

LA ESQUIZOFRENIA COMO ESTIGMA: ENTRE CLASIFICACIÓN CLÍNICA Y EXCLUSIÓN SIMBÓLICA

MARIEL ANAHÍ PÉREZ RODRÍGUEZ

Doctorante en Estudios Psicosociales, Maestra en Estudios Psicoanalíticos y Licenciada en Psicología. Estudios realizados en la Facultad de Psicología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH) Morelia, Michoacán, México. Psicoanalista particular. Líneas de investigación: Estigmatización, psicosis, esquizofrenia y trastornos mentales. Campo de interés: estigma social en contextos de salud mental, las voces en la esquizofrenia y su ayuda en la clínica, asimismo el abordaje de la esquizofrenia desde el psicoanálisis. Orcid: <https://orcid.org/0009-0004-3182-3701>

Recepción: 08 de octubre 2025/ Aceptación: 03 noviembre 2025

RESUMEN

El siguiente artículo aborda el silenciamiento clínico de la esquizofrenia a partir del estigma institucional que históricamente ha atravesado su conceptualización, diagnóstico y tratamiento. Lejos de constituir una categoría médica neutral, la esquizofrenia ha sido construida como una alteridad radical, despojando al sujeto de su dimensión subjetiva. Desde una perspectiva psicosocial crítica, se analizan los discursos que han operado en las instituciones de salud mental como dispositivos de poder que, más allá de clasificar, excluyen y patologizan. En este marco, el diagnóstico psiquiátrico no solo nombra, sino que sujeta y silencia, limitando el decir del paciente bajo coordenadas normativas. Finalmente, se reivindica la escucha clínica como un acto ético que posibilita el despliegue de una palabra singular por fuera del control discursivo institucional, abriendo un espacio para la subjetividad más allá de la normalización.

PALABRAS CLAVE: Diagnóstico, esquizofrenia, exclusión, estigma, praxis.

ABSTRACT

This article addresses the clinical silencing of schizophrenia through the lens of the institutional stigma that has historically shaped its conceptualization, diagnosis, and treatment. Far from being a neutral medical category, schizophrenia has been constructed as a form of radical otherness, stripping the subject of their subjective dimension. From a critical psychosocial perspective, the article analyzes the discourses operating within mental health institutions as power devices that go beyond classification to exclude and pathologize. Within this framework, psychiatric diagnosis not only names but also subjugates and silences, constraining the patient's speech within normative coordinates. Finally, clinical listening is reclaimed as an ethical act that enables the emergence of a singular voice beyond institutional discursive control, creating space for subjectivity beyond normalization.

KEYWORDS: Diagnosis, schizophrenia, exclusion, stigma, praxis.

RÉSUMÉ

Le présent article aborde le silence clinique de la schizophrénie à partir du stigmatisme institutionnel qui a historiquement traversé sa conceptualisation, son diagnostic et son traitement. Loin de constituer une catégorie médicale neutre, la schizophrénie a été construite comme une altérité radicale, dépouillant le sujet de sa dimension subjective. D'une perspective psychosociale critique, les discours ayant opéré au sein des institutions de santé mentale sont analysés comme des dispositifs de pouvoir qui, au-delà de classer, excluent et pathologisent. Dans ce cadre, le diagnostic psychiatrique ne se contente pas de nommer, mais assujettit et silencie le patient, limitant son dire selon des coordonnées normatives. Enfin, l'écoute clinique est revendiquée comme un acte éthique permettant le déploiement d'une parole singulière hors du contrôle discursif institutionnel, ouvrant un espace pour la subjectivité au-delà de la normalisation.

MOTS-CLÉS : Diagnostic ; schizophrénie ; exclusion ; stigmatisme ; praxis.

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia, lejos de ser uno de los diagnósticos más estigmatizados dentro del campo de la salud mental [1] , ha sido una condición, incluso una enfermedad que ha incomodado, resultando extremadamente cuestionable cuando la psiquiatría diagnostica a cualquier sujeto que salga de su entendimiento. Esto no se trata de un fenómeno reciente, sino de una incomodidad histórica persistente. Incomoda a la psiquiatría, pero a la sociedad también, precisamente porque no encaja en los marcos normativos comunes, ni en las coordenadas del lenguaje.

Por ahora, se nombrará a la esquizofrenia como generalmente se le conoce: las locuras, las psicosis, la manía o melancolía, el lunático, alienado, o enfermo mental. Dichas conceptualizaciones han circulado en diversos momentos históricos, este lenguaje popular no es tan inocente, conlleva un eco de dispositivos e historia institucional, social y cultural, que patologizan y violentan diversas formas de subjetividad. Con miras retroactivas, nos situamos en la actualidad donde la esquizofrenia se encuentra inserta dentro de lo llamado “espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” [2] , que significa una gran gama de manifestaciones que pueden variar, que puede incluir diversos síntomas y duración de cada uno de ellos.

A lo largo de la historia, este término ha acumulado una carga simbólica negativa que trasciende el ámbito médico, infiltrándose en lo social, lo político y lo institucional. Por ejemplo, en el DSM-5-TR, existe el trastorno esquizotípico, trastorno delirante, psicótico breve, esquizofreniforme, esquizoafectivo que incluye el bipolar y depresivo, trastorno psicótico por afección médica, catatónico, con alucinaciones o con delirios, no especificado entre otros cuantos más. Después vienen otros trastornos como los bipolares en sentido estricto, depresivos, de ansiedad entre otros cientos más [2].

Es importante precisar que la crítica expuesta en este artículo se dirige hacia los procesos de institucionalización, propios de los dispositivos biomédicos. Por otro lado, el psicoanálisis, no opera como una institución normativa, sino como una praxis clínica ubicada fuera de las lógicas clasificatorias. Esta distinción, permite comprender que la

reflexión planteada, no equipara al psicoanálisis en las estructuras institucionales, sino que se sitúa como una vía alternativa frente al silenciamiento del sujeto.

LOS TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

El manual permite múltiples diagnósticos, con infinidad de combinaciones posibles, por lo que no hay un número fijo de diagnósticos para una misma persona, tampoco hay un límite claro en la cantidad de medicamentos recetados, dados como si estos fueran caramelos. Quizá de lo que sí se puede saber es sobre, los tratamientos farmacológicos que en su mayoría se recetan e incluyen por lo menos dos, que pueden ser: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado del ánimo o estimulantes. Cada uno de estos grupos cuenta con una amplia diversidad, por ejemplo, en los antipsicóticos existe el haloperidol, risperidona, quetiapina, aripiprazol, olanzapina, entre otras docenas más [3] y la gran mayoría de ellos tienen efectos secundarios que agravan el funcionamiento orgánico [4], retirándoles la fuerza que irrumpe en la sociedad.

Foucault ya lo ha señalado al citar a Pinel “La terapéutica de la locura es "el arte de subyugar y domesticar, por así decirlo, al alienado" (24) [5]. Es pues un tipo de sometimiento y dominación. Un control para modificar y domesticar –por parte de la psiquiatría- al “loco”.

LA EXCLUSIÓN COMO SISTEMA

La mayoría de los profesionales en las instituciones públicas, cuentan con muy poco tiempo para la evaluación y seguimiento de los pacientes. Por supuesto se les escucha, se les ve, se les habla, pero esto no justifica de ninguna manera que sus criterios se basen en los manuales que sirven como dispositivos moldeadores. El porcentaje destinado a la salud mental en México entre 2016 y 2024 representa entre el 1.3 % y el 1.6 % del gasto total en salud, lo cual está muy por debajo del 5 % recomendado por la Organización Mundial de la Salud para países de ingresos medios [6]. El escaso recurso para la salud mental que ocupa en las políticas públicas, repercute en las condiciones mismas de las clínicas e instituciones, desplazando el malestar subjetivo a

la urgencia de encajar síntomas dentro de diagnósticos. Y aunque el meollo del problema no radica solamente en la clasificación, sino en cómo estas clasificaciones actúan como un dispositivo que organiza y estructura la clínica, regula el que-hacer clínico profesional, pero principalmente delimitan y moldean el decir del paciente.

DISPOSITIVOS CLÍNICOS

La función del diagnóstico se puede entender como una normatividad para ordenar, jerarquizar y al mismo tiempo excluir. Siguiendo el pensamiento de Foucault [5] se puede pensar que el diagnóstico no solamente se encuentra en el campo del saber, sino del poder, porque al nombrárselo, se delimita lo que es aceptable y lo que debe ser expulsado si no se corrige. Ahora bien, la esquizofrenia se ha convertido en un sinónimo de irracionalidad, homologado a la violencia, incoherencia, donde el término mismo deviene en un significante cargado de terror [7]. En este proceso, se olvida que detrás de ese diagnóstico se encuentra una persona que siente, que quiere, que sufre.

Conviene puntualizar que, aunque el psicoanálisis a veces se ve implícito en espacios institucionales, la lógica no coincide con la institucionalización, donde el dispositivo psiquiátrico clasifica, normaliza y patologiza, la praxis analítica propone una escucha donde se aloje la palabra del sujeto. Por ello, cuando se menciona la relación del psicoanálisis con las instituciones, no se le considera un aparato de control, pues no se rige bajo criterios de homogeneización.

Esa lógica cerrada, que encasilla, también deshumaniza. Es decir, los diagnósticos psiquiátricos no describen una condición, fabrican un sujeto que debe sujetarse [8]. Retomando a Canguillem [9] la medicina surge para responder al malestar del enfermo, la enfermedad pues se vive desde dentro, sin que le anteceda un nombre. El médico es quien la identifica, la nombra y se la designa a un sujeto.

Como sostiene Hacking [10], la categoría de esquizofrenia, no solo sirve para clasificar, sino que transforma a los sujetos diagnosticados, a tal grado que puede influir en sus propias experiencias y discurso. A este fenómeno lo llama efecto bucle, puesto

que los diagnósticos no son neutros: nombran y modelan subjetividades. Así, los pacientes internalizan esa lógica diagnóstica, moldeando su narrativa personal y subjetividad conforme a una etiqueta construida socialmente, organizando su subjetividad en torno a esa categoría, que lejos de ser universal es, como lo planea Hacking, una “ilusión científica” (188) [10]. Por lo tanto, el malestar subjetivo precede a los diagnósticos, y es por ello que no debería reducirse a una clasificación.

Esto se traduce en muchas ocasiones en categorizar las experiencias singulares del malestar subjetivo, etiquetando y perdiendo de vista al propio sujeto. Con lo cual, es fundamental reivindicar las prácticas médicas, la escucha de los profesionales e incluso la mirada que tiende a limitar y moldear los malestares, para ser capaces de sostener (mediante una escucha y no solo oídos) la palabra del sujeto sin un dispositivo que lo condene.

EL ESTIGMA Y LA NO ESCUCHA

Resulta crucial considerar el impacto de las relaciones intersubjetivas en el momento de derramar su sufrimiento o malestar. El estigma, el desprecio o el rechazo no solo recae sobre el sujeto, sino que las instituciones contienen discursos y prácticas aislantes y estigmatizantes. Aunque lo anterior es bastante grave, hay otro aspecto quizá con mayor gravedad, quienes se proclaman defensores del discurso, los que se autodefinen como operadores de la escucha (psicólogos, psicoanalistas o terapeutas), muchas veces retroceden ante la psicosis. Los sujetos psicóticos no encuentran un lugar para su escucha, relegándole su lugar, donde su palabra no encuentra un soporte, Basaglia lo menciona de la siguiente manera “Este tratamiento, evidentemente, impide a la persona expresarse subjetivamente. Así, la relación médico-enfermo es una relación de dominio y de poder, y es difícil salir de esta contradicción” (113) [11]. Relación asimétrica que perpetua un modelo de atención donde se reduce al sujeto como receptor pasivo en todo aspecto.

Estas problemáticas no ubican al psicoanálisis como parte de las instituciones que han reproducido y producido estigma. La presencia dentro de ciertos marcos puede verse reducida, subordinada y malinterpretada bajo lógicas ajenas al fundamento teórico y

clínico. En sentido estricto, la praxis consiste en una ética de la escucha, y no un dispositivo que marque la diferencia y la intente encerrar en diagnósticos.

El psiquiatra, mediante la prescripción de medicamentos, enmudece al sujeto como lo indica Ceballos [12] donde el médico posee todo y el único saber calificado, conceptual y científicamente superior. Pero el analista también puede silenciarle si no se arriesga a construir un espacio donde tenga cabida un alojamiento a su decir. Este doble abandono clínico deja al sujeto en un triple aislamiento: el clínico, el institucional y el discursivo. Es entonces una violencia de no ser escuchado, puntualizando, Dor [13] hace hincapié en la escucha, pues “La única técnica de investigación de que dispone el analista es su escucha” (16) [13], con lo cual, si esta no es dada por el analista, el sujeto no tendrá un lugar, ni su palabra. Freud (115) [14] indicaba que un recurso importante para el tratamiento del alma es la palabra, “sin ejercer sobre ellos ninguna influencia de otra índole” (238) [15].

Aunado a lo anterior, Pando [16] destaca el rechazo que ha sufrido el psicoanálisis como disciplina, excluido teórica y clínicamente en instituciones. Porque, aunque existan analistas que aboguen por una clínica hacia las psicosis, se niega el acceso a realizar investigaciones psicoanalíticas, pues tiene mayor valor la entrada de profesionales de campos cuantificables, con especial privilegio al enfoque de teorías cognitivo conductuales, por su efectividad y eficacia, hegemonizando la atención interna en el sector salud; considerando entonces al psicoanálisis una terapéutica rechazada por supuestos efectos iatrogénicos [17].

Esta situación, al mismo tiempo afecta al psicoanálisis como dispositivo, como metodología y teoría que afecta a los propios sujetos. Reed y Dillon [18], también han señalado el maltrato y marginación de dicha disciplina. El psicoanálisis como teoría puede estar presente en diversas instituciones; sin embargo, es en la práctica clínica, ahí donde el analista interviene, donde muchas veces se encuentra el verdadero conflicto.

Si bien el psicoanálisis propone como herramienta la escucha y la libertad de la palabra, Fansten señala que “hacia el psicoanálisis existe siempre una suerte de

malentendido, un déficit de diálogo entre los psicoanalistas y el público, entre los iniciados y los profanos” (5) [17]. Entonces queda resistir, ante la naturaleza que resulta siempre del psicoanálisis, es decir, los diversos rechazos que sufre por sí mismo, así como los conflictos internos que se tiene dentro del psicoanálisis como psicoanalista, “Hacerles frente no engrosando las paredes de su castillo ni los metales de su armadura, sino fundamentando y dando a conocer lo que hace.” (160) [17].

CONCLUSIÓN

Para finalizar, esas fallas: las voces, los delirios, las alucinaciones, son formaciones subjetivas, que lejos de ser acalladas o silenciadas, deben ser escuchadas y alojadas en su singularidad. No debemos actuar como ajenos, que solo miran, que al omitir justicia se está siendo parte de ese estigma, escuchar en los sujetos con psicosis eso que les ha retornado desde lo Real, es valioso, porque ellos cuentan con las palabras para poder expresarlo, quizá sin que se les comprenda, pero al final han podido expulsar sus miedos, sus discursos “ilógicos” cargados de “sin-sentido” para muchos profesionales, pero valiosos, como rutas de un mapa que pueden ser alojados, siempre bajo el máximo respeto.

Esos miedos “irracionales” quizá, tengan más que ver con la propia historia, sin reconocimiento, de que ese terror hacia lo ajeno es porque posiblemente se vivió por uno mismo en una edad temprana, porque no se supo cómo tramitarlo y es más sencillo ahora ponerlo afuera, en el otro, dejando a las psicosis relegadas a las sombras, por temor de perderse en la propia oscuridad que implicaría enfrentarlas; desplazando lo Real, ese campo indomable que desborda la comprensión y que la razón teme habitar.

Reiterando, el análisis expuesto aquí no pretende inscribir al psicoanálisis dentro de las estructuras que silencian al sujeto. Por el contrario, la práctica analítica permite resistir ante el poder institucional, cuestionar los márgenes biomédicos que sitúan los diagnósticos como puntos centrales donde se olvida el malestar subjetivo para adjudicarle una etiqueta permanente.

¿Qué pasaría si se asumiera que el rechazo, el terror, la discriminación, el estigma e incluso el miedo no responden a una diferencia, sino que son mecanismos que permiten una falsa distancia?; porque tal vez resulte insoportable reconocer en el otro lo que alguna vez nos habitó. No se trata de lo que no entendemos o es incomprensible, sino de lo que nos negamos a mirar en el otro.

BIBLIOGRAFIA

- [1] TAPIA, F. M., CASTRO, W. L., POBLETE, C. M., & SOZA, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud mental*, 38(1), 53-58. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2015/sam151h.pdf>
- [2] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing. <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- [3] POL YAGUAS, E. (2015). Antipsicóticos para la esquizofrenia: paradigma de los medicamentos psiquiátricos. *Salud colectiva*, 11, 115-128. <https://www.scielo.org/pdf/scol/2015.v11n1/115-128/es>
- [4] TAJIMA, K., FERNANDEZ, H., LOPEZ-IBOR, J. J., CARRASCO, J. L., & DIAZ-MARSA, M. (2009). Tratamientos para la esquizofrenia. Revisión crítica sobre la farmacología y mecanismos de acción de los antipsicóticos. *Actas Esp Psiquiatria*, 37(6), 330-42. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/31385662/Tratamientos_psiquiatria-libre.pdf?1392218834=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DReproductive_studies_in_ipecac_Psychotri.pdf&Expires=1749342734&Signature=UzCBaaLpshcVWD6G8kAhtwgNY2ojpqwsiaXyl5g1Ffojwc7H2hAinfK5k7Rv2oG8AqHZJeDPKeCwDRD1uDdwI7IMpJ-Sc7DH5SVUiYf35YTbxRoLu2vsL0lvCZzsAl0rX5SfDOBQekQdSGZmTcpPU906quNkleXphDb75ddBFRT4~wl3T2yoicfvc516Tn-7M58KAVB6dROtDltrEQgK8jH~sSGWtd7Qs2jT3HGH9QPTiOyLdVnrO4dGni4Jnl06UjDgOql30E1e3iV8ffk5xMnJNQLxypd3lQLhXJcS

[MHqFDTDMh0xbMWL55GQjhrBDHB-0aAVS1XDRZqLBWIYYg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://doi.org/10.1111/leap.12345)

- [5] FOUCAULT, M. (1973). *El poder psiquiátrico*. Fondo de Cultura Económica.
- [6] MENDEZ, J. S. M. (2024). *Salud mental: Presupuesto y política nacional*. CIEP. [https://ciep.mx/salud-mental-presupuesto-y-politica_nacional/#:~:text=Para%202024%2C%20el%20gasto%20aprobado,CONASAMA\)%20creda%20en%20el%202023](https://ciep.mx/salud-mental-presupuesto-y-politica_nacional/#:~:text=Para%202024%2C%20el%20gasto%20aprobado,CONASAMA)%20creda%20en%20el%202023)
- [7] OCHOA, S., MARTINEZ, F., RIBAS, M., GARCIA-FRANCO, M., LOPEZ, E., VILLELLAS, R., ... & HARO, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 477-489. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352011000300006&script=sci_arttext
- [8] BERRIOS, R. L. (2020). Clasificar en psiquiatría y el DSM-V: algunas reflexiones con y más allá de Georges Canguilhem. *Hybris: revista de filosofía*, 11(2), 13-44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8347749>
- [9] CANGUILHEM, G. (1970). *Lo normal y lo patológico*. Siglo xxi.
- [10] HACKING, I. (2001). *La construcción social de qué*. Paidós.
- [11] BASAGLIA, F. (2000). La condena de ser loco y pobre. *Alternativas al manicomio*. Topía Editorial.
- [12] CEBALLOS, F. (2011). *El manicomio: Crónicas de una lógica que coloniza subjetividades*. Eduvim.
- [13] DOR, J. (1991). *Estructuras clínicas y psicoanálisis: La enseñanza de Jacques Lacan*. Paidós.
- [14] FREUD, S. (2007/1890). Tratamiento psíquico. . En J. Strachey (Ed.), Etcheverry, J.L. (Trad.), *Sigmund Freud Obras completas* (2ª ed., Vol. I, pp. 111-132). Amorrortu.

- [15] FREUD, S. (2008/1905). Sobre psicoterapia. En J. Strachey (Ed.), Etcheverry, J.L. (Trad.), Sigmund Freud Obras completas (1ª ed., Vol. VII, pp. 243-257). Amorrortu.
- [16] PANDO, J. C. (1978). Psicoanálisis y ciencia. *Estudios Filosóficos*, 27(76), 433-496.
- [17] SABROVSKY, M. (2017). *Clínica psicoanalítica de las psicosis en la atención pública chilena: Discusiones y aportes de la práctica clínica psicoanalítica de la psicosis en Chile, a diez años de la implementación del Plan Nacional de Salud Mental* [Tesis de magister, Universidad de Chile. <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/167920>]
- [18] REED, J., & DILLON, J. (2017). *Modelos de locura II*. Herder.