

**Conceptos de anormalidad y normalidad en el ejercicio de la psicología clínica.**Angélica María Rivera Dagua¹**Resumen**

Este artículo aborda los conceptos de anormalidad y normalidad, así como una breve revisión de su desarrollo histórico y los criterios que se han establecido como generales en los manuales diagnósticos. De la misma manera se mencionará otras propuestas que se han planteado, con el fin de ampliar estos conceptos más allá de unos simples criterios. Estos puntos se soportan desde varios artículos y libros consultados para dar cuenta de la consistencia de ciertos criterios y poderlos contrastar con algunos artículos más actuales que retoman desde otra perspectiva los conceptos de anormalidad y normalidad en el ejercicio de la psicología clínica.

Palabras clave: anormalidad, normalidad, psicología clínica

En general son muchos los conceptos en psicología clínica que son ampliamente discutidos frente a los cuales se debe tomar una posición para llevar a cabo la práctica de la psicología clínica. Esta idea se plantea porque a partir de la relación que hay entre el qué rehabilitar y el cómo hacerlo, dependen de la representación social que se posee de los conceptos manejados en psicología clínica (Flores & Díaz, 2000).

En el presente artículo se abordarán solamente los términos de normalidad y anormalidad. Lo que se pretende hacer es una recopilación de diferentes fuentes como libros y revistas donde se desarrollen los conceptos de anormalidad y normalidad en la psicología clínica, con el fin de dar cuenta que este tema ha sido trabajado casi siempre desde unos criterios que se han establecido como generales y que están presentes en los manuales diagnósticos como el DSM (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). Además, para resaltar la inconformidad de algunos autores con respecto a la clasificación establecida en los manuales diagnósticos que son definidos por los criterios estadísticos, sociales, interpersonales, etc. Ellos proponen una nueva perspectiva frente a lo anormal y lo normal, tomando en cuenta la experiencia de cada persona (Arias, 2013; Flores & Díaz, 2000; López, Ortiz & López, 1999, Palacio, 2013; Pedrique, 2002; Vázquez, 1990).

¹ Estudiante de psicología. Universidad de Antioquia



Para iniciar el recorrido histórico, es preciso remitirse a cuatro momentos, que según Durand y Barlow (2007), se ilustran las diferentes explicaciones que se le ha dado a las conductas inusuales.

El primer momento tuvo lugar en la prehistoria, donde había una explicación sobrenatural a la conducta perturbada, pues esta era considerada como un castigo o una consecuencia de demonios o brujas. Más tarde esta conducta fue entendida como signos de estrés y melancolía. Posteriormente en este momento se consideró lo anómalo como una consecuencia de la luna y los astros.

En un segundo momento, en la época antigua, esta conducta que se consideraba inusual, fue asumida como consecuencia de lo biológico, con Hipócrates y Galeno estos comportamientos eran causa de un exceso de flujos corporales y desarrollaron así la explicación desde los humores que podían afectar a una persona. En el siglo XIX se creía que estos comportamientos eran la razón de una demencia producida por una infección cerebral.

Luego un tercer momento, en la época moderna, como consecuencia de los tratamientos y las soluciones que se le daban a los comportamientos anómalos (como exorcismos, mujeres quemadas en la hoguera, etc.) que iban contra la integridad de las personas y con los movimientos psicológicos de la época, se crearon centros de atención y gracias a los aportes de diferentes corrientes psicológicas se logró establecer un tratamiento adecuado y una clasificación o una explicación no tan sobrenatural a los comportamientos anómalos (Durand & Barlow, 2007).

Finalmente en la actualidad hay métodos científicos y un acercamiento integral a estas conductas que son inusuales, hay un crecimiento de instrumentos, basados en unos criterios para tener indicios de estas conductas (Durand & Barlow, 2007).

Ahora bien, en la actualidad, diferentes autores (Arias, 2013; Pedrique, 2002; Pérez & Fernández, 2008) plantean que la psicología clínica no ha logrado aún superar el modelo médico en el momento de abordar lo anormal y lo normal, este modelo toma los criterios que se han establecido, como absolutos y universales (Pedrique, 2002). Además de referirse siempre a los problemas de las personas en términos de salud mental (lo normal) o enfermedad mental (lo anormal), entendiéndose con enfermedad, que hay una causa biológica en eso que se denomina



anormal (Flores & Díaz, 2000; Pérez & Fernández, 2008). Arias (2013) plantea que la psicología clínica ha tomado de la psiquiatría la manera no positiva de ver las emociones negativas, la anormalidad y las patologías, centrándose solo en estos aspectos y no en los positivos.

Otra cuestión es con respecto a lo que plantean Bedoya y Schnitter (2010) sobre la problematización del objeto de la psicología clínica, la psicopatología; este objeto se centra a su vez en lo anormal y esto dificulta su comprensión. Puesto que, la anormalidad además de estar vagamente delimitada, es decir, que el querer establecer fronteras entre lo normal y lo anormal es casi utópico, ya que no hay como tal un lineamiento que pueda separar estos términos. El estudio de lo anómalo es retomado desde diferentes disciplinas, como la psicología, la medicina y la sociología, en cada una de ellas la concepción y los aportes son diversos (Vázquez, 1990).

Mustaca y Gandolfi (1995) dan tres razones por las cuales es complicado delimitar lo que es normal debido a que estas mismas razones servirían para delimitar lo anormal; la primera sería la complejidad misma de la problemática, la segunda se refiere a la multiplicidad de significados que reciben estos términos y una tercera razón es que el término se usa cargado de connotaciones emocionales.

Luego de haber identificado la problematización de los conceptos anormal y normal, diferentes autores (Arias, 2013; Palacio, 2013) consideran que una de las limitaciones de los conceptos está en los criterios que se utilizan para determinar la anormalidad y la normalidad. Pues lo que define estos términos están dados bajo unos supuestos que se ocupan y avalan los resultados de los criterios, que permean diferentes ramas de investigación (Palacio, 2013).

Por otro lado Belloch, Sandín y Ramos (1995) resaltan la importancia de los criterios, dado que son el resultado del querer comprender los problemas psicológicos. Pero también aclaran que estos criterios no son verdades objetivas.

Los criterios que se tienen hoy en día son los que se han manejado y han derivado hacia la construcción de un sistema de creencias sobre el equilibrio mental, sus alteraciones y la salud (Belloch, Sandín & Ramos, 1995). Estos criterios según varios autores (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; Flores & Díaz, 2000; López, Ortiz & López, 1999; Mustaca & Gandolfi, 1995) están establecidos para ser tenidos en cuenta en el ejercicio de la psicología clínica, aunque los



mencionen de diferente manera, hacen alusión a lo mismo, por lo que serán nombrados de manera general y no como cada uno lo toma.

Uno de los criterios que más importancia tiene en la psicología clínica y la psicometría es el criterio estadístico, este se refiere a que las conductas más frecuentes y recurrentes son consideradas como normales, las anormales serían entonces las que se salen de ese promedio o que son de poca frecuencia (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; Flores & Díaz, 2000; López, Ortiz & López, 1999; Mustaca & Gandolfi, 1995).

El criterio social, es la relatividad que tienen estos términos dependiendo de la cultura en la que se esté, pues de esta manera lo normal sería el comportamiento ideal que se maneje en determinada cultura y lo anormal los comportamientos que rompen con la convención particular. Por lo tanto no son universales (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; Flores & Díaz, 2000; López, Ortiz & López, 1999; Mustaca & Gandolfi, 1995).

Los criterios como bienestar subjetivo o intrapsíquicos hacen referencia a la valoración particular que cada persona hace de sí misma, por lo que cada uno reconocerá lo que es normal o no en su forma de pensar, sentir o comportarse (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; López, Ortiz & López, 1999).

Lo biológico también sería tenido en cuenta como un criterio, pues dependiendo del estado o funcionamiento de la estructura o procesos biológicos, se determinará la anormalidad o normalidad, por ejemplo los casos de trastornos bipolares, esquizofrenia, depresión, etc. (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; Flores & Díaz, 2000; López, Ortiz & López, 1999).

Otro criterio sería el clínico o de adaptación, hace referencia a lo funcional, al equilibrio, a la adaptación que tenga un individuo en un contexto social (Flores & Díaz, 2000). Como ejemplo, si la persona se adapta o no, si cambiara de sociedad o si la sociedad llegara a cambiar serían casos donde se verían las adaptaciones que tiene la persona, en tanto tenga un buen comportamiento funcional, de no ser así, sería considerado como anómalo (Mustaca & Gandolfi, 1995).

Por último hay un criterio que es el ideal o utópico, que es un estado de bienestar afectivo, social e individual. Lo que debería ser lo óptimo y lo completo, esto sería lo normal, mientras que lo anormal sería lo contrario (Flores & Díaz, 2000; López, Ortiz & López, 1999).



Ahora bien, autores diferentes (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; Vázquez, 1990) coinciden en plantear unos principios que deben ser tenidos en cuenta, cuando se utilicen estos criterios. Un primer principio sería que un sólo criterio no es suficiente para definir como anormal un comportamiento, sino que debe estar dada por la combinación de varios criterios. Con respecto a esto, está el segundo criterio, establece que no se necesita la presencia concreta o más bien una combinación dada, para determinar la anormalidad, por ejemplo, se puede ser violento sin necesidad de que se presente una sensación de malestar (Vázquez, 1990). Un tercer principio es que ningún comportamiento por sí mismo se debe considerar como anómalo, puesto que hay que tener en cuenta tanto el contexto donde se presenta ese comportamiento como las circunstancias. (Belloch, Sandín & Ramos 1995; Vázquez 1990). Otros principios adicionales que plantean Belloch, Sandín y Ramos (1995) son que la anormalidad no debe ser tomada como ausencia de salud mental, pues hay ciertos comportamientos que son anómalos pero que son corrientes en la vida, por ejemplo que se le olvide el nombre de la mejor amiga, esto sería inusual pero no por eso abriría una ausencia de salud mental. El otro criterio es que la salud no implica solamente ausencia de enfermedad sino que adicional a eso hay un bienestar que permite un desarrollo óptimo de las funciones psicológicas.

Un principio en el que coinciden también los autores y que abre la discusión sobre cómo se ha definido el concepto de anormalidad, es que este concepto, no puede tomarse como contrario o exclusión de los elementos que definen la normalidad (Belloch, Sandín & Ramos 1995; Vázquez 1990), por eso se debe entender este término anormal como una perspectiva dimensional con lo que sería la normalidad, es decir, no son la cara de una misma moneda, sino que son puntos externos de un continuo; además se debe tener en cuenta la variabilidad en la que se puede manifestar, es decir, tener presente la intensidad, duración y frecuencia (Vázquez, 1990).

Por tanto, diversos autores (Belloch, Sandín & Ramos 1995; López, Ortiz & López, 1999; Vázquez 1990), plantean que el criterio de anormalidad debe ser considerado desde otros elementos diferentes a los criterios mencionados.

Hay cinco elementos en los que coinciden algunos autores (López, Ortiz & López, 1999; Vázquez, 1990) al plantearlos como los que caracterizan a la conducta anormal. *Sufrimiento personal*, se refiere al padecimiento de un malestar del sujeto, causado por algún factor anormal.



Falta de desadaptación del entorno, se refiere al comportamiento anómalo que impide a la persona relacionarse con su entorno, por tanto, la persona se puede aislar y tener dificultades sociales, personales y laborales. *Irracionalidad e incomprensibilidad*, se refiere a esos comportamientos que no podemos explicar racionalmente, como por ejemplo dejar de comer sin algún motivo. *Malestar en el observador* esto va de la mano con el rompimiento de las convenciones sociales y que causan molestias a otros. *Violación a las normas morales* esto es más que quebrantar los convenios sociales, pues se refiere a los comportamientos morales o no explicitados. Cuando el comportamiento se sale de esa manera adecuada de comportarse, es que decimos que hay una anormalidad. Pero hay otros dos elementos que mencionan Belloch, Sandín y Ramos (1995), uno es que el comportamiento anormal representa un obstáculo para el desarrollo del individuo en la vida cotidiana; el segundo elemento se refiere a que estas conductas dificultan en algunos casos al desarrollo físico, intelectual, afectivo y/o social.

Ahora bien, estos elementos comparten los principios antes mencionados, principios que deben ser tenidos en cuenta a la hora de establecer una conducta como normal (Belloch, Sandín & Ramos, 1995; Vázquez, 1990). Pero además de estos principios, propone Arias (2013), se debe tener presente el modelo explicativo de las diferentes escuelas psicológicas, a razón de que particularmente en la psicología clínica hay un problema metodológico que es fruto de la presencia de las diferentes corrientes o escuelas psicológicas. Una causa de esta problemática sería, comenta Arias (2013), la variabilidad de significados o criterios que se utilizan en cada modelo psicológico a la hora de definir la anormalidad, como por ejemplo en la psicología cognitiva, se considera la anormalidad, como el resultado de las ideas irracionales y la organización mental de ideas (Ellis, 1983 citado en Arias, 2013), mientras que para los humanistas la anormalidad es el resultado de un estado de incongruencia que viola los deseos personales (Rogers, 2004 citado en Arias, 2013). Estos ejemplos, dan cuenta de que cada modelo teórico de la psicología ha creado unos métodos de evaluar, diagnosticar y tratar los desórdenes mentales. Este planteamiento debe ser relevante para la práctica de la psicología clínica puesto que dependiendo la postura que se tome para definir la anormalidad, influirá en los métodos terapéuticos que serán utilizados en dicha práctica (Arias, 2013). Porque según Arias (2013) debe haber una congruencia entre el modelo psicológico y la terapia que se vaya a efectuar, para que sea eficaz la intervención.



Arias (2013) y otros autores (Palacio, 2013; Pedrique, 2002) que no lo nombran tan directamente, plantean que los criterios y elementos mencionados son insuficientes para abordar el tema. Arias (2013) propone que se debe mirar el problema desde una perspectiva más filosófica, debido a que desde esta perspectiva de la psicología clínica, guiada por un modelo médico, resulta insuficiente para comprender la ardua complejidad de la psicopatología humana. Pues desde ese modelo todo comportamiento negativo, dolor o malestar y sufrimiento es visto como una enfermedad. En este punto coincide con lo que plantean Pérez y Fernández (2008) con respecto a la generalización del modelo médico a los asuntos que son más psicológicos, asuntos de la vida cotidiana, más que un término de enfermedad mental.

Siguiendo esta línea de inconformidad y nuevas propuestas, se ha rescatado de esta revisión bibliográfica otras propuestas para entender los conceptos que aquí nos atañe. Por ejemplo Mustaca y Gandolfi (1995) plantean tres formas que existen para utilizar los términos anormal y normal. Un criterio que lo toma desde Ardila (1993 citado Mustaca & Gandolfi, 1995) y es que nosotros mismos nos calificamos de normales cuando estamos en un estado de bienestar, que sería un criterio subjetivo. El otro criterio es que el significado de normalidad es utilizado como sinónimo de explicación y lo anormal sería lo que no se puede explicar. El último criterio hace referencia a una asignación de valores emocionales negativos (rechazo) y positivos (aprobación).

Korchin (citado en Vázquez, 1990) sugiere que dada la complejidad y variedad de asuntos que aborda la psicología clínica, desde trastornos graves como la esquizofrenia, hasta problemas cotidianos como los conflictos relacionales; la distinción aquí de lo normal y anormal es innecesaria. Autores como Szasz (citando en Vázquez, 1990) plantean que la diferencia entre estos conceptos se da en distinto grado en los problemas cotidianos, es decir, que no habría polos extremos entre el concepto de normalidad y anormalidad donde se fije ese problema, sino que éste se puede ubicar en algún punto de una línea, donde estaría en un extremo lo normal y en el otro lo anormal. Asimismo Palacio (2013) se refiere a que estos asuntos no pueden ser tomados en términos de medición o determinación, sino que por el contrario, se debería tomar el concepto normal y anormal desde la realidad y lo subjetivo de la otra persona que tiene algún padecimiento.



Diferentes autores (Mustaca & Gandolf, 1995; Palacio, 2013; Vázquez, 1990) plantean también la importancia de la subjetividad, entendiéndose esta como las percepciones, conocimientos y argumentos basados en el punto de vista del sujeto, a la hora de comprender los conceptos de lo anómalo y lo normal. Pues a raíz de tener criterios ya establecidos para entender la anormalidad y normalidad en la práctica clínica, estaríamos reduciendo al sujeto a un ente pasivo que se comporta al nivel de lo que es esperado, bajo ciertos criterios, considerando así al que se salga de esto, es un anormal, sin tener en cuenta la subjetividad de cada persona (Palacio, 2013). Por esto es que se plantea que los términos de normalidad y anormalidad varían dependiendo de las diferentes culturas, lo que es subjetivo en cada persona y el contexto en el que se presente. Al respecto plantea Palacio (2013):

El individuo, la sociedad y el contexto, son elementos que se disponen de formas diferentes en el momento de precisar lo que se considera como normal y anormal, términos de por sí excluyentes pero que pueden cohabitar en cada subjetividad vista, definiciones que no alcanzan a determinar un sujeto ni alcanzan a estipular cómo habita lo subjetivo en medio de lo normal. (p. 5)

Entonces se podría plantear desde algunos autores (Arias, 2013; Flores & Díaz 2000; Palacio, 2013) que es el propio sujeto que hace una evaluación de ese malestar, es decir, que cada persona tendrá en cuenta lo que considera como normal-anormal y desde esa consideración se hará una interpretación al comportamiento que se presenta como desviado. De este modo Arias (2013) reafirma que no se niega la existencia de los desórdenes psicológicos, sino que se busca una comprensión más amplia de lo normal-anormal, tomando en cuenta la subjetividad.

Se presentan unas propuestas terapéuticas que van más allá del modelo médico que se maneja en las instituciones de salud. Estas nuevas terapias responden a las necesidades propias de la psicología, es decir, a los problemas o padecimientos que van más allá de los términos salud-enfermedad, como lo son los problemas de la vida cotidiana, de la humanización de esas dificultades. Lo que se pretende es generar dentro de cada persona el reconocimiento de los recursos personales que se tienen y que estos sean las herramientas para enfrentarse a los problemas de la vida (Arias, 2013; Pérez & Fernández, 2008).



En el 2002, Pedrique planteó una perspectiva etnológica, esta propuesta radica en tomar en cuenta los aspectos culturales que son relevantes a la hora de entender los conceptos de normalidad-anormalidad. A su vez se debe reconocer que en casi todas las sociedades hay una descripción o explicación de lo anormal, pues cada cultura representa un modo de ver y dar cuenta de lo que ocurre en ella. Pero Laplantine (citado en Pedrique, 2002) plantea que no se debe confundir la “salud mental” con la “normalidad cultural”. Puesto que si la forma de tratar un comportamiento “anormal” es a través de rituales y esto es aceptado culturalmente, eso no implica que el sujeto tenga una “curación”, porque supuestamente debe haber una reflexión interna y un proceso más allá que permita la reflexión. Pero las cosas son diferentes en una población multicultural donde aún hay creencias sobrenaturales que dan cuenta del comportamiento anormal, como es el caso de Venezuela (Pedrique, 2002). Fácilmente se podría tener en cuenta estos aspectos en Colombia donde las explicaciones de lo anormal se suelen dar desde creencias tradicionales de espíritus, demonios, maleficios etc. Por lo que se puede tener un diagnóstico clínico de lo que le sucede y llevar un tratamiento, pero que luego será tratado también desde otras alternativas más tradicionales (Pedrique, 2002).

Conclusiones

Esta revisión dio cuenta de nuevas propuestas o formas de entender los términos de normalidad-anormalidad que son importantes en el ejercicio de la psicología clínica.

Aunque se vea que hay otras propuestas más allá de los criterios de clasificación, en el contexto se puede evidenciar un desconocimiento de estas nuevas propuestas y por tanto una manera de enfrentar las dificultades de los demás en criterios de normalidad y anormalidad, dejando a un lado la experiencia subjetiva, la etnología de determinada cultura, la importancia de no ver lo anormal como algo patológico.

Adicionalmente a lo anterior, con respecto a la subjetividad, se debe cuestionar cómo se está entendiendo el malestar de la otra persona, si es de las creencias que se poseen en una dimensión social o si se ha replanteado y ese malestar lo vemos desde la experiencia del otro, tomando en cuenta su contexto, sus creencias, su modo de entender lo que le pasa, etc.

Relacionando este punto con el ejercicio de la psicología clínica, es necesario conocer entonces la posición que se va a tomar frente a las dificultades de la otra persona, porque se debe



tener claro en qué aspecto se va a intervenir y que técnicas se deben utilizar. Puesto que lo ideal sería tener claros los modelos teóricos y sus respectivas técnicas de intervención, para mantener una congruencia en el ejercicio de la clínica y de esta manera no confundir al paciente y uno mismo.

Referencias bibliográficas

- Arias, W. (2013). Psicología clínica y psicoterapia: revisión epistemológica y aportes de la psicología positiva. *Revista peruana de psicología y trabajo social*, 2, (1), 137-154.
- Bedoya, M. & Schnitter, M. (2010, enero – junio). Las rutas de emergencia de la psicología clínica y sus impertinencias. *Revista de psicología*, 2, (3), p. 23-39.
- Belloch, A. Sandín B. & Ramos, F. (1995). *Manual de psicopatología*. Madrid: Isabel Capella.
- Durand, V. & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson Editores S.A
- Flores F. & Díaz A. (2000) Normalidad y anormalidad; esquemas dicotómicos de la representación social en un grupo de profesionales de la salud mental. *POLIS Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*, (1), 247-262.
- López, J. Ortiz, T. & López, M. (1999). *Lecciones de psicología médica*. Barcelona: Masson.
- Mustaca, A. & Gandolfi, E. (1995). El problema de la conducta normal. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 27, (1), p. 103-112.
- Palacio, L. (2013). Sobre el concepto de anormalidad. *Revista electrónica PSYCONEX*, 5, (7), p. 1-6.
- Pedrique, L. (2002). Entre la locura y la normalidad. *Boletín antropológico*, 20, (56), p.857-878.
- Pérez, M. & Fernández, J. (2008, sept – dic). Más allá de la salud mental: la psicología en atención primaria. *Redayic*, 29, (3), p. 251-270.
- Vázquez, C. (1990). El concepto de conducta anormal. En: F. Fuentenebro & C. Vázquez (Eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol.1, pp. 449-472). Madrid: McGraw-Hill.