

La esquizofrenia y sus enunciados

Una reflexión teórica desde los géneros discursivos de Bajtín

Schizophrenia and its statements
A theoretical reflection from Bakhtin's discursive genres

EDGAR EZEQUIEL ÍÑIGUEZ GUTIÉRREZ*
BERNARDO ADRIÁN ROBLES AGUIRRE*

RESUMEN: Resumen: En el presente trabajo se propone una visión del fenómeno denominado como esquizofrenia a partir de nociones lingüísticas e ideológicas, así como contextuales y familiares, buscando una integración transdisciplinaria que recupere la dimensión ética y corporal con relación al diagnóstico mencionado. Para ello, se da cuenta de la teoría translingüística del círculo de Bajtín, especialmente en lo relativo a las enunciaciones y a los géneros discursivos. Se busca situar a la esquizofrenia como un enunciado dentro del género discursivo de la función *psi*, configurada a partir de las distintas dimensiones del enunciado: el contenido temático, el estilo y la composición. Posteriormente, se introduce la dimensión corporal en su función interpretativa e interpretable, utilizando los desarrollos teóricos del filósofo Merleau-Ponty, que sitúa al cuerpo como "donador de sentido". Concluye este texto, con una reflexión de corte ético, centrada en nuestro trabajo como sujetos en constante diálogo con categorías diagnósticas que van más allá de la dimensión netamente individual.

Palabras clave: dialogismo, corporalidad, Merleau-Ponty, función *psi*, transdisciplina.

ABSTRACT: In this work, a vision of the phenomenon called schizophrenia is proposed that proposes linguistic and ideological notions, as well as contextual and family, seeking a transdisciplinary integration that recovers the ethical and corporal dimension in relation to the aforementioned diagnosis. To do this, the translinguistic theory of Bakhtin's circle is taken into account, especially in relation to enunciations and discourse genres. The aim is to place schizophrenia as a statement within the discursive genre of the *psi* function, configured from the different dimensions of the statement: thematic content, style and composition. Subsequently, the corporal dimension is introduced in its interpretive and interpretable function, using the theoretical developments of the philosopher Merleau-Ponty, who positions the body as a "giver of meaning." This text concludes with an ethical reflection, focused on our work as subjects in constant dialogue with diagnostic categories that go beyond the purely individual dimension.

Keywords: dialogism, corporality, Merleau-Ponty, *psi* function, transdisciplinarity.

INTRODUCCIÓN

Pensar el límite. Una reflexión sobre lo que denominamos “trastornos mentales” exige como preámbulo definir lo que por condición propia queda fuera de la racionalidad.

Fuera de la racionalidad, sí. Pero no fuera del discurso.

Conceptualizar los llamados “trastornos mentales”, no es una tarea sencilla ni natural. Para comenzar, habría que clarificar si se les considera como “formaciones naturales”, es decir, fenómenos de base biológica, o “construcciones prácticas”, conceptos constituidos por dinámicas histórico-sociales (González y Pérez, 2007). Esta reflexión, no es un asunto menor, pues su naturaleza y tratamiento se juegan en la convención de su entendimiento.

Hacking (2001) propone, a manera de reto, si la locura es biológica o socialmente construida, continuando así, uno de los debates más intensos dentro del pensamiento contemporáneo, la dicotómica propuesta cultura – naturaleza, alimentado en parte por la dificultad para definir con precisión la salud mental. En efecto, este concepto lleva en su gramática profunda su misma complejidad, al amalgamar campos sociales, políticos y económicos, además de los tradicionales conocimientos biológicos y psicológicos para intentar precisar el fenómeno¹ de los trastornos mentales (Ferro, 2010).

Para nombrarlos pasamos necesariamente, como haciendo un rodeo, por la razón, sin por esto asumir que se encuentran de alguna manera opuestos. Historizar su práctica, es también, pensar la racionalidad segmentadora, con sus ejercicios de clasificación, de camino y exclusión. ¿Queda el “enfermo” a las puertas de una sociedad que nunca se le abre por completo, condenado al movimiento perpetuo, o se le otorga un sitio asilar donde se le confina temporal o indefinidamente?

En este contexto, Foucault (2003) nos acerca a lo que entendemos como racional, sería conveniente investigar qué discursos se tejen y qué prácticas se articulan en el campo de la locura, de la enfermedad mental. En efecto, se es enfermo mental hasta que una persona “supuesta a saber”, del orden profesional, nos lo confirma.

La esquizofrenia y el malestar emocional

Las obras demoníacas y los efluvios humorales (ambos modelos explicativos de los fenómenos en cuestión) han cedido a la enfermedad mental, o más precisamente, a la psicopatología, modelo predominante que viene dominando el panorama científico desde el siglo XIX. Dentro de este catálogo contemporáneo de malestares emocionales, ningún otro resalta más que la esquizofrenia, el “símbolo sagrado” de la psiquiatría moderna (Szasz, 1988) por su gravedad (ya que representa entre el 40% al 50% de las hospitalizaciones psiquiátricas en el mundo), por ser la segunda condición con mayor demanda de los servicios de atención psicológica (después de la depresión), por su variada sintomatología y por su incompreensión científica (Alcocer Varela et al., 2022; Álvarez y Colina, 2011).

Más que detenernos en la exploración de los distintos significados que tiene y que ha tenido la esquizofrenia a lo largo del tiempo y de las disciplinas (ejercicio que, por otra parte, desborda sin dudas el espacio y el objetivo de este texto²) nos gustaría enfocarnos en la siguiente pregunta ¿De qué manera se constituye la esquizofrenia como objeto cultural, es decir, en algo para alguien? Responder esta pregunta exige algo más que la definición. Implica insertar su uso en determinadas prácticas culturales que favorezcan su desarrollo dentro de ciertas disciplinas, las cuales se encuentran presentes en las distintas dimensiones de su comprensión actual.

Esta reflexión se ubica en el plano epistemológico y práctico, tratando de cuestionar a la manera de Bateson (1972) esa distinción en la disciplina psicoterapéutica, especialmente en el trato a personas diagnosticadas con esquizofrenia, que tan a menudo tiende a convertirse en competencia exclusiva de las neurociencias, difuminando o anulando las esferas antropológicas, sociales e incluso lingüísticas que se extienden alrededor de las personas psiquiatrizadas.

La esquizofrenia en cifras

Para 2022, México registraba una población de 127.7 millones de personas, de estos, el 51% son definidos como femeninos y 49.9% masculinos y se estima que el 25.7%, presenta trastornos mentales severos (INEGI, 2022). Aquí se enmarca la esquizofrenia, con una prevalencia de 0.9%, es decir 613,9 personas diagnosticadas con esta alteración (Alcocer Varela et al., 2022).

México, es uno de los países donde la esquizofrenia se atiende centralmente en hospitales psiquiátricos (26.5%) con una casi nula atención en servicios comunitarios (Díaz-Castro, et al., 2020), las causas, de esta reducida búsqueda de atención profesional, son múltiples: el estigma social que acompaña la idea de la esquizofrenia³, los horarios burocráticos de los centros de salud, la espera prolongada para poder acceder al servicio, la escasez de consultas que provoca un diferimiento importante entre cada sesión, el desconocimiento general de los tratamientos y un amplio etcétera.

Aunado a lo anterior, las investigaciones antropológicas y etnográficas han dado cuenta de la escasa información que se tiene a nivel fenomenológico de la esquizofrenia

² Para la revisión de un catálogo más detallado, consulte la tesis de Rangel (2019) sobre el tratamiento familiar sistémico en la esquizofrenia.

³ Aggleton *et al.* (2003) consideran que los estigmas son etiquetas con rasgos negativos que se les atribuyen a las personas, quienes, a su vez, y a consecuencia de “ser diferente”, se sobreentiende que son valorados negativamente por la sociedad, estos rasgos pueden ser por diferencias de salud, nacionalidad, etnicidad o por preferencias sexuales. El estigma juega un rol principal al producir y reproducir relaciones de poder y control en todos los sistemas sociales, ya que provoca que ciertos grupos se identifiquen como desvalorizados, y que otros se sientan superiores, por lo que está ligado a los trabajos de desigualdad social, puesto que aquí los grupos e individuos llegan a ser socialmente excluidos y refuerzan la exclusión en marcos diferentes (Aggleton y Parker, 2003).

(Martínez– Hernández, 1998, Yébenes, 2014 y Núñez, 2017), conglomerando casi toda la información que de ella se tiene en protocolos e instrumentos de entrevista estandarizados (Good, 1994 y Kleinman, 1988). En este texto, se pretenden esbozar determinadas líneas teóricas que funcionen como vectores para una atención descentrada, es decir, que actúen como una paradoja: al dislocar la esquizofrenia del sujeto, convertirla en un fenómeno de corte sociomático, (reflexionando preferentemente sobre los elementos sociales) más que psicomático. Para tal fin, nos servimos de la teoría translingüística del círculo de Bajtín, (Bajtín, 1982, 1986, Bajtín y Voloshinov, 2009 y Hernández, 2011) específicamente de los conceptos conocidos como “enunciado” y “géneros discursivos”, elaborados en la obra de Bajtín “estética de la creación verbal” (1982).

La esquizofrenia y sus enunciados

Comencemos colocando a la esquizofrenia como un enunciado, entendiendo este como la unidad real de la comunicación discursiva, lo que efectivamente se dice. Es posible comprender al enunciado como una acción dirigida a otro, aún en la ausencia física de éste (Bajtín y Voloshinov, 2009), constituyendo así, al lenguaje como una acción intersubjetiva, que adquiere pleno sentido únicamente en el contexto concreto donde fue enunciado (Sisto, 2015).

El discurso, cualquiera que este sea, tiene existencia tan solo en forma de enunciados concretos de los hablantes. El enunciado difiere de la palabra, en tanto que el primero funciona como una composición semántica situacional, es decir, solo se despliega en la interacción, por lo que “no posee significado, sino sentido” (Bajtín, 1982, p. 318). La palabra, por otro lado, tradicionalmente se enlaza de manera unívoca con un significado determinado (Sisto, 2015).

Detengámonos un momento. Piense usted en los productos culturales (películas, libros, foros de opinión) que tratan con la esquizofrenia: ¿presentan a una persona irremediamente pérdida en sus ensoñaciones auditivas? ¿Tal vez un sujeto que se balancea continuamente en el borde de sí mismo, incapaz de seguir los más elementales códigos de conducta?, O, por el contrario, ¿Le han ofrecido personajes enfrascados en una contienda entre la genialidad y la dependencia?

Es evidente que la esquizofrenia se ha estereotipado de forma errónea, interpellando las enunciaciones de la arena social. Con todo, es un tanto vago colocar a la racionalidad como un discurso homogéneo que se ocupa en todo caso de las categorías diagnósticas del orden psiquiátrico. ¿Qué racionalidad específica se juega en la organización y explicación de la esquizofrenia? ¿Qué racionalidades operan en la objetivación del sujeto diagnosticado? Es poco frecuente que una persona se asuma como irracional dentro de su propia esfera, pues responde casi siempre a menciones externas sobre su propio estado.

El origen de estas enunciaciones diagnósticas, se puede vincular con las disciplinas de la función *psi*, entendidas como el discurso psiquiátrico, psicológico y psicoanalítico que se

introduce como un conjunto de dispositivos disciplinarios, es decir, que actúa de alguna u otra manera sobre los cuerpos, que toma como referencia a la familia para ajustar los llamados trastornos mentales (Deleuze, 2015; Foucault, 1990, 1999 y Guardia, 2011).

La institución familiar, como dispositivo de soberanía, emerge como elemento central en la actuación de la función *psi*, pues cuando no puede ejercer su poder normativo sobre los sujetos los posiciona en los distintos dispositivos disciplinarios. En este sentido, la praxis familiar se encuentra estrechamente vinculada con la función *psi*, pues ambas definen lo esperable del sujeto sano o en su defecto, establecen la impredecibilidad del sujeto enfermo. Con relación a la familia, Duch y Mélich (2012), la denominan como la primera “estructura de acogida”, posicionándose como núcleo elemental de cualquier reflexión antropológica, resaltando que su eje relacional y de transmisión, tiende a constituir la condición histórico-cultural de los sujetos.

Para Blanco (2013), la consideración del aspecto social y familiar que involucran los “trastornos mentales”, habilita una visión más completa de la afectación, por su parte, Pezo *et al.*, (2004), mencionan que la evidencia teórica, práctica y de investigación, apuntan a la importancia que tiene incluir a la familia y sus vivencias dentro de la comprensión de los “trastornos mentales”, pues es un factor que influye de manera relevante en esta condición y su curso, las autoras, se basan en el hecho de que toda conducta humana se desarrolla en un seno psico-sociocultural, donde la familia se encuentra en un lugar central. “Por tanto, el conocimiento y el abordaje de una persona sana o enferma deberán partir del estudio de su familia que es su contexto más próximo” (Pezo *et al.*, 2004, p. 512).

La metáfora de Bajtín es afortunada en su demostración: “como el cuerpo se forma inicialmente dentro del seno materno —cuerpo—, así la conciencia del hombre despierta envuelta en la conciencia ajena” (Bajtín, 1982, p. 360). La familia es entonces, una estructura primera (corporal y lingüísticamente), en el contacto del cuerpo humano con la realidad que le envuelve y las relaciones que le construyen, además de ser una plataforma donde corporalmente se transmiten las configuraciones culturales del posicionamiento humano que tratan de formarlo de determinada manera.

La función *psi* corresponde a un modo de objetivación cultural que transforma a los seres humanos en sujetos, en lo que Foucault (1990, p. 3) denomina “prácticas disociativas”, el sujeto es disociado de los demás sujetos (enfermo o sano, criminal o buen ciudadano) o bien, disociado de sí mismo, el mejor ejemplo de ello, es la misma esquizofrenia, donde al sujeto se le objetiviza de tal forma que no es dueño de su pensamiento, al mismo tiempo que se le ata de forma compulsiva a su propia condición de ser enfermo.

Este modo de objetivación impone sobre el sujeto objetivado, un diagnóstico que tanto él como los demás tienen que reconocer. Es precisamente la función *psi* la que en el saber popular determina al enfermo mental y, sobre todo, la encargada de sanarlo. Bourdieu (2002) denomina “nomos” a las construcciones sociales que, al igual que la función *psi*,

rigen como ley nuestras vidas cotidianas: “una estructura mental que, puesto que ha sido inculcada en todas las mentes socializadas de una forma determinada, es a la vez individual y colectiva” (Bourdieu, 2002, p. 29). La puesta en escena de esta ley se observa en la medicalización/psiquiatización de los enfermos mentales, adjudicando potencia exclusiva al campo clínico e individual de una dolencia interna.

En este sentido, la función *psi* hace uso de estructuras relativamente estables de enunciación, legitimando determinadas maneras de enfermar o sanar, de estar en la normalidad o en lo patológico (Canguilhem, 1982).⁴

Bajtin y los géneros discursivos

El uso homogéneo del discurso en una esfera social es lo que Bajtin denomina géneros discursivos, los cuales, constan de enunciados estables del lenguaje que tienen ciertas características comunes y se mantienen durante toda la situación de comunicación. Un ejemplo de ello sería el género discursivo de la medicina: cuando acudimos a este tipo de consultas esperamos que se nos hable de nuestras enfermedades con ciertas palabras, pausas y explicaciones que tenemos de alguna manera “aprendidas” con base en nuestra experiencia. La función *psi* en su naturaleza de género discursivo surge en condiciones de comunicación cultural compleja, adquiriendo un corte ideológico presente en sus enunciaciones. Estamos frente a una cuestión que correlaciona la formación histórica de determinado enunciado (la esquizofrenia) con la cuestión ideológica que enlaza el lenguaje con cierta ideología o visión del mundo (el género discursivo de la función *psi* que divide a lo mental en sano y enfermo). Cada visión del mundo es mostrada y encarnada por personas concretas que son capaces de enunciar términos de determinados géneros discursivos y cada una de sus palabras tiene el “gusto” de una profesión, un género, un grupo de edad. “Cada palabra refleja el contexto en el cual ha sido imbuida de una carga social” (Bajtin, 1993, p. 87. Citado en: Shotter y Billig, 1998). Las palabras que elegimos para construir nuestros enunciados no son neutras, pues las aprendemos de contextos cargados de enunciaciones (y consecuentemente, de ideologías) que son afines genéricamente a los nuestros.

Si se concede entender la esquizofrenia como un enunciado del género discursivo de la función *psi*, se habilita entonces una reflexión desde las tres dimensiones que conforman la totalidad del enunciado: su contenido temático, su estilo y su composición.

Los enunciados se agrupan bajo determinado género discursivo por tener ciertas similitudes en su contenido temático, de esta manera, cada esfera de la praxis humana tiene temas más o menos estables que se conglomeran en su uso. El contenido temático establece ciertas restricciones sobre lo que se puede o no hablar, aunque no determina la forma en la que se habla. Por otro lado, la composición establece el orden que rige a las palabras, situando los enunciados unos detrás de otros, según las generalidades del género discursivo que esté siendo utilizado en cuestión. Si el tema tiene que ver con el contenido, la composición y el estilo tienen que ver con la forma (Bajtin, 1982). Respecto a la esquizofrenia, el género discursivo de la función *psi* es sumamente vago en cuanto a sus explicaciones, basta consultar algunos manuales de psicopatología para verificar la falta de especificidad en lo relativo a su enunciación.

El estilo de un enunciado se relaciona con formas específicas de estructuración general. Es decir, el estilo afecta y se ve afectado por los géneros discursivos dentro de los cuales se moviliza. En nuestro ejercicio el uso y enunciación de la esquizofrenia responde a un estilo condicionado y condicionante del género discursivo de la función *psi*. Los cambios en el estilo están indisolublemente ligados a los cambios en la lógica del género discursivo, sin embargo, ningún estilo se encuentra confinado al uso exclusivo dentro de determinado género. De hecho, su transición marca un cambio en la lógica originaria del término y por tanto el género discursivo que le sostiene también se dinamiza. El uso del enunciado “esquizofrenia” moviliza imágenes, sonidos y explicaciones que abrevan del imaginario popular como ningún otro. ¿Quién no ha visto alguna película de terror perteneciente al género discursivo cinematográfico hacer uso del imaginario alrededor de la esquizofrenia dotándolo de un estilo y una enunciación específica? este fenómeno se repite en cada persona, en cada hablante que despliega un estilo de enunciación bajo determinado género discursivo. Los intercambios entre las personas exponen una gran carga ideológica, muy lejos de las nociones que pretenden definir al lenguaje como un sistema fijo/descriptivo.

Para Bajtin, “la palabra es un drama” (1982, p. 314). El discurso se vierte en el enunciado que pertenece a un sujeto discursivo determinado, sin embargo, identificar de qué género se está haciendo uso en cada enunciación no es tan evidente: “los géneros discursivos son, en comparación con las formas lingüísticas, mucho más combinables, ágiles, plásticos, pero el hablante tiene una importancia normativa: no son creados por él, sino que le son dados” (Bajtin, 1982, p.316). Nos expresamos únicamente mediante determinados géneros discursivos, todos nuestros enunciados poseen unas formas típicas para la estructuración de la realidad.

Del imaginario del que abrevamos para comprender la esquizofrenia, quedan pocas dudas, sin embargo, no es tan evidente dilucidar cuáles géneros discursivos originan y sostienen el imaginario psicopatológico, discusión que, por otra parte, nos remonta a un análisis histórico de la disciplina psicológica. Baste decir que, a pesar de la formación de explicaciones aparentemente distintas, el sujeto queda en su mayoría *de facto* confinado en sí mismo, ya de las fuerzas

⁴ Actualmente, en la psicología, la psicopedagogía, la neuropsicología y la psiquiatría suelen tomarse como normalidad o anormalidad psicológica diversos criterios que en ocasiones coinciden entre ellos en la tipificación, aunque no siempre ocurre así. Dichos criterios son independientes del diagnóstico específico de entidades clínicas, tipificados por la *American Psychiatric Association* (APA, 2017), con el DSM-5, o por la Organización Mundial de la Salud, la OMS (2007), en el CIE-10, o en los diferentes cuadros diagnósticos de las afasias (Escotto y Baltazar, 2023, p. 32).

psíquicas que le fueron impresas en su infancia, ya por ejercicios químicos intracraneales.

Continuando con la esquizofrenia como enunciado, en este punto, hemos dislocado del orden del discurso nuestro concepto central, problematizando no sólo su uso, sino los mecanismos que precisamente “habilitan” ese uso. Las condiciones históricas, relacionales y semánticas que rodean a las palabras se conforman como enunciados cuando son efectivamente dichas, a saber: no es hasta que una persona hace uso de su voz que se convierte la palabra en enunciado, adquiriendo a la vez un autor (Bubnova, 2006). Antes de este proceso de apropiación, las palabras atraviesan los distintos discursos, llevando consigo siempre una carga ideológica dependiente de su origen. Cuando decimos “tal o cual persona *sufre* de esquizofrenia” no usamos los términos de forma neutral, puesto que las hemos escuchado y dotado de sentido en contextos específicos de comunicación. Por supuesto, no polemizamos sobre el sufrimiento psíquico de las personas, nos preguntamos, en cambio, por los mecanismos que organizan y describen ese sufrimiento bajo determinados discursos. Pensemos junto con Wittgenstein (1981, p.173) “Las palabras tienen significado sólo en el curso de los pensamientos y de la vida”. La “esquizofrenia” no se enmarca en un único discurso (de ahí la resistencia a ser objetivizada en procesos descontextualizados) sino en un ensamble de géneros discursivos que negocia su sentido constantemente, dependiente, a su vez, de dinámicas sociales que forman y conforman enunciados afines o contrarios a la explicación hegemónica.

Cabe preguntarse, en este punto, en qué contextos y bajo qué condiciones relacionales solemos acoplar el discurso de la función *psi* con los distintos géneros discursivos cotidianos, y qué sentido emerge de la fusión de sus distintos dispositivos explicativos. Pensemos entonces los géneros discursivos propios de la función *psi*, dentro de los cuales se construye con especial énfasis las dicotomías de la salud y la enfermedad mental y dentro de ésta última, la elaboración de la esquizofrenia como límite de la racionalidad, una alteridad que por su misma condición irracional aparece como radical, desentendida de la lógica del lenguaje comprensible y, por tanto, desterrada de la posibilidad de explicación interna.

Para situar la comprensión del sentido que se le da en una situación determinada a la esquizofrenia habremos de atender de forma estricta al contexto en el cual es enunciada. Esta dependencia contextual de los géneros discursivos y sus enunciaciones recibe el nombre de indexicalidad (Hanks, 1999) y atiende a los registros tonales, el uso que se le da a los pronombres, adverbios temporales y verbos, interpretándolos con relación al momento de la enunciación. No se trata entonces de contextualizar lo dicho sólo en el discurso del otro, sino tomar en cuenta a quién lo dice, cómo, cuándo y por qué.

El género discursivo se conmueve y cambia por la situación inmediata que lo convoca: estas “relaciones indexicales” (Hanks, 1999, p. 125) dan cuenta no solo de la inmediatez de la comunicación, de hecho, la indexicalidad reposa en la comprensión profunda de cierta forma cultural de hablar

o expresarse de determinado género discursivo, en este caso, de la función *psi*. Si bien es cierto que la función *psi* ha generado una fuerte impronta en las enunciaciones generales de las personas no es menos cierto que su estructuración e interpretación siguen siendo del dominio de lo específico, lo indexical como aquello que dota de sentido a partir de la comprensión de la dinámica de la enunciación.

Un aspecto importante que articula el género discursivo de la función *psi* con las enunciaciones específicas de la esquizofrenia es la inteligibilidad que se puede alcanzar sobre ese otro que enferma. Dicha inteligibilidad se establece en relación al otro, a su discurso, su conducta: en suma, a su corporalidad. Hemos transitado por las enunciaciones, la indexicalidad y el lenguaje, sin embargo, no hemos reparado en el territorio donde tales teorizaciones convergen, se estructuran y se encarnan: el cuerpo, materialidad desde donde entendemos el tiempo, donde se vocalizan los signos, sitio de las percepciones. ¿Qué factor más cercano, más implacable y contextual que el propio cuerpo que habla y se habita por cualquier género discursivo? Su inclusión salda deudas teóricas de larga data.

Merleau-Ponty y la descripción fenomenológica

Para Merleau-Ponty (1945), el cuerpo es el puente de comunicación entre las personas y el mundo, pues percibe con sus potencias (olfativas, visuales, etcétera) y a partir de estas percepciones articula el sentido como un todo integral, no fragmentado.

La descripción fenomenológica que Merleau-Ponty desarrolló (1942, 1945), le situó en una condición liminal disciplinaria, donde la epistemología, la filosofía, la antropología y la psicología se imbrican en la tematización del cuerpo y, consecuentemente, en la condición humana (González y Tavira, 2011), el cuerpo se construye como un ente con sonido, a veces con voces tenues, otras ruidosas, en este contexto, Berger y Luckmann (1999, p. 60 - 62), consideran que la interacción con los otros es parte esencial del engranaje de la vida cotidiana, donde nuestra participación incide y modifica la realidad y “de esta manera, la participación en el cúmulo social de conocimiento permite la “ubicación” de los individuos en la sociedad y el “manejo” apropiado de ellos”. A partir de la incorporación del otro se acumulan experiencias, sin embargo, éstas serán selectivas “ya que los campos semánticos determinan qué habrá que retener y qué habrá que “olvidar” de la experiencia total tanto del individuo como de la sociedad”, puesto que como especifica Schutz (1995, p. 20), mi cuerpo es el origen de las coordenadas que delimitan mi mundo, “constituye mi Aquí, con relación al cual el cuerpo de un semejante se encuentra Allí”.

Así, el cuerpo se convierte en horizonte traducible, en algo que puede inscribirse y escribirse en algún régimen disciplinar que lo interpretará. El género discursivo de la función *psi* lee el cuerpo del esquizofrénico y le instaura un discurso que siempre le será ajeno, un discurso sobre él, no con él, que “sabrà decir” lo que la esquizofrenia le impide expresar. Al respecto, Merleau-Ponty (1945) menciona que uno de

los criterios para establecer lo “normal”⁵ en la interacción humana consisten en reflexionar y redimensionar el concepto de cuerpo y percepción “En rigor, se diría que el cuerpo no es independiente del mundo, sino que, por medio de la percepción, el cuerpo y el mundo permanecen entrecruzados” (González y Tavira, 2011, p. 113).

Este hecho se vive desde y a partir del cuerpo, ya que todo acto de participación se activa, estimula e interpreta en los límites de éste. El cuerpo hablante, pensante, sonante, imaginante, siente durante todo el tiempo, “siente las pieles y las piedras, los metales, las hierbas, las aguas y las llamas” (Nancy, 2011, p. 15), pues todo es corporal y por lo tanto no para de sentir a partir de la experiencia que tiene de la realidad ya que esta “dependen de la integridad del organismo, o de sus lesiones transitorias o indelebles, neurológicas, musculares, óseas y también de nuestras sensaciones fisiológicas viscerales, circulatorias, todavía llamadas cenestésicas” (Dolto, 1986, p. 18).

El elemento fundacional de una reflexión sobre el cuerpo descansa en la percepción, constituyendo un quiasmo⁶ entre las referencias internas y externas del límite corporal. De esta manera el cuerpo expresa y se comunica, refleja, decide y anuncia a partir de un lenguaje, el cual se manifiesta endógeno y exógenamente; en la inestabilidad y el equilibrio, ya que “el cuerpo mismo, a través de la salud o a través de la enfermedad, es lenguaje. La salud es el lenguaje del sano; la enfermedad es el lenguaje de alguien que sufre y, a veces, de un angustiado. Estar enfermo es signo de lucha contra un enemigo del equilibrio de los intercambios que llaman salud” (Dolto, 1986, p. 291). El cuerpo asiste a la percepción desde dentro, la cual se constituye como eje epistemológico sobre la cual se destacan los actos del mundo, borrando la distinción sujeto-objeto en tanto la percepción les unifica a través del cuerpo, comprometiendo toda percepción con nuestra propia posición (Merleau-Ponty, 1945). Es a partir del cuerpo como “donador de sentido” que se conforman las experiencias significativas para el sujeto.

Por otra parte, Merleau-Ponty (1945), elabora un concepto conocido como “síntesis corporal”, aludiendo a cierto esquema del cuerpo que integra un objeto como constituyente de la percepción del mundo: elabórese la imagen de un ciego, el cual transforma su bastón en un límite corporal integrado: más que un objeto de percepción, el bastón es un instrumento perceptivo. “A partir de esta articulación las personas desarrollan un hábito, un determinado estilo o género que se utiliza para explicar la experiencia” (Botelho, 2008, p. 71). Nos preguntamos, si el diagnóstico de esquizofrenia puede devenir en límite corporal integrado, convirtiéndose en un instrumento

perceptivo de comprensión fenomenológica. Esta fusión, consecuentemente, dota de sentido la percepción entre sí mismo y el mundo.⁷ Llamamos a este fenómeno tentativamente “síntesis fenomenológica del diagnóstico psiquiátrico”.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Estudiar lo humano es reflexionar sobre, desde y para el cuerpo, esto, como una categoría indexical (Hanks, 1999), sin la cual no es posible pensarnos en nuestra integridad y menos aún, en nuestra capacidad relacional, pues es en él donde se origina nuestro potencial de comunicación con la alteridad, por tanto, es importante reconocer que a partir de esta condición se enfrentan a una nueva forma de verlo, vivirlo y representarlo, pues como especifica Nancy (2010, p. 88) “un discurso del cuerpo siempre tendrá que ser un discurso *ex corpore*, saliendo del cuerpo, pero también exponiendo el cuerpo, de suerte que el cuerpo ahí se salga de sí mismo”, puesto que “el cuerpo enuncia, no es silencioso ni mudo (que son categorías del lenguaje), el cuerpo enuncia fuera-de-lenguaje (y es lo que del lenguaje se *excribe*), de tal manera que, ajeno a todo intervalo y a todo desvío del signo, él anuncia absolutamente todo” (Nancy, 2010, p. 36), debido a que nuestro cuerpo es “centro y origen” (Schutz, 1995, p. 230).

Recordemos que para el círculo de Bajtín hay enunciados más allá de las palabras, formas de actuar y de construirse una corporalidad (Bajtín y Voloshinov, 2009; Bajtín, 1981, 1990). Esta corporalidad sostiene un diálogo con los géneros discursivos que le forman y es a través de ellos, que interpela a esas otras corporalidades y enunciaciones que le traducen, ese Otro que nos construye y cuya visión nos completa.

Pensar la esquizofrenia como un enunciado dialógico que se imbrica inexorablemente con el cuerpo obliga a posicionarnos como sujetos en constante diálogo con una categoría diagnóstica que históricamente ha sido situada en el campo

⁵ El concepto que utilizamos de normalidad o normal es como lo especifican Treviño - Montemayor *et al.* (2015, p. 137), “lo normal es aquello en lo que no se perciben alteraciones desde la visión objetiva, pero también es un estado preferente idealmente objetivado. Es decir que se opera un trabajo de cosificación del cuerpo”.

⁶ Figura retórica consistente en la inversión del orden de las palabras. En la investigación filosófica de Merleau-Ponty (1945), funciona como punto de contacto dinámico entre distintas percepciones corporales.

⁷ Entendemos percepción como “la forma de conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tiene como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. A través de vivencia la percepción atribuye características cualitativas a los objetos o circunstancias del entorno mediante referentes que se elaboran desde sistemas culturales e ideológicos específicos contruidos y reconstruidos por el grupo social” (Vargas – Melgarejo, 1994, p. 50). En este orden de ideas, “toda vivencia implica un filtrado, es decir, una selección de información que se integra en un corpus de sentido y que llamamos percepción, la selección de información no es inocente sino se realiza a partir de lo que resulta significativo, es decir, a partir de la experiencia integrada previamente, no solo el qué se selecciona sino el cómo se interpreta está condicionado por la experiencia previa” (Aguado, 2004, p. 342), así, “la percepción resulta ser algo diferente de una pura orientación cognoscitiva; cada objeto aparece ante nosotros envuelto en la peculiar atmósfera de propósitos y sentimientos de que lo rodeamos” (Aisenson, 1981, p. 80).

⁸ Nancy (2010, p.19) especifica el término *excribir*, como la acción de escribir por fuera del cuerpo, en sus palabras “Lo que se dirige de esta manera al cuerpo-de fuera se *excribe*, como yo intento escribirlo, directamente fuera, o como ese fuera”, así, “La excripción se produce en el juego de un espaciamento insignificante: el que desliga las palabras de su sentido, y no deja de hacerlo, y que las abandona a su extensión” (Nancy, 2010, p. 51).

de lo ininteligible, de aquello que por su naturaleza está fuera del horizonte de comprensión.

La esquizofrenia nos interpela desde sitios que no son cómodos, puesto que explota los márgenes de las disciplinas. Es necesario enfocar de manera transdisciplinaria y contextual dicho fenómeno, recuperar la dimensión de la experiencia personal y familiar en pos de una visión que nos habilite un saber construido no solo desde la psicología, sino desde la vivencia per se. Fuera del habla no hay representación, por lo cual se vuelve imperativo recuperar el pensamiento del otro, pensar a partir del otro *d'après autru*⁹, del uso específico del lenguaje y la capacidad expresiva única que cada persona posee al margen de las generalidades lingüísticas. Por cierto, que el vocabulario y la sintaxis convencional es continuamente desbordada por el sentido expresivo del cuerpo.

Para Merleau-Ponty (1945) la fundación del sentido común se da a través de las experiencias individuales y no al contrario. El sentido común, conformado por la aglomeración de actos expresivos, construye el mundo cultural, un espacio colectivo sostenido por las interacciones humanas que se erige como campo compartido, poblado de objetos culturales. El lenguaje crea un espacio intersubjetivo donde podemos cohabitar con el otro y su significado, en ese sentido el cuerpo que habla es para Merleau-Ponty (1945) el primer objeto cultural, antecede en la práctica y en la reflexión al cuerpo “con esquizofrenia”, también, es la reflexión antropológica que se desplegó en este texto: Pensar otros géneros discursivos que nos permiten acompañar a la alteridad es una forma de superar la dicotomía simplista de salud/enfermedad, una responsabilidad concreta frente a ese otro que nos inaugura como sujetos éticos (Levinas, 1977).

En este sentido, existe una distancia entre la realidad objetiva y subjetiva, puesto que la realidad de la vida cotidiana se presenta ya objetivada, esto es, “constituida por un orden de objetos que han sido designados como objetos antes de que yo apareciera en escena” (Berger y Luckmann, 1999, p. 39). Por su parte la realidad subjetiva “nunca se socializa totalmente, no puede transformarse totalmente mediante procesos sociales” (Berger y Luckmann, 1999, p. 196), ya que “el proceso de lo subjetivo no viene de fuera. Es la presencia del presente lo que incluye o implica la conciencia, lo subjetivo” (Levinas, 2005, p. 249), esto “debido a que el cuerpo y la conciencia son uno, la intersubjetividad es también una copresencia; la emoción de otro es inmediata porque es comprendida preobjetivamente y, más aún, es familiar cuando compartimos el mismo *habitus*” (Csordas, 2011, p. 102).

REFERENCIAS

Aggleton, P. y Parker P. (2003) HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science & medicine*, 57(1), pp13-24.
 Aggleton, P., Parker P. y Maluwa M. (2003) Stigma, Discrimination and HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean, Inter-American Development Bank, Sustainable Development

⁹ Literalmente “pensar a partir del otro”, término retomado de Husserl (1999).

Department Technical Papers Series, pp 1 -20.
 Aguado, Vázquez C. (2004). *Cuerpo Humano e Imagen Corporal. Notas para una Antropología de la Corporeidad*. Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM.
 Aisenson K. A. (1981). *Cuerpo y persona, filosofía y psicología del cuerpo vivido*, Fondo de Cultura Económica, México.
 Alcocer Varela, J., López-Gatell Ramírez, H., Alonso Novelo Baeza, J., Ignacio Santos Preciado, J., Ferrer Aguilar, J., María Eugenia Lozano Torres, D., Zabicky Sirot Comisionado Nacional contra las Adicciones Mtra Diana Tejadilla Orozco, G., & Manuel Quijada Gaytán, J. (2022). 2° Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones. In *Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>
 Álvarez, J., y Colina, F. (2011). Origen histórico de la esquizofrenia e historia de la subjetividad. *Frenia*, 11, 7–26.
 Bajtín M. y Voloshinov, V. (2009). *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Ediciones Godot.
 Bajtín, M. (1982). *Estética de la Creación Verbal*. Siglo XXI.
 Bajtín, M. (1986). *Speech genres & other late essays*. University of Texas Press.
 Bateson, G. (1972). *Steps to an ecology mind*. Chandler Publishing Company.
 Berger, P. y Luckmann T. (1999). *La construcción social de la realidad*, Amorrortu, Buenos Aires.
 Blanco J, J. (2013). Afrontamiento familiar del paciente con depresión. *Realitas : Revista de Ciencias Sociales, Humanas y Artes*, 1(2), 46–51.
 Botelho, F. (2008). La fenomenología de Maurice Merleau-Ponty y la investigación en comunicación. *Signo y Pensamiento*, v27(52), 223–232.
 Bourdieu, P. (2002). *Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción*. Anagrama.
 Bubnova, T. (2006). Voz, sentido y diálogo en Bajtín. *Acta Poética*, 27(1), 97–114.
 Canguilhem, G. (1982). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.
 Csordas, T. J. (2011). Modos somáticos de atención en: *Cuerpos plurales antropología de y desde los cuerpos*, Editorial Biblos/Culturalia, Buenos Aires pp. 83- 104.
 Deleuze, G. (2015). *La subjetivación. Curso sobre Foucault, to- mo III*. Cactus.
 Diaz-Castro, L., Cabello, H., Medina, M., Berenzon, S., Robles, R, Madrigal, E. (2020). Necesidades de atención en salud mental y uso de servicios en población mexicana con trastornos mentales graves. *Salud Pública de México*, 62(1), 72–79.
 Dolto, F. (1986). *La imagen inconsciente del cuerpo*, Paidós, Barcelona
 Duch, L., y Mélich, J.-C. (2012). *Escenarios de la corporeidad*. Trotta.
 Escotto Córdova E. A. y Baltazar Ramos A. M. (2023). Lo normal, lo anormal, la perturbación, el trastorno, la patología, la incompatibilidad evolutiva, el padecimiento, y la enfermedad psíquica, en: *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM Vol. 13, No. 25, enero-junio, pp. 31-38*.
 Ferro, R. (2010). Salud mental y poder. un abordaje estratégico de las acciones en salud mental en la comunidad.

- Revista de Salud Pública*, 14(2), 47–62.
- Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Paidós.
- Foucault, M. (1999). Asilos, sexualidad, prisiones. In *Obras esenciales. Volumen II* (pp. 283–297). Paidós.
- Foucault, M. (2003). “El Sujeto y el Poder.” In H. Dreyfus & P. Ravinow (Eds.), *Más allá del estructuralismo y la hermenéutica*. Paidós.
- González, P., y Pérez, A. (2007). *La invención de trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Alianza.
- González, R., y Tavira, G. (2011). Fenomenología del entrecruce del cuerpo y el mundo en Merleau-Ponty. *Ideas y Valores*, 145, 113–130.
- Good, B. (1994). *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective* (L. H. M. Lectures (ed.)).
- Guardia, J. (2011). *El poder psiquiátrico en la obra de Michel Foucault* (S. XVI- S. XIX). 6.
- Hacking, I. (2001). Locura ¿biológica o construida? In *¿La construcción social de qué?* Paidós.
- Hanks, W. (1999). Indexicality. *Journal of Linguistic Anthropology*, 9(1), 1–3.
- Martínez - Hernández, Á. M. (1998). *¿Has visto cómo llora un cerezo?: pasos hacia una antropología de la esquizofrenia* (Vol. 4). Edicions Universitat Barcelona.
- Hernández, S. (2011). Dialogismo y alteridad en Bajtín. *Contribuciones Desde Coatepec*, 21, 11–32.
- Husserl, E. (1999). *Investigaciones lógicas*. Alianza.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI, (2022) recuperado de: <https://www.inegi.org.mx/>
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering Healing and the Human Condition*. (Basic Book).
- Levinas, E. (1977). *Totalidad e infinito*. Ediciones Sígueme.
- Levinas, E. (2005). *Dios, la muerte y el tiempo*, colección teoremas, Ediciones Cátedra, Madrid.
- Merleau-Ponty, M. (1942). *La estructura del comportamiento*. Hachette.
- Merleau-Ponty, M. (1945). *Fenomenología de la percepción*. Hachette.
- Nancy, J.L. (2010). *Corpus*, Arena Libros, Madrid
- Nancy, J.L. (2011). *58 indicios sobre el cuerpo. Extensión del alma*, La Cebra, Buenos Aires.
- Núñez Gutiérrez, C. (2017). *Vivir con la esquizofrenia. Discursos y experiencias de los cuidadores primarios de personas diagnosticadas con esta enfermedad mental en la ciudad de Chihuahua*. [Tesis de maestría]. Escuela de Antropología e Historia del Norte de México, Chihuahua, México.
- Pezo, M., Komura, L., y Costa, M. (2004). La depresión incluida en la historia de la familia. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 13(4), 511–518. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072004000400002>
- Rangel Gómez, M. V. (2019). El tratamiento familiar sistémico en la esquizofrenia: estudio basado en el Modelo de Reconfirmación comparado con un grupo control. tesis doctoral en Psiquiatría, Universidad Autónoma de Barcelona.
- Robles, B. (2016). *La construcción social del VIH. Un estudio antropológico*. tesis doctoral en Antropología Física, Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Schütz A. (1995). *El problema de la realidad social*. Amorrortu Editores. Buenos Aires.
- Shotter, J., & Billig, M. (1998). A bakhtinian psychology: from out of the heads of individuals and into the dialogues between them. In M. Gardiner & M. Bell (Eds.), *Bakhtin and the human sciences: No last words* (pp. 13–29). Sage Publications, Inc.
- Sisto, V. (2015). Bajtín y lo social: Hacia la actividad dialógica heteroglósica. *Athenea Digital*, 15(1), 3–29. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.957>
- Szasz, T. (1988). *Esquizofrenia: el símbolo sagrado de la Psiquiatría*. (Vol. 29, Issue 3).
- Treviño-Montemayor, R., Ledesma, Barragán L. y Ríos Valles J (2015) El concepto de enfermedad y sus repercusiones en la investigación epidemiológica. *Revista Internacional de Humanidades Médicas* Vol. 4, Núm. 2, pp. 133 – 142.
- Vargas – Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción, en: *Alteridades*, UAM, Año 4, vol.8, México, pp.47– 53.
- Wittgenstein, L. (1981). *Zettel*. Blackwell.
- Yébenes, Z. (2104) *Los espíritus y sus mundos: locura y subjetividad en el México moderno y contemporáneo*. Universidad Autónoma Metropolitana- Unidad Iztapalapa /Gedisa. México.