da cuenta de un problema general que no sólo abarca una etapa o un solo aspecto de su vida. Una vez que la persona da sentido a sus acciones en los términos del déficit mental, ésta se sensibiliza en cuanto al potencial problemático de todas sus actividades, su problema se expande ahora en múltiples direcciones. El ser clasificado en términos del *déficit mental* es por consiguiente una vía potencial de autodebilitamiento, de la conformación de una vida de autoduda (Gergen, 1996).

Los términos que no son sino propios de una ideología científica, se insertan y fluyen en el lenguaje cotidiano llevando consigo toda una mística médica. Tal circulación de significados contribuye a sostener un enfoque determinista del mundo y la acción humana, de manera que en aquellos términos, el tener una enfermedad mental implica entonces el ser conducido por fuerzas que exceden al propio control, el ser una víctima de ésta. Los sujetos dejan entonces de percibir sus acciones como voluntarias, convirtiéndose en "*pasajeros de la vida*" (White, 1989) a menos que se sitúen en manos de profesionales.

Así entonces, en una perspectiva histórica puede afirmarse que el discurso psicopatológico con frecuencia ha emergido del mismo lenguaje cotidiano, de ahí que la cualidad referencial o realista de este lenguaje esté de antemano validada. Este es un hecho que Gergen resalta mucho, señalando que una vez que la ciencia absorbe terminologías corrientes, éstas pasan por 2 transformaciones:

Los términos son **tecnologizados**, son cubiertos de una gran riqueza connotativa para ser reasignados dentro de las prácticas técnicas del experto. El profesional se convierte entonces en una especie de árbitro de lo que es *racional* y lo que es *irracional*, natural y no natural. A medida que la problemática de la gente es tecnificada, etiquetada y medida, los conocimientos legos son descalificados, aquellos quienes habían estado más íntimamente familiarizados con el problema, tienen que dar cabida a explicaciones provenientes de una autoridad ajena poseedora de un conocimiento superior que fomenta un segundo proceso que es su **justificación** derivada de la alianza de las especialidades psicológicas con la herencia filosófica que les da sustento epistemológico e inteligibilidad. Estas, como ya se vio, se nutren de diversos enclaves culturales que se relacionan con el hablar acerca de la mente, los cuales, en palabras del autor, son "engullidos" y "remodelados" para pasar a formar parte del ámbito formal de la ciencia, logrando finalmente objetos convencionales, material de trabajo sobre el cual las ciencias de la salud pasan a asumir el papel de expertos.

Una vez dicho lo anterior, puede plantearse la idea de que los modelos formales a final de cuentas remiten a juicios de sentido común; la sociedad es la que designa a los enfermos mediante un juicio popular, siendo entonces el psiquiatra el encargado de buscar las causas y dar cuenta de un por qué de ésta al ampliar e introducir nuevas explicaciones. Viendo este fenómeno desde un punto de vista discursivo, cabe señalar que la terminología del déficit o patología, mas que hacer referencia a estados o disfunciones psíquicas, se vincula estrechamente con la generación y mantenimiento de modos de vida particulares comenzando con el de los círculos de expertos en el área de la salud mental. Las especialidades en este ramo son particularmente dependientes de las prácticas discursivas ya que éstas comparten una ontología, explicaciones y valores comunes que dan sentido a sus prácticas y a su misma existencia. Estas subsisten en gran medida gracias a la simpatía de la población que funge como su cliente, respecto a las concepciones fundamentales por las que proceden.

Dada la *orientación pictórica*<sup>5</sup> que el saber científico comparte con el saber cotidiano en cuanto a las *nociones mentales*, no existe en opinión de Gergen (1996), un medio por el cual puedan desafiarse fácilmente aquellas realidades que se crean dentro de esta relación bidireccional donde el lenguaje común es absorbido y tecnificado, sin contar con medios inherentes para poner en tela de juicio sus propias premisas.

Así entonces, Gergen habla de un déficit cultural producido por la tecnificación cada vez mayor del lenguaje en los términos de las ciencias de la *mente*. Queda aclarar que este autor resalta el que con esta reflexión no intenta culpar a nadie dado que se trata de un proceso producido tras numerosos esfuerzos por mejorar la calidad de vida de la gente, solamente le resta invitar a un examen crítico de la enfermización progresiva de nuestro lenguaje y nuestras relaciones; labor que en parte es un sustento dentro del presente trabajo.

### III. Explicaciones populares: diferentes aproximaciones a una locura construida.

Para ejemplificar investigaciones antecedentes que hayan abordado la construcción de la locura como un hecho cotidiano, no se cuenta hasta el momento con material suficiente ni que comparta la perspectiva planteada por la psicología discursiva. Si es posible, sin embargo, ofrecer un acercamiento a las explicaciones centradas en el sentido común en torno a la anormalidad y la patología mental.

Primeramente, se comentará con una mirada muy a grandes rasgos al estudio ya clásico de *Denise Jodelet* (1986). Se trata de un estudio monográfico realizado dentro de una comunidad rural francesa la cual en su momento fue pionera en el tratamiento de las enfermedades mentales mediante el sistema de *colonia familiar*<sup>5</sup>. Cabe destacar que la perspectiva de la que parte esta autora, que es la teoría de las *representaciones sociales*, se encamina a manejar el papel que tienen las representaciones construidas socialmente para que un grupo perciba el mundo con cierto orden y coherencia. En opinión de Potter (1996), la teoría de las representaciones sociales se caracteriza por subrayar la importancia de los contenidos, sin preocuparse por las maneras como se construyen éstos o las acciones que se posibilitan a partir de ellas. No obstante, la importancia del estudio de Jodelet para los propósitos de este trabajo recae en la función de las teorías ingenuas acerca de los pacientes psiquiátricos y su enfermedad mental que están insertos en esta comunidad, dentro de todo el conjunto de relaciones entre la gente que ahí coexiste.

A pesar de los intentos por procurar una integración de los pacientes psiquiátricos a la vida cotidiana de esta comunidad, Jodelet habla de la existencia de un orden dualista y prácticas de distanciamiento a fin de preservar la identidad e integridad de la gente perteneciente a esta comunidad. Discursos recolectados mediante diversas técnicas hicieron ver una inquietud de la gente por definir su identidad como *civiles* (en contraposición con los *no civiles*), una inquietud por no poder ser diferenciados de los enfermos.

---

<sup>5</sup> El enfoque pictórico proviene de aquella tradición representacionista donde, el lenguaje, da una imagen o mapa de las condiciones interiores o subjetivas de la gente (Gergen, 1996)

<sup>6</sup> Ver detalles en Jodelet (1986)

Por otro lado, en cuanto a las teorías ingenuas que explicaban la enfermedad mental de aquella gente, Jodelet señala que al describir a los enfermos, la gente situaba la enfermedad en un plano esencial; en el plano de serla, no de tenerla (“ellos no tienen enfermedad, ellos son enfermos”); tal estado patológico era bien depositado y leído en muy distintas formas dependiendo de cada sujeto. Con base en los indicios tales como la suciedad, nerviosismo, gritos, gestos incongruentes, etc que evidenciaban aquellos sujetos quienes eran reconocidos como los *no civiles*, surge el manejo dentro de la comunidad de toda una taxonomía basada en una dicotomía *cerebro/nervios*.

Las descripciones, representaciones y evaluaciones vislumbran aspectos específicos de un estado marcado por la *disfunción* dentro de un sistema articulado que conforman el cerebro (lo social) y los nervios (lo esencial). Tal teoría nunca fue formulada en forma explícita, sin embargo ésta funcionaba en todos los enunciados que hacían referencia a la conducta, actividad mental y vida social de los enfermos mentales. Es a final de cuentas la base de una diferenciación que relega a estos sujetos a un status que sirve a los intereses de la comunidad que los acoge, preservando de paso la identidad e integridad de la misma.

Cabe destacar que en cuanto al carácter substancial de la enfermedad, éste se manifiesta más allá de la cosificación, se manifiesta dentro del orden de la naturaleza y de la descripción de los procesos por los que actúa. De ahí que la psicología espontánea que permite identificar los rasgos patológicos se basa en la observación de comportamientos tanto verbales como no verbales. Los pobladores de esta comunidad ligan entonces la naturaleza de la enfermedad al *carácter*, diferenciándose de causas culturales como pudieran ser la educación o la mentalidad.

Finalmente, en esta visión de la enfermedad, el sujeto es desprovisto tanto de responsabilidad como de intencionalidad en sus actos, este es descrito como un proceso de deterioro orgánico que produce un estado de naturaleza radicalmente diferenciado del resto de los miembros de la comunidad.

En otro trabajo de indole distinta, Dudet (1999) recolectó y analizó una muestra de aquellos conocimientos colectivos cotidianos con los que los pacientes de un hospital psiquiátrico explicaban y daban sentido a lo que para ellos era la *salud/ enfermedad mental*. En este caso se trata de una visión socioconstruccionista, que indaga en el conocimiento colectivo que los pacientes van construyendo. A diferencia del trabajo antes descrito, se pone mayor énfasis en el carácter constructor del lenguaje, asumiendo que es a través del diálogo que se llega a formar éste conocimiento que se da como establecido y que a su vez construye a quienes lo emiten. Esto, aplicado al conocimiento que se tiene en torno a la salud/ enfermedad mental, conlleva un giro en su comprensión se considera su existencia como un proceso, como aquello que se dice acerca de ella, de manera que funge como uno más de los discursos sociales que dan cuenta de la normalidad y la anormalidad, del comportamiento desviado, lo cual está conformado por conocimientos de diversa indole, incluyendo al de carácter científico

De entre toda la gama de contenidos que el análisis de entrevistas arrojó, resulta pertinente mencionar la posesión de todo un discurso en donde confluye conocimiento lego y técnico en torno a la enfermedad mental, emitido este en un lenguaje que de la misma forma fluctúa entre lo más técnico hasta lo más "*científicamente impreciso*" Lo anterior se mostró dependiente en una gran medida, de la experiencia que el paciente hubiera tenido en cuanto a tiempo de hospitalización e internamientos anteriores. Así, los conocimientos colectivos de las personas hospitalizadas se fueron especializando conforme iban actuando dentro de aquel rol de pacientes.

En cuanto a las narraciones, se mencionan diversas categorías dentro de su contenido, categorías mediante las cuales era posible dar cuenta de las causas de la enfermedad. Tales categorías se construyeron entonces con base en 1) las ubicación de la enfermedad, la cual fue física principalmente y en menor medida como proceso psíquico 2) causas que la provocan, donde se habló de uso de drogas y alcohol, golpes, problemas psicológicos, causas hereditarias, problemas familiares, brujería, contaminación y estrés 3) descripción del tipo de comportamiento que presenta la gente enferma, tales como conducta antisocial, alteraciones mentales y/o comportamientos irracionales de falta de autocontrol (Dudet, 1999)

Estas definiciones populares denotan a la enfermedad mental como una categoría cultural inserta en el lenguaje cotidiano expresada ésta en formas coloquiales como el "estar mal de los nervios", "mal de la cabeza" o "locura". Cabe señalar que definiciones de carácter científico de presentaron en menor proporción, obedeciendo esto una vez mas a la experiencia institucional entre otros factores.

Finalmente, se observó que muchos de los conocimientos que estos sujetos desplegaron concordaban con aquellos conocimientos provenientes de sistemas educativos y modelos de asistencia médica sustentados en cuanto a la idea básica de un ser humano racional, por tanto inteligente, civilizado y moderno (Dudet, 1999) Dichos modelos son difundidos, generando significados dentro de una realidad, un estilo de vida. Ella señala que considerando que históricamente se tuvo primero la conciencia de la enfermedad antes que de la salud lo cual conlleva a pensar que aquel patrón señalado décadas antes por Canguilhem continúa

Estos dos estudios aquí revisados, en términos muy generales enfatizan la función de significados compartidos en torno a la salud-enfermedad mental. En la primera de ellas, si bien los testimonios recolectados por Jodelet no dan cuenta de situaciones contextuales en las que se presenta la emisión de las descripciones donde se maneja la taxonomía que da cuenta de los sujetos enfermos, así como dicha diferenciación entre la gente del pueblo y los pacientes, salta a la vista la aparición de recursos culturalmente disponibles para hacer inteligible la realidad cotidiana que implica la convivencia con aquella gente diferente. De ahí el despliegue de categorías las cuales la gente utiliza para construir sus relatos y su propia identidad. En este caso la dicotomía civil y no civil, se dejó ver como un lenguaje característico de los recursos propios de esta gente a partir del cual giraba una referencia constante entre una categorización, una jerarquía social arraigada en las relaciones cotidianas. Asimismo, las explicaciones y terminologías que describen a un enfermo mental dentro de la taxonomía popular, se expresan con base en un conocimiento compartido donde se encarnan símbolos como el cerebro y los nervios. Cabe destacar que bien puede identificar un accionar social del lenguaje de tal taxonomía en el momento que las



identidades son construidas, la diferenciación entre la gente normal y la enferma se gesta y la identidad del pueblo es preservada.

Asimismo, en el segundo de los estudios descritos, de manera similar se presenta un ejemplo en un contexto específico que es el de los pacientes psiquiátricos hospitalizados. En este caso, la patología mental es construida y reconstruida en la interacción, con recursos provenientes de un conocimiento popular que mostró una estructura característica por diferir con un razonamiento de tipo científico. Dicho conocimiento, como parte de su carácter dinámico, se observó susceptible de ser replanteado y matizado cada vez en mayor medida por recursos provenientes de un saber especializado que los pacientes van aprendiendo en la experiencia diaria de la hospitalización. De esta manera, las formas de dar cuenta del problema que atañe a estas personas se nutre de recursos nuevos, insertándose así dentro de una forma de inteligibilidad de antemano validada como lo es el discurso del déficit y la patología mental.

En otro tipo de investigación, Robert Barret (1991) realizó un estudio etnográfico dentro de una institución psiquiátrica australiana donde registró y analizó diversas formas por las cuales el equipo de especialistas hablaba y se refería a la problemática y a los pacientes diagnosticados como Esquizofrénicos. A pesar de que Barret no presenta detalles de aquellos registros de los cuales deriva su análisis, resulta importante mencionar aquí varios puntos importantes que él señala ya que éstos a la larga resultarán importantes para comprender el contexto del presente trabajo.

Una primera parte de este trabajo señala las formas en las que el paciente y sus problemas son transformados en un *caso clínico* de patología mental. Esto viene ligado a una organización del trabajo institucional donde se presenta toda una lucha por la autonomía profesional por parte de las diferentes disciplinas que conforman el equipo de trabajo como lo son psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales (incluyendo también a personal de limpieza y cocina como parte importante del estudio). De esta manera, el abordaje de los asuntos relacionados con la vida del paciente son descritos dentro de todo un crisol de visiones expertas que van desde la concepción más esencialista del psiquiatra hasta explicaciones de otro tipo como puede ser la

dada por los trabajadores sociales quienes resaltan aspectos ambientales ligados al desarrollo y aparición de la enfermedad. Una vez dividida la experiencia del paciente dentro de dominios eruditos sobrepuestos, la persona misma es constituida como *un caso de enfermedad*, de este modo, Barret señala de inicio la conformación clínica del paciente como un reflejo tanto de las estructuras institucionales en donde se da la interacción, como de los problemas mismos enfrentados por los pacientes

Dentro de la vida institucional, la construcción de la problemática del paciente oscila entre la exposición de la experiencia subjetiva del paciente y la explicación *objetiva* de ésta dentro de la interacción entre los miembros del equipo de trabajo (como en el debate de casos clínicos o la elaboración de expedientes). Aquella vivencia subjetiva del paciente es traducida a un lenguaje técnico dentro de las consultas de admisión y elaboración de historiales clínicos. Barret menciona estos momentos (consultas y elaboración de historiales) como un proceso a través del cual las conversaciones que conforman las entrevistas se transforman en descripciones escritas (*written accounts*) donde conceptos legos son traducidos en conceptos propios de una nomenclatura psiquiátrica en torno a la Esquizofrenia. En este proceso destaca una tendencia por parte de los técnicos hacia la minimización de evidencia que sugiriera que el paciente tiene el control de su vida, mientras que ellos registran y construyen evidencia que da cuenta del paciente como alguien que se conduce por factores que se encuentran fuera de su control y particularmente por la Esquizofrenia misma.

En esta versión escrita, los pacientes no eran sino víctimas pasivas del proceso de enfermización de la Esquizofrenia. Barret señala que estos registros escritos solían guiar el proceder de los expertos, ellos formulaban las preguntas que hacían a sus pacientes dentro del trabajo terapéutico, con base en aquella sintomatología registrada en los expedientes. Así, puede decirse que estos conformaron la manera en la que los pacientes vivían la experiencia de su enfermedad, aprendiendo ellos a atender a síntomas específicos como las alucinaciones. Aquel proceso de la interacción clínica y la rutina de la recolección de información de los pacientes encasillaba entonces cada historia dentro de los rubros de casos típicos o atípicos de Esquizofrenia.

En cuanto a las formas en que el equipo se refería a los pacientes al formular opiniones y al discutir acerca del trabajo con ellos, Barret pone especial atención a la terminología que ellos manejaban ; cabe mencionar que el lenguaje utilizado difería mucho de aquella terminología utilizada en los registros clínicos. Entre la gente que laboraba en la institución existía una clasificación informal de los pacientes basada en conceptos legos en torno a la locura. Así, por un lado se hablaba del paciente como un objeto no humano (nuez, plátano, etc), un animal (serpiente, vampiro) o un objeto peligroso (machete). Por otro lado, otro tipo de términos utilizados describían un continuo que va de lo psicótico a lo sano, o en el argot propio del equipo, el continuo oscilaba entre los *malos (off)* y los *estables (settled)*. El polo de los malos refería por un lado a la explosividad, mientras que el polo de los estables refería al balance.

A pesar que los miembros del staff no tuvieron nunca una verdadera conciencia de ello, Barret enfatiza el hecho de que este continuo entre los *malos* y los *estables* era la principal vía que ellos utilizaban para dar seguimiento a la evolución de sus pacientes. Efectivamente, la toma de decisiones en cuanto a la admisión o el alta hospitalaria o al tratamiento farmacológico fueron formuladas con base en modelos categóricos informales. Lo anterior está igualmente relacionado con formas con las que ellos no solamente marcaban lo que el progreso del paciente tenía que ser sino que reconstruían al paciente como un agente moral, como alguien cuyas acciones se esperaban como actos propositivos encaminados a manejar su enfermedad y a reincorporarse a un sistema dominante de trabajo. Como puede verse, los miembros del equipo de trabajo, dentro de aquellas formas en que comunicaban la situación de sus pacientes se tendía a lograr un balance entre dos formas de construir a éstos pacientes vistos como sujetos pasivos o como agentes activos.

Existe otro campo que es el de la psicoeducación de los pacientes donde se brindaba orientación en torno a su propia enfermedad. En este punto, Barret señala que aquel conocimiento formal o proveniente de los libros en torno a la Esquizofrenia, era prácticamente aplicado dentro del contexto de trabajo institucional, los profesionales, a pesar de aquella nomenclatura informal antes señalada, solían en verdad utilizar definiciones formales de Esquizofrenia en el momento de

*educar a los pacientes* . Así, las formulaciones teóricas rebasaban el campo de la investigación básica en psiquiatría conformando verdaderas categorías pragmáticas que guiaban el trabajo hospitalario y que a su vez formaban un importante papel en la forma en que los pacientes se percibían a si mismos.

Resulta importante mencionar que dentro de los grupos psicoeducativos, el término Esquizofrenia era usado en por lo menos dos formas distintas. En una, la Esquizofrenia denotaba un proceso de enfermización que aunque era localizado en el paciente se diferenciaba del sujeto mismo. El paciente era descrito como un sujeto invadido por un padecimiento externo a su propia naturaleza de manera que "él padecía Esquizofrenia". Por otro lado, el uso de la palabra Esquizofrénico, denotaba la identidad misma de los sujetos vista como enferma ya que ellos "*eran esquizofrénicos*". Estas distintas maneras de concebir la enfermedad y al paciente fueron utilizadas de manera distinta durante su "proceso de enfermización". Tras un diagnóstico inicial, los pacientes eran con frecuencia descritos como "enfermos de Esquizofrenia" para con el transcurrir del tiempo asumir el carácter de Esquizofrénicos.

De todo lo anteriormente mencionado, es importante resaltar que Barret se situó precisamente en el nivel de las prácticas cotidianas, en las formas de pensar la Esquizofrenia y su relación con su impacto dentro de una relación de atención psiquiátrica. El señala la necesidad de que los expertos en salud mental logren una conciencia de las metáforas socioculturales que guían su labor, en los lenguajes y términos que emplean para discutir y comunicar la situación de sus pacientes, así como de los modelos de los que se valen para definir y comprender a las personas, modelos que con mucha frecuencia se asumen como *ya dados*. Así, este trabajo etnográfico sugiere que aquellas ideas que el clínico toma como reales e independientes de creencias provenientes de campos no científicos, son en si producto del sustrato histórico cultural en que se encuentran inmersos, de ahí la necesidad de un trabajo reflexivo de la práctica clínica y aquellas ideas que se dan por hechos y que por supuesto tienen influencia directa en la constitución de la identidad del paciente como enfermo crónico.

Como se mencionó, Barret no muestra aquellas conversaciones que le llevaron a formular sus conclusiones; sin embargo, resulta por demás importante su propuesta en cuanto al análisis de todos aquellas construcciones culturales relacionados con el pensar la salud / enfermedad mental; el análisis de aquellos grupos de ideas que se dan por sentados y se constituyen como hechos irrefutables. Ahora, dentro de la misma línea que son las explicaciones cotidianas, si se pretende abordar la construcción de *hechos* en relación con un asunto como lo es la enfermedad mental dentro del plano pragmático de la interacción y los usos del lenguaje, es preciso tomar en cuenta dos aspectos generales del análisis de discurso visto desde la psicología discursiva: 1) la construcción, que refiere a los recursos y procedimientos utilizados para hacer de una versión específica, un relato literal e independiente del sujeto. 2) la función o acción, esto es, cómo la versión producida como real ayuda a la realización de acciones o para qué son utilizados los relatos factuales.

Hasta el momento no se cuenta con abundante cantidad de material relacionado con el tema dentro de este tipo de análisis ni en un contexto similar al de este trabajo, sin embargo Potter (1996) al plantear sus ideas generales en cuanto a la construcción de versiones factuales, si llega a echar mano de ciertos fragmentos de la investigación de Dorothy Smith (1978, en Potter, 1996), trabajo pionero donde se analizó precisamente cómo se construye el relato de la decadencia mental de una chica (Smith la llamó simplemente "K"), para hacer que su enfermedad parezca un hecho del mundo como cualquier otro

Así entonces, aunque solo son fragmentos de una investigación más amplia, resulta útil retomar lo que Potter presenta de manera didáctica, a fin de ejemplificar el uso de ciertos recursos mediante los cuales la gente puede emitir descripciones dentro de las líneas de construcción (orientación epistemológica del lenguaje) y función (orientación hacia la acción)

Primeramente, dentro del plano de la construcción de la descripción, puede verse ejemplificado el cómo se presenta una acción de K como anormal. El rasgo fundamental en este caso, es que *Angela*, amiga de K y quien presenta el relato en el que se basa aquel estudio, describe las acciones de K como extrañas y desconcertantes. Un aspecto que destaca Smith es que

en este caso lo que se considera normal, tiene una función indexical. En otras palabras, no basta con que se describa una acción que por consenso se considera anormal; al contrario, dicha anomalía ha de ser construida dentro del discurso. De esta manera, dentro del relato, la anomalía se elabora principalmente por un mecanismo descriptivo que Smith llamó *estructura de contraste*. Se trata de una organización discursiva que describe una actividad y al mismo tiempo proporciona pistas para ver a ésta como anormal o extraña.

Echando mano de uno de los fragmentos retomados por Potter (1996) de esta transcripción de Smith:

*Los días de calor nos íbamos a la playa o a la piscina, y yo me mojaba un poco y me echaba a tomar el sol, pero K insistía en que tenía que nadar 30 largos de piscina.*

En esta descripción que cita Potter pueden verse varios elementos que entran en juego para construir el carácter anormal de K. Angela describe su propia actividad, la cual contrasta con las ganas de nadar de K. Cabe destacar que la simple expresión de dicho contraste pudiera no bastar para lograr dicho efecto, es por ello que la palabra *insistía*, cobra un efecto definitorio de la conducta de K como compulsiva, además de que al mencionar los 30 largos de piscina, la construcción del carácter inadecuado de tal conducta cobra solidez.

Dentro de este mismo fragmento resalta también otro aspecto importante que es el empleo del tiempo pretérito (*íbamos a...*, *me mojaba...*, *insistía...*) Este presenta los actos de K, no como acontecimientos aislados o malentendidos sino ya con un carácter general con cierta regularidad en su aparición.

Por otro lado, Potter también muestra, aludiendo al trabajo de Smith, una combinación de varios aspectos que fungen como una *vacuna* contra el ya mencionado *dilema de la conveniencia*. Dentro de la secuencia inicial de la transcripción del relato que hace Angela, ella se construye bajo la categoría de amiga de K. Así, dentro del mismo relato se puede identificar una serie de detalles

a partir de los cuales es posible inferir su condición de amiga; detalles tales como evaluaciones positivas de *K* y actividades que ellas dos solían realizar juntas. Además de esto, al reconocer el problema mental que sufre *K*, Angela lo construye como reticente; como algo no deseado por ella:

*Mi reconocimiento de que ahí había algo que no iba bien fue muy gradual y de hecho fui la última de sus amigas íntimas que estuvo abiertamente dispuesta a admitir que estaba perdiendo el juicio.*

En palabras de Smith, puesto que el *hecho* que se ha de reconocer (la enfermedad mental de *K*) es negativo, y el marco estructural del relato solo declara motivos positivos hacia *K*, no se contaría con una base para sospechar de los motivos de Angela. Ella no desea la enfermedad y se ve empujada a encararla. Puede observarse dentro de este pequeño fragmento que la *vacuna contra el dilema de la conveniencia* trabaja para desarrollar la credibilidad o la factualidad de esta descripción, anulando la posible atribución de posibles conveniencias de Angela; es bien un ejemplo del uso de las descripciones en el plano de la acción.

Otro punto que se maneja son los mecanismos por los cuales se transfiere la agencia del hablante a los hechos mismos. Una manera en que Angela convierte su descripción en un hecho es mediante la introducción en el relato de testigos fiables. A lo largo del relato se introducen gradualmente alusiones a testigos de la conducta de *K* y comentarios de otras personas cercanas a ella.

*...una amiga común, Trudy, que se estaba especializando en inglés, había leído uno de sus ensayos y un día me dijo: Escribe como una niña de 12 años. Yo creo que le pasa algo.*

*En aquella época la madre de Angela pensó, bueno, me entendió mal. Pero luego notó que *K* era incapaz de poner la tapa de una tetera correctamente, no le daba la vuelta para que encajara, sino que trataba de cerrarla a golpes.*

Smith destaca que el efecto de estas descripciones consiste en que cada uno de estos testigos inspeccionan el comportamiento de *K*, llegando cada uno a una conclusión independiente de que *K no está bien*. Se trata entonces de la construcción dentro de un mismo discurso de un juicio consensuado y corroborado.

Smith afirma que las descripciones son selectivas e implican categorizaciones (Potter, 1996). En el caso de este relato, la independencia de los testigos es cuidadosamente controlada por la organización de la narración donde al mismo tiempo se pasan por alto varios otros elementos que son minimizados a fin de controlar la aparición o no aparición de versiones alternas. La cuestión que a final de cuentas se ha de resaltar es que los recursos del consenso y la corroboración están elaborados para tener efectos concretos

A pesar de que no se cuenta con mayores detalles del trabajo de Smith, con base en los pequeños fragmentos que Potter presenta pueden verse ejemplos concretos de la acción constructora del lenguaje en la constitución de la enfermedad de *K* como un hecho. Esta es la finalidad misma del presente trabajo, sin embargo, dada la diferencia cultural y lingüística no ha de esperarse la aparición del mismo tipo de recursos que fueron descritos. Cada grupo cuenta con una visión del mundo propia y formas particulares de hacer este inteligible, es por ello que lejos de buscar una generalidad en los recursos empleados, se busca elucidar pautas particulares que la gente asistente a un hospital psiquiátrico utiliza para dar cuenta de la situación de su familiar como *paciente*.



## CAPITULO TRES

### CONTEXTO Y HERRAMIENTAS METODOLÓGICAS.

En esta sección se abordan aspectos relacionados con la situación contextual y conceptual de la cual se parte para construir una visión argumentativa de la *existencia* de la locura institucionalizada. De principio queda aclarar que a diferencia de una investigación de tipo cuantitativo, no se pretende descubrir absolutamente nada, tampoco se pretende generalizar acerca de las conclusiones a las que finalmente se llegue. En lugar de ello, con base en el marco conceptual que la psicología discursiva propone (el cual pudiera resultar para muchos inusual pero no por ello poco sólido), se pretende en este caso centrar el análisis no en procesos mentales individuales sino en el uso de un lenguaje como un conjunto de constructos desplegados dentro de repertorios interpretativos compartidos que procuran a la gente el entendimiento de su proceder cotidiano. Como se verá mas adelante, el análisis de los discursos dentro de esta perspectiva dista de ser una anarquía metodológica en donde "todo vale" sino que éste se basa herramientas conceptuales específicas con las cuales se da cuenta de la construcción discursiva de aquello que comúnmente se considera "*un hecho dado e inobjetable*"

#### 1) Planteamiento del problema.

Antes de comenzar, resulta útil reiterar ciertos puntos clave provenientes del paradigma inicial del que se parte que es el construccionismo social retórico discursivo. Habrá que recordar que una idea central alrededor de la cual se mueve este enfoque es el énfasis que se hace en el carácter constructor del quehacer lingüístico, así como el vínculo entre el lenguaje y la acción. En otras palabras, puede decirse que mediante el análisis del discurso que la visión retórica propone, el interés se centra en cómo las descripciones que se hacen acerca de la experiencia cotidiana en torno a la *locura* de pacientes psiquiátricos son construidas por gente allegada a ellos a fin de dar cuenta de su problemática como un hecho real, mientras que al mismo tiempo se llevan a cabo acciones socialmente orientadas. Es entonces el análisis de la construcción del relato factual un recurso fundamental para llevar a cabo esta labor

Si se considera a esta acción constructora de hechos en relación con los distintos momentos por los que pasa un paciente en un hospital psiquiátrico (admisión, elaboración de historia clínica, diagnóstico, psicoterapia, etc), resulta fácil ver a la descripción del paciente, sus actos y sus ideas como una práctica corriente entre los distintos actores de este proceso como lo son profesionales, pacientes o la familia. De entre los distintos relatos, se eligió precisamente el que hacen los familiares, a fin de elucidar los recursos argumentativos con los que *hacen existir* a una locura que vive en lo cotidiano. Se trata entonces de relatos contruidos con base en un conocimiento compartido que hace inteligible un fenómeno que algunos llaman locura y que crea identidades diversas en torno a ella.

Reiterando, mediante el análisis del discurso de estos sujetos es posible hacer aflorar los mecanismos por los cuales se construye la evidencia, cómo dan fe de una locura que *existe* en su cotidianidad, convirtiéndose el relato en toda una gama de recursos adquiridos que se ponen en juego a fin de construir descripciones que se presentan como hechos.

## 2) Justificación.

En un plano de investigación básica, el presente trabajo pretende aplicar la modalidad de análisis planteada por Edwards y Potter (1993) dentro de un ámbito de salud mental donde la investigación, por lo común se realiza bajo el marco de teorías formalizadas que pretenden dar cuenta de un fenómeno tan complejo como lo es la *locura* o el *padecimiento mental*. En lo que respecta a la psicología social, son actualmente pocos los trabajos que toman a la locura como su objeto de estudio, es posible que esto en gran parte se deba a su carácter ambiguo y a la dificultad que por ende implica su definición y operacionalización dentro de una psicología social cognoscitivista. Por lo general cuando se ha intentado abordar a la locura, esto se ha hecho utilizando el término de "enfermedad mental" asumiendo de principio, la existencia de ésta como una entidad ya dada. En el caso concreto del presente trabajo, cabe señalar que se ha utilizado la palabra *locura* en un sentido amplio cuando sin embargo, el análisis se centra en el discurso que

describe y explica un estado de hechos que con frecuencia solemos llamar *locura*<sup>7</sup> o bien, *enfermedad mental*. Si bien, dentro de un contexto psiquiátrico institucional aquel hecho que concierne a médicos y pacientes va asumir el rostro de alguna de las tantas enfermedades mentales clasificadas en los manuales diagnósticos, de inicio se eligió la palabra *locura* en lugar de la de enfermedad mental o Esquizofrenia, a fin de reafirmar la premisa básica de la que se parte, según la cual, no existen objetos dados dentro de una realidad única sino que el status de realidad de éstos es negociado y acordado en base a prácticas discursivas.

El por qué utilizar al discurso cotidiano como materia prima, cobra importancia si se considera, como ya se mencionó en el capítulo anterior, el que la gente suele manejar su vida en términos de un sentido común forjado dentro de su experiencia vivida en un núcleo social dado. Ahora, al hablar de acontecimientos como aquellos que llevan a alguien a acudir a una institución psiquiátrica, puede retomarse a Gergen, quien menciona que es cuando el manejo del discurso se complica (en función de las comprensiones comúnmente utilizadas), que la gente acude a formas de comprensión más "*avanzadas*", (Gergen 1996, pp 198), como lo son las que proporcionan los especialistas en salud mental.

No hay que olvidar que estas nuevas comprensiones que el experto proporciona, sea cual sea su fuente, desde una visión construccionista de la realidad no dejan de ser sino otras *formas de ver un problema*. Cabe mencionar que al centrar el análisis en los discursos de personas ajenas a alguna rama del saber científico como son los familiares del paciente psiquiátrico, se coloca al saber cotidiano en un nivel de igualdad con respecto a otro tipo de explicaciones provenientes de áreas que en lo tradicional manejan la verdad acerca de la problemática de esta gente (los pacientes). Se asume entonces que, proveniente de un saber médico, la *enfermedad mental* es sólo una más de las múltiples connotaciones que históricamente han recaído sobre la locura. En otras palabras, dentro de esta línea la división epistemológica entre el conocimiento erudito y el conocimiento cotidiano no existe en cuanto a validez, sin embargo si ha de considerarse su relación dentro de un ámbito donde estos dos saberes confluyen. Además de ello, el voltear hacia

---

<sup>7</sup> De esto se desprende también que el trabajo no se haya titulado "Conversaciones en un hospital psiquiátrico construyendo la enfermedad mental".

esta construcción conjunta, procura una fuente inagotable de formas en las que la ideología en torno a la normalidad y anormalidad del paciente, es recreada en la acción social.

Así entonces, al situarse en el plano de la construcción lingüística, si se considera la doble orientación de un relato (orientación hacia la acción y orientación epistemológica) resulta interesante mirar por un momento alrededor y comenzar a analizar bajo esta perspectiva al padecimiento mental y todo aquello que se suele dar por sentado en torno a éste. El indagar en la descripción que los familiares de un paciente psiquiátrico hagan de su enfermedad o locura, antes que nada se pretende colocar a éstos actores sociales en un lugar distinto a aquel papel de el "idiota cultural" (Garfinkel, 1967) que actúa de acuerdo con alternativas de acción que el sistema social le ofrece. Esto de entrada conlleva a asumir el estudio del conocimiento con que la gente construye su realidad, como una oportunidad de contribuir a la apertura de nuevos caminos para abordar problemáticas relacionadas con los servicios de salud pública y la gente que acude a ellos, caminos que con base en los planteamientos de Ibáñez (1989), estarían sujetos a una deconstrucción continua sin que éstos estén comprometidos con algún tipo de retórica de poder.

Finalmente, es preciso resaltar el hecho de que los objetivos de este trabajo de ninguna manera son de carácter clínico, ni tampoco se pretende crear un argumento respaldado en la ya vieja crítica antipsiquiátrica. Si bien la base epistemológica de donde se parte se sustenta en una fuerte crítica hacia el carácter autoritario que la ciencia ha tenido durante todo el siglo XX, esta investigación pretende contribuir en la constitución del discurso de una psicología social alternativa, para a final de cuentas introducir lo que de aquí se deriven en el mismo juego argumentativo en el que la investigación social cobra su valor intrínseco.

### 3) Preguntas de investigación.

- ¿Cómo construyen los familiares de un paciente psiquiátrico, la anormalidad o historia del padecimiento de este sujeto en una conversación cara a cara?

- De qué recursos discursivos se valen para que esta descripción parezca sólida, neutral y verdadera?
- ¿Qué elementos del conocimiento de sentido común o ideología viva, se encuentran ligados a la descripción que manejan en torno a este sujeto?

#### 4) Tipo de estudio.

Dentro de una tradición comprensivo/interpretativa donde se resalta la importancia del contexto para comprender el fenómeno, este trabajo se desarrolla como un estudio de caso, limitado en tiempo y espacio. Mas específicamente, se trata de un estudio de caso de *tipo instrumental* (Stake, 1995, en Creswell, 1998) en donde se busca echar mano de un caso específico a fin de ilustrar el tema concerniente investigación. En este caso, tal llamado "tema" o "asunto", recae en una actividad o práctica social que es precisamente *la actividad de describir, de relatar*. Esto es, la forma en que un(os) individuo(s) describen y dan cuenta de la historia de su familiar y su problemática como paciente de una institución psiquiátrica. Así entonces, se busca echar mano de conversaciones donde la descripción y el relato hagan de la locura del paciente un hecho que es socialmente construido y argumentado.

#### 5) Contexto.

Esta investigación se llevó a cabo en un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad de México perteneciente a la Secretaría de Salud, en cuya explanada y alrededores se abordó a familiares de pacientes que acuden al servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana. A fin de manejar ciertas generalidades de lo que es esta modalidad de servicio, es necesario aclarar que se trata de una relativamente nueva forma de atención psiquiátrica dentro de aquella institución la cual funciona a partir del año de 1991. Surgido como una variante del "Hospital Parcial" que se introdujo a México en 1979, este servicio de fin de semana se encamina a proporcionar un manejo global del paciente con problemas psicóticos, más específicamente, a aquellos identificados bajo el diagnóstico de Esquizofrenia. En términos generales, puede decirse que al paciente esquizofrénico

previamente hospitalizado, se le inserta en una dinámica terapéutica que funciona como una transición o un *punte* que le prepare para recobrar su funcionalidad al regresar a su contexto de origen.

Así entonces, como un servicio de Hospital Parcial, el trabajo se encamina dentro de un modelo de atención integral que rebasa el nivel puramente farmacológico, involucrándose en un trabajo multidisciplinario donde se considera al paciente un sujeto bio-psico-social. De esta manera, buscando incidir en estas tres esferas (biológica, psicológica y social) puede decirse que la intervención surge a partir de la siguiente premisa presente en su programa de trabajo

*Los enfermos mentales y en especial los llamados psicóticos, son personas cuyas capacidades adaptativas y de contender con la realidad se encuentran alteradas; lo cual los hace proclives a perder efectividad y eficacia en sus procesos homeo y heterostáticos y que desemboca en una relegación dentro de un medio de competitividad, con sobradas muestras de su ineficaz funcionalidad que va desde lo particular en el terreno cognitivo hasta lo familiar, social, escolar y laboral.*

En una labor conjunta, el trabajo de especialistas provenientes de diversas ramas de la salud mental como lo son psiquiatría, psicología, trabajo social psiquiátrico y enfermería, se encamina por tres ejes fundamentales que son a) individual b) grupal y c) familiar a fin de lograr los objetivos específicos del programa de trabajo (en programa de trabajo 2000)

- Establecer y/o precisar el diagnóstico de Esquizofrenia según la Clasificación Internacional Oficial (CIE - 10)
- Controlar la sintomatología psiquiátrica del paciente.
- Fomentar la conciencia de enfermedad y reforzar la adherencia terapéutica.

- Promover la rehabilitación integral bio-psico-social del paciente hasta donde sus posibilidades lo permitan.
- Incidir de manera indirecta en la mejoría de la calidad de vida tanto del paciente como de su familia.
- Sensibilizar a la familia para favorecer la reinserción del paciente al núcleo familiar y social.
- Promover un cambio de actitud hacia el enfermo mental en la familia.

Desde este modelo, la rehabilitación es considerada un proceso de larga duración por lo cual el paciente que acude al servicio es insertado en un tratamiento integrador y constante que aborda su problemática específica, involucrando de igual forma a su familia como su medio social mas inmediato.

Cabe mencionar que los pacientes, o mejor dicho, la gente que acude como cliente a esta modalidad hospitalaria (no olvidar que en esta modalidad de Hospital parcial se procura involucrar en el proceso a la familia del paciente) puede provenir ya sea de un periodo previo de internamiento dentro de la sección de hospitalización continua o bien puede haber sido remitida por los servicios de consulta externa, urgencias o de otras instituciones de salud, existen también aquellos quienes acuden por cuenta propia tras haber recibido referencias por parte conocidos o de otros usuarios que acuden al servicio sin que estos hayan tenido anteriormente la experiencia del internamiento

Dado que el modelo que sustenta a esta sección considera que el cambio es posible a partir de la concientización tanto de pacientes como de familia en cuanto al problema que les atañe que es la *enfermedad mental* (en específico, la *Esquizofrenia*), los familiares que de cuyos discursos se desprende el análisis de este trabajo son todos sujetos participantes dentro del

programa *psicoeducativo* que proporciona este servicio . Tal programa conforma lo que es el eje de abordaje relacionado con la familia el cual se encuentra dividido en tres niveles :

**Nivel I:** Encaminado al manejo de temas relacionados con la enfermedad mental, reconocimiento de signos y síntomas, Esquizofrenia, Tratamiento farmacológico, efectos colaterales de los medicamentos psiquiátricos.

**Nivel II:** Enfocado dentro de la teoría sistémica donde se manejan temas relacionados con factores de interrelación y comunicación del paciente Esquizofrénico y el sistema familiar de donde este emerge.

**Nivel III.** Taller de resolución de problemas, donde con base en un modelo cognitivo conductual, los familiares aprenden técnicas encaminadas a resolver de manera autogestiva, problemas con los que se enfrentan en la vida diaria.

Cada uno de estos tres estadios del programa *psicoeducativo* consta de un total de 25 sesiones a lo largo de seis meses de trabajo donde las familias acuden una vez por semana (ya sea sábado o domingo)

#### 6) Los “entrevistados”.

Para el presente trabajo se echa mano de conversaciones con seis personas que comparten el común denominador de tener un familiar que asiste al hospital tras ser diagnosticado como paciente Esquizofrénico del tipo Paranoide, así como el acudir periódicamente a los grupos que conforman el programa de familias . A continuación se presenta información general de cada uno de los participantes, cuyos nombres fueron cambiados por nombres ficticios

- **Edgar** Ingeniero mecánico, en el momento de la entrevista el acude al nivel II acompañando a su hermana Claudia (diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide), quien llegó a cursar la carrera de medicina y actualmente se dedica a labores del hogar



- **María.** Viuda quien trabaja en casa tejiendo ropa para posteriormente venderla, acude acompañando a su hijo Javier (diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide) el cual en ocasiones se dedica al comercio ambulante. En el momento de la entrevista ella no participa en ningún programa de familiares, los cuales abandonó desde hacia varios meses. Ella simplemente se reserva a esperar a Javier afuera del hospital
  
- **Abraham.** De 30 años, se dedica al comercio ambulante y a la herrería. El acompaña a su hermano Armando de 32 años (diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide), participando en el nivel I a lo largo de aproximadamente dos meses.
  
- **Alejandro,** de 38 años, Licenciado en Derecho, asiste al nivel I acompañando a su esposa Patricia ( 28 años, Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide) a lo largo de mes y medio.
  
- **Daniel,** de 51 años quien actualmente es maestro del Colegio de Posgraduados de Chapingo. Tiene alrededor de un mes y medio acudiendo a las sesiones del nivel I del programa psicoeducativo El acompaña a su hijo Leonardo de 28 años de edad (Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide)
  
- **Pablo.** Médico familiar, acude al servicio acompañando a su esposa Isabel (Esquizofrenia Paranoide) quien es médico general Ambos se integraron al programa en el nivel I desde hace aproximadamente 2 meses

Como puede verse, estas seis personas han pasado ya cierto tiempo dentro de las sesiones informativas en torno a la enfermedad mental y su abordaje desde un enfoque bio-psico-social, cuando no han pasado también por experiencias anteriores de hospitalización de su paciente en la misma institución u otras instituciones de atención psiquiátrica

## 7) Obtención y análisis del discurso.

La técnica utilizada para los fines de este estudio es la entrevista abierta, descrita por Neuman (1997) como una de las herramientas más utilizadas en la investigación de campo donde se pretende tener acceso a experiencias sociales que presentan la ambigüedad como la que en este caso lleva consigo la construcción social de un hecho como es la locura.

La entrevista abierta, también llamada entrevista no directiva o no estructurada, ha de entenderse como un producto conjunto entrevistador-entrevistado (Neuman, 1997), en la que se busca que el o los sujetos se expresen en forma natural de manera que aflore la manera en que estos organizan su realidad para así mantener cercanía con su experiencia. En este caso específico y a diferencia de otras líneas de trabajo donde se buscan contenidos, cobra vital importancia aquello que comúnmente se ha considerado como meros detalles del discurso.

En este punto cabe hacer una aclaración, dentro de la línea de investigación que se ha elegido, el hablar del lenguaje natural implica el hacer un viraje en cuanto a su conceptualización que nos permita hacerlo compatible con nuestro marco retórico discursivo. Wetherell y Potter (1995), basándose en los aportes que el análisis conversacional proporciona, proponen una nueva forma de acceder a aquellas formas que hacen inteligible la realidad en el discurso. Primeramente, por lo general se ha equiparado al lenguaje natural con aquello que *no es influido por el investigador* (esto último implicaría que la interacción durante la entrevista no es genuina). Potter argumenta que dentro de la línea que él plantea, el hablar de un lenguaje natural, de principio implica referirse a éste como un producto de la construcción conjunta así como de prácticas analíticas. En efecto, dentro de este contexto de investigación se asume el manejo de un lenguaje natural como el producto de una instancia analítica particular dado que, en base a la idea ya antes expuesta acerca de que un diálogo, se organiza de manera que cada intervención dentro de este, es ocasionada por aquello que le antecede, formándose así el contexto que genera interacciones subsecuentes. Esto, resalta Potter, no es de ninguna manera una postura romántica en contra de las formas clásicas de hacer una entrevista, sino que es sustentado en el reconocimiento de *la*

*naturaleza indexical* inherente a todo discurso natural. Así entonces, tomando en cuenta esto, resulta factible conceptualizar a la entrevista ya no como una técnica encaminada a *elicitar respuestas* de una persona en particular sino como una verdadera *arena de interacción* entre dos o mas participantes.

Ahora, si bien en este caso las conversaciones no se obtienen de un encuentro casual, la entrevista puede ser vista como poseedora de propiedades básicas de la interacción social en su estado "natural" dado el empleo por parte de ambas partes (entrevistador y entrevistado) del conocimiento de sentido común. De esto se deriva que estas propiedades desplegadas en la interacción social pueden ser objeto de investigación (Silverman, 1993) Se trata de la sincronización de significados en un conocimiento compartido acerca del mundo en el que los sujetos viven. El análisis se centra entonces en cómo la gente conversa y hace de la locura del paciente psiquiátrico algo real dadas aquellas capacidades conversacionales y su relación con el universo cultural fuera de la situación de entrevista.

Dadas las necesidades que el análisis del discurso requiere, las conversaciones fueron registradas mediante cintas de audio tras haber obtenido el consentimiento por parte del familiar. Posteriormente se hicieron transcripciones sin utilizar algún tipo de formato estandarizado que rompiera con la secuencia natural del dialogo. Cabe señalar que a diferencia de un análisis propuesto por Potter, en el caso de este trabajo no se realizó una transcripción basada en el sistema de Gail Jefferson (1985, en Potter 1996), debido a la naturaleza de los objetivos que se presentan. Esto implica cierto alejamiento respecto a detalles de la interacción como pausas, tonos de voz, interrupciones etc que forman parte del trabajo conjunto de construcción en el momento mismo de la interacción, sin embargo, ello de ninguna manera impide el abordaje del discurso en su forma argumentativa, con base en un marco conceptual del cual se toman ciertas categorías generales de análisis como son

- Los recursos retórico discursivos con los cuales el sujeto logra un discurso factual
- Las categorías desplegadas dentro de la conversación y las inferencias a las que éstas conllevan

- El empleo de una retórica defensiva ante versiones alternativas.
- Aquellas acciones que la descripción hace posibles dentro del discurso.
- El posicionamiento o distancia que el hablante maneja en cuanto al objeto que está describiendo.

Así entonces, partiendo de los puntos antes mencionados, resulta ya factible "sostener la lupa" sobre aquello que la familia dice acerca de su paciente. No olvidar que aquello que *se dice*, no surge de la nada, ni tampoco de procesos individuales internos. Si bien el pensamiento dentro de esta postura se considera un trabajo argumentativo privado, éste surge del carácter social del conocimiento que la gente tiene del mundo y lo que ahí acontece. El conocimiento de sentido común surge como el sustrato del cual se produce el entendimiento mediante el diálogo. Resulta entonces interesante aplicar este tipo de concepciones dentro de un contexto en el cual conocimiento de sentido común y conocimiento erudito confluyen en torno a un *hecho de caras negociables* como lo es la anormalidad, locura o enfermedad mental.

## CAPÍTULO CUATRO.

### EL DISCURSO, LAS DESCRIPCIONES Y LA RETÓRICA DE LO ANORMAL.

En esta sección se analizan fragmentos de seis conversaciones con familiares de pacientes psiquiátricos. Dichos fragmentos, fueron elegidos por estar compuestos en su mayoría de descripciones de eventos que involucran a la persona en cuestión en su status de Esquizofrénico, se trata entonces de descripciones que dan cuenta de la locura, anormalidad o enfermedad de estas personas. Cabe resaltar que considerando el contexto donde se llevó a cabo la investigación, todos estos fragmentos tienen el común denominador de tomar a la enfermedad mental del paciente (esquizofrenia) como algo ya dado, algo que se sobreentiende dentro de una conversación con un interlocutor conocido como alguien perteneciente a la institución (el investigador) En base a esto la labor de análisis se centra en elucidar las formas en que el lenguaje en acción construye y reconstruye este marco patológico y de qué maneras logra el discurso que la enfermedad asuma su carácter de realidad.

Como se mencionó en la sección anterior, el análisis de estos fragmentos gira en torno a categorías de análisis obtenidas de una visión retórica del lenguaje en acción; esto es, el análisis se sustenta en categorías que facilitan el abordaje de estos fragmentos como todo un crisol de recursos discursivos hilvanados para 1) crear el carácter de realidad y exterioridad de la descripción y 2) realizar acciones encaminadas a defender y reafirmar tal carácter de realidad y procurar la inteligibilidad tanto del discurso como de los participantes, dentro del contexto mismo de la interacción

Así entonces, recursos como el despliegue de categorías, el posicionamiento entre otro tipo de recursos han de verse conjugados dentro de discursos construidos con base en un conocimiento de sentido común que crea y recrea visiones y posturas ante un mundo parcialmente compartido. Para fines prácticos de la propia inteligibilidad de este texto, la intervenciones de los participantes en cada conversión fueron diferenciadas de manera que puede verse aquello dicho por el entrevistador en mayúsculas y negritas, mientras que los comentarios del familiar están escritos en el formato clásico con minúsculas. Asimismo, puntos clave del discurso del familiar son

resaltados en negritas y comentados posteriormente dentro de la explicación general de cada extracto. Existen también fragmentos donde se indican con corchetes aquellos segmentos de la conversación que resultaron incomprensibles en el momento de hacer las transcripciones a partir de las cintas de audio.

# CASO 1

## 4.1 Caso 1

**Informante: Edgar.**

**Relación con el paciente: Hermano**

Edgar comienza describiendo a su hermana Claudia como una persona fuera de lo común por su carácter fuerte y su gusto por la "grilla":

### 4.1.1

Bueno... es mi hermana menor y este... y ella es de un carácter así, muy fuerte. Antes de que se enfermara... ella es militante y este... trabaja ella en el politécnico. Pero desde antes siempre le ha gustado la grilla.

Cuando era... este, más joven ella estudió la carrera de medicina y era lo que se llama vulgarmente una chica poque.

**¿UNA CHICA QUÉ?**

Peque

**¿PEQUE?**

Peque, si este... fresa, fresita... este... todo lo tuvo cuando era niña todo lo que ella quería... pues... en abundancia. Pero cuando se fue a hacer su servicio social a Chiapas, exactamente Chiapas, ya vino con unas ideas así de querer cambiar este... el mundo. Entonces, de allí esa es su personalidad, este... todo lo que ella es... ya su personalidad... lo ha logrado por su carácter y por sus ideas turbias.

Es una persona muy decidida, este... pues a grandes rasgos es así, muy estudiosa. Ahora estudia... desde su enfermedad... es una militante... este, hacia ridiculeces... se ponía a estudiar a altas horas de la noche, descansaba no se... unas cuatro horas... se malpasaba mucho tiempo... y participaba. Era de la gente que no se quedaba con la boca callada sino que participaba y si algo no le gustaba lo sacaba a flote y veía la forma de como cambiar la situación en ese momento.



Desde un principio maneja un implícito de la existencia de la enfermedad para luego introducirlo de manera mas directa en la conversación, cabe resaltar que la descripción inicial del carácter de su hermana va a tener una importante función cuando se combine con descripciones posteriores.

Ahora, el problema que los lleva a acudir a la institución psiquiátrica se introduce bajo el apelativo de "*crisis*", el cual funciona bajo el marco general de la categoría de enfermedad:

#### 4.1.2

##### ...Y ENTONCES, ¿ DESDE CUANDO VIENEN AQUÍ?

*Este.. llegamos a este hospital por casualidad porque cuando tuvo la crisis a mi me llamaron por teléfono y mi hermano me dijo que fuera a la casa de mi hermana que porque estaba grave.*

*Yo dije...: " pues si está mi hermano, él que le arregle el problema", pero no sabía qué tenía.*

De hecho no sabía yo hacer un diagnóstico o pensar lo que tenía ella. Y este estuvimos como que los tres viendo. Mi hermano, su sobrino el hijo de ella y yo, viéndonos para ver quien tomaba la decisión de qué hacer.

Cuando tocan a la puerta nos dice un vecino de ella que la lleváramos al Hospital Psiquiátrico de México que se encontraba... que se encuentra en Periférico, cerca de Tlalpan

##### HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE MÉXICO....

*Si, y entonces... este.. decidimos este/ ya en ese momento de que eso era un absurdo de que estaba loca.*

En esta estructuración narrativa, Edgar describe un evento extraordinario para el cual no ofrece una explicación o solución. De hecho introduce la expresión técnica "*Yo no sabía hacer un diagnóstico*" manejando así el implícito de una dada por sentada *enfermedad* dentro de un dominio medicalizado, además de ello, él describe la situación como una *crisis* que hizo que Claudia se pusiera *grave*.

El resto de las descripciones dentro de ese mismo párrafo no cuentan a menos en forma evidente con una estructuración adecuada para defenderse de un cuestionamiento hacia el relato de Edgar. Tal defensa se introduce en la intervención posterior con la incredulidad ante la situación extraña: "este... decidimos este/ ya en ese momento de que eso era un absurdo de que estaba loca". Edgar ve, actúa y dice no dar crédito del evento del que está dando cuenta. Se trata de una forma de demarcar el rompimiento de una normalidad que es contrastada con un evento que está acuñando bajo el nombre de *crisis*. A partir de ello, la responsabilidad de la existencia o no existencia de un estado patológico en Claudia queda en manos de agentes externos en el momento en que Edgar introduce en el relato la referencia de sujetos acreditados (4.1.3).

#### 4.1.3

La llevamos al ISSSTE, anteriormente la habíamos llevado ya al ISSSTE pero pues nomás nos decían que era, que tenía pues... pues unos arranques de... que estaba molesta . chhh aunque necesitaba descansar pero nunca nos decían de que estaba enferma mentalmente

#### QUIEN LES DIJO ESTO?

Este... los doctores de allá del ISSSTE, la llevamos a urgencias del ISSSTE la primera vez. Este, ese fue un domingo que la llevamos después al ISSSTE nuevamente y se quedó allí. Ellos decidieron que tenían que sacarle una tomografía porque a ver si no tenía un tumor en la cabeza. Este... salió negativo el tumor y la remitieron ellos directamente aquí al hospital psiquiátrico, nosotros no sabíamos que existía este hospital

La trajimos ya de madrugada en una ambulancia del ISSSTE y ya no la volvimos a ver afuera hasta que... pues estuvo internada como tres meses o cuatro meses

#### ¿ESTUVO TRES MESES?..... SEGUIDOS?

Si, seguidos... y fue cuando le diagnosticaron Esquizofrenia Paranoide

Ellos acudieron a las clínicas donde revisaron a su hermana y les dijeron (infiriendo las palabras de los médicos) algo poco convincente *ella estaba molesta*. Ahora, en este punto no hay que olvidar que en el momento de la conversación, el problema de Claudia ya tiene nombre, de ahí

que aquellos primeros contactos con instituciones de salud son expuestas por Edgar como erráticas. Después de una serie de estudios, es hasta el momento en que se introducen las palabras *Esquizofrenia* y *Paranoide*, que la referencia externa hacia la acreditación del médico asume el peso discursivo suficiente para fortalecer *el hecho*, de que Claudia está enferma

Por otro lado, cabe destacar que a pesar de las "rarezas" desplegadas por Claudia a lo largo de su vida, Edgar defiende explícitamente aquella forma de conducirse como algo normal. La anormalidad aparece entonces de manera repentina como una "crisis" (4.1.4)

#### 4.1.4

No, nosotros siempre pensamos que como era una persona muy temperamental, su carácter siempre se manifestaba muy fuerte, muy violento cuando no conseguía las cosas... actuaba de esa forma... "*Está loquita*"... pero nada más lo decíamos así... porque la conocíamos que actuaba así y para nosotros era una forma de comportamiento normal... hasta que la crisis sobrevino y... ya no era normal

Aquella "*normal anormalidad*" de su hermana se rompe entonces al entrar ella en *crisis*, o *mejor dicho*, cuando la crisis sobrevino. Aquí, de la misma manera que en la parte inicial el hablar de crisis mete en juego la categoría de enfermedad enpalmada con una anormalidad implícita. Edgar, en una forma sutil, coloca en segundo plano un razonamiento comúnmente utilizado: *está loquita*. Ahora, tras construir la *crisis*, se da a la tarea de explicitar más aquel evento dentro de un trabajo argumentativo (4.1.5).

#### 4.1.5

##### ¿CUAL CRISIS?

Ella antes de que la lleváramos al Hospital Primero de Octubre... y llegando a su casa en viernes, se puso a dar vueltas en el estacionamiento, vueltas y vueltas y vueltas y vueltas

Los vecinos de allí pues si la vieron pero la vieron, la notaron rara

Se aventó como cuatro horas dando vueltas sin parar... fue cuando la detuvieron y trataron de calmarla. Y como mi hermana pues ha sido militante y... este, la conocía una persona y sabía

sus actividades, se puso en contacto con mi hermano. Mi hermano este también estuvo participando con ella en una temporada, y entonces conocía accidentalmente a esta persona. Y mi hermano fue el que llegó primero... junto con mi sobrino... a las dos horas que llegó, trataron de subirla a su departamento y no pudieron; no pudieron manejarla... pero lo lograron aquel día.

#### **Y ¿QUIEN LA NOTÓ PRIMERO?**

Este, pues los niños; como juegan en el estacionamiento futbol pues este, empezaron a notarla Y ya después las mamás empezaron a... pues como que a insultarla. Eh... vieron que era ya una actitud algo anormal entonces empezaron a preguntar que es lo que tenía y a tratar de hacer algo los vecinos de ella

#### **¿LA INSULTARON?**

Sí... de decirle loca nada más. Que estaba loca.

Al hablar de aquel evento extraordinario, Edgar alude a testimonios de terceras personas como lo son los vecinos que notaron la anomalía de la conducta de Claudia. Esta mención de gente sin ninguna relación aparente con su hermana, fortalece la descripción ante la sospecha de intereses personales del hablante. Además de ello, tal anomalía, la cual consiste en un comportamiento abiertamente ilógico y extraño se mantiene dentro de su misma descripción, esto es, no hay otro tipo de recursos que dejen ver de manera más evidente una retórica defensiva que anticipe dudas que socaven la factualidad de este hecho que él describe. Dado un trasfondo ideológico que se supone compartido en la conversación, el carácter ilógico de la acción de Claudia parece suficiente para sostener una descripción en donde el implícito de la enfermedad se mantiene en el trasfondo de la conversación. Posteriormente Edgar vuelve a manejar una lógica cotidiana que se rompe (4 1 6):

#### 4.1.6

##### Y ENTONCES LA SUBIERON A SU DEPARTAMENTO Y/

Y ahí entonces mi hermano y mi sobrino no sabían qué hacer. Y... se quedaron con ella todo un día... tratando de cuidarla. A ratitos como que llegaban momentos de lucidez y volvía nuevamente a su estado como de este... como de una sola posición con los brazos cruzados y acostada

##### Y EN ESOS MOMENTOS DE LUCIDEZ ¿CÓMO LA VEÍAN?

Este... la veían bien y ella preguntaba que pasaba no? por qué estaban ahí. No se acordaba de nada. Y llegaban, mi hermano, mi sobrino le explicaban pero no le daba crédito ella a ellos.

##### Y ¿QUE PENSARON, QUE FUE LO PRIMERO QUE PENSARON O QUE EXPLICACION LE DIERON?

Que estaba mal de la cabeza pero no podíamos ubicar que era o como resolver el problema, a dónde llevarla. En un momento dado pensé yo soy mayor que ella pensé que que era bueno que tuviera un tumor y que ojalá la tomografía arrojara un tumor para que le hicieran cirugía y se acabara el problema.

##### PERO NO FUE ASÍ.

Pero no fue así y además una cirugía en el cerebro también es mas riesgosa que tener esta enfermedad.

El no poder resolver el estado de Claudia en aquel momento, o mejor dicho, el hablar de una situación donde *no sabía qué hacer*, ... *tratando* da cuenta de una anomalía que no cobra sentido ni sugiere una solución obvia a un estado de "crisis" como lo es quedarse en una sola posición, no darse cuenta y no dar crédito a los relatos de sus familiares. A final de cuenta, durante toda la conversación se regenera un punto central: Claudia no está loca, está enferma. Esta verdad se manifiesta y se recrea en el momento en que el estado de Claudia que fue

depositada en un diagnóstico dado por los expertos, el cual es aceptado y es hecho extensivo hacia la familia :

#### 4.1.7

##### Y ENTONCES NO SE ENTERÓ LA FAMILIA EN UN PRINCIPIO.

No, no se enteró hasta que pues hubo necesidad de decirse lo porque pues llegaba el fin de año y obviamente tenía que ir ella, forzosamente y ya sea para dar el abrazo y ah ella hace los tamales de fin de año. Tenía que ir a hacer tamales de fin de año. Entonces se lo explicó a todo el mundo. La familia casi le dio un infarto al saber que ella estaba esquizofrénica

Y ¿ESO?

Pus... Todos los males que se pueden desear menos a tu familia

El que no sabe hasta la fecha es mi papá, mi papá tiene noventa y cuatro años y este... y un hermano que está en Estados Unidos. De ahí en fuera, todo el mundo lo sabe

##### ENTONCES DE PLANO ES UN INFARTO PARA TODA LA FAMILIA SABER QUE/

En aquel momento. Hoy en día a través de las pláticas que este... nosotros dado a la familia... no muy formales... sino que, algo... lo necesario que deben de saber, se les ha explicado que la enfermedad que tiene y que no es muy nociva. Y que vuelve a tener nuevamente a través del tiempo una recuperación total pero que requiere tiempo.

El estado patológico de Claudia queda consolidado al referir el aprendizaje que ha recibido dentro de las pláticas que la institución proporciona. La inferencia de la enfermedad vuelve a funcionar conjuntamente con la acreditación de la validez del conocimiento que se les ha proporcionado. De esto que incluso tal conocimiento que Edgar dice *le ha explicado al resto de la familia de la enfermedad que ella tiene*, le dote de nuevos elementos con los cuales proporciona una nueva explicación de los actos de Claudia como una mujer enferma.

Dentro de esta conversación es visible que el contexto de la interacción y la enfermedad como trasfondo proporciona lo que la etnometodología llaman el *método documental de*

*interpretación.* Esto es, las categoría de enfermedad hace que el discurso sobre Claudia resulte ininteligible dentro de un marco en que en todo momento regenera la enfermedad en un lenguaje propio del saber médico, y evidenciando dicha verdad en un evento catalogado como una *crisis*. Recursos como el distanciamiento del hablante en cuanto a sus descripciones no son esenciales dentro del relato, dado el potencial de inferencia que conlleva aquel manejo de categorías relacionadas con la enfermedad.

Por otro lado, viendo este relato en términos de una orientación hacia la acción, es preciso mirar la conversación en su conjunto. La identidad de Claudia es construida como una persona fuerte y con fuertes convicciones, incluso ella es defendida ante rasgos que pudieran dejar ver ciertas anomalías en su personalidad. Aquella identidad es mantenida en todo momento gracias al manejo de la crisis. Así, Elsa se mantiene íntegra en su identidad como una persona con decisión pero que, sin embargo, la enfermedad le socava tal capacidad natural. Esto se hace más explícito en el siguiente extracto (4.1.8)

#### 4.1.8

Ahora siento mucha tristeza con la mayoría de las compañeras que están... en... en las actividades que nos dan, y sufren mucho; por sus pacientes. Pero yo... sin embargo este, no me siento muy triste, creo que mi hermana puede salir adelante conmigo o sin mí, y no gracias a la institución sino que mi hermana tiene como siempre un carácter y una determinación muy fija de que va a salir adelante

#### SU CARÁCTER.

Si. Ella dice que va a salir adelante y si va a salir adelante

#### ¿HA HABIDO ALGUNA ESPECIE DE CAMBIOS?

Sí, o sea, notoriamente desde que la vimos aquí cuando entró y cuando estuvo hospitalizada, a la fecha si ha habido un cambio tremendo pero... casi lo que va... no sé... yo creo que unos ocho meses no veo cambios. Como que es una etapa que se ha mantenido constante. A lo mejor no lo puedo yo... este cuantificar pero creo que no ha habido más cambio. No el cambio que uno desearía claro, eso requiere tiempo porque ya lo he... aprendido

## **Y ¿CUAL SERÍA EL CAMBIO DESEABLE ENTONCES?**

Cuando menos este... cuando menos en este momento que se le quitara la flojera a ella para que pudiera estudiar y pudiera hacer su vida y participar. Que es lo que le gusta

Para nosotros este... es algo que podemos darle gracias que haya logrado esta mejoría... pequeña... quizá nos conformamos porque sabemos que requiere cinco años o toda la vida, pero para ella es una maldición de que no avanza a grandes pasos

## **PARA ELLA ES UNA MALDICIÓN**

Sí, de hecho se encuentra desesperada ya ...

## **¿LE HA COMENTADO ALGO?**

Sí, se encuentra muy desesperada tal grado de que ya no quiere venir.

## **Y ¿QUE DICE O POR QUÉ YA NO QUERRÁ VENIR?**

Por lo mismo de que no avanza o sea que siempre [ ]

## **SIENTE QUE SE ESTANCÓ O...**

Sí, que está estancada y además de que su terapeuta le dice que nunca se va a curar, que siempre va a estar y que lo tome de esa forma. No va a tener un remedio

Como se mencionó, Claudia es descrita en su naturaleza como alguien con fuertes convicciones sin embargo, la enfermedad se maneja como un agente externo a ella que la frena. La enfermedad en sus términos, es una maldición con que ella carga la cual la ha llevado a deprimirse. Edgar demanda el reestablecimiento de un estado anterior de actividad por parte de su hermana, expresa el deseo de que a ella se le quite la flojera. Sin embargo, esto no resulta ante la reiterada verdad de su condición como una mujer Esquizofrénica.



## CASO 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## 4.2 Caso 2

**Informante: María**

**Relación con el paciente: Madre**

En este caso, María comienza describiendo las anomalías en el comportamiento de su hijo, permeando la categoría de enfermedad toda la descripción:

### 4.2.1

Se enfermó hace como un año y no sabía qué hacer con él... este...no comía, no dormía... así empezó.

Llegaba de la escuela y se encerraba en su cuarto y no quería salir a desayunar ni a comer... nomás quería que le llevaran allá. Luego, tenía el radio, le bajaba, le subía, así empezó a estar enfermo. Y este... luego empezó a decir que era este Tazán, y a encucarse y a pintarse... así como... el estómago. Entonces doctor yo... sufrí un año con él así. Un año no sabía qué hacer con él.

Lo llevé a varios doctores de por ahí por su pobre casa de usted, y nadie. Me decían que eran nervios, y que eran nervios y que eran nervios. Pero él ya no comía, ya no dormía y así duré un año con él, doctor.

No sabía qué hacer con él, doctor, entonces pus nosotros tampoco no dormíamos ni comíamos y batallé mucho con él porque pus... soy viuda doctor, nomás me quedé con mis hijos. Son siete.

Además de la enfermedad, aquí puede detectarse el manejo de otra categoría que es la de *madre*. Con base en un juicio popular ella dice preocuparse por su hijo e incluso indica haber sufrido ante tal situación, ella sufría y batallaba. La categoría de madre en este caso funciona como un marco que da crédito en cuanto al desinterés de la descripción.

A lo largo del relato, la categoría de enfermo se recrea mediante la introducción de varias puntualizaciones a lo largo de toda la conversación.

#### 4.2.2

Pero sufrí un año con él, no comía, no dormía, se me iba, se me perdía doctor. No sabía ni dónde encontrarlo... yo no dormía... lo andaba busque y busque día y noche doctor. Se puso muy grave y ya no lo encontré, ya no me conocía doctor. Me estaba ahorcando...

#### ESTUVO INTERNADO ENTONCES.

Si, ya cuando lo traje aquí me lo internaron. Pero volvía a recaer a cada rato porque no aceptaba su enfermedad. Decía que no estaba malo, que la que estaba mal era yo. No comía, no se paraba, no se bañaba, no hacía nada. Nada mas quería estar acostado doctor... acostado y acostado... hasta que... volvía a recaer y me engañaba que se la tomaba y él mismo me lo dice ahora.

#### ¿QUÉ SE TOMABA LA MEDICINA?

*Sí, él mismo me decía que no se la tomaba. Yo se la daba, pero él no se la tomaba; me engañaba y dice que la tenía bajo la lengua. Hasta ahora me dijo. Y que iba al baño y la escupía.*

Entonces volvía a recaer y a recaer y a la otra iba yo y a la otra iba yo. Estuvo como 6 o 7 veces internado. Y ahora le doy gracias a Dios que ya aceptó su enfermedad... ya está bien gracias a Dios ya lo veo bien. Ya lo veo que se arregla, le echa ganas, cuando quiere trabaja, cuando no, no. Cuando él se ve que ya no tiene zapatos, ya no tiene ropa, pues se pone a trabajar.

En el extracto 4.2.2 se recrea la categoría de madre, ella dice preocuparse por él, *buscarlo día y noche*. Además de ello, se recrea de igual manera un lenguaje adquirido en la institución como es el explicar los estados disruptivos como *recaidas*, así como el argumentar el que *él no aceptaba su enfermedad*.

En este punto cabe centrar especial atención en la parte donde ella describe lo sucedido durante el internamiento. María echa mano de la exposición de un "contraste" para dar cuenta de la anomalía de Javier. Ella pone en juego la aseveración de su hijo quien aseguraba *no estar malo, que la mala era ella*, luego, describe una serie de situaciones que la categoría de enfermo les hace atribuible un carácter patológico *no comía, no se bañaba, no se paraba, no hacía nada*.

Aquí, la palabra de Javier es rebatida ante la evidencia de una anomalía que el "a,b,c" psicopatológico ha introducido en las teorías de sentido común que hacen posible la detección de la anomalía en su forma de enfermedad.

Más adelante se comenta:

#### 4.2.3

##### **AJÁ. Y CUANDO LO TRAJERON AL HOSPITAL QUÉ PENSARON.**

Pues, pensaba yo lo peor... decía, ay dios mío, no no no... es que se ven bien grave. Yo decía yo: "Ay, ojalá Dios quiera que se me componga... le pedía yo tanto a Dios... y si, este... cuando lo vine a ver la primera vez no me conocía. Todavía decía cosas, andaba encuerado, ya la segunda que vine ya me conocí. "Oye, dime por qué me trajiste aquí" "porque estabas mal mijo" "No es cierto, yo no estaba malo, la que estaba mal es usted" Pero ya poco a poco, doctor, gracias a Dios ya salió adelante. Gracias a Dios ya está bien.

##### **SI? Y ¿QUÉ LE DJERON LOS DOCTORES?**

Pues... que era es... ciclofemia<sup>8</sup>

##### **¿CICLOFEMIA?**

Y me dijeron los doctores que... pero yo, este, nunca vi que hiciera cosas raras porque... pues nunca se drogó ni nada. Dicen los doctores que es herencia de alguien de la familia que tuvimos así pero yo que me acuerde ningún familiar tuvimos enfermo

Yo me imagino doctor, que como cuando tenía ocho meses me la tiró una de mis cuñadas, me lo tiró así... así aquí, en el piso aquí

##### **¿SE CAYÓ?**

---

<sup>8</sup> Ella posteriormente sacó un papel donde estaba escrito el nombre del diagnóstico: Esquizofrenia

Me lo tiró. Lo iba cargando y lo... y se duró él como media hora privado. Y le llevé al doctor y me dijo que no tenía nada. Yo me imagino que ese golpe fue el que le resultó. Yo me imagino.

#### Y DE AHÍ SE VIÑO TODO.

Sí, porque se le desarrolló su enfermedad a los dieciséis años.

Una vez más, el contraste aparece pero en una manera inversa: primero describe la conducta extraña y luego cita las palabras de su hijo quien dice no estar enfermo. Las palabras del enfermo no tienen validez para rebatir aquel discurso que recae sobre de él ya que *está enfermo*. De ahí en adelante introduce episodios de su experiencia anterior que son expuestos bajo los términos de una lógica que lleva a sentar la explicación psicopatológica

María refiere un diagnóstico que ella misma no es capaz de recordar. Aún así, ella bajo el marco de un diagnóstico dado por un agente externo y que ella misma no conoce del todo, da cuenta de eventos que presenta como anomalías producto de aquella enfermedad

Ella misma presenta diversas versiones alternativas que pudieran competir con aquella que le dicen los médicos, ella misma hace el trabajo de descartarlas (él no hacía cosas raras como drogarse ni tampoco tenemos ningún familiar igual) para luego presentar otra en una forma especulativa, la cual va más acorde con la identidad que ella misma se construye en la conversación (ella sufre) *se lo tiraron*. Tal versión es ya respaldada por el terreno antes sembrado, el cual muestra a su hijo como una víctima (por tanto no responsable) de un evento que le causó un daño y el posterior desarrollo de la enfermedad. Cabe destacar que esta versión, aunque es emitida bajo una agencia propia de la persona quien relata, no deja de presentar una fuerte carga medicalizada que la hace referir sutilmente a una autoridad socialmente acreditada para dar cuenta de la enfermedad que padece su hijo

A partir de aquella "suposición" de una lesión producto de la caída, ella introduce un episodio extraño

#### 4.2.4

Sí, y me imagino que ya estaba enfermo. Yo pienso porque ya hacía cosas raras. Un día. Estaba yo lavando. Ya iba a cumplir los 16 años, creo que le faltaban dos meses. Estaba yo lavando y se paró así atrás de mí. Se paró así en la pared, entonces empezó a reír. Entonces yo agarré y me enojé le digo "de qué cosa te ríes de mí".

Sí me enojé, y le digo. "vuélvete a reír de mí y sí te voy a poner tus cachetadas"

Y me dijo: "no se enoje mamá, dice, pero yo la estoy viendo así, así dice (haciendo la seña de algo pequeño con la mano), que me dan ganas de aplastarla así con el zapato". "Ay tu estas mal, qué te pasa", le digo "sí mamá... la vi a usted así re chiquita que me dieron ganas de aplastarla". Entonces yo digo que ya empezaba a estar enfermo

Esta descripción, de entrada, está respaldada bajo el supuesto general del *hecho* ya dado, que es la enfermedad de su hijo. Luego, de igual manera que en el extracto 4.2.3, ella mantiene la autoría de la descripción de un episodio ocurrido varios años antes, bajo el cobijo de un trasfondo ideológico acreditado que traduce aquella anomalía a un plano donde ésta es equiparada a muchos padecimientos somáticos.

## CASO 3

### 4.3 Caso 3

**Informante: Abraham**

**Relación con el paciente: Hermano**

En esta conversación, el familiar que en este caso es hermano del paciente, de entrada comienza explicando un estado de anormalidad que se manifiesta en toda una serie de comportamientos extraños que Armando presentó en forma paulatina (4.3.1):

#### 4.3.1

O sea que primero, empezó con insomnio, luego empezó a perder el apetito, a desconfiar de la comida. Empezó a descuidarse, a no bañarse, empezó a hacer así que... se desatendía por completo, no se bañaba, no dormía... y poco a poco él empezaba a oír voces, empezaba a ver al diablo, empezaba a ver a brujas, empezaba a ver a este, veía a gente que hablaba con él, entonces empezó a hablar solo, pero nosotros nunca, por la... que te dijera... la inexperiencia de uno, no? la... la falta de, carencia de... pus cómo se puede decir... la... laaa... incapacidad de no saber que hacer

**PUES ES ALGO QUE NO DIARIO SE VE.**

La incapacidad que dices: "no pus esto de qué se trata" ¿no? pero nunca imaginamos que era una enfermedad así.

Tonces ya total empezaba a oír voces, veía al diablo, veía visiones veía gente veía sombras... y hace apenas... que lo trajimos aquí dos años... tiene poco como año y medio, pus empezó a ser lo fuerte.... empezó a agredir... no!, tiene mas, perdón. Tiene dos años, tiene como mi hermano de que se fue a Tlaxcala tiene como hace cuatro años. Y entonces ya veía a toda la gente que lo agrediera. Entonces él golpeaba a la familia... un día a mis hermanas... a mi cuñada la atacaba

Es importante hacer hincapié en la forma en que está estructurada la narración de este extracto. Abraham, en todo su discurso recurre a descripciones detalladas de episodios extraordinarios en el comportamiento de su hermano, en este primer extracto describe cada una de las anormalidades en el comportamiento de Armando con base en recursos de orden gramatical



que proporcionan la inteligibilidad de un estado de cosas que tendía a cambiar. Abraham señala que su hermano “*empezaba a oír voces, empezaba a agredir, etc.*”. Así mismo, el describir acciones como: *veía, no se bañaba, se desatendía, no dormía etc.*, es otro tipo de recurso con el cual se construye discursivamente este estado anormal como algo que se volvía recurrente. Todo este primer extracto se manifiesta en esta misma estructura; se trata de un estado de anormalidad que poco a poco manifiesta. Luego, el problema que los lleva a solicitar ayuda lo señala al mencionar cuándo *comenzó lo fuerte*. Esto es, cuando aparece la agresión a terceros.

Por otro lado, al introducirse a él y su familia en el discurso como *incapaces e ignorantes*, viene dado en este caso dado el implícito de la existencia de una categoría de enfermedad subyacente al relato. De ahí que, él mismo dice en un primer momento haber dado explicaciones alternativas como la de la existencia de *una enfermedad como cualquier otra* (ver en anexos el principio de esta conversación) pero que él mismo echa abajo más adelante al decirse *incapaz y sin experiencia*, esto no es sino trasladar la responsabilidad de la agencia del *hecho* que es la enfermedad hacia agentes acreditados como son los médicos, lo que él pudo pensar no tiene peso ante una verdad que él ya ha aceptado y que él mismo recrea.

Ahora, en este caso el implícito que en conjunto conforma la descripción de anomalías como son el hablar solo, ver cosas y agredir a la gente implica todo un sistema de valores que asume como compartido con el interlocutor. En otras palabras, en esta parte se deja ver la función de la inferencia de la anomalía sin recurrir a otro tipo de recurso que defienda la versión de que a este sujeto le “*pasaba algo*”. Esto funciona de manera hilada con explicaciones posteriores de acontecimientos problemáticos en cuanto al comportamiento de su hermano (4.3.2).

#### 4.3.2

Cuando agredió a mi papá con un cuchillo yo estaba hablando por teléfono. Estaba hablando por teléfono y salió corriendo del cuarto y vi a mi hermana que estaba forcejeando con él, le tenía las manos así entonces yo lo agarré por atrás y luego luego lo cegué de lo agarré de aquí y lo cegué ¿no?

Lo saqué del cuarto, lo tiré al suelo y no, yo tenía una rabia que... la verdad tenía ganas de... en esos momentos no te explicas por qué ¿no?

Sino al contrario, un coraje, a mí me entró un coraje espantoso con ganas de...de... muy negativo, con ganas de matarlo a él . la verdad. Yo yo... yo.. dices: "*Que onda, no sabes qué onda... y ya lo tienes en el suelo y ves hasta a tu padre sangrando... ¡Por qué lo hiciste!*" ¿no? Y él desde el suelo me decía: "*Tú me mandastes que lo hiciera...tú me mandastes que lo matara*"

#### ¿ESO DIJO EL?

Si, "*Tu... es tu culpa dice... tú me dijistes*" "*¡Yo cuándo te dije!*" Yo tenía ganas de de golpearlo, de ahí mismo matarlo. Son momentos que te salen de, de furia o crisis ¿no? *Qué onda, qué pasa, qué hacemos...* De hecho lo llevamos hasta con un santero que nos hiciera su limpia...

#### ¿ANTES DE TRAERLO ACA?

Antes de traerlo acá. Pero no, no, qué hacemos...

#### LO LLEVARON Y...

De este hospital nos...bueno, aquí ya sabíamos de este hospital, pero anteriormente lo habían llevado con un santero, mi mamá lo había llevado

#### SABIENDO YA QUE ESTABA ESTE HOSPITAL.

No, eso fue mucho antes. Y estando en este hospital, ya fue otra cosa.

#### Y ¿COMO LES FUE CON EL SANTERO?

No pus no, la verdad no le tomé mucha confianza yo lo que buscaba era un.. orientación profesional, una ayuda. *Qué voy a hacer.*

Al revisar este extracto pueden señalarse varias cosas. Primero, se trata de la narración de un evento presenciado por él mismo y donde incluso el tiene una participación determinante. La

narración es construida mediante la exposición del contexto y detalles de aquel momento; es aquí donde la categoría de testigo entra en juego dando solidez factual al relato (Potter, 1996). Sin embargo, al ser el mismo Abraham un personaje clave dentro del dicha historia, hace necesario que se introduzcan mas recursos que le conformen en su credibilidad. Estos recursos se observan al hablar de *lo negativo de sus pensamientos* en aquel momento, de llamarlos incluso una *crisis* (en intervenciones posteriores este punto se hace más evidente). Luego, la inferencia de valores tiene especial peso en este extracto, dado que los actos de Abraham ponían en riesgo la vida misma de su padre. De ahí el peso de la inferencia y el que la variedad de recursos discursivos no sea muy variada.

Posteriormente, bajo recursos similares a los del extracto anterior, Abraham se involucra de manera más directa en los hechos apropiándose de aquella moral implícita que guiaria los actos de una persona sana ( o no enferma mentalmente) (4.3.3).

#### 4.3.3

De... pus no sabes, no sabes y lo único que se te ocurre son tonterías. Dices "nooooo lo mato y ya se acabó" Para ti es fácil no? Pero en esos momentos pensaba negativo, pero reaccionaba. Porque yo no debo de pensar esas tonterías ¿no? Y mas, trataba de hacerme mas fuerte porque decía, no pus tengo que buscar una solución tengo que a ver qué hago. Y ya te digo, hasta que lo trajimos aquí y ya cuando lo trajimos la primera vez ya como que me tranquilicé un poco. Y... debido al tratamiento

#### A QUE SE CONTROLÓ.

Si, se controló

#### ¿Y A QUE LES DIJERON ALGO?

Eso fue la primera que se internó, cuando nos dijeron que tenía esquizofrenia.

## LES DIJERON QUE TENÍA ESQUIZOFRENIA.

Si, el doctor fue muy claro, no? O sea también yo reconozco que son doctores y son fuertes, porque son a lo que van y tienen que decir la verdad.

Y entonces mi mamá vino conmigo y... tenía gana de llorar, te lo juro Pero nomás me aguanté porque venía mi madre.

Tos agarro y mi mamá pus la veo... una cubetada de agua bien fría pero que no te puedes contener... como chiquito...ya escuchar al médico "va a tomar medicina de por vida"

Si es así pus adelante, yo le voy a echar ganas. Ahora se me había quitado lo negativo Ya se me vino otras ideas más positivas. Tuve... pinches ideas tontas que no debí de pensar, ora vamos a echarle ganas vamos a echarle a este cabrón

Cabe mencionar que él lejos de manejar un posicionamiento que lo sitúe lejos del hecho que describe, Abraham se involucra con la descripción construyendo su propia identidad. Deja ver explícitamente aquel "razonamiento" que guía su proceder hacia su hermano, a pesar de la presencia de un dilema en esto *lo mato y se acaba el problema o busco otra solución*. Este dilema es resuelto en base a una lógica dentro de un sentido común que despliega en el momento de la conversación y que lo acredita como miembro de una normalidad digna de credibilidad. "yo no debo pensar esas tonterías (matar)" De la misma manera, junto con la exposición de aquel dilema, Abraham se deja ver como un sujeto que razona que busca soluciones a aquel problema. Así entonces, categorías de normalidad y anormalidad, de racionalidad e irracionalidad fluyen en este diálogo proporcionando el contraste y las identidades de estos hermanos. Abraham mantiene la responsabilidad como agente productor de este relato dado que se mantiene en un status de credibilidad primero como testigo y luego como una persona racional.

Más adelante, tras la incertidumbre en torno a aquel problema que el paciente presenta, se introduce el diagnóstico dado por la institución y la acreditación del agente que proporciona el status de enfermedad mental. Este veredicto construye a aquel hombre violento como enfermo, hecho que él describe y acepta con incredulidad, como aquel sujeto racional (pero inexperto y carente de "conocimiento", ver extracto 1 3 1) que resiste a aquellas "ideas tontas" y acepta la

explicación médica (de aquellos quienes *deben decir la "verdad"*) de que Armando padece de Esquizofrenia.

En otra parte de la conversación, Abraham construye la enfermedad de Armando al hacer un contraste con la normalidad de antes y la anormalidad actual (4 3.4).

#### 4.3.4

Por más que yo le doy vueltas a esto.

Antes convivía con todos, trabajaba, le daba dinerito a mi mamá...él no tomaba mucho, él es el más tranquilo de la familia, casi no tomaba.

#### NO TRABAJA ENTONCES.

No, él hace actividades cuando yo tengo actividades de herrería Yo soy herrero, tengo un negocio de pláyeras, compra y venta.... y me salen chambitas de herrería

Y él cuando ve que estoy haciendo, me ve y me dice "*que estas haciendo*" "*voy a hacer estas cortes*" "*A ver te ayudo*" y se pone a cortar . Ya sea que lo veo y lo dejo pero lo estoy viendo y estoy a un lado de él... y yo : "*tranquilo tranquilo... despacio, despacio*"

#### PERO SI TE LLEGA A ECHAR LA MANO.

Mjm... luego llevaron unas tablas y mi papá está haciendo una tarima Y él va a desclavar la madera... entonces agarra el martillo, desclava, acomoda las tablas cuando hay actividades pero cuando no, como que sí se me enconcha Así, se queda sentado, nomás se quiere ir al patio a que le de el sol y es cuando le digo [ ]

Al hacer la descripción, una vez más aparece la inferencia de valores compartidos Armando anteriormente *trabajaba, convivía, aportaba dinero a la casa*, ahora, en una situación de trabajo como la que se describe él se "*enconcha*", se queda sentado y nada más quiere al patio a que le de el sol En contraparte, su hermano se involucra en la narración de esta situación como el responsable de sus acciones, le da consejos, lo supervisa y lo intenta tranquilizar, ya anteriormente se había desplegado él mismo en su normalidad Esto mismo se reitera más adelante cuando agrega en cuanto a su situación actual

#### 4.3.5

Pero... trato de hacerme carácter porque... no se ... si yo me hago fuerte quiero que él sepa que le eche ganas, que tiene que tomar sus medicinas; que tiene que ser consciente de que esto es una enfermedad, que está enfermo él y que tiene que reponerse.

#### EL TIEMPO LO DIRÁ.

*El tiempo y el trabajo No lo quiero echar rápido a volar. Como si subiera rápido al volumen y la bocina se explota, se te rompe. Poco a poco sigo así, subiendo el volumen y que se vaya [ ] otra vez Como si volviera a nacer no? Como un niño que apenas va creciendo poco a poco va agarrando su forma de vida... es así, es como un niño ahorita Y no nomas él todos los pacientes también porque otra vez empezar desde cero, es muy difícil ¿no?*

Nadie puede echarse a volar así Por decirte, como ese niño que va corriendo, va creciendo; va agarrando su forma de vida , proyectos, como quieres vivir a él no le puedo quitar todo eso Y él sabe que quiere trabajar yo no le digo que no , trabaja pero lo veo mal todavía, está muy temblorino, se pone muy nervioso, "mejor cálmate"

Que está bien le haría trabajar pero como que otra vez le entran los nervios ... "cálmate, tu no te preocupes" "despacio, despacio" pero sí, poco a poco va agarrando su lugar

Una vez más, las categorías entran en acción en la producción de las identidades de estos dos personajes Abraham, apropiándose ya de un discurso medicalizado (y de antemano validado), explicita su actitud actual hacia su hermano; él, responsable y racional, le aconseja y le hace tomar conciencia de que se trata de una enfermedad. Luego, se vale de dos metáforas para explicar la invalidez de Armando en su condición de enfermo. Es como una bocina a la cual no se le puede subir rápido el volumen porque explota; o como un niño que no se le puede aún echar a volar, dos maneras de dar cuenta de la fragilidad de su hermano en su actual condición de enfermo mental

## CASO 4

#### 4.4 Caso 4.

**Informante: Alejandro**

**Relación con el paciente: Esposo.**

Una vez más, el implícito de la categoría de enfermedad se encuentra muy presente en el discurso ya que de entrada Alejandro introduce el comentario: *"yo de hecho no sabía que tenía esa enfermedad"*.

##### 4.4.1

La señora que viene conmigo es mi esposa

De hecho nosotros nos casamos hace cuatro años aproximadamente, yo de hecho no sabía que ella tenía esa enfermedad... eh yo empecé a notar ciertos... ciertas cosas después de dos años de casado.

A qué me refiero con ciertas cosas... a celos en extremo fuera de lo normal. Yo no podía ver ni puedo ver a una mujer porque ella se ofusca, me dice que por qué yo estoy viendo a la señora, que ya quiero andar con ella, que ya quiero hacer el amor con esa señora, le digo

*"sabes que esto es no esto es cuestión social, si ella me saluda, yo la debo de saludar porque somos personas que vivimos en sociedad y como tal nos debemos de comportar, y yo no me voy a buscar enemigos por no saludar ¿verdad? Entonces tu lo debes tomar tranquilamente"*

Alejandro describe la condición de su esposa como enferma en base a la ignorancia (*yo no sabía que tenía esa enfermedad*) y a referencias de terceras personas. El primer argumento con el que despliega la enfermedad en el discurso se basa en descripciones de comportamientos extraños que le afectaban en forma directa. Alejandro explica un problema crucial en el comportamiento de Patricia donde, la ruptura en una lógica en las relaciones sociales cotidianas puede verse como una evidencia de su anormalidad dentro de un sentido común compartido. En esta explicación, la exposición de tal sentido común (*...si ella me saluda yo la debo de saludar porque...*) proporciona en primera, la aparición de una polaridad razón- sinrazón en donde los personajes involucrados se mueven. Luego, tales categorías encontradas proporcionan un marco de referencia



externo al hablante para evaluar el comportamiento *ilógico* de su esposa "enferma". Este primer acercamiento se corrobora con la presentación de un episodio presenciado por él mismo (4.4.2):

#### 4.4.2

Nos invitaron a una fiesta.

Estuvimos conviviendo con... con la vecina y con familiares de ella, porque invitó a su familia.

Tonces yo ya... estuvimos ya un buen tiempo ahí, y ella este... yo/ yo me despedí de beso de la señora, pus un beso en la, bueno, como se estila a veces despedirse, un beso en la mejilla se puede decir. Y a ella eso no le pareció

Tonces salimos de la vivie/ de la casa de la señora y ya en mi casa ella me empezó a... a llamar la atención y a pegar. Yo le dije bueno, que por qué hacía eso me decía que por qué había yo besado a la vecina, le dije que no, que nada más me había despedido de ella. Fue una cuestión que a ella le pareció fuera de lo normal. Fue una cuestión anormal, que yo por el amor que siempre le tenido a ella, porque yo la quiero, yo la amo, yo pensaba que era otra cosa no? "bueno si siente celos es porque realmente está celosa". Pero ya cuando los celos empiezan a causar problemas, ya empiezas a... a sospechar algo que no está bien. Tonces fue cuando su mamá de ella/ porque yo no sabía que tenía esquizofrenia

**AH NO SABÍA. PERO YA LA TRAÍA DESDE ANTES.**

Si. Fue cuando su mamá me pidió permiso para llevarla a este... a un hospital de Jalisco, ahorita no recuerdo el nombre, a efecto de que la tratara un doctor.

La explicación de este evento que Alejandro da como testigo y afectado directo, es de entrada rica en detalles que construyen el escenario vivido. Se trata de una estructuración de los eventos que "llevan al oyente al lugar de los hechos" lo cual es de principio una forma de construir la factualidad de un evento presenciado (Potter, 1996) que en este caso es un "acontecimiento extraño".

Dado que se trata de un episodio donde el hablante se encuentra directamente implicado, Alejandro se vale de dos estrategias para lograr la neutralidad de esta descripción. Primero, la introducción de un sentido común que el hace explícito a la hora de dar cuenta se sus propias

acciones: *yo me despedí de beso de la señora, pus un beso en la, bueno, como se estila a veces despedirse, un beso en la mejilla se puede decir. Y a ella eso no le pareció.* Con la anterior explicación lógica y formal de *"la manera en que la gente se saluda"* queda este episodio "vacunado" contra la posible suposición de que Alejandro en verdad tenía *"intenciones"* con la vecina.

La dicotomía entre la razón de las convenciones sociales y la sinrazón del enojo de su esposa da cuenta nuevamente de la anormalidad en el proceder de ella. Luego, la otra estrategia con la que soluciona la posible conveniencia de la narración se observa en la introducción de sentimientos (*que yo porque yo la amo a ella...*) lo cual va estrechamente ligado a la presencia de su posición de esposo y a la introducción de una incredulidad ante el problema.

Luego, en el siguiente extracto (4.4.3), tras explicar que su suegra le había dicho que Patricia ya había estado enferma se da una referencia hacia explicaciones dadas por terceras personas:

#### 4.4.3

Pero qué estudios le hicieron para que determinar que tenía esa enfermedad?

*Dice: "no lo que pasa es que le hicieron tomografías del cerebro, y análisis pero dicen que está bien; que no tiene ningún problema en el cerebro pero que es una cuestión química del mismo cerebro, que no . que le falta cierta sustancia"*

En ese momento no me supo definir qué sustancia pero yo investigando supe que era la dopamina que es un neurotransmisor supuestamente que les falta esa esa este . esa . esa dopamina y que por eso las cosas que les sucede

En este punto, la explicación ya no se da por cuenta de Alejandro sino que se otorga ya a otras personas la responsabilidad del relato. Puede observarse un pequeño posicionamiento hacia las explicaciones externas, la corroboración de anormalidad patológica queda asentada en base a referencias a estudios y a lo que su suegra en un momento le dijo. Se trata de una especie de "teléfono descompuesto" en donde la explicación asentada en un marco biológico mecanicista pasa por un triple filtro *médicos- suegra- esposo*, la acreditación de validez de la explicación

dada por el médico queda sin embargo intacta e incluso es reafirmada cuando refiere haber acudido a fuentes para completar la explicación de que "*a Patricia le falta una sustancia*" que es la *dopamina*.

En este punto cabe resaltar la forma en que da cuenta de su investigación *Yo investigando supe que era la dopamina que es un neurotransmisor*. Esta explicación en especial se encuentra construida en términos de un razonamiento inductivo que se supone lleva al conocimiento de una verdad irrefutable: él acudió a fuentes confiables, investigó y supo (la verdad), dentro de la misma descripción incluye también dos términos característicos de un dominio erudito *dopamina y neurotransmisor*.

Mas adelante, en el extracto 4.4.4, la conversación lleva a que Alejandro regrese a la explicación de aquella anomalía que "notó" en Patricia. Esta es explicada como un problema real cuando ella se torna agresiva.

#### 4.4.4

##### **Y ESA VEZ DEBIÓ HABER PASADO ALGO ESPECIAL QUE YA NO ERA NORMAL.**

Pus si porque este... se me quedaba mirando muy feo, con una mirada así... agresiva. Así : Arrgh!

Yo hasta pensaba que... estaba .. porque yo soy cristiano. De hecho pos en la iglesia se nos dice, pues se nos habla de ... los demonios no? y todas esas cuestiones. Yo pensaba que estaba poseída.

En esos momentos porque se me quedaba viendo a mí con mucho odio. Decía "*Eh tu estás mal y te vas a arrepentir*" pero así muy... muy feo.

Entonces yo si pensaba que estaba .. estaba poseída si se puede decir, en esos momentos. Y .. en cuatro años que estuvimos casados pos no, esos eventos no fueron muy frecuentes, nada más fue ese evento. No fueron muy!... ese evento se puede decir este .. fue el único evento pesado, si podríamos llamarlo de alguna manera

Este porque de ahí en fuera este, el problema que tenía yo con ella, era que era muy floja. Es o es floja se puede decir.

Yo me iba a trabajar y regresaba yo y... ella todavía estaba acostada eran las cuatro de la tarde y ella todavía estaba acostada viendo la tele... y yo le preguntaba: *Bueno y la comida? ¿qué no vas a hacer comida? "No es que tengo mucha flojera "* Le digo: *"Pues hazme algo de comer"*.

Pues total al ver que no respondía pues yo hacía la comida

Yo lavaba la ropa. ¿Por qué? Pues porque no tenía caso que yo le pegara o... le gritara... si no me iba a entender por medio de esas cuestiones. Porque yo sabía que a lo mej/ yo pensaba que era floja

Este argumento contribuye a dar cuenta de un problema de tipo mental a partir de la explicación anterior acerca de los estudios y el diagnóstico que ya le habían dado. La construcción de la persona como mentalmente enferma en este extracto fungiría como un argumento que complementa las descripciones anteriores. Aquí, un recurso para manejar la conveniencia se presenta al poner en entredicho creencias religiosas con las que dice haber explicado tal evento al decir: *"Yo hasta pensaba... porque soy cristiano"* (que ella estaba poseída). La explicación científica queda mejor acreditada que una explicación de orden teológico dentro de un argumento formulado por una persona de fuertes creencias y valores religiosos. En resumen, explicaciones alternativas son puestas al margen de una explicación científica que goza de validez social comúnmente aceptada; Alejandro a pesar de sus creencias religiosas, aceptó un discurso científico para dar cuenta de un problema.

## CASO 5

## 4.5 Caso 5

**Informante: Daniel**

**Relación con el paciente: Padre**

En este caso como en todos los anteriores existe un implícito de antemano dado que es el que Leonardo está enfermo; que tiene Esquizofrenia. De ello se desprende que de entrada se maneje una categoría que es la enfermedad y que a partir de ella, se introduzca la anormalidad del paciente en la descripción de un extraño patrón de altibajos en el rendimiento académico, actividad e intereses por parte de su hijo.

### 4.5.1

J: Eh... ya no quiso hacer nada. Decía que... que él iba mejor a trabajar, a trabajar para... pos para él poder solventar sus gastos de él y quizás también llevar algo a la casa no? eso es lo que él en esos momentos decía

Por ahí tomó algún curso en un CONALEP ahí de... química... algo de química. Y lo terminó también entonces por ahí este... algunos eh, cursos, piloto vamos a decirle así de dos, tres meses por ahí. Pero en fin, él estuvo becado pues con PROBEVAL algo así, y lo terminó. Y de ahí para acá no, ya no hizo nada, este... se agudizó más

#### AGUDIZARSE? EN QUÉ SENTIDO

En la enfermedad, como que vimos que... lo que pasa es que en él ha habido cambios este, algo raros porque de repente baja y de repente da una subida bastante aceptable, buena y pues es cuando nosotros decimos "no pues está bastante bien"

**A MI ME LLAMA LA ATENCIÓN QUE A VECES ES COMÚN QUE LA GENTE YA NO QUIERA ESTUDIAR NO? "VOY A TRABAJAR". PERO EN ESTE CASO ENTONCES CÓMO LO TOMARON COMO ENFERMEDAD**

Mas bien nosotros, nosotros de hecho... nunca, a pesar bueno nunca dejamos a la deriva. Siempre procurábamos llevarlo con los doctores particulares o los doctores con los que teníamos los servicios, y este, pero lo vieron pero nunca nos dijeron qué enfermedad era la que tenía

## QUÉ PENSARON USTEDES.

Nosotros pensamos bueno que... nosotros pensamos que era flojera de él que era flojera, que no quería hacer las cosas...incluso lo tratábamos mal porque decirle que no. Le hablábamos fuerte, le hablábamos fuerte porque pues nosotros decíamos: "*bueno cómo puede ser posible que este muchacho a sus años y nos esté, nos está mirando o o nos quiera ver... nos quiera ver la cara de tontos que que él no quiere hacer nada*"... y nosotros queremos que sea algo; que salga algo para, que sea él algo en la vida ¿sí?

El manejo de la categoría de enfermedad se ve potenciada en este caso cuando el hablante refiere: "*... se agudizó mas*" Por otro lado, la anormalidad como indicio de algún tipo de problema es manifestada en la descripción de aquellos episodios de inconsistencia, flojera y apatía a la cual atiende como padre del sujeto. Esto último es importante porque muestra el manejo de una segunda categoría que es la categoría de "*padres*", la cual funge como un recurso de retórica defensiva ante la posibilidad de duda ante la evaluación de la conducta de su hijo ya que conlleva la inferencia de una preocupación por el bien del hijo. En otras palabras, la descripción se maneja en términos de un "*nosotros*" (padres), en una forma narrativa que se construye en términos de un *vimos* y *observamos* que se articulan conjuntamente con la introducción de aclaraciones como "*nunca dejamos a la deriva*". La inteligibilidad de Daniel en su papel de padre que se preocupa por su hijo está siendo negociada.

Cabe señalar que además de que el manejo de la categoría de padres proporciona defensa ante la potencial duda acerca de los intereses de la descripción, pueden verse otro tipo de recursos encaminados a desarrollar la factualidad del relato. Estos pueden verse en la parte final del extracto anterior (4 5 1) en donde se introducen diversas formas argumentativas aclarando y confesando incluso tratos severos ante aquella anormalidad. El confesar "*incluso lo tratábamos mal, porque decirle que no*" da cuenta de un interés particular por que el hijo volviera a un estado de "normalidad", aportando al relato un mayor valor de autenticidad. Así mismo, se hace explícito el interés que como padres tienen hacia su hijo "*... y nosotros queremos que sea algo, que salga algo para, que sea él algo en la vida*". Se trata entonces de hacer explícitos intereses propios como padres, intereses que sin embargo, dado un supuesto popular, van en pro del bienestar de su

hijo. No hay que perder de vista que la forma en que el padre da cuenta de la enfermedad de su hijo, valiéndose de aquella categoría implícita de padre puede bien verse como una forma de llevar la descripción hacia la acción. El desplegar su identidad como padre del paciente enfermo conlleva una doble función de defensa ante posibles dudas hacia la conveniencia y hacia el desprendimiento de responsabilidad ante el relato.

Luego, en el siguiente extracto del relato (4.5.2), se observa cierta reiteración de lo visto en el extracto anterior, para luego introducir un punto fundamental en la vida de Leonardo que es el diagnóstico:

#### 4.5.2

Era muy estudioso, muy... muy recto él... él este, era una persona que, pues, quería a su familia, a su mamá a su papá, a sus hermanos. Él deseaba hacer algo en la vida para poder salir adelante; inclusive él hizo un examen antes de eso porque nosotros vivimos ahí cerca de la Universidad Autónoma de Chapingo y hizo un examen para entrar a esa universidad y lo pasó y estuvo estudiando

Nosotros teníamos tantas ilusiones de él que queríamos que él fuera un/ que se recibiera de alguna carrera de algo de agronomía porque ahí es pura agronomía siendo que la familia por parte de nosotros pues tenemos profesionales de ahí y este/ y todos y decían como que era un ejemplo para la familia que decía "ahora Leo ya está dentro de la universidad y Leo va a hacer algo en la vida"

**Y DE REPENTE SE...**

Y Cayó.

**Y QUÉ FUE LO QUE LOS LLEVÓ A LLEVARLO CON UN DOCTOR?**

Buen pues nosotros viendo eso, que presentaba esos cuadros, nosotros nos dimos a la tarea de llevarlo con un psiquiatra



## CON UN PSIQUIATRA

Un psiquiatra

### O SEA, DESDE UN PRINCIPIO PENSARON QUE ERA ALGO...

y... pues nosotros queríamos salir de esa duda de ver qué pasaba. ¿No?

Lo llevamos al, teníamos los servicios médicos de ahí del Hospital Azucarero, ahí hay muchos especialistas y entre ellos ahí encontramos a un psiquiatra. Lo llevamos, lo vio y por ahí le dio algunos medicamentos y ya estaba bien Leonardo, estaba bien pero el doctor éste nunca nos dijo qué es lo que él presentaba. Inclusive él le mandó hacer un... un electroencefalograma, y lo vimos y él lo revisó dice: "no pus está bien", presentaba algunos este... nosotros no sabemos verdá las técnicas de lo que es ese encefalograma

*Pero por ahí entre ellos alcanzamos a leer un dictamen médico que decía que presentaba "bajo voltaje".*

Eso fue lo que vimos, nosotros no, no sabemos qué es lo que, a qué se referían. Y lo único, le dio medicamentos y... unas pastillitas ahí, yo digo que algo muy sencillo y no presentaba gran, realmente nada así problemático... y ahí siguió ahí siguió, pero desde entonces cuando decía "no, yo quiero entrar al ejército, quiero andar ahí", le decíamos al doctor: "oiga doctor, dice que éste quiere entrar al, al este... al ejército pero nosotros queremos que él estude que él saque una carrera"

Y decía: "Pues si él quiere entrar al ejército déjenlo que entre". Déjenlo que entre"

Y bueno, y... así, pero nunca nos dijo realmente qué era lo que tenía sino que nos damos cuenta que él era una Esquizofrenia después de algunos años con un médico que vive por ahí en la colonia donde estamos nosotros que también dice que es psiquiatra. Él es psiquiatra pero él nos dijo que Leonardo estaba muy bien, que como él respondía que estaba muy bien... lo que pasa es que Juan este... ya traía por ahí un problemita de Esquizofrenia. él fue lo que él ya nos dijo.

En un primer momento, como ya se mencionó, se continua manejando la narración en una forma en la que la inferencia a la categoría implícita de enfermedad se hace otra vez presente en la narración al decir "al ver que presentaba esos cuadros", así mismo, la confesión de intereses se

sigue manejando como un recurso destinado a crear la credibilidad del relato; puede decirse que el dilema de la conveniencia está siendo resuelto en cuento el padre dice: *"teníamos tantas ilusiones de él... (nosotros padres)"*

Más adelante, se observa el manejo de la incredulidad ante la anormalidad que irrumpe de manera abrupta; ellos quieren *salir de dudas* y lo llevan con especialistas lo cual posteriormente conlleva a echar mano de la acreditación del saber del médico para depositar aquella anormalidad en el plano de la enfermedad. Así, la responsabilidad recae ahora en la opinión del experto, ocupando el narrador, un lugar más lejano respecto a las descripciones que explican lo que en realidad estaba sucediendo *él era una Esquizofrenia*

A pesar de unos primeros estudios, la palabra médica es puesta en entredicho dentro del relato: *el doctor no les decía que era lo que realmente tenía*. Le hicieron un electroencefalograma pero dice haber dudado de los resultados que ahí "se reflejaban". El hecho de la enfermedad de Leonardo recae en la responsabilidad médica hasta que en un segundo momento otro doctor introduce un nombre para aquel problema inicialmente planteado. El problema ya fue nombrado adquiriendo su status ontológico en el dominio de la enfermedad.

Ahora, en el extracto 4.5.3, el padre que narra la historia, continúa desplegando dudas, introduciendo explicaciones alternativas que él mismo rebate al manejar ya la referencia externa de una persona acreditada para dar cuenta de lo que realmente estaba pasando:

#### 4.5.3

**PORQUE BUENO, A DIFERENCIA DE COMPAÑEROS SUYOS, QUE HAY AQUÍ,  
POR LO VISTO NO HA TENIDO PROBLEMAS DE AGRESIÓN, DE VER O  
ESCUCHAR COSAS RARAS... O, SI?**

No, de agresiones no, él no ha escuchado nada malo. Sino que ha visto cuando lo traíamos aquí a consulta externa... sino que él mismo veía a los pacientes y decía: *"Ah este está re malo! Está re mal"*

Como que él mismo hacía la comparación, se comparaba con el otro. Decía: *"No papá yo no, yo no tengo... yo no soy así, yo estoy bien. Ese está re malo"*

**LLAMA LA ATENCIÓN PORQUE SON CUESTIONES QUE LA GENTE LUEGO TOMA COMO ALGO MUY EVIDENTE DE... DE CIERTA LOCURA NO? COSA QUE EL NO HA TENIDO.**

No no no para nada no él este... él esta bien; él inclusive él nos dice que él no tiene nada; él se siente bien no? pero yo siento que pas todos los enfermos como que ellos siempre salen con eso, de que él no tiene nada.

Pero en la realidad es otra, tal vez porque ellos no están bien conscientes de la realidad

**ENTONCES, ¿SI LES CONVENCE ESTE DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA?**

De hecho no lo aceptamos, aun no lo aceptamos porque... pues para nosotros es algo raro y es difícil aceptar que uno tiene un hijo esquizofrénico. Pero bueno, yo creo que a través del tiempo y de las pláticas y de las terapias que hemos tenido, aceptamos, estamos aceptando la realidad de lo que es la esquizofrenia... y ahora nosotros decimos bueno pues ya hay que aceptarla, y necesitamos que el enfermo acepte la realidad, acepte que él está enfermo ¿para qué? Para salir adelante

Aquí se encuentra la reafirmación de la Esquizofrenia de su hijo. Si bien ha argumentado en lo anterior que existe realmente un problema en el comportamiento de Leonardo que es la supuesta inconsistencia al lograr metas deseables, esta cobra un segundo significado cuando los médicos afirman que se trata de una enfermedad mental llamada Esquizofrenia. La evidencia que respalda este hecho son las pláticas impartidas por los médicos que han llevado a la aceptación de la Esquizofrenia como presente en la realidad de su hijo. Es en este punto cuando la categoría del experto cobra peso fundamental en este hecho. En este punto, incluso repite argumentos característicos del modelo de asistencia en la institución tales como *necesitamos que el enfermo acepta su realidad, acepte que él está enfermo.*

A diferencia de los extractos anteriores, aquí la responsabilidad recae en un saber médico, a pesar de la introducción de información que sugeriría que Leonardo esta bien. De hecho, él mismo lo afirma *él está bien*, sin embargo aquel posible dilema se resuelve al inclinarse hacia una explicación proveniente de lo que la institución le ha enseñado

## CASO 6

## 4.6 Caso 6

**Informante: Pablo**

**Relación con el paciente: Esposo**

El discurso de principio se encuentra especialmente impregnado de toda una terminología médica la cual hace de la categoría enfermedad, un constante referente para explicar la anormalidad presentada por su esposa:

### 4.6.1

Ella ... su caso es yo creo poco frecuente porque inició a la edad de 16 años.

A la edad de 16 años ella presentó un brote.

*Este brote duró dos años. Inició a los dieciséis y... este... este brote terminó a los diecisiete años. ¿Sí?*

Ehhh en ese entonces, la llevaron/ la llevaron con un psico/ con un psiquiatra. El diagnóstico del psiquiatra fue este... una depresión activa o reactiva, algo así... no se le hizo el diagnóstico de Esquizofrenia. Aún cuando ella... en aquel entonces, a esa edad de dieciséis años este, vagabundó

La descripción del problema es expresada en términos diagnósticos, dando como evidencia un acto de Isabel que toma como un síntoma considerado como indicio de peso para pensar en una esquizofrenia el "vagabundear". Entonces, en la situación en que se da la conversación se infiere que el interlocutor comparte el lenguaje y aquella serie de categorías que dejan ver una enfermedad como es la Esquizofrenia. Pablo bien pudo dar cuenta del acto en términos diferentes; bien pudo también decir que su esposa *camina sin un rumbo determinado*. Entonces, el uso de la palabra *vagabundear* en primera instancia echa abajo la explicación que anteriormente se había dado al problema, y asume un poder retórico de peso dentro de un *método documental de interpretación* (ver capítulo dos, etnometodología) lógico de entre aquellos que acostumbraban trabajar con los padecimientos de tipo psiquiátrico

Luego, con base en lo anterior se desprende una lógica que incluso atribuye a periodos de normalidad de la paciente un carácter patológico:

#### 4.6.2

##### ¿QUÉ PASÓ?

Y no sabiendo, o sea pues [ ] enterado de lo que había sucedido anteriormente cuando tenía dieciseis años, y... le empieza a dar el brote a los cuarenta años, o sea tuvo un periodo de latencia de la enfermedad de casi qué serían serían.... veinte años... Eso fue mas o menos el periodo de latencia donde ella no, donde ella no presentó ninguna sintomatología. Nada

##### ¿NADA?

Y... se sometió a estrés, mucho estrés... y no.

Veinte años de una vida que pudiera llamarse normal es descrita bajo el *hecho* de la existencia de una enfermedad encapsulada en la persona en cuestión. Este hecho que es la enfermedad mental es dada por sentada y reafirmada posteriormente con recursos secundarios a la existencia de un diagnóstico (4.6.3).

#### 4.6.3

Eh empieza/ empieza a pensar en renunciar al trabajo. Pero al empezar a pensar en renunciar al trabajo, también empieza a modificar su pensamiento. O sea

##### CÓMO QUE/

O sea, ya / ya llegaba/ ya... regresaba del trabajo, pero ya no llegaba a la casa, llegaba a la iglesia

##### MJM

Tonces llegaba a la iglesia, se pasaba en la iglesia y ahí tardaba una hora, una hora y media... y luego ya llegaba a la casa. Entonces llegaba a la casa y ya empezaba a la casa y comenzaba a

hacer las labores. Pero ya no hacía las labores con esa intensidad con las que las hacía siempre.

#### **PERO QUE NO ERA.. MUY RELIGIOSA DESDE ANTES?**

No, no era muy dada a estar en la iglesia. Si acaso iba a la iglesia cada... cada dos o...tres meses.

Y.. cuando empezó a presentar el problema pus ya este... ya empezaba a meterse diario. Diario, diario se metía una hooora, hora y media/... y de ahí ya se iba a la casa. Y. ya no le interesaba nada. Ya no le interesaba que estuviera la casa aseada... que se lavara, que se planchara, este.. todo eso ya. Ya!

Ya no/ y empezó a descuidar un poco su persona. O sea eso lo noté porque... escogió una chamarra, ¿sí? Y esa chamarra no se la quitaba. No se la quitaba. Empezó a perder el sueño. O sea... se dormía a las doce de la noche, una de la mañana, se levantaba a la cinco de la mañana.. y a fumar. A fumar a fumar.

#### **¿NO FUMABA?**

Si fumaba, pero fumaba tres, cuatro cigarrillos al día

Y ya cuando empezó con el problema, se fumaba una cajetilla .. cajetilla y media. Al día

Ya abordando el problema en un plano más concreto dentro de su experiencia, Pablo da cuenta de un paulatino cambio en su esposa. La narración en este extracto es desglosada en distintos aspectos que se salen de la normalidad cotidiana en los términos de una experiencia que él presencié en su vida en familia. La categoría de testigo está presente conjuntamente con una narrativa rica en detalles que se presentan en una forma gramatical que da a entender que esta anomalía ya no era un evento esporádico, sino un estado más constante.

Igualmente, contrastes entre un estado anterior y la anomalía se presentan en forma explícita: *casi no iba a la iglesia, empezó a ir diario; hacía sus labores sin la misma intensidad, casi no fumaba, comenzó a fumar mucho*. Todo lo anterior puede verse como un crisol de

recursos provenientes de un estilo personal, que de manera conjunta refuerzan las categorías de normalidad y anormalidad patológica que él presenta como testigo confiable.

Posteriormente, Pablo introduce lo que alguna vez fue una explicación alternativa al problema de su esposa.

#### 4.6.4

Fuimos directo con el psiquiatra. Sí, fuimos directamente con el psiquiatra.

Desafortunadamente, este... a veces los familiares eh pues piensas que.. que algo está tomando, o que algo está fumando, o que algo le está dando algo/ o que alguien le dio algo y que por eso existe ese trastorno.

¿QUIEN PENSABA?

Lo pensaban principalmente su mamá. Su mamá este, pensaba que le habían dado algo o que le habían hecho algo. Entonces yo... acudí con el psiquiatra, lo empezó a valorar, y ya me dijo que, que lo que ella estaba presentando era un cuadro de Esquizofrenia. Pero desafortunadamente luego los papás de ella no aceptaron esto. No aceptaron el diagnóstico.

¿NO?

Porque... pensaron que... que no, que ella no estaba enferma. Que ella lo que tenía era otra cosa. Y otra cosa que... que ellos pensaron que a lo mejor le habían dado algo.

Y entonces este... pues fue una lucha constante entre quererle dar el medicamento, se le tenía que dar, y lo que los padres, o sea los suegros, mis suegros, querían hacer con ellos ¿no? O sea, ellos querían darle este... pues que medicamento naturista llevarle con otras personas a que le hicieran limpias... ¿no? Y mientras pues... batallando por que tomara su medicamento.

Esta versión es fácilmente rebatida ante dos elementos fundamentales. Una es la introducción de la autoridad médica como un juez de la situación que esta en juego (la anormalidad), el actuar de psiquiatra ante esta situación, es descrito de una manera metódica dentro de una lógica científica *la empezó a valorar y dijo que era una Esquizofrenia*. Luego, Pablo presenta la formulación alternativa como explicaciones llenas de subjetividad (*ellos pensaron que...*) de sujetos con menor credibilidad, como un acto de rebeldía que se contrapone y



dificulta la resolución del problema por parte de él (su esposo) y el psiquiatra (el experto). El dilema potencial es rápidamente resuelto.

Enseguida, Pablo introduce una descripción de su esposa en la actualidad:

#### 4.6.5

Tonces ella, ella ya fue aceptando un poco más ... su enfermedad. Y este... se le dieron otros medicamentos. Y ya nos fuimos adentrando un poco mas en lo que e s su/ lo que es el tratamiento psiquiátrico.

#### FUE ACEPTANDO SU ENFERMEDAD ELLA?

Fue aceptando/ tardó tres años en aceptar la enfermedad

#### POR QUÉ? EN ESOS TRES AÑOS QUÉ PASÓ?

Porque en esos tres años tomaba sus medicamentos pero... no aceptaba su enfermedad. Entonces al no aceptarla ella este sufría un estado de... estado de depresión

#### QUE DECÍA...?

Negaba, negaba la enfermedad. "no, es que yo no puedo tener esto Yo no tengo esto. Lo mio no es Esquizofrenia, lo mio es otra cosa pero no... este, no estoy tan mal para estar yendo con el psiquiatrico ¿si? O. "No estoy tan mal para que me internen" ¿si?

Entonces este... pues negaba ¿no? Tener la/ la enfermedad. Hasta ahora ultimamente tendrá seis, ocho meses, que... que acepta la enfermedad. Dice "Ok, acepto tengo Esquizofrenia... y tengo que conocer mas de mi enfermedad, para que sepa yo conducirme

Tonces este/

#### ESO A PARTIR DE QUÉ..... LO ACEPTÓ

Este... pues a partir de que... empezamos a... a tener un poquito mas de relación con los psiquiatras. Al al al relacionarnos un poco más con el psiquiatra

AII

...y por el tratamiento

Aquí se da cuenta de una mujer que niega el hecho mismo de su enfermedad. Pablo cita textualmente las palabras de su esposa dentro de la exposición de un proceso que no es sino una labor de convencimiento y aceptación de un estado patológico. Pareciera ser que no existe otro elemento encaminado a sobrellevar el dilema de la conveniencia en este extracto, de hecho, se describe una labor de explícita persuasión para que ella acepte el hecho y se someta a los procedimientos que el psiquiatra considera pertinentes. El sustento de este argumento, viene dado por elementos introducidos con anterioridad que de cierta manera contextualizan tal labor de convencimiento. A final de cuentas *ella debe de aceptar su enfermedad porque ha actuado de forma extraña y el doctor ha diagnosticado ya la presencia de una Esquizofrenia en ella*. El cambio viene dado a raíz de una mayor relación con los expertos.

Finalmente, al introducir otro episodio de la anormalidad de su esposa, Pablo de cuenta de este acto bajo el contexto de una cercanía con una fuente de conocimiento acreditado

#### 4.6.6

**Y DESDE UN PRINCIPIO LES CONVENCÍO EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA ENTONCES.**

Si, desde un principio este en ese entonces cuando se le hizo el diagnóstico de Esquizofrenia, yo estaba llevando la materia de Psiquiatría

**¿AII SI? ¿EN LA CARRERA?**

En la carrera.

Y en el momento que ella, que a ella le dio lo que era la esquizofrenia lo que es el cuadro psicótico de la Esquizofrenia, en ese preciso momento yo estaba leyendo lo que eran los antipsicóticos lo que era la Esquizofrenia, y entonces, cuando yo... la empecé a ver que ahí en la casa empezó a prender veladoras, a poner muchos santos y este a salir a la calle,

este... vestida normalmente como ella no viste. O sea, se puso una/ una playera de uno de mis hijos de básquetbol... unos pants, eh... tomó la pelota de básquet, y se fue al parque a jugar básquetbol. Y ahí estuvo jugando/ era algo que en ella no era común o sea era muy raro era raro que hiciera esto. No?

MJM

Pero se salió y.. hizo eso, bueno pues esperamos que regresara, regresó, pero... ya con... con una mirada perdida. ¿sí? Una mirada perdida

### ¿ASÍ REGRESÓ DEL PARQUE?

Así regresó del parque, ... este... pálida, eh empezaba a tener alucinaciones visuales... veía moscas, escuchaba voces... y bueno pues entonces en ese momento ya fue cuando la la... la llevamos con el psiquiatra

Pablo, como médico, menciona estar siendo capacitado para reconocer los "cuadros psicóticos" y sus tratamientos. Esto en definitiva asienta a la Esquizofrenia como un hecho y fortalece al relato ante la duda de que lo que le sucede a su esposa no sea una Esquizofrenia. Puede decirse que se combinan tres aspectos: 1) su condición de médico, 2) su cercanía con fuentes confiables como lo son los libros de psiquiatría, y 3) la posterior exposición de un acto suyo como es la evaluación de la conducta extraña de su esposa, bajo un status de un sujeto parcialmente acreditado. Él observó, y como ya había leído acerca de las psicosis, pudo dar cuenta de este evento como un cuadro psicótico de Esquizofrenia

En este mismo punto, la agencia de la descripción se la atribuye él mismo como sujeto con cierta cercanía a la autoridad acreditada para dar cuenta de un evento como el que él expone (el psiquiatra, los libros de psiquiatría), incluso introduce términos que lo dejan ver como alguien familiarizado con aquella especialidad médica (*empezaba a tener alucinaciones visuales*). Puede decirse que si bien no es la persona idónea para ofrecer una explicación adecuada del problema, si posee cierto nivel de validez producto de su cercanía y familiarización con aquel conocimiento psiquiátrico.

\* \* \* \* \*

Tras analizar los extractos obtenidos de seis conversaciones con familiares de pacientes psiquiátricos se observan seis narrativas diferentes, seis experiencias muy personales en torno a la anormalidad patológica de sus parientes, de las cuales resulta ahora pertinente retomar una serie de puntualizaciones en torno a la constitución de la enfermedad de los pacientes como un hecho y el tipo recursos discursivos desplegados por estas personas para lograr esta labor. Esto conformará en lo siguiente, el argumento final de esta investigación.

## CAPITULO CINCO

### UNA ENFERMEDAD QUE SE ARGUMENTA: REFLEXIONES FINALES.

Para comenzar esta sección resulta útil el voltear hacia las conclusiones que Robert Barret (1991) (ver capítulo dos) hace tras aquel estudio realizado en una institución psiquiátrica australiana; si bien la generalización no es parte de los objetivos de este trabajo, sus observaciones en torno a la utilidad de centrar la atención en las formas de construir la enfermedad mental pueden bien funcionar como un buen referente para lograr el argumento final de este trabajo. Aquel autor señalaba ya la importancia de estudiar los usos del lenguaje con los que se describe la Esquizofrenia, de aquel material con el que se construye ésta, el uso cotidiano de nomenclaturas oficiales y no oficiales que guían la relación entre expertos y pacientes esquizofrénicos, así como la implicación de las relaciones terapéuticas (incluyendo la psicoeducación) en la forma en la que los pacientes significan y viven su enfermedad. De manera similar, este trabajo se encamina dentro del análisis reflexivo de la constitución de aquel *hecho* que es la Esquizofrenia y las formas con que este se logra.

Dentro de una labor de orientación (o psicoeducativa) que la institución psiquiátrica lleva a cabo, aquellas formas de concebir la Esquizofrenia como un *hecho del mundo* se hacen extensivos a la familia de los pacientes, contribuyendo a la recreación de maneras específicas de vivir la vida. Este ejercicio analítico resulta importante para tener siempre presente que como sujetos sociales, los expertos se encuentran insertos en todo un entretejido de significados y valores compartidos con la población a la cual le están procurando un servicio. El pensar y dar cuenta de la Esquizofrenia han de verse en una relación estrecha con una relación de servicio psiquiátrico donde ciertas formas de ver la vida son privilegiadas sobre otras. Lenguajes y modelos específicos son utilizados en este caso dentro de la práctica institucional, teniendo un importante impacto en la forma en que el cliente se relaciona con el mundo. Esto de principio resulta una razón de peso para detenerse a analizar las formas en que ciertos discursos formales se hacen disponibles dentro de un sentido común cotidiano.

La psicología discursiva, paralelamente a otras corrientes derivadas de un pensamiento posmoderno en ciencias sociales, ha considerado la labor proactiva del lenguaje como foco especial de un análisis donde el carácter argumentativo de la realidad social se convierte en el sello distintivo de esta postura. En el caso del presente trabajo, el análisis de discursos que giran en torno a un *objeto* que es un clásico producto de un dominio médico científico como lo es la enfermedad mental, puede verse como un intento por deconstruir aquel mismo objeto en su carácter de realidad. Se parte entonces de la idea de que los significados y el sentido que le damos al mundo son construidos conjuntamente dentro de la acción social donde el conocimiento no es ya propiedad de mentes individuales, se trata de un conocimiento de naturaleza social, un conocimiento de sentido común que se crea y se recrea en un mundo parcialmente compartido que se abre a una mayor especificación dentro del quehacer lingüístico. Aquel carácter absoluto de un objeto como lo es una enfermedad mental ha de verse entonces en su relación estrecha con prácticas discursivas, vistas éstas en el momento mismo de su producción.

Resulta importante destacar que al igual que otros autores que han escrito en torno a la enfermedad mental y los usos del lenguaje (Szasz 1961, 1970 ; White 1994) , al señalar el carácter discursivo de la enfermedad mental en su carácter ontológico, de ninguna manera se niega la existencia del sufrimiento en la experiencia en torno a ella así como tampoco se niega la existencia de procesos bioquímicos ni la utilidad de productos farmacológicos para mitigar el mal. Se trata entonces de proponer una lectura del fenómeno como un resultado de una coproducción dentro de las prácticas relacionales donde formas de ver del mundo se recrean, además de procurar el ejercicio reflexivo acerca de las implicaciones que esto conlleva dentro del entendimiento entre la gente.

Así entonces, con base en una visión construida de la realidad en que vivimos , el análisis de cada una de estas conversaciones se centro en un proceso, no en un objeto. Al hablar de *locura, anormalidad o enfermedad mental*, no se intentó en ningún momento demostrar o lograr explicaciones en torno a la causalidad o naturaleza de este *hecho*. En lugar de ello, se abordó al proceso cosificador de éste, a aquellos discursos que construyen versiones del mundo como algo

real y ya dado. Se trata entonces de estudiar al diálogo visto como una acción socialmente orientada donde la realidad misma es puesta en juego y es negociada.

El centrarse en aquella relación entre el discurso y la acción ha permitido el acceso a aquel plano donde lo real de nuestras relaciones es generado; la comprensión de los fenómenos con que nos enfrentamos a diario, cobran sentido entonces en el momento que se conforman consensos en el uso y significados del lenguaje dentro de ciertas pautas que se generan en la acción conjunta. Es ahora que, partiendo de la metáfora del *taller de construcción* (Potter, 1996), se presenta un argumento en cuanto a la constitución de un *objeto* que lleva a cientos de personas a solicitar los servicios de una institución de salud mental; es en este punto donde, el análisis crítico de la acción del lenguaje resulta por demás viable a fin de lograr nuevos discursos susceptibles de un posterior replanteamiento.

Si bien desde una perspectiva retórica discursiva no se parte de modelo explicativo alguno acerca del fenómeno que entra en juego (locura, anormalidad, enfermedad mental), la psicología discursiva sí proporciona todo un marco o metateoría que funge como una *caja de herramientas* conceptuales con las cuales resulta posible abordar al discurso en acción, a *aquello que se dice* acerca de la locura en un contexto psiquiátrico institucional. Así, considerando la doble orientación del lenguaje planteada por Potter (1996) (orientación hacia la acción y orientación epistemológica) es posible entonces ver a las descripciones que conforman los discursos dentro de un juego argumentativo donde al mismo tiempo que se conforma la locura en su carácter de realidad, las identidades, agencias y responsabilidades son desplegadas para fines específicos dentro del contexto mismo del diálogo.

Considerando el modelo de la acción discursiva, no sobra señalar que en éstos seis casos si bien la entrevista implica cierto nivel de control que nos ubica fuera de la naturalidad de la conversación cotidiana, no priva a la situación de un actuar secuenciado donde tópicos discursivos son puestos en juego así como de aquellos recursos con los que se da el entendimiento mutuo en el contexto de la interacción.

En este trabajo se han abordado seis narrativas diferentes en un propio y muy particular estilo; el hecho que aquí llamamos *locura* funge como el tópic común de las conversaciones, hecho que no es posible sino en un trabajo conjunto en donde, elementos provenientes de una ideología compartida hace posible el entendimiento de un problema que es la anormalidad de un sujeto con el que esta gente se relaciona y establece lazos que participan en el entendimiento mismo del mundo que ellos comparten día a día. La existencia de este hecho se convierte en un común denominador ente estos sujetos, un hecho ontologizado ya bajo una categoría diagnóstica psiquiátrica que es la Esquizofrenia

Retomando las preguntas de investigación que guiaron este trabajo, y abordando al discurso como una acción socialmente orientada dentro del contexto mismo donde esta ocurre, puede decirse que la construcción y entendimiento del fenómeno en cuestión como una *enfermedad mental* específica que es la *Esquizofrenia*, viene dado primeramente tras un bagaje ideológico cultural que procura los recursos con los que se conforma su existencia, esta ideología viva en las relaciones se regenera y se depura gracias a todo un proceso en el que está inmersa la gente desde el momento mismo en que solicita ayuda profesional para lidiar con aquella ruptura de una lógica de vida. De hecho, si fuera mi intención podría remitirme hasta cuestiones fundamentales dentro de un mundo moderno donde la categoría de enfermedad dentro del lenguaje cotidiano se hace disponible gracias a aquella expansión del saber científico que va de los laboratorios, a las aulas, a la televisión, a la calle, etc. No obstante, dado el énfasis en la situación misma en la que ocurre la acción discursiva y dado el contexto institucional en el que nos situamos (familiar e investigador), resulta vital poner especial atención a las circunstancias donde se presenta la interacción. Los participantes además de serlo en el sentido de ser los interlocutores dentro de la conversación, son de la misma manera participantes dentro de aquella relación entre la institución y su clientela, donde la labor de atención se basa en un modelo que atribuye vital importancia a un proceso educativo para con el cliente (llámese paciente o familia) (ver capítulo 3)

Ahora cabe abrir las preguntas ¿De qué recursos se vale la gente para lograr la sensación de que su discurso describe literalmente un hecho como lo es la enfermedad de su paciente?



¿Cómo es logrado aquel carácter de exterioridad de la descripción, respecto a la persona que emite el relato ?

Para contestar lo anterior es preciso recordar que la factualidad del relato que se hace acerca del paciente se sustenta en los recursos discursivos con los que las descripciones se presentan como externas e independientes de intereses personales por parte del familiar que las formula. Una vez dicho esto, resulta importante mencionar que el análisis de las conversaciones ha llevado a poner especial atención en dos recursos discursivos específicos con los cuales estos seis sujetos construyeron descripciones factuales: el uso de categorías y el posicionamiento

Considerando el uso de categorías, cabe señalar las acciones sociales que los participantes hacen posibles dentro del diálogo. En el caso específico de esta investigación puede hablarse de dos acciones fundamentales que son: 1) el despliegue de las identidades mismas de los sujetos implicados en el encuentro (los interlocutores y el paciente diagnosticado), 2) la formulación de recursos argumentativos encaminados a sostener las descripciones dentro de un status de realidad; esto es, dotar a la narración de elementos que le defiendan ante dudas potenciales o explícitas en cuanto al interés de las descripciones que constituyen al discurso (el dilema de la conveniencia).

Partiendo de la línea de Sacks (1992), categorías insertas en el conocimiento cotidiano hacen disponible información relacionada con los miembros, observese que en el caso de este contexto psiquiátrico, la categoría de *enfermedad* se encuentra presente en cada una de las conversaciones desde un principio, en otras palabras, la enfermedad del paciente se encuentra ya dada como algo real, su status de realidad ha sido ya construido y reconstruido en base a la familiarización con un discurso institucional vinculado a un diagnóstico (Esquizofrenia Paranoide en todos los casos). Puede decirse que aquella categoría general que es la *enfermedad* permea los discursos, facilita la alusión indirecta a características comúnmente atribuidas a una persona enferma, al mismo tiempo que procura el carácter indexical de las descripciones.

Estas seis personas manejaron su discurso en base a un lenguaje que Gergen (1996) llamaría "*del déficit mental*". Al dar cuenta de eventos con términos como *recadukas*, *crisis* o como

*estados agudos* automáticamente se accesa a un dominio donde no resulta ya necesario que el interlocutor requiera de mayor información acerca del sujeto que se supone enfermo. Puede decirse que identidades ligadas a una diada *normal-anormal* son logradas en base a la inferencia que las categorías procuran; inferencia que se extiende de igual forma a la inteligibilidad y entendimiento de los interlocutores. La anormalidad del paciente se hace entonces inteligible (accountable) en cada uno de los casos mientras que al mismo tiempo se construye la inteligibilidad misma de los participantes. Normalidad y anormalidad han de verse entonces estrechamente ligadas a las identidades y categorías que son negociadas. Los familiares mismos dan por sentado un conocimiento compartido con su interlocutor (el investigador) como un miembro más del equipo de trabajo perteneciente a la institución, como alguien que comparte aquella visión médica que la institución hace extensible a la comunidad a la cual procura un servicio.

En un contexto de salud mental donde la patología es detectada a partir de la observación de comportamientos categorizados como sintomáticos de un trastorno específico, la alusión a descripciones de comportamientos específicos pudiera verse como una práctica recurrente, así entonces, en cada uno de estas seis conversaciones, la mención explícita de comportamientos extraños cumple la función de llevar a la acción aquel despliegue de las unidades de sentido común que en este caso son la normalidad y la anormalidad, la salud y la enfermedad

Si bien como se mencionó anteriormente, la enfermedad del paciente es considerada como un hecho ya dado desde el inicio de las conversaciones, funcionando esta como una categoría básica en la que se sustenta la inteligibilidad de las descripciones que forman parte del diálogo, la presencia de esta *categoría general de enfermedad* tiene de entrada un enorme peso discursivo debido a que funciona como el eje de inteligibilidad entre los interlocutores. Otras categorías que pudieran llamarse *secundarias* conforman una defensa que contribuye a resolver el ya mencionado dilema de la conveniencia dentro del contexto funcional de la interacción. Así entonces, el desarrollo de pertenencias a categorías relacionadas con la familia, así como categorías de normalidad y anormalidad se encuentran ligadas a cada uno de los seis diferentes discursos

Observando con mayor meticulosidad, de entre todos aquellos recursos que los familiares manejan dentro de un estilo muy personal, el uso de categorías como lo son *madre, padre, esposo, hermano, etc* (familiares cercanos a final de cuentas), al igual que la categoría de enfermedad, conllevan un implícito arraigado en un sentido común relacionado con una preocupación por el bienestar del familiar diagnosticado como Esquizofrénico Si bien Maria, Daniel, Abraham ; Alejandro o Pablo manejan un relato de hechos donde ellos como parientes cercanos se encuentran estrechamente involucrados, los intereses que ellos pudieran tener son validados dada la membresía a la categoría de "*familia*". La inferencia de la categoría y la membresía, en estos casos han contribuido a formar una defensa sutil que asienta las descripciones dentro de su carácter factual e impersonal. Cabe mencionar que esto no quiere decir que la pertenencia a una categoría de *familia* sea razón suficiente para validar el discurso que el sujeto emite, es por ello que estas mismas categorías con frecuencia se conjugan con otro tipo de recursos argumentativos como lo son confesiones explícitas de intereses *Quiero que el sea alguien en la vida, tenía muchas ilusiones de él* (caso 5). Estos son ejemplos de intereses explícitos que sin embargo, respaldados por la membresía y la mención explícita de una actitud positiva ante el familiar diagnosticado, funcionan como lo que Potter (1996) llamaría una "vacuna contra la conveniencia".

Por otro lado, se habló ya de dos categorías (enfermedad y familia) que cobraron especial importancia en la constitución de la factualidad de los relatos. Existe una tercera categoría que a diferencia de las otras es negociada y lograda mediante otro tipo de estrategias discursivas, se trata entonces de la categoría de *testigo*.

Las conversaciones aquí descritas involucran la experiencia misma de sujetos que relatan eventos presenciados por ellos mismos, de ahí que descripciones presentadas en los términos de un *testigo* procuran la "*evidencia*" que respalda un discurso que entremezcla una anormalidad observada con la patología objetivada en su familiar ahora diagnosticado. Además de esto, cabe destacar que, retomando la idea de Woolfit (1992) (ver capítulo 1), la gente comparte creencias fundamentales acerca del mundo, o bien en otros términos, comparte lenguajes y estilos que se coordinan y procuran el entendimiento de éste. De ahí que estas formas de dar cuenta del mundo tienden a seguir un patrón que los mantenga dentro ciertos parámetros de normalidad para ser

dados por creíbles. La categoría de *testigo* que surge a lo largo del diálogo apoya entonces la credibilidad de las descripciones. Esto mismo es conjugado con recursos estilísticos como la introducción de información detallada que hace que el oyente pueda "*trasladarse al lugar de los hechos*" y contactar el carácter problemático de la situación relatada.

Así entonces, en las descripciones de eventos extraordinarios dentro de la experiencia cotidiana de esta gente, los sujetos recurrieron a la exposición de un estado de cosas que paulatinamente se fue rompiendo con la introducción gradual de descripciones del comportamiento anormal de su paciente. Esto es, en otras palabras, la exposición de un contraste donde la diada normalidad-anormalidad procura el carácter problemático de la situación. Pude decirse que dado que el conocimiento de sentido común provee a los individuos de respuestas o pautas específicas esperables dentro del actuar cotidiano, la ruptura de éstas dificulta la comprensión en un mundo parcialmente compartido, de ahí que coincidiendo con lo señalado por Potter al referir el trabajo de Dorothy Smith (ver capítulo 2), aquello que los participantes consideran como normal, adquiere de antemano un carácter indexical, lo cual lleva a la necesidad de que aquella anormalidad fuera construida por cada sujeto en su estilo propio, con base en la exposición de un contraste que por cierto, no compartió características con la estructuración *X.Y* de Woolfit.

Dentro de estos mismos relatos de eventos presenciados, la diada normal-anormal está igualmente relacionada con la inteligibilidad de la persona que presenta el relato. Retomando ahora Jefferson y al mismo Harvey Sacks (ver capítulo uno categorización y acreditación), al manejar aquel implícito de la anormalidad en los relatos de acciones extraordinarias de su familiar diagnosticado, la persona al mismo tiempo está dando cuenta de su misma pertenencia al grupo de gente ordinaria. Esta es una acción que el contraste y el sentido común procuran, al hacer inteligible el hecho que se describe, supuestos relacionados con el carácter normal o anormal del comportamiento del paciente son reafirmados al mismo tiempo que se reafirma la pertenencia de los sujetos a un status de normalidad y credibilidad.

El implícito que la categoría de enfermedad conlleva, puede observarse una vez más relacionado a las descripciones de aquellos comportamientos que los familiares ligan a la desviación y a la enfermedad mental (hablar solo, desnudarse, caminar sin un rumbo fijo, vestir de manera inusual, cambiar hábitos, no dormir, perder el interés, etc) La alusión que logran estas descripciones hacia la enfermedad mental procuran el entendimiento dentro del contexto mientras que al mismo tiempo logran discursivamente "vestir" a los sujetos dentro de un mundo normal y racional por un lado, y a una identidad patológica, por otro

En cuanto al otro recurso que se resalta, que es el *posicionamiento* del hablante ante la descripción, éste se relaciona estrechamente con el manejo de la responsabilidad en la labor de construir a su familiar en el plano de la enfermedad mental. Antes de abordar éste punto, resulta pertinente retomar lo que Woofit y Jefferson mencionan en cuanto al contraste entre lo ordinario y lo extraordinario (ver capítulo uno). Al describir una forma narrativa donde los sujetos mencionan: "*Al principio pensé que... pero luego me di cuenta que...*", estos dan cuenta de una forma en que el hablante logra una acreditación propia. Sin embargo, en el caso de las conversaciones del presente trabajo, se desplegó una forma distinta de lograr una acreditación en la que el familiar "se hace a un lado" y otorga la agencia y responsabilidad de descripciones a sujetos de antemano acreditados como son los médicos. En resumidas cuentas, y utilizando las mismas formas de Jefferson, pudiera entonces hablarse de una forma "*Al principio pensé que... pero luego me dijeron que...*"

Posicionamiento y acreditación han de verse entonces en una relación estrecha. La alusión a palabras, acciones y opiniones de sujetos poseedores de un saber ajeno y dotado de una especial credibilidad funcionó de manera conjunta en la constitución de la enfermedad en su status de realidad. En numerosas ocasiones dentro de las seis conversaciones el familiar que emite su relato hace alusión al diagnóstico, a opiniones de varios expertos, se reconoce o hace explícita la jerarquía de fuentes provenientes de los campos de salud mental, existen incluso alusiones a otro tipo de fuentes dotadas de credibilidad como son libros o documentos (caso 5 y 6). Esto, dentro de un marco discursivo puede verse como un recurso de gran peso retórico, el hablante introduce en el diálogo a una tercera persona, una especie de "*árbitro*" dotado de la credibilidad suficiente

para proporcionar la última palabra. Si existe dilema alguno en el momento de dar inteligibilidad a la locura del paciente, éste es rápidamente resuelto del lado de un conocimiento de antemano validado. De ahí se deriva también la introducción de juicios personales respaldados ya por la visión propia del experto: *me imagino que fue el golpe (caso 2), yo estaba leyendo lo que eran los antipsicóticos y la empecé a ver que...* (Caso 6) Resalta aquí, como ya se mencionó, que juicios explícitamente personales se sustentan en la visión que la institución acredita.

En resumidas cuentas, puede observarse con base en seis casos recolectados en el Hospital Psiquiátrico, que el papel de categorías cargadas de inferencia hacia la normalidad y anormalidad así como un posicionamiento que otorgar la responsabilidad del relato a la autoridad experta en cuestiones de salud mental, fueron vías fundamentales en el establecimiento de un *hecho* dentro del discurso de los familiares que asisten al servicio de Hospital Parcial de Fin de Semana.

Tomando en cuenta aquella diada normal-anormal subyacente a la conversación sale a la luz un sentido común en base al cual la gente discrimina, elige posturas y categoriza a los miembros dentro de los parámetros que la ideología de la salud mental formula, puede hablarse de esta categorización que los participantes recrean en la conversación contiene en sí un dilema intrínseco que se pone en juego en el pensar la salud mental. Lo anterior resulta mayormente visible en el momento en que la conversación desemboca en una paradoja el familiar introduce en el discurso características propias del paciente llenas de connotaciones que apuntan hacia la normalidad, las cuales luego contrastan con características provenientes de un discurso médico que coloca al paciente en el plano de la desvalía. Alejandro menciona "*Nosotros siempre pensamos que como era una persona muy temperamental, que su carácter se manifestaba muy violento, hasta que sobrevino la crisis*" (Caso 1, extracto 4 1 4), María menciona "*cuando está bien, es muy cariñoso*" (su hijo) (Caso 2), por su parte Daniel comenta "*él está bien, incluso dice que no tiene nada, pero yo siento que todos los enfermos salen con eso*" (Caso 5, extracto 4 5 3)

Retomando el planteamiento de Billig (1988), cuando la gente se enferma, sigue aún tomando parte del "mundo de la salud", un mundo donde salud y enfermedad son estados

interdependientes que hacen referencia uno al otro. El pensar la salud y la enfermedad conlleva un carácter contradictorio. Como ya lo mencionaba Billig y también lo señalaba Barret (1991), en un mundo práctico donde el estar sano se relaciona con la aptitud para el trabajo y los deberes sociales, al paciente se le define por un lado como un sujeto limitado, víctima de un padecimiento, cuando al mismo tiempo se le exhorta a que tome las riendas de su propia enfermedad. Resultaría hasta cierto punto predecible que aquella contradicción tienda entonces a resolverse cuando la gente opta por la normalización, por la resolución de un estado disruptivo en las relaciones entre los sujetos, a partir de una ideología intrínseca en el pensamiento de la salud y la enfermedad.

La gente describe comportamientos propios de un enfermo, por tanto indeseables e integrados ya al dominio de una anormalidad patológica, por otro lado, abogan por el trabajo, el logro de metas definidas y en general el reestablecimiento de una lógica de vida en la cual ellos participan como "miembros" de una normalidad característica del mundo de la salud. En este punto cabe introducir palabras de Szasz (1961):

*"... la salud mental es la capacidad de jugar cualquier juego en que la vida pueda consistir, y de jugarlo bien. Por el contrario, negarse a jugar o jugarlo mal, significa que una persona está mentalmente enferma"*

En el caso 1, se describe el inicio de un estado de anormalidad como una "crisis", esto bien puede tomarse en un sentido amplio, cada una de estas seis conversaciones dieron cuenta de una crisis dentro de un juego que se volvía cada vez más caótico. De hecho, es dentro de la narración de todos aquellos eventos extraordinarios que la línea divisoria entre la normalidad y la anormalidad es trazada. Si bien como varios de ellos refieren, en un primer momento la gente no es capaz de otorgar un significado a una serie de eventos que se salen de una lógica de vida, es dentro del proceso de adecuación entre los usos de un lenguaje psicopatológico y la experiencia de cada persona que aquel hueco de significados queda cubierto. Ante el aprendizaje y aceptación de una postura donde lo anormal es signo de patología, aquellos eventos extraños pueden significarse bajo el cobijo de un sistema teórico que va de la mano con un orden normativo de valores. Las teorías de sentido común que permiten a la gente identificar aquella anormalidad, resultan así

consistentes con un modelo médico con base en el cual, el experto refina aquellos juicios populares y los inserta en un lenguaje formal en el que la locura se traduce en una categoría diagnóstica.

Al introducirse en la dinámica de la psicoeducación, o bien al familiarizarse el cliente con la modalidad de trabajo del servicio, conocimiento lego y conocimiento científico confluyen; el lenguaje cotidiano es matizado con recursos técnicos a partir de lo cual, si bien la categoría de enfermedad pudo estar de antemano disponible, ésta adquiere una mayor funcionalidad para dar cuenta de los actos o eventos relacionados con el sujeto con el que se le asocia (el familiar diagnosticado) Así, ya sea refiriendo hechos como *crisis, estados agudos, recaídas*, o bien como simples anomalías que la gente *comienza a notar*, es en los eventos extraordinarios que la enfermización del paciente se objetiva invadiendo otras áreas en la historia de los pacientes; teniendo esto una importante implicación en la constitución de la identidad del paciente como enfermo crónico

El diagnóstico, visto como una construcción social, no sería sino una gama de significados contruidos propios de una comunidad dominante, la cual procura la cosificación del fenómeno dentro de dos planos estrechamente ligados a la identidad del sujeto al que se atribuye éste. Barret (1991) mencionaba una diferenciación en las formas de referir la enfermedad como algo ajeno que invade a éste (*el paciente tiene Esquizofrenia*) o bien como parte esencial de su persona (*el paciente es Esquizofrenico*) En el caso que concierne a este trabajo, dentro de las descripciones analizadas pueden verse ambas modalidades de construcción utilizadas de manera simultánea. Luego, no resulta posible enunciar una conclusión similar a la de Barret quien menciona que el asentamiento de la modalidad del *ser esquizofrenico* se da con el transcurrir del tiempo. A final de cuentas, el *tener esquizofrenia* o el *ser esquizofrenico* refieren la ontologización o el *enquistamiento* de un problema del que el paciente difícilmente se podrá liberar

Dentro de la práctica clínica, el diagnóstico proporciona la sensación de legitimidad y predictibilidad tanto para el experto como para el cliente. De ahí el éxito de la labor diagnóstica, al nombrar el fenómeno dentro de ciertos parámetros propios de la comunidad de expertos, se



hace real al objeto, se le hace disponible sugiriendo también que éste puede ser común a la gente, bien conocido, entendido y por ende tratable (Gergen, Hoffman y Anderson, 1996). En los términos de Gergen, puede decirse que los lenguajes que dan cuenta de la salud-enfermedad mental convierten aquel hecho extraño en algo familiar, algo mayormente tolerable que, sin embargo, no deja lugar a vías alternas a una explicación que involucran la toma de posturas dentro de jerarquías sociales. Modos de vida se sostienen, comenzando por aquel que proporciona una ontología psicopatológica que respalda valores de la población y que da sentido a la existencia de los servicios de salud mental. Al dar cuenta de uno *normal* y del otro *enfermo*, un orden dualista no hecho explícito se regenera en la conversación cotidiana. Dentro de una plática posterior a una sesión de orientación, el terapeuta (T) y un familiar comentan (F)

T: Poco a poco vamos a ver lo de los síntomas. Ustedes están empezando, y acá la importancia de saber los tratamientos. Los tratamientos ya son otros, ya se maneja más de manera integral, no solo con los medicamentos... la psicoterapia ....

F: Yo digo que la gente/...

yo digo que de que tengo sentido de observación yo digo: "*este está mal*".

Algo en su mirada... ya así de la gente que tanto he visto.

Pero ¿sabes qué? Es la mirada, y es algo que yo le decía al doctor.

Es algo que no está bien ahí y aunque por muy muy así... que te recuerden de "toda su trayectoria" y demás

A: Y esto sucede que mientras más información poseamos acerca de la Esquizofrenia, vamos a ir como promotores ¿no?... de una salud mental

De nuestros familiares, nuestros conocidos, ... pero ya tenemos ese dato para decir "oye, esto no es normal", "llévalo pronto al hospital"

Si se considera al discurso en acción como una práctica sociocultural la cual en sí misma produce y reproduce modos particulares de vida, resulta pertinente voltear a lo que es la práctica en el servicio y a los objetivos que esta sección se ha planteado. El que los familiares sostengan la factualidad de sus relatos al hablar por un *otro* que es la autoridad médica, y el manejo de categorías generales provenientes de un discurso que traduce la conducta extraña en síntoma, de ninguna manera puede verse desligado a una labor sistemática encaminada a la difusión de criterios

científicos en torno a la anormalidad vista como patología. Dentro de esta perspectiva puede decirse que los objetivos que el Hospital se ha planteado, se han cumplido en cuanto a la labor de enseñanza de un discurso formal que asienta el carácter ontológico de un fenómeno que la práctica psiquiátrica ha llamado Esquizofrenia. Esta práctica es regenerada día con día permitiendo a la institución reafirmarse en su credibilidad ante la población que funge como cliente y al mismo tiempo reafirmando el sentido mismo de su existencia. Los familiares por su parte, son educados en cuanto a un discurso científico acerca de su vida y sus relaciones, se trata de un trabajo retórico que facilita a la institución el llevar a cabo su trabajo. El cuestionamiento o la introducción de versiones alternativas a éste no serían entonces sino simple sabotaje y negación de una *realidad irrefutable* (en el caso de los familiares), o bien simple expresión de un sintoma (en el caso de los pacientes).

Considerando la labor terapéutica como una relación de servicio (Goffman, 1961), puede señalarse que el que en el caso de muchos sujetos que asisten al hospital (como aquellos seis casos de los que se vale este estudio), el que sean *otras personas* distintas del sujeto diagnosticado las que demandan la atención médica, puede llevar a poner en entredicho la naturaleza de la relación servidor-cliente. Se trata de una situación donde contrastan intereses del paciente por un lado, y los intereses del grupo por el otro. En la dinámica interna, al paciente se le diagnostica, se le comunica su "estado" y se le "ilustra" e cuanto a este, se le hace "*tomar conciencia de su enfermedad*". Esta ontologización del problema se hace extensible a la familia en base a un pensamiento estructural donde la maquinaria social es abordada a fin de establecer el orden quebrantado.

Volteando hacia cada una de las conversaciones donde la existencia de la enfermedad se recrea en una forma argumentativa, puede verse al caso 5 como una especie de ideal para el trabajo institucional con la Esquizofrenia. El sujeto, como cliente participante del programa de orientación, produce desde su narrativa un objeto (Esquizofrenia) característico de un saber formal con base en un discurso rico en matices técnicos, al dar cuenta de hechos y eventos en los términos formalizados hace éstos extensibles a la comunidad, resta crédito a explicaciones provenientes de otras áreas de conocimiento y recuerda a la paciente fuera de los límites de la

institución su propia condición patológica. Asimismo, otros sujetos incluso relegan creencias religiosas o explicaciones propias ante un discurso convertido en realidad (caso 4). Esto no es sino parte de los objetivos específicos planteados de antemano por la modalidad de servicio (crear conciencia de enfermedad y una actitud favorable hacia ésta), es también, una labor fundamental que permite al experto incidir en el objeto, expandiendo una visión moderna del hombre y su cuerpo que sustenta la metáfora de la máquina <sup>9</sup> (Gergen 1992), al mismo tiempo que recrea la simpatía, acreditación y necesidad de los servicios de salud mental

Aquellos quienes acompañan al paciente diagnosticado en su enfermización progresiva se familiarizan con aquel lenguaje que da cuenta de sus propios actos, de aquella objetivación de la enfermedad en un sujeto que es envuelto en un estilo de vida que White (1989) llamó "*el sentirse arrinconado*". La recurrencia de descripciones que hacen referencia a sentimientos de desesperanza, incompetencia, hostilidad y pasividad general por parte de los pacientes, cobra entonces sentido, si se voltea hacia aquellos discursos contruidos con base en los recursos que el lenguaje psicopatológico hace disponibles, a partir de una labor elegantemente denominada *psicoeducativa*. A final de cuentas, si por un lado se logran acciones más afables hacia el *paciente enfermo*, aquella enfermedad encarnada en un sujeto se constituye de la misma manera como una realidad que no requiere de mayor explicación, una realidad arraigada en un sistema de creencias, en una manera de explicar y dar sentido a la propia existencia, la cual se vuelve resistente a cualquier cambio

Recapitulando, la perspectiva retórica discursiva ha permitido el abordaje de la realidad cotidiana mediante el análisis de discursos en contextos específicos. De entrada, se trata de una postura que pareciera carecer de anclaje alguno dentro de los hechos ordenados a partir de los cuales se arma una teoría coherente. Sin embargo, al voltear hacia a este mundo con una mirada donde la realidad no es *una y ya dada* sino, una realidad construida en la intersubjetividad, parcialmente conocida y susceptible a un replanteamiento, se abre entonces el espacio para la emisión de discursos particulares abordando aquello que cotidianamente es sujeto a un trabajo

---

<sup>9</sup> Una máquina bien diseñada resiste el deterioro y funciona ajustadamente, del mismo modo, una persona madura, apropiadamente moldeada por la familia y la sociedad sería "autosuficiente", "sólida", "digna de confianza", "congruente" consigo misma a lo largo del tiempo

argumentativo y que sin embargo parece ser que su existencia resulta ya incuestionable. Son entonces los mismos *hechos* los que resultan un foco de análisis importante si se consideran las implicaciones que conlleva su misma existencia en el lenguaje con el que se procura la comprensión del mundo. El trabajo que implica la deconstrucción de un *hecho* como lo es la *enfermedad* de pacientes psiquiátricos, con base en lo que la gente dice de ellos ha llevado a considerar varios puntos que en adelante no han de perderse de vista

El lenguaje psicopatológico propio de la comunidad experta en salud mental forma parte de una ideología particular, uno solo de tantos repertorios interpretativos con los cuales se procura la inteligibilidad de la anormalidad, a veces llamada locura que en este caso es ontologizada en categorías diagnósticas como lo es la Esquizofrenia. Esta misma ideología, considerada dentro de este marco como una ideología viva en las relaciones y los discursos, es hecha extensiva a la comunidad, procurando la inserción de sus categorías en mayor o menor medida dentro del sentido común con el cual se hace intelegible la propia experiencia con el mundo circundante.

El carácter ontológico de la *enfermedad mental* (o la *Esquizofrenia*) es dado a partir de recursos discursivos con los que se argumenta una postura específica ante el mundo. En el caso de estas conversaciones, si bien cada una fue en cierta medida distinta, de entre todos los recursos posibles que los familiares pudieron haber mostrado, se resaltan dos en específico que son el uso de categorías propias de una ideología ligada a la contraposición *salud-enfermedad* así como el *posicionamiento* dentro del discurso de manera que, el hablante se coloca lejos de la enfermedad que está describiendo, atribuyendo la responsabilidad de esta acción en una tercera persona que es la autoridad médica. En el caso de la categorización, esta procura una enorme carga inferencial dentro de una distinción social basada en la dicotomía normal-anormal, sano-enfermo. En el caso del posicionamiento, esto resulta una forma de estar *hablando por* el experto, estar atribuyendo la responsabilidad de la existencia de la enfermedad hacia una autoridad poseedora de un discurso ajeno. Al ver esto con una mirada retórica resulta comprensible el que la gente en general no se haya valido de recursos discursivos más sutiles para dar cuenta de la enfermedad de su paciente, el hecho de la enfermedad está ya dado gracias a la autoridad que ha emitido su veredicto.

Las formas en las cuales los familiares emiten sus descripciones procuran, asimismo, la realización de acciones socialmente orientadas tales como la elaboración de las identidades del paciente como un sujeto enfermo y del familiar como una persona perteneciente a una normalidad digna de credibilidad. Nótese que una diada *sano-enfermo* es llevada entonces a la acción dentro del discurso. La elaboración de distinciones sociales está implícitamente arraigada en una ideología dentro de la cual la anormalidad traducida en enfermedad conlleva el encargo inherente de una intervención encaminada a reestablecer al sujeto dentro de las normas consensuadas de un juego que es la vida. Si se considera entonces que la responsabilidad del carácter de realidad del la Esquizofrenia de los pacientes recae en sujetos acreditados como los expertos en salud mental, la responsabilidad de ellos se incrementa al tomar en cuenta que la defensa y expansión de un discurso se relaciona estrechamente con el mantenimiento modos de vida particulares. En este caso específico entran en juego estilos de vida muy distintos que sin embargo se interrelacionan y confluyen en un mismo espacio físico: el estilo de vida del experto acreditado que procura un servicio de salud a la comunidad que demanda normalidad y por otro lado el estilo de vida del el estilo de vida del paciente con una enfermedad incurable encarnada en su propia identidad, en sus propias acciones y relaciones. El ampliar en cuanto a este punto va más allá de los objetivos planteados, sin embargo no deja de ser una puerta abierta a la reflexión.

El estudio discursivo resulta entonces rico en posibilidades, si bien en esta ocasión el análisis recayó en aquello que los familiares dijeron, resultaría igualmente interesante analizar el discurso de otro tipo de sujetos en otro tipo de circunstancias. Puede abrirse la posibilidad de abordar aquello que los mismos pacientes que acuden al servicio tienen que decir en cuanto a su experiencia. Bien puede también darse el salto de la entrevista hacia una situación práctica como una consulta o una sesión de orientación analizando estas, echando mano de las herramientas metodológicas que la psicología discursiva o el análisis conversacional proporcionan. Este primer acercamiento pretende entonces lograr una aproximación a partir de la cual se puede ir replanteando un discurso en torno a la experiencia de la patología mental, un discurso construido dentro de un escenario específico de entre las múltiples realidades vividas en la Ciudad de México.

## Bibliografía.

- Barret, R. (1991): *Psychiatric Practice and the definition of Schizophrenia*. Schizophrenia: some views and experiences. Dulwich Centre Newsletter. No 4. 1991. pp. 5-11.
- Bastide, R. (1967): *Sociología de las enfermedades mentales*. México, Siglo XXI. 1998.
- Beattie, G., Doherty K. (1995). *I saw what really happened: The discursive construction of victims and perpetrators in firsthand accounts of paramilitary violence in Northern Ireland*, en: *Journal of language and social psychology*. Vol. 14 No. 4. Dec 1995. pp. 408-433.
- Berger, P. y Luckman, T. (1968): *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu, 1999
- Billig, M. (1987) *Arguing and thinking: A rhetorical approach to social psychology*. Cambridge Cambridge University Press
- Billig, Et al (1988), *Ideological dilemmas: A social psychology of everyday thinking* London: SAGE Publications
- Canguilhem, G. (1970) *Lo normal y lo patológico*. México. SigloXXI Segunda edición, 1978.
- Collier, G (1992): *Escenarios y tendencias de la psicología social* Madrid. Tecnos, 1991.
- Coulon, A. (1987): *La etnometodología* Madrid Cátedra

- Crespo, E. (1995): **Introducción a la psicología social**. Madrid: Universitarias.
- Creswell J.W. (1998): **Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions**. London: Sage publications
- Dudet, C. (1999): **La construcción social de la salud-enfermedad mental**. Tesis de Maestría en Psicología Social Facultad de Psicología, UNAM
- Edwards, D. y Potter, J. (1992): **Discursive psychology**. London: SAGE Publications, 1993
- Ey, H. (1967): **Tratado de psiquiatría**. México: Masson, 1987.
- Fernandez-Rios, L. (1994): **Manual de psicología preventiva; teoría y práctica**. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1964): **Historia de la locura en la época clásica**, Vols I y II. México. Fondo de Cultura Económica, 1998
- Galindo, J. (Coord.) (1998) **Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación**. México: CONACULTA, Addison Wesley Longman
- Garfinkel, H. (1967). **Studies in ethnomethodology** New Jersey Prentice Hall, Englewood Cliffs.
- Gergen, K. (1992): **El Yo saturado; dilemas de identidad en el mundo contemporáneo**. Barcelona: Paidós, 1997

- Gergen, K. (1996): **Realidades y relaciones: Aproximaciones a la construcción social**. Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. , Hoffman, L. y Anderson, H (1996) *Is diagnosis a disaster?: A constructionist dialogue*, Universidad de Swarthmore, recuperado el 12 de abril del 2002 de la página electrónica [www.swarthmore.edu/SoSci/kgergen1/recent.html](http://www.swarthmore.edu/SoSci/kgergen1/recent.html)
- Goffman, E. (1961): **Internados; ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales**. Buenos Aires: Amorrortu, 1973
- Goffman, E. (1981): **Forms of talk**. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Guinsberg, E. (1990): **Normalidad, conflicto psíquico y control social**. México: UAM Xochimilco, Plaza y Valdez.
- Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, Hospital Parcial de Fin de Semana, Programa de trabajo 2000.
- Hughes, J. y Sharrock, W. ( 1987): **La filosofía de la investigación social** FCE, México.
- Ibáñez, T. (1994): **Psicología Social Construccionalista** Guadalajara Universidad de Guadalajara
- Javiedes, M. (1999): **La realidad: una aproximación empírica** Tesis de Maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología, UNAM
- Jimenez Burillo, F (1997) **Notas sobre la fragmentación de la razón** Madrid: Hispagraphis.



- Jodelet, D. (1986): **Loco y locura en un medio rural francés: una aproximación monográfica.** [Trad. Fátima Flores Palacios], México: Facultad de Psicología, UNAM 1997, (Material didáctico de la coordinación de Psicología social).
- Moscovici, S. (1984): **Psicología Social. Vol II.** Barcelona: Paidós, 1988.
- Neuman, W. L. (1997): **Social research methods: qualitative and quantitative approaches.** London: Allyn & Bacon.
- Ovejero, A. (1998): **Las relaciones humanas: Psicología social teórica y aplicada.** Madrid: Biblioteca nueva.
- Ovejero, A. (2001): **La nueva psicología social y la actual posmodernidad.** Oviedo: U. De Oviedo, 1999.
- Potter, J. Edwards, D. Wethrell, M. (1993); *A model of discourse in action*, en: *American behavioural scientist*, 36, 1993, pp. 383-401.
- Potter, J. (1996): **La representación de la realidad: Discurso, retórica y construcción social.** Barcelona: Paidós. 1998
- Sacks, H. (1984): **Lectures on conversation** Oxford Blackwell Publishers, 1992
- Shotter, J. (1993). **Conversational realities: constructing life through language.** London: SAGE Publications
- Shotter, J. (1993): **Cultural politics of everyday life; Social constructionism, rhetoric and knowing of the third kind.** Toronto: University of Toronto Press Incorporated.

- Schütz, A. (1962): **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu, 1974.
- Silverman, D. (1993) **Interpreting qualitative data: Methods for analysing talk, text and interaction**. London: SAGE Publications, 1994.
- Szasz, T. (1961): **El mito de la enfermedad mental**. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, T. (1970): **Ideología y enfermedad mental**. Buenos Aires: Amorrortu, 1976.
- Tusquets, M. y Murcia, G. (1988): **Enfermedad mental y entorno urbano: metodología e investigación**. Barcelona: Anthropos.
- Wetherell, M. y Potter, J. (1995). *Natural order: Why social psychologists should study (a constructed version of) natural language, and why they have not done so*, en: *Journal of language and social psychology*, Vol. 14 No 1&2 March 1995, pp. 216-222.
- White, M. (1989): **Guías para una terapia familiar sistémica**. Barcelona: Gedisa, 1994.
- Woolfit, R. (1991). *I was doing X... when Y: Some inferential properties of a device in accounts of paranormal experiences*, en: *Text: An interdisciplinary journal for the study of discourse*. No. 12 (1), 1992. pp 103-125.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**