



Factores que intervienen en la concepción de “normal” y “anormal” como conceptos

Yurani Cárdenas Giraldo¹

Resumen

A través de los años se han utilizado los conceptos de “normalidad” y “anormalidad” con un significado casi implícito donde se conoce su aplicación pero no su exacta definición, este significado tácito es tomado de la medicina donde el cuerpo es el objeto bajo el cual se pueden observar los parámetros correspondientes para identificar lo normal y lo anormal, en cuyo caso sería en términos de salud y enfermedad, comprendiendo entonces lo normal como aquello que funciona tal y como debe funcionar según el arquetipo corporal humano y considerándolo además como aquello que debe ser cuidado, que se debe mantener y recuperar en caso de algún quebranto; contrario a esto se inscribe lo anormal como toda característica que no se acopla al funcionamiento orgánico compartido por las especies. Esta visión médica se extrapola como metáfora a diversos contextos, entre ellos al psicológico.

Palabras clave: normalidad, anormalidad, psicopatología, psicología clínica

En las últimas décadas se ha dado un creciente interés por definir y especificar los conceptos de “normal” y “anormal” especialmente en el ámbito de la Psicología, desligándolos de la muy arraigada metáfora médica, y buscando además establecer un lenguaje común y compartido que permita un mayor entendimiento entre los profesionales del área de la salud mental.

A través de este artículo de revisión se pretende unificar los criterios que diversos autores han dado respecto a qué puede ser o no considerado normal y anormal frente a la conducta humana², entendiendo que dichos criterios están profundamente atravesados por tres dimensiones: la biológica, la subjetiva y la social, y que cada uno se aprecia según el modelo teórico psicológico desde el que se esté observando.

¹ Estudiante de Psicología. Universidad de Antioquia

² Entendiendo la existencia de dos tipos de conducta: La manifiesta (comportamiento que puede ser evidenciado por personas externas al individuo que la emite) y la encubierta (cuyo acceso es exclusivo al individuo; p.e. los pensamientos). (Freixa, 2003)



Tradicionalmente se distinguen dos criterios básicos definidos por Kurt Schneider (1943/1980) para establecer los “límites” entre normalidad y anormalidad: el primero es el *estadístico* que entiende por normal el término medio, “es lo que caracteriza a la mayoría de las personas que forman un grupo” (Bayes, 1977, p. 95), en este sentido hace referencia al “hombre promedio” cuyas características se aproximan a la media aritmética de su contexto social; es un criterio cuantitativo que observa la conducta del individuo con relación a la semejanza de la conducta mayoritaria en la comunidad a la que pertenece; desde este criterio es anormal entonces lo que no hace parte del término medio, lo que se aleja de lo frecuente, lo que no pertenece a lo ordinario (Schneider, 1943/1980). El segundo criterio es el *ideal* entendido desde la norma de valor, que corresponde a cómo debería ser el individuo desde una visión cualitativa, desde esta perspectiva es normal quien se asemeja a un modelo establecido desde el sistema de valores imperante y que posee características deseables para la sociedad o para el sujeto dignas de ser imitadas; según las norma del valor lo contrario a la imagen ideal es lo anormal, establecido a partir de la jerarquización de los modelos deseables (Schneider, 1943/1980).

Adicional a estos criterios Eysenck (1953, citado en Bayes, 1977) afirma la existencia de un tercero, al que denomina *natural*, desde éste la normalidad y anormalidad se conciben según como se juzguen los comportamientos desde la naturaleza de las cosas enmarcadas en el contexto social, es decir, según la sociedad considere “natural” y por consiguiente normal la conducta de un individuo.

Foucault (1974-1975) por su parte propone dos criterios basados en otras consideraciones y partiendo desde “la norma”: el orden y la función. Desde el *orden* se entiende como una regla de conducta, un principio de conformidad; opuesto a la irregularidad, al desorden, a la extravagancia. La *función* es más cercana al concepto de salud y hace referencia a la regularidad funcional y la adaptación; lo anormal equivale entonces a lo patológico, lo mórbido, el disfuncionamiento.

Otros autores como Offer y Sabsin (citado en Gutiérrez, 2014), además del criterio estadístico afirman que la normalidad puede ser entendida desde formas adicionales: como *salud* en un sentido más funcional que óptimo desde la ausencia de signos y síntomas que impliquen existencia de una psicopatología. Como *utopía* considerando la mezcla



armoniosa —e inalcanzable— entre elementos distintos de un mismo aparato mental o psiquismo que dan cabida al funcionamiento adecuado (Ello, Yo y Superyó). Y como *proceso* desde la homeostasis entre el individuo y su entorno, asumiendo el desarrollo evolutivo de la persona y su capacidad para adaptarse según la etapa en que se encuentre del ciclo vital desde las funciones psíquicas.

Pero estos criterios por sí mismos no logran delimitar lo normal y lo anormal, dado que para ser comprendidos se debe tener en cuenta que están altamente relacionados con unas dimensiones: la biológica, la subjetiva y la social. La primera dimensión es la *biológica*, afirma que las causas del comportamiento anormal pueden ser el resultado de alteraciones del funcionamiento físico de un individuo (Halgin, 2004) —por lo tanto en términos de enfermedad los trastornos mentales serían enfermedades sistémicas—, dichas alteraciones pueden tener diversas fuentes: pueden darse a nivel cerebral, lo que implica el mal funcionamiento de hemisferios, lóbulos, o cualquier elemento estructural del encéfalo; a nivel bioquímico, que equivale a una mala comunicación neuronal o fallas en la transmisión sináptica, o por un desequilibrio en los neurotransmisores ya sea por exceso o falta de alguno de estos; y a nivel genético en la organización del genoma de una persona, provenga o no de forma hereditaria, que se exprese genotípica o en mayor medida fenotípicamente (características físicas y conductuales observables); es decir, en la composición genética de un individuo o en medio de la interacción de su genotipo con el ambiente (Sue, et al, 2010).

La influencia de los factores biológicos se justifica desde cuatro puntos elementales (Sue, et al, 2010):

- Un individuo es quién es por su material genético: condiciones físicas, susceptibilidad, temperamento, etc.
- Los pensamientos, emociones y conductas están asociados a la actividad neuronal tanto del cerebro como de la médula.
- Un cambio en la actividad o en la estructura cerebral suele implicar modificaciones en los pensamientos, emociones y conductas.

- Los trastornos mentales están altamente correlacionados con alguna disfunción cerebral.

Comúnmente el modelo biológico realiza una distinción entre trastorno mental orgánico y trastorno mental funcional, diferenciando así los que son generados claramente por causas físicas y los que aún no tienen evidencia de ser producto de una alteración orgánica (Jarne, et al, 2006) pero que se supone si tienen un correlato físico. Esta perspectiva resalta la existencia de propensión biológica en los individuos expresado claramente en la teoría Diátesis-Estrés: diátesis es la predisposición que tiene un individuo y puede ser genética o adquirida a temprana edad, y estrés es el elemento detonado desde el ambiente, según esto cuando aparece un alto nivel de estrés la persona vulnerable tiene gran riesgo de manifestar la psicopatología (Sue, et al, 2010).

Frente al modelo biológico surgen fuertes oponentes como Thomas Szasz (2001) quien asegura que las enfermedades mentales no existen, son un mito, un mecanismo de control social que pretende patologizar la heterogeneidad humana y con ella su singularidad (Vásquez, 2011); esto se complementa con las palabras de Foucault (1975) “La norma [en su relación con lo normal] es portadora de una pretensión de poder” (p. 57). La mente no puede ser tratada como un órgano físico, afirma Szasz (1961, citado en Vásquez, 2011), por lo tanto al hablar de enfermedad mental se debe hablar en sentido figurado, “así pues, lo que la gente llama enfermedad mental como tal, no existe. Lo que hay son conductas, conductas anormales” (p. 31). Para Szasz (2001) aquello a lo que se le denomina enfermedad mental es en realidad un “problema de la vida” que no puede ser explicado simplemente por una deficiencia en el sistema nervioso, si se habla de enfermedades mentales de origen biológico se está hablando entonces de “enfermedades del cerebro” (p. 23). Según esto la sociedad es la raíz de la etiqueta “anormal”, este pensamiento surge a partir de tres elementos (Sue, et al, 2010):

- La conducta anormal se etiqueta así porque es diferente, no necesariamente porque es el reflejo de una enfermedad.
- Los sistemas de creencia inusual no están por fuerza equivocados.



- La conducta anormal es con frecuencia un reflejo de que algo anda mal en la sociedad, mas no en el individuo (p. 12).

La segunda dimensión es la *subjetiva*, se refiere tanto a la perspectiva del propio sujeto como a la perspectiva del ojo que lo juzga. Desde el individuo se establece según la percepción y la vivencia personal, la consideración que este tiene de lo normal y lo anormal, el nivel de sufrimiento o caos emocional que experimenta, es decir, según la perturbación emocional o la sensación de bienestar que presente la persona —aunque todo esto puede estar permeado por la cultura de la que el sujeto hace parte—; entonces la salud subjetiva, la normalidad determinada desde el individuo mismo, se suele evidenciar en la ausencia de signos negativos como dolor, malestar o disfuncionalidad, y también en la presencia de signos positivos como sensación de bienestar o tranquilidad (López, 2009), todo esto basado en una análisis que la persona realiza respecto a su condición y a la de su entorno con respecto a sí. Usualmente se trabaja bajo dos criterios para establecer el nivel de malestar o sufrimiento percibido por el individuo: egodistonía y egosintonía, que implican un alto nivel de malestar y una percepción de bajo nivel de malestar respectivamente.

La dimensión subjetiva, también entendida como dimensión *psicológica* se puede entender de diversas formas según el modelo teórico desde el cual se analiza (Sue, et al, 2010):

- **Psicodinámico:** Considera la conducta como el resultado de direcciones inconscientes que suelen reflejar la vida infantil del sujeto, y la anormalidad —en términos de trastornos— como el resultado de traumas o ansiedades infantiles. Plantea los mecanismos de defensa (síntomas) como los elementos psíquicos que buscan resguardar el individuo de aquello que le genera ansiedad o alto malestar modificando componentes de la realidad.
- **Conductual:** Plantea la conducta como producto del aprendizaje, por lo tanto no habla en términos de anormalidad sino de conducta desadaptada condicionada a determinados estímulos (condicionamiento clásico u operante) o



guiada por modelos cuyas conductas eran también maladaptativas (aprendizaje observacional). Los síntomas son para este modelo respuestas orgánicas maladaptativas y no expresiones de enfermedad.

- **Cognitivo:** Tiene un gran interés en el procesamiento mental de la información y considera que el comportamiento normal y anormal está determinado por los procesos cognitivos y por la forma en que el individuo percibe las personas con relación al mundo, a otras personas y a sí mismos. Los problemas en el procesamiento psicológico son entonces la causa de la anormalidad y surgen de ideas irracionales o pensamientos distorsionados; entendiendo con esto que la persona crea sus problemas (síntomas) de acuerdo a su interpretación de los eventos.

- **Humanista:** Desde Rogers se plantea la normalidad y anormalidad en términos de congruencia e incongruencia. Cada individuo tiene una tendencia actualizante innata, esto es un potencial de crecimiento, que junto con el autoconcepto que ha construido desde su unicidad se integran armoniosamente en una congruencia, un sujeto es entonces perfectamente funcional cuando puede crecer y desarrollarse en libertad; pero la sociedad lo limita con unas restricciones planteadas desde condiciones de valor, donde lo valioso de una persona o de una conducta reside en la aprobación de los otros, y el sujeto en su intento por responder a esos otros deja de lado el responder a sí mismo generando entonces una incongruencia experimentada desde el malestar. Desde la Gestalt la normalidad se entiende como el continuo fluir en forma de ciclos que se crean a partir de cada figura que emerge de un fondo; cuando el individuo no puede avanzar en un ciclo de forma fluida se crean unos bloqueos que generan malestar y se evidencian de diversas formas: desde la introyección como la incorporación pasiva de los “deberías” del medio y la renuncia al sentido de identidad, desde la proyección como la dispersión de la identidad y la adjudicación a otros de sentimientos propios, desde la retroflexión como el regreso contra el propio individuo de aquello que originalmente estaba destinado para los otros atrapándolo entre fuerzas antagónicas



estancadas, desde la deflexión como el enfriamiento del contacto real y directo con los demás, y desde la confluencia como la ilusión de la poca alteridad donde las diferencias entre el individuo y los otros es aminorada (Polster & Polster, 2009).

Desde la perspectiva del ojo que juzga se debe tener presente que aquel que desde afuera determina si algo es normal o anormal está plenamente impregnado por su propia creación de lo que es considerado normalidad y anormalidad según sus experiencias, sus ideas y creencias de lo que es real y lo que no, influido por la cultura en la que se desenvuelve; cabe resaltar que lo que es juzgado como anormal desde un sujeto no necesariamente crea aflicción en el individuo que se supone anormal. Esto obliga a considerar la tercera dimensión, la *social*; se puede dividir en dos niveles: el *sociorelacional* hace referencia a las relaciones cercanas del individuo donde se pueden distinguir tres círculos de influencia social fuerte: el inmediato, al que pertenecen las personas con quienes el sujeto interactúa frecuentemente y aun nivel local; el extenso, compuesto por las personas con las que se comparte una relación más distanciada; y el ambiental, del que hacen parte las personas con las que el individuo se relaciona mínimamente (Halgin, 2004). Este nivel contiene las relaciones familiares, el apoyo social, las relaciones amorosas, la pertenencia, etc. siendo los círculos más cercanos e íntimos los que ejercen mayor peso al momento de determinar lo aceptable y no aceptable en la conducta, puesto que inicialmente tiene la familia: “la familia va a ser el principio de determinación (...) y también el principio de enderezamiento de lo anormal” (Foucault, 1974, p. 240).

El otro nivel es el *sociocultural*, este abarca a toda la comunidad y la sociedad en la que el individuo crece y se desarrolla; contiene la raza, el género, la religión, la etnicidad y en general la cultura compartida por sujeto y por todos los de su entorno (Sue, et al, 2010). Una conducta es considerada desde la normalidad o anormalidad según el contexto desde el que se esté observando, lo que en una cultura es plenamente normal puede no serlo en otra (p.e. la vestimenta, las creencias y los rituales comunes de una tribu pueden ser considerados anormalidades e incluso patologías en otras comunidades). Es la sociedad entonces la que define las formas de interacción y expresión de los individuos desde



parámetros consensuados tanto éticos como jurídicos, suministrando patrones de conducta definidos entre lo aceptable y lo no aceptable, normalizando y normativizando las conductas personales desde una postura social a partir de agentes normalizadores —como el psicólogo y otros profesionales en salud mental— que definen que puede y que no puede ser aceptado de acuerdo con el sistema imperante, retomando la postura de Szasz (1961, citado en Vásquez, 2011) entendiendo la sociedad como la raíz de la etiqueta de anormalidad.

Bandura (1983) menciona varios aspectos sociales y culturales que ejercen influencia al momento de determinar o catalogar una conducta:

- La conducta patológica o anormal surge según el juicio social que de ella se haga, dicho juicio está determinado por los criterios normativos de quien lo emite (la subjetividad del ojo que juzga), los atributos propios de la conducta y las características del individuo que la emite; incluyendo aquí criterios subjetivos, biológicos y sociocontextuales.
- El grado de desviación de una conducta se establece según el nivel de adecuación del sujeto al ambiente, adecuación en términos de respuesta simbólica, afectiva y social frente a determinadas situaciones. Entonces los anormales se apartan del sistema social dominante y se perciben como sujetos que rechazan los objetivos culturales en sí mismos.
- La conducta es socialmente considerada anormal debido a cambios sociales: “se puede considerar que una conducta es sintomática debido más bien a cambios en las normas sociales que a causa de la patología reflejada en la conducta misma” (Bandura, 1983, p. 38).
- La división entre normalidad y anormalidad definida dependiendo de los límites de tolerancia para lo aversivo que tengan los diferentes jueces.
- El nivel de intensidad en la respuesta del individuo que es considerado anormal; frecuentemente respuestas de muy alta intensidad son consideradas desviadas aunque no existe ningún parámetro evidencie al relación entre la respuesta emocional intensa y un proceso psicopatológico.



- La intención que tenga el acto hace que este pueda o no ser considerado normal o anormal; socialmente se supone que un acto que no tiene una intención fija es anormal respecto a los actos donde se evidencia la intención (p.e. la agresión a un individuo con la intención de robarle es normal frente al acto de agredir sin intención aparente alguna). Generalmente bajo la “no intención” existe una intención desconocida por los demás pero establecida por el individuo y quizá por su círculo íntimo que actúan como contingencias de reforzamiento (puede ser, p.e. el ganar un estatus o reconocimiento a nivel de un grupo social cerrado).
- Los juicios sociales respecto a lo que se espera del comportamiento de una persona según su edad, su sexo, su posición social, entre otros, también son determinantes al momento de catalogar una conducta como anormal, en este caso son las expectativas sociales respecto a un rol supuesto en el individuo.
- El reforzamiento de conductas maladaptativas hace que el individuo tenga comportamientos considerados anormales.
- La imitación de modelos cuyas conductas son maladaptativas ocasiona el aprendizaje de conductas anormales.

Ullamn y Krasner (1969) establecen un elemento adicional a la catalogación de la conducta: lo predecible o no que pueda ser el comportamiento de un sujeto, “la gente debe ser capaz de predecir con alguna aproximación el comportamiento de las personas con quienes se relaciona. El fracaso en vivir de acuerdo con las expectativas sociales se llama desviación, y la subclase especial de desviación que normalmente sanciona la intervención de los profesionales en salud mental se llama comportamiento anormal” (Citado en Bayes, p. 96).

Un elemento de suma importancia en la dimensión social, además del contexto sociodemográfico es el contexto histórico, teniendo presente que tanto el concepto como el origen de la conducta “normal” y “anormal” debe entenderse según la filosofía propia de la época desde la que se esté juzgando, por tanto los conocimientos, las formas de vivir, las

relaciones sociales y las ideas generales compartidas en lo que respecta a un comportamiento normal (López, 2009), entonces:

- En la Prehistoria la conducta anormal se entiende desde la posesión demoniaca con tratamientos como la trepanación, el exorcismo y la ejecución o muerte al individuo “víctima de posesión”.
- En la Época Antigua surgen las bases del modelo científico entendiendo la conducta normal y anormal como un equilibrio o desequilibrio de humores (Hipócrates).
- En el Medio Evo se involuciona regresando a explicaciones espirituales para referirse a conductas anormales.
- En la Reforma se entiende al sujeto considerado anormal como una persona humana y como tal con derecho a un trato humanitario, desligando la inhumanidad de los individuos con comportamientos desviados.
- Actualmente se entiende la anormalidad desde diversas perspectivas: biológica, social y psicológica, adoptadas desde diferentes modelos teóricos.

Finalmente se pueden recopilar las conductas que en general se consideran normales y anormales, un individuo con conducta normal según Gutiérrez (2014) presenta:

- Sentido de cohesión interna e identidad.
- Sentido de autoestima ajustado a la realidad.
- Sentimiento de seguridad y aceptación social.
- Capacidad para aceptar y dar afecto.
- Responsabilidad frente a los diferentes círculos en los que se desenvuelve.
- Capacidad no problematizada de lograr satisfacción de sus necesidades biológicas.
- Productividad.
- Presencia de un firme anclaje a la realidad.



Adicionando desde Millon (1994):

- Capacidad de funcionar autónoma y competentemente.
- Tendencia a adaptarse de forma efectiva y eficiente.
- Sensación subjetiva de satisfacción y eficiencia.
- Habilidad de autorrealizarse.

En contraposición se pueden considerar tres criterios propuestos por Millon & Everly (1994) para recopilar las conductas consideradas anormales:

- Inflexibilidad adaptativa: Conductas inapropiadamente rígidas que inhiben el desarrollo de estrategias de afrontamiento.
- Tendencia a fomentar círculos viciosos: Las estrategias inapropiadas y rígidas generan conductas autofrustrantes que intensifican las dificultades preexistentes.
- Estabilidad lábil: Fragilidad emocional y carencia de elasticidad bajo condiciones de presión ambiental, donde se evita la resolución de conflictos que emergen posteriormente derivando formas anormales e incluso patológicas de afrontamiento.

Complementando con la visión de Rosenhan y Seligman (1989) quienes establecen criterios adicionales (Citado en Gutiérrez, p. 8-9):

- Autopercepción de malestar o deterioro en el funcionamiento físico y psíquico.
- Conducta desadaptada respecto a su entorno.
- Irracionalidad o incomprendibilidad de otros frente a la conducta del individuo.
- Conducta impredecible o errada frente a determinada situación.
- Rareza estadística (lo que no implica necesariamente la anormalidad como trastorno).
- Incomodidad generada a los observadores, ya sea porque les ocasiona molestia o porque se sienten amenazados.

- Violación de normas ideales y morales, así como no acomodación a las expectativas sociales según su rol.

A modo de conclusión, se pueden determinar diversos factores —expuestos a lo largo del artículo— para que una conducta sea considerada normal o anormal, entre ellos se encuentran los estadísticos, los ideales, los sociorelacionales y socioculturales, tanto contextuales demográfica como históricamente; los subjetivos desde el individuo considerado anormal y desde el individuo que juzga la anormalidad, los biológicos y los de aprendizaje. Para entender estos factores existen unos modelos teóricos que se posicionan desde una perspectiva específica y establecen a partir de ésta la explicación de las conductas anormales, entendidas también como trastornos o como incongruencias; estos modelos son tradicionalmente el psicodinámico, el conductual, el cognitivo y el humanista.

Surge una propuesta integradora e interactiva conocida como el modelo de vías múltiples (Sue, et al, 2010), que afirma la no existencia de una teoría que por sí sola explique la complejidad de la condición humana, proponiendo entonces la consideración de múltiples vías y causas que generen conductas anormales y trastornos, reconociendo que no todas las dimensiones ejercen igual influencia en las expresiones de la conducta y que cada problema conductual o desviación se debe analizar teniendo en cuenta la existencia de diversos elementos que influyen en su aparición. Integra así la importancia de la historia evolutiva del individuo (psicodinámica), junto con los sentimientos y los procesos de pensamiento que en él se generan (humanista y cognitiva respectivamente) expresados a través de la conducta (conductual).

Referencias Bibliográficas

- Bandura, A. (1983). Procesos causales. En: *Principios de modificación de conducta*. Salamanca: Sígueme.
- Bayes, R. (1977). Clasificación de los fármacos que alteran el comportamiento. Comportamientos normales y anormales. En: *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Barcelona: Fontanella.



- Freixa, E. (2003). ¿Qué es conducta? *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 3(3), 595-613.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales*. México: Fondo de cultura económica.
- Gutiérrez, C. (2014). Criterios de normalidad y anormalidad. En: *Filosofía y Psicología*. Lima: Universidad Alas Peruanas.
- Halgin, R. (2004). Comprensión de la anormalidad. En: *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas sobre desordenes psicológicos*. Cuarta edición. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Jarne, A. Talarn, A. Armayones, M. Horta, E. y Requena, E. (2006). Concepto y criterios de anormalidad. En: *Psicopatología*. Barcelona: UOC.
- López, J. (2009, octubre-diciembre). Afrontamiento adaptativo orientado a la promoción de la salud a lo largo del ciclo vital. *Letras de Deusto*, 39(125), 233-256.
- Millon, T. & Everly, G. (1994). *La teoría de la personalidad y sus trastornos*. España: Martínez Roca.
- Polster, E. & Polster, M. (2009). *Terapia gestáltica. Perfiles de teoría y práctica*. Segunda edición. Buenos Aires: Amorrortu.
- Schneider, K. (1980). *Las personalidades psicopáticas*. Octava edición. Madrid: Morata.
- Sue, D. Sue, D. Sue, S. (2010). *Psicopatología. Comprendiendo la conducta anormal*. Novena edición. México: Cengage Learning.
- Szasz, T. (2001). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Vásquez, A. (2011). Antipsiquiatría. Deconstrucción del concepto de enfermedad mental y crítica de la 'razón psiquiátrica'. *Nómadas. Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 31.