

El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico*

The nosological conflict in psychopathology: Critical notes about the psychiatric diagnosis

Dante G. Duero

Profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Director de equipo de investigación del proyecto “Supuestos y creencias sobre normalidad enfermedad y locura: una aproximación fenomenológica a la psicología de sentido común” (avalado y subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba). Editor de la revista REPRESENTACIONES- SIRCA Publicaciones Académicas.

Correspondencia:
dduero@yahoo.com

Virginia Shapoff

Asistente de investigación. Miembro del Comité Editor de la Revista TESIS. Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

RESUMEN

El principio de clasificación semiótica ha marcado desde los tiempos de Kraepelin el desarrollo de la psiquiatría. La creación de los manuales DSM surgen en un intento por unificar los criterios taxonómicos y establecer un sistema de clasificación de las categorías mórbidas

* **Agradecimientos:** Deseamos agradecer a la profesora Laura Danón por la lectura atenta de este trabajo y por sus valiosos comentarios.

partiendo de la presencia de signos y síntomas. Apelando al principio de “operacionalización”, los autores de estos manuales pretendieron proveernos de una serie de criterios objetivos que nos permitiesen identificar de forma confiable diferentes trastornos mentales. En nuestro trabajo hacemos una crítica a la idea de diagnóstico psicopatológico que prevaleció dentro de la tradición psiquiátrica dominante así como a la concepción de diagnóstico a partir de tales criterios operacionales. Procuramos mostrar que dicho proceso depende de una forma de juicio que requiere la valoración global del paciente y su mundo significativo, así como de su contexto cultural e histórico.

Palabras clave: Diagnóstico Psicopatológico - Cultura - Enfermedad Mental - Psiquiatría.

ABSTRACT

The principle of semiotic classification based on the supposition of natural entities, marked psychiatric development since Kraepelin. The creation of DSM tried to unify taxonomic criteria establishing a diagnostic classification of morbid categories in accordance with the presence of certain signs and symptoms. Appealing to the principle of “operationalization”, the authors of these manuals pretended to provide us with a series of objective criteria that could allowed us to identify different psychopathological disorders. In our study we critically analyze the dominant psychiatric conception and its considerations regarding the nature of the psychopathological diagnosis process. We criticize the idea that psychiatric diagnosis can fit to operational criteria. We will try to show, on the other hand, that such process depends on the patient’s global assessment as well as its historical and cultural context.

Key words: Psychopathological Diagnosis - Culture - Mental Illness - Mental Disorders - Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

En la concepción psiquiátrica tradicional ha sido patente la consideración de los trastornos psiquiátricos como entidades que se corresponden con clases naturales, es decir entidades que poseen algún

conjunto de rasgos, caracteres o propiedades esenciales que permiten su identificación y ubicación en una categoría dentro de un sistema taxonómico exhaustivo y excluyente. Así, parece ser un buen ejemplo de clasificación a partir de clases naturales, el sistema para clasificar a

los organismos vivos en monera, protista, hongos, plantas y animales, que parte no ya de similitudes externas y homologías (incluidas las aportadas desde la fenética numérica y la cladística), sino de sofisticadas técnicas para secuenciar aminoácidos y también de conocimientos específicos sobre la organización celular y el modo de nutrición de los diferentes organismos. Este modo de pensamiento esencialista ha tenido su impronta dentro de la medicina, la cual ha procedido al aislamiento de enfermedades y su clasificación en familias, géneros, especies o subespecies.

De acuerdo con Laplantine (1999) la concepción médica tradicional culmina, en alguna forma, en la ontología psiquiátrica de Pinel, quien se ocupa de clasificar las enfermedades mentales con el espíritu naturalista de Linneo y siguiendo un modelo botánico de organización. Tanto el anatomismo o solidismo, como la anatomopatología (que desde Vesalio hasta Morgani estuvo animada por una investigación sobre la sede de las enfermedades y el supuesto de que las alteraciones funcionales que se traducen en una expresión sintomática se corresponden con alguna forma de alteración orgánica) y el especificismo etiológico (que procura clasificar las causas que dan origen a la enfermedad), comparten una mirada ontológica de la enfermedad. Partiendo de un supuesto semejante, la psiquiatría ha pretendido establecer un sistema de clasificación de las llamadas “enfermedades mentales”, análogo a los sistemas taxonómicos del campo médico: el diagnóstico psiquiátrico resultaría de la lectura semiótica que sería expresión del funcionamiento infraestructural

anormal del sistema nervioso (Cunningham, 2000).

Hacia los años 60, con el fin de unificar criterios taxonómicos, se crearon el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y, posteriormente, los Manuales de la Organización Mundial de la Salud (CIE). Apelando al principio de “operacionalización”, los autores de estos manuales pretendieron proveernos de una serie de criterios objetivos que nos permitiesen identificar de forma confiable los diferentes desórdenes psicopatológicos. En el presente artículo revisamos algunos supuestos que subyacen a la construcción y uso de esta clase de sistemas nosográficos.

Se trata de un trabajo de revisión bibliográfica y análisis teórico. Para la búsqueda y selección de las fuentes se recurrió al empleo de palabras clave en castellano e inglés (algunas de ellas fueron: psychiatric diagnosis, psychopathology, psychiatric disorders, mental illness, disease, symptom, signs, cultural dimensions of illness, etc.) que sirvieron como motores de búsqueda en bases de datos y publicaciones especializadas (revistas de psicología y psiquiatría). Se identificaron, asimismo, artículos pertinentes a través del método de seguimiento por referencias cruzadas. Para ello, se utilizaron criterios de inclusión según ejes temáticos de relevancia (criterios para el diagnóstico psiquiátrico, sistemas y criterios de clasificación de los trastornos mentales, dilemas diagnósticos, agrupaciones diagnósticas, evaluación multiaxial, juicio clínico, psiquiatría transcultural; etnopsiquiatría, etc.).

Como señalan importantes

especialistas, dentro de la psiquiatría resulta difícil establecer si los sistemas de clasificación de las enfermedades describen verdaderas tipologías naturales o quimeras arbitrarias. En la actualidad se espera que la psiquiatría disfrute de un sistema diagnóstico a partir de la patogenia, como ocurre en el resto de los campos de la medicina. Sin embargo, un sistema tal es por el momento una ilusión para el futuro (Hyman, 2005). Con nuestro análisis tratamos de mostrar que las propias categorías diagnósticas empleadas en la práctica psiquiátrica se hallan insertas en una lógica cultural que las condiciona, ya que se sostienen sobre criterios que son vinculantes respecto del contexto sociocultural al que pertenece cada paciente.

Sostenemos que, a diferencia de lo que ocurre en otras ramas médicas, el lenguaje psiquiátrico se caracteriza por apelar de forma implícita a marcos canónicos sobre lo que son acciones, motivos y razones típicos, así como también significados compartidos con nuestra comunidad sobre nuestras acciones y modos de relación. Es decir que las formas en que cada comunidad piensa y significa la enfermedad y las experiencias de sufrimiento, delimitan y dan forma a lo que se considera un trastorno y también a lo que se concibe como su curación. Partimos de revisar una serie de investigaciones que muestran, a nuestro modo de ver, una propensión a exagerar lo que de específico, universal y común pudieran tener los diferentes cuadros psicopatológicos. Por otro lado, invitamos al lector a reflexionar sobre la importancia de atender a la influencia de diversos elementos históricos y culturales en las

consideraciones diagnósticas y la creación de categorías nosográficas.

El concepto de homeostasis en medicina

De acuerdo con Canguilhem (1970), a lo largo de la historia, la medicina ha desarrollado esencialmente dos formas de mirar la enfermedad, una ontológica y otra dinámica. La primera, que combina la idea de la enfermedad como posesión con la experiencia de las afecciones parasitarias, atiende a la enfermedad como resultado de una clase de entidad que contamina e infecta al cuerpo. La medicina griega, por su parte, presenta una concepción totalizante de la enfermedad. Desde esta última perspectiva, la naturaleza es concebida como armonía y equilibrio, y la enfermedad se presenta como perturbación de esa armonía y como el esfuerzo del organismo por obtener una nueva estabilidad. La enfermedad es así entendida como una expresión perturbada, exagerada, aminorada o anulada, de una función normal y no ya como una entidad extrafisiológica; y los síntomas manifiestan el conjunto de funciones preexistentes que varían en intensidad respecto del estado normal.

A estas mismas concepciones se ha referido Henry Ey en sus memorables *Estudios* (2006) cuando contrapusiera una perspectiva médica mecanicista, anatomista, solidista y atomística — legado de la escuela de Cnido— que veía la enfermedad como consecuencia de un traumatismo simple, de la intromisión de un cuerpo extraño o de procesos parasitarios, y que se hallaba preocupada por aislar las enfermedades como entidades; a otra vitalista,

biológica, humoral, totalizadora y dinamista, que concebía al organismo como un equilibrio de fuerzas y en la que la enfermedad era entendida como una reacción. El sistema hipocrático sería el primer ejemplo de esta segunda forma del pensar médico.

Canguilhem y Ey coinciden en que el pensamiento médico no ha dejado de oscilar entre estas dos maneras de representar la enfermedad. Las enfermedades de carencia así como las enfermedades infecciosas o parasitarias apuntalan la teoría ontológica. De hecho, la teoría microbiana de las enfermedades contagiosas debe parte de su éxito a esta forma extendida de representación ontológica del mal. En tanto, las perturbaciones endocrinas así como todas aquellas enfermedades para las que se emplea el prefijo “dis”, se adhieren a una teoría dinamista o funcional. Un ejemplo de lo anterior lo hallamos en los estudios de la diabetes que nos ofreciera Claude Bernard (poliuria, polidipsia, polifagia, autofagia y glucosuria), en los que la enfermedad es tenida por una reacción generalizada del organismo con intenciones de curación (Canguilhem, 1970).

De acuerdo con Henry Ey, en el siglo XIX el desarrollo de la anatomía y la fisiología supuso el triunfo de una ciencia médica mecanicista y “antihipocrática”. Este autor afirma:

El mecanicismo del siglo XIX parece haber determinado la adquisición de una masa considerable de conocimientos, pero también haber llegado actualmente a sus límites y agotamiento. Por otra parte, en general, las teorías mecanicistas siempre parecen haber sido, en su

aplicación a la patología interna, más empíricas, más clínicas y más terapéuticas. Veremos que no sucede lo mismo que en esa parte de la medicina que es la psiquiatría. Pero en el dominio de las enfermedades orgánicas, de las afecciones de los diversos aparatos, no solo parecen necesarias sino, incluso, superiores a las doctrinas humorales. Pero sigue siendo un hecho que cuando cada fase del movimiento mecanicista llega a sus límites debe renovarse y dar lugar al soplo hipocrático que reanima la patología, que el mecanicismo tiende a desecar y a atomizar (Ey, 2006, p. 29)²

Hacia 1901, cuando Hans Driestch publica en Leipzig *Die organischen Regulationen*, reinstaura para la medicina una perspectiva de pensamiento que la acerca nuevamente a la doctrina hipocrática. Aparece aquí la idea de economía, tecnología y fisiología ligada a la noción de regulación biológica. Tras esta idea, hallamos el supuesto de que existen dispositivos reguladores que apuntan a la compensación y a la conservación orgánica, dos aspectos clave para la regulación biológica. La normalidad y la enfermedad vuelven a ser vistas, desde entonces, en términos de lo que contribuye o no a la homeostasis y a la adaptación en términos biológicos. La enfermedad aparece cuando los mecanismos que hacen posible dicha regulación comienzan a fallar. Un

² Como es sabido Ey, que se define organicista (y antimecanicista), considera que los trastornos psiquiátricos poseen un correlato orgánico; aboga, sin embargo, por una perspectiva holística para su estudio. Al momento de conceptualizar e identificar esta clase de cuadros, sostiene, las consideraciones de tipo fenomenológicas y clínicas globales en relación con el conjunto de la vida psíquica no pueden ser desestimadas ni reducida a un conjunto de funciones atomizadas.

funcionamiento regulado adecuadamente aporta armonía a la estructura global del sistema. A partir de entonces, los cuadros clínicos comienzan a ser analizados en términos de mecanismos normales y reacciones adaptativas del organismo. Éste reacciona al ataque patológico para repararlo, buscando mantener, a partir de las funciones originales, la homeostasis general del sistema (Canguilhem, 1988).

A partir de entonces, también la psiquiatría abandona parcialmente el pensamiento mecanicista y localizacionista. Con la noción de “totalidad”, psicológica u orgánica, se abandonan los postulados de sistemas como el de Griesinger y Wernike que nos llevaban a pensar la enfermedad como una entidad específica con una realidad independiente; deja, asimismo, de otorgársele un estatus natural a los síntomas. También la enfermedad mental es ahora concebida como una reacción global (del individuo) y no como una entidad autónoma. Así, al suponer que en patología mental se abordaba la alteración de la personalidad, se presumió que la psiquiatría daba un giro análogo al de las restantes ramas médicas (Foucault, 2006).

Pero como nos lo hicieran notar Canguilhem y Ey, el de las enfermedades mentales (en el texto, el primer autor usa la expresión “enfermedades del cerebro” más dándole una connotación análoga a la de “enfermedades mentales”³) resulta

ser uno de los casos particularmente reacios a ser explicados a partir de principios dinamistas como los observados y descritos por Bernard para la medicina.

Cuando se consideraban las funciones superiores de la vida de relación como sumas de reflejos elementales y a los centros cerebrales como casilleros de imágenes o huellas, una explicación de tipo cuantitativo de los fenómenos patológicos se imponía” [...]. “Pero las concepciones de Hughings Jackson, de Head, de Sherrington –que prepararon teorías más recientes como las de Goldstein– orientaron la investigación en direcciones en las que los hechos adquirieron un valor sintético, cualitativo, desconocido al principio (Canguilhem, 1970, pp. 58-59).

De acuerdo con Goldstein, resulta imposible atender problemas tales como las perturbaciones del lenguaje como una variación del comportamiento normal ni, por tanto, aclarar (como ocurre en otras ramas médicas) el comportamiento normal, partiendo del patológico; ello a menos que se tenga presente la modificación que se da, como consecuencia de la enfermedad, en el nivel de toda la personalidad del paciente (Canguilhem, 1970). En este sentido, Foucault (2006) afirma que la psicología no pudo proveer jamás a la psicopatología algo parecido a lo que la fisiología pudo prestarle a la medicina. Y Canguilhem subraya: “En general, no hay que relacionar determinado acto de un sujeto normal con un acto análogo del enfermo, sin comprender el sentido y el valor del acto patológico para las posibilidades de existencia del

³ Por ser fieles al autor hemos respetado su expresión. Cabe aclarar, sin embargo, que Canguilhem no distingue entre enfermedades mentales y enfermedades del cerebro. De la lectura de sus trabajos puede uno deducir como enfermedades del cerebro tanto a las enfermedades neurológicas como a las psiquiátricas.

organismo afectado” (1970, p. 59). Como reconoce este autor, la discontinuidad entre el estado normal y el patológico parece ser común tanto a las afecciones del Sistema Nervioso Central como a las enfermedades infecciosas. Sin embargo, entre las primeras y las segundas existe una diferencia sustancial y es que lo que se ve afectado en los trastornos psiquiátricos no es tal o cual función biológica ni tampoco el organismo como un todo, sino la personalidad global del individuo; por global estamos entendiendo el conjunto de disposiciones totales (históricamente condicionadas), que la persona expresa con respecto a su mundo vital y al contexto social del cual forma parte. Las reglas de ajuste respecto de las cuales el enfermo se distancia no son en ningún sentido reglas biológicas que se rijan de acuerdo con un orden vital, sino reglas que discuten con un orden social⁴. Es debido a esto último que en medicina orgánica (Ey, 2006), los métodos permiten resaltar, en términos de totalidad orgánica, al individuo como sujeto enfermo sobre el trasfondo de su medio. La abstracción de aquel, respecto de éste, está permitida. En el

⁴ Al decir que las reglas de ajuste que se usan para evaluar la patología mental están establecidas desde un orden social, no negamos la participación de una estructura biológica ni su determinación sobre los modos de reaccionar y conducirse de la persona tanto sana como enferma. Sólo pretendemos decir que los criterios para evaluar dichas conductas como patológicas o anormales no resultan análogos a los que se usan dentro del resto de la medicina para establecer que una reacción es sintomática y desajustada. Como hemos venido señalando, en medicina la normalidad y la enfermedad se entienden en términos de lo que contribuye o no a la homeostasis y a la adaptación en términos biológicos. La enfermedad aparece cuando se pone en riesgo el equilibrio y la función vital del organismo. En psiquiatría, la anormalidad se expresa como un desajuste con respecto a un conjunto de normas prescriptivas que han sido socialmente aceptadas; la norma de comparación no se deriva aquí, en principio al menos, del funcionamiento biológico. Más adelante volveremos sobre este problema.

campo de la patología mental, la realidad del enfermo debe ser atendida teniendo en cuenta el modo que el sujeto tiene de reaccionar a su medio, pero también las respuestas que éste último expresa respecto de aquel. Acierta Foucault al afirmar al respecto que “la dialéctica de las reacciones del individuo con su medio no se realiza del mismo modo en fisiología patológica que en psicología patológica” (2006, p. 24).

Enfermedad y trastorno mental

En la concepción psiquiátrica tradicional ha prevalecido la idea de que cada categoría psicopatológica se corresponde con alguna clase natural y que los desórdenes psiquiátricos poseen, como los trastornos médicos, características etiológicas, patológicas, sintomatológicas, de prognosis y de respuesta al tratamiento, todo lo cual hace posible su identificación, descripción y abordaje —por parte del especialista— de forma semejante a cualquier otra enfermedad médica. Partiendo de estos supuestos, la psiquiatría ha pretendido establecer un sistema de clasificación de las llamadas enfermedades mentales análogo a los sistemas taxonómicos de las otras ramas de la medicina. La elaboración de las diferentes versiones del DSM constituye el más claro ejemplo de ello⁵.

⁵ Que esta meta ha guiado el interés de los redactores parece desprenderse de la introducción al manual, en donde se afirma explícitamente: “La formulación de categorías es el método habitual de organizar y transmitir información en la vida diaria, y ha sido el enfoque fundamental empleado en todos los sistemas de diagnóstico médico”. Tras ello se justifica el uso del enfoque categorial para el diseño de las categorías.

Según los autores del DSM IV, la CIE no incluía originariamente criterios diagnósticos ni un sistema multiaxial ya que su función primordial era establecer categorías para

La dificultad para arribar a diagnósticos y cuadros nosológicos fiables representó históricamente un problema dentro de la profesión psiquiátrica. Con el fin de unificar criterios taxonómicos y partiendo de una revisión profunda de los principios diagnósticos, se elaboraron los manuales DSM. A partir de la tercera edición, se adoptó el concepto de operacionalización de Bridgman para la elaboración de las categorías diagnósticas, el cual postula la explicitación de un conjunto de criterios exhaustivos y excluyentes que permitan determinar de forma fehaciente y objetiva la presencia o ausencia del fenómeno a estudiar (en este caso los síntomas y síndromes). El comité redactor muestra, desde entonces, una tendencia a alejarse de cualquier clase de consideración psicogenética o etiopatológica en relación a los trastornos y a hacer hincapié, en cambio, en una descripción minuciosa de los aspectos sintomáticos que caracterizan los distintos cuadros (Widiger y Clark, 2000). De este modo, se pretendía dejar a un lado el problema de la “etiología” de la enfermedad mental así como cualquier clase de elucubración teórica sobre su naturaleza⁶. Se intentaba caracterizar cada desorden especificando la presencia y el grado de anormalidad, a partir de criterios que fueran posibles

de determinar empíricamente y de forma fiable (Cunningam Owens, 2000, APA, 1995). Sin embargo, pese al pretendido carácter ateorico que sustentaría esta clase de manuales, el principio de clasificación semiótica mismo se basa en el supuesto de que los trastornos mentales constituyen entidades naturales.

En el DSM IV (APA, 1995) se señala la dificultad de delimitar y definir qué es un trastorno mental y se destaca que dicha noción, del mismo modo que otros términos en medicina, carece de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. En el apartado introductorio se realiza una distinción entre las enfermedades médicas, las cuales pueden definirse a partir de diversos niveles de abstracción (tales como: patología estructural, forma de presentación de los síntomas, desviación de la norma fisiológica y etiología) y los trastornos mentales, definidos a partir de una gran variedad de conceptos (por ejemplo, malestar, descontrol, incapacidad, limitación, irracionalidad, etiología, inflexibilidad), cada uno de los cuales sería un indicador útil para un tipo de trastorno mental, aunque ninguno equivale al concepto (APA, 1995).

De modo similar, en la CIE-10 (1992) se desarrollan una serie de discusiones sobre los problemas terminológicos que se generan en torno a la noción de trastorno mental. Al respecto se señala que dicho término es utilizado a lo largo de la clasificación para evitar los problemas que plantea usar otros conceptos tales como “enfermedad” o “padecimiento”, pero se sostiene que aunque el término “trastorno” no es preciso, se lo utiliza

hacer más fácil la recogida de datos estadísticos referentes a la salud pública. Por el contrario, el DSM III se confeccionó con el objetivo adicional de proporcionar una nomenclatura médica para clínicos e investigadores.

⁶ En la introducción del DSM IV (1995) los redactores expresan al respecto: “el DSM III introdujo una serie de importantes innovaciones metodológicas como criterios diagnósticos explícitos, un sistema multiaxial y un enfoque descriptivo que pretendía ser neutral respecto a las teorías etiológicas” (pág. XVII). Este criterio prevaleció en la elaboración del DSM IV.

para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo.

En el DSM IV (APA, 1995) se caracteriza al trastorno mental como un patrón o un síndrome psicológico o comportamental individual clínicamente significativo asociado con la presencia de estrés, discapacidad o con un incremento significativo de la posibilidad de sufrir muerte, dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Este patrón o síndrome —se especifica en el manual— no debe ser solo una respuesta culturalmente sancionada como esperable a una clase particular de eventos. Pero por sobre todo —se remarca— ninguna conducta, por muy desviada o conflictiva que pudiera resultar, constituye un desorden mental a menos que tal desviación o conflicto sea un síntoma de una disfunción subyacente que se da a nivel del individuo. Igualmente, en la CIE-10 los trastornos mentales no incluyen disfunciones o conflictos sociales por sí mismos, si no se puede identificar la presencia de trastornos individuales (CIE-10, 1992).

Como reconoce Horwitz (2002) esta definición de trastorno mental presenta diferentes componentes: primero que nada, los desórdenes mentales suponen una disfunción interna; pensar en términos de patología mental conlleva a inferir la presencia de alguna clase de trastorno en la infraestructura orgánica, ya sea anatómica o funcional. Como consecuencia de ello, una respuesta “esperable” a un evento particular no constituye un trastorno mental.

Debemos por tanto distinguir los trastornos mentales de lo que serían simples conductas desviadas. Lo anterior supone que la sola presencia de “síntomas” no es jamás un indicador suficiente de la presencia de un trastorno mental. Sólo lo serían aquellos “síntomas” que se presentan como consecuencia de la ya mencionada disfunción interna. En tal sentido, los mismos “síntomas” que podrían ser consecuencia de una disfunción interna, en otros contextos podrían resultar reacciones normales a elementos estresantes ambientales. Debido a ello, los significados y valores culturales necesariamente constituyen un componente indispensable para una definición válida de lo que es un trastorno mental. Por ejemplo, el DSM IV emplea términos como “inapropiado”, “bizarro”, “inesperado” o “desadaptado” cuando define desórdenes como la depresión mayor, la esquizofrenia, el ataque de pánico o la intoxicación alcohólica, respectivamente (APA 1995, pp. 237, 275, 402 y 197). Ninguno de estos términos posee referentes universales; solamente son significativos dentro de un contexto social y cultural dado. En tal sentido, jamás puede obviarse que la clase de valoración que lleva a cabo el psiquiatra cuando determina la presencia de un trastorno mental o un “síntoma” es de una índole muy diferente a lo que pudiera ser la mera valoración del funcionamiento cerebral o de cualquier otro órgano (Horwitz, 2002).

Algo que reconociera hace ya más de cincuenta años Ey (2006) — crítico de las clasificaciones psicopatológicas nosográficas que aíslan síndromes artificiales desde su

atomismo— es que la psiquiatría impone siempre un diagnóstico a doble entrada, a la vez “clínico” y “etiológico”. Las formas de organización patológica de la vida psíquica suponen alguna modalidad de trastorno estructural biológico. Sin embargo, esto no implica jamás reducir el diagnóstico clínico a un diagnóstico etiológico, pues en la mayoría de las enfermedades psiquiátricas la etiología no guarda relación directa con las categorías clínicas; diversos cuadros pueden estar ocasionados por una misma etiología y a la inversa. Por lo anterior, Ey no solo cuestionó el reinado de una psiquiatría mecanicista que al atomizar la semiología empobreció la psicopatología, sino que además abogó por una psiquiatría que al mismo tiempo que médica fuera resueltamente antropológica; es decir, que tuviera siempre en mente que su objeto de estudio no es jamás una enfermedad sino una persona. Dentro de esta rama médica no es posible ni conveniente aislar un síntoma de su contexto puesto que cada síntoma constituye en sí mismo un mundo, dice.

Es por ello que, durante el diagnóstico y la intervención psiquiátrica, el psicopatólogo lleva a cabo una serie de evaluaciones que requieren el uso de criterios sociales y culturales que convierten su labor en una actividad muy diferente a la de otras ramas médicas. Lo que ocurre concretamente es que lo que constituye o no un trastorno mental y lo que hemos de considerar su expresión sintomática es siempre algo social y culturalmente negociado. La distinción entre lo que se considera funcionar apropiadamente o no, es, por lejos y ante todo, una valoración con claros componentes filosóficos, jurídicos e

incluso morales, y no un juicio basado en conocimientos específicamente médicos. Las consideraciones culturales y las creencias que la comunidad sostiene respecto de lo que son conductas, creencias y emociones normales y anormales, resultan esenciales para comprender la enfermedad mental (Horwitz, 2002).

El diagnóstico psicopatológico

Según venimos diciendo, el diagnóstico y la caracterización misma de lo que es un cuadro psiquiátrico se sostienen sobre criterios que resultan vinculantes respecto del contexto sociocultural al que pertenece el denominado “enfermo”. Esta clase de juicios no siempre son claros a la hora de establecer qué es y qué no es un trastorno o disfunción, pues contiene componentes valorativos que definen qué es comprensible y qué no, qué es racional o irracional, compulsivo o libremente elegido, esperado o inesperado; todo ello siempre en función de una situación particular.

Es preciso hacer mención que el DSM IV realiza, en relación con lo que venimos hablando, un avance importante con respecto a las versiones anteriores, al reconocer la importancia de los aspectos culturales e incluir invitaciones a reflexionar respecto del rol de la cultura en la expresión y valoración de los diferentes cuadros sindrómicos. Pese a ello, pueden observarse todavía limitaciones que han de ser consideradas. Los comentarios respecto a cuál es la importancia que tiene el contexto cultural al momento de definir qué es “normal” y “anormal”, cuáles son consideradas las formas aceptables para experimentar el

sufrimiento o qué se entiende por trastorno mental, no abarcan más que algunas páginas y ciertos comentarios escuetos luego de la caracterización de cada trastorno (allí los autores se atienen a enunciar algunas generalidades sobre la relevancia de atender al contexto sociocultural del enfermo al momento de llevar a cabo un diagnóstico). Asimismo, el DSM-IV aporta información sobre los denominados “síndromes dependientes de la cultura” (Yap, 1951). Se ha confeccionado un apéndice acerca de estos síndromes (apéndice J) que engloba el nombre de cada trastorno, las culturas en las que se ha observado y una breve descripción psicopatológica. Pero no se analiza con profundidad las implicaciones que dichos marcos culturales tienen en la elaboración misma de las taxonomías y los criterios diagnósticos ni sobre las formas en que la cultura configura y significa las experiencias de sufrimiento. En tal sentido, no hay un cuestionamiento profundo respecto al hecho de que las propias categorías diagnósticas están insertas en un sistema cultural.

En relación con ello, resulta curioso que pese a que uno de los objetivos centrales de estos manuales era el de asegurar categorías psicopatológicas universales y disminuir el rol del juicio clínico para las elaboraciones diagnósticas (es por ello que parecen privilegiarse las descripciones sintomatológicas atomizadas, así como una constante referencia a criterios empíricos que aseguren formas objetivas de evaluación), explícitamente se acepta que un uso correcto de los criterios propuestos depende de elementos

relativos al juicio intuitivo y a las consideraciones culturales que pueda hacer el propio clínico.

Por otro lado, y como mencionamos antes, un punto clave para determinar cuándo estamos y cuándo no ante un trastorno mental, es la identificación de una disfunción interna como su causa. La presencia de un trastorno mental implica suponer la alteración de los mecanismos internos responsables del buen funcionamiento de las estructuras que posibilitan determinadas capacidades. Sin embargo, la identificación de tal disfunción interna pocas veces se hace en forma independiente de la evaluación clínica del cuadro. En la clínica, por lo común, se lleva a cabo el diagnóstico sintomatológico y se presupone que cierta disfunción subyacente es la causa. Es decir, que es necesario aceptar que una conducta desviada es ocasionada por una anomalía estructural para considerarla un síntoma; pero es la identificación de dicha conducta lo que lleva al clínico a suponer la presencia de una disfunción interna⁷.

⁷ Actualmente se están haciendo investigaciones que han logrado establecer algunas sugerentes asociaciones entre cuadros con sintomatología específica y datos obtenidos a través de estudios neurofuncionales y de laboratorio. Y de hecho, en el manual se citan algunos hallazgos de laboratorio relacionados con trastornos puntuales como el “insomnio primario”, la “narcolepsia” o los “trastornos del sueño con la respiración”. Sin embargo, para el diagnóstico de la mayoría de los restantes cuadros no se especifican anomalías a nivel subestructural ni se exigen pruebas adicionales al examen clínico. En la actualidad los mismos miembros del Comité Elaborador del DSM IV están proponiendo la inclusión de pruebas genéticas, de laboratorio, pruebas neuropsicológicas y pruebas de neuroimagen como criterios adicionales para los diagnósticos. No obstante, al presente reconocen, por un lado, que los estudios realizados no ofrecen aún la confiabilidad suficiente; por otro lado, sostienen que ello podría implicar cambiar el sistema de diagnóstico categorial actual por un sistema dimensional (lo que obligaría a descartar algunos cuadros que actualmente son caracterizados como entidades discretas y a reemplazarlos

Como afirmó Ey (2006), no es posible quitar al psiquiatra la responsabilidad de llevar a cabo un diagnóstico clínico. Sin embargo, y de acuerdo con el modelo psiquiátrico, también es preciso que el especialista sea capaz de establecer de forma válida criterios independientes para determinar cuándo nos encontramos y cuándo no ante síntomas ocasionados por una disfunción interna. Hasta el presente, no parece posible proponer un modelo que nos indique cómo es el funcionamiento normal de la infraestructura cerebral sin apelar directa e indirectamente a criterios fenomenológicos y clínicos. En este sentido, los manuales DSM terminan por considerar todos los síntomas (sean o no internos, esperables o desviados) como posibles signos de desorden, dejando a criterio del clínico el establecer si se trata o no de un signo de una disfunción subyacente.

Operacionalización y diagnóstico psiquiátrico

Como reconoce Cunningham Owens (2000) los principios operacionales desplazaron el foco de toda consideración teórica para centrarse en observables que permitieran al psiquiatra, cualquiera sea su formación, identificar y clasificar cada tipo de trastorno. Dentro del ámbito de la investigación estos criterios de decisión mostraron sus resultados más interesantes. En la práctica clínica, sin embargo, el psiquiatra está obligado a llevar a cabo

un interrogatorio comprensivo y exhaustivo del paciente, que se extienda por encima de cualquier listado de síntomas y que vaya más allá del plano de análisis individual, abarcando los múltiples aspectos que hacen al contexto familiar, social y laboral del paciente. Debido a ello, durante los últimos años los propios propulsores del manual han comenzado a revisar la utilidad de los criterios clínicos que se tienen en cuenta al momento de llevar a cabo un diagnóstico, así como los propios sistemas para la clasificación de los trastornos psiquiátricos. Finalmente, se ha comenzado a reconocer la especial importancia que tienen las consideraciones culturales, étnicas y de género del propio clínico en la elaboración misma de los diagnósticos y las taxonomías psicopatológicas.

Diversos estudios muestran, en relación con ello, que a la hora de diagnosticar, el clínico no puede deshacerse de consideraciones globales que exceden a las puntualizadas por esta clase de manuales. Al respecto, resultan ilustrativos trabajos como el de Razzouk y col. (2006), que muestran que los patrones de razonamientos que permiten al psiquiatra arribar al diagnóstico clínico incluyen consideraciones heterogéneas que exceden por mucho las especificadas según los criterios operacionales de clasificación psiquiátrica; la importante variabilidad respecto de la relevancia que cada experto otorga a los diferentes síntomas estimados para el diagnóstico en la práctica, y también cómo en la consulta los psiquiatras arriban a diagnósticos similares de diferentes cuadros, aún cuando no se hayan podido identificar todos los

por nociones continuas). Esto implicaría, además, descartar muchos de los síntomas que actualmente son considerados clave para el diagnóstico de los diferentes cuadros (Véase Phillips, First y Pincus, 2005, en especial los capítulos 3 y 5).

síntomas sugeridos por los manuales. Tal cual afirma Cunningham Owens (2000), sucede que los criterios de diagnóstico operacional han sido desarrollados basándose en el consenso entre expertos; pero esos criterios requieren del juicio clínico para decidir acerca de cuándo nos encontramos y cuándo no en presencia de un “síntoma”. Al respecto, en el DSM IV se destaca explícitamente que las categorías y criterios diagnósticos sirven como guías que han de usarse partiendo del juicio clínico y que deben ser utilizados por personas con experiencia clínica (APA, 1995). Más ese juicio supone hacer valoraciones sobre el modo como el enfermo está inserto en su mundo social y cultural. En relación con esto último, no deja de ser significativo que, en la actualidad, entre los criterios provistos por el DSM IV para diagnosticar un trastorno como la esquizofrenia, figuren además de síntomas como “lenguaje y comportamiento desorganizados”, “ideas delirantes” o “abulia”, la presencia de una “disfunción significativa en el desempeño laboral, en las relaciones interpersonales o en el cuidado de sí del enfermo”, “síntomas” que sólo podrán ser valorados como tales por alguien capaz de reconocer lo que socialmente es tenido o no por “desorganizado”, “delirante”, “abúlico” o “laboralmente disfuncional”.

Kleinman (1991) afirma que en medicina el diagnóstico consiste en un trabajo semiótico por el cual la sintomatología de un paciente es reinterpretada como signos de una afección particular. Sin embargo, los signos de un desorden psiquiátrico son más difíciles de interpretar, debido a

dos razones: por una parte, sólo pueden ser interpretados en parte y únicamente para cierta clase de trastornos, como resultado de una anormalidad biológica. Pero por otra parte, la clase de manifestaciones a las que atiende un psiquiatra cuando hace un diagnóstico son las que forman parte de la vida diaria de todas las personas, tales como experimentar infelicidad, actuar con mala fe, comunicarse inadecuadamente o comportarse injustamente.

Un diagnóstico psiquiátrico implica entonces —dice— una categorización tácita de algunas formas ordinarias de aflicción y de miseria humana como problema médico; implícitamente ello supone una interpretación de la experiencia de una persona, interpretación que difiere de acuerdo con la orientación de los profesionales y con diferentes factores sociales, tales como la especialidad clínica, las condiciones institucionales en que el profesional trabaja y los marcos de pensamiento de la cultura de la que es parte. Cabe comentar al respecto que los estudios etnográficos indican que las formas de concebir el cuerpo, las emociones o la personalidad cambian en las distintas culturas así como difieren, consecutivamente, las creencias sobre lo que es normal y lo que no (Good, 1977; Rosaldo, 1980; Lutz y White, 1986; Jansen, 1978; Kleinman, 1991). Por ejemplo, las creencias que alemanes y norteamericanos expresan sobre los trastornos mentales varían de forma importante e inciden sobre las concepciones de los profesionales de la salud, al punto de que los pacientes y los profesionales alemanes manifiestan opiniones más semejantes entre ellos

que lo que puede verse entre las perspectivas de los psiquiatras alemanes y norteamericanos (Townsend, 1978).

La depresión, que en Occidente hoy es interpretada como un trastorno mental, fue considerada antiguamente un problema religioso de pecado o culpa o un problema moral de desidia. En la China tradicional, por su parte, solamente eran considerados trastornos mentales la histeria y la locura, y otros problemas que hoy llamamos psiquiátricos eran reinterpretados como manifestaciones de desórdenes médicos o como problemas de la vida. Incluso en la actualidad, la presencia prolongada de síntomas como dolores de cabeza, vértigo y fatiga, dificultad para dormir, falta de apetito y energía, asociados con sentimientos de infelicidad, desesperanza y ansiedad son considerados dentro de esta sociedad como expresión de un problema médico y conlleva al diagnóstico de neurastenia (trastorno que ha sido excluido de los manuales de clasificación DSM). En Occidente, en cambio, esos mismos síntomas serían interpretados como indicadores de un trastorno depresivo mayor (Kleinman, 1991).

Barrett (s/f), citado en Kleinman, 1991) ha ofrecido evidencia que sugiere que la experiencia del yo dividido, típicamente asociado con la esquizofrenia en las sociedades occidentales, podría ser consecuencia de la concepción que en estos pueblos lleva a caracterizar a las personas como individuos. En China y en otras sociedades no occidentales, en donde las nociones de identidad personal resultan menos marcadas, esta clase de experiencia pareciera ser menos central. Según Plessner (1970), lo que

ocurre es que en occidente predomina una orientación metateórica que ha intensificado la experiencia de la identidad personal y la mismidad.

La presencia de síndromes como el *taijinkyofusho*, una especie de fobia a las relaciones interpersonales que se da en pacientes japoneses y que, a diferencia de la fobia social (que se asocia con sentimientos de inadecuación, vergüenza y temor a la crítica), se caracteriza por un profundo temor a ofender a otros, parecen indicar que la clasificación psiquiátrica de las fobias resulta inadecuada o limitada (Kleinman, 1991).

La anorexia nerviosa, por su parte, podría ser un trastorno dependiente de la cultura⁸. Esta patología pareciera no tener una tasa importante de prevalencia fuera de las culturas occidentales, con la excepción de algunas sociedades industrializadas notablemente influenciadas en sus costumbres por los valores de la cultura anglo-europea (Kleinman, 1991). Incluso en un plano histórico, los comportamientos anoréxicos dentro de occidente no parecen responder a las mismas motivaciones y sus patrones difieren. Durante el medioevo, por ejemplo, las conductas de abstinencia alimenticia parecían responder a ciertos ideales ascéticos ligados a la santidad y a la renuncia al cuerpo y a los placeres carnales. Las patologías en la alimentación que se dan en el presente parecen estar, en cambio, asociadas con ciertos ideales estéticos

⁸ Al decir que la anorexia nerviosa podría ser un trastorno dependiente de la cultura, no pretendemos negar el compromiso de estructuras específicas del cerebro, cosa que algunos estudios parecen indicar. Señalamos, sencillamente, que su aparición y sintomatología podría estar fuertemente condicionada por factores del entorno y que por tanto, podría no ser un trastorno de carácter universal.

que sobrevalúan la delgadez (Littlewood y Lipsedge, 1987).

Validez de las categorías psiquiátricas

En psiquiatría aún hoy, dice Boyle (2002), se privilegia cualquier tipo de consideración biológica como forma de conseguir credibilidad, cosa que resultaría difícil de obtener apelando exclusivamente a los modelos psiquiátricos de diagnóstico y clasificación (véase también Mc Glashan y Johannessen, 1996). Bentall (1990) remarca, respecto a ello, que, virtualmente, cada región del cerebro ha sido reclamada para ser relacionada con una enfermedad como la esquizofrenia, ello aún cuando haya diferentes estudios (Lader y col. 1984; Breggin, 1990) que muestran lo inespecíficas que son muchas de tales asociaciones. En relación con ello Dworj (1997) y Heckers (1997) han mostrado mediante estudios *post mortem* y uso de imágenes de la estructura del cerebro *in vivo* que los cerebros de los pacientes esquizofrénicos no difieren de la forma sustancial en que se ha pretendido, de los pacientes con desórdenes afectivos. Lewis (1990) por otra parte, quien revisó una veintena de estudios que comparan los tamaños de los ventrículos cerebrales (históricamente asociados con la esquizofrenia) y grupos normales, halló que sólo en ocho se hallaron diferencias significativas; y Andersen y col. (1990) encontraron que únicamente el 6% de los participantes con diagnóstico de esquizofrenia evidenciaban alteraciones en las medidas ventriculares por encima de dos desviaciones estándar, respecto de la muestra normal.

En contraposición con lo

anterior, aunque los hallazgos científicos de asociaciones entre el diagnóstico de este trastorno y diferentes factores relacionados con el estrés, los problemas familiares y “eventos de la vida” como el estrato sociocultural y el nivel educativo, resultan sugerentes (Falloon, 2000; Gomme, 1996; Aro y col. 1995; citados en Boyle, 2002), trastornos como la esquizofrenia continúan siendo presentados de una forma convincente como un desorden biológico. Una de las estrategias que se usa para ello es presentar toda asociación con factores sociales como consecuencia y nunca como causa de la enfermedad (Boyle, 2002).

Otra forma de restar importancia a la relación entre la esquizofrenia y los factores ambientales, para así dar peso al argumento médico, es hacer del ambiente un elemento biológico. Boyle cita un trabajo de Mc Gorty (2000), quien se propone mostrar que la disminución de vitamina D proporciona una posible explicación para el aumento de la probabilidad de presentar esquizofrenia en la segunda generación de inmigrantes de piel oscura, que fueron trasladados para vivir en climas más fríos. El argumento es que sus pieles serían menos eficientes para producir vitamina D. Lo que no se dice es que las regiones con climas fríos suelen poblarse por gente de piel blanca y que los de piel oscura de la segunda generación solían sufrir de altos niveles de racismo y de discriminación (Boyle, 2002)⁹.

⁹ Existe suficiente evidencia que permite suponer una fuerte asociación entre lo que se ha identificado como trastorno esquizofrénico y los cromosomas 6p, 8p, 10p, 13q y 22q (Tzuan, Stone, Tarbox y Faraone, 2005). Al parecer, la región de susceptibilidad principal para la transmisión de esquizofrenia estaría identificada en el cromosoma 1q21-22.

Algo que resulta curioso es que, pese al interés que los psiquiatras expresan por hallar correlaciones con hallazgos neurobiológicos, el proceso de diagnóstico y clasificación se sigue basando, en la actualidad y para la mayor parte de los trastornos contemplados en los manuales DSM, en criterios exclusivamente clínicos. En relación con esto último, algunos críticos de la concepción psiquiátrica tradicional sostienen que la clase de proceso evaluativo que se da durante el diagnóstico clínico psiquiátrico está imbuido en un trabajo interpretativo que no sólo no es reconocido como tal, sino que además se sostiene en una narrativa de la deficiencia que, por lo demás, ni siquiera resulta enteramente útil para posteriormente hacer un pronóstico certero o programar un plan de tratamiento. Porque algo que no se puede obviar es que los sistemas clasificatorios de la medicina apuntan a organizar, en función del diagnóstico, el tratamiento de las enfermedades. Es decir, un adecuado diagnóstico supone reconocer o bien la etiología o bien los aspectos que harían al curso de la enfermedad y a los factores que nos permitirían intervenir sobre ella. En

Por otra parte, también hay evidencia de que la expresión fenotípica de la patología podría depender de factores medioambientales y sociales. Sin embargo, no es nuestro interés en este trabajo discutir sobre cuáles son las causas de este trastorno mental sino focalizarnos sobre cuáles son los criterios que actualmente se emplean para hacer diagnósticos psiquiátricos. En relación a lo segundo, lo que aquí estamos diciendo es que, en la actualidad y dentro de la clínica, el diagnóstico supone una serie de consideraciones sociales que por lo demás forman parte de los mismos criterios que se estipulan para identificar a los diferentes cuadros. Queremos por otra parte señalar que en ocasiones remarcar la determinación de los factores biológicos en un plano etiopatogénico conlleva a suponer erróneamente que los criterios para identificar un trastorno son en sí mismos biológicos. Esto se apuntala en el razonamiento de que si la causa de un trastorno es biológica, entonces lo que se definió como trastorno también lo es, lo cual conlleva una falacia.

cualquiera de estos casos, lo que se procura, a partir del diagnóstico, es identificar los lineamientos para la terapéutica posterior. Pero los diagnósticos psiquiátricos tradicionales pocas veces permiten especificar con exactitud una terapéutica o siquiera un pronóstico preciso. Sólo a modo de ejemplo, ciertos medicamentos antipsicóticos son utilizados tanto para el tratamiento de la esquizofrenia, de cuadros de despersonalización, de brotes psicóticos agudos, así como también en ciertas fases en los trastornos del estado de ánimo, con niveles variables de efectividad dentro de cada caso (Johnstone y col. 1988). Algo semejante sucede con los antipsicóticos de segunda generación, eficaces para las fases depresivas y los trastornos bipolares. Alguien podría sostener que esto no es sólo un problema de los medicamentos psiquiátricos, por supuesto, sin embargo, deja pendiente un problema y es que uno de los principales objetivos de usar diagnósticos es asegurar una terapéutica precisa y efectiva. Si los conocimientos etiopatológicos y de los mecanismos de acción de los fármacos son insuficientes y la eficacia de los tratamientos se valora por una reducción sintomática que puede ser bastante inespecífica, entonces ¿cuál es la función de generar un complejo sistema taxonómico como el que se nos propone en esta clase de manuales?

Centrándonos ahora en lo que hace a los criterios diagnósticos mismos y volviendo al esquema clasificatorio usado de forma universal desde Kraepelin para las psicosis no orgánicas, Kendell y Gourlay (1970) reportan no haber sido capaces de establecer una sintomatología clara divisoria entre la

esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo. Debido a esto, en los últimos años se ha pensado incluso en descartar este sistema binario de clasificación. Siguiendo esta línea, Crow (1986) ha propuesto una teoría continua de la psicosis que retoma la mirada de Griesinger y el concepto prekraepeliano de *Einheitspsychose* o “psicosis unificada”. Al respecto cabe citar algunas investigaciones que proponen atender estos trastornos en términos de *clusters* de síntomas, empleando una estadística multivariada y vinculando dichos *clusters* con áreas del cerebro (Van Os, Fahy, Jonnes y col., 1996; McIntosh, Forrester, Lawrie y col. 2001).

Por su parte, Tsuan, Stone, Tarbox y Faraone (2005) cuestionan que cuadros como la esquizofrenia sigan concibiéndose como categorías discretas y señalan que esto conlleva a separar trastornos de forma artificial, y proponen adoptar una perspectiva dimensional. Entre otras cosas, critican el que se haya considerado a la psicosis como criterio para el diagnóstico de un trastorno como la esquizofrenia, aduciendo que tal sintomatología es inespecífica y se halla por tanto en otros muchos grupos diagnósticos. Para estos autores, la esquizofrenia podría ser la expresión fenotípica de características genéticamente transmitidas. Con la noción de esquizotaxia proponen un concepto dimensional continuo con el cual remiten a rasgos presentes en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, pero también en parientes cercanos. De acuerdo con Tsuan y col. (2005) se han encontrado alteraciones en pacientes esquizofrénicos y en parientes en primer grado, tanto a nivel genético

como en sus rendimientos en diferentes pruebas neuropsicológicas, psicofisiológicas y de neuroimágenes. La propuesta de Tsuang y su grupo es atender a una serie de síntomas negativos y déficit neuropsicológicos de nivel subclínico, que se hallarían presentes en distinto grado en un grupo más amplio de personas que el de los pacientes diagnosticados. Algunas de tales alteraciones serían: un menor rendimiento en las funciones ejecutivas, en la memoria verbal declarativa y en la atención; alteraciones en la supresión de los potenciales evocados auditivos P50 y alteraciones morfológicas y funcionales en estudios de neuroimagen. Aunque puede ser una línea prometedora, lo cierto es que estas disfunciones parecen ser también lo suficientemente inespecíficas como para estar presentes en otros muchos cuadros patológicos (por ejemplo, en el trastorno por déficit de atención o en el trastorno por estrés postraumático). Por otro lado, como ellos mismos reconocen, debieran extenderse y compararse esta clase de estudios con poblaciones normales, pues hasta ahora sólo se han centrado en esquizofrénicos y sus familiares directos. Finalmente, aunque la propuesta es en extremo interesante, según los propios autores nos llevaría a revisar y posiblemente a dejar de lado lo que históricamente ha representado un criterio clave para evaluar una enfermedad como la esquizofrenia: la presencia de sintomatología psicótica. Esto merecería, por lo menos, ser profundamente discutido.

Con respecto a la cuestión del diagnóstico y el pronóstico: contrariamente a las consideraciones que desde Kraepelin llevaron a

diferenciar y a suponer un mejor pronóstico para los trastornos del estado de ánimo que para la esquizofrenia, existe evidencia obtenida a partir de evaluaciones con anamnesis continuadas en el tiempo que sugieren un alto grado de discapacidad crónica en ambos grupos (Lee y Murray, 1988; Angs y Preisig, 1995). Aunque esto debiera ser investigado con mayor profundidad y detalle, esta clase de datos nos imponen al menos la obligación de revisar un supuesto poco cuestionado por la tradición psiquiátrica.

En relación con el pronóstico, Waxler (1977, citado en Kleinman, 1991) ha sostenido que allí en donde la esquizofrenia es vista como un problema agudo y se espera que los pacientes se conduzcan de forma similar a pacientes con otras enfermedades agudas, la familia y la comunidad responden reforzándolo positivamente y que, en cambio, la cronicidad resulta en buena medida de la clase de mensajes y respuestas que el paciente recibe de su contexto, las que le impiden volver a desarrollar la experiencia de tener un control sobre su propia vida. En conjunto con ello, otros factores, como las limitaciones económicas, las modalidades de ciertos programas de salud que retienen a los pacientes durante períodos prolongados, o las elevadas demandas de las sociedades industrializadas, se convierten en obstáculos adicionales para una evolución favorable de esta clase de cuadros. De hecho, estudios longitudinales parecen mostrar que en Occidente el curso de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia suele ser menos favorable que en otras sociedades (Alanen y col. 1986; Harding

y col. 1987). Jenkins (s/f, citado en Kleinman, 1991), ha encontrado que familias mexicanas-americanas, en donde se identifican los problemas de sus miembros esquizofrénicos como “nervios”, y en las que el lenguaje con que hablan del trastorno es menos estigmatizante y está menos asociado con emociones negativas, podrían permitir una mejor integración social de la persona enferma.

Ya en lo que hace referencia al trastorno por Depresión Mayor, están quienes sugieren que en los países del tercer mundo, en donde ha sido asociado con formas de expresión psicósomáticas, quienes lo presentan parecen presentar menor riesgo de suicidio que en sociedades económicamente desarrolladas (Kleinman, 1991). Al respecto, resultan sugerentes trabajos como los de Oquendo, Ellis, Greenwald, Weissman y Mann (2000). Estos investigadores estudiaron la prevalencia de episodios de depresión mayor junto con las tasas de suicidio en hombres y mujeres caucásicos, afroamericanos, estadounidenses de origen centroamericano, de origen cubano y de origen puertorriqueño, todos ellos residentes en Estados Unidos. Encontraron una tasa de depresión mayor en puertorriqueños que casi duplicaba a la de los restantes grupos. Por otra parte, las tasas de depresión de las mujeres de los cinco grupos resultó mayor a la de los hombres. En contraposición, la tasa de suicidios consumados en hombres caucásicos, afroamericanos y cubanos fue significativamente mayor que en puertorriqueños y que en las mujeres, en relación con la prevalencia anual de depresión. Es decir, la tasa de

depresión fue significativamente mayor entre los hombres puertorriqueños y las mujeres de los cinco grupos étnicos por lo que cabría esperar encontrar en estos grupos la tasa más alta de suicidio; los datos sugieren, pese a ello, lo contrario. Por un lado, los varones tienen una tasa de suicidio consumado con respecto a su tasa de depresión más alta que las mujeres. Por otro, los hombres puertorriqueños muestran la tasa más baja de suicidio consumado, siendo los varones caucásicos los que expresan la más elevada. Entre las mujeres, son también las caucásicas las que muestran el mayor riesgo de suicidio y las puertorriqueñas el más bajo. Los autores concluyen que el nivel de integración familiar y la expectación de adversidad, podrían funcionar como factores protectores en el afrontamiento del estrés crónico y que el rol de las iglesias afroamericanas como sistema de soporte social podría ofrecer una explicación a la menor tasa de suicidios entre afroamericanos.

En otro plano, Lin y Lin (1982) sugieren que la estigmatización de los pacientes psiquiátricos en China es mucho más marcada y limitante que en países occidentales ya que afecta no sólo al paciente sino a la familia en su conjunto. Cuando estos problemas son concebidos como trastornos mentales, aparecen creencias sobre sus causas, sus síntomas, los motivos de vulnerabilidad, la fisiopatología, el pronóstico y las expectativas de tratamiento que luego tienden a ser confirmadas¹⁰.

¹⁰ En cualquier enfermedad crónica es fundamental atender a los procesos narrativos por medio de los cuales el paciente significa la experiencia de enfermedad, lo cual resulta fundamental para comprender las transformaciones y respuestas del enfermo y su familia. Estas narrativas personales no sólo reflejan o comunican la experiencia del

Enfermedad mental: ¿categoría natural?

Al igual que Kraepelin, quien creía que los síndromes psiquiátricos observados en diferentes culturas enraizaban en similares patologías, aunque su expresión fenomenológica variase, muchos psiquiatras abocados a los estudios transculturales tienden a interpretar sus descubrimientos sobre cuadros patológicos desde un modelo de patogénesis y patoplasticidad médico y universal, según el cual —se supone— la biología determina el tipo de enfermedad psiquiátrica más allá de que la cultura afecte, configurando “disfraces” al verdadero trastorno subyacente, sus formas de expresión. Desde esta posición se expresa una tendencia a interpretar las distintas señales de malestar y sufrimiento como expresiones culturales diferentes de un mismo fenómeno. Se observa, así, una propensión a exagerar lo que sería universal y común a diversas culturas y a moderar, en cambio, lo que podría ser específico de cada cultura particular.

Para ilustrarnos sobre esta clase de problemas, Kleinman (1991) hace una revisión de diferentes investigaciones clásicas de psiquiatría transcultural en las que se intentó llevar a cabo estudios comparativos de ciertos trastornos mentales en culturas occidentales y no occidentales e industrializadas y no industrializadas. Una de estas investigaciones pioneras fue el International Pilot Study of Schizophrenia (1973) organizado por el National Institute of Mental Health y promovido por la Organización Mundial

enfermo sino que le dan forma e incluso condicionan las mismas “expresiones sintomáticas” (Kleinman, 1991).

de la Salud; el programa de investigación incluyó en su muestra a pacientes de India, Nigeria, Colombia, Dinamarca, Reino Unido, la Unión Soviética y los Estados Unidos. Los psiquiatras que participaron en el estudio fueron entrenados en el uso del Present State Examinations, una entrevista psiquiátrica estructurada que fue traducida a las lenguas de los pacientes. Usando criterios sumamente estrictos de inclusión y exclusión, este estudio mostró la presencia de cuadros sintomatológicos similares en las diferentes muestras. Pero como observa Kleinman es preciso atender al hecho de que muchos de los pacientes de los diferentes centros clínicos que participaron en la investigación fueron excluidos por no encajar con los criterios de selección. Esto indica la posibilidad de que la homogeneidad que pareció hallarse en los cuadros sintomatológicos de la muestra pueda haber sido en verdad un artefacto metodológico. Los pacientes que habían quedado excluidos de la muestra fueron precisamente aquellos cuya sintomatología expresaba mayor heterogeneidad. Si como criterio de inclusión en una muestra establecemos que los participantes de un estudio deben contar con un determinado rasgo X, posteriormente no habremos de sorprendernos al hallar que los participantes en cuestión poseen el rasgo en base al cual se hizo la selección. Quizá sea consecuencia de ello que, por lo general, los psiquiatras no tengan problemas para diagnosticar a aquellos pacientes que cumplen a rajatabla con los criterios que los manuales establecen como prototípicos de tal o cual trastorno. Cuando en cambio los pacientes manifiestan

conductas que se alejan de dichos patrones, comienzan las dificultades. Y es que el uso de definiciones operacionales o de criterios de inclusión jamás sirve como principio metodológico para describir ninguna clase de entidad natural. Por el contrario, constituyen modos predeterminados de definir lo que se ha acordado caracterizar y conceptualizar como un determinado fenómeno. Dice Kleinman: “Los hallazgos de la Organización Mundial de la Salud se basan en una muestra restringida que es atípica y sugieren la posible influencia de un artefacto administrativo o metodológico” (1991, p. 21).

Por otra parte, hemos de remarcar también que, aún dentro de esta homogeneidad se encontraron interesantes divergencias transculturales. A modo de ejemplo, la mayoría de los casos de catatonía se hallaron en India y Nigeria. Otro hallazgo inesperado fue que el curso de la esquizofrenia fue mejor para los pacientes de las sociedades menos desarrolladas y peor para aquellos de las sociedades más desarrolladas. Es llamativo, observa Kleinman (1991), la facilidad con que esta clase de diferencias tienden a ser desestimadas o pasadas por alto en este tipo de estudios.

Factores socioculturales y diagnóstico clínico psiquiátrico

Existe un sinnúmero de trabajos empíricos que sugieren que las características culturales de los pacientes como también de los clínicos, influyen en el modo en que se realizan las elecciones diagnósticas y de

tratamiento. Algunas de estas investigaciones hallaron que la raza/etnia de los pacientes influye negativamente en los juicios diagnósticos. Por ejemplo, Fischer y Millar (1973) encontraron que los clínicos tendían a diagnosticar a pacientes negros con patologías más leves que a pacientes blancos. En contraste, Loring y Powell (1998) hallaron, al presentar a algunos clínicos casos de pacientes con los mismos síntomas, que tendían a identificar a clientes negros de sexo masculino con trastornos más severos, que a clientes blancos o de sexo femenino. Por su parte, Pottick, Kirk, Hsieh y Tian (2007) presentaron a psiquiatras, psicólogos y asistentes sociales un número de viñetas con casos clínicos de jóvenes negros, hispanicos y blancos con síntomas de trastorno de la conducta, con el fin de examinar de qué manera la raza o la etnia de los clientes y las características de los clínicos afectaban el diagnóstico. Los resultados reflejaron que los evaluadores diagnosticaron trastornos mentales con menos frecuencia a jóvenes negros e hispanicos que a jóvenes blancos. Al parecer, los clínicos tendieron a juzgar los síntomas del grupo de jóvenes blancos como expresión de un trastorno mental, mientras que las conductas de los grupos minoritarios (negros e hispanicos) fueron concebidas como expresión de actitudes delictivas.

En un estudio similar, Nguyen, Arganza, Huang y Liao (2007) estudiaron el efecto de la raza sobre el diagnóstico de trastornos mentales en niños y adolescentes. Se halló que era más probable diagnosticar trastornos disruptivos de la conducta en niños negros y hawaianos nativos que en niños

blancos. Más aún, se pudo observar que era menos frecuente diagnosticar depresión y distimia en niños hispanicos que en blancos. Los autores sugieren que la percepción de los clínicos acerca del niño, basada en su propio marco cultural de referencia, pudo haber contribuido a encontrar tasas más altas de trastornos disruptivos de la conducta en niños negros y hawaianos nativos que en blancos. Según algunos autores (Loo y Rappaport, 1998; Skiba, Knesting y Bush, 2002; Weisz y McCarty, 1999) estas diferencias de diagnósticos y características clínicas podrían estar reflejando discrepancias “reales” en cuanto a las tasas de prevalencia de trastornos y síndromes clínicos, pero también existe la posibilidad de que los niños de color sean sobrediagnosticados o subdiagnosticados.

Como hemos venido diciendo, ocurre que la concepción psiquiátrica tradicional parte del supuesto de que el diagnóstico consiste en un proceso de observación objetiva del paciente; que nuestras observaciones son representaciones más o menos directas de la realidad y que nuestras descripciones sintomáticas delimitan entidades empíricas, es decir, cosas que hallamos en el mundo. La enfermedad mental sería, por lo demás, un fenómeno de características universales, que resulta de una disfunción interna en el sistema nervioso y que se explica por las propiedades biológicas de los organismos humanos. En contraposición con esto, estamos señalando que cualquier delimitación de lo que constituye un desorden mental contiene componentes específicos (aunque no exclusivos) de la cultura. Nuestras concepciones acerca de la locura se

originan, por tanto, en un dominio de valores sobre la sociedad humana que forman parte de nuestras asunciones fundamentales respecto de la vida y la muerte (Dixit, 2005; Turner, 2001). Lo que determina el que las acciones y comunicaciones de una persona sean consideradas o no expresión de patología mental depende de si se ajustan a lo que socialmente se considera normal y esperable. Y es que la cultura conforma las experiencias y expresiones psicopatológicas suministrando contenidos a los pensamientos y los sentimientos; prescribe asimismo cómo han de ser nuestras interacciones, qué sería un estilo de vida saludable o cuáles las características dinámicas de nuestra comunidad; todos estos elementos serían clave para pensar el problema de la salud y la enfermedad mental.

“Sistema de significatividades compartidos”

De acuerdo con Schütz (1962) el significado que atribuimos a una acción es resultado de una actividad selectiva e interpretativa que se ordena a partir de un “sistema de significatividades compartido” con los miembros de la comunidad de la cual formamos parte. Como reconoce Ricoeur (2004), a diferencia de un movimiento físico, una acción supone un entramado conceptual en el que participa un agente con intenciones, capaz de actuar con base en motivos y razones, cuyos propósitos pueden o no ser satisfechos. La posibilidad de volver significativas las conductas propias y de nuestros semejantes se ancla, por tanto, en nuestra competencia para activar una red conceptual compleja que otorga

sentido a lo que alguien hace o dice a partir de los vínculos que establecemos entre tales comportamientos y los componentes restantes de la red. Dicho marco sería, por lo demás, resultado de la decantación de construcciones de sentido común acerca de lo que se consideran acciones típicas, acerca de cuáles serían los medios que nuestra comunidad aconseja con vistas a alcanzar ciertos objetivos y acerca de cuál sería el trasfondo de razones y motivos que permitirían justificarla. Lo que en definitiva se supone conocido por todo el que comparta nuestro sistema de significatividades es el modo de vida que los miembros del endogrupo consideran natural, bueno y correcto (Schütz, 1962).

Dentro del endogrupo, la mayoría de los tipos personales y de los tipos de cursos de acción son presupuestos (hasta que se pruebe lo contrario) como un sistema de reglas y recetas que hasta ahora han resistido la prueba y se espera que la resistan en el futuro. Más aún, la pauta de construcciones típicas es institucionalizada con frecuencia como una norma de conducta, autorizada por las costumbres tradicionales y habituales (Schütz, 1962, p. 48).

De acuerdo con Schütz, nuestro sentido común procura superar las diferencias de perspectivas a fin de construir un esquema de racionalidad compartida. Para ello se presupone el principio de “intercambialidad de los puntos de vista” (creemos que nuestro semejante hará y verá las cosas de una forma semejante a nosotros; que si cambiamos nuestro lugar con el suyo, veremos las cosas de forma parecida a él) junto con el principio de

“congruencia de los sistemas de significatividades” (en tanto no se demuestre lo contrario, presuponemos que las diferencias de perspectivas originadas en nuestras situaciones biográficas exclusivas no son significativas para el propósito particular que perseguimos). Si logramos comunicarnos exitosamente, de modo tal que nos resulta relativamente sencillo predecir cuáles serán los comportamientos y comunicaciones próximas de nuestro interlocutor, presuponemos que nuestro conjunto de conjeturas funciona correctamente. O sea, presumimos que nuestro interlocutor se guiará por determinadas estructuras de significatividades expresadas en un conjunto de motivaciones más o menos constantes que conducen a ciertas pautas de acción también típicas. Es a partir de estas idealizaciones o construcciones tipificadoras que ordenamos los comportamientos propios y de nuestros semejantes, insertándolos en un marco de motivos y razones típicos para actuar, lo cual hace que las acciones sean significativas y predecibles. Este “sistema de significatividades” se encuentra implícitamente incorporado a una forma narrativa de configurar la experiencia.

En la clínica, el diagnóstico de un trastorno mental requiere una comparación de la clase de esquemas descritos por Schütz y la suposición de que, con respecto a cierta persona, es preciso abandonar algunos o todos estos supuestos. Ello debido a que: no posee un sistema de significatividad o bien éste se halla disminuido; a que dicho sistema de significatividad no se ha establecido a partir de las tipificaciones

del endogrupo; a que las acciones del sujeto no pueden ser provistas de sentido (se han suspendido las idealizaciones de “intercambiabilidad” y de “congruencia de sistema de significatividades”) y debido a ello se ha perdido la posibilidad de predecir y explicar “racionalmente” (en el sentido que lo toma este autor) la conducta con base en “razones”, “proyectos” o “intenciones” (siguiendo las prescripciones establecidas por el endogrupo); que en definitiva hay una dificultad para pensar las conductas del llamado paciente, como “acciones significativas” y a éste como un sujeto responsable capaz de autorregular sus acciones de forma voluntaria. Es decir: supone la implicación de tales “esquemas precomprensivos” (Schütz, 1962) junto con una valoración respecto del grado de distanciamiento de un individuo respecto de tales marcos de inteligibilidad. Todo esto supone, a su vez, un conocimiento profundo del contexto social que configura los significados y el conjunto de prescripciones canónicas de cada comunidad. Sin estos elementos esta clase de valoración se vuelve inviable.

CONCLUSIONES

Lamentablemente la psiquiatría ha sostenido demasiadas veces la idea de que los conceptos nosológicos designan o refieren a propiedades o entidades; es decir, prevalece la concepción agustiniana del lenguaje, según la cual las palabras nombran objetos o propiedades y por ende cada expresión tiene un significado que está dado por su correspondencia con alguna entidad del mundo. Tal concepción, que como reconociera Wittgenstein, se

adecua parcialmente al aprendizaje de significado de palabras como “mesa” o “silla”, desatiende el lugar que juegan en la lengua la denominación de acciones y propiedades, así como también a lo que sencillamente constituyen funciones o modos de uso del lenguaje (Gergen, 2005). En psicopatología esto conlleva a que se hayan intentado asociar los criterios sintomatológicos que identifican modos de funcionamiento social con diferentes enfermedades o trastornos subyacentes. En el fondo prevalece una concepción esencialista acerca de los síntomas y la enfermedad. Como hemos dicho, creemos que es un problema asumir que los trastornos mentales constituyen clases naturales y los síntomas, signos de aquellas. Por supuesto que no estamos con esto diciendo que se trate de conceptos absolutamente arbitrarios, ni tampoco que detrás de un cuadro como el que presenta un esquizofrénico no vaya uno a hallar un funcionamiento cerebral anormal¹¹. Lo que hemos de reconocer es que los criterios y categorías diagnósticas conforman, antes que nada, nociones útiles para ciertas prácticas, que poseen su justo valor cuando se las aplica teniendo en cuenta los marcos de significados y los contextos específicos de los que las

personas formamos parte. En tal sentido, dependen de consideraciones tanto médico-psicológicas, como antropológicas, filosóficas, jurídicas y hasta morales.

Y es que, a diferencia de lo que ocurre en otras ramas médicas, el lenguaje psiquiátrico se caracteriza por apelar de forma implícita a marcos canónicos sobre lo que son agentes, acciones, motivos y razones típicos, así como significados compartidos sobre nuestras acciones y relaciones. La caracterización psiquiátrica de los comportamientos como “extravagantes” o “bizarros”; de los lenguajes como “incomprensibles”; y de los pensamientos como “obsesivos”, “ilógicos” o “delirantes” nunca es posible si no se hace referencia a tales marcos. Toda valoración psiquiátrica contiene siempre componentes que definen y delimitan lo que es comprensible o incomprensible, racional o irracional, compulsivo o elegido en términos de principios canónicos y significados compartidos (Horwick, 2002).

La labor psiquiátrica no puede por ello desprenderse de estos marcos configuradores sino que los requiere para volver significativa su propia práctica. Esto es algo sobre lo cual es preciso reflexionar de forma concienzuda a fin de precisar cuáles son los alcances de la disciplina. Con nuestro trabajo hemos intentado ofrecer algunas aristas en relación con la problemática.

¹¹ Creemos que en la actualidad ningún científico serio podría poner en duda el absoluto compromiso que existe entre el funcionamiento de nuestro cerebro y cualquier variación (por mínima que sea) en nuestro comportamiento y nuestra experiencia. Para decirlo una vez más: lo que cuestionamos en este trabajo es que sea posible arribar a un adecuado diagnóstico psiquiátrico sin tener en cuenta consideraciones que suponen el empleo de criterios vinculantes, que se asocian al contexto y dependen de marcos prescriptivos aceptados por la comunidad de la cual el enfermo forma parte. Lo que discutimos, en definitiva, es que este tipo de consideraciones puedan ser asimiladas con lo que pudieran ser tan sólo signos de alguna forma de disfunción cerebral.

REFERENCIAS

- Alaner, Y.O., Rökköläinen, V., Laakso, J., Rasimus, R. y Kaljonen, A. (1986). *Towards Need-Specific Treatment of Schizophrenic Psychoses*. Heidelberg, Germany: Springer-Verlag.
- Angst, K y Preisig, M. (1995). Outcome of a clinical cohorte of unipolar, biopolar and schizoaffective pasients results from a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz Arch Neurol. Psychiatr*, 146, 17-23.
- American Psychiatric Association. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4° ed.). Barcelona: Masson.
- Andersen, N.C., Swayze, V.W., Flaum, M, Yates, W.R., Arndt, S. y Mc Chesney, C. (1990). Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning. Effects of gender, age and stage of illness. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1008-15.
- Baumester, R. F. y Newman, L. S. (1994). How stories make sense of personal experience: motives that shape autobiographical narratives. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 20, 6, 676-90.
- Breggin, P. 1990: Brain damage, dementia and persistent cognitive dysfunction associated with neuroleptic drugs. Evidence, etiology and implications. *Journal of Mind and Behaviour*, 11, 425-464.
- Boyle, M. (2002). It´s all done with smoke and mirrors. Or, how to create the illusion of a schizophrenic brain disease. *Clinical Psychology*, 12, 9-16.
- Canguilhem, G. (1979). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI.
- Canguilhem, G. (1988). *Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cohen, B. MZ. (2008). *Mental Health User Narratives*. Berlin: Humboldt Universität zu Berlin. Paglgrave Macmillan.
- Crow, T. J. (1986). The continuum of psychosis and its implication for the structure of the gene. *Br. J. Psychiatry* 149, 385-402.
- Cunningam Owens, C.D.G. (2000). The challenges of diagnosis and contiuning patient assessment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 4,(suppl 1), 513-518.
- Dixit, S. (2005). Meaning and Explanation of Mental Illness: A Social Representations Approach. *Psychology Developing Societies*, 17(1),1-18.

- Dwork, A. J. (1997). Postmortem studies of the hippocampal formation of schizophrenia. *Schizophr. Bull*, 23, 285-402.
- Ey, H. (2008). *Estudios Psiquiátricos*. Tomo I. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Fischer, J., y Miller, H. (1973). The effects of client race and social class on clinical judgments. *Clinical Social Work Journal*, 1, 100-109.
- Foucault, M. (2006). *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la locura en la época clásica*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2003). *El poder psiquiátrico*. México: Fondo de Cultura Económica
- Gergen, K. (2005). Si las personas son textos. En Gilberto Limón Arce (Ed.). *Terapias Posmodernas*. Mexico: Editorial Pax.
- Gomme, R. (1996). Mental health and inequality. En T. Heller, J. Reynolds, R. Gomme, R. Muston y S. Pattison (eds). *Mental Health Matter: A reader*. London: Macmillan.
- Hyman, S.E. (2005). Prefacio a Avances en el DSM. Barcelona: Masson.
- Harding, C. M; Brooks, G. M.; Ashikaga, T. Strauss, J.S. and Breier, A. (1987). The vermont longitudinal study of patients with severe mental illness. Parts 1 and 2. *American Journal of Psychiatry* 1, 194-209.
- Hecker, S. (1997). Neuropathology of schizophrenia: cortex, thalamus, basal ganglia and neurotransmitter-specific projection system. *Schizophr. Bull*, 23, 403-21.
- Horwick, A. V. (2002). *Creating Mental Illness*. Chicago: University Chicago Press.
- Johnstone, EC; Crow, TJ, Frith CD et. al. (1988). Tunhe Northwick Park 'functional' psychosis study: diagnosis and treatment response. *Lancet* 2, 119 - 25.
- Kendell, R. E. y Gurlay, J. (1979). The clinical distinction between affective psychoses and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 117, 261-266.
- Kleinman, A. (1991). *Rethinking Psychiatry*. New York: The Free Press.
- Lader, M.H; Ron, M y Petursson, H. (1984). Computed axial brain tomography in long-term benzodiazepine users. *Psychological Medicine*, 14, 203-206.
- Lee, A.S. y Murray, RM. (1988). The long-term outcome of the Maudesley depressive. *Br. J. Psychiatry* 153, 741-51.

- Lewis, S. W. (1990). Computerised tomography in schizophrenia 15 years on. *British Journal of Psychiatry*, 157(suppl 9), 16-24.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Buenos Aires: Ediciones del Sol.
- Lin T.D. y Lin, M. C. (1982). Love, denial and rejection: Responses of Chinese families to mental illness. En A. Kleinman y T.Y. Lin (Eds.), *Normal and Abnormal Behavior in Chinese Culture*. Dordrecht, Holland: D. Reidel, pp. 287-401.
- Lee, A.S. y Murray, RM. (1988). The long-term outcome of the Maudesley depressive. *Br. J. Psychiatry* 153, 741-51.
- Littlewood, R. Y Lipsedge, M. (1987). The butterfly and the sepent: Cultue, psychopatology and biomedicine. *Culture, Medicina and Psychiatry* 11, 289-336.
- Loo, S.K., y Rappaport. (1998). Ethnic variations in children's problem behaviors: A cross-sectional, developmental study of Hawaii school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 567-575.
- Loring, M., y Powell, B. (1998). Gender, race, and DSM-III: A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 1-22.
- Mc Intosh A. Forrester, A. Lawrie S. M. et al. (2001). A factor modelo of the functional psychoses and the relationship of factor to clinical variables and the brain morphology. *Psychol. Med.* 31, 159-71.
- Matsuura, M., Adachi, N., Yasunori, O., Okubo, Y., Kato, M., Nakano, T. y Takei, N. (2004). A polydiagostic and dimensional comparison of epileptic psychoses and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 69, 189-201.
- Mc Gorty, P.D. (2000). The nature of schizophrenia. Signposts to prevention. *Australian and New Zeeland Journal of Psychiatry*, 34(suppl), 14-21.
- McGlashan, T. H. y Johannessen, J. O. (1996). Early detection and intervention with schizophrenia rationale. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-22.
- Misra, G. Prakash, A. (1999). Psychology in India: Perception and perspectivas. *Psychology and Developing Societies*, 11 (1), 26-53.
- Nguyen, L., Arganza, G. F., Huang, L. N., y Liao, Q. (2007). The influence of Race and Ethnicity on Psychiatric Diagnoses and Clinical Characteristics of Children and Adolescents in Children's Services. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 13(1), 18-25.
- Oquendo, M; Ellis, S. P. Greenwald, S., Weissman, M. Mann, J. (2000). *Suicidio en depresión mayor y diferencias étnicas*. I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de

Febrero - 15 de Marzo 2000. Conferencia 36-CI-B: [10 pantallas]. Recuperado el 16 de octubre de 2000, de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_b.htm.

- Plessner, H. (1970). *Laughin and Crying. A Study of the Limits of Human Behavior*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Pottick K. J., Kirk, S.A., Hsieh D. K., y Tian X. (2007). Judging mental disorder in youths: Effects of client, clinician, and contextual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 1-8.
- Razzouk, D. de Jesus M., Shirakawa, I. Wainer, J. y Sigulem, D. (2006). How do experts recognize schizophrenia; the role of the disorganization symptom; *Rev. Bras. Psiquiatr*, 28(1), 5-9.
- Ricoeur, P. (2004). *Tiempo y Narración*. Tomo 1. México: Siglo XXI Editores.
- Schütz, A. (1962). *El problema de la realidad social*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Shwandt, Thomas. (2000). Three Epistemological Stance for Qualitative Inquiry. En: Norman K. Denzin y Ivonna S. Lincoln (Eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage Publications, Inc.
- Skiba, R.J., Knesting K., y Bush, L. D. (2002). Culturally competent assessment: More than nonbiased tests. *Journal of Child and Family Services*, 11, 61-78.
- Sohler, N. I. y Bromet, E. J. (2003). Does racial bias influence psychiatric diagnosis assigned at first hospitalization?. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol.*, 38, 463-472.
- Towsend, J.M. (1978). *Cultural conceptions of Mental Illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tzuang, M.T., Stone, W. Tarbox, S. Y Faraone, S. (2005). Aportaciones de la neurociencia al concepto de esquizotaxia y al diagnóstico de esquizofrenia. En Katherine A. Phillips, Michael B. First y Harold Alan Pincus (Eds.). *Avances en el DSM*. Madrid: Masson.
- Van Os, J; Fahy, T. A., Jonnes, P. et. al. (1996). Psychopathological síndromes in the functional psychoses: associations with course and outcome. *Psychol Med* 26, 161-76.
- Waxler, N. (1977). Is outcome for schizophrenia better in non-industrialized societies. *Journal of Nervous and Mental Disease* 167, 144-158.

Weisz J. R., y McCarty, C. A. (1999). Can we trust parent reports in research on cultural and ethnic differences in child psychopathology? Using the bicultural family design to test parental culture effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 598-605.

Yap, P. M. (1951). Mental disases peculiar to certain cultures. A survey of comparative psychiatry. *Journal of Mental science*, 97, 313-327.

Artículo recibido: septiembre de 2009
Artículo aceptado: noviembre de 2009