

La Nueva Materialidad en Biopsiquiatría: Un Análisis de la Producción del Juicio Psiquiátrico Diagnóstico

Tesis Doctoral
Carolina Geneyro Saldombide

Director
Francisco Tirado Serrano



Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia Social
Estudis de Doctorat en Psicologia Social 2015

UAB

La Nueva Materialidad en Biopsiquiatría: Un Análisis de la Producción del Juicio Psiquiátrico Diagnóstico

Tesis Doctoral

Carolina Geneyro Saldombide -----

Firma Autora

Director

Francisco Tirado Serrano -----

Firma Director

**Universitat Autònoma de Barcelona
Facultat de Psicologia
Departament de Psicologia Social
Estudis de Doctorat en Psicologia Social**



A Heiko Nitsche

Das ist der Liebe heil'ger Götterstrahl,
der in die Seele schlägt und trifft und zündet,
wenn sich Verwandtes zum Verwandten findet,
da ist kein Widerstand und keine Wahl,
es löst der Mensch nicht, was der Himmel bindet.

Friedrich Schiller

Agradecimientos:

A la Fundación Carolina junto a la Universidad de la República (Udelar) por haberme brindado la maravillosa oportunidad de experimentar nuevos aprendizajes.

Al Profesor Francisco Tirado por prolongar mis horizontes con sabiduría y libertad.

Al Dr. Francisco Collazo y a las participantes en la investigación, por la buena disposición y apertura para permitirme entrar en su mundo desinteresadamente.

Al Prof. Drew Leder, por la generosa confianza de compartir su trabajo publicado e inédito con una estudiante de doctorado desconocida.

A las integrantes del panel, especialmente a nuestra querida Ana, por su lectura interesada y atenta, quien me hacía sentir que mi trabajo valía la pena.

A los profesores del Departamento de Psicología Social por sus valiosas enseñanzas y a la inestimable tarea desarrollada por Cristina Prats.

A las compañeras y compañeros del doctorado, por las encantadoras conversaciones y los cafés compartidos; especialmente a Diego, Vero y Ale por la escucha y el acompañamiento.

Un agradecimiento deferencial merecen aquellas compañeras cuya solidaridad y vasta experiencia acompañaron momentos de mi trabajo; a Jorge y Gemma y muy especialmente a mi amiga Luz.

A mis hermanas Chica, Fernanda y Gabriela y a mi querida prima Daniela.

Quisiera especialmente agradecer a mis amigas y amigos, compañeras y compañeros y todas aquellas personas que han estado apoyando este y todos mis proyectos. Ustedes saben que no es necesario nombrarlas /los, pues en la cercanía o en la distancia están siempre a mi lado.

Resumen

En las últimas décadas diversos estudios han documentado profundos cambios en las prácticas médicas. Los mismos señalan que estaríamos asistiendo a un cambio epistémico donde la medicina se convierte en biomedicina (Keating & Cambrosio, 2003). En el marco de estas transformaciones biomédicas, la presente tesis analiza las prácticas que acompañan a la elaboración del juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD), atendiendo a la trama de materialidades y significaciones en que es producido. Abordamos nuestro objeto de estudio desde el ámbito de los Estudios de Ciencia y Tecnología, particularmente desde la perspectiva teórica denominada Teoría del Actor-Red (TAR). Hacemos uso del concepto de “objeto frontera” desarrollado por Susan Star y James Griesemer (1989), para explicar como actúan los psicofármacos en la elaboración del JPD. La noción de objeto frontera discute con el concepto de traducción desarrollado por la TAR, pero ambas figuras constituyen metáforas para describir las vicisitudes de la relacionalidad. Nosotras empleamos ambas nociones a lo largo del trabajo para describir el rol que los psicofármacos desempeñan en las prácticas psiquiátricas y en la realización de un JPD. En primer lugar presentamos una reseña del concepto de diagnóstico y/o juicios diagnósticos basándonos en los estudios de Foucault sobre la psiquiatría de finales del s. XVIII y del s. XIX, y en algunos de los trabajos más importantes del movimiento de la antipsiquiatría. En un segundo momento, utilizando la noción de trayectoria, describimos dos modos en que los psicofármacos proponen o sugieren la forma que tomará el JPD. En la primera trayectoria, damos cuenta del trabajo de traducción psicofarmacológica producido en el cuerpo del paciente. En la segunda, trazamos el recorrido en sentido inverso, es decir, explicamos como en el ejercicio de producción de un JPD, la clínica como experticia, es desplazada hacia los espacios de producción científica o colectivos bioclínicos. En un tercer trabajo, las herramientas utilizadas en el anterior análisis: las operaciones de mediación, más específicamente la traducción y la delegación, son integradas a la categoría de objeto frontera de mayor alcance analítico y riqueza descriptiva para la situación analizada. Sostenemos en este punto que los psicofármacos como objetos frontera soportan el trabajo de elaboración del diagnóstico sobre una base mínima de conocimiento que permite la negociación continua de los significados. Su flexibilidad interpretativa articula la perspectiva distribuída y heterogénea del trabajo y la acción colectiva. Es decir, la flexibilidad interpretativa de los psicofármacos soporta y al mismo tiempo gestiona sobre su materialidad misma, la incertidumbre y ambigüedad implicadas en el proceso de realización de un JPD. Asimismo, la infraestructura informacional o infraestructura invisible que soportan los psicofármacos como objetos frontera, permite dar cuenta de los procesos de delegación. Así, los psicofármacos son concretos en el uso y abstractos en las infraestructuras de conocimiento que vehiculizan. En este sentido, los psicofármacos como objetos frontera, actúan como los mediadores

centrales en la gestión del conocimiento en biopsiquiatría. Por tanto, nuestra tesis pone de relieve la materialidad del artefacto llamado juicio clínico o experticia clínica, cuya promulgación o enactment requiere de su articulación con las sustancias psicofarmacológicas para la producción de un JPD. Finalmente, en un cuarto trabajo, presentamos la propuesta de la Postpsiquiatría y su recuperación de la hermenéutica, para introducir una diferencia al enfoque biomédico dominante en psiquiatría y dar lugar a las voces de la resistencia.

Palabras clave: Juicio Psiquiátrico Diagnóstico, Biopsiquiatría, Teoría del Actor- Red Psicofármacos, Objetos Frontera, Postpsiquiatría

Abstract

In the last decades many studies have shown profound changes in medical practices. This points out that we are attending to an epistemological shift turning medicine into biomedicine. In this context, our research analyzes the concomitant practices of diagnostic psychiatric judgement (DPJ) elaboration, focusing on the materiality and the significances of diagnosis-making. We address our study object from Actor-Network Theory (ANT), a theoretical perspective derived from the field of Social Studies of Science and Technology. Drawing on the boundary object notion established by Star & Griesemer (1989), we explain how psychotropic drugs act in DPJ production. The notion of boundary objects discusses the translation concept developed by ANT, however both are metaphors which describe the vicissitudes of relationality. We apply both notions in order to describe the role of psychotropic drugs in psychiatric practices and in DPJ. In the first paper, we present a review of the diagnosis concept grounded in Foucault's studies about psychiatry and of some of the most important works from the antipsychiatry movement. In a second paper, the trajectory notion is used to describe two ways as to how psychotropic drugs propose the configuration of DPJ. In the one trajectory, we depict the psychopharmacological translation work produced in the patient's body. In the other, tracing a reverse path, we explain how the clinical expertise is transferred to scientific spaces or bioclinical collectives in DPJ enactment. In a third paper, the tools applied in prior analysis - mediation, in particular translation and delegation - are embodied in the boundary objects category, to get a greater analytical scope for the case study. We put forward that psychotropic drugs as boundary objects support the process of diagnosis-making on a minimum knowledge base, allowing the continuous negotiation of significances. Its interpretive flexibility articulates the distributed and heterogeneous perspective of work and collective action. That means, the interpretive flexibility of psychotropic drugs supports or rather administers to the ambiguity and uncertainty of psychiatric practices in the process of diagnosis-making in its own materiality. In addition, the invisible infrastructure or informational infrastructure is the property that explains the

processes of delegation and refers to the transport of categories, classifications and norms that occurs in the interaction. Hence, the psychotropic drugs are concrete in the uses and abstract in the knowledge infrastructure. In biopsychiatry, psychotropic drugs as boundary objects act as central mediators in knowledge management, establishing the semiotic-material assemblage of diagnosis. Thus, our thesis highlights the materiality of the clinical expertise artifact, enacted through psychopharmacological translation, in order to produce a DPJ. Finally in a fourth paper, we present the proposal of Postpsychiatry and its hermeneutic retrieval, to introduce a different standpoint contrary to the biomedical psychiatric mainstream perspective and to make the voices of resistance possible.

Key words: Diagnostic Psychiatric Judgement, Biopsychiatry, Actor-Network Theory, Boundary Objects, Psychotropic Drugs, Postpsychiatry

INDICE

1 INTRODUCCIÓN	9
2 PROBLEMAS DEL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA: El eterno retorno de lo mismo ..	16
Medicalización Biomedicalización Biomedicina: El triunfo de la biología universal.....	19
..Psiquiatría Basada en la Evidencia: Nuevas ilusiones para viejos problemas.....	21
3 PRAGMATA SON LAS COSAS EN SU MULTIPLICIDAD	28
..La Teoría del Actor-Red: un método para la experimentación de realidades.....	28
..La generalización del principio de simetría.....	29
..Pragmata son las cosas en su pluralidad.....	29
..Sociología molecular o la microsociología de Tarde.....	32
..La semiótica greimasiana: una ficción para la creación de realidades.....	33
..Ontología del actante-rizoma o versión empírica del post-estructuralismo.....	34
..TAR o sociología de la traducción o sociología de las asociaciones o asociología.....	34
..Delegación.....	39
..Traducción.....	39
..Objetos Frontera.....	40
4 METODOLOGÍA	43
..La entrada al campo.....	44
..Etnografía focalizada.....	46
¿Diagnóstico o Juicio Psiquiátrico Diagnóstico?.....	48
Análisis de los datos etnográficos: Descripción densa.....	49
..Análisis Documental.....	50
..Entrevistas en profundidad.....	50
..Análisis de datos cualitativos.....	52
..Reflexividad.....	55
5 LA ESTABILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA: EL PSICOFÁRMACO COMO OBJETO FRONTERA	60
6 PUBLICACIONES	
.. Del sujeto patológico al ciudadano neuroquímico: La construcción del juicio psiquiátrico.....	71
..El juicio diagnóstico en biopsiquiatría: de la hermenéutica clínica a la traducción psicofarmacológica.....	84
..The stabilization of psychiatric diagnosis: psychotropic drugs as boundary objects.....	102

7 CONCLUSIONES	126
8 REFERENCIAS	139
9 ANEXOS	150
..I)Artículo: Biopsiquiatría vs. Postpsiquiatría: debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica	151
..II) Documentos de trabajo:	
i) The social study of psychotropic drugs.....	167
ii) La delegación del trabajo clínico en las sustancias psicofarmacológicas.....	171
iii) La mediación psicofarmacológica en la producción de un JPD.....	178
..III) Guión primera ronda de entrevista	185
..IV) Guión segunda ronda de entrevistas	186

INTRODUCCIÓN

Y esta crítica será genealógica en el sentido de que no deducirá de la forma de lo que somos lo que nos es imposible hacer o conocer, sino que extraerá de la contingencia que nos ha hecho ser lo que somos, la posibilidad de ya no ser, hacer o pensar lo que somos, hacemos o pensamos. Esa crítica no pretende hacer posible la metafísica convertida por fin en ciencia; busca relanzar tan lejos y tan ampliamente como sea posible el trabajo indefinido de la libertad.

(Foucault, Estética, ética y hermenéutica 1999:348)

La enfermedad como experiencia que articula la vida y la muerte, es decir, como el acontecimiento que vincula de forma inexorable¹ ambas instancias, es un evento tan antiguo como actual. Como castigo de los dioses, como profecías de los oráculos que presagian el destino, como maldición divina en las religiones monoteístas, como acontecimientos de la naturaleza y de la contranaturaleza, como síntomas visibles en la superficie de un cuerpo que informan de las lesiones orgánicas (Foucault, 1975), como alteraciones bioquímicas o mutaciones genéticas, etc., la presencia de las enfermedades, no ha dejado de acompañarnos desde tiempos remotos².

Las enfermedades nos dice Canguilhem “son un rescate que eventualmente han de pagar los hombres por habérselos hecho seres vivientes sin que lo pidieran, debiendo aprender ellos que desde su primer día, tienden necesariamente hacia un fin a la vez imprevisible e ineluctable” (2004:46). De mil maneras filósofos e historiadores han reflexionado en torno a la enfermedad y no constituye el interés de este texto el pasar revista a las distintas definiciones y concepciones, que de la misma se han elaborado a lo largo de la historia. Si hemos escogido la forma peculiar en que Canguilhem concibe la enfermedad, es porque la vincula con lo viviente y con la muerte, sin atribuir significados u orígenes, instalándola simplemente como el hecho que media un principio y un fin. Sin embargo, sabido es que para Canguilhem la enfermedad consistía en un hecho biológico universal, donde la biología o la vida era anterior a la cultura (2004). Para nosotras³, los distintos significados que asumen las enfermedades según las épocas, lugares y culturas, señalan la permanencia de un hecho, que lejos de ser el mismo, se recrea en nuevos procesos históricos, articulándose en entramados semiótico-materiales que le otorgan diversas existencias.

1 Ya sea a través de la amenaza real o fantaseada de pérdida de la vida.

2 “Antes de que apareciera Hipócrates, ¿quién de nosotros no hablaba de lo que es sano y lo que es nocivo?” sostiene Epicteto en sus Conversaciones (II,17), citado por Canguilhem (49:2004).

3 Optamos por la escritura en femenino ya que consideramos que el uso del género masculino como genérico, constituye un mecanismo discriminatorio de invisibilización de la mitad de humanas que componen el mundo.

Vale la pena destacar, que para Foucault la vinculación de la enfermedad con la muerte, como el origen de su verdad, es el resultado de una reorganización de la medicina, producida a finales del siglo XVIII (1975). Según este autor, la muerte como la forma positiva de adquirir conocimiento sobre la vida, es el producto de una experiencia médica que funde en el método anátomo-clínico, la anatomía patológica con la clínica (Foucault, 1975). La enfermedad entonces se desprende de la naturaleza y se circunscribe al cuerpo, su espacio causal y el nuevo dominio de la medicina (Foucault, 1975). Desde esta perspectiva, la integración de la muerte en el pensamiento médico junto con una serie de transformaciones en el espacio colectivo y en el ámbito hospitalario, producen un nuevo orden de relaciones entre la enfermedad, la vida y la muerte. El desenlace, es una medicina científica surgida en el marco de una epistemología positivista que legitima como objeto de estudio al individuo y que ha estructurado fuertemente nuestra experiencia durante el siglo XIX y XX.

Actualmente acudimos a una nueva transformación en el estatuto epistemológico de la medicina. La misma se ha tornado biomedicina, y ha modificado la perspectiva de la medicina clínica hacia un enfoque centrado en procesos moleculares (Rose, 2007). Esto a su vez, ha redimensionado el significado de la enfermedad. Pero ya se entienda a la misma como: esencias nosológicas que amenazaban la vida, concepción predominante hasta el siglo XVII; alteraciones localizadas en los órganos y tejidos del cuerpo humano, la síntesis producida por la medicina clínica del siglo XIX y XX; una variación enzimática en la base de un gen, tal como puede ser pensada desde la actual biomedicina, o como un hecho promulgado o “enacted”⁴ en diferentes prácticas a partir de la conjunción de entidades materiales e inmateriales (Mol, 2002), o se la comprenda de la forma que sea, **la enfermedad es un acontecimiento que requiere ser explicado.**

Sobre esa voluntad de saber, ese deseo y necesidad de crear explicaciones frente a un enigma casi tan viejo como el mundo, se ha asentado la medicina. Se considera que fue Hipócrates quien estableció el estatuto de enfermedad para los desórdenes corporales, desarrollando los principios de la medicina clínica (Canguilhem, 2004). A partir de ese momento, más precisamente de lo que se considera período hipocrático⁵, la cuestión de la enfermedad se circunscribe progresivamente dentro del dominio de la medicina.

4 El término utilizado por Mol.

5 Se considera período hipocrático al conjunto de escritos recogidos bajo el nombre de Hipócrates pero que probablemente fueran escritos algunos por el propio Hipócrates y otros por sus discípulos y continuadores.

Durante la edad media, la preeminencia del teocentrismo como centro de las explicaciones sobre la vida y la muerte, redujeron de algún modo, la experiencia de la enfermedad a los designios de una voluntad divina. Es a partir del Renacimiento y junto con el surgimiento de la ciencia moderna, que la medicina experimenta un enorme desarrollo en anatomía fundamentalmente, así como también en cirugía y fisiología (Pérez Tamayo, 2011). Estos avances de los saberes médicos deben ser atribuidos más a transformaciones políticas y económicas que a un puro interés en el desarrollo de la medicina misma. Según los estudios de Foucault, con el período histórico que se ha dado en llamar la Modernidad⁶, surge, debido a un nuevo orden de problemas prácticos tales como la expansión demográfica, la creación de los Estados modernos, el desarrollo capitalista industrial entre otros; la cuestión del gobierno de la población. Para llevar a cabo tal empresa, los nuevos Estados-Nación debían adquirir y acumular conocimiento que favoreciera el mejor gobierno de la misma (Foucault, 1999). La población tiene que ser gobernada por saberes específicos y a través de técnicas acordes (Rose, O'Malley, Valverde, 2006). Y es aquí donde la medicina adquiere una importancia fundamental en la medida que dispone y desarrolla un conjunto de saberes en los que se apoya el Estado para prevenir y controlar enfermedades; evaluar el nivel de salud y mejorar las condiciones de vida; favorecer el crecimiento de la población y aumentar las expectativas de vida.

Este espacio privilegiado de la medicina en la gestión y administración de las poblaciones, explica según Foucault el poder que a partir del siglo XVIII la misma fue adquiriendo (2003). Asimismo y estrechamente vinculado con este orden de transformaciones biopolíticas encontramos otro fenómeno propio de la "Modernidad", que es el desarrollo del principio de subjetividad o la idea de sujeto. Un modo de relación del sujeto consigo mismo, que Hegel denomina subjetividad, caracteriza a la Modernidad (Habermas, 1989).

Estos antecedentes históricos, explican en alguna medida el desarrollo de una medicina que a través de sus relaciones de formas constitutivas de saberes, extiende sus efectos normalizadores sobre los sujetos y las poblaciones, objetivándolos científicamente e instalando sus verdades sobre la vida en el interior de sus subjetividades. Es decir, desde el momento en que la vida pasa a ser una preocupación del Estado, un problema biopolítico, las verdades emanadas de las ciencias médicas y todos los juicios derivados del andamiaje que constituyen las disciplinas "bio", matizan con especial énfasis nuestra existencia. Si un juicio médico goza de la capacidad de producir tales efectos, no es más que por razones históricas y políticas que legitiman toda la serie de definiciones, enunciados, y juicios que corresponden al territorio de sus verdades. Es por eso que hoy un juicio

6 Limitándonos a la cultura europea.

médico es una “verdad” que atraviesa nuestros cuerpos afectando de algún modo nuestras vidas. Sobre estas verdades que se articulan entre la vida, la enfermedad y la muerte se sitúa la presente investigación. Pero, ¿en qué parcela de esta amplia llanura anclaremos nuestras lentes?

Nos interesaremos, por un acotado segmento de estas producciones de verdad de la medicina. Nos preguntaremos por el juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD). Y ¿en qué sentido el mismo se transforma en objeto de nuestra investigación? No en el sentido de una pregunta sobre el “qué” del JPD, entendido éste como una realidad a develar, una esencia petrificada y muda, una ficción genealógica. Sino más bien que cuando nos preguntamos por el “qué” nos estamos refiriendo a la configuración del JPD como el resultado de una historia, de una trayectoria que actualiza su existencia a través de una acción. En este sentido nos proponemos comprender el JPD en virtud de los procesos que le dan existencia, es decir cómo es constituido un JPD, atendiendo a la trama de materialidades y significaciones en que es producido.

Asimismo vale la pena aclarar, que ésta no es una investigación sobre los significados del juicio o los juicios psiquiátricos diagnósticos en sentido histórico o genealógico. Pero sí sobre el significado del JPD como el producto de una trayectoria, que puede traducirse en el presente análisis, como la descripción de las prácticas semiótico-materiales que le dan objetividad o existencia. Situándonos en el campo de las transformaciones en medicina, denominado biomedicina, nos preguntamos cómo se configura en este escenario un JPD, cómo se andamia desde el punto de vista material, y/o qué materialidades lo arrojan a la existencia?

Abordamos dicha pregunta desde el ámbito de los Estudios de Ciencia y Tecnología, particularmente desde la perspectiva teórica denominada Teoría del Actor-Red (TAR), haciendo uso de algunos conceptos surgidos desde el interaccionismo simbólico⁷ en discusión con la TAR, como es la noción de “objeto frontera” de Susan Star y James Griesemer (1989). Utilizamos además el concepto de trayectoria formulado por la microsociología de Strauss (1993), y retomado y desarrollado luego por Latour (2007). En cuanto a la metodología, realizamos un estudio de caso, combinando métodos etnográficos con entrevistas cualitativas. Asimismo, hicimos uso del análisis documental, sometiendo a estudio literatura especializada en psiquiatría.

El interés en la temática, el origen de esta serie de preguntas sobre las que se articula la pregunta

⁷ Vertiente de la microsociología que rechaza los determinismos, estableciendo las explicaciones a partir de las dinámicas de interacción entre actores que otorgan el sentido a las mismas (Trompette & Vinck, 2009).

que guía el curso de esta investigación, surge de experiencias de vida personal y profesional. Cómo es posible, me preguntaba yo, que siendo el diagnóstico psiquiátrico o mejor dicho un juicio psiquiátrico diagnóstico⁸ (desde ahora JPD) un hecho tan importante, por los efectos que desencadena, como cualquiera lo puede advertir, solamente en la minoría de los casos de los que se encarga actualmente la disciplina, pareciera estar claro o al menos convocar a un acuerdo. Estos casos en los que el conocimiento psiquiátrico goza de cierta estabilidad y los profesionales pueden decir⁹ por ej.: “no cabe duda, estamos ante un caso de esquizofrenia”, son los mismos en que el lego, la sabiduría popular o un niño pequeño, también reconoce esa singularidad del comportamiento, denominándola “locura”. Aún para los casos de depresión el escenario no es tan claro. Y con esto no quiero decir que la depresión no exista. Simplemente que bajo esa denominación se comprende un conjunto de síntomas y signos que pueden asociarse a una única entidad nosológica o ser atribuidos a distintos trastornos¹⁰, formando parte de diferentes cuadros psiquiátricos, y por lo tanto el panorama es más complejo, más vasto, y más heterogéneo.

Decenas de experiencias cotidianas, testimonios de usuarias de servicios de psiquiatría que se preguntan sobre su enfermedad, ponen en tela de juicio a través de preguntas sencillas un saber altamente complejo como lo es el conocimiento en que se sustenta la psiquiatría actual. “¿Cómo es posible que yo, que tengo supuestamente un trastorno del estado de ánimo, un problema psiquiátrico, tome la misma medicación que mi padre que tiene Alzheimer?”, se preguntaba una usuaria de un servicio de salud. Seguramente responder a esta pregunta, no constituya un problema, al menos para un profesional en la materia. Tantas cosas se pueden decir basadas en investigaciones científicas. Y sin embargo, una pregunta como ésta nunca queda del todo respondida, salvo que se reconozca el desconocimiento en el que ha actuado y continúa hoy actuando la psiquiatría. “El gran desconocido es el cerebro en normalidad. Es difícil hacer un traslado a lo que no es normal si no conocemos lo normal”, comentaba uno de los psiquiatras entrevistados, opinión líder en el estado español, quien no vacilaba en reconocer al mismo tiempo: “A nivel terapéutico la psiquiatría tiene un alto nivel terapéutico, no es el área que digas, ostras, nos falta”. Frente a lo cual cabe preguntarse cómo se legitima, desde el punto de vista científico, el uso de psicofármacos en un cerebro desconocido.

No es justamente en la falta de investigaciones donde resida el problema de la legitimidad científica

8 A lo largo de la tesis se emplearán los términos diagnóstico y juicio psiquiátrico diagnóstico. Este último es la forma que hemos encontrado oportuna para la delimitación de nuestro problema de investigación. En el apartado de metodología establecemos la diferencia entre ambos conceptos y explicamos por qué JPD es más apropiado a nuestro estudio.

9 Con relativa extensión en espacios y tiempos.

10 Como se denominan las enfermedades en psiquiatría cuya etiología se desconoce.

de la psiquiatría. Al contrario, una rápida búsqueda en pubmed, sitio oficial de la Biblioteca Nacional de Medicina del National Institute of Health¹¹, arroja bajo el término “depression”, un volumen de 320169 artículos de investigación, sobre la “schizophrenia” encontramos 112506 artículos científicos¹², y así sucesivamente. Cifran en miles o cientos de miles las publicaciones que podemos encontrar ingresando un término asociado a cualquier trastorno psiquiátrico. Los saberes científicos de la psiquiatría constituyen una compleja red de conocimientos que se articulan y desarrollan unos con otros creando una malla casi infinita de datos, resultados de investigaciones que no pueden probar lo que dicen investigar, pero que sin embargo dan lugar a otras investigaciones sustentadas sobre hipótesis nunca corroboradas. Entramados semiótico-materiales que se fundamentan y sostienen en una psiquiatría tan real como ficticia, pero cuyos resultados afectan la vida de humanas y humanos estableciendo y muchas veces definiendo la trayectoria de nuestras vidas.

Por estas, entre otras razones, **la descripción de las entidades materiales que se encarnan o actualizan en la producción de un JPD, entendido éste como la acción que vincula dichas entidades regularizándolas de un modo determinado, constituye un problema a investigar, el objeto de estudio de la presente tesis.** Para el abordaje del mismo hemos propuesto los siguientes objetivos:

Objetivo general:

- i) Analizar las prácticas que acompañan a la producción de un juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD) en el marco de las transformaciones de la biomedicina.
- ii) Contribuir al desarrollo del conocimiento en el área de la salud mental, aportando al análisis de las herramientas teóricas con que se comprenden y abordan los problemas de sufrimiento psíquico.

Objetivos específicos:

I- Reseñar las principales conceptualizaciones referentes al diagnóstico psiquiátrico o al JPD en el marco de la psiquiatría clínica (s.XIX, s.XX), realizadas desde una perspectiva social crítica.

¹¹ El sitio de mayor difusión del conocimiento en medicina.

¹² Búsqueda realizada en enero de 2015.

II- Describir la elaboración del juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD) atendiendo a los elementos materiales que sustentan su construcción en el ámbito de la práctica clínica hospitalaria contemporánea (s XXI).

PROBLEMAS DEL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA: El eterno retorno de lo mismo

"Más allá del YO el sujeto estalla en todo el universo histórico, el delirante comienza a hablar lenguas extranjeras, alucina la historia, los conflictos de clase o las guerras se convierten en los instrumentos de la expresión de sí mismo (...) la distinción entre la vida privada y los diversos niveles de la vida social no tiene importancia". Deleuze, prólogo "Psicoanálisis y transversalidad"

El diagnóstico en psiquiatría ha sido una instancia problemática desde los comienzos de la disciplina misma. Pues el uso del concepto de diagnóstico en psiquiatría establece una equivalencia entre la clasificación psiquiátrica y el diagnóstico médico, llevando implícita la asunción que los problemas psiquiátricos son causados por una disfunción corporal (Moncrieff, 2010). Y como es sabido, hasta el momento no ha sido posible validar ninguna de las hipótesis que sostienen el origen biológico de los trastornos mentales.

Grandes esfuerzos fueron realizados para identificar el correlato biológico de la patología mental, ya desde Griesinger, fundador de la psiquiatría alemana en la primera mitad del s. XIX. Partiendo del postulado de que toda enfermedad mental era una enfermedad cerebral, desarrolló una metodología de investigación científica, vinculando a la clínica universitaria y a los laboratorios en una nueva aproximación médica de la locura (Scull, 2013). Esta propuesta trajo como consecuencia el posicionamiento de la investigación básica sobre la patología cerebral como el núcleo de la nueva disciplina científica. Los resultados de este enfoque consolidaron la posición de la psiquiatría entre las subdisciplinas médicas.

No obstante los desarrollos posteriores de la psiquiatría alemana de Kraepelin y luego Bleuler, los trabajos de Freud y de la psiquiatría francesa e inglesa, no fue posible establecer por ninguna de las diferentes escuelas o corrientes de la psiquiatría de finales del s XIX y comienzos del s. XX, la vinculación del diagnóstico clínico con su correlato anatomopatológico.

Un siglo más tarde y teniendo en cuenta el enorme desarrollo en investigación en ciencias biológicas, especialmente en genética y neurociencias, sigue sin haber acuerdo sobre la etiología física de los trastornos mentales. En términos generales, el nuevo dominio de la biomedicina, no ha aportado mayores beneficios. Más bien ha generado las condiciones para la reformulación del

problema de la etiología psiquiátrica y su diagnóstico en clave biomédica, estableciendo asimismo la dirección de la investigación científica.

Así lo podemos observar en los grandes emprendimientos que se están llevando a cabo para el conocimiento del cerebro. Tanto el proyecto Human Brain de la Unión Europea (<https://www.humanbrainproject.eu/>), como el Brain de U.S.A, conocido también como proyecto Obama (<http://braininitiative.nih.gov/index.htm>), constituyen inversiones millonarias de la talla del proyecto Genoma Humano para el desarrollo de investigaciones sobre el funcionamiento del cerebro. De algún modo, estas investigaciones buscan redefinir el actual campo de la nosología psiquiátrica aportando nuevas clasificaciones basadas en criterios biológicos. Como lo podemos apreciar en el siguiente fragmento:

From a medical point of view, the HBP¹³ offers a paradigm shift from symptom and syndrome-based classifications of brain diseases to a new understanding grounded in biology. New classifications of disease would make it possible to diagnose brain diseases at an early stage, to develop personalised treatments, and to improve chances of recovery. Many neurological and mental disorders, such as schizophrenia and Alzheimer's disease, are progressive and can cause irreversible damage before they are diagnosed. In these cases, even relatively minor improvements in early diagnosis and treatment would have a huge impact on healthcare costs and on the wellbeing of patients and their families.
<https://www.humanbrainproject.eu/hbp-impact>

Tal como establece el proyecto Human Brain el presente y futuro de la medicina está en la identificación de marcadores biológicos o firmas genómicas para los trastornos psiquiátricos:

The HBP Medical Informatics Platform will allow researchers to analyze very large volumes of clinical data for "biological signatures" of psychiatric and neurological diseases – patterns of perturbation in the brain's normal structure and function crossing multiple levels of biological organisation. Such "signatures" will provide new clues into the causes of these diseases, many of which are still unknown or only partially understood.

13 Human Brain Project

<https://www.humanbrainproject.eu/medical-informatics-platform>

Asimismo la misión del RdoC (Research Domain Criteria), un proyecto del NIMH¹⁴ fue crear un marco para la investigación en fisiopatología, especialmente en genómica y neurociencias, que revelarían hallazgos sobre los cuales se soportarían los nuevos proyectos de clasificación.

RDoC attempts to bring the power of modern research approaches in genetics, neuroscience, and behavioral science to the problems of mental illness, studied independently from the classification systems by which patients are currently grouped. (Extraído del sitio oficial del RDoC <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>)

“NIMH views RdoC as the beginning of a transformative effort that needs to succeed over the next decade and beyond to implement neuroscience-based psychiatric classification” (Insel et al., 2010: 750)

Se espera que los desarrollos en neurociencias, en un plazo de 10 años arrojen resultados tan importantes que permitirían comprender el origen de trastornos como la esquizofrenia o el Alzheimer.

The goal of the ten-year Brain/MINDS (Brain Mapping by Integrated Neurotechnologies for Disease Studies) project is to map the primate brain to accelerate understanding of human disorders such as Alzheimer's disease and schizophrenia. Central to the Brain/MINDS effort is the creation of transgenic marmosets to elucidate cognitive function and as models of human brain disease. <https://www.humanbrainproject.eu/-/japan-s-brain-mapping-effort-will-use-monkeys-to-study-human-neural-and-mental-disorders?inheritRedirect=true>

El desarrollo de la investigación en ciencias biológicas y el avance de la tecnología ponen nuevamente en escena las promesas de la Ilustración. La aspiración de la psiquiatría de conceptualizar en los mismos términos los diagnósticos psiquiátricos como diagnósticos médicos, se ha visto fortalecida en el marco del paradigma biomédico. Sin embargo, desde una perspectiva

14 National Institute of Mental Health

histórica, la situación se percibe como una y la misma repetición circular de iguales pensamientos e ideas articuladas en las explicaciones biológicas, neurobiológicas y ahora genómicas. La esperanza siempre renovada de que las clasificaciones psiquiátricas podrán agruparse de acuerdo a criterios etiológicos basados en la biología, vuelve una y otra vez como el eterno retorno de lo mismo.

Medicalización, Biomedicalización, Biomedicina: El triunfo de la biología universal

Con el término biomedicina han sido designadas las transformaciones en las prácticas médicas ocurridas en el último cuarto del siglo XX. El desarrollo de las biociencias (biofísica, bioquímica, biología molecular, genómica, etc.), junto al avance de las tecnologías han generado las condiciones para la emergencia de las transformaciones biomédicas. Numerosos investigadores se han abocado al estudio de las modificaciones ocurridas en este dominio.

Así, desde la sociología médica, algunas autoras comprenden las transformaciones biomédicas dentro del dominio mayor que llaman biomedicalización. La biomedicalización sería el concepto heredero de la medicalización que algunos autores atribuyen a Zola (Riska, 2010). Tal como fue descrita por Zola (1972) en su famoso ensayo *"Medicine as a institution of social control"* la medicalización fue comprendida como un proceso insidioso de extensión de los saberes y poderes médicos a situaciones de la vida diaria, buscando soluciones técnicas para problemas sociales (Zola, 1972). Dentro de la sociología médica, son reconocidos junto a Zola (1972) otros autores como Freidson (1978) y Pitts (1968) como los precursores del concepto de medicalización (Conrad, 1992).

Asimismo para Conrad la medicalización consiste en definir un problema en términos médicos, utilizando el lenguaje médico para describirlo, adoptando un encuadre médico para su comprensión y/o haciendo uso de intervenciones médicas para tratarlo (Conrad, 1992). El concepto o la tesis de medicalización es heredera del labelling theory, y también en alguna medida de la sociología funcionalista de Parsons. Pues fue Parsons el primero en conceptualizar la medicina como una institución de control social (1982:1951). Para Foucault el desbloqueo epistemológico de la medicina, es decir el interés en estos otros campos que no eran la enfermedad y el enfermo, desarrolló una serie de procesos de control social conocidos como medicalización (1999). Una de las formas a través de las cuales la medicalización funciona, es por medio de la adscripción de etiquetas diagnósticas al comportamiento social desviado (Zola, 1972). Sin embargo, la medicalización constituye el marco más amplio donde la medicina opera, postula sus valores, y

enfatisa su autoridad (Jutel, 2009).

Clarke et al. (2010), consideran que las transformaciones biomédicas constituyen un aspecto más del proceso de transformaciones sociales, políticas y económicas ocurridas a finales del s.XX, denominado por estas autoras como biomedicalización. La biomedicalización se constituye alrededor de cinco procesos claves de transformación política y económica que impactan sobre la medicina como herramienta de control social. A saber: una nueva economía biopolítica de la medicina, un nuevo e intensificado foco en la salud (optimización), la tecnocientificación de las prácticas biomédicas (biomedicina), transformaciones en la producción de conocimiento biomédico y por último transformaciones en los cuerpos que producen nuevas identidades tecnocientíficas (Clarke et al. 2010). Así biomedicalización y biomedicina constituyen conceptos que refieren a rangos explicativos diferentes para la descripción del fenómeno de las transformaciones médicas.

Otras autoras centran sus análisis en describir los cambios acontecidos en el dominio interno de la medicina. Dentro de esta perspectiva Cambrosio, Keating y Bourret (2006) sostienen que dos elementos caracterizan la emergencia de la biomedicina: el papel de la regulación que incorpora un nuevo tipo de objetividad (objetividad regulatoria), y la transformación de los colectivos que producen los saberes y realizan las prácticas. La objetividad regulatoria consiste en un proceso endógeno, que genera entidades, convenciones y normas, a través de programas de acción concertados basados en el uso de una variedad de sistemas, para la producción colectiva de evidencia (Cambrosio, Keating, Schlich & Weisz, 2009). La objetividad regulatoria se sustenta en una deliberada formación de consensos internos, sobre cómo proceder objetivamente, en contraposición a la producción de estándares, normas y medidas abstractas, que de forma independiente incorporarían una objetividad ideal. Es una forma consensuada de producir la objetividad. La objetividad regulatoria incluye decisiones sobre qué componentes de una particular configuración deberían o no ser estandarizados, modificando en el proceso mismo de regulación la entidades reguladas (Cambrosio et al., 2009).

Con respecto al segundo elemento los autores han señalado la emergencia de nuevos colectivos bioclínicos desterritorializados conformados por los laboratorios, grupos de investigadores y médicos que elaboran directrices, consorcios clínicos integrados por biólogos, estadísticos y especialistas en ciencias de la vida, etc. , que han desplazado el lugar de la experticia del juicio clínico (Bourret, 2005). Desde esta perspectiva, el diagnóstico ya no es el resultado de la decisión de un clínico, sino que el mismo es producido dentro de una particular configuración del trabajo

médico, que distribuye roles y agencias, asignando a los nuevos colectivos bioclínicos la tarea de dictar más que contribuir a las decisiones clínicas (Bourret, 2011).

Más allá de las diferencias, las respectivas teorizaciones de biomedicalización y biomedicina reconocen el giro biológico experimentado por la medicina, subrayando el papel que las biociencias desempeñan en la forma de comprender las enfermedades.

Psiquiatría Basada en la Evidencia: Nuevas ilusiones para viejos problemas

El movimiento de la Psiquiatría Basada en la Evidencia (PBE), surge como prolongación de la Medicina Basada en la Evidencia (o Medicina Basada en la Prueba), y se propone, al igual que ésta, solventar el juicio clínico con los resultados obtenidos de la mejor evidencia disponible. Como señala Sacket (1996):

Evidence-Based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients. The practice of evidence-based medicine means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research (1996:71).

El punto de partida de la MBE fue una crítica al modelo médico tradicional, particularmente al carácter subjetivo de la experiencia y la intuición clínica, susceptibles de llevar a decisiones incorrectas, dando lugar a una medicina de la opinión (Conti, 2012). Los creadores de este nuevo enfoque médico al que denominaron nuevo paradigma, explicitaron las asunciones sobre las que el mismo se asienta. Así el Evidence-Based Medicine Working Group estableció:

- Clinical experience, and the development of clinical instincts (particularly with respect to diagnosis), are a crucial and necessary parts of becoming a competent physician. Many aspects of clinical practice cannot, or will not, ever be adequately tested. Clinical experience, and its lessons, are particularly important in these situations. At the same time, systematic attempts to record observations in a reproducible and unbiased fashion markedly increase the confidence one can have in knowledge about patient prognosis, the value of diagnostic tests, and the efficacy of treatment. In the

absence of systematic observation one must be cautious in the interpretation of information derived from clinical experience and intuition, for it may at times be misleading.

- The study and understanding of basic mechanisms of disease are necessary but insufficient guides for clinical practice. The rationales for diagnosis and treatment which follow from basic pathophysiologic principles may in fact be incorrect, leading to inaccurate predictions about the performance of diagnostic tests and the efficacy of treatments.
- Understanding certain rules of evidence is necessary to correctly interpret literature on causation, prognosis, diagnostic test, and treatment strategy (1992:2421).

Para solventar esta situación el grupo de trabajo de Ontario propuso 4 pasos para la implementación del nuevo paradigma. Mediante la formulación de:

- una pregunta clínica clara y precisa del problema planteado,
- la búsqueda en la literatura específica de los artículos relevantes apropiados al problema,
- la evaluación crítica de los artículos encontrados y
- la aplicación de los resultados a la práctica clínica concreta,

se suprimirían los sesgos de la intuición u ojo clínico basados en la experiencia.

El manejo de la evidencia científica en este modelo adquiere una importancia fundamental. La misma no se restringe al ensayo clínico randomizado y a los metaanálisis. Implica el rastreo de la mejor evidencia disponible con la cual responder a los cuestionamientos que plantea la clínica (Sacket, 1996). Tal como señala Sacket (1996) en lo referente a la evaluación de la precisión de tests diagnósticos, la evidencia proveniente de los estudios transversales o de prevalencia (cross sectional studies) podría ser más apropiada que la proveniente de ensayos clínicos. En cuanto al pronóstico, los estudios de pacientes con un mismo perfil clínico en las primeras etapas de su enfermedad aportarían una mejor evidencia para la resolución del caso en cuestión (Sacket, 1996). Pero en cuanto a la terapia, el ensayo clínico randomizado y los metaanálisis se convierten en la herramienta idónea para juzgar si un tratamiento es apropiado o no. Como se puede apreciar en el siguiente fragmento:

Because the randomised trial, and especially the systematic review of several randomised trials, is so much more likely to inform us and so much less likely to mislead us, it has become the “gold standard” for judging whether a treatment does more good than harm (Sacket, 1996).

La medicina basada en la evidencia no descarta la experticia clínica, simplemente reconoce sus limitaciones, proponiendo la inclusión de la evidencia científica y la consideración de las elecciones de los pacientes en la resolución de la consulta clínica (Sacket, 1996). Pero la necesaria introducción de la evidencia científica en el ámbito de la clínica, recorta el poder del médico en la toma de decisiones. Asimismo genera en los hechos una dinámica donde los datos científicos y objetivos provenientes de ensayos clínicos randomizados y metaanálisis de estos ensayos, son ubicados como las “nuevas verdades” en que se deben soportar las decisiones clínicas.

La psiquiatría se hizo eco de este modelo, identificando como obstáculos la misma serie de factores señalados en la práctica clínica médica tradicional. La variabilidad que presenta un caso de otro, la ausencia de criterios homogéneos para aplicar en la toma de decisiones frente a un paciente dado, la imprecisión de la información aportada por los pacientes (Gómez de la Cámara, 2009) y todo lo que compete al ejercicio mismo de la consulta clínica, son considerados elementos que distorsionan una práctica médica objetiva. Es decir la propia actividad interpretativa que lleva implícito el ejercicio médico, como cualquier actividad humana, es percibida como problemática. Lo que yace en el núcleo de este planteamiento es el problema de cómo eliminar la interpretación subjetiva de los juicios objetivos. Por estas razones en psiquiatría los enfoques basados en la evidencia han sido altamente controvertidos, generando una serie de resistencias que comentamos a continuación. Las críticas se han centrado en la fragilidad de la piedra angular en la que se sustenta: el ensayo clínico randomizado.

Decenas de estudios han mostrado la capacidad de este artificio de legitimarse mediante argucias de manipulación metodológica o estadística, que afectan el diseño del ensayo o el curso del mismo de un modo determinado. Dentro de este tipo de debilidades se destacan: los mecanismos en la selección de los participantes que favorecen los resultados buscados, el uso de las fases *wash out* o *run-in* previas al ensayo donde se admiten los participantes con posibilidades de responder en el sentido esperado, los *end points* o puntos de corte del ensayo, en donde se considera el punto de corte de mejor puntuación en el protocolo (Levin & Nemirovsky, 2012). La dosis administrada de la sustancia que se pone a prueba o de la droga comparada también ha sido objeto de atención de los

investigadores (Safer, 2002). Del mismo modo los sesgos en las publicaciones que dan a conocer aquellos ensayos convenientes, señalan el carácter subjetivo de la evidencia presentada.

Con respecto a la selección de los participantes, algunos autores han señalado la distancia existente entre quienes forman parte del ensayo clínico y la población a la que apunta el fármaco en estudio. Si como sucede en la mayoría de los estudios, los seleccionados presentan la “enfermedad” en el estado “más puro posible”, es decir sin comorbilidades, surge la interrogante sobre la validez externa de los resultados. Zimmerman et al., (2002) indicaron la baja representabilidad de los participantes sometidos al ensayo clínico en relación al paciente medio de la consulta psiquiátrica.

Del mismo modo la etapa de reclutamiento ha sido puesta en tela de juicio. Cómo se produce la convocatoria al ensayo o de dónde se seleccionan los participantes, parece afectar los resultados del mismo. Miller et al. (1997) mostraron como los pacientes reclutados por avisos en los periódicos respondían más favorablemente al fármaco que aquellos derivados por el personal médico.

Otro asunto espinoso en el proceso de construcción de las nuevas verdades del paradigma evidencista, lo constituye la elección y el uso de las escalas de medición (Levin & Nemirovsky, 2012). Las escalas no son instrumentos neutros, enfatizan algunos aspectos en desmedro de otros. Si una escala como la Hamilton Rating Scale for Depression (Ham-D), la más utilizada en ECC (ensayos clínicos controlados) de fármacos antidepresivos, focaliza en las alteraciones del sueño, los fármacos con mayor poder sedativo se ven favorecidos (Levin & Nemirovsky, 2012). Además cómo se define o considera una diferencia clínicamente significativa en términos de una escala, es un asunto a resolver (Thomas et al., 2012).

Asimismo el uso de la dosis de la sustancia que se pone a prueba o de la sustancia control, ha sido objeto de estudio por parte de los investigadores. La utilización de dosis bajas de la sustancia comparadora o por el contrario muy altas (si se trata por ejemplo de antipsicóticos de primera generación que producen marcados efectos adversos), favorece a la sustancia bajo estudio (Safer, 2002).

Mención aparte merece la controversia generada por la serie de estudios llevados a cabo sobre los ensayos clínicos que buscaban probar la eficacia de determinados fármacos para el tratamiento de la depresión. Uno de los estudios más importantes por el impacto causado fue el que llevaron adelante Kirsch y colaboradores (1998). Los autores analizaron 19 ECC de antidepresivos utilizando la

técnica del metaanálisis para evaluar el efecto placebo. Definiendo los términos sometidos a estudio (efecto de la droga y efecto del placebo), de forma diferente a la establecida y utilizando herramientas estadísticas no convencionales encontraron una alta correlación entre la respuesta a la droga y la respuesta al placebo. Como resultado obtuvieron que el 75% de los efectos encontrados en los pacientes a los que se les había suministrado el antidepresivo, también aparecían en la población control. Incluso el pequeño efecto causado presumiblemente por la droga, podría también ser un efecto placebo, pues los efectos adversos de los psicofármacos permitían inferir qué tipo de medicación se estaba recibiendo, a pesar del sistema de doble ciego (Kirsch et al., 1998, 2002).

En otro estudio posterior los mismos autores realizaron un metaanálisis de 38 estudios clínicos publicados que habían utilizado placebo para el tratamiento de la depresión y que constituían el fundamento para la aprobación por parte de la FDA¹⁵ de determinados antidepresivos. La diferencia entre la droga y el placebo fue de menos de 2 puntos (poco significativa) en la escala Ham-D. Sin embargo estos fármacos habían sido aprobados por la FDA, constituyendo el 15% de los recetados en U.S.A (Kirsch et al., 2008).

En relación con la incidencia que juega la experimentación de efectos adversos en los resultados de los ensayos clínicos, los trabajos de Moncrieff y colaboradores (1998) mostraron cómo el efecto de los fármacos antidepresivos en ensayos clínicos que utilizaban placebo no activo, disminuían de 0.50 a 0.21. Debido a que la atropina induce efectos adversos similares a los de los antidepresivos, los pacientes que la reciben como placebo tienden a mejorar pues creen que están recibiendo medicación antidepresiva. De aquí que las pequeñas diferencias entre placebo y tratamiento activo de los antidepresivos en los ensayos clínicos, deberían explicarse mejor por otros factores. En el trabajo de Kirsch et al., (2008), los autores encontraron que estas diferencias aumentaban en función de la severidad del cuadro depresivo o de la gravedad inicial. Sin embargo atribuyeron estos resultados a la descendida respuesta al placebo de los pacientes severamente deprimidos, más que a la respuesta favorable al tratamiento activo (Kirsch et al., 2008).

Dando continuidad a la controversia iniciada por Kirsch y colaboradores, Antonuccio et. al. (2002) publican un estudio en donde además de reconocer que los análisis de Kirsch et al., no constituyen un caso aislado, aportan datos sobre la influencia de la industria en el diseño de los ensayos clínicos. Del mismo modo el estudio de Andrews (2001) puso de relieve el inusual efecto placebo en los ECC realizados para el tratamiento farmacológico de la depresión.

15 Food and Drug Administration

Otro metaanálisis basado en datos de la FDA, concluyó que aunque los antidepresivos eran superiores al placebo, la mayoría de los beneficios de tales drogas podrían ser explicados por el efecto placebo (Turner and Rosenthal, 2008). El estudio llevado a cabo por Moerman (2002, citado en Thomas et al., 2012), mostró que las propiedades formales de los placebos influenciaban la capacidad de respuesta al mismo, produciendo efectos diferentes en mujeres y en hombres en función de significados culturales. Mientras el placebo de color azul administrado a las mujeres para una supuesta inducción al sueño, producía una rápida respuesta y un sueño prolongado, en varones este placebo, inhibía el sueño (Moerman, 2002; citado en Thomas et al., 2012). El autor atribuyó esta diferencia en las respuestas, a los significados que el color azul asume entre hombres y mujeres en la cultura italiana, poniendo de relieve como los significados en medicina se hallan tejidos en tramas culturales (Moerman, 2002; citado en Thomas et al., 2012).

Una figura clave en la controversia, ha sido David Healy. Sus estudios en la temática de los antidepresivos afirman que la “moda” en el diagnóstico de la depresión surge como consecuencia de la fabricación de los antidepresivos, particularmente los llamados atípicos o de segunda generación (1997). Healy sostiene que la industria utiliza a la ciencia como estrategia de marketing, haciendo uso de los datos en función de sus intereses corporativos (1999).

Como puede observarse, el panorama es complejo, y el optimismo reinante en los defensores del nuevo paradigma del EBM o en los integrantes de los macro proyectos biomédicos para el estudio del cerebro, no logran seducir ni interesar a todos los actores y actrices preocupadas en la búsqueda de respuestas para el sufrimiento humano. La traducción de las enfermedades psiquiátricas en enfermedades del cerebro, es una verdad gruesa, poco refinada, ya que es sabido, desde la Antigüedad¹⁶, que las funciones superiores de humanas y humanos se asientan en el cerebro.

Atender a los efectos políticos, sociales y éticos, que dichas verdades conllevan parece por el momento, más oportuno que sumergirse en un debate sobre las verdades imaginarias en que se asienta la psiquiatría. Hasta nuevo aviso, solo contamos con hipótesis que han correlacionado modificaciones en la producción de determinados neurotransmisores que podrían sugerir que en ciertas patologías o trastornos¹⁷, por motivos desconocidos, aparece aumentada la noradrenalina o disminuída la serotonina, o se han observado alteraciones en la recaptación de neurotransmisores en

16 Según la tradición hipocrática el cerebro era la sede de la locura y el delirio, que bajo la teoría de los humores, se explicaban sus alteraciones (Scull, 2013).

17 Como llaman los psiquiatras a las enfermedades de causa desconocida.

el intercambio sináptico.

Por otro lado, ¿cómo aportaría la identificación de un biomarcador genético para determinado cuadro psiquiátrico? Sabido es que la expresión de un gen depende de múltiples factores, no todos conocidos, donde el ambiente desempeña un rol fundamental. Entonces, ¿cómo sería posible identificar la multiplicidad de oportunidades en que la vida misma tendría la posibilidad de manifestarse y determinar categoricamente y de forma definitiva el comportamiento de un gen? Si resulta tan difícil conocer el funcionamiento del cerebro, si el mismo es un universo desconocido que ni la creación del mega hardware del HBP podrá explicar, cómo se podrá dar cuenta y traducir en variables la multiplicidad de la vida misma?

PRAGMATA SON LAS COSAS EN SU MULTIPLICIDAD

*In facing the tyranny of blind empiricism, however, we temper the clutter of the visible
by creating invisibles: abstractions that will stand quietly, cleanly, and docilely
for the noisome, messy actions and materials (Star, 1991:265).*

Teoría del actor-red: un método para la experimentación de realidades

La Teoría del Actor-Red (TAR) surge de una serie de trabajos empíricos que en el ámbito de los Estudios de la Ciencia y la Tecnología generaron un conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas innovadoras para el análisis de las prácticas sociales y materiales. Nacida a principios de los años '80, entre sus principales exponentes encontramos a Bruno Latour, Michel Callon y John Law. Ha sido y sigue siendo una tarea difícil abarcar en un concepto único qué es la TAR. La diversidad disciplinar, la libertad en la experimentación con nuevas metodologías, el cuestionamiento a las ontologías tradicionales que establecen a priori la naturaleza de los objetos de conocimiento, la creación de un nuevo vocabulario para superar la solución moderna, han sido características de este conjunto de trabajos denominados TAR. Una búsqueda incesante que no se detiene ante la comodidad de las certezas adquiridas por la tradición mayoritaria del pensamiento social, ha caracterizado a dicho movimiento. Podríamos decir que la TAR es un conjunto de principios para investigar o un estilo de investigación que no admite dogmas.

Para Latour la ANT¹⁸ o TAR es simplemente otra manera de ser fiel a los “insights” de la etnometodología, pues somos nosotros quienes tenemos que aprender de los actores no solamente lo que hacen, sino cómo y por qué (1999). Law conceptualiza la TAR como una familia dispar de herramientas semiótico- materiales, sensibilidades y métodos de análisis que tratan cualquier cosa o temática en la dimensión social y material como simples efectos continuamente generados en el seno de redes de relaciones siempre localizadas (Law, 2007; citado en Callen et al. 2011).

La TAR recoge distintas tradiciones intelectuales que si hay algo que las aglutina es la diferencia. Filosofía, sociología de la ciencia, microsociología, semiótica, post-estructuralismo entre otras influencias, constituyen una gama de saberes heterogéneos irreductibles a un denominador común disciplinar, temporal, etc. Sin embargo, cada una de ellas, a su modo y a su tiempo ha hecho posible

18 Acrónimo en inglés de Actor-Network Theory

la emergencia de la TAR¹⁹. A continuación reseñamos algunos de estos antecedentes, en articulación con los aspectos de la teoría que contribuyeron a desarrollar, para luego centrarnos en las herramientas teóricas utilizadas en este análisis.

La generalización del principio de simetría

A mediados de la década del '70, el Programa Fuerte liderado por Bloor dentro de la Sociología del Conocimiento Científico, constituyó un antecedente importante. Según este autor, el Programa Fuerte debía dividirse en cuatro requisitos metodológicos en el análisis de la producción científica: causalidad, imparcialidad, reflexividad y simetría. Esta última es un perfeccionamiento de la imparcialidad, que permite explicar tanto las creencias verdaderas como las falsas por el mismo tipo de causas (Bloor, 1995:1973). Sin embargo este punto de vista daba por sentado que la ciencia y los objetos naturales es lo que debía ser explicado, mientras lo social quedaba excluido del horizonte de las explicaciones. Callon propone radicalizar este principio que mantiene la asimetría de ser constructivistas con la naturaleza y realistas con la sociedad, hacia una simetría generalizada (Tirado & Domenech, 2005). Por consiguiente propone como regla metodológica mantener el mismo registro tanto para el abordaje de los aspectos técnicos como de los sociales del problema investigado (Callon, 1995:1986) Es decir tanto lo social como lo natural son productos o efectos que requieren ser explicados. El resultado de este principio es “la continuidad entre ciencia, tecnología, y sociedad como constituyentes de una red abierta” (Iranzo, 1995:292).

Pragmata son las cosas en su pluralidad²⁰

Pragmata are things in their plurality; ... when I described pragmatism as holding that the meaning of any proposition can always be brought down to some particular consequence in our future practical experience...the experience must be particular than in the fact that it must be active, by active meaning here practical in the narrow literal sense. But particular consequences can perfectly will be of a theoretic nature. (James, 1909:210).

Una de las influencias más importantes que recoge la TAR proviene de la tradición filosófica

19 Con esto queremos expresar las condiciones de surgimiento de la TAR en sus propios términos, es decir como un objeto, en este caso una teoría, es producida en el seno de la emergencia de una nueva composición de entidades.

20 Dice William James en su “The meaning of Truth”, 1909:210. Las consecuencias particulares pueden ser de naturaleza teórica agrega.

pragmatista y las corrientes o escuelas inspiradas en el pragmatismo de James y en el instrumentalismo de Dewey²¹ como son el interaccionismo simbólico y la etnometodología. Del pragmatismo de James la TAR hereda en primer lugar el sentido de “lo práctico” como lo concreto y efectivo en oposición a lo abstracto e inerte. En segundo lugar, y tal vez uno de los aportes más importantes recibidos del pragmatismo provenga del método y de las consecuencias que de éste se derivan. Así la actitud pragmática, en palabras de James consiste en “apartar la vista de las cosas primeras, los principios, las categorías, las pretendidas necesidades y mirar hacia las últimas cosas, los frutos, las consecuencias, los hechos” (James, 1907 citado en Dewey, 2000:70). Tal como sostuvo Dewey, de esta actitud metodológica se desprende que los principios o las categorías se subsumen en los hechos y no a la inversa, pues el factor que sanciona es la base empírica y no una base a priori (2000). Para la filosofía de James “los conceptos y las teorías no eran más que instrumentos que pueden servir para instituir hechos futuros de una manera concreta” (Dewey, 2000:73). De aquí que para el pragmatismo las ideas o conceptos tienen un carácter prospectivo y lo que pretenden es ciertos cambios en las cosas previamente existentes (James, 1907:2000). Así:

“cualquier idea que nos transporte felizmente desde cualquier parte de nuestra experiencia a cualquier otra, vinculando entre sí cosas satisfactoriamente, operando de modo seguro, simplificando, ahorrando trabajo, es verdadera justamente por eso, verdadera en esa medida” (James, 1907, citado en Dewey 2000: 1908:82)

Por ende, el pragmatismo como método comporta múltiples implicaciones políticas y ontológicas de importancia que la TAR recogerá y profundizará. A saber, como implicación política, la propuesta de “un mundo común”, que permita la coexistencia y convivencia de múltiples realidades a través de mecanismos democráticos, ha sido una preocupación de los últimos trabajos de Latour (2004, 2013). La reflexión sobre lo que constituye la “buena ciencia” para la TAR, implica un compromiso político fuerte con los impactos de los desarrollos científicos en la vida colectiva, y fundamentalmente integrar la actividad científica a la vida democrática (2004). En relación a la apuesta hacia el futuro y la transformación, Latour ha declarado que la TAR puede ser considerada como una caja de herramientas para el análisis de la transformación social (citado en Callen et al., 2011). Asimismo la propuesta de los foros híbridos de Callon, señala el interés de este autor en la búsqueda de mecanismos que transversalicen el conocimiento científico y posibiliten la más amplia

21 Es la variante del pragmatismo desarrollada por Dewey. Dewey creó un equipo de investigación en el departamento de filosofía de la Universidad de Chicago, que pasaría a conocerse luego como Escuela de Chicago.

difusión y participación colectiva (2009).

Con respecto a las derivaciones ontológicas, cabe recordar que el pragmatismo entiende que es a partir de considerar las ideas como planes, métodos e intenciones con el poder de actuar y articular el campo de la experiencia, que se va construyendo el mundo. La realidad, para el pragmatismo, está en construcción y es justamente como resultado de la aplicación del método empírico que la misma deviene (Dewey, 1948). Para la TAR, la existencia de las entidades naturales o sociales son efectos o productos de entramados relacionales, por fuera de los cuales, las entidades no tienen existencia (Law & Mol, 1993). El materialismo relacional de la TAR implica un posicionamiento ontológico²², que entiende las múltiples existencias de los objetos, de la naturaleza que sean, como resultado de prácticas sociales. Así:

“...los elementos y piezas no existen en sí ni por sí mismos, sino que son constituídos en las redes de las que forman parte. Los objetos, las entidades, los actores, los actantes, son algo así como efectos semióticos: los nodos de las redes son conjuntos de relaciones o conjuntos de relaciones entre relaciones. Eso significa que los materiales son constituídos interactivamente: puede que sirvan para incrementar la estabilidad, pero no son reales, no existen más allá de sus interacciones (Law & Mol, 48:1993).

Desde esta perspectiva ya no queda lugar para esencia alguna ni para puntos de anclaje en naturalezas preexistentes. Otra derivación importante de la filosofía y del método pragmatista consiste en entender la experiencia, tomando la expresión de Dewey, como un tejido sin costura (1960:1929). La idea de continuidad de la experiencia es un aporte de esta filosofía pragmatista que reconoce que la división entre el sujeto y el objeto o entre naturaleza y sociedad por ejemplo, son artificios de la reflexión, el resultado de operaciones analíticas (Dewey, 1948). Cómo y por qué se estableció tal división, a qué efectos se hizo tal diferenciación constituye uno de los principales problemas planteados por la propuesta pragmatista.

Desde el interaccionismo simbólico las simples reificaciones de sociedad, naturaleza, clase social o poder carecen de soportes explicativos y en cambio contribuyen al borramiento del trabajo de constitución de estos modelos abstractos, invisibilizando mecanismos de poder (Star, S. 1991). Según Star, la idea ampliamente arraigada en el pensamiento social, de la existencia de dos

²² La TAR rechaza cualquier ontología concebida en términos de la filosofía clásica.

dominios, (naturaleza-sociedad, mente-cuerpo, etc.) que proceden por separado afectándose uno al otro debe ser rechazada (1991). Latour explicará que parte de la solución moderna en la producción de conocimiento ha sido el establecimiento de dualismos como una estrategia de eliminación de híbridos, erigiendo objetos de preferencia selectiva en realidades, y ocultando y disfrazando la estrategia de la selección (2007). Por consiguiente, la idea de continuidad de la experiencia y sus múltiples desenlaces, junto con el principio de simetría generalizada antes mencionado, sientan las bases sobre las cuales la TAR organiza su propuesta.

Sociología molecular o la microsociología de Tarde

Una de las originalidades de la propuesta TAR consiste en la redefinición de la noción de lo social. Como es bien conocido en el pensamiento social ha imperado el supuesto de la existencia de lo social como un dominio o un tipo de material, el cual explicaría una serie de hechos o fenómenos de la vida que no entran en el campo de otras ciencias y son definidos como sociales. Una vez definida esta dimensión social, la misma explicaría los hechos sociales y aquellos otros que no pudieran ser explicados por otras disciplinas (Latour, 2008).

Latour se propone cuestionar este proyecto de la sociología mainstream, regresando al sentido original de la noción de lo social, que consiste en restituirle la capacidad de rastrear conexiones (2008). Para llevar a cabo tal empresa recupera el trabajo de Gabriel Tarde, un pensador francés, cuya perspectiva de lo social difería radicalmente de la sociología de su tiempo liderada por Durkheim. Tarde rechazó el planteo de Durkheim de la sociología como la ciencia de las representaciones colectivas, cuestionando el origen de esas representaciones. Y sostuvo que esos grandes conjuntos que planteaba Durkheim, no surgían completamente terminados. Su interés en cambio focalizaba en la procedencia, en el origen de lo que él consideraba social.

Su propuesta brevemente consistía en afirmar que lo que se lleva a cabo socialmente no presupone ningún conjunto o dimensión social, sino que existe siempre. Lo social deviene a partir de flujos imitativos y dinámicas de invención, aparentemente sin importancia (Tarde citado en Deleuze, 2014). La imitación funciona como ondas o flujos de propagación y la invención es el encuentro de dos flujos imitativos diferentes (Tarde citado en Deleuze, 2014). Estas corrientes no van de individuo a individuo ni de individuo a sociedad, tal como podía ser entendido por la sociología de Durkheim. Según Tarde, lo que se propaga es el deseo o la creencia, que es lo que hay debajo de las representaciones (citado en Deleuze, 2014). Para Tarde hacer sociología era estudiar estas ondas de

propagación, en los procesos micro, en las pequeñas invenciones sociales que pueden mejor explicar los cambios que las grandes representaciones sociales. Tarde es considerado el fundador de la microsociología, constituyendo una fuente de inspiración para la TAR en su orientación hacia los hechos empíricos concretos.

La semiótica greimasiana: una ficción para la creación de realidades

La semiótica francesa de orientación greimasiana proporciona a la TAR una narrativa ficcional para trascender las limitaciones impuestas por las categorías establecidas por el pensamiento social tradicional del sujeto y el objeto. En la semiótica de Greimas no rige la lógica aristotélica, un mismo actor puede ocupar varias posiciones actanciales o varios actores pueden ocupar una misma posición actancial. Un actor puede ser París o dos humanos ser un sujeto dual como en el análisis del relato que hace Greimas de un cuento de Maupassant (1983). Es decir cualquier entidad puede ser sujeto u objeto y cambiar su identidad a lo largo del texto. Surge aquí el término actante, tomado de la semiótica, para designar a cualquier entidad que actúe, sean humanos, no humanos, actores sin figuración, etc..

El término actante la semiótica lo toma de L. Tesnière que lo define como "los actantes son los seres o las cosas que, a cualquier título y de cualquier manera que sea, incluso a título de simples figurantes y de la manera más pasiva, participan en el proceso" (traducción de los autores, 1959:106). Debido a la tradición que históricamente ha vinculado el término actor con un sujeto humano, la TAR hace uso del término actante para designar cualquier entidad que actúe, definiéndola por sus competencias y actuaciones en el seno de una institución (Latour, 2001). Más precisamente Akrich & Latour redefinen actante como:

“Lo que sea que actúa o mueve a la acción, siendo definida la acción como una lista de ejecuciones a través de ensayos; de esas ejecuciones son deducidas un conjunto de competencias con las que se dota al actante...”(1992:259, citado en Tirado & Domenech, 2005).

Asimismo en la perspectiva semiótica la relación es la unidad elemental, por ello los conceptos adquieren significado a partir de las relaciones diferenciales con los demás conceptos. El sentido nace de la relación, es un efecto que surge de las diferencias. Incluso y más radicalmente el mismo lenguaje, el objeto del que se ocupa la semiótica, no es definible en sí, sino en función de los

métodos y de los procedimientos que permiten su análisis o construcción (Greimas & Courtes, 1982). Como vimos anteriormente, la TAR prolonga los trabajos de la semiótica estableciendo que la existencia misma de las entidades para la TAR, son efectos de entramados relacionales. Tal como sostiene Latour, la importancia de la semiótica para la TAR, estriba en la originalidad de haber descubierto los modos de existencia de seres de ficción, reconociéndoles su dignidad ontológica (2013).

Ontología del actante-rizoma o versión empírica del post-estructuralismo

Según Law, la TAR podría ser comprendida como una traducción empírica del Post-estructuralismo, ya que existiría una cierta semejanza entre el conjunto de las preocupaciones intelectuales de ambos movimientos (2007). El carácter relacional, estratégico y productivo de las epistemes de época de Foucault, sería el equivalente, a escala reducida, del enfoque de la TAR que explora este mismo carácter estratégico, relacional y productivo en los actores-red (Law, 2007). Asimismo este autor reconoce la cercanía entre la noción de agenciamiento de Deleuze y el término actor-red (Law, 2004; citado en Law 2007). Ambos refieren a ensamblajes provisionales heterogéneos cuyas formas limitadas de ordenación no refieren a ningún orden mayor (Law, 2007). Incluso Latour admite que la TAR podría denominarse “ontología del actante-rizoma” (Latour, 2008:24).

TAR o sociología de la traducción o sociología de las asociaciones o asociología

Si tuviéramos que adjudicar un origen a la TAR, podríamos decir que la misma nace de la mano de Callon, quien acuñó el término actor-red en su estudio sobre la innovación tecnológica del coche eléctrico en Francia. En el mismo y a falta de un vocabulario apropiado para dar cuenta de una composición original, utiliza el término actor-red para caracterizar a las asociaciones heterogéneas establecidas entre diferentes actores y la particular dinámica generada entre las entidades (1998:1987). Pero este origen como veremos no es del todo cierto. Cuenta más bien una parte de una historia colectiva que se fue gestando al mismo tiempo en distintos lugares, para dar continuidad y prolongar algunas de las formulaciones planteadas por la sociología del conocimiento científico.

Como explicamos líneas arriba, la radicalización del principio de simetría establecida por Callon (1995:1986) constituyó un paso fundamental en el movimiento de los teóricos iniciadores de la TAR. Este principio extendía los márgenes de las explicaciones sobre la ciencia y los objetos

naturales, pues planteaba la posibilidad de someter al análisis no solo los objetos de conocimiento de las prácticas científicas sino también las explicaciones sociales que se daban de los mismos. En este punto la TAR estaba señalando el efecto reificador que tenían las explicaciones sociales dadas desde el construccionismo social. Lo social o cultural constituían los apriori que explicaban los objetos de la ciencia y cualesquiera otros. Para el construccionismo social, lo social constituía una especie de dominio de la realidad, en lugar de un concepto abstracto tan construido como aquello que pretendía explicar. Callon muestra como los aspectos técnicos, científicos, sociales, políticos y económicos están inextricablemente unidos a lo largo del proceso de creación de una tecnología específica (Callon, 1998:1987). Esta descripción desborda los límites de los análisis sociológicos tradicionales, transformando a su vez al estudio de la tecnología en un instrumento de análisis sociológico (Callon, 1998:1987).

Con un interés similar en la búsqueda de un escenario conceptual alternativo a las explicaciones dualistas del tipo natural/social, Latour a finales de la década del '70 realizó la renombrada etnografía en el Salk Institute. En este estudio de caso los autores²³ observaron como en el proceso de construcción de verdades científicas eran creados dos dominios; la realidad por un lado y el conocimiento de la realidad por el otro. En el laboratorio las observaciones sobre el mundo eran una mezcla imprecisa y vaga de contenidos sociales y naturales. Sin embargo cuando pasaban a formar parte de un artículo científico las mismas declaraciones se transformaban en afirmaciones sólidas y consistentes sobre un aspecto de la naturaleza (1995).

El estudio de caso realizado por Law (1987) sobre la marina portuguesa y su control imperial, constituye también otro de los estudios ejemplares que señala la presencia de nuevas herramientas dentro de la teoría social, que como un rasgo distintivo con respecto de los anteriores enfoques de la sociología tradicional o más específicamente de la sociología de la ciencia, van a constituir la denominada perspectiva TAR. Por consiguiente, los inicios de la TAR están ligados al interés de explicar en los mismos términos los aspectos científicos, tecnológicos y sociales del problema estudiado (Callon, 1998:1987).

Es con Bruno Latour que la TAR desarrolla su propuesta metodológica a partir de la cual, hace derivar su posicionamiento ontológico, su metafísica empírica. Para Latour el estudio de las controversias permitiría a los actores desplegar y definir sus propios mundos sin establecer por adelantado categorías explicativas de cómo éstos deberían ser (2008). La tarea del investigador

23 El trabajo fue escrito por Latour & Woolgar

consistiría entonces en rastrear relaciones entre las controversias ateniéndose a lo que Latour considera cinco fuentes de incertidumbre acerca de qué es lo que constituye lo social (2008). La naturaleza de los grupos, de las acciones, de los objetos, de los hechos, y la producción de los textos científicos, es decir la investigación misma, constituyen las cinco fuentes de incertidumbre que funcionan como criterios que guían la investigación (Latour, 2008).

Es en el seno mismo de estas bases o principios metodológicos, es decir de la puesta en práctica de los mismos, de donde Latour deriva su modo de comprender la realidad. A través de una ontología que hibrida humanos y no humanos, se configuran realidades múltiples, cuya existencia y durabilidad dependerá de la capacidad y el deseo de la red o asociación de perpetuarse y de las fuerzas que se activen para dar continuidad o disolver la composición que forman. En palabras de Iranzo:

“Lo real es lo que resiste los intentos de forzarlo; lo real son grados de resistencia. Si algo resiste, se tiende a atribuirle la causalidad de esa resistencia, pero el objeto no es la causa sino el efecto de la alianza que resiste: la ilusión se desvanece cuando la línea de combate (de conocimiento) deja de pasar por él y se recupera cuando se consolida de nuevo” (Iranzo, J.M., 1995:296).

Desde esta perspectiva, donde los objetos son efectos de alianzas que resisten, su ontología se define y enlaza con la noción de trayectoria. Así, las entidades serán definidas a partir de las trayectorias en las que participan. Según Strauss (1993) trayectoria refiere al curso que las entidades desarrollan en el tiempo y las acciones e interacciones que contribuyen a su evolución²⁴. Más precisamente Strauss sostiene que los fenómenos no son automáticamente desplegados ni son directamente determinados por lo social, lo económico, lo político, lo cultural o cualquier otra circunstancia. Más bien ellos son en parte formados por las interacciones de los actores en cuestión (Strauss, 1993). En sus propias palabras:

“I shall use trajectory in two ways: (1) the course of any experienced phenomenon as it evolves over time (an engineering project, a chronic

24 No queda del todo claro, al menos para mí, el significado del término evolution en el concepto de trayectoria de Strauss. Es probable que refiera a la evolución de las entidades en ese proceso de enactarse en esa trayectoria determinada, sin ningún resabio esencialista. También puede ser entendido como el proceso de dar una forma determinada a algo que pre-existe de algún modo.

illness, dying, a social revolution, or national problems attending mass or “uncontrollable” immigration) and (2) the actions and interactions contributing to its evolution (Strauss, 1993:53,54).

Para la TAR la existencia es la acción (Latour, 2001), desterrando de este modo la posibilidad de cualquier tipo de a priori. Desde esta perspectiva la materialidad misma deriva de la acción (Star, 2010). Por lo tanto son las acciones y mediaciones las que dan existencia, enactan o promulgan un objeto determinado. En este sentido, el significado de un objeto es comprendido como la construcción de una trayectoria privilegiada que enlaza elementos de naturaleza diversa (Akrich & Latour, 1992).

Uno de los aspectos más innovadores de la TAR consiste en la redefinición de la agencia como una capacidad no exclusivamente humana. Como vimos líneas arriba la TAR extiende a los objetos la posibilidad de devenir actores de pleno derecho. Cabe aclarar que para la TAR el concepto de agencia²⁵ se subsume en el de acción, es decir, quien actúa es un agente o posee agencia, y la acción, desde este punto de vista, consiste en la capacidad de transformar energía en trabajo (Iranzo, 1995). Quien participa e incide en un estado de cosas es un actor. Por tanto, esta perspectiva teórica ofrece una gramática para incorporar en el relato entidades no humanas, que son capaces de transportar la acción y definir o establecer transitoriamente la forma o el destino que asumen otros actores o actantes en la composición heterogénea de la que forman parte.

Así, la TAR constituye un método para recorrer experiencias que permiten a los actores llevar a cabo acciones y/o ser desplazados, influenciados, dominados, traicionados, traducidos por las acciones de otras entidades humanas o no, alterando el sentido unívoco que la acción y sus efectos tenían en los análisis tradicionales. En nuestro estudio de caso, un psicofármaco es un actor que como parte del ensamblaje que pasa a formar parte para la realización del JPD, relaciona entidades definiéndolas y ordenándolas, es decir traduciéndolas. La acción, en nuestro estudio, es liderada por una entidad no humana que ofrece la materialidad y los significados para la definición y el establecimiento de un juicio clínico entendido como una acción. Pero no se trata de humanos y no humanos, esta es la forma en que los análisis sociales tradicionales han abordado los problemas. Pues no hay ni han habido relaciones entre humanos solos, desprovistos de objetos, nudos, como tampoco cosas entre cosas haciendo o actuando solas. Se trata más bien de composiciones

25 La agencia es un concepto discutido dentro de las ciencias sociales. Para Iranzo (1995) la agencia no se limita únicamente a la capacidad de acción. Según este autor, detrás de los actantes aparecen las redes de humanos, quienes han construido la materialidad y el sentido de los objetos en cuestión (Iranzo, 1995).

heterogéneas donde cualquier recorte es arbitrario y sólo puede tener sentido a efectos analíticos.

Desde esta perspectiva un psicofármaco sólo, aislado de la composición que pasa a formar parte en nuestro análisis, no tiene tampoco capacidad de actuar ni existencia alguna. Es en el ensamblaje que hemos recorrido a través de la TAR, donde es posible construir un guión donde la agencia puede ser tomada por una entidad no humana como es un psicofármaco. Es en la extensión de la materia al signo o en la prolongación de las cosas al texto, donde la fabricación de nuestra verdad se vuelve objetiva (Latour, 2001). Es asimismo en el marco de una narrativa TAR que podemos dar realidad al “misterio” de que el trabajo clínico pueda ser delegado en otros espacios que han “decidido” la forma que adoptará un JPD a producirse en la aparente intimidad de dos humanos: un psiquiatra y un paciente. Y es finalmente desmontando la ficción causa-efecto, simplificación burda del tiempo y el espacio en el dominio de las explicaciones (Latour, 2001), que podemos construir otras ficciones para comprender cómo algo que aún no ha sucedido, como un JPD, ya ha sido en parte realizado. Pero para dar cuenta de estos movimientos en apariencia ilógicos o al menos contra intuitivos para aquellas lectoras²⁶ ajenas a la TAR, debemos explicar algunos devenires de la acción.

La acción es una propiedad colectiva, distribuída, un nodo, un conglomerado de muchas agencias (Latour, 2008). No existe fuente alguna de acción, pues la misma es por definición dislocada (Latour, 2008). Tampoco un actor-red es fuente alguna de acción sino “el blanco móvil de una enorme cantidad de entidades que convergen hacia él” (Latour, 2008:73). Los actantes transportan la acción a través de distintos modos. Latour describe cuatro modalidades o aconteceres de la acción o lo que llama significados de la mediación técnica: 1º) la traducción de metas que explicaremos en detalle más adelante en este texto 2º) la composición que entiende a la acción como una propiedad de entidades asociadas; 3º) la cajaneigrización que refiere al proceso de cierre del trabajo de creación y fabricación de un hecho o artefacto y 4º) la delegación que pasaremos a explicar a continuación (2001). Sostenemos e intentamos explicar en la presente tesis que la tan prestigiosa “mirada clínica”, “clínica”, o “experticia clínica”, es más bien el resultado de una acción colectiva en la que los psicofármacos desempeñan el rol de liderazgo. **La elaboración de lo que hemos llamado JPD es más bien el producto de traducciones múltiples y mediaciones técnicas llevadas a cabo por los psicofármacos que brindan el soporte semiótico-material que permite al psiquiatra invocar o enunciar un JPD.**

26 Sí es que alguna vez existe alguna.

Delegación

Con el término delegación Latour (2001) alude a uno de los significados de la mediación técnica, que consiste en un trabajo de articulación entre los signos y las cosas. La delegación implica no solamente un proceso de traducción es decir un desplazamiento del significado de la acción, sino que además se transforma la acción, mediante un trabajo de articulación, en una expresión diferente. Latour (2001) explica este proceso con un ejemplo práctico, el de la banda rugosa en el asfalto para reducir la velocidad de los conductores, dando cuenta como a través de este artefacto técnico, no solo se desplazan las metas del conductor, sino que se articula con cemento un programa de acción, que continúa actuando en ausencia de los actores que idearon el proyecto. Es decir, se produce no solamente el desplazamiento de un significado a otro, sino de la acción en tiempo y espacio.

A los efectos de nuestra investigación, la delegación constituye un recurso explicativo para dar cuenta del proceso de desplazamiento del trabajo clínico en los llamados colectivos bioclínicos, como son los laboratorios y otros espacios de producción científica. Así en los colectivos bioclínicos, como espacios de articulación de trayectorias de diferentes actores humanos y no humanos, se transforman los significados y la materialidad de los psicofármacos en acciones y decisiones que actuarán en la clínica.

Traducción

La traducción constituye un concepto clave en la TAR. Se trata de una metáfora para explicar la relacionalidad (Felski, 2015). Según Latour (2001) traducción significa desplazamiento, deriva, invención o mediación y puede ser comprendida como uno de los significados de la mediación: la traducción de metas. “Las cadenas de traducciones se refieren al trabajo mediante el que los actores modifican, desplazan, y trasladan sus distintos y contrapuestos intereses” (Latour, 2001: 370). Traducir es desplazar, es dar continuidad a los desplazamientos y transformaciones que ocurren en una trayectoria. Es una forma de relacionar los diferentes universos que constituyen los actores. Pero traducir también significa posicionarse como portavoz, expresar lo que los otros quieren, su modo de asociación y actuación (Callon, 1995:1986). Traducir es proponer o convencer sobre una manera de organizarse (Grau, Íñiguez- Rueda, Subirats (2010), es el proceso por el cual algunos actores se otorgan y/o se les confiere el poder de actuar en nombre de otros (Latour, 1998:1991). En este sentido la traducción consiste en una relación de poder donde algunas entidades son capaces de movilizar las fuerzas de otras, es decir el actor/actriz traductor/a posee la capacidad de alterar de algún modo lo transferido en esa relación (Callon, 1995:1986). Para Callon (2001) traducción

refiere a las operaciones que unen dispositivos técnicos, humanos y enunciados. La traducción es una operación de ingeniería heterogénea, es decir de ensamblaje de la diversidad ya sea por medio de la simplificación o de la yuxtaposición (Iranzo, 1995). Es la serie de operaciones que permiten, si la operación es exitosa, transformar un esfuerzo mayor en otro menor aumentando la eficiencia (Latour, 1988, citado en Iranzo, 1995). En el presente análisis recurrimos a la noción de traducción desarrollada por la TAR para dar cuenta del tipo de relación que proponen los psicofármacos al conjunto de las entidades que participan en la realización de un JPD. Mas precisamente, en nuestro análisis referimos a la acción por medio de la cual unas actantes, interesan, seducen, y organizan a las entidades diagnósticas, cuyas identidades pasan a redefinirse a través de la traducción de los psicofármacos.

Objetos frontera

Star & Griesemer crearon la noción analítica de objeto frontera, a partir de un estudio etnográfico sobre los mecanismos de coordinación del trabajo científico, en un museo de historia natural (Trompette & Vinck, 2009). Dicha noción surge del problema que enfrentaban las investigadoras para describir y caracterizar el proceso por el cual los actores que provenían de mundos sociales²⁷ diferentes, lograban coordinarse. Las investigadoras observaron que a pesar de las diferencias, los actores conseguían comprenderse y trabajar juntos, reencontrándose alrededor de los objetos. Los objetos frontera son una especie de arreglos que permiten a los diferentes grupos trabajar juntos sin haberlo consensuado previamente (Star, 2010).

Así, con esta figura de objeto frontera los autores designan aquellos objetos abstractos o concretos cuya estructura es común y flexible a varios mundos sociales, que intervienen en la colecta, la gestión y la coordinación de conocimientos distribuidos (Star y Greisemer, 1989; Trompette & Vinck, 2009). La noción es utilizada para describir cómo se coordinan los actores y las actrices, negocian los significados, manteniendo a la vez su autonomía y comunicación (Star & Greisemer, 1989). Si nos remitimos a la significación que los términos que componen el concepto adquieren en este particular uso, "frontera" designa un espacio compartido, capaz de adaptarse a las necesidades de los mundos que comunica. El uso del término objeto, refiere tanto a un sentido pragmatista y de las ciencias computacionales como también a un sentido material (Star, 2010). La materialidad de los objetos frontera deriva de la acción, y no de un sentido de cosa predeterminada (Star, 2010).

²⁷ La noción de mundo social viene de la corriente del interaccionsimo simbólico, de Strauss. Se refiere a grupos de actividad que no tienen fronteras claras ni organización formal ni estable, como la familia, la iglesia, los movimientos sociales, etc. (Bowker & Star, 1999).

Dicha noción está ligada a las cuestiones de significado compartido y de interpretación. Supone la existencia de una estructura mínima de conocimiento, reconocible por los miembros de diferentes comunidades de práctica, la cual puede tomar formas diversas, como por ej. una base de datos, un protocolo, un mapa, las clasificaciones, etc..

La preocupación de Star era dar cuenta de todas las entidades que participaban en la mediación del conocimiento, desde el conserje hasta el premio Nobel, destacando el trabajo invisible que sostiene la gestión de los conocimientos y la realización de la ciencia (Star, 2010). Este posicionamiento teórico lleva a la discusión de la lectura asimétrica de las operaciones de traducción que se presentan en los trabajos ANT, particularmente la idea de punto de paso obligado (Star y Griesemer, 1989). Siguiendo a Fujimura (1992) la noción de objeto frontera difiere en dos aspectos del concepto de traducción de la TAR. En primer lugar la noción de objeto frontera permite que la traducción tenga lugar sin la preeminencia de un actor. En este sentido, varios procesos de traducción actúan simultáneamente en el trabajo colectivo, o en otras palabras múltiples objetos frontera coexisten en un marco descriptivo (Star & Griesemer, 1989). En segundo, si ambos dispositivos analíticos están interesados en los mecanismos de las asociaciones, sólo los objetos frontera focalizan en el modo como las asociaciones soportan la tensión entre cooperación y heterogeneidad (Fujimura, 1992). El objeto frontera propone un enfoque ecológico de la acción colectiva y de la innovación, que no privilegia ninguna de las entidades, y permite la coexistencia de varios procesos de traducción, cuya coherencia de conjunto constituye el problema (Trompette & Vinck, 2009).

Tal como señalan Trompette & Vinck (2009) la noción de objeto frontera muchas veces es vaciada de su carga conceptual inicial, por ejemplo cuando es utilizada de modo anecdótico para evocar cualquier entidad que participa en la coordinación entre actores. Gran parte de los usos de la noción se ha limitado a este nivel de comprensión. Sin embargo la conceptualización original del objeto frontera aludía a dos dimensiones de alcance analítico: la flexibilidad interpretativa y la incorporación de una infraestructura invisible. La flexibilidad interpretativa refiere a la propiedad del objeto frontera como “soporte de traducciones heterogéneas, como dispositivo de integración del saber, como mediación en los procesos de coordinación de expertos y de no expertos” (Trompette & Vinck, 2009, p.1). Mientras que esta dimensión ha sido ampliamente conocida e incorporada en la línea de trabajos que surgieron a partir de la noción de objeto frontera, su segunda dimensión, la de la incorporación de una infraestructura invisible, ha quedado soslayada. Sin la pretensión de establecer usos normativos sobre la verdad y el significado apropiado de los objetos

frontera, se han confundido o fusionado ambas dimensiones (Star, 2010). Según la propia Star (2007, citado en Trompette & Vinck, 2009) la flexibilidad interpretativa sin la comprensión de la infraestructura es un error de interpretación. La relevancia del estudio de las infraestructuras en la obra de Star o de lo que ella llamaba con humor e ironía “las cosas aburridas” se pone de manifiesto en el siguiente fragmento. En sus propias palabras:

Many aspects of infrastructure are singularly unexciting. They appear as list of numbers and technical specifications, or as hidden mechanisms subtending those processes more familiar to social scientists. It takes some digging to unearth the dramas inherent in system design creating, to restore narrative to what appears to be dead lists (Star, S:L., 1999:377).

La infraestructura es fundamentalmente un concepto relacional, que surge de las prácticas. Su invisibilidad hace referencia al uso en el sentido de apoyo o sostén de las tareas invisiblemente, en el sentido de que no tiene que ser reinventada cada vez. Esta propiedad del objeto frontera, su infraestructura invisible, permite dar cuenta de los procesos de delegación. La misma refiere al transporte de categorías, clasificaciones, normas que se dan en la interacción. En este sentido se vincula a la problemática del rol de las infraestructuras informacionales que median en la gestión del conocimiento. La construcción de las taxonomías y de las clasificaciones en las ciencias, permite comprender cómo los colectivos producen y administran la información, incorporando estos soportes materiales de la actividad, como la mediación central en la gestión del conocimiento (Trompette & Vinck, 2009).

METODOLOGÍA

A partir de ahora, señores filósofos, guardémonos mejor, por tanto, de la peligrosa y vieja patraña conceptual que ha creado un "sujeto puro del conocimiento, sujeto ajeno a la voluntad, al dolor, al tiempo", guardémonos de los tentáculos de conceptos contradictorios, tales como "razón pura", "espiritualidad absoluta", "conocimiento en sí": aquí se nos pide siempre pensar un ojo carente en absoluto de toda orientación, en el cual debieran estar entorpecidas y ausentes las fuerzas activas e interpretativas, que son, sin embargo, las que hacen que ver sea ver algo, aquí se nos pide siempre, por tanto, un contrasentido y un no concepto de ojo. Existe únicamente un ver, perspectivista, únicamente un conocer perspectivista; y cuanto mayor sea el número de afectos a los que permitamos decir su palabra sobre una cosa, cuanto mayor sea el número de ojos, de ojos distintos que sepamos emplear para ver una misma cosa, tanto más completo será nuestro concepto de ella, tanto más completa será nuestra "objetividad". Pero eliminar en absoluto la voluntad, dejar en suspenso la totalidad de los afectos, suponiendo que pudiéramos hacerlo: ¿cómo?, es que no significaría eso castrar el intelecto? (Nietzsche, 1887:2013:175).

El conocimiento es un acto interpretativo. Los métodos intermedian en este proceso ofreciendo facilitadores para transitar en el camino del conocimiento. En este ejercicio, los métodos tienden a funcionar bajo la asunción de que el mundo tiene que ser comprendido a través de un conjunto de procesos específicos determinados (Law, 2004). Como si la realidad tuviera o exigiera un lenguaje de preferencia para ser contada (Geertz, 1989). Esta cuestión ha tornado los problemas referentes al método en ciencias sociales altamente controversial. El debate sobre las implicaciones que la elección de los métodos comportan y los resultados que las distintas opciones metodológicas producen es profundo y extenso. Sin embargo, y más allá de la discusión, los métodos de investigación en ciencias sociales continúan estableciendo la serie de reglas y procedimientos con los cuales el conocimiento sobre los hechos, las cosas o la realidad debe ser producido (Law, 2004). Es así como imponen una serie de normatividades sobre la forma legítima que los métodos deben adoptar en la investigación.

Pero los métodos no son nunca una cuestión puramente técnica, una serie de procedimientos que se aplicarían a una realidad dada. Tal como establece Law (2004), los métodos son performativos, ayudan a producir realidades, crean nuevas versiones del mundo, contribuyen a hacer las cosas diferentes. En este sentido, como herramientas para la experimentación de nuevas realidades, fue que proyectamos la realización de un estudio de caso en donde fuera posible la combinación de los métodos de investigación etnográficos con entrevistas en profundidad o cualitativas. Escogimos los

métodos etnográficos, debido a la riqueza que la observación y participación directa en las prácticas estudiadas ofrecen a las investigadoras. Asimismo hicimos uso del análisis o investigación documental, sometiendo a estudio literatura especializada en psiquiatría (manuales y guías clínicas) y dos páginas webs pertenecientes a los mega emprendimientos que se están llevando a cabo para el estudio del cerebro.

La entrada al campo

La gestión para el ingreso a una unidad de psiquiatría donde pudiéramos llevar a cabo nuestro proyecto fue larga y penosa. La primera parte de estas gestiones las llevamos a cabo con una compañera del Departamento de Psicología Social que realizaba su máster y con quien compartimos intereses académicos y temáticos. Comenzamos seleccionando el Parc Sanitari Sant Joan de Deu, institución psiquiátrica en la que se pensó posible llevar a cabo la investigación.

En el mes de febrero de 2012 establecimos los primeros contactos con dicha institución a través de su página web. El día 20 de febrero iniciamos una comunicación telefónica con la coordinadora encargada de proyectos de investigación. El día 27 de febrero enviamos a la misma una propuesta de investigación por correo electrónico. El día 19 de marzo de 2012 recibimos respuesta, derivándonos al encargado de la Unidad de Hospitalización de la institución mencionada, para presentarle a él mismo la propuesta. La recepción por parte de la coordinadora fue en todo momento muy auspiciosa, agregando que podrían haber personas interesadas en participar en la investigación.

Solicitamos entrevista con el psiquiatra responsable de la Unidad de Hospitalización y la misma nos fue concedida para el día 30 de marzo. Ese día mantuvimos una reunión en el Parc Sanitari Sant Joan de Deu con la participación del psiquiatra responsable de dicho servicio, una psiquiatra y una terapeuta ocupacional. En la misma explicamos el proyecto, el cual en términos generales fue percibido según sus palabras como “interesante”. No obstante realizan preguntas solicitando mayor precisión metodológica. En palabras del psiquiatra encargado: “¿cuánto necesitan para llegar al objetivo?, ¿cuánto de esto de acompañar a los psiquiatras necesitan para llegar al objetivo de investigación?”. Se refería a definir en términos numéricos la etnografía que le estábamos planteando. Acordamos reformular la propuesta y enviarla.

Así lo hicimos, y el día 20 de abril enviamos una segunda propuesta de trabajo con una carta de la

GESCIT²⁸ de Francisco Tirado avalando el proyecto. El día 7 de mayo el psiquiatra encargado de la Unidad de Hospitalización, responde solicitando mayor desarrollo de la propuesta metodológica, alegando que para tramitar la valoración del Comité de Ética del hospital, el formato debería recoger la estructura básica de cualquier proyecto de investigación. Agrega además que ese es un requisito imprescindible.

Decidimos reformular la propuesta de trabajo en proyecto de investigación, ajustándonos a los modelos validados a nivel institucional. El proyecto fue enviado el día 14 de mayo. El día 30 de mayo el psiquiatra encargado responde que el proyecto ha sido derivado a la Unidad de Agudos y Subagudos para su evaluación y que a la brevedad será estudiado por el Comité de Ética. Que nos mantendría informadas.

El día 8 de junio recibimos la respuesta negativa del psiquiatra encargado del servicio, argumentando que si bien el proyecto había sido aceptado con algunas salvedades por el Comité de Ética²⁹, los psiquiatras de la Unidad de Agudos y Subagudos no estaban dispuestos a asumir ninguna actividad extra a la que realizan en épocas de crisis y recortes.

Así fue que pusimos en marcha el plan B³⁰. El mismo consistió en iniciar conversaciones en la misma sede de nuestra UAB con el Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. La primer persona contactada en la UAB nos derivó a los hospitales universitarios, ya que ahí se encuentran instalados los Departamentos de Psiquiatría. Elegimos uno de los hospitales universitarios de Barcelona en virtud de nuestra conveniencia por cercanía geográfica.

Allí nos dirigimos una calurosa tarde de verano de 2012. En la recepción, explicamos nuestro interés de hablar con un psiquiatra, y tuvimos la fortuna de ser recibidas por un primer galeno que luego se convirtió en el “portero” de la investigación. El mismo ofreció sus contactos para entrevistar a otros miembros del equipo de salud mental y nos facilitó el acceso a las gestiones que luego derivaron en la autorización para llevar a cabo la breve estancia etnográfica.

Obtener la autorización para permanecer como observadora en una unidad de internación psiquiátrica, fue bastante más difícil que conseguir la participación de los psiquiatras en las

28 Grup d' Estudis Socials de la Ciència i la Tecnologia

29 Conocer los resultados de las investigaciones antes de la publicación y tener acceso al guión de la entrevista.

30 Mi condición de extranjera y por lo tanto el desconocimiento del medio “psi” catalán dificultó bastante el inicio de la investigación.

entrevistas. Durante el período de realización de las mismas, llevadas a cabo todas en la sede del hospital, salvo una en la residencia particular del psiquiatra, aprovechaba esas oportunidades de encontrarme “in situ” para avanzar en la gestión de la solicitud de acceso. Había averiguado que el permiso tenía que ser otorgado por una persona encargada de decidir en tales gestiones, del Departamento de Docencia del hospital. Me dirigí a esa sección con el objetivo de conversar sobre mis intereses, pero la persona encargada no estaba, y la situación no era auspiciosa debido a un pre-conflicto gremial. No obstante elaboré un texto donde explicaba brevemente la propuesta de investigación como parte del desarrollo de mi doctorado. La misma fue enviada vía correo electrónico a la persona indicada. Quince días más tarde y no habiendo obtenido respuesta alguna, me dirigí nuevamente a esa sección del hospital. Cuando comencé con mi relato, la persona me interrumpió para decirme: “Ah tú eras la que quería observar en la Unidad de Internación de Psiquiatría, lo puedes hacer pero solo 15 días y no se te extenderá ningún certificado académico al respecto, pues debido al conflicto gremial están suspendidas todas las pasantías y estancias académicas”.

Plenamente consciente de que mi suerte se debía a esa especie de caos y confusión, una especie de estado de excepción de las constricciones formales que el conflicto gremial había producido, lo cual me favorecía, me dirigí inmediatamente a hablar con la directora de la Unidad de Internación, para comunicarle lo acontecido y acordar los días y horarios en que podía participar.

Etnografía focalizada

Una vez allí, comenzamos con la directora de la unidad a acordar, agendas en mano, los días en que me sería permitido asistir. Finalmente y por disposición del servicio, las dos semanas se vieron reducidas a 8 visitas o estancias etnográficas. Pues los fines de semana estaban exceptuados porque la directora no estaba y solo había psiquiatras de guardia al teléfono. Algún otro día porque no me podía atender, o porque tenían mucha actividad o recibían a médicos residentes y no podíamos estar 3 o 4 personas con una paciente y así el tiempo se fue recortando.

No obstante esta limitación temporal, no renunciamos a la posibilidad de recoger los significados a través de la experiencia subjetiva propia de los métodos etnográficos. Cabe agregar aquí que las perspectivas etnográficas han trascendido el dominio de la antropología, extendiéndose al conjunto de las disciplinas sociales. En este movimiento algunos aspectos de la etnografía tradicional han sido modificados. Tal como sostienen Goetz y Lecompte (1988) existen estudios que se diferencian

del diseño clásico, que se centran en pequeños subsistemas culturales, y que adoptando algunos de los métodos de la etnografía clásica no utilizan sus marcos interpretativos y conceptuales. A este tipo de estudios los autores los denominan cuasi-etnografías (1988).

Nosotras en virtud de las condiciones dadas, decidimos hacer uso del enfoque etnográfico establecido por Knoblauch (2005), denominado etnografía focalizada, que constituye una adaptación de la etnografía tradicional a los espacios altamente especializados como son los hospitales. La misma consiste en la realización de observaciones y estancias breves que buscan responder a las preguntas que se formula la investigadora. Se fundamenta en que los procesos sociales que se viven actualmente ya no se rigen por los ritmos lentos del pasado, que habilitaban a la realización de largas estancias de tiempo típicas de la etnografía convencional. En su lugar se propone la realización de visitas de tiempo acotado en lugar de estancias permanentes a los ámbitos estudiados. Esto se compensa con la recolección de datos de fuentes diversas y la utilización intensa de tecnologías audiovisuales.

Las técnicas que utilizamos en nuestra etnografía focalizada fueron: la observación participante y las conversaciones informales. La observación participante es entendida como una forma de acercamiento próximo y sensible, capaz de captar los significados que dan los sujetos de estudio a su comportamiento (Velasco & Díaz de Rada, 1997). Esta información fue registrada en un diario de campo. Asimismo registramos en audio, previa autorización de las participantes, las conversaciones informales establecidas con una residente en psiquiatría y un residente en neurología realizadas en el cuarto médico. También realizamos dos entrevistas en profundidad a las psiquiatras del servicio grabadas en audio.

Nuestra observación en el trabajo de campo focalizó en las actividades clínicas diarias que realizaban las dos psiquiatras de la unidad, mediante la observación directa de su trabajo, prestando especial interés a las entrevistas realizadas a los y las pacientes. En principio acompañamos en todo momento a la residente en psiquiatría, quien era la responsable del servicio cuando la directora estaba ausente y se encargaba de todo el trabajo aún cuando la directora se encontrara en la unidad. Así, mientras estábamos en el servicio íbamos junto a la residente a entrevistar a las pacientes, luego al cuarto médico o a enfermería a registrar o verificar la información en el ordenador, modificar la medicación o dialogar con las enfermeras, realizar comunicaciones telefónicas para solicitar interconsultas o establecer contacto con las familias, etc.. También participamos en entrevistas realizadas a familiares de pacientes internados en la unidad y en conversaciones con

médicos y con la asistente social del hospital. No nos fue permitido registrar en audio ninguna de las entrevistas con pacientes, así que tomamos nota de todas las actividades en nuestro cuaderno de campo.

En alguna oportunidad también acudimos a las entrevistas realizadas por la directora, quien asumía las situaciones más difíciles de tratar. La misma llevaba a cabo esta empresa con fines docentes, enseñando su forma de trabajar, y haciendo gala de una amplia experiencia en la materia, la cual compartía con la residente y conmigo.

La Unidad de Estancia Corta de Psiquiatría, como su nombre lo indica tiene como cometido recibir los ingresos derivados de la Unidad de Urgencia, que presentan en la consulta algún tipo de trastorno o alteración psiquiátrica. El equipo de psiquiatría brinda una atención de corta duración en el tiempo, que consiste en una valoración del paciente, con el objetivo de una rápida estabilización y recuperación de las conductas básicas, para el otorgamiento del alta o para realizar una derivación a un centro psiquiátrico de estancia media o prolongada.

Por esta razón las psiquiatras se ven enfrentadas diariamente con la gestión y administración de juicios diagnósticos, pues de esas decisiones depende la permanencia de las pacientes en el establecimiento. En este sentido nos pareció un ámbito apropiado para la observación de nuestro problema de investigación.

Debido a esas características del servicio habíamos supuesto, previo a nuestro ingreso, que preguntar por el diagnóstico sería un hecho natural y cotidiano. Sin embargo, la reticencia, evitación o incomodidad que mi pregunta frente al diagnóstico de cada paciente generaba, podría ser motivo de un análisis exclusivo. Creemos que la misma se halla relacionada a la flexibilidad o juego de cintura, con que los y las psiquiatras deben administrar el conocimiento psiquiátrico en las prácticas cotidianas.

¿Diagnóstico o Juicio Psiquiátrico Diagnóstico?

En este momento, se hizo nuevamente presente, pero ahora como problema teórico surgido desde el campo mismo, la cuestión de la definición terminológica de nuestro objeto de estudio. Fue así que decidimos que JPD (juicio psiquiátrico diagnóstico) se adaptaba mejor a ese nivel del problema que pretendíamos abarcar: la producción de un diagnóstico en una práctica concreta. **Más que del**

diagnóstico como categoría general, nuestro trabajo se aboca a la observación del proceso de designación de los estados afectivos y cognitivos humanos, atendiendo especialmente a los elementos materiales en que es andamiado o sustentado. Un diagnóstico es una categoría conceptual que remite a distintos registros, involucrando niveles teóricos, genealógicos e históricos que este estudio no considera.

No obstante en nuestras preguntas en las conversaciones informales y en las entrevistas siempre preguntamos en primer lugar por el diagnóstico y luego cuando estas dificultades de articulación de un concepto teórico en una práctica concreta surgían, o porque el mismo es evolutivo o porque es un proceso o los motivos que fueran, hacíamos uso de una segunda denominación: JPD. Con JPD hacíamos referencia a como puede ser definida la situación cursada por la paciente desde el punto de vista psiquiátrico en el momento presente. Es decir al juicio técnico del psiquiatra en el área del diagnóstico en una situación determinada.

Si bien diagnóstico y JPD corresponden al mismo campo semántico, el primero constituye un concepto más abarcativo que contempla e incluye al segundo. En un caso nos referimos a la precariedad de un estado que se actualiza en una práctica: un JPD; y en el otro entendemos que comprende una categoría conceptual teórico-técnica, donde su producción en las prácticas es solo un nivel de la misma.

Así fue que precisamos JPD como la manifestación del concepto diagnóstico a nivel empírico, o más bien en los términos de nuestra investigación: la forma que asume la categoría general del diagnóstico en los usos prácticos. Por esto mismo hemos establecido en la introducción, que nuestro objeto de estudio consiste en **la descripción de las entidades materiales que se encarnan o actualizan en la producción de un JPD, entendiendo éste como la acción que vincula dichas entidades regularizándolas de un modo determinado.**

Análisis de los datos etnográficos: Descripción densa

Según Geertz (1987) lo que define propiamente a la etnografía es un cierto tipo de esfuerzo intelectual que denomina, tomando las palabras de Ryle, descripción densa. La misma consiste en desentrañar las estructuras de significación que se encuentran superpuestas, entrelazadas, que no son explícitas, que pueden parecer extrañas, a través de las cuales el etnógrafo intenta “abrirse paso”, captándolas y explicándolas (Geertz, 1987). Se trata de una tarea interpretativa de asignación

de significados lo más estrechamente ligada a los hechos concretos. Las estructuras de significación no coinciden exactamente con fragmentos del texto. Surgen en un espacio híbrido en donde se articulan texto, hechos, imaginación e interpretaciones del analista. Esta particularidad hace difícil su captura en términos de denominaciones que puedan designar aquellas situaciones que surgidas en un espacio concreto se prolongan más allá de los mismos. Nos enfrentamos a la dificultad de cómo designar y aprehender aquellos sucesos concernientes al JPD, que comenzando por ej. en la entrevista misma, se prolongaban para resolverse muchas veces en el cuarto médico o en la sala de enfermería, o luego de una breve charla. Lo que nos interesaba a nosotras, sucedía en las entrevistas pero también en el diálogo mantenido fuera de las mismas, inmediatamente después o mantenía una secuencia que proviniendo del día anterior, se definía al día siguiente. Finalmente resolvimos identificar tres estructuras de significación: JPD y exploración de la clínica psiquiátrica, JPD y exploración psicofarmacológica, JPD proveniente de otras fuentes de información. Sobre estas tres estructuras articulamos nuestra interpretación.

Análisis documental

Consideramos necesario incluir en nuestro estudio de caso literatura especializada para solventar, comparar y cotejar los significados surgidos de las otras dos fuentes de datos. Así fue que utilizamos el Manual de Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales de Soler Insa & Gascón Barrachina (2005); el Manual de Psiquiatría, editado por Tomás Palomo & Miguel Angel Jiménez Arriero (2009) y las siguientes guías clínicas: Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia, Galicia (2009) y la Guía de Práctica Clínica sobre el manejo de la Depresión Mayor en el Adulto, Madrid (2008). Hicimos uso además de las páginas webs de los dos más grandes emprendimientos que se están llevando a cabo para el estudio del cerebro: el sitio oficial del proyecto Brain, conocido también como proyecto Obama y el del proyecto Human Brain. Realizamos sobre este material textual, análisis de contenido cualitativo (Ruiz Olabuénaga, 2003), siguiendo las mismas pautas que describimos a continuación para el análisis de las entrevistas, pero sin categorizar los textos. Nos interesamos únicamente por identificar los fragmentos en donde el término diagnóstico aparecía.

Entrevistas en profundidad

Realizamos una serie de entrevistas en profundidad (Vallés, 2002) a los que entendimos eran actrices y actores significativos para nuestro estudio. Llevamos a cabo nueve entrevistas: siete de

ellas a psiquiatras, y las dos restantes a una bióloga y a una psicóloga. Entre julio y septiembre de 2012 hicimos una primera ronda de cuatro entrevistas. En esa oportunidad preguntamos en términos generales sobre los elementos materiales que definían un diagnóstico. Si intervenían estudios de laboratorio y qué tecnologías eran usadas a la hora de emitir juicios diagnósticos, eran algunas de las preguntas que contemplaba el guión.³¹ El mismo permitió una primera aproximación general a la temática.

En este sentido la consideramos como una fase exploratoria, para profundizar en una segunda ronda de entrevistas, aquellos aspectos que nos habían parecido significativos. No tuvimos en cuenta en ese momento que de los datos provenientes del discurso no podíamos obtener información sobre una práctica, que era lo que nos interesaba analizar. O al menos que, de ser esto posible, existirían diferencias fundamentales³². En principio asumimos que las dos fuentes de información (entrevistas y etnografía) nos aportarían datos que se complementarían o a lo sumo mantendrían diferencias no demasiado significativas. Pero sucedió que los datos verbales no coincidieron con lo observado en las prácticas.

En la etnografía focalizada realizada entre octubre y noviembre de 2012, visualizamos un panorama bien distinto a la descripción racional que a nivel discursivo era narrada en las entrevistas. Este hallazgo nos dio la oportunidad de focalizar, en la segunda ronda de entrevistas realizada entre noviembre de 2012 y julio 2013, en una de las entidades materiales (psicofármacos), que según esta investigación desempeña un rol fundamental en la producción de un JPD. Así, en esa segunda instancia, dirigimos las preguntas hacia el rol que los psicofármacos ocupaban en las prácticas psiquiátricas y el uso que de los mismos realizaban los psiquiatras³³.

Entendimos relevante entrevistar a integrantes pertenecientes a distintos programas de psiquiatría para recoger la diversidad de perspectivas que pudieran existir con respecto a la producción de un JPD. Así llevamos a cabo entrevistas a directores y/o miembros de cuatro programas. Decidimos no especificar los nombres de los programas en donde realizamos entrevistas, para proteger la confidencialidad y el anonimato de las y los entrevistados. Los programas están distribuidos por hospitales y alguno de ellos cuenta con un solo psiquiatra, de forma que de mencionar el nombre del programa haría sencilla su identificación. La duración media de las entrevistas fue de 50 minutos.

31 Se adjunta el guión en anexos

32 Las mismas que existen entre lo que se dice y lo que se hace

33 Ver anexo Entrevistas 2

Transcribimos las mismas utilizando los códigos de Jefferson (Jefferson, 1984).

Accedimos a cada entrevistado a través de la estrategia de muestreo conocida como bola de nieve. El primer psiquiatra contactado, de la forma que relatamos al comienzo de este escrito, fue una persona clave para que esta investigación pudiera llevarse a cabo. El mismo nos proporcionó varios contactos, y brindó su conocimiento acerca del funcionamiento de los programas en el hospital, prestando colaboración para que pudiéramos acceder a otras entrevistas y a realizar la etnografía focalizada. A partir de él, que además fue nuestro primer entrevistado, en cada entrevista solicitábamos la sugerencia de uno o dos psiquiatras pasibles de ser entrevistados. La entrevista a la psicóloga y a la bióloga fueron realizadas dentro de la primer ronda de entrevistas. En ese momento estábamos abiertas a la observación y prestábamos atención a las entidades materiales en que pudieran sustentarse los juicios diagnósticos. Si bien contábamos con un conjunto de ideas que orientaban nuestra mirada, no teníamos una hipótesis definida que guiara nuestro estudio³⁴.

La bióloga que era según el relato de la psicóloga la persona que más sabía de psiquiatría y genómica, nos aportó un material valiosísimo sobre los estudios multicéntricos³⁵ que estaban realizando en el hospital, de identificación de predisposiciones genéticas asociadas a determinados trastornos. Pero esa información, que es la que podemos encontrar publicada en los sitios de divulgación científica, pues es la tendencia mayoritaria en investigación en psiquiatría actual, no se circunscribía estrictamente a lo que buscábamos³⁶. Asimismo la psicóloga también aportó datos importantes. Pero el diagnóstico en su trabajo estaba comprometido, más desde el punto de vista psicológico o funcionando como auxiliar del juicio que posteriormente elaboraba el psiquiatra. En este caso y según lo narrado en la entrevista, al tratarse de pacientes ambulatorios la dinámica era diferente a lo que luego pudimos observar en la etnografía focalizada de la práctica psiquiátrica.

Análisis de datos cualitativos

El material textual de las entrevistas y de los documentos descriptos líneas arriba, fue sometido a análisis de contenido cualitativo (Ruiz Olabuénaga, 2003). El mismo parte del supuesto de que un texto consiste en una serie de datos que tienen un sentido o significado simbólico, que no siempre es manifiesto (Ruiz Olabuénaga, 2003). Estos significados son múltiples, dependiendo de la perspectiva de quien lea el texto, pudiendo además coincidir o no el sentido que le atribuye el lector

³⁴ Más adelante desarrollamos este punto

³⁵ Conjuntamente con dos centros de investigaciones de Alemania y Holanda

³⁶ Tal vez ese material pueda ser utilizado en un análisis posterior.

con el asignado por el autor (Ruiz Olabuénaga, 2003). De este modo, el sentido de un texto trasciende las intenciones del autor, es quien interpreta quien le asigna los sentidos que ese texto tiene en ese contexto particular.

El análisis de contenido procede segmentando o reduciendo el material en categorías. Para la categorización procedimos a la lectura reflexiva de las entrevistas utilizando la modalidad de codificación abierta señalada por Strauss & Corbin (1997). La misma consiste en la examinación del texto realizando preguntas y estableciendo contrastes, por ej entre lo dicho y lo no dicho o dado por supuesto. En nuestro caso focalizamos en aquellos aspectos de la producción de un diagnóstico psiquiátrico que se daban por sentado. Un elemento que nos llamó la atención en la primera lectura fue el uso de la expresión “siempre” o en “todos los casos” que utilizaban los psiquiatras cuando referían a que el diagnóstico es siempre el resultado de un juicio clínico. Ante la diversidad de puntos de vista que caracterizan la tarea de médicos y psiquiatras, y la dificultad para establecer acuerdos que signen sus abordajes epistemológicos, teóricos y prácticos, intuimos que ese “dogma” que se repetía como leit motiv o estribillo en todas las entrevistas, era merecedor de mayor observación.

Luego de esta primera aproximación abierta, que buscaba favorecer la emergencia de nuevas ideas a partir de los datos, o al menos no limitarnos de antemano a las ideas o prejuicios de partida, procedimos a la codificación de fragmentos del texto que guardaban estrecha relación con los objetivos de la investigación y con la perspectiva teórica adoptada. En este sentido codificamos selectivamente las frases o párrafos que referían estrictamente a lo que buscábamos, ignorando aquellos que aunque interesantes se desviaban de nuestros objetivos. Así en una primera codificación establecimos catorce categorías agrupadas en tres grandes categorías temáticas, tal como expresa el cuadro siguiente.

Tecnologías de soporte del JPD	Juicio Psiquiátrico	Clínica
Estudios de laboratorio	Juicios psiquiátricos diagnósticos	La clínica como método
Estudios de neuroimagen	Juicios psiquiátricos terapéuticos	La clínica como ámbito de realización de las prácticas psiquiátricas
TICs (software diagnósticos)	Juicios psiquiátricos clínicos	Otros significados de clínica
Protocolos	Otros juicios psiquiátricos	
Psicofármacos	Diagnóstico como concepto gal.	

Otras entidades materiales		
----------------------------	--	--

Luego reformulamos las mismas en once categorías. Tal como muestra el segundo cuadro.

Tecnologías de soporte del JPD	Juicio Psiquiátrico	Clínica
Psicofármacos	Juicios psiquiátricos diagnósticos	La clínica como método
Estudios de laboratorio	Juicios psiquiátricos clínicos	La clínica como ámbito de realización de las prácticas psiquiátricas
TICs (Estudios de neuroimagen software diagnósticos)	Otros juicios psiquiátricos (Juicios psiquiátricos terapéuticos, etc.)	Otros significados de clínica
Otras entidades materiales (Protocolos, etc.)	Diagnóstico como concepto gral.	

Una vez sistematizados los datos en las categorías procedimos al trabajo de interpretación en que consiste todo análisis de contenido cualitativo. No nos interesamos tanto por aquellas vertientes de este método que se dedican a identificar o medir presencias-ausencias, número de apariciones de una palabra o frase, etc., es decir, aquellos aspectos formales y manifiestos del texto. Más bien en nuestro análisis las inferencias realizadas provienen de la articulación teórica con el contexto de producción de los datos, en conjunción con las ideas y experiencias surgidas a lo largo de todo el proceso del trabajo de campo. Los significados que atribuimos a los datos, no están ni en los datos ni en la investigadora. Se trata de una elaboración ficcional recursiva de significación y resignificación de los datos a través de la teoría, posibilitado por la subjetividad de la investigadora.

En este sentido es un trabajo de interpretación desde una perspectiva teórica, un posicionamiento metodológico, ético y político. Entendemos así a toda producción humana en el campo de la ciencia. Su reconocimiento y explicitación, o por el contrario ocultamiento o negación bajo la forma de la más pura objetividad científica, no exime de que se trata de un trabajo de interpretación subjetiva en donde los aspectos teóricos y metodológicos son también políticos y éticos. Nuestro posicionamiento ético reconoce que nuestra versión de los hechos constituye una construcción parcial, situada, encarnada y posicionada (Haraway, 1995), la cual no aspira a forma alguna de objetividad³⁷ y mucho menos de universalidad.

37 Ni siquiera parcial como plantea Haraway. Entendemos esta objetividad parcial como un contrasentido que quita riqueza al concepto del conocimiento situado. Tal como lo plantea Nietzsche, y por eso hemos escogido la cita que abre este capítulo de metodología, todo conocer es perspectivista y subjetivo.

Reflexividad

Este reconocimiento coloca a la práctica reflexiva como una parte importante en el proceso de conocimiento. Nuestra versión parcial es el resultado de una interpretación subjetiva, de la cual la investigadora no se puede sustraer ni aún proponiéndose el más riguroso exámen. Algunas autoras encuentran pertinente enunciar la serie de condicionamientos que estarían permeando la subjetividad de las investigadoras. Así Guber (2011) menciona tres dimensiones que estarían interviniendo en el trabajo de campo. La primera correspondería a ciertos atributos como: el género, la edad, la pertenencia étnica, la clase social y la afiliación política (Guber, 2011). Agrega además las dos dimensiones señaladas por Bourdieu & Wacquant; la posición del analista en el campo científico o académico y el epistemocentrismo (Bourdieu & Wacquant, 1992, citado en Guber, 2011). Esta última refiere al hecho de que la investigadora soslayaría que la producción de la teoría es el producto de su mirada teórica o en palabras de los autores de su “ojo contemplativo” (Bourdieu & Wacquant, 1992; citado en Guber, 2011).

Entendemos esta tarea de rendición de cuentas perpetua sobre la falta de objetividad, mediante el procedimiento de explicitación y descomposición de aspectos de la subjetividad de la investigadora, inútil e imposible de llevarse a cabo. Esto no quita que valga la pena realizar el ejercicio epistemológico y ético político que la práctica reflexiva implica (Albertín & Iñíguez 2010). El énfasis que todavía hoy podemos encontrar en el concepto de reflexividad o en el uso de las prácticas reflexivas en la investigación como precepto normativo, cuando los aportes del socioconstruccionismo (Gergen, 1973), los estudios etnográficos del trabajo científico (Knorr-Cetina, 1981; Latour & Woolgar 1995; Lynch et al., 1995) y el post-estructuralismo entre otras perspectivas, han puesto de manifiesto la construcción parcial, subjetiva, contextualizada, histórica y ficcional de todo conocimiento (Geertz, 1989), tiene mas que ver con un ejercicio de buena retórica. Qué aspectos de la subjetividad de la investigadora merecen ser explicitados y discutidos debido a su entrelazamiento e implicación con el proceso investigativo, es una tarea que solo quien lleva adelante el proceso puede decidir.

Por otro lado, el postulado de hacer explícita la posición de la investigadora³⁸, da por supuesto un lector sin competencias para situar desde dónde se está hablando y qué posibilidades y restricciones tiene el marco discursivo desde donde se dice lo que se lee o escucha. De algún modo, la

³⁸ Como si fuera además esta tarea posible

instauración normativa de la práctica reflexiva, instala nuevamente, sin intención de hacerlo, aquella asimetría entre investigador (sabio y honesto, que sabe y además dice desde dónde está diciendo lo que dice) e investigados o lectores tontos a quienes se les debe decir y explicar los presupuestos desde donde se dice lo que leen. Quien lee un texto, tiene competencias para interpretarlo.

Además estas posturas olvidan el hecho fundamental de que un texto, tanto literario como científico y/o etnográfico, es la producción de un autor cuya presencia autorial como sostiene Geertz (1989) ha sido camuflada como cuestiones epistemológicas. Y si bien esta idea proviene de una discusión a la interna de la antropología y está referida a sus textos, la misma describe un problema que es el mismo: “cómo evitar que la visión subjetiva coloree los hechos objetivos” (Geertz, 1989:19). Este problema que el concepto de reflexividad viene a “allanar”, ha sido una preocupación compartida tanto en el campo de la antropología, como en el de las ciencias sociales.

Hechas estas aclaraciones, compartiremos algunas interrogantes, suscitadas por este estudio, que han preocupado y continúan preocupando a la investigadora. En primer lugar, y como he comentado líneas arriba, este trabajo no fue comenzado con una hipótesis que pudiera confirmar o disconfirmar o reformular en virtud de lo que fuera observando en el campo. Claro que no iba como una tábula rasa, pero la idea que albergaba en relación a la conformación material del diagnóstico psiquiátrico, creía podría venir por el lado de las tecnologías, fundamentalmente de softwares aplicados al diagnóstico, o cuestiones semejantes. Había leído el trabajo de Jackie Orr (2010), donde la autora traza la historia del diagnóstico asistido por ordenador como un elemento clave de la psiquiatría y de la gubernamentalidad contemporánea, que de alguna forma había sesgado mi mirada en esa dirección. Y a pesar de que en las primeras cuatro entrevistas, antes de iniciar la etnografía, nada de eso había aparecido, pensaba que a lo mejor, yo lo podría observar en el trabajo cotidiano de los y las psiquiatras.

Por lo tanto prestaba enorme atención, a ese trasegar continuo entre entrevista y entrevista desde la habitación de las pacientes donde se llevaban a cabo las mismas, hacia las dos salas donde se hallaban los ordenadores, observando y registrando en la medida de mis posibilidades, todo lo que en el mismo se escribía. Le solicité a la residente que me enseñara el software y me explicara como lo utilizaban, los accesos a la información, etc.. Se trataba de un software antiguo que constaba de cinco ventanas donde se agregaba la información correspondiente a cada paciente, de la misma forma que se agregaban en las carpetas que contenían las historias clínicas antes del uso del

software. Igualmente cada paciente contaba con una carpeta con su historia clínica en formato papel, en donde se anexaba parte de la información que había sido primero ingresada al software. Pero nada de lo que ocurría en relación al software ni a otro tipo de tecnologías como pueden ser las de neuroimagen, que en el caso del diagnóstico psiquiátrico se utilizan excepcionalmente para descartar otros problemas médicos y no para confirmar cuestiones psiquiátricas, parecía suscitar mayor interés.

El extrañamiento comenzó a surgir luego de algunas entrevistas, cuando empecé a visualizar que en las situaciones en que el diagnóstico no estaba claro, tampoco se lo reconocía en términos problemáticos, es decir, no se planteaba como un caso confuso o difícil que requiriese mayor análisis, sino como algo natural, como si todas sobreentendiéramos lo que nadie había dicho. Frente a mi fastidiosa pregunta: ¿y qué tiene fulana?, surgían comentarios como el siguiente:

Luego de realizada la entrevista nos vamos a la sala de enfermería. La residente en neurología y la residente en psiquiatría discuten acerca de Mirta (sin referir al término diagnóstico están hablando de eso, tratan de clarificar lo que le pasa a Mirta, lo que tiene). La residente en psiquiatría dice que es caracterial, que es una persona muy cómoda que no hace nada por ella, que hay que estarle encima. La residente en neurología acepta sin más. Me sorprende por el comentario tan poco técnico. (Nota de campo, 22 de octubre de 2012).

Otra segunda fuente de extrañamiento provino del hecho de que al día siguiente de la observación de situaciones que parecían poco claras, como la descrita arriba, como por arte de magia, el diagnóstico surgía, aparecía, se enunciaba, como si hubiera sido dicho o como si hubiera estado claro aún sin decirse desde el primer momento, cosa que no era así. Esto llamó poderosamente mi atención. Pues proviniendo del campo de la psicología y habiendo trabajado full time 10 años en esa profesión, en donde en oportunidades participaba en entrevistas con psiquiatras, siempre había tenido en alta estima la virtud o habilidad clínica, ojo clínico o clínica. Y aunque alguna vez llegué a pensar que un diagnóstico podría ser el producto de una muy buena retórica que hacía coincidir los datos del paciente con el buen manejo de la literatura, nunca se me había ocurrido que el psicofármaco podría cumplir una función en esa fase.

La diferencia entre esa primera entrevista y la del día siguiente, estaba dada no por una

profundización en los datos clínicos, quiere decir que el interrogatorio no pivoteaba nuevamente en la clínica, sino que avanzaba en la valoración de la administración farmacológica que el día anterior había sido indicada. Como si se pasara un nivel. Como si las cosas se aclararan una vez que los datos multiplicados, pero ahora en clave o dirección psicofarmacológica, permitieran enunciar con relativa certeza aquello que se había sospechado pero no había sido dicho.

Esto me sorprendió de manera tal que no pude asimilar fácilmente lo que sería mi tesis. Actuaban en contra de esta idea, todos mis prejuicios basados en los aprendizajes y en la experiencia de trabajo profesional en el campo de la psicología. Sentía que no podía ni pensar ni decir una cosa tal. ¿Cómo iba yo a sostener una cosa semejante? Entonces comencé a buscar la forma de fundamentar mi tesis, no desde lo que yo había podido percibir, que sentía era poco y pobre en comparación a un discurso lleno de contradicciones pero extenso y altamente articulado. Y ahí vino la idea de hurgar en sus textos, en su literatura, en sus propios manuales.

Comencé por el Manual de Recomendaciones Terapéuticas en los Trastornos Mentales de Soler Insa & Gascón Barrachina, 2005, que es el manual de mayor uso por parte de los psiquiatras entrevistados, y probablemente sea de uso generalizado en todo el estado español y en zonas de latinoamérica. En ese documento no pude encontrar una cita que me permitiera respaldar los resultados de la etnografía. No podía creer lo “bien escrito que estaba”, en el sentido que no se daban las situaciones cotidianas de la clínica psiquiátrica, no había contradicciones ni zonas grises, las cosas eran claras y de un modo.

Sin embargo, en el Manual de Psiquiatría, editado por Tomás Palomo & Miguel Angel Jiménez Arriero 2009, otro texto relevante, encontré en el capítulo dedicado al diagnóstico, interesantes declaraciones que soportaban debilmente mi tesis. Las mismas fueron incluidas en uno de los artículos.

A partir de lo expuesto surgió una segunda fuente de malestar e incomodidad. Si mi tesis provenía de la breve estancia etnográfica, porque los datos aportados en las entrevistas eran usados fundamentalmente para contrastar lo dicho con lo actuado, qué posibilidades tenían estos resultados de aplicarse a otros contextos similares. Es decir, me cuestionaba el limitado alcance de la generalizabilidad, más allá de la que se le puede imputar a cualquier estudio de caso.

Y como tercera y última fuente de inquietud con respecto a este texto, o mejor dicho a los resultados

de esta tesis, me pregunto en qué medida esta investigación puede producir algún beneficio. Siguiendo a Gibbs (2012) los dos principios éticos que deben regir el trabajo son: producir algún beneficio significativo e identificable y no dañar a los participantes. Acá nuevamente un mar de dudas inunda mi subjetividad. Está claro, al menos eso espero, que los participantes en ningún momento han sido dañados en lo que a usuarias de servicios de psiquiatría se refiere. Tampoco creo que la imagen profesional de los y las psiquiatras pueda verse afectada, por los resultados de una investigación como ésta. En todo caso será cuestión de perspectivas diferentes con respecto al valor de verdad de su conocimiento, y a la administración del mismo.

En este punto nos inclinamos más hacia las perspectivas reflexivas críticas (Albertín & Iñiguez, 2010, Ibáñez Gracia, 2001) que subrayan el carácter ético político de la investigación, cuya principal función estaría dada por el cuestionamiento de las verdades asentadas hegemonicamente. Si los resultados de esta tesis sirven para poner en tela de juicio una de las verdades sobre las cuales la psiquiatría ejerce y ha ejercido un poder que no se ha caracterizado precisamente por la distribución de pan y rosas³⁹, el trabajo ha sido hecho.

³⁹ Para decir con palabras bonitas, siguiendo las recomendaciones de Gibbs (2012), los efectos nocivos, degradantes, discriminatorios, y en circunstancias hasta fatales que la psiquiatría en nombre de sus verdades ha producido a miles de humanas y humanos.

LA ESTABILIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN BIOPSIQUIATRÍA: EL PSICOFÁRMACO COMO OBJETO FRONTERA

Work is the link between the visible and the invisible.

Visibles are not automatically organized into pregiven abstractions.

Someone does the ordering, someone living in a visible world.

*Every ordering is it self anchored in a series of contingencies,
and every anchoring embeds a patterning that can be viewed theoretically.*

Because there are patterns, regularities, boundaries, and shapes,

we can detect work by its organization. (Star, S. L., 1991: 265,266).

En el primer artículo titulado **“Del sujeto patológico al ciudadano neuroquímico: la construcción del juicio psiquiátrico”**, publicado en la revista vasca *Inguruak* en su volumen 57-58 de fecha enero/agosto 2014⁴⁰, realizamos una reseña del concepto de diagnóstico y/o juicio psiquiátrico diagnóstico desde una perspectiva crítica en ciencias sociales. Para ello tomamos en consideración los estudios genealógicos de Foucault sobre la psiquiatría de finales del s. XVIII y del s. XIX, así como algunos de los trabajos realizados por el movimiento de la antipsiquiatría, particularmente en Inglaterra, Francia e Italia. El objetivo del mismo fue recabar en un período histórico amplio, distintas conceptualizaciones acerca del diagnóstico psiquiátrico o el juicio psiquiátrico diagnóstico, cuando fue posible encontrar un pronunciamiento expreso sobre esos conceptos, y/o sobre la categoría de enfermedad mental, cuando no fue posible encontrarlo. A continuación presentamos a grandes rasgos los resultados de este primer trabajo.

Los estudios de Foucault sobre la locura y la psiquiatría, contribuyeron a profundizar la serie de cuestionamientos que en el campo mismo de la práctica psiquiátrica, habían comenzado a surgir en diversos países de Europa en la década del '60⁴¹. En su célebre “Historia de la Locura en la época clásica”, cuya publicación en francés data del año 1964, Foucault muestra la forma en que es vista la locura en el siglo XVII. Es decir, la visibilidad propia de la época clásica con respecto a la locura, su particular forma de percibirla, su sensibilidad colectiva diferente a la de otras formaciones históricas. Posteriormente en sus estudios sobre la psiquiatría, presentados por primera vez en su curso 1973-1974⁴², profundiza y reformula aquel primer acercamiento a la temática, introduciendo

40 Editorial: Asociación Vasca de Sociología y Ciencia Política, Bilbao, ISSN: 0214-7912

41 En Inglaterra es a partir de la década del '40 y como consecuencia de la guerra que comenzaron a desarrollarse experiencias novedosas en el campo de la salud mental.

42 Publicados bajo el título “El poder psiquiátrico”, 2005.

el segundo eje de su pensamiento, el concerniente al poder. Los saberes, los enunciados nos dice Foucault, se encuentran siempre en relación con las relaciones poder y se articulan y derivan de éstas (1978). En este sentido, son los dispositivos de poder los que dan origen a las prácticas discursivas. Según sus estudios sobre la psiquiatría clínica, la construcción de la nosología psiquiátrica, sus sistemas clasificatorios y sus propuestas terapéuticas constituían una derivación del sistema disciplinario (Foucault, 2007). Por ende el diagnóstico o los distintos juicios diagnósticos eran un elemento más de los juegos de verdad originados a partir de los dispositivos de poder (Foucault, 2007).

En ese mismo trabajo, en contrapunto con los estudios de Foucault, pusimos a dialogar algunas de las vertientes más importantes de la antipsiquiatría. Asimismo presentamos sus consideraciones sobre el diagnóstico y las diferencias existentes dentro del movimiento antipsiquiátrico sobre el estatuto de la enfermedad mental y sobre el corpus de categorizaciones producidas por la psiquiatría. En este sentido, para Basaglia et al. la enfermedad mental debía ser comprendida como el producto de una fase de la sociedad capitalista siendo toda experiencia psiquiátrica una experiencia política a favor o en contra del sistema (1975). Según sus análisis, los juicios técnicos que establecían lo que es normal y lo que no, eran conceptos de la ideología dominante y los mismos carecían de fundamentación científica (Basaglia, 1972; Basaglia et al., 1975). De este modo el psiquiatra con la formulación de un diagnóstico participaba en el juego de poder de la clase dominante (Basaglia et al., 1975). El diagnóstico psiquiátrico constituía en este marco, la imposición de un juicio de valor, que condensaba la agresividad y el sobre poder del médico, cuyo objetivo era calmar su propia angustia frente a la incertidumbre y el desconocimiento de lo que no podía comprender (Basaglia et al., 1975).

Por el contrario, la experiencia inglesa centró sus debates en torno al poder de la institución psiquiátrica. Mas concretamente el asilo fue puesto en tela de juicio como espacio de violencia y exclusión, y las relaciones médico-paciente del modelo tradicional fueron cuestionadas. Los resultados de estos embates dieron lugar al surgimiento de nuevas prácticas profesionales, destacándose el desarrollo de la comunidad terapéutica. El diagnóstico o juicio diagnóstico no fueron puestos en cuestión como tales. De alguna manera las categorizaciones de la psiquiatría tradicional y su sistema semiológico continuaron siendo un apriori para la antipsiquiatría inglesa. Los trabajos de Cooper (1974) orientaron sus intereses hacia el proceso por el cual una persona enferma, es decir los aspectos etiológicos de la enfermedad misma. En este sentido, aportaron en la construcción de nuevas narrativas centradas en la familia para la explicación del origen de la

esquizofrenia.

En Francia los iniciadores del movimiento de la antipsiquiatría entre los que se encontraban, Bonnafé, Daumezon, Le Guillant y Tosquelles, vincularon la posibilidad de las transformaciones en la salud mental con modificaciones del conjunto de la sociedad (Castel, 1980). Las propuestas psicoanalíticas adhirieron a las críticas antipsiquiátricas proponiendo desde el punto de vista teórico una relación distinta con respecto a la norma social y a la locura. Pero esta posición crítica no se aplicaba a las condiciones del ejercicio del psicoanálisis, que privilegiaba por encima de todo y por fuera de cualquier perspectiva crítica, las condiciones de la relación liberal entre paciente y terapeuta (Castel, 1980). Este punto de vista impedía cualquier extensión de la práctica psicoanalítica a los servicios hospitalarios. Dichas propuestas, en líneas generales, terminaron desviando las aspiraciones iniciales, reinstalando el poder del médico en la figura del psicoanalista y transformando a la técnica psicoanalítica en una práctica de clase (Castel, 1980).

Luego de esta exploración, nos abocamos al análisis del JPD a partir de los datos producidos en nuestro propio trabajo de campo. Los mismos fueron obtenidos de la etnografía focalizada, de las entrevistas en profundidad realizadas a técnicos, y de los manuales y guías escogidas como material empírico tal como describimos en detalle en el apartado metodológico.

Vale la pena recordar en este punto, antes de la exposición de los resultados, la pregunta sobre la que articulamos nuestra investigación. Nos interesamos por comprender en este estudio el significado de lo que definimos como juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD) atendiendo a la trama de materialidades en que ese objeto es producido. Es decir conceptualizamos el JPD como la descripción de la entidades que se encarnan o actualizan para su producción, entendido este como la acción que vincula dichas entidades regularizándolas de un modo determinado. Por lo tanto en las entrevistas y en la observación realizada en la unidad de psiquiatría, la pregunta por el “cómo se elabora un diagnóstico”, por el “qué elementos lo soportan desde el punto de vista semiótico-material”, estuvo guiando nuestra observación.

Para nuestra sorpresa encontramos un enunciado que ha funcionado y continúa funcionando como postulado básico, constituyendo uno de los pocos, sino el único acuerdo, que reúne a los psiquiatras en un dominio signado por las diferencias. “En psiquiatría te encontrarás tantas respuestas como psiquiatras”, nos decía uno de nuestros entrevistados. Sin embargo, frente a la pregunta: “¿cómo se obtiene un diagnóstico en psiquiatría?”, “¿qué elementos se toman en cuenta para la definición de

un juicio diagnóstico?”, todos los relatos (surgidos de las entrevistas y de las conversaciones mantenidas en la estancia etnográfica) coinciden que el diagnóstico o JPD en psiquiatría es el resultado de un juicio clínico. Agregan además la particularidad de la psiquiatría, que como especialidad clínica, no dispone de pruebas complementarias que soporten la decisión clínica. Las pruebas complementarias (estudios de neuroimagen o de sangre) solo pueden descartar enfermedades médicas. En este sentido no sirven para confirmar un diagnóstico. Y esto no constituye ninguna novedad, pues es conocida la dificultad que ha presentado históricamente el diagnóstico en psiquiatría y la controversia que ha acompañado al mismo. No obstante, este problema no ha impedido la construcción de un lenguaje descriptivo altamente articulado, el de la psicopatología clínica, que fundamenta el saber psiquiátrico. Lo asombroso o llamativo del asunto en cuestión, fue la idéntica forma de repetir un mismo enunciado. Como si su solo pronunciamiento creara un espacio y al mismo tiempo legitimara su existencia.

Seguramente este postulado sea válido en el caso de algunas psicosis, aquellas que presentan la sintomatología típica para un diagnóstico de esquizofrenia. Pero actualmente, lo que en un momento fue el área problema de la psiquiatría, la esquizofrenia, como lo estableció Cooper (1974), ha pasado a constituir, debido a la sobremedicalización de la vida, un trastorno más entre otros.

Sin embargo, lo que observamos en las prácticas analizadas dista bastante de la pureza de las respuestas que remiten al juicio clínico como instancia suprema encargada de la producción del JPD. Al contrario, la elaboración del diagnóstico supone un escenario híbrido, donde los datos clínicos se articulan con la respuesta psicofarmacológica por un lado, y con los programas de acción que transportan los psicofármacos a la clínica por otro. Cabe aclarar que por respuesta psicofarmacológica entendemos no sólo la interpretación que el clínico realiza teniendo en cuenta los primeros aspectos semiológicos y clínicos, sino fundamentalmente, aquella información surgida de la narrativa de la experiencia del fármaco en el organismo de la usuaria o receptora de la sustancia, que será traducida en dato clínico. En este sentido, el significado del diagnóstico surge como el producto de traducciones múltiples y mediaciones técnicas psicofarmacológicas.

Hemos explicado este proceso en el segundo artículo titulado: **“El juicio diagnóstico en biopsiquiatría: de la hermenéutica clínica a la traducción psicofarmacológica”** publicado en la revista *Sociología & Tecnociencia*, ISSN: 1989-8487 en junio de 2015. Hemos escogido para dicha descripción dos vías, cursos de acción o trayectorias de elaboración del diagnóstico. En ambas, operaciones analíticas que en la práctica se subsumen en una misma acción, se parte de una

situación de incerteza, trazando el recorrido desde una situación de incompletud, hacia una aproximación, definición o emisión de un juicio diagnóstico. El concepto de “juicios prácticos” de Dewey (1916), definidos como situaciones inciertas o indeterminadas que se resuelven por una multitud de factores externos, que en nuestro caso podrían subsumirse a los psicofármacos, bien puede utilizarse para caracterizar este proceso.

En lo que hemos llamado primera trayectoria de elaboración del diagnóstico, la semiología clínica proporciona la gramática que sostiene la entrevista psiquiátrica. Es decir, en un primer momento, se actualiza en la entrevista, el corpus de conocimiento que se ocupa de la identificación de las diversas manifestaciones patológicas y de su interpretación. El método de trabajo desarrollado para la obtención de estos datos se conoce como método clínico y consiste fundamentalmente en el interrogatorio y en el examen físico del paciente. Pero en determinado momento y tal vez debido a la ausencia de cuerpo, en palabras de Foucault (2007), y/o a la inestabilidad del conocimiento en psiquiatría, la entrevista se dirige hacia y focaliza en los efectos de los psicofármacos producidos en el cuerpo del o la paciente.

Estos datos son objetivables en varios sentidos. Algunos efectos no deseados y de metabolización del fármaco en el organismo se pueden conocer mediante un examen de sangre. Los exámenes de orina y el ECG también aportan información referente a la salud física del paciente y a las afecciones causadas por los psicofármacos, conocidas como efectos adversos. Pero la evidencia mayor, aquella que orienta al psiquiatra en la elaboración del JPD, proviene de la subjetividad del paciente, de la narración de sus sensaciones corporales y psíquicas, que son las que ofrecen el marco para el establecimiento del JPD. Pues no hay otro modo de conocer los estados subjetivos del paciente sino es a través de su relato. Y este relato viene siempre mediado por un conjunto de psicofármacos que han sido administrados previamente. Estos fármacos posibilitan un horizonte específico de posibilidades diagnósticas, como veremos a continuación, las cuales articuladas en los efectos traducidos por la palabra del paciente, establecen el soporte sobre el que se andamia el JPD.

Por consiguiente, la experticia clínica que se pone en acto en la realización de un JPD, no constituye una producción “a priori”, surgida y situada en las habilidades personales del psiquiatra. La “intuición clínica”, “ojo clínico” o “experticia clínica”, no se sustenta únicamente en el bagaje de conocimientos del experto. Al contrario, su producción implica un complejo proceso de articulación de conceptos subjetivos, no subjetivos y entidades materiales, que recortan y delimitan un escenario indefinido. De este modo el JPD moviliza para su realización, a las sustancias psicofarmacológicas

traducidas por la palabra del paciente como fuente de información. Cabe aclarar que la subjetividad del paciente en psiquiatría, ha constituido la fuente para la construcción de un corpus de conocimiento objetivo, basado en la sistematización de descripciones clínicas sobre las que se andamia la psiquiatría clínica.

Pero esta descripción constituye una parte de una operación compleja. Pues al mismo tiempo que se incorporan los datos provenientes de la traducción psicofarmacológica en el cuerpo del paciente, se articula en ese mismo acto, la información proveniente de los llamados colectivos bioclínicos o espacios de producción científica. Y este proceso, es el que hemos decidido describir como segunda trayectoria o delegación de la clínica en las sustancias psicofarmacológicas.

De igual modo y a efectos analíticos podemos descomponer este proceso en dos momentos. En primer lugar, explicamos en el artículo como las sustancias psicofarmacológicas movilizan la evidencia científica hacia la clínica. Hicimos uso del "*progressive enrichment informational*" (Cambrosio et al. 2008) para dar cuenta del proceso de fabricación de los psicofármacos. Así el fármaco como sustancia discreta posee una identidad múltiple que se expande con cada nuevo ensayo clínico que demuestre eficacia y/o efectividad. Asimismo la propuesta psicofarmacológica es flexible; algunos antipsicóticos se utilizan como sedativos, los eutimizantes o anticonvulsivantes se usan para controlar la impulsividad o para potenciar los efectos de los antipsicóticos, los antidepresivos y las benzodiazepinas tienen múltiples usos, etc. Pero esta flexibilidad no implica indefinición. En principio cada fármaco tiene los usos que han demostrado eficacia en los ensayos clínicos. Es decir que el fármaco llega a la clínica con determinados usos, y/o recomendaciones terapéuticas inscriptas en vademecums, manuales y guías clínicas. Así la materialidad misma del psicofármaco y sus distintas inscripciones, movilizan la evidencia científica hacia la clínica.

Ahora bien, esos programas de acción que transportan los psicofármacos, se actualizan en la clínica de una forma muy concreta que sucede como un ejercicio de rutina dentro de las prácticas hospitalarias. El psiquiatra que recibe a un paciente en una unidad de ingreso de un hospital e igualmente en la consulta ambulatoria⁴³, debe decidir al término de la misma, las indicaciones terapéuticas que recibirá el o la paciente o usuaria como parte de su tratamiento. En el momento en que la consulta tiene lugar, y mientras el profesional recoge algunos datos por medio de la observación y del interrogatorio (algunas de las preguntas se centran en fármacos cuando se trata de un paciente con historia psiquiátrica), los psicofármacos ya están ahí actuando, ofreciéndose al uso.

43 Aunque este no ha sido nuestro ámbito de estudio, lo podemos suponer.

De qué forma? En la forma de comprimidos, cápsulas, gotas, solución inyectable, cuyas posibilidades de expresión y actuación han sido establecidas en las guías clínicas y manuales de recomendaciones terapéuticas. Como conocimiento científico que ha sido empaquetado en una sustancia discreta para ser transportado y poder actuar así en espacios lejanos y cuerpos diferentes a los que fueron objeto de la prueba de construcción de la evidencia científica. Es decir como posibilidades de realizarse, como oportunidades ofrecidas de actuar en una dirección determinada. Como promesas de acciones y efectos que han sido probados en los ensayos clínicos, es decir, como la evidencia científica disponible.

Y como en psiquiatría se reconoce y acepta esa especie de inversión del esquema de funcionamiento médico, donde el uso psicofarmacológico es anterior al diagnóstico o a cualquier JPD, se legitima en las prácticas la administración psicofarmacológica como primera medida. Este pragmatismo médico, cuyo único fin es la recuperación de la salud la paciente, o la obtención de algún tipo de mejora clínicamente significativa, funciona en las prácticas como la primera apoyatura sobre la cual organizar la tarea de elaboración de un JPD. Este particular modo de funcionamiento de ningún modo debilita o menoscaba el lugar de la psiquiatría dentro del proyecto médico. El mismo es reconocido bajo el eufemismo “farmacoterapia robusta”, tal como lo han testimoniado nuestros entrevistados, ha surgido en las conversaciones mantenidas en la observación realizada, y aparece documentado en la literatura específica (Manual de Psiquiatría, Palomo & Jiménez Arriero, 2009; 285).

De la misma forma que describimos en la primera trayectoria, en esta segunda, la semiología clínica psiquiátrica también actúa, siendo primero figura y luego fondo. Así estos datos producidos, recogidos e interpretados en lenguaje semiológico (lábil, impreciso, subjetivo), son traducidos por los psicofármacos. Estos a su vez, por medio de los programas de acción que transportan y por el pragmatismo de inversión del proceso de atención que sucede en los usos prácticos, son los que ofrecen el andamiaje semiótico-material para que el JPD pueda llevarse a cabo. Por consiguiente, cuando decimos que el trabajo clínico para la realización de un JPD es delegado en los colectivos bioclínicos o laboratorios, nos referimos a un ejercicio ficcional para la comprensión de cómo un JPD que se actualiza en una práctica clínica, es el resultado de acciones y decisiones producidas en otros espacios. La acción que los psicofármacos como delegados técnicos transportan a las prácticas hospitalarias, da cuenta de cómo algo que aún no ha sucedido, ha sido en parte realizado.

En el tercer artículo titulado: **“The stabilization of psychiatric diagnosis: psychotropic drugs as**

boundary objects", aceptado para publicación el 24 de agosto de 2015 por la revista *Universitas Psychologica* ISSN 1657-9267, el punto de partida es el mismo. Nos enfrentamos a una situación de incertidumbre que requiere la creación de un orden. Una vorágine de pensamientos, sentimientos y emociones ambivalentes que trascienden las constricciones de la lógica formal, cuya potencia en ocasiones subyuga al sujeto mismo y su entorno; demandan desde la perspectiva psiquiátrica, un nivel de organización. Aquí las herramientas utilizadas en el anterior análisis: las operaciones de mediación, más específicamente la traducción y la delegación, son integradas a la categoría de objeto frontera de mayor alcance analítico y riqueza descriptiva para la situación analizada. Como apuntamos anteriormente, el objeto frontera es una producción surgida en discusión con el concepto de traducción de Callon, redimensionando las posibilidades explicativas de dicho concepto.

Hemos propuesto líneas arriba como los psicofármacos traducen al juicio clínico para la realización del JPD. Asimismo también planteamos que la hermenéutica clínica actúa subsecuentemente traduciendo los significados y la materialidad ofrecida por los psicofármacos. Por lo tanto múltiples procesos de traducción tienen lugar en la situación analizada, soportados sobre la materialidad misma del psicofármaco.

Sostenemos en este punto que los psicofármacos actúan como objetos frontera en la tarea de elaboración del JPD. La idoneidad de este artefacto en nuestra investigación se sustenta en las propiedades analíticas descritas por Star & Griesemer (1989), y en las dimensiones propuestas por Wenger para el desarrollo del concepto (2000). Así, los psicofármacos como objetos con múltiples significados, soportan el trabajo de elaboración del diagnóstico sobre una base mínima de conocimiento que permite la negociación continua de los mismos. Se trata de objetos que se constituyen en el movimiento constante de renegociación de significados. Su flexibilidad interpretativa articula la perspectiva distribuida y heterogénea del trabajo y la acción colectiva. En este sentido, esta propiedad analítica, hace posible el trabajo colectivo y la negociación de los significados que conlleva la producción de un diagnóstico. Es decir la flexibilidad interpretativa de los psicofármacos soporta y al mismo tiempo gestiona sobre su materialidad misma, la incertidumbre y ambigüedad implicados en el proceso de realización de un diagnóstico o un JPD. El psicofármaco como objeto frontera administra una multiplicidad de entidades donde las contradicciones e incertidumbres (por ej. entre las categorías diagnósticas posibles de ser atribuidas a un mismo paciente en un mismo momento de su vida) no son un obstáculo para la acción. Estas dificultades que se presentan en las prácticas son desplazadas hacia el devenir de la acción desencadenada por los psicofármacos, que por medio de los efectos observados, esperados y

prometidos, dan continuidad al trabajo de los psiquiatras.

En este sentido los psicofármacos como objetos frontera dan cuenta más de los mecanismos de coordinación del conocimiento y de las interacciones producidas en la situación dada, que de procesos de estabilización. Como hemos visto en el análisis, la definición de un diagnóstico en psiquiatría, es un proceso abierto que admite múltiples significaciones. Asimismo tal como establece Wenger (2000), la estandarización de la información incorporada al objeto frontera, la hace interpretable. De ahí que su multiplicidad no implique indeterminación. Las propiedades psicofarmacológicas han sido establecidas; o por ensayos que han demostrado eficacia, y/o también por aquellos usos probados en la clínica que han demostrado efectividad.

La modularidad (Wenger, 2000) es otra de las propiedades del objeto observada en nuestro análisis. El psicofármaco como objeto frontera no se actualiza in toto. En situaciones se observa como algunas partes del mismo soportan la comunicación entre las actantes. En algún momento puede ser el efecto del psicofármaco relatado por el/la paciente, en otros, los usos prescritos e inscriptos apoyan la interacción y el diálogo generado en la producción del diagnóstico. De esta manera, los psicofármacos como objetos frontera actúan como dispositivos biotecnológicos portadores de significado, gestionando y resolviendo las situaciones inciertas que plantea la clínica.

Contemplando además la dimensión analítica de una infraestructura informacional, los psicofármacos median en la gestión del conocimiento biomédico en psiquiatría, vinculando de esta manera, los distintos espacios de producción científica. Esta dimensión pone de relieve las prácticas de trabajo científico que a menudo se desdibujan, pierden u ocultan frente a la presentación clara y limpia de los resultados traducidos en conocimientos estabilizados. Así los fármacos son concretos en el uso y abstractos en las infraestructuras de conocimiento que vehiculizan. La infraestructura invisible, como explicamos antes, es un concepto relacional que surge del trabajo colectivo encargado de la realización del conocimiento científico. En nuestro estudio la infraestructura invisible que soportan los psicofármacos como objetos frontera, transporta el andamiaje científico de regímenes de verdad que son articulados en el fármaco mismo para la elaboración del diagnóstico. En este sentido, los psicofármacos como objetos frontera, actúan como los mediadores centrales en la gestión del conocimiento. De este modo, la experticia clínica que se actualiza en la producción de un JPD, puede también ser comprendida como la decodificación de esa madeja de materialidad e información que constituyen los psicofármacos, o una traducción de segundo orden.

En última instancia, los objetos frontera funcionan como artefactos para describir procesos donde la complejidad del trabajo colectivo y los problemas de interpretación siempre implicados, se soportan en objetos que traducen situaciones de incerteza y/o desorden en situaciones manejables. En la trayectoria desde la multiplicidad caótica de la experiencia de sufrimiento emocional hacia la definición de un JPD, los psicofármacos como objetos frontera, ofrecen un soporte semiótico-material para resolver o desplazar las dificultades hacia el devenir de la acción.

Finalmente y a modo de introducir una diferencia al enfoque biomédico dominante en psiquiatría, y abrir una brecha para dar lugar a las voces de la resistencia a la perspectiva mainstream, realizamos un cuarto artículo titulado: **Biopsiquiatría vs. Postpsiquiatría: debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica**. El mismo se encuentra sometido a proceso de revisión para un monográfico especial dedicado al tema de la hermenéutica que llevará a cabo la revista Index de Enfermería.

En ese artículo discutimos el enfoque biopsiquiátrico dominante, para introducir luego la propuesta de la Postpsiquiatría. La misma problematiza la posición de poder de la psiquiatría, recuperando la tradición hermenéutica. Rechazan el privilegio de las explicaciones biomédicas que conceptualizan la experiencia de enfermedad en términos de procesos internos, introduciendo las realidades sociales, políticas y culturales en el centro de las comprensiones del sufrimiento mental. El movimiento surge del encuentro de la psiquiatría crítica con los grupos de usuarias de servicios de psiquiatría, inspirándose fundamentalmente en los trabajos de Michel Foucault, Heidegger y Wittgenstein. Aunque esta propuesta constituya una experiencia marginal dentro del conjunto de la psiquiatría dominante, creemos que su trabajo merece la pena ser considerado.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

3. DEL SUJETO PATOLÓGICO AL CIUDADANO NEUROQUÍMICO: LA CONSTRUCCIÓN DEL JUICIO PSIQUIÁTRICO.

Carolina Geneyro Saldombide y Francisco Tirado Serrano
(Universidad Autónoma de Barcelona).

EL JUICIO PSIQUIÁTRICO EN LA PSIQUIATRÍA CLÁSICA

Los enfoques de la psiquiatría clásica declaran que existe una entidad nosológica cuando hay síntomas y signos observables en una persona objetivable. Se acepta que estos signos y síntomas indican un diagnóstico, el cual determina su pronóstico y su tratamiento.

Desde los análisis de Foucault (1976, 2000) la cuestión del diagnóstico, la construcción de nosologías, clasificaciones psiquiátricas y modalidades terapéuticas, aparecen derivadas del sistema disciplinario. La verdad surgiría a partir de la aplicación de normas, procedimientos, dentro del espacio asilar, constituyéndose el manicomio como el lugar de formación de un tipo de verdad.

En "Historia de la locura" (Foucault, 1976) desarrolla sus análisis a partir de la percepción de la locura, es decir de la imagen de la locura en los siglos XVII y XVIII, otorgando a ese núcleo de representaciones sobre la locura, el origen de las prácticas en relación a la misma.

En un segundo momento sus estudios se orientan hacia el análisis de los dispositivos de poder. Las diferentes formas de violencia, represión, prohibición, exclusión; identificadas en sus primeros estudios sobre la locura; como expresión de un poder improductivo, se transformarán en sus trabajos posteriores, en una serie de estrategias de poder que producen discursos, saberes y prácticas, juegos de verdad en donde se inscribe y de don-

de se deriva el juicio psiquiátrico. El diagnóstico o el juicio psiquiátrico diagnóstico es un elemento más dentro de estos juegos de verdad originados a partir de los dispositivos de poder, pero para comprender cómo se constituye, revisaremos brevemente la arqueología del poder psiquiátrico que realiza Foucault (1976, 2005).

En "El poder psiquiátrico" (2005), toma como punto de partida sus estudios anteriores de "Historia de la locura" (1976), pero establece un giro y profundiza en el análisis de las relaciones de poder, estableciendo que son los dispositivos de poder el origen de las prácticas discursivas. Es decir analiza las relaciones de poder propias de la práctica psiquiátrica como las productoras de los enunciados que se presentan como legítimos.

Antes del siglo XVIII la locura era considerada como una forma del error o la ilusión. En determinado momento el principio de verdad se aparta de la relación entre el médico y el enfermo, cuando la razón y la locura mantenían diálogo, para plantearse exclusivamente dentro del poder psiquiátrico definido como ciencia médica. A partir del siglo XIX, la locura comienza a ser percibida en relación con la conducta regular y normal como trastorno en la manera de obrar, de tomar de decisiones, en última instancia como trastorno de la voluntad. La función del hospital será la de descubrir la enfermedad mental pero fundamentalmente será el lugar de afrontamiento de la voluntad trastornada con la voluntad sana, recta del médico. En esa lucha donde la normalidad será impuesta al desor-

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

den, a la desviación, el enfermo deberá renunciar a su voluntad trastornada (Foucault, 2005).

En este sentido el hospital psiquiátrico será la sede del diagnóstico y la clasificación, pero fundamentalmente será el espacio para el enfrentamiento y sometimiento de la voluntad trastornada del enfermo frente a la voluntad del médico. "Todas las técnicas o procedimientos puestos en práctica en los asilos del siglo XIX...tienen por función hacer del personaje del médico el "amo de la locura" quien la hace aparecer en su verdad... y quien la domina, la apacigua y la reabsorbe luego de haberla desatado con su ciencia" (Foucault, 2005, 333:334).

A comienzos del siglo XIX la psiquiatría manifestaba el interés de constituirse en discurso científico dando lugar a dos tipos de discurso. Por un lado un discurso nosológico, clasificatorio en donde la locura es una enfermedad que tiene su sintomatología, su evolución, sus elementos diagnósticos, su pronóstico. Este discurso psiquiátrico toma como modelo el discurso médico clínico. Por otro lado tenemos el discurso de la anatomía patológica, que plantea la cuestión del sustrato orgánico de la enfermedad, su relación con las lesiones neurológicas, su etiología.

Pero la práctica psiquiátrica se desarrollará al amparo y al margen de estos discursos, no poniendo estos saberes en juego en el proceso de la cura. Foucault (2005) plantea una falta de articulación entre la práctica psiquiátrica y los discursos de verdad. La nosología psiquiátrica y la anatomía patológica no eran puestas a juego en la práctica psiquiátrica dentro del manicomio. Funcionaban como discursos legitimadores de la verdad de la práctica psiquiátrica, una verdad auto atribuida de manera definitiva como requisito para la constitución de la psiquiatría en disciplina científica. Porque en la práctica asilar lo que sucedía no tenía que ver con poner en juego los saberes emergentes, sino la práctica consistía en clasificar a los pacientes, asignarles un régimen disciplinario e imponerles el poder de la realidad.

Si la cuestión de la verdad se la asigna arbitrariamente el saber médico casi desde el momento de su fundación, la cuestión del juicio psiquiátrico se constituye en una categoría que se cierra a los desafíos que le pueda plantear la locura. Entonces se comprende según Foucault (2005) que el gran problema de la psiquiatría del siglo XIX no fue un problema de conceptos o de enfermedades sino el problema de la simulación. La simulación de la locura con respecto a sí misma. Si la psiquiatría pretende poseer un saber que ya está constituido en función de definirse como ciencia; la locura le planteará el problema de la mentira, la simulación de los síntomas como una forma de plantear la cuestión de la verdad. "La mentira de la simulación, la locura que simula locura, fue el antipoder de los locos frente al poder psiquiátrico" (Foucault, 2005: 141).

Por lo tanto la cuestión del juicio psiquiátrico, la cuestión de la verdad a partir del siglo XIX y durante el siglo XX, quedó encapsulada por el sistema disciplinario del asilo, que para poder ser agente de la realidad e imponer su poder para doblegar a la locura, se negaba a plantear en la práctica psiquiátrica el problema de la verdad de la locura.

La psiquiatría clásica se caracteriza por una relación de poder, la del derecho absoluto de la razón sobre la locura, que da lugar a un saber, que a su vez es el fundamento de ese poder. Pero veamos como se constituye el juicio psiquiátrico, dentro de ese dispositivo de poder.

El surgimiento de la anatomía patológica a fines del siglo XIX, significó un avance para la medicina, ya que al localizar la enfermedad a nivel del organismo, objetivaba en el cuerpo la realidad misma de la enfermedad. Además permitía a partir de la identificación de las distintas lesiones construir conjuntos de signos y síntomas que posibilitaban el diagnóstico diferencial entre las enfermedades (Foucault, 1975). Pero el diagnóstico diferencial en la patología psiquiátrica es una cuestión secundaria porque lo que está en juego primordialmente es establecer si hay enfermedad mental, se trata más bien de diagnósticos absolutos; y en este sentido la anatomía patológica no constituyó un avance ya

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Teknologiaren Soziologia

que nunca podría dar cuenta de los mecanismos de la locura (Foucault, 2005).

Otra diferencia importante de la psiquiatría con respecto a la medicina es la ausencia de cuerpo (Foucault, 2005). La prueba de verdad para la medicina se consolida con la anatomía patológica, mientras que la psiquiatría debe construir su prueba de verdad, que como no la puede verificar en el cuerpo la tendrá que crear a través de otros mecanismos. Entonces ya no será una prueba de verdad al estilo de la medicina sino una prueba de realidad.

Entorno a la prueba de realidad se va a organizar el dispositivo de poder-saber disciplinario. Se tratará de dar existencia a la locura como enfermedad, y a los motivos de la demanda como síntomas. Pero se tratará fundamentalmente de legitimar al poder disciplinario como poder médico, haciendo actuar como médico a quien la define y a quien tiene la decisión de la internación. Y esta legitimación del poder médico según Foucault se organizará alrededor de las técnicas que constituyen la prueba psiquiátrica (2005).

La prueba de realidad constituirá el fundamento que da origen o desde el cual se deriva el juicio psiquiátrico o los distintos juicios psiquiátricos. Pero para el establecimiento o la elaboración del juicio psiquiátrico, de los tres elementos que según Foucault (2005) constituyen la prueba psiquiátrica²⁴, es el interrogatorio la técnica central que da soporte al mismo.

En primer lugar a través de la anamnesis, se indaga en la historia patológica familiar como forma de suplir la ausencia de cuerpo enfermo, de lesión orgánica que podemos encontrar en el cuerpo de la medicina. La herencia es una forma de dar cuerpo a la enfermedad pues si se transmite significa que tiene un cierto soporte material. Buscar en la herencia es sustituir el cuerpo de la anatomía patológica por otro cuerpo extendido a la familia y dado a través de la herencia familiar.

Además a través del interrogatorio se buscan los antecedentes individuales, los signos que anuncian la enfermedad, los pródromos como anticipos y señales de la ocurrencia de la enfermedad. Estos permiten inscribir la locura en el campo de la anomalía.

Una de las funciones más importantes del interrogatorio consiste en conseguir que el paciente actualice su locura en la entrevista. Colocarlo en una posición extrema en el interrogatorio de modo que sea obligado a confesar su locura. La experticia del psiquiatra se jugará en el terreno de la entrevista, dominando al paciente, quien se verá obligado a contestar y decir lo que el psiquiatra quiere escuchar.

El paciente suministrará al psiquiatra sus deseos, sus actos, sus malestares, en el relato del interrogatorio y el psiquiatra los transformará en síntomas de una determinada patología mental. El interrogatorio constituye el ritual del psiquiatra, el momento más importante de su actividad como médico. El interrogatorio, sea en forma individual o de ateneo clínico en presencia de estudiantes que coronan el poder del médico frente al paciente, es una forma de producir un dispositivo similar al del diagnóstico diferencial en la medicina orgánica.

El juicio o los juicios psiquiátricos que el psiquiatra elabora se desprenden fundamentalmente del interrogatorio que establece con el paciente. El interrogatorio, la entrevista psiquiátrica, ha sido la base de la práctica psiquiátrica, desde su fundación hasta la llegada de la biomedicina.

EL JUICIO PSIQUIÁTRICO EN LA ANTIPSIQUIATRÍA

El análisis de la psiquiatría clásica realizado por Foucault en su curso en el College de France, de 1973-1974, contribuyó a profundizar la serie de cuestionamientos que en el campo mismo de la práctica psiquiátrica, habían comenzado a surgir en diversos países de Europa en la década del '60.

El antecedente podemos situarlo en Inglaterra, donde a partir de la década del '40 y como con-

²⁴ el interrogatorio, la droga y la hipnosis

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

secuencia de la guerra, comienzan a desarrollarse una serie de experiencias novedosas en el campo de la salud mental para atender las patologías derivadas del período bélico.

Modificaciones políticas y culturales de la sociedad inglesa llevan a la asunción de compromisos y responsabilidades a nivel comunitario. Estos cambios impactan en la actitud de la sociedad ante la patología mental, creando un terreno favorable para el desarrollo de nuevas prácticas profesionales de rehabilitación dentro del modelo asistencial del hospital y paulatinamente fuera del hospital.

La institución psiquiátrica y más concretamente el manicomio es puesto en tela de juicio, como un espacio de violencia y exclusión, cuya ideología custodial está pensada para defender a la sociedad más que para curar al enfermo (Cooper, 1974; Basaglia, 1972, 1975).

Las experiencias psiquiátricas de carácter comunitario adjudican al problema de la institucionalización manicomial, y del poder que el psiquiatra ejerce dentro de la misma, la causa del fracaso en la atención de los enfermos. Las propuestas terapéuticas desarrolladas por Bion y Rickman en 1943²⁵, ilustran el panorama de la psiquiatría institucional anglosajona, y constituyen un importante antecedente de lo que serán nuevas formas de comprender y abordar la enfermedad en algunos países desarrollados del mundo occidental.

En relación al juicio psiquiátrico, el movimiento de la antipsiquiatría, presenta diferentes vertientes, que remiten a las tradiciones filosófico epistemológicas de los contextos de donde emergen. No obstante tanto el movimiento desarrollado en Inglaterra, como en Italia, y en Francia comparten el postulado básico de la violencia que constituye la realidad manicomial y atribuyen a la psiquiatría el ejercicio y la responsabilidad de esta violencia que se ejerce sobre el paciente. Considerando a la violencia y a la exclusión como los dos mecanismos

básicos para aniquilar a quienes no están en la norma y no tienen la fuerza suficiente para oponerse a la exclusión (Basaglia et al., 1975).

La antipsiquiatría enfrenta el a priori de las prácticas psiquiátricas, las relaciones de poder. Estos dispositivos de poder, el conjunto de sus tácticas y estrategias, diagraman las relaciones que se establecen entre los individuos, invirtiendo a la no locura de derechos absolutos sobre la locura. La antipsiquiatría interpela a la institución psiquiátrica como campo problemático donde se asientan las relaciones de arbitrariedad y poder, poniendo en evidencia el sobrepoder del médico sobre un paciente que es privado de todo derecho. La antipsiquiatría se propone dar al individuo el derecho de llevar su locura, en una experiencia que puede ser acompañada por otros, pero no en función de un poder atribuido por su razón o normalidad.

Las distintas manifestaciones de la antipsiquiatría en Europa centran sus debates en torno al poder dentro de la institución psiquiátrica, y la cuestión de la verdad de la psiquiatría en términos de conocimiento, de juicios, de diagnóstico o de terapéutica, no constituye el núcleo del problema. No obstante, como veremos a continuación, algunos psiquiatras problematizan en torno al mismo.

ANTIPSIQUIATRÍA EN ITALIA

Desde la antipsiquiatría desarrollada en Italia, Basaglia como su principal exponente, desarrolla una teoría donde la enfermedad psiquiátrica no puede ser comprendida sino como el producto de una fase de la sociedad capitalista. Para Basaglia (1975) toda experiencia psiquiátrica es una experiencia política, a favor o en contra del sistema y el estado. Por ende, toda acción psiquiátrica debe ser crítica y radical ante la institución, ya que el discurso técnico tiene implicaciones políticas. En este sentido el psiquiatra participa con la formulación del diagnóstico y con el uso de su técnica, en el juego del poder de la clase dominante.

La norma se establece como un concepto fijo e indiscutible, y los juicios técnicos carecen de valor terapéutico, ya que establecen lo que es normal y

²⁵ También estas ideas en algunos países de América Latina constituyen el germen de nuevos abordajes. La psicología social desarrollada en Argentina por Pichon Riviere, reconoce como uno de sus orígenes las experiencias de la psiquiatría inglesa.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Teknologiaren Soziologia

lo que no, siendo este un concepto de la ideología dominante. El proceso científico técnico produce reglas tecnológicas es decir normas del comportamiento humano, y la psiquiatría como institución no es sino el momento del establecimiento de esas normas (Basaglia, 1972, 1975).

Basaglia plantea la naturaleza compleja del diagnóstico clínico en psiquiatría, que en medicina es la resultante de la relación entre médico y enfermo. El enfermo es reducido a cuerpo anatómico, siendo el objeto de quien lo examina. Sin embargo se establece entre ambos una relación, el médico proyectando en el enfermo su sistema de saberes, valores y creencias, y el enfermo aceptando ser objetivado para superar la angustia de la enfermedad. En el campo de la psiquiatría esta relación no se puede establecer porque la enfermedad mental no puede ser considerada dentro del conjunto de las enfermedades de la medicina. Frente a la complejidad que presenta la enfermedad mental, el encuentro entre médico y paciente no tiene lugar y entonces se incorpora al enfermo al hospital, mediante la imposición de un diagnóstico de enfermedad, o se realiza sobre un cuerpo que se presume enfermo, a través de la misma acción objetivante pero sin fundamentación científica (Basaglia, 1975; García, 1972).

Como resultado de esta operación, la psiquiatría ha previsto un conjunto de denominaciones para asignar a una serie de síntomas, cuyo objetivo es calmar su propia angustia frente a la incertidumbre y el desconocimiento. El enfermo mental es un problema que no ha sido nunca afrontado, sólo negado (Basaglia et al., 1975).

Por ello el juicio diagnóstico se convierte en un juicio de valor en el que se condensa la agresividad del psiquiatra que no puede comprender lo que le sucede al enfermo. A partir de aquí y en el intento de neutralizar esa angustia se opta por el etiquetamiento que niega al paciente y lo que éste viene a proponer.

Por otra parte si se asume que la enfermedad puede ser además de una alteración intrapsíquica, el resultado de una relación interpersonal, el psi-

quiatria en algún sentido, forma parte de la realidad del enfermo, como parte de su mundo, como polo de la relación que ha sido alterada. Desde esta perspectiva el psiquiatra se encuentra envuelto en la realidad del paciente, entonces el rechazo y la exclusión es la forma de huir de esta relación. A través de esta operación se distancia del enfermo y lo desarraiga de su realidad, llegando a reducirlo a un objeto, o a lo sumo a convertirlo en "un caso interesante" (García, 1972 : 10).

A pesar de que algunas tendencias dentro de lo que podría llamarse el movimiento de la antipsiquiatría, niegan el estatuto de enfermedad para los trastornos psíquicos²⁶, considerándolos como efecto de las contradicciones sociales, Basaglia no se subsumió a la afirmación de que la enfermedad no existe. Frente a estas simplificaciones establece un estatuto para la patología, apostando a la creación de saber desde teorías objetivas (Basaglia et al., 1975).

ANTIPSIQUIATRÍA EN INGLATERRA

Las transformaciones de la psiquiatría institucional en Inglaterra hicieron hincapié en el modelo de atención, y como forma de enfrentar la relación médico paciente establecida en el modelo tradicional, profundizaron en el desarrollo de la comunidad terapéutica.

Cooper (1974) centra su trabajo en la locura, definida como esquizofrenia, por ser ésta el área problema más importante de la psiquiatría. El cuestionamiento hacia las bases teóricas y hacia el trabajo cotidiano de la psiquiatría tradicional ha llevado a muchos psiquiatras a proponer concepciones antitéticas a las convencionales. Sin embargo Cooper (1974) analiza a la persona que ha sido rotulada esquizofrénica estableciendo una definición para dicha entidad nosológica que aunque dista de la definición de la psiquiatría clásica, le atribuye cierto estatuto ontológico a la enfermedad.

En este sentido el juicio diagnóstico no está en cuestión sino más bien el origen o la etiología de la enfermedad, el proceso por el cual un sujeto devie-

²⁶Szasz pone en duda la realidad de la enfermedad mental.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

ne enfermo. Para Cooper se trata de una situación de crisis microsocia de atribución y adjudicación de roles que sucede por lo general en el entorno familiar. Según sus investigaciones²⁷, la locura no está en la persona sino en su sistema de relaciones más próximo. La familia es el lugar de producción de la locura (Cooper, 1974).

Finalmente la teoría del doble vínculo desarrollada en Palo Alto, California, por Bateson²⁸ (1977), parece cerrar el círculo explicativo que la psiquiatría inglesa necesitaba, para quedar atrapada en el punto de partida que pretendió cuestionar. Es decir reproduciendo un nuevo criterio de normalidad y patología pero esta vez basado en la teoría de la comunicación. La etiología de la esquizofrenia, y por ende de la patología por excelencia de la psiquiatría, estaría fundada en un tipo de comunicación particular denominada doble vínculo circumscripita al ámbito de la familia con especial énfasis en la madre.

Mientras que dentro de la antipsiquiatría inglesa la tendencia predominante, pone el acento en la dinámica familiar como origen de la enfermedad, en la línea italiana, de Basaglia el énfasis está en las relaciones sociales del modo de producción capitalista como la fuente de alienación.

ANTIPSIQUIATRÍA EN FRANCIA

Francia no fue ajena al movimiento de reforma de los hospitales psiquiátricos que surge en Europa luego de la segunda guerra mundial. Las experiencias llevadas a cabo, condensaban muchos de los principios del movimiento antipsiquiátrico. La apertura del hospital al mundo exterior, la mejora de las condiciones materiales de los hospitales, el desarrollo de una política de formación de recursos humanos y trabajo en equipo, la terapia ocupacional, y progresivamente la incorporación de técnicas y conceptos psicoanalíticos en el abordaje de la locura.

Según Castel (1975) los iniciadores del movimiento: Bonnafé, Daumezon, Le Guillant, Tosque-

27 Y las de Laing y Esterson (1961, 1964 citado en Cooper 1974).
28 Y Don Jackson, Haley y Weakland.

lles; sostenían que la posibilidad de realización de estas transformaciones en la salud mental dependían de la modificación del conjunto de la sociedad con respecto a los enfermos mentales. Pero las iniciativas que se tomaron desviaron en cierto sentido las aspiraciones iniciales, diluyéndose el entusiasmo de los precursores (Castel, 1975).

Es cuando aparecen las propuestas psicoanalíticas para la solución de los problemas que plantea la locura. Las mismas consisten en introducir en el hospital psiquiátrico las técnicas analíticas como un instrumento terapéutico. El psicoanálisis pretende hacer entender que la crisis de la psiquiatría de los años '60 en Francia, será superada una vez que se reorganice el sistema en función del poder saber psicoanalítico (Castel, 1975).

En el ámbito de la psiquiatría las propuestas de los psicoanalistas se proponen restablecer la autoridad psiquiátrica bajo la figura del psicoanalista. En este sentido reinstalan el poder del médico en el ámbito de la enfermedad mental, que los movimientos de crítica de la antipsiquiatría, o los iniciadores de las primeras tentativas de reforma, habían colocado como centro del problema. A través de un rodeo pseudo antipsiquiátrico o que cuestiona el modelo asilar de la práctica de la psiquiatría clásica, reaparece el poder médico renovado a través de la figura del psicoanalista. La intervención del psicoanálisis en auxilio de la psiquiatría para resolver los problemas que plantea la psicosis, finaliza reinterpretando el problema dentro del esquema médico.

Pero mientras que el psiquiatra clásico era y es el representante de las normas sociales, en el psiquiatra psicoanalista la relación con la norma es diferente. El psicoanalista es la ley y la norma en la que se asienta el tratamiento terapéutico. Esto impide analizar los problemas de la institución psiquiátrica por fuera de la relación psicoterapéutica que se establece con la figura del psicoanalista psiquiatra (Castel, 1975).

Sin embargo dentro del mismo psicoanálisis, Maud Mannoni (2000) denuncia este papel del psicoanalista como portador de la ley y reivindica a

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

través de una lógica del inconsciente un lugar para la locura.

Desde el surgimiento de la psiquiatría como ciencia, la locura ha tenido una significación negativa, ha sido construida en relación a la normalidad como una carencia de esta. Desde la teoría psicoanalítica el principio de realidad se subordina al principio del placer, donde la lógica del inconsciente domina todo el psiquismo. La razón será un iceberg en un océano de irracionalidad, y la verdad ya no se situará en la razón, sino que obedecerá a procesos inconscientes. Por lo tanto la teoría psicoanalítica permite dar otro estatuto a la locura, y permite pensar una relación distinta con respecto a la norma social. La salud psíquica y la aceptación de la norma social se reformulan.

Desde algunas posiciones psicoanalíticas como la de Maud Mannoni (2000), la locura ya no representa una posición aberrante que hay que excluir y ocultar, sino como una demanda cuyo sentido hay que desentrañar. Y en este sentido se acerca a algunas posiciones de la antipsiquiatría, pero sin llegar a la posición crítica de Basaglia, donde la enfermedad surge como el resultado de la alienación social del individuo en una sociedad de clases.

Sin embargo según Castel (1975) esta posición crítica no se asigna a las condiciones del ejercicio del psicoanálisis, que para mantenerse en su condición de pureza, privilegia las condiciones óptimas de la relación liberal entre paciente y terapeuta, desdeñando cualquier subordinación a las normas de una política de la salud mental. Desde esta perspectiva de purismo psicoanalítico de Mannoni, queda fuera el problema de la institucionalización del psicoanálisis, atribuyendo compromisos teóricos o políticos a cualquier intento de extensión de esta práctica en servicios hospitalarios, convirtiendo a la mejor técnica de asistencia según los psicoanalistas, en una práctica de clase (Castel, 1975).

Cabe señalar el carácter fragmentario del presente análisis, que no toma en cuenta por su extensión, aquellas otras experiencias derivadas del psicoanálisis como la Res Resaux, u otras experiencias

como el Laboratorio de Psicoanálisis de la Bastilla que se desarrollaron sobre una base psicoanalítica crítica.

DE LA PSIQUIATRÍA SOCIAL A LA BIOPSIQUIATRÍA

Todas las iniciativas de cuestionamiento, y crítica a la psiquiatría clásica que se formaron luego de la segunda guerra mundial hasta el momento de acmé de la antipsiquiatría pusieron en tela de juicio; el manicomio como lugar exclusivo del ejercicio de la psiquiatría, el conjunto de saberes y prácticas producto del modelo asilar, y el lugar del psiquiatra como guardián de las normas sociales.

Dentro de ese conjunto diverso que constituyó el movimiento crítico, se encuentran tendencias que van desde reformulaciones del modelo médico a través de los aportes del psicoanálisis o la fenomenología, hasta las tendencias más radicales que otorgan a la psiquiatría la función normativa y represiva de aquellos que no se ajustan al establishment.

Sin embargo la extensión del modelo médico a través de la sobremedicalización que constituyó en términos generales el psicoanálisis²⁹ o la psiquiatría social y comunitaria, no han aportado soluciones a los problemas de la salud mental.

Frente a esta situación de la psiquiatría europea de la década del '70 Castel (1975) plantea la hipótesis de cierto imperialismo psiquiátrico en donde los debates sobre la enfermedad mental, se limitan a una discusión entre las distintas orientaciones de los psiquiatras. Aún la psiquiatría de corte social y comunitario, y toma como ejemplo la propuesta de Hochmann³⁰, no escapa a esta tendencia. Para esta psiquiatría alternativa que surgió en los años '70 el objeto era el conjunto social, la comunidad toda, donde la enfermedad expresaba una perturbación del cuerpo social. Según Castel (1975) esta psiquiatría progresista, implicaba una

²⁹ Esta fue la tendencia predominante, aunque dentro del mismo psicoanálisis, como anteriormente señalamos se desarrollaron experiencias de crítica radical de lo instituido.

³⁰ Toma como modelo de esta psiquiatría la obra de Jacques Hochman "Hacia una psiquiatría comunitaria" 1980.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

extensión ilimitada del modelo médico. La crítica de Castel se dirige a la psicologización que se hace de los conflictos y las contradicciones sociales en pro de un imperialismo médico, que trasplantando las ilusiones de la filosofía de las luces permitiría a la psiquiatría a través del progreso, eliminar la violencia y la discriminación sobre los enfermos mentales (1975).

Tal vez debamos comprender esta extensión de la psiquiatría al corpus social, no solamente como la anulación de los conflictos sociales, sino dentro del conjunto de las transformaciones que la medicina misma venía operando para su redefinición. Una nueva medicina se estaba preparando.

Si como claramente vislumbó Castel (1975), el modelo de la psiquiatría social de Hochmann³¹, representaba una extensión del modelo médico, podemos agregar además que el mismo se articulaba dentro del conjunto más general de las transformaciones que la medicina comenzaba a experimentar en dirección a la biomedicina. La medicina se ocupó durante siglos del eje normalidad- patología, la biomedicina lo desplaza para desplegar sus saberes y tecnologías en el terreno de las modificaciones y mejoras de las capacidades normales del individuo (Rose, 2006)

BIOMEDICINA

El neologismo biomedicina para designar las transformaciones en la medicina occidental es un fenómeno posterior a la segunda guerra mundial. El término reduce la medicina a una rama de la biología cuyas pretensiones son la creación de una ciencia homogénea. Las ciencias genómicas son por ahora las proveedoras más destacadas en la reducción propuesta, mientras otras ciencias como la biofísica, la bioquímica, la inmunología y la biología molecular han aspirado a reordenar las relaciones materiales y discursivas entre ambos dominios (Cambrosio et al, 2006).

Las profundas transformaciones en el campo de la medicina señalan que estaríamos asistiendo a un

³¹ aunque oponiéndose a las formas tradicionales de la psiquiatría clásica

cambio epistémico donde la medicina se convierte en biomedicina (Keating y Cambrosio, 2003) o tales transformaciones permiten hablar de biomedicalización (Clarke et al., 2010). Estos cambios que vienen siendo observados por diferentes autores (Keating y Cambrosio, 2003; Clarke et al., 2010; Cambrosio et al., 2006; Rose, 2006, 2007, 2010) desde hace un cuarto de siglo, establecen distintos niveles a través de los cuales esta mutación en la medicina se expresa.

La biomedicina incorpora una nueva forma de objetividad denominada objetividad regulatoria que está basada en la producción colectiva de evidencia³² (Cambrosio et al., 2006). Esta evidencia colectiva es producida a partir de las plataformas biomédicas (Keating y Cambrosio, 2003). Como resultado de la objetividad regulatoria aparecen entidades y protocolos que combinan biología y patología en nuevas formas, producidas a través de programas concertados de acción colectiva (Cambrosio et al., 2006). En este sentido y atendiendo a la materialidad de la biomedicina, se desarrollan algunos estudios sobre los protocolos y guías de actuación que caracterizan a la biomedicina (Tirado et al., 2011).

Otra dimensión de la biomedicina hace referencia a que la misma se organiza en torno a un tipo de actividad u acción preparatoria. En la misma se busca anticipar los futuros posibles evitando que se produzcan (Rose, 2007). En este sentido el núcleo tradicional de interés de la medicina, la patología, se ha desplazado. Ya no se ocupa de la patología sino que su eje lo constituye la mejora de las capacidades normales del individuo, así como la anticipación de los posibles futuros que puedan ocurrir (Rose, 2007). La biomedicina se ha tornado una actividad presintomática.

En el dominio de la psiquiatría biológica contemporánea, esta tendencia puede observarse en la formulación de un "síndrome de riesgo para la psicosis" a incluir en la V edición del DSM que saldrá en el 2013. Los estudios evidencian que se

³² Una especie de evidencia que es producida por estudios interlaboratorios, ensayos clínicos y consorcios de investigación que desarrollan dispositivos colectivos como mapas genéticos, guías clínicas, etc.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

puede identificar un grupo de personas caracterizadas por riesgo genético (familiares de primer grado con psicosis clínica) y síntomas mentales atenuados o transitorios (Molina, 2012). Los resultados de las investigaciones realizadas muestran que un porcentaje alto (del 30 al 50 por 100) de los diagnosticados en riesgo desarrollará una psicosis. Las argumentaciones en favor de este tipo de diagnóstico se sustentan en que la prevención podría retardar o impedir el desarrollo de la psicosis en algunos casos (Yung et al., 2007; Simon et al., 2007). Otros estudios sostienen que aumentarían los falsos positivos, como ya sucede con la depresión (Molina, 2012).

Desde la perspectiva de este análisis, nosotros podemos comprender esta generalización excesiva de la anticipación diagnóstica psiquiátrica, como una manifestación de la actividad preparatoria que caracteriza a la biomedicina (Rose, 2007).

Una tercera dimensión de la biomedicina señala que estas transformaciones epistémicas manifiestan el cambio desde la mirada clínica desarrollada por Foucault (2007) hacia una emergente mirada molecular (Clarke et al., 2000, 2003; Rose, 2007). El cuerpo del siglo XIX y parte del siglo XX fue visualizado a través de la mirada clínica, el cuerpo era un sistema vital viviente o un sistema de sistemas, cuya unidad clínica fue ubicada dentro de un cuerpo social (Rose, 2010). En las últimas décadas del siglo XX, los discursos genómicos que cobran relevancia, comienzan a imaginar la vida como procesos subcelulares escritos en una estructura molecular cromosómica. La molecularización de la biología ha implicado un irreversible cambio epistemológico (Rose, 2007, 2010). La vida misma fue molecularizada (Rose, 2010).

En la biología de la segunda mitad del siglo XX, el conocimiento de la vida y el cuerpo viviente fueron transformados en el seno de una íntima relación, proyectándose hacia intervenciones que transformaban tales cuerpos vivientes. Todos los proyectos para transcribir "el libro de la vida", o decodificar el "código de códigos", han ligado sus esfuerzos para intervenir sobre la vida en un nivel molecular. La vida aparece abierta a la modelación

en un nivel molecular; para calcular intervenciones que previenen que algo ocurra, modificar la forma de que algo ocurra o hacer que nuevas cosas ocurran a nivel de los procesos celulares (Rose, 2010). La maximización de la vida misma se ha convertido en el trabajo de vida de cada individuo, de los médicos, de los científicos, de los empresarios y las corporaciones. La biopolítica subraya la existencia humana en un nivel molecular (Rose, 2010).

LA PSIQUIATRÍA EN LA ERA DE LA BIOMEDICINA: ¿PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA?

El último capítulo de la psiquiatría parece constituirlo el viraje de la disciplina en la era de la biomedicina. Esta nueva psiquiatría de orientación biológica, también ha sido denominada en algunos contextos como biopsiquiatría (Orr, 2010) La misma introduce en su campo la tecnocientificación de prácticas biomédicas sustentadas por la ciencias y las tecnologías (Clarke, 2010).

La incesante búsqueda de marcadores biológicos que permitan esclarecer el panorama confuso a nivel etiológico, y de clasificación diagnóstica³³ de la psiquiatría contemporánea, no ha logrado resultados satisfactorios.

Desde el punto de vista neurobiológico la esquizofrenia es el síndrome más estudiado (Molina 2012). Un importante volumen de investigaciones se han llevado a cabo con el objetivo de identificar los marcadores biológicos que permitieran situar a las psicosis en el terreno de la objetividad científica postulada por la biomedicina. Por ejemplo algunas investigaciones señalan un menor volumen de pequeñas estructuras cerebrales y cierto exceso de líquido cefalorraquídeo, alteraciones de magnitudes muy pequeñas que también están presentes en los sujetos normales (Molina, 2012).

³³El debate sobre si existen una o varias formas etiológicamente independientes de psicosis continúa abierto (Molina, 2012). Aún para Kraepelin quien distinguía la esquizofrenia (dementia praecox) de las psicosis afectiva, admitía la coexistencia de síntomas.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

Estudios sobre el tamaño del hipocampo presu-
mían establecer un marcador biológico diferencial
para la esquizofrenia. Por las funciones que des-
empeña el hipocampo³⁴, funciones que aparecen
alteradas en el caso de pacientes que sufren esta
enfermedad, y el importante desarrollo de esta
región con respecto a otros primates (Gloor, 1997
citado en Molina 2012), suscitaban la esperanza
de la identificación de un marcador biológico. Un
meta análisis de las diferencias de volumen del hi-
pocampo entre pacientes con esquizofrenia y con-
troles demostró que es apenas un 4 por 100 me-
nor, lo cual no es nada significativo (Molina, 2012).

Otros estudios proporcionan datos de una re-
ducción del tamaño del hipocampo en la depresión
(Sheline et al., 1996). También se ha observado
esta disminución del tamaño en el trastorno por
estrés postraumático o en situaciones de estrés
(Lucassen et al., 2001, citado en Molina 2012).

Estos estudios plantean dudas sobre el signifi-
cado de la reducción del tamaño del hipocampo en la
esquizofrenia³⁵. Los mismos podrían interpretarse
más como una consecuencia de la enfermedad que
como su causa, debido al estrés crónico que sufren
estos pacientes (Molina, 2012).

Los fracasos en los resultados de las investiga-
ciones, no disuaden a la psiquiatría contemporá-
nea de encontrar por esa vía su legitimidad como
subdisciplina científica. La tendencia dominante
dentro de la psiquiatría actual es orientar sus in-
vestigaciones dentro de los postulados científicos
de una medicina basada en la evidencia, la cual
permitiría resolver la diversidad de criterios que
surgen de las prácticas clínicas. Para la psiquiatría
esta redefinición de la medicina en biomedicina
podría contener la promesa de una refundación
científica en un nivel molecular. La aspiración máxi-
ma de esta psiquiatría contemporánea, inscrita
dentro del modelo de la medicina basada en la
evidencia, parecería ser la identificación de marca-
dores biológicos.

³⁴ El hipocampo se relaciona con la memoria, con la valoración
entre medio interno y externo, interviene en la regulación del
afecto, la agresión y la autoconservación.

³⁵ En donde además los meta-análisis revelaban su escasa
significación.

La profundización de esta tendencia, que se
asienta en una dimensión genética, acentúa aún
más la separación de la experiencia vivida por el
enfermo de su enfermedad (Canguilhem, 2004).
Aún dentro del esquema de la medicina clásica, el
discurso del paciente debía ser escuchado para re-
traducirlo al lenguaje de los signos creados por la
nosología clínica.

La identificación de marcadores biológicos per-
mitirían prescindir del discurso del paciente. Si
como sostiene Canguilhem, el dogma positivista
separa la experiencia vivida por el enfermo de la
enfermedad; en la biomedicina esta separación
se acentuaría. Si la verdad de la enfermedad se
encuentra localizada en un nivel molecular y sólo
puede ser identificada gracias a los importantes
desarrollos de la experimentación tecnocientífica,
poco importa lo que pueda decir el paciente que
ya nada sabe de su enfermedad. En este sentido
la biomedicina ha profundizado el dogma positi-
vista que según Canguilhem organizó a la medicina
alrededor del postulado biológico de la identidad
de los fenómenos vitales normales y patológicos
como parte de un continuum (Le Blanc, 2004). A
partir del establecimiento de esta plataforma bio-
lógica médica, se elimina la significación vivida de
la enfermedad para pensarla como un subvalor
al servicio del valor de la salud (Le Blanc, 2004).
El pensamiento médico objetiviza la enfermedad,
quitándole la experiencia individual. El pensamien-
to biológico considera la enfermedad como sus-
tituto natural de la experimentación, destinada a
esclarecer el funcionamiento de lo normal. En este
sentido el dogma positivista piensa la enfermedad
como positividad pura, anulando la distinción cua-
litativa entre salud y enfermedad (Le Blanc, 2004).

Para Canguilhem la reflexión sobre la enferme-
dad se inicia en la perspectiva del enfermo, porque
constituye "el esfuerzo de todo individuo biológico
por mantenerse vivo y acrecentar su potencia" (Le
Blanc: 29, 2004) Esto implica tomar en cuenta la
singularidad del enfermo.

Sin embargo, tal y como los estudios lo demues-
tran, poco o nada se ha avanzado a nivel del sufrimien-
to mental a partir de la instauración del dog-

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Teknologiaren Soziologia

ma positivista. Si como establece Canguilhem lo que predomina en la enfermedad no es el discurso que se tiene sobre ella, sino la experiencia construida por el enfermo, la reducción positivista establecida por la medicina poco podría aportar a la experiencia de la enfermedad entendida como hecho original, como el modo en que el ser viviente enfermo se relaciona con la vida (Le Blanc, 2004).

En el marco de la racionalidad del dogma positivista pueden ser comprendidos los esfuerzos de la biomedicina por encontrar esa variación de la norma que daría origen a la patología. Tomar en cuenta la singularidad del enfermo implicaría un nuevo análisis de las relaciones entre lo normal y lo patológico (Le Blanc, 2004).

LA PSIQUIATRÍA EN LA ERA DE LA BIOMEDICINA: ¿BIOPSIQUIATRÍA?

Con el término "biopsiquiatría" algunas autoras comienzan recientemente a denominar las transformaciones de la psiquiatría en el marco de la biomedicina (Clarke et al., 2010; Orr, 2010). Según Orr (2010) el surgimiento de la biomedicina, constituye una profundización del modelo médico dentro del dominio de la psiquiatría, producido dentro del conjunto más amplio de las transformaciones que experimenta la medicina en las últimas décadas del siglo XX.

Este acoplamiento de la psiquiatría a las exigencias de la biomedicina, exige una reformulación de la disciplina en términos de objetividad y de precisión científica. A partir de aquí el lenguaje de la enfermedad psiquiátrica circunscribe sus explicaciones al cerebro y su funcionamiento neuroquímico (Rose, 2007). El nuevo lenguaje del DSM III sienta las bases epistemológicas para un enfoque cerebral de la enfermedad mental, con una etiología de base biológica y sus técnicas de tratamiento farmacológico (Orr, 2010). Con la edición de la publicación de 1980 del DSM III³⁶, la APA introduce un corte radical con el lenguaje previo de la clasificación psiquiátrica. El lenguaje de la enfermedad psiquiátrica toma un sintomático viraje hacia

el estilo de la objetividad científica de la precisión médica. Una jurisdicción más categórica de las enfermedades era un prerrequisito para la entrada de la psiquiatría dentro del nuevo prestigioso sistema de la biomedicina. (Horowitz, 2002).

El DSM III marca la remedicalización de la American Psychiatry, al definir a los trastornos mentales como categorías discretas a través de criterios enumerados, reorientándose hacia nuevas investigaciones basadas en el modelo biomédico de enfermedad mental. Con las enfermedades del cerebro de la biopsiquiatría se desplazan las nociones psicosociales del conflicto inconsciente del psicoanálisis o se desestiman los factores medioambientales de la psiquiatría de corte social y comunitario, como forma de hacer ingresar a la psiquiatría en el terreno de rigurosidad científica que exige la biomedicina.

Rose (2007) sostiene que esta transformación es sólo un elemento de una mutación más generalizada del modo de pensar en el mundo occidental, iniciada especialmente en los Estados Unidos. A partir de esta mutación en el modo de pensar, hemos comenzado a comprendernos a nosotros mismos y a nuestras mentes en términos de cerebros y cuerpos, donde las modificaciones neuroquímicas subrayan variaciones en el humor, en la conducta, en el pensamiento, que pueden ser moduladas con psicofármacos (Rose, 2007). Este nuevo modo de pensamiento ha implicado una ampliación del territorio de la psiquiatría que actuaba frente a la patología mental para extenderse a potenciar la normalidad por medio de la industria farmacéutica. El aumento del consumo de psicofármacos señala el cambio hacia lo que Rose (2009) denomina trastornos sin límites. El mismo implica un nuevo yo neuroquímico, flexible que puede ser reconfigurado de modo que los límites entre cura, normalización y mejoramiento de las capacidades se desdibujan (Rose, 2009). Como resultado de esto, los profesionales de la salud mental comienzan fundamentalmente a percibir los problemas de sus pacientes a partir de un modelo de enfermedad concebida como desorden de neurotransmisores.

³⁶ El sistema de clasificación diagnóstica de la psiquiatría oficial de la APA.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

Paradojamente a lo que podría esperarse a partir del movimiento de la antipsiquiatría, lo que podemos observar es el fortalecimiento del discurso médico y su capacidad para superar las crisis y embates que la sociedad le plantea. El resultado ha sido no sólo una concentración del poder de la psiquiatría sino una especie de consolidación triunfal de la disciplina en un lenguaje biomédico. Mientras la antipsiquiatría y la historia continuaban debatiendo en la década del '70 en torno al poder de la medicina y las posibilidades de instalar el problema de la locura en nuevos campos, la psiquiatría se preparaba para su nueva definición. Esta nueva definición no deja lugar a los enfoques imprecisos de las ciencias humanas.

Es a partir de aquí donde queremos iniciar nuestra investigación. Partiendo del análisis de las diferentes entidades que se asocian para componer el juicio psiquiátrico³⁷, queremos dar soporte a la hipótesis de una nueva psiquiatría en el dominio de la biomedicina.

EPÍLOGO

Sin lugar a dudas el apogeo de la psiquiatría manicomial se ve alterado con las transformaciones llevadas a cabo por la antipsiquiatría.

Ya por el año 1972 Castel (1975) se planteaba si las transformaciones de la psiquiatría eran asunto exclusivo de psiquiatras o si la problemática exigía una toma de conciencia del sujeto social y político. Y se preguntaba si la llamada "revolución psiquiátrica" no había quedado atrapada dentro de una especie de "etnocentrismo médico" enfocando los problemas de la psiquiatría exclusivamente dentro de su campo.

Por el mismo momento Foucault (2005) lanzaba el interrogante de si la producción de la verdad de la locura podía efectuarse por fuera de la relación de poder saber que constituye el conocimiento.

Desde la microsociología del hospital psiquiátrico las investigaciones de Goffman (1970) muestra-

ban los efectos perjudiciales de las estructuras organizativas formales e informales de la institución, sobre la vida y sobre la evolución de la enfermedad misma de los pacientes.

Sin embargo observando los acontecimientos desde la perspectiva del tiempo, estamos en mejores condiciones para responder unos años más tarde, cuál ha sido el devenir de la psiquiatría, y a partir de aquí formular nuestra pregunta de investigación.

Mientras estos debates se producían, la psiquiatría oficial se preparaba para ingresar al dominio biomédico. Las controversias generadas entre una psiquiatría oficial y un movimiento de psiquiatras³⁸ que apostaban hacia nuevos rumbos, dio como resultado el afianzamiento de los primeros, con el sepultamiento de aquellos que osaron cuestionar los cimientos sobre los que descansa la disciplina: el poder y el saber médico.

La victoria ha sido abrumadora, constituyéndose una psiquiatría de corte neuroquímico cuya alternativa terapéutica coloca en el primer sitio al tratamiento farmacológico. Poco parece haber quedado de los conflictos sociales que encarnaban los humanos en la experiencia de la enfermedad.

La amenaza que significaba para la psiquiatría poner en tela de juicio sus propios cimientos, la replegaron nuevamente hacia el terreno seguro de la medicina. La misma le proporcionaba un nuevo modelo sustentado en bases científicas.

Paralelamente a este proceso, la medicina se reformulaba, brindando nuevos fundamentos para la vida misma. Algunos autores señalaron estos cambios como "emergentes formas de vida" (Fisher 1999, citado en Clarke 2010), "formas de vida tecnológicas" (Lash, 2001, citado en Clarke 2010) "cambio epocal de reescritura de vida" (Rheinberger, 2000). Nikolas Rose en sus políticas de la vida misma, se refiere a las crecientes capacidades de control, administración, ingeniería, remodelación y

³⁷ Atendiendo a la trayectoria que desarrollan desde un enfoque ANT.

³⁸ No solamente psiquiatras constituyeron el movimiento de la antipsiquiatría, pero sí fue liderado por ellos.

18. TALDEA-GRUPO 18

Sociología del Conocimiento, la Ciencia y la Tecnología
Esagutza, Zientzia eta Tecknologiaren Soziologia

modulación de las verdaderas capacidades de los seres humanos como criaturas vivientes (2006).

Rose (2006, 2007) sostiene que en la década de los '90 el pensamiento y la práctica psiquiátrica han operado un cambio fundamental. En este modo de pensamiento, los sujetos son comprendidos en términos de manifestaciones cerebrales neuroquímicas. Tanto la normalidad como la patología quedan contempladas dentro de un nuevo dominio biopsiquiátrico. Las fronteras normalidad patología se desdibujan pues se ofrecen alternativas farmacológicas que comprenden a todos los sujetos. La psiquiatría se ha extendido a potenciar la normalidad constituyendo una nueva ciudadanía neuroquímica (Rose, 2009).

No obstante el rumbo que tomó la psiquiatría no fue el que auguraba Hochmann (1980), y presuponía Castel (1975), sí podemos sospechar que la filosofía de las luces se encuentra en la base de esta psiquiatría molecular. Todavía no han encontrado, "el gen de la locura", pero esto no impide que la orientación mayoritaria en el desarrollo de investigaciones que financian los laboratorios vaya en esa dirección, lo cual constituye una inversión más que un gasto.

Si el problema se plantea en términos de alteración de neurotransmisores, sólo se necesita identificar la alteración en este nivel para suministrar la dosis farmacológica adecuada que el organismo necesita para funcionar dentro de la norma. En la magia queda depositada la esperanza.

REFERENCIAS

- Basaglia, F. (1972). *La institución negada: Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Basaglia, F., & Carrino, L. (1975). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral.
- Bateson, G. (1977). "Doble vínculo y esquizofrenia". Buenos Aires: Carlos Lohlé
- Canguilhem, G (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires: Amorrortu
- Castel, R. (1980). *El orden psiquiátrico: La edad de oro del alienismo*. Madrid: Ediciones de La Piqueta.
- Clarke, Mamo, Fosket, Fishman, Shim. (2010). In Clarke, Mamo, Fosket, Fishman, Shim (Ed.), *Biomedicalization*. United States of America: Duke University Press.
- Cooper, D. (1974). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Foucault, M. (1975). *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica (2ª ed.)*. Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la locura en la época clásica (2ª ed.)*. México, D.F. etc.: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso del collège de france: 1973-1974*. Madrid: Akal.
- Foucault, M., Senellart, M., Ewald, F., & Fontana, A. (2009). *Nacimiento de la biopolítica: Curso del collège de france (1978-1979)*. Tres Cantos Madrid: Akal.
- García, R. *Psiquiatría o ¿ideología de la locura?* (1972). Barcelona: Anagrama.
- Goffman, E. (1970). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Horowitz, A. (2002). *Creating mental illness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Le Blanc, G. (2004). *Canguilhem y las normas*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Laing, R. D. (1964). *El yo dividido: Un estudio sobre la salud y la enfermedad*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Mannoni, M., Saltzman, C. E., & Chorne, M. (2000). *El psiquiatra, su "loco" y el psicoanálisis (10ª ed.)*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Molina, V. (2012). *La psicosis Ideas sobre la locura*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rheinberger, H. J. (2000). *Living and working in the new medical technologies*. In M. Lock, & A. Cambrosio (Eds.), *Beyond nature and culture: Modes of reasoning in the age of molecular biology and medicine (pp. 19-30)*. Reino Unido: Cambridge University Press.
- Rose, N. (2001). *The politics of life itself*. Theory, Culture & Society, 18(6), 1-30. disponible en: <http://tcs.sagepub.com/content/18/6/1.short>



Sociología y tecnociencia/Sociology and Technoscience.

EL JUICIO DIAGNÓSTICO EN BIOPSIQUIATRÍA: DE LA HERMENÉUTICA CLÍNICA A LA TRADUCCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA

THE PSYCHIATRIC DIAGNOSIS IN BIOPSYCHIATRY: FROM CLINICAL HERMENEUTIC`S TO PSYCHOTROPIC DRUG TRANSLATION

SILVIA CAROLINA GENEYRO SALDOMBIDE Y FRANCISCO JAVIER TIRADO SERRANO

UNIVERSITAT AUTÓNOMA DE BARCELONA

Recibido: 27/03/15
Aceptado: 13/05/15

Resumen: El presente artículo analiza la elaboración del diagnóstico psiquiátrico en biopsiquiatría. La afirmación que el diagnóstico psiquiátrico es el resultado de un juicio clínico constituye un postulado básico en el dominio de la psiquiatría. En este estudio abrimos al debate tal afirmación. Haciendo uso de algunas herramientas que ofrece la Teoría del Actor-Red y del concepto de trayectoria desarrollado por Strauss (2010), vamos a proponer que el juicio diagnóstico psiquiátrico deviene a partir de las acciones realizadas por los psicofármacos. Estas acciones son los efectos producidos en los cuerpos de los pacientes y los significados que portan los psicofármacos, como sustancias resultantes del proceso de creación de la evidencia científica. A partir de un estudio de caso que toma como unidad de análisis un Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario de Barcelona, describiremos cómo la realización del juicio diagnóstico psiquiátrico implica un proceso de atribución de significados donde los psicofármacos performan las condiciones para la experticia clínica.

Palabras clave: diagnóstico psiquiátrico, biopsiquiatría, psicofármacos, traducción

Abstract: This paper examines psychiatric diagnosis-making within biopsychiatry. The widely accepted statement that diagnosis is the result of clinical judgement is mainstream in psychiatric domain. However drawing on Actor-Network Theory and the notion of trajectory established by Strauss (2010), it is proposed that psychiatric diagnosis derives as well from the actions performed by psychotropics. These actions are the effects produced in the patient's body and the significances carried by psychotropic drugs in clinical practices, concerning the information validated as scientific evidence for the substance. Through a case study carried out at a University Hospital in Barcelona, it is therefore described how the psychiatric diagnosis-making consists of a process of meaning attribution, where psychotropic drugs perform the conditions for the clinical expertise.

Keywords: psychiatric diagnosis, biopsychiatry, psychotropic drug, translation

Introducción

En este artículo abrimos al debate una formulación ampliamente sostenida en el marco de la medicina y que aún hoy en el contexto de la biomedicina, continúa operando con renovada vigencia. La misma refiere a la afirmación que el diagnóstico psiquiátrico es el resultado de un juicio clínico. Este postulado básico, que goza de la aceptación generalizada de los psiquiatras, y que constituye uno de los pocos acuerdos que nuclean a los galenos en un territorio signado por la incertidumbre y las diferencias, será puesto en discusión en este trabajo.

Situamos nuestro análisis en el marco de la biomedicina. Con el nombre biomedicina se designan las modificaciones que la medicina ha venido experimentando en las últimas décadas, fundamentalmente como resultado del enfoque de las ciencias biológicas en la comprensión de las enfermedades y de la tecnocientifización de las prácticas médicas. La importancia de las transformaciones operadas en la medicina señalan que estaríamos asistiendo a un cambio epistémico (Keating & Cambrosio, 2003), que justifica el neologismo biomedicina. El prefijo bio hace referencia a la reducción de la medicina a una rama de la biología, donde las ciencias genómicas se destacan en esta reorganización del proyecto médico (Cambrosio et. al, 2006). El Evidence-Based Medicine (EBM), Medicina Basada en la Evidencia (MBE) o medicina fundada sobre pruebas constituirían epifenómenos de los procesos regulatorios que caracterizan a la biomedicina (Cambrosio et al. 2006). Asimismo Clarke et al. (2010) sitúan a la biomedicina dentro de un proceso de transformaciones sociales, políticas y económicas que llaman biomedicalización. La biomedicalización se constituye alrededor de cinco procesos claves de transformación política y económica que impactan sobre la medicina como herramienta de control social. A saber: una nueva economía biopolítica de la medicina, un nuevo e intensificado foco en la salud (optimización), una tecnocientifización de las prácticas biomédicas, transformaciones en la producción de conocimiento biomédico y por último transformaciones en los cuerpos que producen nuevas identidades tecnocientíficas (Clarke et al. 2010). Así biomedicalización y biomedicina constituyen conceptos que refieren a rangos explicativos diferentes para la descripción del fenómeno de las transformaciones médicas. Sea cual sea el marco de referencia, los autores y autoras acuerdan que a finales del s. XX la medicina ha operado cambios de tal importancia que admiten una nueva denominación.

La psiquiatría no ha sido ajena a los procesos de cambio acontecidos en el dominio de la medicina. Desde principios de los ´70 su desacreditada participación en el proyecto médico se vio acentuada por una serie de movimientos e investigaciones que daban cuenta de la baja confiabilidad del sistema de clasificación psiquiátrico. Las demandas por especificidad en las categorías de enfermedad mental y en su tratamiento creadas por la industria de seguros principalmente en U.S.A, la valoración de los psiquiatras involucrados en investigaciones con métodos científicos, el crecimiento del negocio de ensayos clínicos con fármacos que exigía la necesidad de clasificar a los pacientes dentro de una categoría para testar las nuevas drogas (Scull, 2013), se encuentran entre la serie de consideraciones que explican los esfuerzos desde la psiquiatría para asimilarse al prestigioso sistema de la biomedicina. Por otra parte los cuestionamientos de la antipsiquiatría en donde el diagnóstico fue concebido como la imposición de un juicio de valor (Cooper, 1974; Basaglia, 1972; Basaglia et al.,

1975), los embates de los estudios microsociológicos del hospital psiquiátrico de Goffman (1970) que señalaron los efectos de las estructuras organizativas de la institución sobre la vida de los pacientes, y la célebre investigación de Rosenhan (1973) que mostró las debilidades para diferenciar el paciente sano del enfermo, entre otros estudios, orientaron los esfuerzos hacia mejorar la confianza en el diagnóstico psiquiátrico.

Es así que un grupo de psiquiatras asumió la responsabilidad de afrontar la discutida complejidad del juicio clínico, reformulando el sistema de clasificación psiquiátrico en torno a definiciones operacionales para los trastornos mentales. El resultado, ampliamente conocido, fue la publicación del DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Este hecho que implicó un cambio radical con el lenguaje previo de clasificación diagnóstica, es considerado como el ingreso oficial de la psiquiatría en el sistema biomédico. El nuevo lenguaje del DSM III sentó las bases epistemológicas para un enfoque cerebral de la enfermedad mental, con una etiología biológica y sus técnicas de tratamiento farmacológico (Orr, 2010).

Jackie Orr (2010) ha acuñado el término biopsiquiatría para señalar la legitimación de las prácticas psiquiátricas contemporáneas de diagnóstico y tratamiento a través de la adopción del modelo biomédico. En su estudio describe como la informatización del diagnóstico que liga mediante software los tratamientos psicofarmacológicos, constituye una técnica para el gobierno de la salud mental de las poblaciones. Por otro lado, la vinculación estrecha entre la producción psicofarmacológica y el desarrollo de la psiquiatría de las últimas décadas ha sido descrita por algunos autores (Healy, 1997, 2002, 2004 Rose, 2007). Estos estudios críticos que dan cuenta del giro biológico en la psiquiatría focalizan en la relación directa establecida fundamentalmente a partir del DSM III entre el aumento de las conductas medicalizadas y el consumo farmacológico. Es decir, a cada diagnóstico psiquiátrico, definido desde ahora en términos operacionales, le corresponde su respectivo tratamiento psicofarmacológico.

Reconociendo este modo de funcionamiento, advertimos sin embargo que esta declaración invisibiliza y mantiene fuera de la discusión, los efectos producidos sobre el juicio clínico. El esquema básico de intervención de la psiquiatría clínica, que sitúa a la experticia en el psiquiatra, figura encargada de la realización del juicio clínico que dará origen al diagnóstico, permanece incuestionado en este campo biomédico o biopsiquiátrico. En nuestro estudio observamos que el proceso mismo de elaboración de un diagnóstico o juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD)¹, transforma este esquema. La relación diagnóstico-psicofármacos no se presenta en nuestro análisis siguiendo el diagrama señalado por los estudios en biopsiquiatría. Haciendo uso de algunas herramientas que ofrece la teoría del actor-red (TAR), observamos en el ámbito de la clínica hospitalaria, una inversión de este proceso, y/o una reformulación de los elementos que lo componen. Es decir, el diagnóstico en psiquiatría ya no es exclusivamente el resultado de un juicio clínico, postulado dado por sentado aún en esta nueva psiquiatría biológica o biopsiquiatría. La producción del diagnóstico o JPD es más bien el producto de traducciones múltiples y mediaciones técnicas llevadas a cabo por los psicofármacos que brindan el soporte semiótico-material

¹ Utilizamos ambos términos a lo largo del artículo. La diferencia entre diagnóstico y juicio psiquiátrico diagnóstico (JPD) está dada por la mayor flexibilidad que presenta el término JPD, es decir, enfatizando en el diagnóstico como proceso, lo cual admite la posibilidad continua de modificaciones en el diagnóstico.

que permite al psiquiatra invocar o enunciar un diagnóstico o JPD. La experticia clínica en nuestro estudio es más bien el resultado de una acción colectiva en la que los psicofármacos desempeñan el rol de liderazgo. Por lo tanto dicha experticia no consiste en un apriori cognitivo o un bagaje de conocimientos localizado en la persona del psiquiatra, sino que la misma surge como el resultado de las acciones y mediaciones de los psicofármacos, que movilizan la evidencia científica hacia la clínica o la desplazan hacia los laboratorios delegando en ellos el trabajo clínico.

En primer lugar revisaremos algunos estudios sociales sobre los psicofármacos. Luego expondremos las herramientas teóricas utilizadas en nuestro análisis. A continuación daremos cuenta de la metodología empleada. Finalmente, basándonos en una investigación realizada en Barcelona durante 2012-2013, mostraremos cómo el diagnóstico en biopsiquiatría ya no es únicamente el resultado de un juicio clínico sino que el mismo es producido a partir de la traducción y delegación psicofarmacológica.

Estudios sociales del diagnóstico psiquiátrico

Las repercusiones del giro biológico en la psiquiatría, provocaron la reacción de los colectivos de profesionales, de las asociaciones de pacientes, y generaron también una interesante controversia científica. A este respecto Healy ha mostrado cómo el proceso de desarrollo de drogas psicotrópicas producido a partir de 1950, se relaciona con la invención de nuevos trastornos psiquiátricos (1997, 2002, 2004). El análisis histórico del surgimiento de la imipramina, señala cómo a partir de la creación de esta sustancia, se establece el moderno concepto de antidepresivo, en ausencia de datos cuantitativos y de ensayos clínicos que validaran su uso (Moncrieff, 2008). El cuestionamiento de la hipótesis de desequilibrio químico (Moncrieff, 2001, 2002, 2008; Moncrieff & Cohen 2005; 2006) así como también el procedimiento de diseño de la experimentación científica que lleva a la validación psicofarmacológica (Kirsch, Deacon, Huedo Medina, Scorobia, Moore, Johnson, 2008; Kirsch, 2010), han abierto nuevamente a la discusión, el mecanismo de actuación de los psicofármacos en las enfermedades psiquiátricas. Otras revisiones críticas señalan la administración indiscriminada sobre todo tipo de comportamientos, ubicando a la farmacología como una estrategia de la gubernamentalidad contemporánea (Rose, 2007; Orr, 2010). Paralelamente se denuncia la vinculación y las alianzas entre las compañías farmacéuticas que buscan introducir y promocionar sus productos, y las asociaciones científicas, departamentos universitarios y psiquiatras investigadores que reciben financiación para desarrollar y promover un modelo de psiquiatría (Rose, 2007; Mosher, citado en Rose, 2007; Orr, 2010; Pérez Soto, 2012, Healy, 2003). Un tercer conjunto de críticas enfatizan sobre el enfoque actual presidido por la biología molecular que busca orígenes genéticos de las enfermedades mentales (Rose, 2007, Moncrieff, 2002; Mosher, citado en Rose, 2007). Asimismo se debate sobre la actuación de esta nueva psiquiatría de orientación biológica desarrollada en función de la industria farmacéutica y sus modos de intervención y extensión sobre la vida misma (Rose, 2007).

Vale la pena destacar los trabajos que desde la antipsiquiatría han mostrado cómo el

diagnóstico psiquiátrico constituye la imposición de un juicio de valor, derivado de una ideología custodial pensada para defender a la sociedad más que para curar al enfermo (Cooper, 1974, Basaglia, 1972; Basaglia et al., 1975). A su vez el diagnóstico psiquiátrico como categoría histórica, ha sido comprendido en articulación con las modificaciones que sufren las concepciones de lo normal y lo patológico, en las distintas sociedades y a lo largo del tiempo. La arqueología del poder psiquiátrico que realiza Foucault (2005), señala cómo el diagnóstico en psiquiatría es una práctica discursiva originada a partir de los dispositivos de poder. Asimismo la construcción social del diagnóstico ha sido ampliamente ilustrada en trabajos que dan cuenta cómo una condición particular deviene primero descrita en términos médicos y luego incorporada en las categorizaciones de las enfermedades (Goode, 1969; Conrad & Schneider, 1980). Incluso han sido descritas las fases a partir de las cuales se construyen las enfermedades (Brown, 1995). Más recientemente esta idea de construcción social del diagnóstico ha sido discutida a partir de los trabajos de Mol (2002), postulando la fragilidad del diagnóstico y de la enfermedad que devienen promulgados o “enacted” en los distintos ensamblajes médicos (Gardner et al. 2011).

Teoría del actor red y Trayectoria

La teoría del actor red (TAR o ANT, su acrónimo en inglés) consiste en algo más que en un conjunto de principios metodológicos y epistémicos que tienen su origen en los estudios de la ciencia y la tecnología, para luego extenderse al conjunto de prácticas sociales y materiales, entendidas estas como entramados de relaciones heterogéneas (Domenech, Tirado, 2006). A través de la obra de Bruno Latour, uno de sus autores más importantes, podemos percibir la construcción de un nuevo modelo filosófico, donde a partir de una política ontológica que establece los principios metodológicos para investigar, evoluciona hacia una ontología política (García Díaz, 2011). Sus postulados nos llevan a pensar la realidad de otra manera, sustancialmente diferente a cómo se ha venido formulando desde las distintas tradiciones del pensamiento social. No obstante esto, la TAR no solo implica una nueva ontología en el plano filosófico, sino que conjuga la creación de nuevos proyectos políticos a partir de esa ontología que propone.

Partiendo del construccionismo social y reconociendo sus aportes, la TAR no centra sus explicaciones en los aspectos sociales y culturales de los objetos de conocimiento (Domenech, Tirado, 2006). Intenta superar este tipo de explicaciones que remiten a las dicotomías clásicas que han caracterizado el pensamiento de las ciencias y de la filosofía a partir de Descartes. Para la TAR un objeto es un híbrido que es a la vez natural y social, que es materialmente heterogéneo, que está en relación con otros y será en función de ese entramado de relaciones o asociaciones que constituye con otros objetos lo que le dará visibilidad, presencia o agencia al objeto (Domenech, Tirado, 2006). Por lo tanto los objetos para la TAR ya no tendrán una naturaleza intrínseca a develar o descubrir, sino que éstos serán definidos según cómo sean ensamblados en la red, cambiando su estabilidad en función de la participación en otras redes o entramados (Latour, 2001, 2008).

Uno de los aspectos más innovadores de la TAR consiste en la redefinición de la agencia

como una capacidad no exclusivamente humana, extendiendo a los objetos la posibilidad de devenir actores de pleno derecho. Quien participa e incide en un estado de cosas es un actor. Surge aquí el término actante para designar a cualquier entidad que actúe, sean humanos, no humanos, actores sin figuración, etc.. Esta perspectiva teórica ofrece una gramática para incorporar en el relato entidades no humanas, que son capaces de transportar la acción y definir o establecer transitoriamente la forma o el destino que asumen otros actores o actantes en la composición heterogénea de la que forman parte.

En nuestro análisis hacemos uso del concepto de traducción y delegación desarrollados por la TAR. Según Latour (2001) traducción significa desplazamiento, deriva, invención o mediación y puede ser comprendida como uno de los significados de la mediación: la traducción de metas. "Las cadenas de traducciones se refieren al trabajo mediante el que los actores modifican, desplazan, y trasladan sus distintos y contrapuestos intereses" (Latour, 2001: 370). Traducir es el proceso por el cual algunos actores se otorgan y/o se les confiere el poder de actuar en nombre de otros (Latour, 1998). Traducir es desplazar, es dar continuidad a los desplazamientos y transformaciones que ocurren en una trayectoria. Es una forma de relacionar los diferentes universos que constituyen los actores. Pero traducir también significa posicionarse como portavoz, expresar lo que los otros quieren, su modo de asociación y actuación (Callon, 1986). Más precisamente, en nuestro análisis referimos a la acción por medio de la cual las identidades de los diagnósticos pasan a redefinirse a través de la acción de interesamiento y traducción de los psicofármacos.

Con el término delegación Latour (2001) alude a otro de los significados de la mediación, que consiste en un trabajo de articulación entre los signos y las cosas llevado a cabo por la mediación técnica. La delegación implica no solamente un proceso de traducción es decir un desplazamiento del significado de la acción, sino que además se transforma la acción, mediante un trabajo de articulación, en una expresión diferente. Latour (2001) explica este proceso con un ejemplo práctico, el de la banda rugosa en el asfalto para reducir la velocidad de los conductores, dando cuenta como a través de este artefacto técnico, no solo se desplazan las metas del conductor, sino que se articula con cemento un programa de acción, que continúa actuando en ausencia de los actores que idearon el proyecto. A los efectos de nuestra investigación, la delegación constituye un recurso explicativo para dar cuenta del proceso de desplazamiento del trabajo clínico en los llamados colectivos bioclínicos, como son los laboratorios y otros espacios de producción científica. En la delegación se produce no solamente el desplazamiento de un significado a otro, sino de la acción en tiempo y espacio. Así en los colectivos bioclínicos, como espacios de articulación de trayectorias de diferentes actores humanos y no humanos, se transforman los significados y la materialidad de los psicofármacos en acciones y decisiones que actuarán en la clínica.

El concepto de trayectoria formulado por Strauss (2010) refiere al curso que las entidades desarrollan en el tiempo y las acciones e interacciones que contribuyen a su evolución. Este curso de acción contempla la interacción de múltiples actores y contingencias que podrían no anticiparse ni ser manejables. Según Strauss en la evolución de los cursos de fenómenos y sus interacciones asociadas no hay un único actor que guíe su curso. En este sentido es que establece que no hay un "deus ex machina". Sin embargo reconoce el autor que algunos actores podrían ser mucho más influyentes o desplegar más poder en el curso de

una trayectoria. Desde la TAR la existencia de las entidades es definida a partir de la trayectoria que describen. En este sentido el significado de un objeto es comprendido como la construcción de una trayectoria privilegiada que enlaza elementos de naturaleza diversa (Akrich & Latour, 1992). Así, Latour dirá que la ontología de una entidad dada es la trayectoria que une todas las posiciones (Latour, 2001).

Metodología

Nuestra investigación se basa en un estudio de caso² que toma como unidad de análisis un Servicio de Psiquiatría de un Hospital Universitario de Barcelona. En el mismo realizamos entrevistas, una etnografía focalizada y tomamos como documento de análisis un manual de psiquiatría. En primer lugar llevamos a cabo una serie de entrevistas en profundidad a profesionales vinculados al ámbito de la psiquiatría: siete psiquiatras, una psicóloga y una bióloga, todos integrantes del Servicio de Psiquiatría del mismo hospital, entre julio de 2012 y julio de 2013. Los entrevistados se distribuyen en tres tipos de dispositivos o áreas pertenecientes al Servicio de Psiquiatría: Programas de Atención Ambulatoria, Laboratorio de Análisis Genético, y Unidad de Estancia Corta. Fueron entrevistados: una psicóloga y un psiquiatra pertenecientes al Programa de Trastorno por Déficit de Atención a lo largo de la vida, un psiquiatra del Programa de Psiquiatría Transcultural e Inmigración, dos psiquiatras del Programa de Drogodependencias, dos psiquiatras de la Unidad de Estancia Corta y una bióloga del Laboratorio de Análisis Genético.

Otra fuente de datos la obtuvimos a partir de la estancia etnográfica focalizada (Knoblauch, 2005). Este enfoque de investigación ha sido desarrollado por Knoblauch para compensar las dificultades que conlleva la realización de las etnografías tradicionales en espacios altamente especializados como son los hospitales (2005). En su lugar se propone la realización de visitas de tiempo acotado en lugar de estancias permanentes a los ámbitos estudiados. Esto se compensa con la utilización intensa de tecnologías audiovisuales y de la recolección de datos desde fuentes diversas. Así la recolección de información por tiempos prolongados propia de las etnografías convencionales es sustituida por la intensidad puesta en este proceso (Knoblauch, 2005). Llevamos a cabo nuestra etnografía focalizada en la Unidad de Estancia Corta de Psiquiatría, situada en uno de los edificios del complejo hospitalario durante octubre noviembre de 2012. El cometido de dicha Unidad es recibir los ingresos derivados de la urgencia, que presentan en la consulta algún tipo de trastorno o alteración psiquiátrica. El equipo de psiquiatría brinda una atención de corta duración en el tiempo, que consiste en una valoración psiquiátrica, con el objetivo de una rápida recuperación de las conductas basales y estabilización del paciente, para el otorgamiento del alta o para realizar una derivación a un centro psiquiátrico de estancia media o prolongada. La observación en el trabajo de campo focalizó en las actividades clínicas diarias que realizaban los psiquiatras. Los datos fueron obtenidos a través de los intercambios mantenidos con dos psiquiatras de la unidad, mediante la observación directa de su trabajo

² El estudio de caso permite abarcar tanto lo singular de una situación como su complejidad, sin perder de vista las conexiones y posible transferibilidad hacia otros casos (Guba & Lincoln, 1994), respetando los límites que fija las cualidades y circunstancias del caso particular estudiado.

y fundamentalmente del acompañamiento en las entrevistas realizadas a los pacientes.

El material textual de las entrevistas y del manual, fue sometido a análisis de contenido temático (Bardin, 1986). La perspectiva teórica guió el análisis de contenido. Las categorías seleccionadas fueron inferidas a través de un proceso recursivo entre los datos y la teoría, interpretando sus significados en articulación con la fundamentación teórica que sustenta la investigación. El cuaderno de campo fue analizado siguiendo el método de la descripción densa (Geertz, 1987), focalizando en las declaraciones realizadas por los psiquiatras relacionadas con el diagnóstico y su proceso de elaboración.

Primera trayectoria: La traducción psicofarmacológica en el cuerpo del paciente

Como algunas investigaciones han señalado, la producción continua de nuevas entidades biomédicas, han transformado las prácticas clínicas, impactando directamente sobre el juicio clínico diagnóstico (Keating & Cambrosio, 2003, 2007). La creación de nuevas herramientas diagnósticas en algunas especialidades de la medicina, han desplazado el lugar central que el juicio clínico tenía en la toma de decisiones a la hora de abordar una enfermedad o trastorno. Algunos estudios convergen que la reconfiguración del juicio clínico en la biomedicina ha implicado un desplazamiento de lo clínico hacia lo bioclínico (Bourret, 2005, Bourret et al. 2011, Cambrosio et al., 2006, Rabeharisoa & Bourret, 2009). No obstante en psiquiatría la falta de innovaciones biomédicas debidas al desconocimiento de los fenómenos neurobiológicos que subyacen a los trastornos mentales, no ha permitido secundar estas transformaciones. Así, los psiquiatras entrevistados no atestiguan dichos cambios, sosteniendo que el diagnóstico en psiquiatría es el resultado de un juicio clínico. Como observamos en las siguientes citas:

Los diagnósticos psiquiátricos hoy por hoy siguen siendo criterios clínicos, es la decisión de un clínico al que se le suponen unos conocimientos y unas habilidades para poder de forma racional manejar la información que debe saber extraer del paciente y su entorno para concluir un diagnóstico. (Entrevista personal a psiquiatra Jordi, 24 de julio de 2012).

La psiquiatría sigue siendo una especialidad muy clínica, no diagnósticas una esquizofrenia por una neuroimagen, por una resonancia cerebral. Las pruebas complementarias lo que te ayuda es a descartar causas orgánicas de otras enfermedades. Realmente los diagnósticos es clínico completamente. Los criterios diagnósticos se basan en la clínica fundamentalmente. (Entrevista a personal a psiquiatra Ana, 17 de septiembre de 2012).

Sin embargo y como resultado de los datos de la etnografía, observamos que el juicio diagnóstico psiquiátrico no se elabora unicamente a partir de la experticia clínica tal como refieren los psiquiatras entrevistados. Para la realización del mismo se incluye como dato primordial la información proveniente de los efectos psicofarmacológicos sobre el cuerpo del paciente explorados en la entrevista clínica, los cuales se articulan con datos de la semiología psiquiátrica. Pero la cuestión psicofarmacológica en la entrevista clínica psiquiátrica constituye el eje que organiza todo el juego de preguntas. Así se interroga sobre los efectos de los fármacos a nivel del organismo y de las habilidades sociales o vida de relación del paciente. Como se observa en la cita:

Vamos a entrevistar a Fernando

Psiq: mañana tiene la ecocardio, cómo ha dormido?

F: igual me he despertado a las 3 30 y ya no más

Psiq: ansiedad?

F: sí

Psiq: somnoliento?

F: sí

Psiq: qué tal va con la medicación?

F: yo creo que va mejor

(La psiquiatra le explica que le pueden aumentar pues tiene el rescate)

F: pensaba que era por el frío

Psiq: le puede decir a enfermería, no es para pasarla mal

F: esta noche la pediré pues ya llevo dos noches, duermo dos horas profundo y luego no más.

Psiq: náuseas por la mañana?

F: sí, pero hoy menos

Psiq: volveré a revisar la medicación para ver si la terminamos de ajustar (Nota de campo, día 13 de noviembre de 2012).

En las entrevistas observamos que el ajuste de la medicación, el proceso de búsqueda de la combinación aceptada como apropiada, va orientando al profesional hacia la realización de un juicio diagnóstico, tarea todavía ineludible en la práctica clínica.

Frente a mi pregunta por el diagnóstico de Fernando observo que si responde mejor a los antidepresivos, que a la pauta descendiente

a las benzodiazepinas³, la respuesta será más o se inclinará hacia un trastorno del estado de ánimo; pudiendo ser un episodio o un trastorno depresivo, que hacia un trastorno por consumo de sustancias. (Nota de campo, día 13 de noviembre de 2012).

Asimismo y como surge del siguiente fragmento del diario de campo:

...

Hijo de Ernesto: ¿Qué es una demencia?

Psiquiatra.: deterioro cognitivo a raíz del accidente vascular, tuvo un ictus en el 2005.

...

H: pero cuál es el diagnóstico, qué tiene mi padre?

Psiqu.: a los 50 es difícil, igual puede ser un brote, hay diferentes tipos de esquizofrenia. (Diario de campo 22 de octubre de 2012).

Luego de la entrevista conversamos en la sala médica acerca de Ernesto. La psiquiatra y la neuróloga discuten si el TOC (Trastorno Obsesivo Compulsivo) tiene conductas de acumulación de objetos o si se debe a deterioro cognitivo. Valoran que sí, que no, que podría ser en ese caso, enseguida pasan a otro asunto. Miran el ECG del paciente, interpretan que está bien. (Diario de campo, día 22 de octubre de 2012).

Tres diagnósticos con trayectorias epistemológicas diferentes pueden ser igualmente valorados como posibles de adjudicar. Esta laxitud e indeterminación teórico-clínica es debida en parte a la reducción de la psicopatología a la detección de un conjunto de signos y síntomas en razón de su frecuencia. Si la descripción del cuadro nosológico se remite a la literatura científica mainstream de los DSM, como sucede en nuestro caso de estudio y en el ámbito de la psiquiatría actual en general, queda habilitada la posibilidad de trasvase y superposición de diagnósticos definidos a partir de sumatoria de síntomas. Esto permite la atribución de un diagnóstico de Deterioro Cognitivo, como de Trastorno Obsesivo Compulsivo o Esquizofrenia, a un mismo sujeto en un mismo momento de su biografía. Estos fragmentos ponen de manifiesto las debilidades en que quedó expuesto el juicio clínico psiquiátrico a partir de las modificaciones realizadas justamente para dar mayor objetividad y fundamentación científica a un juicio clínico caracterizado históricamente de subjetivo (Autor, 2014, en revisión). Además señalan la importancia que los psicofármacos

³ Las Benzodiazepinas son psicofármacos que se clasifican dentro del grupo de los ansiolíticos. Aunque como su nombre lo dice se utilizarían para controlar la ansiedad, en la práctica clínica tienen múltiples usos.

obtuvieron en este proceso. Como observamos en el siguiente extracto del diario de campo:

...en principio lo ideal es dar la medicación a un paciente para evaluarlo más tarde. Si no colabora, está muy inquieto, está que no puede, tu le das la medicación pero no para sedarlo, sino para tranquilizarlo, quitarle la ansiedad, la inquietud y evaluarlo más tarde (Conversación con psiquiatra residente Ema, nota de campo, 13 de noviembre de 2012).

Así, en las actividades de rutina de una unidad de psiquiatría, la utilización psicofarmacológica constituye la operación primera, previa a la asignación de un juicio diagnóstico. De este modo, la secuencia de fases que ha caracterizado al ejercicio de la medicina clínica, y por ende a la psiquiatría como parte de este proyecto, es decir el diagnóstico como actividad primera de identificación de la patología, el tratamiento como una operación derivada del diagnóstico y por último el pronóstico como la tercera fase de este modelo, no se observa en el contexto analizado. Al contrario, esta secuencia de fases se invierte, siendo la respuesta del paciente a los psicofármacos administrados (acción históricamente vinculada a la fase terapéutica) una fuente de información básica para la elaboración del diagnóstico. Por ende en la valoración de la clínica psiquiátrica, el relato del paciente que performa el psiquiatra con sus preguntas focalizando en los efectos o acciones de los psicofármacos sobre su cuerpo constituye un dato fundamental. Y esto en nada parece contradecir o distanciarse del modelo de la clínica clásica donde la escucha y la observación del paciente constituían las fuentes de información principales para el clínico. Sin embargo la escucha y la observación en este relato son dirigidas hacia o traducidas por los efectos producidos por las sustancias psicofarmacológicas en el organismo y en el comportamiento del paciente. En este sentido es que decimos que el diagnóstico, o un juicio psiquiátrico diagnóstico si se considera al diagnóstico como proceso, constituye una operación secundaria a las recomendaciones, usos y efectos psicofarmacológicos. Por lo tanto el juicio psiquiátrico diagnóstico en biopsiquiatría ya no se despliega a partir de las habilidades y conocimientos surgidos de una experticia clínica situada en el psiquiatra, sino que moviliza para su realización, las sustancias psicofarmacológicas traducidas por la palabra del paciente como fuente de información.

Segunda trayectoria: La delegación del conocimiento científico en las sustancias psicofarmacológicas

...el problema de la psiquiatría es que no se agrupan las enfermedades de acuerdo a patología celular sino a criterios clínicos y a respuesta a fármacos. El gran pilar de la psiquiatría hoy en día es la psicofarmacología, que también en base a respuesta a

psicofármacos que son relativamente recientes se han empezado a agrupar las enfermedades de manera distinta. (Conversación con neurólogo residente en Unidad de Psiquiatría, nota de campo, 23 de octubre de 2012).

Como resultado de procesos y trayectorias históricas, el surgimiento de la hipótesis de desequilibrio químico, legitimó la conexión directa de las entidades diagnósticas con las sustancias psicofarmacológicas. Cabe recordar que toda la nueva psiquiatría producida a partir de la llamada “revolución farmacológica” se sustenta en la hipótesis de que los psicofármacos tendrían efectos específicos sobre la conducta o los estados de ánimo, transformando a los trastornos mentales en la expresión cerebral subyacente de una disfunción biológica (Healey, 1997; Orr, 2010). De este modo las sustancias psicofarmacológicas se constituyen en las herramientas por excelencia de acción en el campo de la psiquiatría. Generadas a través del estándar de oro de la biomedicina, el ensayo clínico (Timmermans & Berg, 2003), las diferentes sustancias movilizan la evidencia científica hacia la clínica.

Por ej. el bupropion es un medicamento que es un fármaco antitabaco y está comercializado como antitabaco y es antidepresivo. Entonces puede servir para gente que está dejando de fumar y tiene depresión o síntomas depresivos, a veces los utilizamos para gente que toma cocaína y tiene síntomas depresivos, pues hay indicios que puede ser útil, intentando que cada uno valga para varias cosas. Los psicofármacos son un poco engañosos, porque a veces un antidepresivo pues mentira antidepresivos, son anti muchas cosas. La psicofarmacología puede tener más utilidades de las que pensamos. (Entrevista psiquiatra Pablo, febrero de 2013).

Así a la clínica una sustancia farmacológica llega con determinados usos terapéuticos validados previamente mediante el mecanismo del ensayo clínico. Pero su utilización en la práctica muchas veces advierte de nuevos posibles usos que serán el fundamento de los sucesivos ensayos clínicos. De esta manera, los psicofármacos son fabricados a través de un proceso de incorporación de información a las sustancias. El mismo ha sido denominado por Cambrosio et al. como “*progressive enrichment informational*” (Cambrosio et al. 2008). Este proceso tal como fue descrito por los autores consiste en una continua búsqueda de nuevos usos terapéuticos sustentados en regímenes epistémicos, organizacionales, legales, económicos y materiales que hacen posible la realización de los ensayos clínicos (Cambrosio et al. 2009). El Proceso Progresivo de Enriquecimiento Informativo da cuenta de la historicidad de las sustancias psicofarmacológicas, que van adquiriendo nuevas existencias a través de los ensayos clínicos en los que participan. Así el fármaco como sustancia discreta no tiene una identidad o existencia definitiva. Al contrario su identidad

múltiple se expande con cada nuevo ensayo clínico que demuestre eficacia. Como ilustra el siguiente fragmento de la entrevista:

E: Están llevando a cabo algún estudio acá en el hospital sobre fármacos?

P: sobre guanfacina que es un fármaco, tampoco es nuevo en el sentido de una nueva vía terapéutica sino que es un inhibidor de los receptores alfa 2A noradrenérgicos y que se utilizaba como un hipotensor arterial y se ha visto que puede tener un beneficio para controlar la impulsividad y la hiperactividad. Estamos testándolo acá, esto ya está aprobado en U.S.A pero en Europa no está todavía (Entrevista Psiquiatra Manuel, Junio de 2013).

Por ende cada ensayo clínico es un intento de establecer una nueva trayectoria psicofarmacológica que enlace a la sustancia con un trastorno ya definido o a definir. Los sucesivos resultados de los ensayos clínicos agregan nueva información que inscripta en los manuales y guías de actuación y tratamiento, rearticulan los conocimientos y las prácticas, generando las posibilidades de comprensión y lectura diagnóstica. A través de este proceso de delegación de información y conocimiento científico, los psicofármacos proporcionan los significados de que dispone el psiquiatra para su actuación clínica. Como establece el Manual de Psiquiatría:

El proceso diagnóstico es dinámico, comienza en la primera entrevista y no cesa hasta que concluye el último acto terapéutico. Un ejemplo claro de esta situación son los tratamientos farmacológicos. Estos tratamientos son, muchas veces empíricos en el medicamento y su dosis, el proceso de diagnóstico (valorando sistemas y efectos adversos) continuo es básico para este abordaje. (Baca García & Oquendo, 2009:238, Manual de Psiquiatría, Cap. 17 "Diagnóstico y clasificación en psiquiatría").

Los psicofármacos como se desprende del texto o forman parte de la situación denominada proceso diagnóstico ("son un ej. claro de esta situación"), o participan del mismo dinamismo e incertidumbre que caracterizan al diagnóstico. Sin embargo si se acepta que los psicofármacos "son muchas veces empíricos en el medicamento y su dosis" y que el diagnóstico es una actividad continua de valoración de sistemas y efectos adversos, se está reconociendo en primer lugar la secuencia temporal que vincula a ambas entidades. En efecto, en el proceso de elaboración del diagnóstico, hay un antecedente y un consecuente, donde el diagnóstico deviene como correlato de una actividad continua de valoración. En segundo lugar, en esta misma declaración se admite la posibilidad de prueba y experimentación que conlleva la búsqueda de la medicación apropiada. Esta actividad,

primordial o primera en la secuencia de acciones, tampoco es independiente, está conectada con el proceso diagnóstico. Asimismo el reconocimiento de que “el proceso de diagnóstico continuo es básico para este abordaje” pone de manifiesto como el diagnóstico también contribuye o actúa en la tarea de medición de los usos empíricos y de las dosis de los medicamentos. Es decir ambas entidades están estrechamente vinculadas, una es con la otra, pero la acción del diagnóstico es sucedánea o derivada de las acciones psicofarmacológicas. Porque son los efectos producidos por los medicamentos, valorados a través de sistemas (y acá perfectamente se puede incluir la semiología psiquiátrica como parte del conjunto de la valoración que realiza el médico-psiquiatra, aunque no lo diga explícitamente en el texto) y efectos adversos, los que permiten la emergencia del diagnóstico, pues suministran a través de los datos clínicos, los significados y la materialidad que tomará ese juicio. Se produce entonces un desplazamiento de los contenidos de la clínica o de la materialidad misma de la clínica en términos de la TAR, hacia los colectivos bioclínicos de producción científica, que vienen a sustituir a la psicopatología clásica o clínica por los resultados obtenidos en la investigación sobre fármacos. La clínica entonces delega el trabajo clínico de producción de un JPD en los colectivos bioclínicos, es decir el JPD es promulgado a partir de la delegación del conocimiento clínico en los resultados de los ensayos clínicos sobre eficacia y efectividad psicofarmacológica probada. De este modo el juicio clínico, no es más que un artificio retórico de las acciones y decisiones producidas en los laboratorios.

Discusión: El psicofármaco como “Deus ex machina”⁴

Considerando el proceso de realización del diagnóstico o de un juicio diagnóstico psiquiátrico como una trayectoria en la que intervienen múltiples actores, o como una composición de entidades heterogéneas, observamos que no todos los actantes afectan el curso de la acción del mismo modo. La influencia o el poder desplegado por los psicofármacos establece el tipo de relación que estos proponen al conjunto de las entidades que participan en la realización del diagnóstico psiquiátrico. Recurrimos a la noción de traducción desarrollada por la TAR para dar cuenta de este particular modo de asociación. Con este concepto referimos a la acción por medio de la cual los psicofármacos proponen o sugieren una manera de organizar el diagnóstico.

Sostenemos que los psicofármacos funcionan como “Deus ex machina” en la trayectoria de elaboración del diagnóstico o de un JPD, porque actúan resolviendo el desenlace de este proceso entendido como un guión. Si el diagnóstico ha sido y es una actividad sumamente controvertida, ambigua e incierta, los psicofármacos vienen a solucionar los problemas que la clínica plantea. Sus múltiples usos, efectos y los sucesivos cambios de valoraciones diagnósticas que los mismos conllevan no son considerados problemáticos u obstaculizadores en las prácticas analizadas. Al contrario, estos cambios son comprendidos como parte del proceso mismo de atribución de significados que implica la realización del diagnóstico. En este sentido los psicofármacos le dan continuidad al trabajo de los

⁴ Tomamos la metáfora utilizada por Strauss (1993), pero en el sentido contrario, es decir para sostener que en la trayectoria que describimos sí hay un actor liderando el curso de acción.

psiquiatras, desplazando las dificultades hacia el devenir de la acción, disolviendo de este modo los atascamientos que presenta la clínica. Es la acción misma de los psicofármacos y las certidumbres y promesas de sus efectos, la que permite que diagnósticos con trayectorias epistemológicas tan diferentes como el trastorno obsesivo compulsivo, la esquizofrenia y el deterioro cognitivo, puedan ser gestionados en un mismo plano como entidades equivalentes. Y esto no es visualizado como una contradicción en el proceso de realización diagnóstica. Porque son las acciones posibles de los psicofármacos con sus efectos esperados y prometidos, lo que da continuidad a las prácticas clínicas.

Por consiguiente en biopsiquiatría el juicio diagnóstico ya no se despliega únicamente a partir de las habilidades y conocimientos de una experticia clínica situada en el psiquiatra, sino que se moviliza la evidencia científica incorporada en las sustancias psicofarmacológicas. Hemos escogido describir este proceso visualizando dos cursos de acción o dos trayectorias para la construcción del diagnóstico, cuyo significado deviene como el producto de traducciones múltiples y mediaciones técnicas llevadas a cabo por los psicofármacos. La primera de ellas, mediada por el cuerpo del paciente traducido y traductor de efectos psicofarmacológicos, aportará los datos que orientarán al clínico en la realización del juicio diagnóstico o diagnóstico. La segunda trayectoria psicofarmacológica conectará los espacios de producción científica o colectivos bioclínicos con las prácticas clínicas, articulando en estos desplazamientos categorizaciones diagnósticas con cuerpos de pacientes y juicios clínicos psiquiátricos.

En este sentido es que consideramos que es a partir de las acciones y mediaciones de los psicofármacos que devienen los posibles diagnósticos o juicios diagnósticos. Por lo tanto los psicofármacos como dispositivos tecnológicos portadores de significado actúan traduciendo al juicio clínico para la realización del diagnóstico. La clínica entonces, desprovista del anclaje teórico que le proporcionaba la psicopatología clásica, la nosología y la nosografía basadas en el método clínico, constituye una ficción que se materializa como resultado de la utilización psicofarmacológica. En biopsiquiatría el lugar que ocupan las sustancias psicofarmacológicas en la práctica psiquiátrica han transformado al juicio clínico en un apéndice un derivado o un producto de una recomendación psicofarmacológica.

Referencias Bibliográficas

- Akrich, M. & Latour, B. (1992). A Summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotics of Human and Nonhumans Assemblies. Law, J. & Bijker W. E., Eds. *Shaping Technology, Building Society. Studies in Sociotechnical Change*. (pp.259-264). Cambridge: MIT Press.
- Baca García, E. & Oquendo, M.A. (2009). Diagnóstico y clasificación en psiquiatría. En *Manual de Psiquiatría*. Palomo, T. & Jiménez-Arriero, M.A. Eds, Madrid: Ene Publicidad.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada :Informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.
- Basaglia, F., & Carrino, L. (1975). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral.
- Bourret, P. (2005). BRCA patients and clinical collectives: New configurations of action in cancer genetic practices. *Social Studies of Science*, 35(1), 51. Recuperado de <http://ejournals.ebsco.com.ure.uab.cat/direct.asp?ArticleID=444ABB4461A3F9272130>
- Bourret, P., Keating, P., & Cambrosio, A. (2011). Regulating diagnosis in post-genomic medicine: Re-aligning clinical judgment? *Social Science & Medicine*, 73(6), 816-824. doi:<http://dx.doi.org.ure.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2011.04.022>
- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis an illness. *Journal of health and Social Behaviour*, Supp. Extra Issue 34-52.
- Callon, M. (1986). Algunos elementos para una sociología de la traducción: La domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de st. brieuc. In J. M. Iranzo, González de la Fe, T. & J. Blanco (Eds.), *Sociología de la ciencia y la tecnología* (pp. 259-282). Madrid: CIS.
- Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., & Weisz, G. (2006). Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine. *Social Science Medicine*, 63(1), 189-199. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com.ure.uab.cat/science/article/pii/S0277953605006957>
- Cambrosio, A., Keating, P., & Mogoutov, A. (2008). Protocols regimens and substances: The socio-technical space of anti-cancer drugs. In J. Gaudillière, & V. Hess (Eds.), *Ways of regulating: Therapeutic agents between laboratories, plants, consulting rooms* (pp. 175-205). Berlin: Max Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte.
- Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., & Weisz, G. (2009). Biomedical conventions and regulatory objectivity: A few introductory remarks. *Social Studies of Science*, 39, 651-664. Recuperado de <http://ejournals.ebsco.com.ure.uab.cat/Article.asp?ContributionID=19622016>
- Clarke, A., Mamo, L., Fosket, J.R., Fishman, J., Shim, J. (2010). *Biomedicalization Technoscience, Health, and Illness in the U.S.* London: Duke University Press
- Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization: From badness to sickness*. St. Louis, MO: The C.V. Mosby Company.
- Cooper, D. (1974). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós.
- Doménech Argemí, M., Tirado Serrano, F (2006). La teoría del actor red: Una aproximación simétrica a las relaciones entre ciencia, tecnología y sociedad. En *Ciencia, tecnología y sociedad*. Barcelona: UOC.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso del College de France: 1973-1974*. Madrid: Akal.
- García Díaz, P. (2011). Revisión crítica de la política ontológica latouriana. *Athenea Digital-Revista de*

Pensamiento e Investigación Social, 11(1) Recuperado de
<http://ddd.uab.cat/are.uab.cat/record/70023>

Gardner, J., Dew, K., Stubbe, M., Dowell, T., & Macdonald, L. (2011). Patchwork diagnoses: The production of coherence, uncertainty, and manageable bodies. *Social Science & Medicine*, 73(6), 843-850. Recuperado de <http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2010.12.010>

Geertz, C. (1987) *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa

Goffman, E. (1970) *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

Goode, E. (1969). Marijuana and the politics of reality. *Journal of Health and Social Behaviour*, 10(2), 83-94.

Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Healy, D. (2003). Trajectory of psychopharmacology: The role of the clinician and the industry. *Indian Journal of Psychiatry*, 45(2), 49-57.

Healy, D. (2004). *Let them eat prozac: The unhealthy relationship between the pharmaceutical industry and depression*. London: New York University Press.

Keating, P., & Cambrosio, A. (2003). *Biomedical platforms: Realigning the normal and the pathological in late-twentieth-century medicine*. Cambridge: MIT Press.

Keating, P. & Cambrosio, A. (2007). Cancer clinical trials: The emergence and development of a new style of practice. *Bulletin of the History of Medicine*, 81(1), 197-223. Recuperado de http://muse.jhu.edu/are.uab.cat/journals/bulletin_of_the_history_of_medicine/v081/81.1keating.html

Kirsch, I., Deacon, B., Huedo-Medina, T., Scoboria, A., Moore, T., & Johnson, B. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *Plos Medicine*, 5(2). Recuperado de <http://search.proquest.com/are.uab.cat/docview/1288087930/BC440ACA6D204C67PQ/12?accountid=15292>

Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. Nueva York: Basic Book.

Knoblauch, H. (2005). Focused ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3) Recuperado de <http://search.proquest.com/are.uab.cat/docview/869228430/DE72D774456B4066PQ/16?accountid=15292>

Latour, B. (1998). La tecnología es la sociedad hecha para que dure. In M. Domènech, & F. Tirado (Eds.), *Sociología simétrica. ensayos sobre ciencia tecnología y sociedad* (pp. 109-142). Barcelona: Gedisa.

Latour, B. (2001). *La esperanza de pandora: Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.

Latour, B (2008). *Reensamblar lo social: Una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, North Carolina: Duke University Press.

Moncrieff, J. (2001). Are antidepressants overrated? A review of methodological problems in antidepressant trials. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 189(5), 288-295.

- Moncrieff, J. (2002). The antidepressant debate. *British Journal of Psychiatry*, 180(3), 193-194.
Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org.ure.uab.cat/content/180/3/193>
- Moncrieff, J., & Cohen, D. (2005). Rethinking models of psychotropic drug action. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 145-53. Recuperado de
<http://search.proquest.com.ure.uab.cat/docview/235462336/8BC9A7DBF84D4087PQ/3?acountid=15292>
- Moncrieff, J., & Cohen, D. (2006). Do antidepressants cure or create an abnormal brain states? *Plos Medicine*, 3(7), 240. doi:10.1371/journal.pmed.0030240
- Moncrieff, J. (2008). The creation of the concept of an antidepressant: An historical analysis. *Social Science & Medicine*, 66(11), 2346-2355.
doi:<http://dx.doi.org.ure.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2008.01.047>
- Orr, J. (2010). Biopsychiatry and the informatics of diagnosis. In A. Clarke, L. Mamo, J. Fosket, J. Fishman & J. Shim (Eds.), *Biomedicalization* (1ª ed., pp. 353-379). Durham: Duke University Press.
- Pérez Soto, C. (2012) *Una nueva antipsiquiatría. Crítica y conocimiento de las técnicas de control psíquico*. Santiago de Chile: Lom Ediciones
- Rabeharisoa, V., & Bourret, P. (2009). Staging and weighting evidence in biomedicine: Comparing clinical practices in cancer genetics and psychiatric genetics. *Social Studies of Science*, 39(5), 691-715. doi:10.1177/0306312709103501
- Rose, N. (2007). *The politics of the life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first*. New Jersey: Princeton University Press.
- Rose, N. (2003). Neurochemical selves. *Society*, 41(1), 46-59.
- Rosenhan, D.L. (1973) On being sane in insane places. *Science*, 179 (19), 250-258.
- Scull, A. (2013). *La locura: Una breve introducción*. Madrid: Alianza Editorial.
- Strauss, A. (2010). *Continual permutations of actions*. New York: Aldine de Gruyter.
- Timmermans, S., & Berg, M. (2003). *The gold standard. the challenged of evidence-based medicine and standarization in health care*. Philadelphia, PA: Temple University Press.

The stabilization of psychiatric diagnosis: psychotropic drugs as boundary objects

Carolina Geneyro Saldombide y Francisco Tirado Serrano

Universidad Autónoma de Barcelona

Abstract:

This paper examines psychiatric diagnosis-making within biomedicine, as studies in this field, especially empirical ones, have attracted little attention throughout the scientific world. The widely accepted assertion, that diagnosis is the result of clinical judgement, will be discussed. Through analysis of a case study conducted in a Barcelona hospital, it will be suggested that psychiatric diagnosis is not only the result of clinical assessment, but also of psychotropic drugs translation. Drawing on actor-network theory and the notion of boundary objects established by Star and Griesemer (1989), it is therefore proposed that psychotropic drugs are boundary objects which act as central mediators in knowledge management, setting up the semiotic-material assemblage of diagnosis.

Key words: psychiatric diagnosis, biomedicine, boundary objects, psychotropic drugs

La estabilización del diagnóstico psiquiátrico: los psicofármacos como objetos frontera

Resumen:

El presente artículo examina la producción del diagnóstico psiquiátrico en biomedicina, debido a que los estudios, especialmente los empíricos en este campo, han atraído poco la atención de los investigadores. La afirmación ampliamente aceptada de que el diagnóstico es el resultado de un juicio clínico, será discutida. A través de un estudio de caso llevado a cabo en un hospital de Barcelona, propondremos que el diagnóstico psiquiátrico no es únicamente el resultado de un juicio clínico, sino también de una traducción psicofarmacológica. Haciendo uso de la teoría del actor-red y de la noción de objetos frontera desarrollada por Star y Griesemer (1989), sostenemos que los psicofármacos como objetos frontera actúan como los mediadores centrales en la gestión del conocimiento, estableciendo el ensamblaje semiótico-material del diagnóstico.

Palabras clave: diagnóstico psiquiátrico, biomedicina, objetos frontera, psicofármacos

1. Introduction

According to Joanna Moncrieff, the concept of diagnosis in psychiatry entails an equality between psychiatric classification and the process of medical diagnosis with the entailment that psychiatric problems are originated by a physical dysfunction (2010). However, researchers have been unable to identify an underlying physical process in psychiatric disorders since the inception of the field; diagnosis therefore remains a controversial issue. Several studies have described the complexity and fragmentation of diagnosis in medicine (Blaxter,

1978; Bowker & Star 1999; Mol, 2002). Many endeavors have been made to overcome the vulnerability of diagnosis in medical practice. Evidence-based-medicine attempts to address the heterogeneous situation integrating in clinical settings the best available clinical evidence (Sacket, Rosenberg, Gray, Haynes, Richardson, 1992). However, these attempts to strengthen the scientific approach of medical practice have not succeeded in eliminating the uncertainty that has characterized the practice of psychiatry from its outset. This handicap is more visible in psychiatry than in other medical fields, prompting a clinical discourse about the definition of diagnosis. During the current research, we have observed a general agreement that psychiatric diagnosis is the result of clinical judgement, despite the different approaches among psychiatrists. This widely accepted and pivotal statement shapes, as a matter of fact, psychiatric discourse in both the medical and biomedical field. Within this discourse, however, little attention has been paid to the transformations that medicine has experienced over the last two decades, particularly the epistemic change of medicine becoming biomedicine (Keating & Cambrosio 2003). The neologism biomedicine refers to the reduction of medicine to a branch of biology in which the genomic sciences are the most important purveyors in this rearrangement (Cambrosio, Keating, Schlich, Weisz, 2006). In this biomedical domain hardly exist any empirical studies of psychiatric diagnosis, and approaches which consider the procedure of diagnosis-making itself are scarce.

Considering this background, our objective was to examine how a psychiatric diagnosis is produced, that means, which material elements are forming it, from the Actor Network Theory (ANT) perspective. The extent to which the subject of psychotropic drugs arose during the ethnography and fieldwork discussions, identifying them as the key actors in psychiatric routines, prompted us to specify our research and examine their importance. Thus, we focussed on the psychotropic drugs's work in the diagnosis-making process. Other possible influential issues like diagnostic categories or the psychiatrist-patient relationship, are not considered in this analysis and might be subject matter of further research.

After discussing social science studies of diagnosis, we illustrate the conceptual theoretical tools used for analysis. Then interview data and focused ethnography (Knoblauch, 2005) conducted in a Barcelona hospital during 2012-2013 to analyze diagnosis-making are presented. Subsequently we discuss how a diagnosis results from the recommendations for psychotropic drugs, or through psychotropic drugs translation. In order to describe this process, the notion of boundary objects as established by Star & Griesemer (1989) is applied. We put forward that psychotropic drugs as boundary objects support the ambiguity und uncertainty of psychiatric practices in the process of diagnosis-making in its own materiality. Finally we discuss the influence of psychotropic drugs within the diagnosis-making process in biomedicine.

2. The social study of psychiatric diagnosis

Critical social literature has largely approached psychiatric diagnosis through the medicalization process of clinical medicine (Conrad, 1975, 1979, 1992, 2007; Conrad & Schneider, 1980; Scott, 2006, Szasz, 2007). In this context, the social sciences have focused on the importance of the diagnosis, subsuming it within the broader process of social control termed medicalization. Medicalization and diagnosis are indeed closely connected; however the concepts belong to different explanatory domains. One of the means through which medicalization functions is the labeling of deviant social behaviour with a diagnosis (Zola, 1972). However, medicalization forms a wider framework for medicine to operate within, accentuates its values and underlines its authoritative role (Jutel, 2009). Diagnoses are the classification tools of medicine, forming one of the main entities through which the power of medicine operates (Jutel, 2009). An important body of literature in relation to diagnosis has been developed in the field of medical sociology. Many studies in this arena have highlighted the consequences and inflictions that diagnosis produce to people's lives (Jutel, 2008; Horwitz, 2011). The implications of an absence of diagnosis in situations where a disorder has been alleged to exist have also been examined such as the well-known account of Post-Traumatic Stress Disorder for incorporation into DSM III¹ (Scott, 1990). When disease applications have not successfully gained recognition, the possibility of assigning political responsibility is denied (Trundle, 2011). Furthermore, it is claimed

1 Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders III edition

that diagnoses provide relief for chronic illness sufferers by validating their physical suffering (Lillrank, 2003), and promote the process of collective identity through the political potential of challenging professional authority and assigned identity (Brown & Zavetovsky 2004). Finally, diagnosis may confer recognition on patients, removing them from the isolation of their suffering and providing them with further support (Chong, 2001, quoted in Jutel 2009). However, other studies have addressed the ambivalence in a diagnostic label, by reporting the narratives of children diagnosed with ADHD² (Singh, 2011). This collection of works concerning the effects of diagnosis illustrates how the diagnosis itself can claim or blame, legitimize or stigmatize, facilitate access to resources or restrain opportunities (Jutel & Nettleton 2011). It is also worth highlighting works from the anti-psychiatry standpoint, which contend that psychiatric diagnosis constitutes the imposition of value judgements derived from a custodial ideology established to defend society rather than care for the ill (Cooper, 1974; Basaglia, 1972; Basaglia et al. 1975). At the same time, psychiatric diagnoses have been understood as the articulation of changes in the concept of normal and pathological in different societies over time. The archeology of psychiatric power which Foucault (2003) carried out, emphasizes how psychiatric diagnosis as a discursive practice derives from the dispositif of power. Moreover, the social construction of diagnosis has been illustrated in studies which underline how a particular condition is firstly described in medical terms and then incorporated into the

² Attention Deficit Hyperactive Disorder

category of disease (Goode, 1969; Conrad & Schneider 1980; Brown, 1995). This notion of the social construction of diagnosis has recently been discussed with reference to the work of Mol, postulating the fragility of diagnosis and diseases that become enacted in different medical assemblages (Mol, 2002; Gardner, Dew, Stubbe, Dowell, Macdonald, 2011). Finally Jackie Orr (2010) reports about informatic management of psychiatric diagnosis as a key element of governmentality and contemporary psychiatry.

3. Theoretical background: Translation and Boundary Objects

The notion of translation developed by the ANT is used in the analysis in order to account for the diagnosis-making process. According to Latour (2001), translation means displacement, derivation, invention, and can be understood as one of the meanings of the mediation: the translation of goals. Translation means the process by which some actors are awarded and/or given the power to act on behalf of others (Latour, 1998). To translate is “to express in one’s own language what others say and want, why they act in the way they do and how they associate with each other: it is to establish oneself as a spokesman” (Callon, 1986: 18-19). More precisely, in this analysis translation refers to the work of psychotropic drugs as producers of diagnostic entities.

Discussing this concept, particularly the idea of obligatory passage point being enacted by translation process, Star & Griesemer created boundary objects notion. Boundary objects are abstract or concrete,

flexible enough to adapt to local needs and robust enough to maintain a common identity across worlds, taking part in collecting, managing and coordinating distributed knowledge (Star & Griesemer 1989; Trompette & Vinck 2009). The notion is used to describe how actors coordinate and negotiate the different meanings of the objects while maintaining their autonomy and communication (Star & Griesemer 1989). Boundary objects allow different groups to collaborate without consensus (Star, 2010). The boundary objects theory gives an account of how a dispositif articulates the distributed and heterogeneous perspective of work and collective action.

Nevertheless the boundary objects collective model differs in two aspects from the translation analytical model of ANT (Fujimura, 1992). Firstly, the boundary objects notion allows translation to take place without the preeminence of one actor. Secondly, both analytical dispositifs are interested in the mechanism of associations, but only the boundary objects notion focuses on the way associations support the tension between cooperation and heterogeneity (Fujimura, 1992).

This theoretical perspective should be able to provoke a necessary radical comprehension of the facts to generate political projects and create novel explanations to relieve the suffering of users of mental services. Like Foucault (2003) asserts, psychiatry from the beginning dealt more with the segregation of the subjects than with the creation of truth about madness.

4. Data and methods

The research presented in this paper is based on a case study conducted between July 2012 and July 2013. A series of qualitative non-standardized in-depth interviews and a focused ethnography (Knoblauch, 2005) were carried out in three phases: a) first round of four interviews, b) focused ethnography in a Short Stay Unit of Psychiatry, c) second round of five interviews. Nine members of the psychiatry service at a University Hospital in Barcelona were interviewed face-to-face, among them seven psychiatrists, a psychologist and a biologist. The interviewees worked in the three service areas the hospital runs for the care of psychiatric disorders: Outpatient Care Programs, the Laboratory for Genetic Analysis, and the Short Stay Unit of Psychiatry. Four of the psychiatrists were men, among them three chairmen of the Programs, while three were women, one the chairwoman of the Short Stay Unit. The biologist, a woman, worked in the Genetic Analysis Laboratory doing biological research in connection with a psychiatric program. The psychologist, also a woman, worked in a psychiatric program. Each interview followed a script posing open-ended questions, lasted between 40 and 60 minutes, took place in the hospital area and was recorded and transcribed. The subjects broached were as follows: how they grounded their decisions; the kind of technologies (tools, medical exams, procedures, protocols) used in clinical routines in order to support their judgements; how important neuroimaging studies were in the diagnostic process; whether the use of technologies enabled exchanges with other clinicians and how this was carried out; their

opinions about the increasing rate of diagnoses and the medicalisation of everyday life. While the first round of interviews was more open examining the diagnosis-making in general, we narrowed the focus in the second round of interviews, as a result of the previously collected ethnographic data. Thus we concentrated on the role, uses and significances of psychotropic drugs in psychiatric practices. The Short Stay Unit, where the focused ethnography was carried out in October/November 2012, is intended to receive those patients from the Emergency Unit who give indications of disorder or psychiatric disturbance in the clinical encounters. A psychiatry team provides short-term care and examination, in order to quickly recover the basal behaviour and stabilize the patient, either for discharge or transfer to a psychiatric center for long-term care. Further data were obtained from daily informal exchanges with two psychiatrists at the Unit, accompanying them at patient interviews and observing their daily activities, which consisted of conversations with the nurse team, calls and interviews with patient's families, discussions and coordination with other health professionals and social workers, permanently registering their activities by computer and consulting data in the patients records. A content and qualitative analysis (Ruiz Olabuénaga, 2003) of the textual material of interviews was conducted. The theoretical perspective has been the core of the analysis, being itself theoretical-interpretive. The selected data were inferred from a recursive process between the narratives of interviews and the research question, their significance interpreted with the context and

theoretical background taken into account. The ethnographic field-notes were analyzed following the thick description method (Geertz, 1987), focusing on the statements made by psychiatrists related to diagnosis and on the diagnosis-making process itself.

5. Analysis: Psychiatric diagnosis and psychotropic drugs: the management of uncertainty

This is an excerpt from a field-note transcribing an interview between a psychiatrist and a patient's son. Extract N° 1:

Ernesto's son: What is it, is it dementia?

Psychiatrist: Cognitive impairment as a result of the vascular accident, had a stroke in 2005.

...

Ernesto's son: But what is the diagnosis, what does my father have?

Psychiatrist: At the age of 50 it is difficult, as it may be an outbreak, there are different types of schizophrenia (Field-note 22 October 2012, author's translation).

After the interview we talk about Ernesto in the medical room. The psychiatrist and the neurologist discuss whether the OCD³ has compulsive hoarding behavior or if it is due to cognitive impairment. They value that yes, that no, that it might be in this case, then they suddenly change to another topic. They look at the patient's EEG⁴, and interpret it properly (Field-note, further discussion in medical ward between psychiatrist and neurologist 22 October 2012, author's

3 Obsessive-compulsive disorder

4 Electroencephalogram

translation).

These fragments underscore the uncertainty that frequently characterizes the clinical psychiatric judgement. The high degree of indeterminacy of clinical situations makes it possible and feasible to diagnose a cognitive impairment, OCD or schizophrenia to an individual at the same moment of his biography. In this case the diagnosis is made following the DSM's mainstream literature, so that it is possible to overlap diagnoses, because they are defined by an addition of symptoms. However, this situation is not perceived as problematic. On the contrary, as part of the normal routines, the psychiatrists deal with the ambiguity. In the current biomedical context and perhaps due to the lower degree of development and stabilization of scientific knowledge within psychiatry (Rabeharisoa & Bourret, 2009), a surprising situation has been observed in the following conversation in a medical ward, Extract N° 2:

When the son went away I ask the psychiatrist what she believes about Ernesto, I tell her his son mentioned a previous diagnosis, and if he suffered from a psychiatric disease before, the stroke would alter the picture. Her reply to me was the same as to the son: that it is not likely for schizophrenia to appear at the age of 49/50, but it also may just be an outbreak. These data do not seem to be relevant for a medical decision. What really matters is the selected medication, quetiapine, and how the patient is responding to it. (Field-note 22 October 2012, author's translation).

This case shows that there exist situations where

psychopharmacological use occurs prior to diagnostic assessment in psychiatric clinical routines. As a way to organize medical activities in order to manage the problems the illness poses, psychotropic drugs are administered before a diagnosis is made. Thus, the classical formula “judgement - diagnosis - treatment”, characteristic of clinical medicine, is not observed in the analyzed context. On the contrary, the diagnosis seems to be made after psychotropic drugs recommendations and usage, being the product of the patient's response to prescribed psychotropic drugs. As we can notice in the following extract taken from a conversation with a psychiatrist in the medical ward at the Short Stay Unit, Extract N° 3:

[...] the ideal initial action is to deliver medication to a patient and examine him/her later. If someone does not cooperate, is restless, cannot be controlled, you deliver medication not to sedate but to calm him down, ease the anxiety and dysphoria and examine him/her later (conversation with psychiatrist Irina, Field-note, 13 November 2012, author's translation).

As we can see, the patient's evaluation starts with an observation of an individual who has been administered psychotropic substances previously. This medical action aims to recover the health of the patient and functions in practices like the first support in order to make a diagnosis. Indeed the psychiatric evaluation deals from the beginning with an amount of data where the clinical signs are intertwined with the significances produced by clinical collectives⁵

⁵ They are formed by the laboratories, groups of researchers and doctors who develop guidelines, clinical consortia composed by biologists, statisticians, and experts in the life sciences (Bourret,

embodied in the psychopharmacological drugs. For this reason, the questions concerning psychopharmacology require an important place in the interviews, Extract N° 4:

The psychiatrist interviews María in her patient room:

P: How do you feel?

M: A little bit anxious.

P: How did you sleep?

M: I would have needed a pill more for the anxiety, but finally it's gone.

P: What about your mood...?

M: I think it's better, but I feel like a pudding.

P: How does the medication work?

M: Better...

P: It took much time to decide the correct medication in order to get you to sleep, and control your anxiety.

The exploration of the body effects after administering psychotropic drugs is an important piece of thread to obtain knowledge about the patient's condition. This examination focused on psychotropic drugs provides crucial information, and the patient, the "linguistic voice" (Leder, in press), expresses the effects of the body. But why do the psychiatrists prioritize the data coming from the body effects translated by the patient's narrative?

At first, because there exists neither a body to be examined nor diagnostic technologies to be applied. This distinctive characteristic of psychiatric diagnosis creates the special positioning for the

2005).

psychotropic drugs. They become the only reliable resource of data, apart from clinical hermeneutic, in order to ground or to support the clinical judgement. For this reason, the psychotropic substances are available in order to be used before, during and after the diagnosis-making process, being an important support to get information about the state of a patient's mental health.

Second, it is as a matter of fact, due to historical reasons, that the psychotropic drugs exist prior to diagnostic clinical evaluation in the clinical settings. They are acting earlier in the clinical scene, offered for use in different forms, as pills, drops, capsules, solutions. Their possibilities to act have been established in clinical guidelines and manuals, like scientific knowledge embedded in a discrete substance to work in distant spaces and different bodies. Thus, psychotropic drugs are previous due to the scientific procedure, and their indications are associated with specific usages and diagnostic categories. Indeed, there exists a connection between psychotropic drugs and the knowledge infrastructure delegated into the substance, which has previously been associated with a diagnostic entity. This connection is legitimated within the framework of the chemical imbalance hypothesis (Healy, 1997, 2002). The new psychiatry produced by the so-called "pharmacological revolution" is based on the hypothesis that psychotropic drugs have specific effects on behaviour or state of mind, modeling mental disorders as an expression of a biological brain dysfunction (Healey, 1997; Orr,

2010). According to this scientific model, the significances produced by clinical collectives are transformed in actions and decisions in clinical settings. Thus, the psychiatric substances as semiotic-material tools, offer the materiality and significances to make diagnosis. In this sense psychiatric judgement is not only unfolded through the psychiatrist's skills and expertise, but seems to mobilize the scientific evidence embodied in the psychopharmacological substances.

As the following extract illustrates, Extract N° 5:

We interview a new patient (Francisco) who admitted himself to the emergency hospital before he could commit a violent act against other people. He consumed alcohol for a long time and therefore had family troubles. He has been administered benzodiazepines for the withdrawal syndrome, antidepressant and hypnotic and a serie of medicines for other medical problems (Field-note, 12 November 2012). The day after we come back to visit Fernando. After the interview we talk in a medical ward. Asking the psychiatrist for Fernando's diagnosis, I recognize that the answer depends on the patient's response to the therapeutic drug treatment: if he responds better to the reduction of benzodiazepines than to antidepressants, the answer tends to a SRAD⁶ rather than a DD⁷ or vice versa (Field-note, 13 November 2012, author's translation).

The clinical observation is meaningless in this situation. The important issue is which administered psychotropic drugs related to a specific mental disease are more effective and produce a quicker

6 Substance-Related and Addictive Disorder

7 Depressive Disorder

recovery. There is an inversion in the diagnostic process, whereby the therapeutic substance acts to attribute meanings and validate diagnosis-making. Thus, diagnosis as part of articulation work to manage medical practices (Strauss, 1985) is enacted as a result of the psychotropic substances translation. According to the concept of translation posed by Callon (1986), psychoactive drugs seem to propose the way to organize diagnosis. However, while translation as introduced by Callon is a unidirectional process, within psychiatric diagnosis-making a recursive translation or feedback process occurs. Finally the clinical hermeneutic plays a role determining whether the diagnosis will be a SRAD or DD. In other words, the realization of diagnosis involves a process of meanings attribution where psychotropic drugs perform the conditions for a clinical objectivity. However clinical expertise subsequently constitutes the obligatory passage point that translates the materiality and meanings of psychotropic drugs to carry out diagnosis.

6. Discussion: Psychotropic drugs as boundary objects

In order to account for this process, the analytical category of “boundary objects” is applied to explain the articulation of practices and knowledge supported by psychotropic drugs. As has been described, psychotropic drugs are able to manage and solve uncertain situations posed by the clinic, working as biotechnological significance-dispositifs for the processing of diagnostic uncertainty. In this sense we establish that psychotropic drugs as boundary objects, provide the semiotic-material⁸ assemblage of diagnosis. The

8

The semiotic-material notion is borrowed from D. Haraway's to highlight the irreducible union between

expression semiotic-material assemblage refers to a kind of material structure charged with significance, from which psychiatric diagnosis is enacted. We use the term assemblage in the sense of infrastructure, as artifact, and as the material base of psychotropic drugs in the diagnosis-making process.

As Trompette and Vinck (2009) have noted, the original conceptualization of boundary objects makes reference to two analytical dimensions: interpretive flexibility and the incorporation of an invisible infrastructure. Interpretive flexibility refers to certain properties of boundary objects, such as “support of heterogeneous translations, as dispositif of integration of knowledge, as mediation in the process of coordination between experts and non-experts” (Trompette & Vinck 2009, 1, translated by the authors). In the current analysis, the interpretive flexibility of psychotropic drugs supports or rather administers the ambiguity and uncertainty of psychiatric practices in the process of diagnosis-making in its own materiality. Crucial is the way in which psychotropic drugs as boundary objects encapsulate and manage a multiplicity of entities where the contradictions, ambiguities and uncertainties (for example among the diagnostic categories) are no obstacle to the action. The actions of psychotropic drugs, with their expected and promised effects, bring continuity to clinical practices. They displace difficulties in the evolution of action, thus dissolving barriers established by the clinical activities. It is the action of psychotropic drugs, as well as the certainties and promises of their effects, which allows diagnoses with

materiality and significance (Haraway, 1999).

different epistemological trajectories, such as OCD, schizophrenia and cognitive impairment, to be managed as equivalent entities in the same plane. Psychotropic drugs give continuity to the work of psychiatrists, as they face the expected and unexpected contingencies in the illness trajectory. Thus, psychotropic drugs act as boundary objects, the interpretive flexibility which assemble the actors, making collective work and the negotiation of meanings possible in the psychiatric practices analyzed.

In addition, the second analytical dimension - the invisible infrastructure - is the property that explains the processes of delegation and refers to the transport of categories, classifications and norms that occurs in the interaction. This dimension highlights the practices of scientific work that are often blurred, lost or hidden behind the clean and clear presentation of the outcomes translated into stabilized scientific knowledge. According to Star and Ruhleder (1996), the invisible infrastructure is the result of collective work, it is therefore a relational concept arising from practices. Considering psychotropic drugs as boundary objects, makes it possible to grasp how groups produce and manage information, incorporating the materiality, as the central mediation in knowledge management (Trompette & Vinck 2009). More fundamentally, it enables us to visualize how psychiatric drugs as boundary objects support an invisible infrastructure of knowledge that materializes and mobilizes the scientific assemblage of biopsychiatric truth regimes, articulated

for diagnosis-making by the psychotropic drugs themselves.

7. Conclusion

Researchers have emphasized the changes occurring in clinical practices within biomedicine, resulting from the continuous production of biomedical entities, and how, in this process, diagnostic clinical judgement is being transformed. These studies agree that the reconfiguration of clinical judgement in biomedicine has involved a shift in locus from clinical to bioclinical collectives (Bourret, 2005), maintaining slight differences in descriptions of this process. The majority of these works have been carried out in the field of oncology, where research is highly active (Rabeharisoa & Bourret 2009). In the field of psychiatry, however, less attention has been paid to this development. Therefore, we would like to enrich the debate by making visible the peculiarities of diagnostic psychiatric judgement within these biomedical transformations. In this domain, we claim that diagnostic judgements not only originate from the skills and expertise of psychiatrists, but are also produced by the mobilization of scientific evidence embedded in psychopharmacological substances. This assertion challenges the hegemonically established mainstream truth (Ibáñez Gracia, 1993).

This study also emphasizes how the use of psychotropic drugs connects the field of practices to the new bioclinical collectives. Psychotropic drugs as technological significance-dispositif, mediate the field of clinical practices with collective spaces of production and

regulation of biomedical entities. As part of this operation, psychotropic substances translate the psychiatric clinical judgement in order to carry out diagnosis, but the clinical judgement subsequently translates the materiality and significance presented by psychotropic drugs. As a result, psychiatric clinical judgement arises from the semiotic-material assemblage of psychopharmacological substances. Therefore, clinical hermeneutics is also a decoding process, where the attributed meanings have previously been performed by psychotropic drugs. The analytical dimension of boundary objects is an artifact to comprehend this operation. In this work, psychotropic drugs as boundary objects describe a trajectory that connects and articulates bioclinical collectives with bodies of patients, psychiatrists, diagnostic categories and all sorts of materializations of scientific evidence. In this movement, diagnostic assignments are merely a transitional stabilization of psychotropic drugs in the illness trajectory. In biopsychiatry, psychotropic drugs as boundary objects act as central mediators in knowledge management, establishing the semiotic-material assemblage of diagnosis.

References

Basaglia, F. (1972). *La institucion negada :Informe de un hospital psiquiatrico*. Barcelona: Barral.

Basaglia, F., & Carrino, L. (1975). *Psiquiatria, antipsiquiatria y orden*

manicomial. Barcelona: Barral.

Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: The case of alcoholism. *Social Science & Medicine. Part A: Medical Psychology & Medical Sociology*, 12(0), 9-17. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0271-7123\(78\)90017-2](http://dx.doi.org/10.1016/0271-7123(78)90017-2)

Bourret, P. (2005). BRCA patients and clinical collectives: New configurations of action in cancer genetic practices. *Social Studies of Science*, 35(1), 51.

Bowker, G. C., & Star, S. L. (1999). *Sorting things out: Classification and its consequences*. Cambridge, MA: MIT Press.

Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis an. *Journal of Health and Social Behavior*, , 34.

Brown, P., & Zavestoski, S. (2004). Social movements in health: An introduction. *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 679-694.
doi:10.1111/j.0141-9889.2004.00413.x

Callon, M. (1986). Algunos elementos para una sociología de la traducción: La domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de st. brieuc. In J. M. Iranzo, González de la Fe, T. & J. Blanco (Eds.), *Sociología de la ciencia y la tecnología* (pp. 259). Madrid:

CIS.

Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., & Weisz, G. (2006).
Regulatory objectivity and the generation and management of
evidence in medicine. *Social Science Medicine*, 63(1), 189-199.

Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: Notes on the
medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23(1), 12-21.

Conrad, P. (1979). Types of medical social control. *Sociology of
Health & Illness*, 1(1), 1-11. doi:10.1111/j.1467-9566.1979.tb00175.x

Conrad, P., & Schneider, J. (1980). *Deviance and medicalization:
From badness to sickness*. St. Louis, MO: The C.V. Mosby Company.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review
of Sociology*, 18, 209-232.

Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the
Transformation of human conditions into Treatable Disorders*.
Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Cooper, D. (1974). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Buenos Aires:
Paidós.

Foucault, M. (2003). *Le pouvoir psychiatrique: Cours au Collège de France : 1973-1974*. Paris.: Seuil/ Gallimard

Fujimura, J. (1992). Crafting science: Standardized packages, boundary objects, and translation. In A. Pickering (Ed.), *Science as practice and culture* (pp. 168-211) University of Chicago Press.

Gardner, J., Dew, K., Stubbe, M., Dowell, T., & Macdonald, L. (2011). Patchwork diagnoses: The production of coherence, uncertainty, and manageable bodies. *Social Science & Medicine*, 73(6), 843-850.
doi:<http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2010.12.010>

Geertz, C. (1987). *La interpretación de las culturas*. México: Gedisa.

Goode, E. (1969). Marijuana and the politics of reality. *Journal of Health and Social Behavior*, 10(2), 83-94.

Haraway, D. (1999) Las promesas de los monstruos: Una política regeneradora para otros inapropiados/bles. *Política y Sociedad*, 30, 121-163.

Healy, D. (1997). *The antidepressant era*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Healy, D. (2002). *The creation of psychopharmacology*. Cambridge,

MA: Harvard University Press.

Horwitz, A. V. (2011). Creating an age of depression. *Society and Mental Health, 1*(1), 41-54. doi:10.1177/2156869310393986

Ibáñez, T. (1993). La dimensión política de la psicología social. *Revista Latinoamericana de Psicología, 25* (001), 19-34.

Jutel, A. (2008). Doctor's orders: Diagnosis, medicalisation and the exploitation of anti-fat stigma. In J. Wright, & V. Harwood (Eds.), *Biopolitics and the "obesity epidemic": Governing bodies* (). Nueva York: Routledge.

Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: A preliminary review. *Sociology of Health & Illness, 31*(2), 278-299. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x

Jutel, A., & Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine, 73*(6), 793-800. doi:<http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2011.07.014>

Keating, P., & Cambrosio, A. (2003). *Biomedical platforms: Realigning the normal and the pathological in late-twentieth-century medicine*. Cambridge: MIT Press.

Knoblauch, H. (2005). Focused ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3)

Latour, B. (1998). La tecnología es la sociedad hecha para que dure. In M. Doménech, & F. Tirado (Eds.), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia tecnología y sociedad* (pp.109-142). Barcelona: Gedisa.

Latour, B. (2001). *La esperanza de pandora: Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Barcelona: Gedisa.

Lillrank, A. (2003). Back pain and the resolution of diagnostic uncertainty in illness narratives. *Social Science & Medicine*, 57(6), 1045-1054. doi:[http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/S0277-9536\(02\)00479-3](http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/S0277-9536(02)00479-3)

Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham, North Carolina: Duke University Press.

Moncrieff, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*, 8, 4, 370-382.

Orr, J. (2010). Biopsychiatry and the informatics of diagnosis. In A. Clarke, L. Mamo, J. Fosket, J. Fishman & J. Shim (Eds.), *Biomedicalization* (1ª ed., pp. 353). United States of America: Duke University Press.

Rabeharisoa, V., & Bourret, P. (2009). Staging and weighting evidence in biomedicine: Comparing clinical practices in cancer genetics and psychiatric genetics. *Social Studies of Science*, 39(5), 691-715.
doi:10.1177/0306312709103501

Ruiz Olabuénaga, J. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto

Sacket, D., Rosenberg, W., Gray, J., Haynes, B., Richardson, W. (1992). Evidence-based-medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.

Scott, W. (1990). PTSD in DSM III: A case in the politics of diagnosis and disease. *Social Science & Medicine*, 37, 294-310.

Scott, W. (2006) The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness, *Sociology of Health and Illness*, 28, 2 133-53

Singh, I. (2011). A disorder of anger and aggression: Children's perspectives on attention deficit/hyperactivity disorder in the UK. *Social Science & Medicine*, 73(6), 889-896.
doi:<http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2011.03.049>

Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional ecology, 'translations' and boundary objects: Amateurs and professionals in

berkeley's museum of vertebrate zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 19(3), 387-420.

Star, S. L., & Ruhleder, K. (1996). Steps toward an ecology of infrastructure: Design and access for large information spaces. *Information Systems Research*, 7(1), 111.

Star, S. L. (2010). This is not a boundary object: Reflections on the origin of a concept. *Science, Technology & Human Values*, 35(5), 601.

Strauss, A. (1985). *Continual permutations of actions*. New York: Aldine de Gruyter.

Szasz, T. (2007). *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*. Syracuse NY: Syracuse University Press.

Trompette, P., & Vinck, D. (2009). Regreso sobre la noción de objeto frontera. *Revue d'anthropologie Des Connaissances*, 3(1), 4-26.

Trundle, C. (2011). Biopolitical endpoints: Diagnosing a deserving british nuclear test veteran. *Social Science & Medicine*, 73(6), 882-888. doi:<http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2011.05.034>

Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487-504. doi:10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x

CONCLUSIONES

¿Qué es entonces la verdad? Una hueste en movimiento de metáforas, metonimias, antropomorfismos, en resumidas cuentas, una suma de relaciones humanas que han sido realizadas, extrapoladas y adornadas poética y retóricamente y que, después de un prolongado uso, un pueblo considera firmes, canónicas y vinculantes; las verdades son ilusiones de las que se ha olvidado que lo son; metáforas que se han vuelto gastadas y sin fuerza sensible, monedas que han perdido su troquelado y no son ahora ya consideradas como monedas, sino como metal. (Nietzsche, 1903: 2012, Sobre verdad y mentira en sentido extramoral)

Sin duda las transformaciones producidas por las tecnologías biomédicas han aportado importantes beneficios en el terreno de la medicina somática. La medicina genómica ha posibilitado el desarrollo de marcadores genéticos asociados con algunas afecciones, permitiendo identificar perfiles genéticos específicos vinculados a ciertas patologías, antes que la enfermedad se manifieste. Tal es el caso de ciertos cánceres de mama y ovario en donde las mutaciones conocidas como BRCA1 y BRCA2 en el cromosoma 13 aumentarían la susceptibilidad de padecer la enfermedad (Rose, 2007). Sin embargo el resultado positivo a la prueba para detectar las variaciones genéticas no predice la futura ocurrencia de la enfermedad, así como no poseer la mutación no significa que la paciente no desarrolle la enfermedad (Bourret, 2005)

En lo que respecta al diagnóstico, algunas pruebas permitirían detectar, en aquellos trastornos de gen único como la enfermedad de Huntington, la susceptibilidad de desarrollar la enfermedad (Rose, 2007). Pero estos datos solo arrojan probabilidades, pues portar las repeticiones de las secuencias de nucleótidos que se han encontrado como responsables de producir esas enfermedades, o poseer las variaciones genéticas asociadas a un determinado trastorno, no implica necesariamente el desarrollo del mismo (Rose, 2007). Mucho menos se puede decir de otras afecciones donde las probabilidades que arroja el diagnóstico genómico son bastante menores.

Sin embargo, la manipulación mediática de los escasos hallazgos, junto a intereses

económicos y políticos, han contribuido a sobredimensionar las posibilidades reales y concretas que la medicina genómica puede por el momento aportar. La creencia cada vez más extendida que las enfermedades somáticas y psíquicas provienen de una alteración genética que puede localizarse en un gen o en variaciones de conjuntos de genes, domina el modo de pensar la enfermedad en el campo biomédico.

Este estilo de pensamiento, en palabras de Fleck (citado en Rosenberg, 2003), ha producido enormes transformaciones no sólo en las prácticas médicas, sino en el concepto de enfermedad y en las relaciones de los sujetos con la misma. Según Nikolas Rose, la emergencia de un modo de comprensión de los sujetos en sus niveles somáticos, como seres definidos por la biología, ha generado nuevos marcos para la legitimación del sufrimiento individual y del rol de enfermo (2007). Estos nuevos modos de experimentar “estar enfermo” o “pre-enfermo”, o “en riesgo de contraer enfermedades” caracterizan a la biomedicina.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, siguiendo este enfoque biomédico, décadas de estudio han intentado vincular determinados trastornos con mutaciones genéticas que afectarían la síntesis de proteínas, o intervendrían en la producción en exceso o en defecto de determinados neurotransmisores. Sin embargo, hasta el momento, no se ha logrado identificar ningún marcador neurobiológico asociado a las entidades descritas por la psicopatología psiquiátrica. El diagnóstico psiquiátrico, a pesar de los esfuerzos emprendidos para vincular la investigación neurocientífica con las clasificaciones psiquiátricas existentes o con nuevas clasificaciones que pudieran basarse en la patofisiología cerebral, continúa siendo una práctica estrictamente clínica.

La importancia entonces que la clínica adquiere en psiquiatría, hace de ella el punto de paso obligado para la producción de cualquier decisión o juicio. Pero, ¿cómo es entendida la clínica desde la perspectiva psiquiátrica que lleva a cabo el diagnóstico, es decir, la psiquiatría clínica? Según el testimonio de nuestras entrevistadas, la misma es comprendida como el ejercicio de una experticia científica que se pone en acto en el

interrogatorio que se le hace al paciente, la cual prescindiendo de pruebas, exámenes o cualquier otra tecnología biomédica (sencillamente porque no existen) permite arribar a un juicio a partir de la observación e interpretación de los signos clínicos y de los síntomas aportados por el paciente.

Esta idea, la de un juicio clínico surgido de la experticia que porta el psiquiatra, la cual lo habilita o le otorga competencia técnico-científica para emitir un juicio diagnóstico, es la que esta tesis viene a discutir. Partiendo de la observación del proceso de elaboración de un JPD, proponemos en primer lugar que él mismo es el resultado de prácticas, producidas en el interjuego de interpretaciones subjetivas andamiadas en objetos materiales. Surge de esta afirmación, una experticia clínica, que como constructo bizarro, adquiere existencia en la escena clínica a partir de la acción y mediación de determinadas entidades semiótico-materiales, que en nuestro análisis son los psicofármacos. Esta afirmación comporta distintos efectos sobre el juicio clínico y sobre el rol que los psicofármacos desempeñan en las prácticas psiquiátricas. Señalaremos tres consideraciones o niveles del problema en cuestión.

El primer nivel, que hemos decidido llamar nivel formal, atiende al modo particular en que las entidades se vinculan en la elaboración de un JPD, poniendo en escena la materialidad de la clínica, y es concretamente lo que esta tesis viene a concluir. Un segundo nivel, que podríamos referir al contenido, abre una serie de interrogantes e indaga sobre los significados que los psicofármacos como dispositivos tecnológicos transportan a la clínica. Un tercer conjunto de ideas interroga sobre el concepto de objetividad en psiquiatría, no como un problema epistemológico, lo cual exigiría otro abordaje y un análisis de mayor rigurosidad, sino más bien como aquella modalidad pasible de ser adoptada por el juicio clínico, resultante de la utilización de sustancias psicofarmacológicas en los usos prácticos. Desarrollaremos estas ideas a continuación, articulando las reflexiones sobre objetividad con el primer punto. Las mismas más que conclusiones, pretenden ser reflexiones para la generación de nuevas discusiones.

En primer lugar, nuestra tesis pone de relieve la materialidad del artefacto llamado juicio clínico, experticia clínica o clínica, cuya promulgación, *enactment* o realización requiere de su articulación con las sustancias psicofarmacológicas para la producción de un diagnóstico o JPD como lo hemos precisado en esta tesis. Si como hemos intentado mostrar esto sucede en las prácticas, es decir si el psiquiatra a la hora de emitir un juicio diagnóstico se provee e incluye a las sustancias psicofarmacológicas como soportes del proceso, la clínica lejos está de ser un sistema de conocimiento científico abstracto situado entre la psicopatología clínica y la persona del psiquiatra. Más bien el ejercicio clínico es una práctica que hibrida no solamente conocimiento biomédico y psicopatológico, sino que fundamentalmente incluye para su producción a las sustancias psicofarmacológicas; en su materialidad misma y en sus significaciones, es decir, como dispositivos semiótico-materiales portadores de significados.

Claro está que los conocimientos en farmacología han integrado la formación del médico psiquiatra. Pero no es en ese nivel de un conocimiento incorporado en una experticia como entidad abstracta al que nos referimos cuando decimos que los psicofármacos actúan en la realización de un JPD. Aunque ese conocimiento forma parte del proceso de asignación de significados, es la práctica concreta, la cual mediante la combinación de entidades materiales y abstractas (como pueden ser las habilidades interpretativas) hace posible la puesta en acto o realización de un JPD.

Como hemos podido observar, la clínica como experticia que caracteriza al juicio psiquiátrico, no consiste en la producción inmaterial de un conocimiento específico surgido del cerebro de un psiquiatra. Su producción moviliza entidades materiales, las cuales articuladas a un modo particular de interpretar, definido a su vez por un marco científico altamente inestable, permiten la emergencia de un JPD. Sostener esta idea, sin embargo, no es menoscabar la experticia del clínico, ni soslayar la existencia de criterios descriptivos con pretensiones de objetividad, ni desconocer que en ocasiones la clínica prescindía de la materialidad de los psicofármacos para producirse. Simplemente es poner de manifiesto las asunciones que sustentan a la experticia clínica como conocimiento científico, es decir, las

teorías representacionales de la mente. Herederas del racionalismo cartesiano, consideran a los pensamientos, percepciones, creencias, deseos y otros fenómenos similares, como propiedades de una mente interna pensante. Desde esta concepción el conocimiento se formaría a través de representaciones y sensaciones, y se ubicaría en la mente del individuo, en este caso el psiquiatra clínico, el cual no necesitaría más que de su propio cuerpo para poner en acto su pensamiento, para actuar como sustancia pensante o “res cogitans”.

Sin embargo, como hemos podido apreciar en nuestro estudio de caso, un JPD es más el producto de la mediación de objetos materiales, cuya ambigüedad y funcionalidad sostienen al conocimiento científico en el que los psiquiatras basan su praxis, que de “pensamientos clínicos puros”. Los psicofármacos offician como puntos de anclaje que facilitan el trabajo de atribución de significados a un JPD, delimitando un marco para el desempeño del diálogo clínico. Su materialidad misma y la información contenida en ellos, acotan la multiplicidad de significados que la experiencia del paciente podría asumir en la interpretación que hace el clínico psiquiatra. Además definen un campo de posibilidades discretas, que de alguna manera han sido establecidas y validadas a través de los mecanismos científicos de la Medicina Basada en la Evidencia.

En este sentido, y sin proponérselo, claro está, aportarían una “dosis de objetividad” al campo de la subjetividad en el cual los diagnósticos se han llevado a cabo desde siempre, como han demostrado muchos investigadores¹. Pues el uso psicofarmacológico en los sets clínicos, actualiza un tipo de conocimiento que ha sido producido dentro del sistema de regulaciones que gobiernan a la objetividad en medicina. Como hemos comentado en otro lugar, algunos autores han descrito la forma particular de esta objetividad biomédica, denominándola objetividad regulatoria (Cambrosio et al., 2009). Esta forma de objetividad consensuada, que en nuestro caso llegaría a los espacios clínicos vía psicofármaco, delimita y constriñe un entorno para la asignación de significados. Que los psicofármacos

¹ La objetividad aquí, no sería más que una aproximación grosera al concepto, tal como puede ser entendida dentro del método experimental utilizado en ciencias naturales. Como hemos visto en el capítulo 2, el artificio del ensayo clínico aleatorizado mediante el cual se fabrican los psicofármacos, lejos está de producir datos científicos objetivos, en el sentido que el paradigma positivista da este concepto.

tengan múltiples usos no implica que su utilización sea completamente arbitraria. Al contrario, poseen indicaciones precisas para algunas situaciones que son incompatibles con otras. Es en este sentido que decimos que los psicofármacos como tecnologías biomédicas, movilizan y proponen un tipo de objetividad.

Pero en otras ocasiones su uso pone en funcionamiento una racionalidad distinta. Tomar decisiones sobre la prescripción de un determinado tratamiento farmacológico, cuya droga no ha probado eficacia clínica para la situación en que se la ofrece, pone de relieve un modo diferente de gestionar la objetividad y el conocimiento. Aquí las decisiones se basan en la propia experticia, cuya competencia faculta al clínico o clínica para discernir cuando un tratamiento es capaz de producir mayores beneficios que daños. La buena práctica clínica es un epíteto para designar la forma que puede adquirir el juicio clínico cuando no se sustenta en la evidencia. Esta específica manera de percibir e interpretar los fenómenos psíquicos, bien podría ser un *“trained judgment”* en el sentido que Daston & Galison (2007), dan a un tipo de juicio científico en el cual la experiencia es valorada. Pero en el caso de la psiquiatría, y debido tal vez a la inestabilidad de su conocimiento², este *“trained judgement”* debe necesariamente incorporar elementos propios de la subjetividad del/la psiquiatra para su definición. El hecho de que las adscripciones de insanidad, estén enraizadas en comprensiones culturales de sentido común, como ha demostrado Coulter (citado en Ingleby, 1982), crea un margen de discrecionalidad importante, donde las decisiones técnicas se articulan con significados personales acerca de lo que es normal y lo que no.

Bajo la expresión de “el mito de la objetividad” numerosos investigadores han planteado este problema en psiquiatría. Ingleby (1981), entre otros autores ha sido uno de ellos, mostrando además cuan inapropiada resulta la imposición del método científico de las ciencias naturales y su modo de producir la objetividad para la explicación de lo que en el ámbito de la psiquiatría han sido denominados trastornos. Nuestra tesis coincide con esos estudios pero además señala que más que falta de objetividad, lo que sucede en el campo de la psiquiatría, pone en escena la coexistencia de una pluralidad de lógicas y métodos

² La cual hace difícil que dos psiquiatras viendo un mismo paciente arriben a un mismo JPD.

operando conjuntamente en la gestión del juicio clínico. Algunas veces estas formas de hacer se vinculan con el método científico experimental, otras se aproximan a epistemologías subjetivistas como puede ser la fenomenología en sus distintas versiones³, pero siempre están atravesadas por las ideas propias del o la psiquiatra sobre lo que es un comportamiento normal que no requiere intervención médica, y un comportamiento patológico que la solicita y exige. El problema de la validez, si los psiquiatras detectan lo que afirman detectar, y el de la objetividad, como la posibilidad de llevar a cabo un juicio con independencia de la interpretación subjetiva, ponen de manifiesto la espinosa tarea de administrar y fundamentar los conocimientos psiquiátricos entre las convenciones sociales (Coulter, citado en Ingleby, 1981; Ingleby, 1981) y las producciones científicas.

Múltiples trabajos (DSMs, Psiquiatría Basada en la Evidencia) apuestan a que por fin un día la objetividad reinará también en el campo de la psiquiatría. Ni creemos que ello sucederá, ni queremos que así sea. El problema es más bien otro. La irreductible multiplicidad de las subjetividades humanas no puede ser comprendida bajo la estrechez del paradigma positivista. Ciertamente es que también en medicina el concepto de objetividad ha sido altamente controvertido. Pero la objetividad aquí es una modalidad del juicio clínico, es la forma de mirar, interpretar y hacer que por momentos asume el juicio clínico, y que como parte del mismo, se sostiene en una serie de entidades materiales (psicofármacos, guías clínicas que compendian los resultados de meta-análisis de ensayos clínicos, manuales, vademécums, etc.) actualizándose en acciones y prácticas concretas. Su uso retórico no tiene otra intención que legitimar una práctica política dentro del marco científico.

Nos preguntamos entonces, si seguir sosteniendo que la objetividad en psiquiatría es un mito, no es de alguna forma reivindicar el conocimiento producido objetivamente y vincular a la objetividad con la producción de verdad. La objetividad en psiquiatría es un

³ La fenomenología de Jaspers proponía una aproximación científica a la subjetividad, eliminando de las experiencias subjetivas los contextos culturales y personales que daban lugar a la misma. La forma de la experiencia era y es lo relevante en las aproximaciones psiquiátricas contemporáneas. A propósito se recomienda la obra de Bracken & Thomas (2009) donde los autores discuten las distintas tradiciones fenomenológicas proponiendo para el abordaje del sufrimiento psíquico o como ellos lo nombran (madness and distress) la recuperación de la fenomenología hermenéutica de Heidegger.

mito sí, pero el conocimiento objetivo puede que no sea más verdadero que el conocimiento surgido de la experiencia subjetiva de quien escucha voces y las interpreta. Surge aquí el problema foucaultino del poder y la producción de verdad. Si como señala Foucault (1978) el poder es constitutivo de verdades, ¿cómo sería posible producir verdades emergentes desde las líneas de resistencia que continuaran siendo resistencia y no ya verdades desde el poder biomédico? Y de ser esta una posibilidad viable, ¿qué oportunidades tendrían esas verdades, de producir narrativas que rivalicen con las verdades de la biopsiquiatría?

Por otro lado, cabe consignar que el problema de la objetividad en nuestro estudio no constituyó nunca el foco de interés. Es más bien una resultante de la observación del proceso de producción de un JPD, una interrogante derivada del mismo. En este sentido queda abierto un campo de exploración que lejos de agotarse con los estudios macro sociológicos reunidos bajo el slogan del “mito de la objetividad” en psiquiatría (Ingleby, 1981; Szasz, 1973; Coulter, 1973) y los estudios sociales realizados por Cambrosio y colaboradores, que han explorado la forma particular de la objetividad en biomedicina, la “objetividad regulatoria” (Cambrosio et al., 2006a; Cambrosio et al., 2006b; Cambrosio et al., 2009); reclama nuevas investigaciones. Sostener que la objetividad es “traída” y “enacted” en la clínica⁴, vía psicofármaco es apenas rozar una problemática compleja que requiere un abordaje epistemológico o de otra naturaleza. Este reconocimiento no nos impide formular algunas preguntas susceptibles de orientar futuras investigaciones. ¿Cómo es administrada la objetividad en las prácticas psiquiátricas?⁵ ¿Qué implicaciones concretas conlleva asumir que la psiquiatría es una disciplina científica donde la objetividad está involucrada de alguna forma? ¿Cómo direcciona el trabajo cotidiano de los y las psiquiatras dicha asunción? ¿Qué compromisos genera en sus prácticas cotidianas? Estas preguntas dirigidas hacia el abordaje de la objetividad en las prácticas concretas, no han sido objeto de interés en los trabajos mencionados orientados hacia reflexiones teóricas y/o políticas macro.

⁴ En este caso clínica tomada en su doble acepción de experticia y de espacio donde se lleva a cabo la misma.

⁵ Es una pregunta que no queda en absoluto respondida con la mera descripción que nosotras hacemos de un modo particular de participar de la misma en la realización de un JPD

Un segundo aspecto que nos gustaría destacar, estrechamente vinculado al punto anterior, refiere a los contenidos específicos que transportan los psicofármacos. Como hemos intentado explicar, la producción de un JPD es el resultado de operaciones de mediación y traducción donde los psicofármacos actúan como dispositivos tecnológicos portadores de significados. Ahora bien, ¿qué tipo de significados movilizan los psicofármacos hacia la clínica?

Prescribir un fármaco para una situación específica es vincular de un modo particular, el malestar o la dolencia con una sustancia. Es inscribir una experiencia de sufrimiento psíquico dentro de un marco explicativo donde la droga viene no sólo con el objetivo de producir algún beneficio, sino que la misma comporta la serie de valores e ideas asumidas por la psiquiatría biológica o biopsiquiatría. Tal como ha señalado Nikolas Rose (2007), al promediar la década de los '90 una nueva manera de pensar habría ocurrido en el pensamiento y la práctica psiquiátrica en gran parte de Occidente. En la misma las variaciones en el humor, en el pensamiento, en la conducta, se explican por el cerebro y su neuroquímica, y la fabricación y acción de los psicofármacos entrañan la promesa de actuar en el mismo sitio donde “la anomalía es producida” (Rose, 2007). En este sentido anudan en la ficción de especificidad, una patología subyacente y un psicofármaco actuante.

Sin embargo este modo de comprensión somático que basa sus explicaciones en la biología cerebral, asigna un lugar central a la gestión de la propia salud, y cede un espacio de credibilidad a la posibilidad de reforma voluntaria de los estados de ánimo mediante el uso psicofarmacológico, no se presenta en la clínica psiquiátrica analizada, tal como puede ser descrito en otras áreas de la biomedicina. Según lo observado, la incorporación de promesas en los psicofármacos como herramientas de actuación específica, no sólo no elimina la dolencia que pretende corregir, sino que la mayoría de las veces agrega una serie de efectos negativos o adversos sobre la salud de quien los consume. Como describimos líneas arriba su uso estaría determinado por una lógica pragmática más que por una racionalidad fundada en la neurobiología. Entonces pasado el entusiasmo inicial de los '90,

cuya retórica promovió y distribuyó en forma masiva los ISRS⁶ como “drogas limpias”, las explicaciones biológicas han mostrado su debilidad, y los fármacos sus reales limitaciones.

No obstante, esta situación no se ha correspondido en los hechos con un menor uso psicofarmacológico. Al contrario, una situación de soledad y preocupación, como observamos en nuestro estudio, es pasible de ser asignada como trastorno de ansiedad y a su vez como trastorno del estado de ánimo, recibiendo dos tratamientos medicamentosos. Pero este uso no da cuenta en absoluto de la certidumbre de las verdades biomédicas, ni de la aceptación incuestionada de las mismas por parte de expertos y legos, más bien subraya un modo de hacer.

Por consiguiente, lo que queremos expresar en este punto, recuperando la pregunta sobre los significados movilizados por las sustancias psicofarmacológicas, es que esta retórica explicativa, basada en la neuroquímica de los trastornos, es extremadamente insuficiente cuando se trata de abordar la complejidad del mundo de la subjetividad humana. En este momento es cuando los psiquiatras ceden un “cuarto intermedio” a otras narraciones, pudiendo escucharse entonces los sufrimientos y frustraciones de vidas marcadas por la historia. Vale la pena recordar aquí, a modo ilustrativo, un breve diálogo mantenido entre la residente en psiquiatría Irina y Eusebio (78 años), en donde aquella le preguntaba a éste sobre el primer recuerdo de su vida. Eusebio respondía:

E: Estaba solo, en la calle descalzo y llorando...

Psiqu: ¿Y sus padres dónde estaban?

E: No tengo padre, me ha negado. Mi madre estaba de criada y me hicieron a mí. Me criaron mi abuela y mi tía porque mi madre tenía que trabajar para mandar el dinero.

La clásica pregunta de primer y último recuerdo realizada frecuentemente en las entrevistas psiquiátricas con múltiples propósitos, abre aquí un espacio de inteligibilidad para comprender la situación de Eusebio en articulación no sólo con su historia individual, sino

6 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

con la historia social y política en la cual se desarrolló su niñez, en este caso la de la España franquista. Sin embargo la emergencia del universo histórico de las relaciones sociales en la clínica, es negado y clausurado con la intervención neuroquímica. La opción psicofarmacológica implica la decisión de afectar un nivel del problema, el de las existencias individuales en sus procesos biológicos. Los efectos de esta elección son múltiples y muchos de ellos desconocidos. A nivel del organismo, algunos de estos efectos tóxicos han sido probados. A nivel cerebral, nada puede saberse a ciencia cierta. Se observan determinados efectos que se correlacionan con hipótesis nunca confirmadas. Pero a nivel del comportamiento del individuo son claramente observables determinados efectos considerados como positivos. El silenciamiento del dolor y la inhibición de las funciones motoras se cuentan entre los efectos buscados y esperados. Es por esto que los psicofármacos funcionan. No porque hayan probado eficacia para el trastorno que dicen tratar, que por otro lado nunca ha mostrado su existencia neurobiológica, sino porque transforman una situación difícil y angustiante en una situación manejable.

Por tanto, utilizar un psicofármaco para resolver una descompensación anímica y/o del pensamiento, es transformar un problema político en un problema técnico. Su uso pone de relieve el ejercicio biopolítico que la psiquiatría por intermedio de los psicofármacos lleva a cabo. Ahora bien, este ejercicio biopolítico en sí da cuenta de mecanismos de regulación sobre un subconjunto de la población, pero poco dice del modo específico en el que los psicofármacos actúan en él, o de los significados que ellos movilizan para llevar a cabo el gobierno y autogobierno de usuarias y usuarios de servicios de psiquiatría. Según Rose (2007), los fármacos mismos conllevan ideas sobre lo que los seres humanos son o deberían ser, ofreciendo un abanico de posibilidades para la modificación voluntaria de las emociones, los procesos cognitivos y fenómenos similares. Tal como sostiene este autor, una ethopolítica biológica parecería caracterizar la forma de conducirnos respecto de nuestras responsabilidades somáticas en lo que llama sociedades liberales avanzadas (Rose, 2007).

En lo que respecta a la situación analizada, la sola encarnación de la promesa de los

psicofármacos de ajustar un comportamiento desviado o corregir anomalías, y toda la parafernalia biotecnológica, neuroquímica y biopsiquiátrica que la acompaña, no parece ser suficiente como para generar los niveles de autonomía que requiere el autogobierno de los individuos somáticos con los imperativos del buen gobierno como lo describe Rose (2007). No obstante, esta racionalidad también permea los espacios cerrados bajo la forma de proyecciones imaginarias hacia escenarios futuros de vida saludable en la comunidad. Como lo expresaba Micaela: “he llegado a la conclusión que soy esquizofrénica, tomando medicación podría llevar una vida normal”.

Sin embargo, el uso psicofarmacológico en el ámbito hospitalario, da cuenta más de mecanismos autoritarios, que no incorporan los deseos ni la voluntad de usuarias y usuarios en la toma de decisiones sobre el tratamiento que les está siendo administrado, que de participación activa responsable. Incluso muchas veces la mínima solicitud de información por parte de las usuarias sobre los fármacos que les estaban siendo administrados era recibida con desdén y fastidio por el equipo médico.

Por consiguiente, los psicofármacos en el ámbito hospitalario, actúan fundamentalmente como dispositivos disciplinarios sujetadores a la norma. Sin embargo, también es cierto que en ocasiones favorecen procesos electivos basados en la responsabilidad individual. Por tanto los psicofármacos materializan y movilizan regímenes de verdad que obedecen a lógicas de gobierno disímiles. Su flexibilidad interpretativa hace algunas veces posible la aproximación hacia el polo de gestión poblacional biopolítico, estableciendo las verdades médicas que el paciente necesita. En otras ocasiones funcionan como puntos de apoyo para generar y promover la responsabilidad somática de usuarias y usuarios en relación a la gestión de su propia salud. Así, en oportunidades los psicofármacos como objetos frontera movilizan expectativas ligadas a ideales de libertad y en otras actúan como herramientas de sujeción para controlar a quienes no pueden por sí mismos realizar su propio gobierno. Su polifuncionalidad en las diferentes fases y ámbitos de intervención de la psiquiatría, hace difícil una asignación previa de la serie de significados movilizados por ellos. Estos, más bien, pueden ser comprensibles a posteriori, es decir en las composiciones que pasan a

formar parte en las prácticas concretas. Su condición de objetos frontera, es su “virtud”, la que hace de los psicofármacos las herramientas imprescindibles de las prácticas biopsiquiátricas contemporáneas.

REFERENCIAS

Akrich, M.; Latour, B. (1992). A Summary of a Convenient Vocabulary for the Semiotics of Human and Nonhuman Assemblies. In W. E. Bijker & J. Law (Eds.), *Shaping technology/building society : studies in sociotechnical change*. Cambridge, Mass.: MIT Press. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1321351~S1*cat

Andrews, G. (2001). Placebo response in depression: Bane of research, boon to therapy. *The British Journal of Psychiatry*, 178(3), 192–194.

Antonuccio, D., Burns, D.; Danton, W. (2002). Antidepressants: a triumph of marketing over science? *Prevention & Treatment*, 5(1).

Basaglia, F. (1972). *La Institucion negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Barral.

Basaglia, F., & Carrino, L. (1975). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona: Barral.

Blanca Callén, Miquel Domènech, Daniel López, Israel Rodríguez Giralt, Tomás Sánchez-Criado, F. J. T. S. (2011). Diásporas y transiciones en la Teoría del Actor-Red. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento E Investigación Social*, 11(1), 3–13. doi:<http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v11n1.852>

Bloor, D. (1995). Wittgenstein y Mannheim sobre la sociología de las matemáticas. In A. Iranzo, Juan Manuel; Blanco, Rúben; González de la Fe, Teresa; Torres, Cristóbal; Cotillo (Ed.), *Sociología de la ciencia y la tecnología* (pp. 99–114). Madrid: CSIC.

Bourret, P. (2005). BRCA Patients and clinical collectives: new configurations of action in Cancer genetic practices. *Social Studies of Science*, 35(1), 51.

Bourret, P., Keating, P., & Cambrosio, A. (2011). Regulating diagnosis in post-genomic medicine: Re-aligning clinical judgment? *Sociology of Diagnosis*, 73(6), 816–824. doi:<http://dx.doi.org/are.uab.cat/10.1016/j.socscimed.2011.04.022>

Brain Initiative. (2015). Retrieved from <http://braininitiative.nih.gov/index.htm>

Callon, M. (1995). Algunos elementos para una sociología de la traducción: la domesticación de las vieiras y los pescadores de la bahía de St. Brieuc*. In A. Iranzo, Juan Manuel; Blanco, J Rubén; González de la Fe, Teresa; Torres, Cristóbal; Cotillo (Ed.), *Sociología de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Callon, M. (1998). El proceso de construcción de la sociedad. El estudio de la tecnología como herramienta para el análisis sociológico. In F. Doménech, M.; Tirado (Ed.), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia tecnología y sociedad* (pp. 143–170). Barcelona.

Callon, M. (2001). Cuatro modelos de dinámica de la ciencia. In A. Ibarra Unzueta & J. A. López Cerezo (Eds.), *Desafíos y tensiones actuales en ciencia, tecnología y sociedad*. Madrid : Biblioteca Nueva. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1600007~S1*cat

Callon, Michel; Lascoumes, P., & Yannick, B. (2009). *Acting in an uncertain world. An Essay On Technical Democracy* (Massachuse.). Massachusetts.

Cámara, G. de la. (2009). *Psiquiatría Basada en la Evidencia*. In M. A. Palomo, T.; Jiménez Arriero (Ed.), *Manual de Psiquiatría* (pp. 945–956). Madrid: Ene Publicidad.

Cambrosio, A., Keating, P., & Bourret, P. (2006). Objetividad regulatoria y sistemas de pruebas en medicina: El caso de la cancerología, *13(042)*, 135–152.

Cambrosio, A., Keating, P., & Mogoutov, A. (2008). Protocols regimens and substances: the socio-technical space of anti-cancer drugs. In J. P. Gaudillière & V. Hess (Eds.), *Ways of regulating: Therapeutic agents between laboratories, plants, consulting rooms* (pp. 175–205). Berlin: Max Planck-Institut für Wissenschaftsgeschichte.

Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., & Weisz, G. (2006). Regulatory objectivity and the generation and management of evidence in medicine. *Social Science Medicine*, *63(1)*, 189–199.

Cambrosio, A., Keating, P., Schlich, T., & Weisz, G. (2009). Biomedical conventions and regulatory objectivity: a few introductory remarks. *Social Studies of Science*, *39*, 651.

Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre la medicina*. Buenos Aires : Amorrortu. Retrieved from

http://cataleg.uab.cat/record=b1788464~S1*cat

Castel, R. (1980). El Orden Psiquiátrico :la edad de oro del alienismo. Madrid: Ediciones de La Piqueta.

Clarke Fosket, Fishman, Shim, M. (2010). Biomedicalization. (M. Clarke Fosket, Fishman, Shim, Ed.). United States of America: Duke University Press.

Conrad, P. (1992). Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.

Conti, N. (2012). Algunas reflexiones en torno a la corriente de la Psiquiatría Basada en Evidencias (PBE) y su impacto en la psiquiatría contemporánea. In *Epistemología y Psiquiatría* (pp. 13–21). Buenos Aires: Polemos.

Cooper, D. (1974). Psiquiatría y antipsiquiatría. Buenos Aires: Paidós.

Coulter, J. (1973). Approaches to insanity: A Philosophical & Sociological Study. New York: Halsted Press, John Wiley & Sons.

Daston, L., & Galison, P. (2007). Objectivity. New York: Zone. Retrieved from http://cataleg.ub.edu/record=b2025468~S1*cat

Deleuze, G. (2014). Foucault y el poder (Errata nat.). Madrid.

Dewey, J. (1916). Essays in experimental logic. Chicago : University of Chicago Press. Retrieved from http://cataleg.ub.edu/record=b1533987~S1*cat

Dewey, J. (1960). The Quest for certainty : a study of the relation of knowledge and action. New York : Putnam. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1389607~S1*cat

Dewey, J. (2000). La miseria de la epistemología (Biblioteca.). Madrid.

Dewey, J., & Gaos, J. (1948). La Experiencia y la naturaleza. México, D.F. [etc.] : Fondo de Cultura Económica. Retrieved from http://cataleg.ub.edu/record=b1391468~S1*cat

- Felski, R. (2015). Comparison, Translation, and Actor-Network Theory. Paper work
- Foucault, M. (1975). El Nacimiento de la clínica : una arqueología de la mirada médica. Teoría y crítica (Vol. 2a). Madrid: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1978). Historia de la sexualidad. Madrid: Siglo XXI. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1264243~S1*cat
- Foucault, M. (1999a). Estética, Ética y Hermenéutica. Barcelona [etc.]: Paidós. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1448204~S1*cat
- Foucault, M. (1999b). Estrategias de poder: obras esenciales, volumen II. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2003). Hay que defender la sociedad : curso del Collège de France (1975-1976). Madrid : Akal Ediciones. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1594784~S1*cat
- Foucault, M. (2007). El Poder psiquiátrico :curso del Collège de France : 1973-1974. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Freidson, E. (1978). La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado. Barcelona: Península.
- Fujimura, J. (1992). Crafting Science: Standardized Packages, Boundary Objects, and Translation. In A. Pickering (Ed.), Science as Practice and Culture (pp. 168–211). University of Chicago Press.
- Geertz, C. (1987). La interpretación de las culturas. México: Gedisa.
- Geertz, C., & Cardín Garay, A. (1989). El Antropólogo como autor. Barcelona [etc.]: Paidós. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1038703~S1*cat
- Gibbs, G. (2012). El Análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid : Morata. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1945364~S1*cat
- Goetz, J. P., & LeCompte, M. D. (1988). Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa.

Madrid : Morata. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1093654~S1*cat

Grau, M., Iñiguez Rueda, L., & Subirats, S. (2010). La perspectiva sociotécnica en el análisis de políticas públicas. *Psicología Política*, 41, 61–80.

Greimas, A. J. (1983). *La Semiótica del texto: ejercicios prácticos : análisis de un cuento de Maupassant*. Barcelona : Paidós. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1039274~S1*cat

Greimas, A. J., & Courtés, J. (1982). *Semiótica: diccionario razonado de la teoría del lenguaje*. Madrid : Gredos. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1039275~S1*cat

Guber, R. (2011). *La Etnografía : método, campo y reflexividad*. Buenos Aires [etc.] : Siglo Veintiuno Editores. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1551972~S1*cat

Guyatt, G.; Cairns, J.; Churchill, D. et al. E.-B. M. W. G. (1992). Evidence-Based Medicine: A New Approach to Teaching the Practice of Medicine. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 268(17), 2420–2425.

Habermas, J. (1989). *El Discurso filosófico de la modernidad : (doce lecciones)*. Madrid : Taurus. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1039568~S1*cat

Haraway, D. J., García Selgas, F. J., Arditi, J., Orr, J., & Talens, M. (1995). *Ciencia, cyborgs y mujeres : la reinención de la naturaleza*. València : Universitat de València. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1367428~S1*cat

Healy, D. (1997). *The Antidepressant Era*. Cambridge MA: Harvard University Press.

Healy, D. (1999). The Three Faces of the Antidepressants: A Critical Commentary on the Clinical-Economic Context of Diagnosis. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(3), 174–180.

Human Brain Project. (2015). Retrieved from <https://www.humanbrainproject.eu/>

Ibáñez Gracia, T., & Jiménez Domínguez, B. (2001). *Psicología social construccionista*. Guadalajara (México) : Universidad de Guadalajara. Retrieved from

http://cataleg.uab.cat/record=b1501220~S1*cat

Ingleby, D. (1981). Understanding “Mental Illness.” In D. Ingleby (Ed.), *Critical Psychiatry: The Politics of mental Health*. Harmondsworth: Penguin Books.

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748–751. doi:10.1176/appi.ajp.2010.09091379

Iranzo, J. M. (1995). *Sociología de la ciencia y la tecnología*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1389076~S1*cat

James, W. (1909). *The meaning of truth*. London: Longmans, Green and Co.

James, W., & Castillo, R. del. (2000). *Pragmatismo: un nuevo nombre para viejas formas de pensar*. Madrid: Alianza. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1666414~S1*cat

Jefferson, G. (1984). Jeffersonian Transcription Notation as described in Jefferson, Gail (1984). On the organization of laughter in talk about troubles. In J. M. Atkinson & J. Heritage (Eds.), *Structures of social action: studies in conversation analysis* (pp. 346–369). Cambridge [etc.]: Cambridge University Press [etc.]. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1000749~S1*cat

Jutel, A. (2009). Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Sociology of Health & Illness*, 31(2), 278–299. doi:10.1111/j.1467-9566.2008.01152.x

Keating, P., & Cambrosio, A. (2003). *Biomedical Platforms: Realigning the Normal and the Pathological in Late-Twentieth-Century Medicine*. Inside Technology. Cambridge: MIT Press.

Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *Plos Medicine*, 5(2).

Kirsch, I; Sapirstein, G. . (1998). Listening to Prozac but hearing placebo: a metaanalysis of antidepressant medication. *Prevention & Treatment*, 1(2).

Kirsch, Irving.; Deacon, Brett J.; Huedo-Medina, Tania B.; Scoboria, Alan; Moore, Thomas J.; Johnson, B. T. (2008). Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *Plos Medicine*, 5(2), 260–268.

Knoblauch, H. (2005). Focused Ethnography. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 6(3). Retrieved from <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/20>

Knorr-Cetina, K. (1981). *The Manufacture of knowledge: an essay on the constructivist and contextual nature of science*. Oxford [etc.]: Pergamon Press. Retrieved from http://cataleg.ub.edu/record=b1104734~S1*cat

Latour, B. (1998). La tecnología es la sociedad hecha para que dure. In M. Domènech & F. Tirado (Eds.), *Sociología simétrica. Ensayos sobre ciencia tecnología y sociedad* (pp. 109–142). Barcelona: Gedisa.

Latour, B. (1999). On recalling ANT. *The Sociological Review*, 47(S-1), 15–25. doi:10.1111/j.1467-954X.1999.tb03480.x

Latour, B. (2001). *La Esperanza de Pandora: Ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia*. Cla-De-Ma. Sociología. Barcelona: Gedisa.

Latour, B. (2004). *Politics of nature: how to bring the sciences into democracy*. Cambridge: Harvard University Press. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1732726~S1*cat

Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos: ensayo de antropología simétrica*. Buenos Aires: Siglo XXI. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1813714~S1*cat

Latour, B. (2008). *Reensamblar lo social: una introducción a la teoría del actor-red*. Buenos Aires: Manantial.

Latour, B. (2013). *Investigación sobre los modos de existencia (Paidós)*. Buenos Aires.

Latour, B., & Woolgar, S. (1995). *La Vida en el laboratorio: la construcción de los hechos científicos*. Madrid : Alianza Editorial. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1316144~S1*cat

Law, J. (1987). Technology and heterogeneous engineering: the case of the Portuguese expansion. In T. J. Bijker, W.; Hughes, T. P.; Pinch (Ed.), *The Social Construction of Technological Systems: new directions in the sociology and history of technology* (MIT Press.). Cambridge.

Law, J. (2004). *After Method: mess in social science research*. London: Routledge.

Law, J. (2007). Actor Network Theory and Material Semiotics, version of 25 the April 2007. Retrieved from <http://www.heterogeneities.net/publications/Law2007ANTandMaterialSemiotics.pdf>

Law, J. M. A. (1993). Notas sobre el materialismo. *Política Y Sociedad*, 14-15, 47–57.

Levin, Santiago; Nemirovsky, M. (2012). Controversias en torno al ensayo clínico controlado de psicofármacos. In *Epistemología y Psiquiatría* (pp. 160–189). Buenos Aires: Polemos.

Lynch, Michael; Livingston, Eric; Garfinkel, H. (1995). El orden temporal en el trabajo de laboratorio. In *Sociología de la ciencia y la tecnología* (pp. 163–186). Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Miller, C. A., Hooper, C. L., & Bakish, D. (1997). A comparison of patients with major depressive disorder recruited through newspaper advertising versus consultation referrals for clinical drug trials. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(1), 69–73. Retrieved from Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/212441622?accountid=15292>

Mol, A. (2002). *The body multiple: ontolgy in medical practice*. Durham, North Carolina: Duke University Press.

Moncrieff, J. (2010). Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*, 8(4), 370–382. doi:<http://dx.doi.org/10.1057/sth.2009.11>

Moncrieff, Joanna; Wessely, S.; Hardy, R. (1998). Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebo. *British Journal of Psychiatry*, 172, 227–231.

Orr, J. (2010). Biopsychiatry and the informatics of diagnosis. In A. Clarke, L. Mamo, J. Fosket, J. Fishman, & J. Shim (Eds.), *Biomedicalization* (Vol. 1a, p. 353). United States of America: Duke University Press.

Palomo, T; Jiménez-Arriero, M. A. (2009). *Manual de Psiquiatría*. (J. Fernández Liria, A.; Gómez Beneyto, M.; Vallejo Ruiloba, Ed.). Madrid: Grupo Ene Publicidad.

Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza Editorial.

Pérez Tamayo, R. (2011). *De la magia primitiva a la medicina moderna* (Fondo de C.). México D.F.

Pitts, J. (1968). Social control: the concept. In D. Sills (Ed.), *International Encyclopedia of Social Sciences* (Vol. vol 14). New York: Macmillan.

Riska, E. (2010). Gender and Medicalization and Biomedicalization Theories. In A. Clarke, L. Mamo, J. Fosket, J. Fishman, & J. Shim (Eds.), *Biomedicalization* (p. 147). Durham: Duke University Press.

Rose, N. (2007). *The politics of the life Itself Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First*. New Jersey: Princeton University Press.

Rose, Nikolas; O'Malley, Patrick; Valverde, M. (2006). Governmentality. *Annual Review of Law and Social Science*, 2, 83–104. doi:10.1146/annurev.lawsocsci.2.081805.105900

Rosenberg, C. (2003). What Is Disease? In Memory of Owsei Temkin. *Bulletin of the History of Medicine*, 77(3), 491–505.

Ruiz Olabuénaga, J. I. (2003). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao : Universidad de Deusto. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1624179~S1*cat

Sackett, D.; Rosenberg, W.; Gray, J.; Haynes, B.; Richardson, W. (1996). Evidence Base medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71–72.

Safer, D. (2002). Design and Reporting Modifications in Industry Sponsored Comparative Psychopharmacology Trials. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(9), 583–592.

Scull, A. (2013). *La locura. Una breve introducción* (Alianza Ed.). Madrid.

Star, S. L. (1991). The sociology of the invisible: the primacy of work in the writings of Anselm Strauss. In M. D. R. (Ed.), *Essays in honor of Anselm Strauss* (Aldine De., pp. 265–283). New York.

Star, S. L. (2010). This is Not a Boundary Object: Reflections on the Origin of a Concept. *Science, Technology & Human Values*, 35(5), 601.

Star, S. L., & Griesemer, J. R. (1989). Institutional Ecology, “Translations” and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley’s Museum of Vertebrate Zoology, 1907-39. *Social Studies of Science*, 19(3), 387–420. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/285080>

Strauss, A. (1993). *Continual permutations of actions*. New York: Aldine de Gruyter.

Strauss, A. L., & Corbin, J. (1997). *Grounded theory in practice*. Thousand Oaks [Calif.] [etc.]: Sage. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1684020~S1*cat

Szasz, T. S. (1973). *El Mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires : Amorrertu. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1125446~S1*cat

Tesnière, L., & Fourquet, J. (1959). *Éléments de syntaxe structurale*. Paris : Klincksieck. Retrieved from http://cataleg.uab.cat/record=b1126069~S1*cat

Thomas, Philip; Bracken, P. T. S. (2012). The Limits of Evidence-Based Medicine in Psychiatry. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 19(4), 295–308. Retrieved from Web. 29 Aug. 2015. <<https://muse.jhu.edu/>>.

Tirado Serrano, Francisco; Domènech i Argemí, M. (2005). Asociaciones heterogéneas y actantes: el giro postsocial de la teoría del actor-red. *AIBR Revista de Antropología Iberoamericana*, Nov-Dic, 1–26.

- Trompette, P., & Vinck, D. (2009). Regreso sobre la noción de objeto frontera. *Revue D 'anthropologie Des Connaissances*, 3(1), 4–26.
- Turner, E. H., & Rosenthal, R. (2008). Efficacy of antidepressants. *British Medical Journal*, 336(7643), 516–517. doi:10.1136/bmj.39510.531597.80
- Valles, M. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Velasco, H. M., & Díaz de Rada, A. (1997). *La Lógica de la investigación etnográfica: un modelo de trabajo para etnógrafos de la escuela*. Valladolid: Trotta.
- Wenger, E. (2000). Communities of practice and Social Learning Systems. *Organization*, 7(2), 225–246.
- Zimmerman, M., Mattia, J. I., & Posternak, M. A. (2002). Are subjects in pharmacological treatment trials of depression representative of patients in routine clinical practice? *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 469–473.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, 20(4), 487–504. doi:10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x

ANEXOS

Biopsiquiatría vs. Postpsiquiatría: debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica

Carolina Geneyro Saldombide
Universidad Autónoma de Barcelona
Departamento de Psicología Social
Edificio B 08193 Bellaterra
silviacarolina.geneyro@uab.cat

Francisco Tirado Serrano
Universidad Autónoma de Barcelona
Departamento de Psicología Social
Edificio B 08193 Bellaterra
franciscojavier.tirado@uab.cat

Biopsiquiatría vs. Postpsiquiatría: debates entre la explicación neurobiológica y la comprensión hermenéutica⁷

Resumen:

El presente artículo pone en discusión dos enfoques de la psiquiatría contemporánea, que sostienen importantes diferencias desde el punto de vista epistemológico: la biopsiquiatría o psiquiatría biológica y la postpsiquiatría. Desde una perspectiva crítica en psiquiatría que reconoce como influencia principal los trabajos de Michel Foucault sobre la medicina, la psiquiatría y la locura, analizamos fragmentos de proyectos u organismos líderes representantes de la psiquiatría biológica mainstream. Seleccionamos para tal fin, declaraciones del National Institute of Mental Health (NIMH), perteneciente al National Institutes of Health (NIH); y de los dos principales proyectos que se están llevando a cabo para el estudio del cerebro: Human Brain Project (HBP) y Brain, pertenecientes a la Unión Europea y al gobierno de los Estados Unidos respectivamente. Luego introducimos al lector en la propuesta de la postpsiquiatría. Finalmente, presentamos en forma breve, una reseña de la hermenéutica y su revalorización desde la perspectiva postpsiquiátrica, en la comprensión de la experiencia de la enfermedad mental.

Palabras clave: Biopsiquiatría, Postpsiquiatría, Hermenéutica

Biopsychiatry vs Postpsychiatry: debates between neurobiological explanation and hermeneutical comprehension

Abstract:

Two paradigms of the contemporary psychiatry which maintain important differences from an epistemological point of view are discussed: biopsychiatry or biological psychiatry and postpsychiatry. From a critical perspective in psychiatry, mainly influenced by Michel Foucault's work in medicine, psychiatry and madness, we consider statements of a leading organization and two projects that take part in the mainstream biological psychiatry. Namely we examine announcements of the National Institute of Mental Health (NIMH), belonging to the National Institutes of Health (NIH); and statements from the most important projects for the brain study: "Human Brain Project" (HBP) and "Brain", developed by the European Union and the United States government respectively. Then we present the postpsychiatry proposal. Finally, we briefly describe hermeneutics and the retrieval of the postpsychiatry perspective in the mental illness comprehension.

⁷ Este trabajo ha estado realizado en el marco del Programa de Doctorado en "Persona y Sociedad en el Mundo Contemporáneo" de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Key words: Biopsychiatry, Postpsychiatry, Hermeneutics

I believe we can gain more understanding of mental distress
from Shakespeare and Dostoevsky than from
the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manuals.
(Thomas Szasz, 2010:230)

Introducción

El diagnóstico en psiquiatría ha sido una instancia problemática desde los comienzos de la disciplina misma. Pues el uso del concepto de diagnóstico en psiquiatría establece una equivalencia entre la clasificación psiquiátrica y el diagnóstico médico, llevando implícita la asunción que los problemas psiquiátricos son causados por una disfunción corporal (Moncrieff, 2010). Y como es sabido, hasta el momento no ha sido posible validar ninguna de las hipótesis que sostienen el origen biológico de los trastornos mentales.

Grandes esfuerzos fueron realizados para identificar el correlato biológico de la patología mental, ya desde Griesinger, fundador de la psiquiatría alemana en la primera mitad del s. XIX. Partiendo del postulado de que toda enfermedad mental era una enfermedad cerebral, desarrolló una metodología de investigación científica, vinculando a la clínica universitaria y a los laboratorios en una nueva aproximación médica de la locura (Scull, 2013). Esta propuesta trajo como correlato el posicionamiento de la investigación básica sobre la patología cerebral como el núcleo de la nueva disciplina científica. Los resultados de este enfoque consolidaron la posición de la psiquiatría entre las subdisciplinas médicas.

No obstante los desarrollos posteriores de la psiquiatría alemana de Kraepelin y luego Bleuler, los trabajos de Freud y de la psiquiatría francesa e inglesa, no fue posible establecer por ninguna de las diferentes escuelas o corrientes de la psiquiatría de finales del s XIX y comienzos del s. XX, la vinculación del diagnóstico clínico con su correlato anatomopatológico. Como consecuencia de esta particularidad, las clasificaciones en psiquiatría han estado siempre basadas en criterios descriptivos: clínicos, basados en síntomas o síndromes, y patocrónicos basados en la evolución (Stagnaro, 2012).

Un siglo más tarde y teniendo en cuenta el enorme desarrollo en investigación en ciencias

biológicas, especialmente en genética y neurociencias, sigue sin haber acuerdo sobre la etiología física de los trastornos mentales. En términos generales, el nuevo dominio de la biomedicina, entendido como las transformaciones en las prácticas médicas, debidas fundamentalmente a los desarrollos de las biociencias (biofísica, bioquímica, biología molecular, genómica, etc.) y su tecnocientifización, no ha aportado mayores beneficios. Más bien ha generado el nicho para la reformulación del problema de la etiología psiquiátrica y su diagnóstico en clave biomédica, estableciendo asimismo la dirección de la investigación científica.

Numerosos estudios dan cuenta como desde el punto de vista neurobiológico la esquizofrenia es el síndrome más estudiado (Molina, 2012). Algunas de estas investigaciones señalan un menor volumen de pequeñas estructuras cerebrales, pero estas alteraciones de pequeñas magnitudes también se observan en sujetos normales (Molina, 2012).

Diversos estudios sobre el tamaño del hipocampo basados en las funciones que el mismo desempeña⁸, llevaron a los investigadores a suponer la posibilidad de encontrar un marcador biológico para la esquizofrenia (Gloor, 1997; citado en Molina, 2012). Pero estudios metaanálisis de las diferencias de volumen del hipocampo entre pacientes con esquizofrenia y controles demostraron una diferencia tan poco significativa, que hicieron descartar la hipótesis (Molina, 2012).

Asimismo investigaciones similares que apuntaban a obtener explicaciones biológicas para la depresión o el estrés post-traumático, no pudieron verificar sus hipótesis (Sheline, et al., 1996; Lucassen et al., 2001, citados en Molina, 2012). Tal como sostienen Philip et al. (2005) basados en los estudios llevados a cabo por Andreasen & Black (2001), muchas regiones candidatas del cerebro han sido estudiadas (para la esquizofrenia) pero nada ha sido confirmado.

Sin embargo, la falta de resultados positivos en las investigaciones, no ha detenido el proceso de profundización del modelo médico en psiquiatría. Al contrario, la publicación del DSM III da cuenta de este giro biológico, y del ingreso de la psiquiatría en el prestigioso sistema biomédico (Horowitz, 2002, citado en Clarke et al., 2010). Las ediciones posteriores de este manual, mantienen la tendencia, dejando un margen para la aceptación de otras posibles causas además de las biológicas. El DSM V explícitamente reconoce en su prefacio:

⁸ El hipocampo se relaciona con la memoria, con la valoración entre medio interno y externo, interviene en la regulación del afecto, la agresión y la autoconservación.

Since a complete description of the underlying pathological processes is not possible for most mental disorders, it is important to emphasize that the current diagnostic criteria are the best available description of how mental disorders are expressed and can be recognized by trained clinicians (DSM V, 2013:xli).

Teniendo en cuenta el panorama hegemónico de la psiquiatría biológica actual o biopsiquiatría, nos proponemos analizar algunos textos representativos de este paradigma, desde una perspectiva crítica en psiquiatría de tradición foucaultiana. La importancia de los trabajos de Foucault en el dominio de la psiquiatría y de la locura, han propiciado el surgimiento de nuevos modos de pensamiento y nuevas prácticas para el abordaje del sufrimiento mental. Brevemente comentamos tres conjuntos de ideas que vertebran lo que se conoce en psiquiatría como perspectiva crítica de tradición foucaultiana.

En primer lugar las investigaciones de Foucault exponen como la psiquiatría no proviene ni surge al amparo del conocimiento médico aplicado a la locura. La psiquiatría es más bien el resultado de prácticas de exclusión social y de la aplicación de un régimen disciplinario a quienes, debido a su ausencia de razón, no podían inscribirse positivamente en el régimen de producción del capitalismo industrial creciente (Foucault, 1999). Otra contribución fundamental es su teoría del poder. En este segundo eje profundiza y reformula aquel primer acercamiento a la temática del poder, estableciendo que los saberes, los enunciados se encuentran siempre en relación con las relaciones poder y se articulan y derivan de éstas (Foucault, 1991). El poder no solamente reprime, prohíbe y excluye sino también produce discursos, saberes y prácticas, “juegos de verdad” que vienen a designar y legitimar lo que es considerado verdadero o falso, normal o patológico por determinada formación histórica (Foucault, 1991). Por último la producción de subjetividad como una derivada del poder y del saber, pero que sin embargo se diferencia de ellos (Deleuze, 1987). La producción de subjetividad entendida como un proceso de plegamiento del afuera en el adentro. Como una resultante de procesos de codificación y diagramación del poder sobre el sujeto; y del apego y reconocimiento de la propia identidad, facilitado por el andamiaje de técnicas que suministran las ciencias humanas en la constitución de los saberes sobre los sujetos (Deleuze, 1987).

Hemos escogido para el análisis declaraciones de los dos proyectos más importantes llevados a cabo para el estudio del cerebro en la historia de la humanidad. Los mismos constituyen inversiones millonarias de la talla del proyecto Genoma Humano para el desarrollo de investigaciones basadas

en el cerebro. El Human Brain Project (HBP) pertenece a la Unión Europea y el Brain es una producción fundamentalmente de la gestión del presidente Obama, nombre con el cual también se designa al proyecto en cuestión. Asimismo consideramos interesante incluir algunas de las declaraciones del National Institute of Mental Health (NIMH), perteneciente al National Institutes of Health (NIH) organismo del gobierno de los Estados Unidos, por la repercusión y el impacto que tienen sus decisiones científicas, en materia de políticas de salud mental a nivel del mundo occidental. Hemos seleccionado aquellos enunciados que referían al dominio de la psiquiatría, atendiendo especialmente a las entradas del término diagnóstico y a los pronunciamientos explícitos en cuanto a la etiología y a las posibilidades terapéuticas. Luego introducimos al lector en la propuesta de la postpsiquiatría, para finalmente presentar en forma breve una reseña de la hermenéutica y su revalorización en la comprensión de la experiencia de la enfermedad mental.

Psiquiatría biológica: nuevas ilusiones para viejos problemas

Con el término biomedicina han sido designadas las transformaciones en las prácticas médicas ocurridas en el último cuarto del siglo XX como resultado fundamentalmente de la profundización del enfoque biológico y del desarrollo de las tecnociencias. La importancia de estos cambios han sido analizados en numerosos estudios, focalizando los investigadores en diversos aspectos de las modificaciones señaladas. Desde la sociología médica, algunas autoras comprenden las transformaciones biomédicas dentro del dominio mayor que llaman biomedicalización. La biomedicalización sería el concepto heredero de la medicalización que algunos autores atribuyen a Zola (Riska, 2010). Tal como fue descripta por Zola (1972) en su famoso ensayo "*Medicine as a institution of social control*" la medicalización fue comprendida como un proceso insidioso de extensión de los saberes y poderes médicos a situaciones de la vida diaria, buscando soluciones técnicas para problemas sociales (Zola, 1972). Así para Clarke et al. (2010), las transformaciones biomédicas constituyen un aspecto de un proceso más amplio de transformaciones sociales, políticas y económicas ocurridas a finales del s.XX, que las autoras han caracterizado como biomedicalización.

Otros investigadores centran sus análisis en describir los cambios acontecidos en el dominio interno de la medicina. Dentro de esta perspectiva Cambrosio, Keating y Bourret (2006) sostienen que dos elementos caracterizan la emergencia de la biomedicina: el papel de la regulación que incorpora un nuevo tipo de objetividad, y la transformación de los colectivos que producen los saberes y realizan

las prácticas. Más allá de las diferencias, ambos enfoques acuerdan en que la medicina ha experimentado un giro biológico, siendo las biociencias las encargadas de producir el conocimiento a partir del cual se comprenden las enfermedades.

En el campo de la psiquiatría la adopción de este nuevo modelo biomédico ha sido denominado biopsiquiatría o psiquiatría biológica o biomédica. El término biopsiquiatría ha sido acuñado por Jackie Orr (2010) para señalar la legitimación de las prácticas psiquiátricas contemporáneas de diagnóstico y tratamiento a través del modelo biomédico. Como señalan Philip et al., 2005 la psiquiatría biomédica, basando sus conocimientos en el uso de la ciencia y la tecnología, apunta al desarrollo de explicaciones causales para los problemas de angustia y psicosis, entendidos en términos de categorías de enfermedades. Desde una epistemología positivista la biopsiquiatría utiliza los métodos de las ciencias naturales para la explicación de la experiencia humana. El positivismo en psiquiatría parte de dos asunciones básicas: que las observaciones pueden ser hechas objetivamente, y que las teorías en psiquiatría pueden ser construídas bajo el principio del determinismo causal (Thomas & Bracken, 2004). Así lo atestiguan las declaraciones de los proyectos más importantes en la temática de los trastornos⁹ o enfermedades mentales. Como veremos a continuación la misión del RdoC (Research Domain Criteria), un proyecto del NIMH¹⁰ fue crear un marco para la investigación en fisiopatología, especialmente en genómica y neurociencias, que revelarían hallazgos sobre los cuales se soportarían los nuevos proyectos de clasificación.

RDoC attempts to bring the power of modern research approaches in genetics, neuroscience, and behavioral science to the problems of mental illness, studied independently from the classification systems by which patients are currently grouped. (Extraído del sitio oficial del RDoC <http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>)

“NIMH views RdoC as the beginning of a transformative effort that needs to succeed over the next decade and beyond to implement neuroscience-based psychiatric classification” (Insel et al., 2010: 750)

La aspiración de la psiquiatría de conceptualizar en los mismos términos los diagnósticos

9 En psiquiatría acostumbran a denominar trastornos mentales en lugar de enfermedades mentales, debido al desconocimiento de su causa.

10 National Institute of Mental Health

psiquiátricos como diagnósticos médicos, ha sido renovada en el marco del paradigma biomédico. El desarrollo de la investigación en ciencias biológicas y el avance de la tecnología ponen nuevamente en escena las promesas de la ilustración. Se espera que las investigaciones en neurociencias, en un plazo de 10 años arrojen resultados tan importantes como la identificación de un biomarcador para la esquizofrenia. Como podemos apreciar en el siguiente argumento del proyecto Human Brain:

The goal of the ten-year Brain/MINDS (Brain Mapping by Integrated Neurotechnologies for Disease Studies) project is to map the primate brain to accelerate understanding of human disorders such as Alzheimer's disease and schizophrenia. Central to the Brain/MINDS effort is the creation of transgenic marmosets to elucidate cognitive function and as models of human brain disease. <https://www.humanbrainproject.eu/-/japan-s-brain-mapping-effort-will-use-monkeys-to-study-human-neural-and-mental-disorders?inheritRedirect=true>

Asimismo estas investigaciones redefinirían el actual campo de la nosología psiquiátrica aportando nuevas clasificaciones basadas en criterios biológicos. Tal como sostiene la siguiente declaración:

From a medical point of view, the HBP¹¹ offers a paradigm shift from symptom and syndrome-based classifications of brain diseases to a new understanding grounded in biology. New classifications of disease would make it possible to diagnose brain diseases at an early stage, to develop personalised treatments, and to improve chances of recovery. Many neurological and mental disorders, such as schizophrenia and Alzheimer's disease, are progressive and can cause irreversible damage before they are diagnosed. In these cases, even relatively minor improvements in early diagnosis and treatment would have a huge impact on healthcare costs and on the wellbeing of patients and their families. <https://www.humanbrainproject.eu/hbp-impact>

Pero más allá de las expectativas y de las declaraciones de intención, el giro biológico operado por la psiquiatría no ha significado mayores beneficios. Los resultados que hasta el momento han

11 Human Brain Project

aportado algunas investigaciones psiquiátricas basadas en biología molecular, no han allanado el problema de la definición de un diagnóstico. Al contrario, han generado mayores complicaciones a las ya existentes. Así lo muestran los trabajos de Rabeharisoa & Bourret en el estudio genético del cáncer y del autismo (2009). Los avances en la investigación genética en algunos tipos de cáncer y de autismo, han abierto nuevas controversias sobre las respectivas entidades nosológicas. Los hallazgos en la identificación de mutaciones genéticas no se corresponden completamente con el cuadro clínico, llevando en los hechos a la utilización de dos tipos de criterios: los clínicos y los moleculares (Rabeharisoa & Bourret, 2009). Debido a la investigación que mostró que ciertos perfiles clínicos que eran considerados como formas atípicas de autismo pasaron a ser síndromes genéticos, como el síndrome X frágil, los especialistas ahora creen que muchos síndromes genéticos podrían estar asociados al autismo (Jamain et al., 2003, citado en Rabeharisoa & Bourret, 2009). Las autoras comentan como en su trabajo de campo un psiquiatra genetista de la Foundation de France mencionó la existencia de 150 síndromes de este tipo (Rabeharisoa & Bourret, 2009). Estos datos generan nuevas discusiones sobre la “realidad” de la entidad patológica, pero por sí solos tampoco permiten diagnosticar un cuadro de autismo.

Sin embargo, y a pesar de no haber podido validar ninguna de las hipótesis sobre las que se soportan las explicaciones biomédicas, el solo cuestionamiento de la misma constituye un acto de irreverencia propio de un *outsider* o como sostienen Bracken & Phillip : “*It is now almost heretical to question this paradigm*”(2001:725). Los grandes proyectos de investigación, encargados de producir el conocimiento científico en relación a las enfermedades de la psiquiatría y de la neurología, y que en el transcurso de una década apuestan a profundas transformaciones, tal como lo expresan en sus declaraciones, se alinean exclusivamente dentro del paradigma biomédico. Así lo podemos ver en el Plan Estratégico de Investigación del NIMH, en su objetivo N° 2:

**Strategic Objective 2: Chart Mental Illness Trajectories To Determine
When, Where, and How to Intervene**

NIMH recognizes that manifest mental illnesses are likely the late signs of changes in brain circuits and disruptions in behavior and cognition that began years earlier. These early abnormalities may influence the course of subsequent brain and behavioral development and establish a trajectory of mental illness. The opportunity to identify individuals at highest risk early in the disease trajectory, and to intervene at the earliest possible time promises to potentially preempt illness onset and minimize the overall

burden of illness. To improve and enhance our understanding of the progression of mental illnesses and thereby set the stage for preemptive interventions and personalized outcome prediction, NIMH aims to develop a comprehensive picture of typical and atypical brain and behavioral development, across the lifespan and in diverse populations. At the same time, the Institute aims to identify valid biomarkers and behavioral indicators that can tell us who is at risk, when development is going awry, or when an intervention can effectively restore function.

<http://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/index.shtml>

En la base de este planteamiento observamos el legado de la filosofía cartesiana, que estableció de forma clara y distinta dos espacios diferenciados: el mundo interior y el mundo exterior. El alma cuya sede se asentaba en alguna región del cerebro, constituía el espacio donde se encontraban los pensamientos, las emociones, las creencias e intenciones, etc.. Actualmente la psiquiatría mainstream continúa funcionando bajo este paradigma localizando (siempre en el terreno de la hipótesis) en los circuitos cerebrales las denominadas alteraciones mentales. Asimismo y en articulación con los postulados cartesianos, surge la idea de sujeto como una producción moderna. Un modo de relación del sujeto consigo mismo, que Hegel denominó subjetividad, caracteriza a la Modernidad (Habermas, 1993). Esta separación del alma como una sustancia o cosa y la noción de subjetividad como instancia individual han tenido y continúan teniendo como podemos apreciar importantes repercusiones en la medicina y en la psiquiatría particularmente (Thomas et al., 2012). Los trastornos mentales son definidos, tal como establece el texto arriba citado del NIMH, en términos de experiencias individuales anormales que podrían influir el curso subsecuente del desarrollo del cerebro y del comportamiento estableciendo la trayectoria de la enfermedad. La consecuencia más importante de este enfoque es la concepción de los problemas mentales o de la locura como una cuestión interna del sujeto individual (Bracken & Thomas, 2001). En este marco las intervenciones técnicas sobre los cuerpos de los individuos adquieren pleno sentido. Las alteraciones mentales como disfunciones neurobiológicas que pueden ser tratadas con psicofármacos, constituyen las explicaciones emergentes del proyecto de la Modernidad basado en la razón y el sujeto individual. Como observamos a continuación:

Impact

The Human Brain Project is accelerating progress toward a multi-level understanding of the human brain, better diagnosis and treatment of brain

diseases, and brain-inspired Information and Communications Technologies (ICT). The potential impacts of these advancements on science, medicine, industry and society are profound. <https://www.humanbrainproject.eu/>

Mission

Understanding the human brain is one of the greatest challenges facing 21st century science. If we can rise to it, we can gain profound insights into what makes us human, build revolutionary computing technologies and develop new treatments for brain disorders. Today, for the first time, modern ICT has brought these goals within reach. <https://www.humanbrainproject.eu/>

La misión del HBP promete alcanzar a través de las investigaciones en el cerebro comprensiones tales como “lo que nos hace humanos”. Estas expectativas mesiánicas resuenan con aquellas que el proyecto Genoma Humano no pudo satisfacer. Sin embargo, desde una perspectiva histórica, la situación se percibe como una y la misma repetición circular de iguales pensamientos e ideas articuladas en las explicaciones biológicas, neurobiológicas y ahora genómicas. La esperanza siempre renovada de que la psiquiatría tendrá un sistema diagnóstico basado en etiología y fisiopatología vuelve una y otra vez como el eterno retorno de lo mismo.

A partir de los estudios críticos de Foucault en medicina y psiquiatría, podemos cuestionar estos enfoques que reducen la complejidad de la vida afectiva e intelectual de humanas y humanos a posibles variaciones de neurotransmisores. Los aportes de Foucault de ningún modo buscaron establecerse como nuevas verdades. Al contrario, en sus trabajos, profundamente conciente de la relación de poder que establece todo conocimiento, da cuenta de la lucha permanente por no convertir sus análisis en nuevas verdades.

Su perspectiva crítica propone un trabajo de investigación histórica para desprendernos de lo que se acepta como verdadero, buscando la modificación de los marcos de pensamiento y de valores que los sostienen (Foucault, 1999). Su ethos filosófico consiste en una actitud crítica que no legitima lo que se sabe sino que busca saber cómo y hasta dónde sería posible pensar de otra manera. Una crítica que no es trascendental (que no busca estructuras universales de conocimiento), que no pretende convertir la metafísica en ciencia, sino que “busca relanzar tan lejos y ampliamente como sea posible el trabajo indefinido de la libertad” (Foucault, 1999:348).

Postpsiquiatría

Perteneciente al movimiento de la psiquiatría crítica, la postpsiquiatría establece como principal postulado el cuestionamiento de la psiquiatría como proyecto de la modernidad. Según Philip Thomas & Patrick Bracken, dos de los impulsores más reconocidos de este nuevo enfoque crítico, el valor de la razón y el desarrollo del concepto de individuo, signaron el curso de los siguientes 200 años de la psiquiatría, dando por sentado que todos los esfuerzos eran hechos en favor de los individuos (2004). Tal como relatan los defensores de este nuevo giro dentro de la psiquiatría crítica, el término “Postpsiquiatría” surgió de un cuestionamiento de un usuario de los servicios en donde Bracken & Thomas llevan a cabo un proyecto de atención psiquiátrica en la localidad de Bradford. Los autores plantean que la Postpsiquiatría no es un nuevo modelo para competir con la psiquiatría biomédica o social, sino la posibilidad de desarrollar nuevas perspectivas dentro de la psiquiatría que permitan ir más allá de las te usuarios de servicios tales como: Survivors Speak Out, The National Self-Harm Network, the Hearing Voices Network, Mad Pride and Mad Women (Bracken & Thomas, 2004). Estos grupos rechazan las explicaciones biomédicas de sus experiencias y buscan nuevos modelos explicatorios. La postpsiquiatría problematiza la posición de poder de la psiquiatría atendiendo especialmente a la dimensión coercitiva de la disciplina (Bracken & Thomas, 2001). La asunción de estos principios tiene consecuencias prácticas y teóricas. A nivel práctico la postpsiquiatría trabaja con los movimientos de usuarios en la búsqueda de nuevas comprensiones del sufrimiento mental, valorando los significados atribuidos en la experiencia de enfermedad dentro del contexto de la vida de la persona y sus circunstancias. En este punto la postpsiquiatría recupera la tradición hermenéutica, introduciendo las realidades sociales, políticas y culturales en el centro de las comprensiones de la locura. Este enfoque se distancia de los modelos cartesianos inspirándose en aquellos desarrollados por Wittgenstein y Heidegger (Bracken & Thomas, 2001). Reconocen además los aportes de Vigotsky en sus aproximaciones teóricas al trauma y a la experiencia de escuchar voces (Davies et al., 1999; Thomas et al., 2004). No niegan la importancia de la perspectiva biológica, pero rechazan el privilegio de este paradigma que busca explicaciones científicas de la experiencia de enfermedad en términos de procesos internos, ubicados en las profundidades de la mente (Thomas et al., 2005). La importancia asignada por la postpsiquiatría al mundo de los significados y a la interpretación dada en la comprensión de la experiencia de enfermedad, hacen de la hermenéutica una herramienta clave en este abordaje.

La comprensión hermenéutica

La hermenéutica o arte de la interpretación es una disciplina antigua ligada en sus orígenes a la interpretación de textos religiosos, legales o literarios. En el siglo XIX fue recuperada la tradición hermenéutica a través de los trabajos del teólogo Schleiermacher y de la filosofía de Dilthey. Estos autores ampliaron el alcance de la hermenéutica transformándola en una reflexión filosófica sobre dos hechos fundamentales de la existencia humana: vivir en un mundo de lenguaje y ser parte de las tradiciones de nuestra cultura (Kusch, 2002). Heidegger profundizó estas ideas estableciendo que el modo en que nosotros vemos el orís del s. XX (Thomas & Bracken, 2004). El movimiento se origina en el encuentro de una psiquiatría crítica junto al trabajo de los grupos demundo es posibilitado y constreñido por el lenguaje y las tradiciones culturales (Kusch, 2002).

Jaspers, uno de los principales psiquiatras del siglo XX, aportó un nuevo método de estudio de la patología mental basado en los presupuestos filosóficos de la fenomenología de Husserl. En su Psicopatología General articuló empíricamente dos modos de acercamiento a los estados subjetivos de los pacientes: el modo explicativo y el comprensivo. Con una fuerte influencia de las “Meditaciones cartesianas” de Husserl, su método implicó una puesta entre paréntesis de las influencias ambientales y una intensificación del exámen de la conciencia de los procesos internos, llevando a la comprensión de la mente como interna y separada del mundo (Bracken & Thomas, 2001). Su influencia se extiende hasta nuestros días. La psiquiatría, como hemos podido apreciar, continúa separando los fenómenos mentales de los contextos en los cuales surgen y concibiendo a los trastornos mentales en términos de experiencias individuales.

Gadamer, alumno de Heidegger, desarrolló una nueva perspectiva hermenéutica, criticando las tradiciones de Schleiermacher y Dilthey por su visión objetivista de la hermenéutica (Schutz, 2002). Para Gadamer la comprensión de un texto no depende de la aplicación de un método objetivo sino de la apertura al mensaje del texto mismo. La hermenéutica es el arte del entendimiento, basada en el diálogo siempre abierto. La comprensión lleva implícita el proceso de consideración y reconsideración de los pensamientos de los otros aunque no se esté de acuerdo con ellos (Aguilar, 2004). En este sentido la comprensión es siempre provisional. Este carácter provisorio de la comprensión y de la existencia humana, contrasta con la pretensión de un conocimiento objetivo como postulan las ciencias derivadas del paradigma positivista. Estar en conversación, se opone al diálogo polémico que busca contradicciones o inconsistencias lógicas (Aguilar, 2004), es estar abierto a la transformación que produce en nosotros la experiencia del otro (Gadamer, 1993).

La virtud hermenéutica, en palabras de Gadamer, de una escucha recíproca que busca una mejor comprensión y apuesta a un mejor entendimiento de los problemas humanos, resuena con la propuesta de la postpsiquiatría que intenta establecer una nueva relación entre la medicina y el mundo experiencial de la enfermedad mental (Thomas & Bracken, 2004). La postpsiquiatría cuestiona las explicaciones reduccionistas de la psiquiatría biológica, generando espacios en donde los usuarios y los miembros del equipo técnico construyen colectivamente nuevas comprensiones de los problemas mentales. Como un principio ético que orienta sus intervenciones, las voces de las usuarias y usuarios, o sobrevivientes a las prácticas psiquiátricas, deberían estar en el centro de la cuestión. En este sentido la ética se sobrepone y desafía a la orientación tecnológica (Bracken & Thomas, 2001).

La Postpsiquiatría reconoce como sus principales influencias los trabajos de Foucault y la fenomenología hermenéutica de Heidegger. Desde la fenomenología de Heidegger la experiencia individual es inseparable del contexto en el cual emerge (Thomas et al., 2005). La experiencia de enfermedad entonces, debe ser comprendida dentro de la trama de significados culturales, políticos, sociales, históricos, personales, etc., que aportan el material de la experiencia misma. Esta idea desafía las teorías en que la psiquiatría ha basado desde siempre sus conocimientos¹², proponiendo la inclusión de los contenidos de la experiencia de enfermedad y los significados atribuidos por los usuarios y usuarias, como parte de un trabajo colectivo de comprensión en aras de la recuperación.

Para finalizar, destacamos que para Gadamer la importancia del diálogo reside en el reconocimiento de la alteridad, como el otro que hace posible e inteligible trascender los límites propios y descubrir en la comunicación aspectos de una misma. La sensibilidad a la otredad propia de la perspectiva hermenéutica, convierten a la misma en una herramienta primordial, no solamente en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental, sino de la comprensión de los complejos mundos humanos.

¹² La psiquiatría se ha interesado fundamentalmente por la forma de presentación de los síntomas y sus aspectos formales. La Psicopatología General de Jaspers es un ejemplo de este enfoque, que desconoce la experiencia individual para ocuparse de la forma de la experiencia (Thomas et al., 2005).

Referencias

- Aguilar, L.A., 2004. La hermenéutica filosófica de Gadamer. , *Sinéctica*, pp.61–64.
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*, Washington, DC.
- Bracken, P. & Thomas, P., 2001. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *BMJ (Clinical research ed.)*, 322(7288), pp.724–727. Disponible en: <http://search.proquest.com.ure.uab.cat/docview/204033933?accountid=15292>
- Cambrosio, A., Keating, P. & Bourret, P., 2006. Objetividad regulatoria y sistemas de pruebas en medicina: El caso de la cancerología. *Convergencia*, 13(042), pp.135–152.
- Clarke, Fosket, Fishman, Shim, M., 2010. *Biomedicalization* M. Clarke, Fosket, Fishman, Shim, ed., United States of America: Duke University Press.
- Delleuze, G., 1987. *Foucault* Paidós., Barcelona.
- Foucault, M., 1999. *Estética, ética y hermenéutica* Paidós Ibé., Barcelona.
- Foucault, M., 1991. *Historia de la sexualidad. La voluntad del saber* Siglo XXI., Madrid.
- Gadamer, H.-G., 1993. *Verdad y Método* Sigueme., Salamanca.
- Insel, T. et al., 2010. Research domain criteria (RDoC): toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American journal of psychiatry*, 167(7), pp.748–751. Doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379
- Molina, V., 2012. *La psicosis: Ideas sobre la locura* Biblioteca., Madrid.
- Moncrieff, J., 2010. Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*, 8(4), pp.370–382. Disponible en <http://www.palgrave-journals.com.ure.uab.cat/sth/journal/v8/n4/full/sth200911a.html>
- Orr, J., 2010. Biopsychiatry and the informatics of diagnosis. In A. Clarke et al., eds. *Biomedicalization*. United States of America: Duke University Press, p. 353.
- Kusch, M., 2002. Hans Georg Gadamer (1900-2002). *History of Psychiatry*, (13),pp.241–243. doi:10.1177/0957154X0201305010
- Rabeharisoa, V. & Bourret, P., 2009. Staging and weighting evidence in Biomedicine: comparing clinical practices in cancer genetics and psychiatric genetics. *Social Studies of Science*, 39(5), pp.691–715. Disponible en <http://ejournals.ebsco.com.ure.uab.cat/direct.asp?ArticleID=44A09693E4726218C1EE>
- Riska, E., 2010. Gender and Medicalization and Biomedicalization Theories. In A. Clarke et al., eds. *Biomedicalization*. Durham: Duke University Press, p. 147-170.
- Scull, A., 2013. *La locura. Una breve introducción* Alianza Ed., Madrid.
- Stagnaro, J.C., 2012. Nosografías psiquiátricas contemporáneas: descripción y perspectivas críticas. In E. Vaschetto, ed. *Epistemología y Psiquiatría*. Buenos Aires, pp. 203–238.
- Thomas, P. et al., 2005. Challenging the globalisation of biomedical psychiatry. *Journal of Public Mental Health*, 4(3), pp.23–32. Retrieved from <http://search.proquest.com.ure.uab.cat/docview/212371821?accountid=15292>
- Thomas, P., 2004. Critical psychiatry in practice. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(5), pp.361–370. Disponible en: doi: 10.1192/apt.10.5.371

Zola, I.K., 1972. Medicine as an institution of social control. *The Sociological review*, 20(4), pp.487–504. Available at: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>.

DOCUMENTOS DE TRABAJO

i) The social study of psychotropic drugs

The use of psychoactive substances for therapeutic purposes has been a constant practice in numerous cultures (López Muñoz and Alamo 2007). In the pre-Columbian, Babylonian and Egyptian cultures, various plants were not only consumed for healing purposes, but also for recreational and spiritual reasons (López Muñoz and Alamo 2007). Opium, for example, is considered to be the oldest drug, being already in use during Hippocrates' time (Barcia 1998). The relationship between psychotropic drugs and the development of cure, and therefore the connection between life and death, became a matter of concern and research in the scientific field in general and the social sciences in particular.

Many anthropological studies have focused on the use of psychoactive substances as an inherent phenomenon of all cultures over time. Different approaches have shown how the consumption of substances has largely been associated with the solving of two problems; firstly the cure of diseases, secondly the generation of strategies in order to adapt or adjust to society, through the use of biological resources (Fericgla 1993). The significance of drugs in modern medicine does not significantly differ from these two applications. Researchers have emphasized how psychotropic drugs are not only seen as medicine, but become transformed into important cultural symbols, embodying scientific medicine's promise of healing (Snelders et al. 2006).

Within historical research, a few studies have recently gone beyond the narrative of progress (Balz 2011). However, many twentieth-century pharmaceutical studies remain dominated by the Whig tradition (Berríos 2007; Balz 2011). Psychotropic drug studies within this historical approach tend

to focus on the myth of the foundation of so-called scientific psychiatry. In this sense they are believed to be relevant in that they equate this with the birth of modern psychopharmacology through the incorporation of psychotropic drugs such as chlorpromazine, lithium, imipramine, iproniazid and meprobamate (Barcia 1998; López Muñoz and Alamo 2007). Termed the “psychopharmacological revolution”, this event of the 1950's is celebrated as the burial of pre-scientific forms of psychiatric treatments and the most important progress in the modern history of psychiatry comparable to the discovery of antibiotics within medicine (Hobson 1994, cited in López Muñoz and Alamo 2007). Nevertheless, other studies clarify how the disciplinary use of drugs such as ether, chloroform, opium, laudanum and hashish in lunatic asylums since about 1840 has been concealed with a prudential silence by the historians of psychiatry (Foucault 2003).

In contrast, a group of historians and psychiatrists taking part in critical psychiatry explain this history differently. In this context many studies have shown how the production-process of psychotropic drugs developed in the 1950's is connected with the invention of new psychiatric disorders (Healy 1997, 2002, 2003, 2004). Thus, the historical analysis of the emergence of imipramine illustrates how the modern concept of “antidepressant” is based on the creation of this substance, despite the lack of quantitative data or clinical trials that validated its usage (Moncrieff 2008). Two areas of inquiry have reignited discussions on the impact of psychotropic drugs in cases of psychiatric illness: the controversial hypothesis of a chemical imbalance (Moncrieff 2001, 2002, 2008; Moncrieff and Cohen 2005), and the design of scientific experiments with psychopharmacological drugs (Kirsch et al. 2010).

In the field of medical sociology, many authors have mentioned the close connection between medicalization, diagnosis, and the use of psychotropic drugs (Illich 1975; Conrad 1975, 1979, 1992; Conrad and Schneider 1980; Tiefer 1986, 2006; Scott 2006; Jutel 2008; Singh 2002). The fact that

the medicalization of certain behaviours such as shyness has coincided with the consumption of psychotropic drugs, which often produce devastating side effects, has been investigated. Other researchers have explored how the interests of pharmaceutical companies in the extension and creation of new diagnoses like obesity (Jutel 2008), ADHD (Conrad 1975, 1979) and dysfunctional female sexuality (Tiefer 2006) are strictly linked to the consumption of psychotropic drugs. In critical studies of technoscience and psychiatry, Jackie Orr has analyzed the phenomenon of psychotropic drugs. Her genealogical research of contemporary governmentality locates pharmacology as one of the techniques for the actual governance of a population's mental health (Orr 2010). Finally, within studies of the transformation from medicine to biomedicine, psychotropic drugs are understood as a *dispositif* bringing the promise of changing life with pharmaceutical support (Rose 2003, 2007).

Interest in psychotropic drugs within Science and Technology Studies has prompted scientists to develop an important sociological program in the pharmaceutical industry field (Abraham 2007), in which all matters relating to the setting of standards for testing and regulating drug safety in every clinical trial phase have been carefully explored (Abraham and Reed 2002; Abraham 2008; Abraham, 2010). As a consequence, many researchers have argued that a discourse of technological innovation and scientific progress has been used by regulatory agencies and the transnational pharmaceutical industry to legitimize the lowering and loosening of toxicological standards in clinical trials (Abraham and Reed, 2002). Regarding psychopharmaceutical drugs, Abraham and Davies (2009) have examined the mechanisms of permissive regulatory practices relating to the introduction of an antidepressant in the U.S.A and U.K. The authors developed the concept of “permissive principle” as a way of understanding the tendency to allow a psychopharmaceutical drug to enter the market even if it does not fulfill established standards of efficacy and safety. Similarly, studies have explored the development of strategies by pharmaceutical companies in

order to attain regulatory approval of their products (Abraham and Davies 2007; Petryna et al. 2006). Other researchers have explored how the pharmaceutical industry has influenced and taken advantage of the construction of technical standards for drug regulation (Keating and Cambrosio 2007). Finally, some inquiries have addressed the challenges faced by the pharmaceutical industry when launching psychotropic drugs in different countries (Lakof 2005; Petryna et al. 2006).

ii) La delegación del trabajo clínico en las sustancias psicofarmacológicas

A los efectos de nuestra investigación, la delegación constituye un recurso explicativo para dar cuenta del proceso de desplazamiento del trabajo clínico en los llamados colectivos bioclínicos, como son los laboratorios y otros espacios de producción científica. Pero cómo se produce esta operación? Con una finalidad analítica podemos descomponer esta acción compleja en dos momentos. En primer lugar la delegación describe un proceso de creación y desplazamiento de conocimiento e información en las sustancias psicofarmacológicas que a modo de delegados técnicos transportan los programas de acción hacia la clínica.

Pero, cómo actúa un psicofármaco como delegado técnico? De diferentes maneras. Una de ellas consiste en la articulación de los resultados de los ensayos clínicos en las sustancias psicofarmacológicas. Esta operación es bien sencilla de comprender. El psicofármaco, como cualquier medicamento, consiste en una entidad discreta presentada en forma de comprimidos o gotas con determinada información añadida. El proceso de creación de sustancias farmacológicas ha sido muy bien descrito por Cambrosio et al. (2008), y hemos hecho uso de su explicación en un artículo. En breve diríamos que el *progressive enrichment informational*¹³, tal como fue denominado por los autores, consiste en un proceso continuo de búsqueda de nuevos usos terapéuticos que se sustenta en regímenes epistémicos, organizacionales, legales, económicos y materiales que hacen posibles los sucesivos ensayos a los que se someten las sustancias (Cambrosio et al. 2009). Estos ensayos clínicos no operan en las sustancias *per se* sino en regímenes desplegados en protocolos (Cambrosio, Keating & Mogoutov, 2008). De esta forma el psicofármaco moviliza el conocimiento científico hacia la clínica. Ilustramos en primer lugar con un ejemplo histórico clásico, el paradigmático surgimiento de la clorpromacina, y en segundo con un fragmento actual de una entrevista.

Tras la Segunda Guerra Mundial, P. Charpentier y sus colegas de Rhône-Poulenc se dedicaron a estudiar los efectos de algunas animas fenotiacinas, cuyas acciones antihistamínicas habían sido observadas por Boret. Una de las que mostró efectos centrales más potentes fue la prometacina (Fenergan®). Añadiendo clorina a otra de estas sustancias, la promacina, se obtuvo clorpromacina (4560RP o Largactil®). La farmacología básica de

13 Proceso progresivo de enriquecimiento informacional

este nuevo compuesto fue estudiada en detalle por S. Courvoisier, quien observó sus efectos hipotensores, antihistamínicos, antieméticos y potenciadores de los efectos de los barbitúricos (López-Muñoz, Álamo y Cuenca, 2002). Interesado por estos trabajos, Henry Laborit decidió emplear la clorpromacina para potenciar los efectos de la anestesia y de la terapia de sueño con barbitúricos, induciendo en los sujetos un marcado efecto de distanciamiento, indiferencia y desconexión (Ayd, 1991; Barcia, 1998; López-Muñoz, Álamo, Rubio y Cuenca, 2004; Tansey, 1998). Estos resultados llamaron la atención de algunos psiquiatras, entre ellos J. Delay y P. Deniker, quienes decidieron investigar la capacidad de esta sustancia para calmar a pacientes con distintas alteraciones psiquiátricas (Torres Bares & Escarabajal Arrieta, 2005).

Y como señala el psiquiatra entrevistado:

E: Están llevando a cabo algún estudio acá en el hospital sobre fármacos?

P: sobre guanfacina que es un fármaco, tampoco es nuevo en el sentido de una nueva vía terapéutica sino que es un inhibidor de los receptores alfa 2A noradrenérgicos y que se utilizaba como un hipotensor arterial y se ha visto que puede tener un beneficio para controlar la impulsividad y la hiperactividad. Estamos testándolo acá, esto ya está aprobado en U.S.A pero en Europa no está todavía (Entrevista a psiquiatra, Junio de 2013).

Ahora bien, hemos comprendido la primera parte de la acción, aquella que refiere a la incorporación de significados a las sustancias psicofarmacológicas. Pero en un segundo momento ¿cómo se actualizan en la clínica los programas de acción que transportan los psicofármacos? ¿De qué forma se delega el trabajo clínico que implica la elaboración de un JPD en los colectivos bioclínicos? De una forma muy concreta que sucede como un ejercicio o una acción de rutina dentro de la práctica médica y/o psiquiátrica. El psiquiatra que recibe a un paciente en una unidad de ingreso de un hospital o en la consulta ambulatoria, debe decidir al término de la misma las indicaciones terapéuticas que recibirá el o la paciente como parte de su tratamiento. En el momento en que la consulta tiene lugar y mientras el profesional recoge algunos datos por medio de la observación del paciente y de las preguntas que le realiza algunas de ellas ya centradas en fármacos cuando se trata de un paciente con historia psiquiátrica por ejemplo, los psicofármacos ya están ahí actuando,

ofreciéndose al uso. De qué forma? En la forma de comprimidos, cápsulas, gotas, solución inyectable, cuyas posibilidades de expresión y actuación han sido establecidas en las guías clínicas y manuales de recomendaciones terapéuticas. Como conocimiento científico que ha sido empaquetado en una sustancia discreta para ser transportado y poder actuar así en espacios lejanos y cuerpos diferentes a los que fueron objeto de la prueba de construcción de la evidencia científica. Es decir como posibilidades de realizarse, como oportunidades ofrecidas de actuar en una dirección determinada. Como promesas de acciones y efectos que han sido probados en los ensayos clínicos es decir como la evidencia científica disponible. Como establece la siguiente Guía de Práctica Clínica:

6.4.1.1. Haloperidol

El haloperidol es un antipsicótico de primera generación que se utiliza en el tratamiento de la esquizofrenia y otras psicosis, la manía, el tratamiento de la agitación psicomotora, excitación y conducta violenta o peligrosamente impulsiva. Su mecanismo de acción es principalmente por antagonismo dopaminérgico. Además de las precauciones generales relacionadas con la utilización de antipsicóticos como los efectos sedantes e hipotensores, como efectos adversos específicos se deben considerar los síntomas extrapiramidales, en particular las reacciones de distonía y acatisia y las reacciones de pigmentación y fotosensibilidad.

La GPC del NICE¹⁴ (2009) revisa los ECA de Soloff. El primero compara haloperidol con amitriptilina y placebo y el segundo haloperidol con fenelzina y placebo y les asigna un nivel de evidencia 1+.

En el artículo de Soloff se explica que el objetivo del ECA llevado a cabo por el autor es comparar la eficacia de un neuroléptico (haloperidol) con un antidepressivo inhibidor de la monoaminooxidasa (fenelzina sulfato) en el tratamiento de los síntomas impulsivos-agresivos, cognitivos y afectivos de pacientes hospitalizados con TLP, para diferenciar patrones o subtipos de síntomas afectivos y esquizotípicos usando la respuesta a la medicación.

14 **NICE** (*National Institute for Health and Clinical Excellence*): organización británica independiente que proporciona directrices de promoción de la salud y de prevención y tratamiento de enfermedades al *National Health Service* (Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalia-t N° 2007/09).

Extraído de Guía de Práctica Clínica para el Trastorno Límite de la Personalidad, 2011:184.

El haloperidol es uno de los primeros antipsicóticos, surgido en la década del `50, derivado de la normeperidina perteneciente al grupo de las butirofenonas, fue ensayado casi simultáneamente en animales y humanos por los efectos narcóticos que mostraba (Torres Bares & Escarabajal Arrieta, 2005). Es el antipsicótico de mayor uso y sus efectos han sido probados en las psicosis, en los trastornos y conductas señaladas en la cita, entre otros. Como se puede apreciar, el ensayo apunta a establecer un nuevo uso para el haloperidol. En este caso se decide probar su utilidad en el TLP (trastorno límite de la personalidad) con el objetivo de “diferenciar patrones o subtipos de síntomas afectivos y esquizotípicos usando la respuesta a la medicación”. Si se valida en el ECA (ensayo clínico aleatorizado) lo que se pone a prueba, es decir lo que se estipula o define en el protocolo que guía el ensayo clínico, se añade la nueva propiedad al fármaco o a los fármacos en cuestión, si se prueban combinados como surge en la cita. Bajo esta misma racionalidad se llevan a cabo este tipo de estudios denominados ensayo clínico de eficacia. Su objetivo es valorar los efectos de un tratamiento, es decir si un medicamento produce un determinado efecto. Existen distintos tipos de ensayos clínicos y distintas categorías para medir el nivel de la evidencia científica (según la calidad del ensayo y el riesgo de sesgo, en metaanálisis, estudios de cohorte, estudios de caso) y catalogar los grados de recomendación (A,B,C,D) (Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2011).

Entonces, la delegación del trabajo clínico a la que hacemos referencia, constituye un ejercicio ficcional para comprender como un JPD que se actualiza en un espacio clínico, es el resultado de acciones y decisiones producidas en los denominados colectivos bioclínicos. En efecto, decimos que el trabajo clínico para la realización de un JPD es delegado en los colectivos bioclínicos o laboratorios, gracias a la acción que los psicofármacos como delegados técnicos transportan a las prácticas hospitalarias. Tal como establece el Manual de Psicofarmacología:

No hay que descartar en el médico-administrador el concepto de costo/beneficio del antipsicótico que prescribe al paciente. Si bien este concepto ha dejado de ser subjetivo, el verdadero "ojo clínico" está dado por el conocimiento real de las diferencias farmacológicas en relación con el conocimiento clínico de la enfermedad. (Psicofarmacología Psicodinámica, 1998: 96).

El concepto de costo/beneficio del antipsicótico prescrito o el conocimiento de las diferencias farmacológicas, son los conceptos no subjetivos que anteceden y soportan al “ojo clínico”. El verdadero “ojo clínico” no se sustenta autonomamente. Al contrario, el verdadero “ojo clínico” es el que se andamia con la objetividad que le proporcionan el conocimiento de las diferencias psicofarmacológicas, es decir con el costo beneficio del antipsicótico prescrito.

De esta manera se entrelazan la experticia u “ojo clínico” con el conocimiento psicofarmacológico derivado de los espacios de producción científica o colectivos bioclínicos. La semiología clínica psiquiátrica también actúa pero los datos que de esa experticia se pueden extraer son a menudo demasiado lábiles, contradictorios, imprecisos, subjetivos. La propuesta psicofarmacológica también es de alguna manera flexible: algunos antipsicóticos se utilizan como sedativos, los eutimizantes o anticonvulsivantes se utilizan para controlar la impulsividad o para potenciar los efectos de los antipsicóticos, los antidepresivos y las benzodiazepinas tienen múltiples usos, etc.. Pero ante el panorama incierto de los trastornos mentales¹⁵, las sustancias psicofarmacológicas constituyen una primera apoyatura. Un timón para dirigir y organizar la actividad médica, un basamento para la acción. Las dos fuentes de conocimiento actúan al mismo tiempo y en paralelo pero la oferta psicofarmacológica parece ser más consistente. Y no se trata de desconocimiento teórico del corpus nosológico y nosográfico, ni de la psicopatología descriptiva que fundamenta el saber psiquiátrico clásico, ni de soslayar las reformulaciones emprendidas en los últimos 35 años para mejorar la fiabilidad de sus conocimientos. Se trata del simple pragmatismo de obtener algún tipo de mejoría clínicamente significativa, de actuar como médicos, aún en la ignorancia total de los mecanismos que dan origen o actúan en cualquier patología psiquiátrica. Como se aprecia en el siguiente fragmento:

La psiquiatría es una especialidad médica que se caracteriza por la poca estabilidad diagnóstica y la escasa implicación pronóstica que supone. Sin embargo esto contrasta con una farmacoterapia robusta y con un rendimiento terapéutico igual o superior al de otras especialidades médicas. (Manual de psiquiatría, Cap 20, Estrategias terapéuticas en los trastornos psiquiátricos resistentes: esquizofrenia, 2009:285).

Como establece la cita la poca estabilidad diagnóstica en psiquiatría es compatible con una farmacoterapia robusta. Esta especie de inversión del esquema de funcionamiento básico en

15 En todos los aspectos, no solo diagnósticos, también pronósticos y etiológicos.

medicina, no es percibida como problemática. La importancia de esta declaración radica en el reconocimiento de un modo de funcionamiento diferente, que de ningún modo debilita o menoscaba el lugar de la psiquiatría dentro del proyecto médico. Al contrario, la farmacoterapia robusta viene a legitimar a la psiquiatría cuyo rendimiento terapéutico puede ser igual o superior al de otras especialidades médicas. En psiquiatría se articulan perfectamente una farmacoterapia robusta con una debilidad diagnóstica. Esta particularidad del primado de la farmacoterapia, fundamenta desde el punto de vista científico y direcciona en los usos cotidianos dentro de la práctica clínica, hacia el empleo de la medicación como primera medida. Como establece el Manual de Psiquiatría:

El proceso diagnóstico es dinámico, comienza en la primera entrevista y no cesa hasta que concluye el último acto terapéutico. Un ejemplo claro de esta situación son los tratamientos farmacológicos. Estos tratamientos son, muchas veces empíricos en el medicamento y su dosis, el proceso de diagnóstico (valorando sistemas y efectos adversos) continuo es básico para este abordaje. Manual de Psiquiatría, Cap. 17 Diagnóstico y clasificación en psiquiatría, 2009:238.

Los psicofármacos como se desprende del texto o forman parte de la situación denominada proceso diagnóstico (“son un ej. claro de esta situación”), o participan del mismo dinamismo e incertidumbre que caracterizan al diagnóstico. Sin embargo, si se acepta que los psicofármacos “son muchas veces empíricos en el medicamento y su dosis” y que el diagnóstico es una actividad continua de valoración de sistemas y efectos adversos, se está reconociendo en primer lugar la secuencia temporal que vincula a ambas entidades. En efecto, en el proceso de elaboración del diagnóstico, hay un antecedente y un consecuente, donde el diagnóstico deviene como correlato de una actividad continua de valoración. En segundo lugar, en esta misma declaración se admite la posibilidad de prueba y experimentación que conlleva la búsqueda de la medicación apropiada. Esta actividad, primordial o primera en la secuencia de acciones, tampoco es independiente, está conectada con el proceso diagnóstico. Asimismo el reconocimiento de que “el proceso de diagnóstico continuo es básico para este abordaje” pone de manifiesto como el diagnóstico también contribuye o actúa en la tarea de medición de los usos empíricos y de las dosis de los medicamentos. Es decir ambas entidades están estrechamente vinculadas, una es con la otra, pero la acción del diagnóstico es sucedánea o derivada de las acciones psicofarmacológicas. Porque son los efectos producidos por los medicamentos, valorados a través de sistemas y efectos adversos¹⁶, los

16 Y acá perfectamente se puede incluir la semiología psiquiátrica como parte del conjunto de la valoración que realiza

que dan lugar al proceso de diagnóstico continuo, el cual a su vez, como dice el texto, es básico para el abordaje del tratamiento. Si la valoración de los sistemas incluye la semiología clínica, en nada modifica la interpretación. Pues los efectos adversos se articulan con los datos semiológicos en la lectura que hace el psiquiatra clínico. De donde inferimos que son los efectos producidos por los fármacos, los que suministran los datos clínicos que permiten la emergencia del diagnóstico. Entonces cuando decimos que el trabajo clínico de producción de un JPD se desplaza o se delega en los laboratorios, nos referimos a que ese acto de decisión técnica, que es enunciado en este caso por un portavoz humano ha sido en parte producido antes y gracias al andamiaje semiótico-material de las sustancias psicofarmacológicas.

el médico-psiquiatra, aunque no lo diga explícitamente en el texto.

iii) La mediación psicofarmacológica en la producción de un Juicio Psiquiátrico Diagnóstico

Hemos explicado líneas arriba como desde la TAR las entidades adquieren existencia en el ensamblaje del que forman parte, siendo reunidas o asociadas por el curso de acción que describe una trayectoria determinada. En nuestro estudio de caso hemos observado como el psicofármaco y el diagnóstico o JPD (juicio psiquiátrico diagnóstico), como lo hemos definido en nuestra investigación, se asocian de diferentes maneras. Mantienen por así decirlo una relación de atracción mutua. Seguramente esto se deba al esquema básico de atención en medicina clínica que supone junto al diagnóstico un tratamiento la mayoría de las veces farmacológico. Esto es fácilmente observable en la literatura y en los discursos médicos y constituye el ABC del trabajo en medicina y psiquiatría.

Ahora bien, tenemos dos entidades que van asociadas, es decir que en nuestro acercamiento a las prácticas psiquiátricas observamos junto a un JPD una serie de sustancias psicofarmacológicas. Esta relación así planteada no constituye ninguna novedad, pues la psiquiatría se ha establecido desde su comienzo siguiendo el modelo médico. Pero además la falta de opciones de tratamiento en psiquiatría (debido a la escasez de propuestas terapéuticas, o a la debilidad del conocimiento científico que sustenta otras terapéuticas como la cirugía o la terapia electroconvulsiva) determinará que ante un JPD se seguirá la mayor parte de las veces un régimen psicofarmacológico. Esta relación, a efectos explicativos, la podríamos expresar en términos lógicos de la siguiente manera:

$$\text{Si } p \rightarrow q$$

Donde p =(JPD o diagnóstico) y q = psicofármacos. Se trata en este caso de una relación de implicación de dos entidades (si...entonces...), donde la primera da origen o justifica la existencia de la segunda. Llamaremos a esta proposición relación 1.

Pero reconociendo este esquema y aceptándolo como una de las posibilidades en que el trabajo psiquiátrico se lleva a cabo, hemos advertido otra forma de funcionar. En la misma, la relación anteriormente señalada se invierte, siendo el psicofármaco la entidad que da sentido o de la cual se deriva un JPD. Es decir, ya no se trata de que a cada diagnóstico le corresponde su tratamiento psicofarmacológico, sino que el uso de los psicofármacos está estrechamente asociado al establecimiento de un diagnóstico. En este sentido, los psicofármacos actúan estableciendo las condiciones para la formalización de un JPD. En esta segunda forma de vincularse el orden de las entidades se invierte, pero se mantiene el sentido o la direccionalidad, es decir la primera da razón de la segunda. Graficaremos esta segunda relación de la siguiente manera:

Si $q \rightarrow p$.

Y será la relación 2

Pero, qué datos empíricos nos permiten sostener esta inversión de la relación psicofármacos vs JPD? Es la propia literatura psiquiátrica la que reconoce y acepta este mecanismo o forma de funcionamiento. Y lo hace indirectamente, es decir cuando tiene que dar cuenta de los fallos. El caso fallido, por decirlo de alguna manera, da cuenta o viene a explicar también lo que sucede cuando la intervención es exitosa.

FIGURA 4. Esquema de actuación en respondedores parciales a clozapina



Extraído de "Estrategias Terapéuticas de los trastornos psiquiátricos resistentes: esquizofrenia", en Manual de Psiquiatría, Cap. 20, 2009:291.

Tal como señala el gráfico la respuesta parcial a clozapina en el diagnóstico de esquizofrenia

conlleva como una de las posibilidades la reconsideración diagnóstica. La clozapina es un antipsicótico atípico o de segunda generación creado especialmente para el tratamiento de las psicosis¹⁷

O tal como podemos observar en la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC, Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t), 2008, Guías de Práctica Clínica en el SNS: avalía-t N° 2006/06.

1-	Los datos de potenciación con olanzapina son contradictorios, y además aumentaron los efectos secundarios y los abandonos (21, 111, 112).
Recomendaciones	
✓	En pacientes con respuesta parcial a la tercera o cuarta semana de tratamiento, se recomienda: - Esperar la evolución clínica hasta la octava semana. - Aumentar la dosis del fármaco hasta la dosis máxima terapéutica.
✓	Ante un paciente que no mejora con el tratamiento farmacológico inicial para la depresión, se recomienda: - Revisar el diagnóstico de trastorno depresivo. - Verificar el cumplimiento del tratamiento. - Confirmar que se esté dando el antidepresivo en el tiempo y dosis adecuadas.
B	Si a la tercera o cuarta semana el paciente no mejora, se podría seguir cualquiera de las siguientes estrategias: - Cambiar de antidepresivo a cualquier familia, incluso otro serotoninérgico. - Combinar antidepresivos. - Potenciar el tratamiento iniciado, con litio o triyodotironina.
B	No se recomienda incrementar la dosis de ISRS si tras tres semanas de tratamiento no se produce respuesta.
C	La asociación de ISRS con mirtazapina o mianserina podría ser también una opción recomendable, pero teniendo en cuenta la posibilidad de mayores efectos adversos.
B	No se dispone de suficiente información para poder recomendar el aumento de dosis de antidepresivos tricíclicos en no respondedores.
✓	En caso de resistencia a varios tratamientos con las pautas referidas previamente, valorar la utilización de IMAO.
✓	No existen datos suficientes para recomendar la potenciación con valproato, carbamazepina, lamotrigina, gabapentina o topiramato, pindolol, benzodiazepinas, buspirona, metilfenidato o antipsicóticos atípicos.

Ahora bien, como observamos en las guías clínicas, manuales de psiquiatría y otras fuentes de literatura psiquiátrica especializada, cuando el tratamiento psicofarmacológico no funciona se indica revisar el diagnóstico. Esta recomendación es curiosa, pues explica dos situaciones. La primera, la que se desprende directamente del texto o del cuadro explicativo establece lo que dice,

¹⁷ Se le han agregado otros usos terapéuticos

es decir, que cuando el o los psicofármacos no responden según lo esperado se debe entre otras opciones reconsiderar el diagnóstico. Tal como establece la Guía de Práctica Clínica:

En caso de ausencia de respuesta terapéutica, valorar los siguientes • factores:

5. Factores a valorar ante falta de respuesta terapéutica

- Duración y frecuencia de las sesiones de la psicoterapia.
- Empleo de dosis farmacológica terapéutica máxima eficaz durante un período adecuado.
- Diagnóstico.
- Comorbilidad con otras enfermedades o trastornos mentales: ansiedad, distimia, abuso de sustancias adictivas o trastornos de la personalidad.

Extraído de Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y Adolescencia Galicia, 2009:144.

Para el caso de la depresión, ante la falta de respuesta terapéutica, vale decir psicofarmacológica, que es el tratamiento terapéutico por excelencia en psiquiatría, una de las 4 opciones indica valorar el diagnóstico. ¿Qué nos indica el cuadro? Simplemente que si los antidepresivos no producen los efectos esperados (si $\neg q$), si no hay mejora clínicamente significativa¹⁸, el diagnóstico puede que no sea depresión, es decir puede ser otro ($p=?$, o $\neg p$). Lo cual podríamos expresar de la siguiente manera:

Si ($p \rightarrow q$)

Pero ante la ausencia terapéutica: ($\neg q \rightarrow p?$)

Entonces: ($\neg q \rightarrow \neg p$)

La segunda, condición no explicitada pero deducida lógicamente de esta primera declaración, establece lo contrario, es decir cuando el o los psicofármacos si funcionan, el diagnóstico no constituye un problema a ser valorado nuevamente. Es decir, cuando el tratamiento psicofarmacológico funciona (en el sentido de obtener alguna mejora clínicamente significativa en el paciente) el diagnóstico no es una entidad problemática, no necesita ser revisado. Lo que vemos aquí, lo que inferimos del enunciado contenido en el algoritmo y en la tabla, es que del funcionamiento de los psicofármacos depende la estabilidad del diagnóstico. Es decir, la primera afirmación atribuye a los psicofármacos, a su no funcionamiento, el poder de desafiar o para decirlo en sus propios términos, de llevar a la reconsideración de un diagnóstico. Si esta relación se mantiene como verdadera, se deduce lógicamente que si cambia uno de los términos de la relación

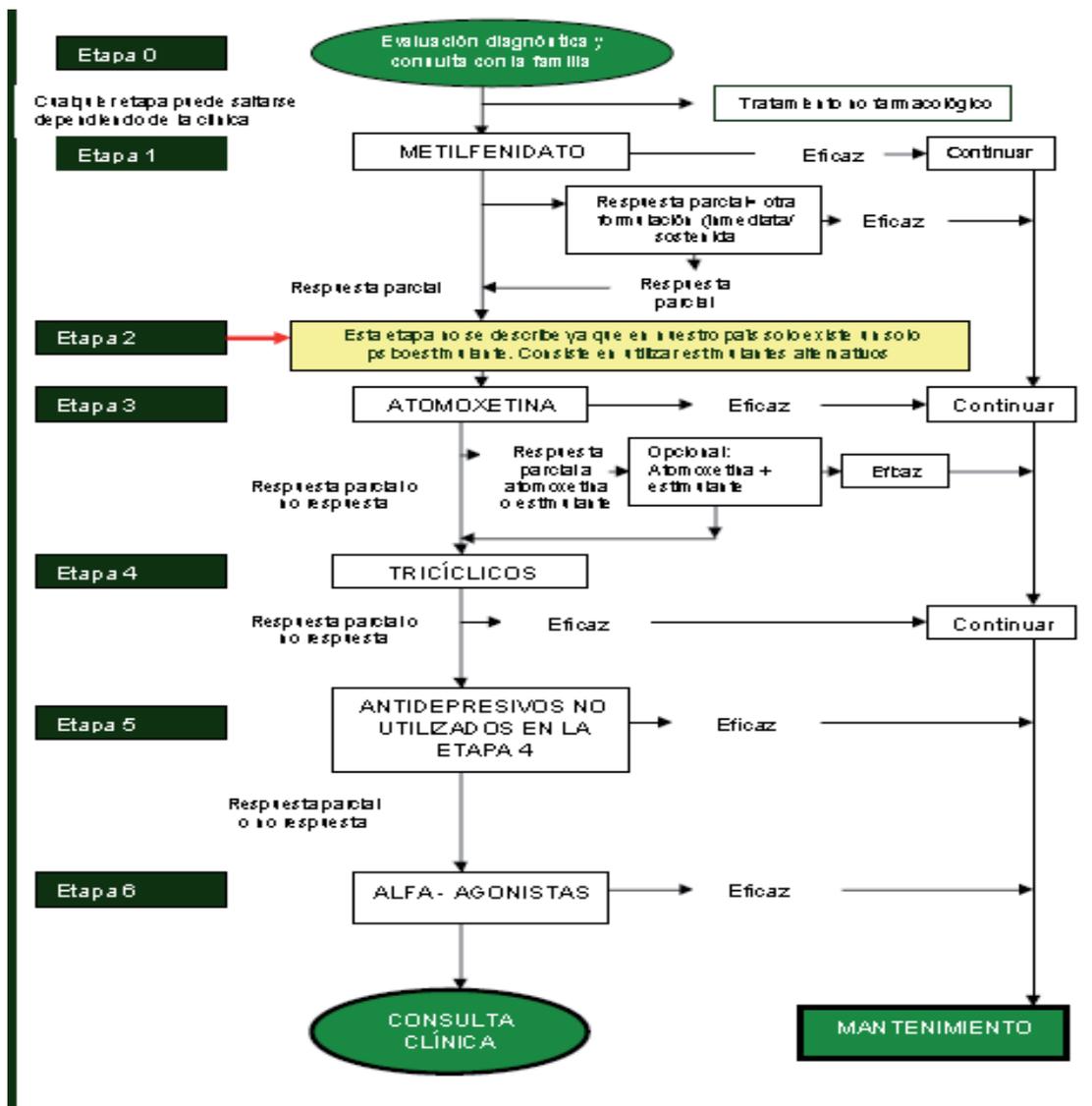
¹⁸ Es decir tener una utilidad real en la práctica clínica efectiva con determinados pacientes.

también lo hará necesariamente el otro término de la relación.

$$\{((p \rightarrow q), (\neg q \rightarrow \neg p)) = q \rightarrow p\}$$

De donde inferimos que cuando sucede lo contrario, que el o los psicofármacos funcionan¹⁹, el diagnóstico es acertado, correcto por decirlo de alguna manera, al menos no problemático. No constituye un problema enunciable, circula dentro de la inercia de las mismas prácticas, como no visible, pues funciona. Por tanto de la afirmación de que cuando el psicofármaco no funciona se debe de revisar el diagnóstico, se deduce lógicamente, que cuando el psicofármaco si funciona el diagnóstico no constituye una entidad a ser revisada. En el siguiente algoritmo del TDAH apreciamos claramente las dos situaciones:

19 En el sentido de producir los efectos esperados.



Tenemos por un lado un psicofármaco que produce los efectos buscados, la llamada respuesta eficaz en el algoritmo. Este camino no problemático valida el JPD asignado. Por otro lado la segunda posibilidad contenida en el algoritmo, la no respuesta al fármaco, redirecciona el proceso hacia la consulta clínica. Esta recomendación constituye un eufemismo para dar cuenta del fallo diagnóstico inicial, de la necesidad de un nuevo juicio clínico, y del rol que los psicofármacos juegan en el proceso de definición de un JPD.

Tanto en la primera afirmación, la que se desprende directamente del cuadro, como en la segunda la que dedujimos de la primera, son los efectos de los psicofármacos los que dan legitimidad, validez y estabilidad a un JPD, o por el contrario esos mismos efectos, o más bien la falta de ellos, lo desafían, lo cuestionan, lo vuelven inestable al punto de hacer peligrar su existencia. Es decir,

cuando los psicofármacos no funcionan otro JPD puede ser adjudicado, tomar el relevo por así decirlo.

Por otro lado no está planteada la relación contraria, aquella que establecería un posible diagnóstico a ser cuestionado o revisado debido a su no funcionamiento. Pues, qué sería un nombre a ser revisado por su no funcionamiento. De qué manera se podría rastrear esa entidad ideal, arbitraria como un nombre, si no es indagando el modo en que se asocia con otros actores haciendo visible y asible su existencia? De qué modo podríamos dar cuenta de un JPD si no es a través de su asociación con un mediador técnico que pueda traducir a ese juicio o permitirle expresarse de la manera que sea. El psicofármaco como mediador tiene el poder de otorgar existencia al JPD o negársela, impulsando a nuevas búsquedas. Es la capacidad de producir efectos en un cuerpo lo que le otorga existencia al JPD o se la niega. Es a partir de los efectos de los psicofármacos encarnados en un cuerpo que el JPD adquiere validez y adviene a la existencia o por el contrario deber ser reemplazado. Porque lo que funciona o actúa son los psicofármacos asociados a un JPD, y el diagnóstico o el JPD es un sucedáneo de lo que funciona.

Guión entrevista (Primera ronda)
Investigación: La Nueva Materialidad en Biopsiquiatría
Población objetivo: Psiquiatras de un hospital universitario de Barcelona

1) Acerca de la práctica psiquiátrica actual

Cómo es la práctica psiquiátrica? En qué consiste tu práctica como psiquiatra en el hospital?

A partir de que el paciente ingresa en esta unidad, cómo procede el psiquiatra ?

Podrías describirnos un día de trabajo en este centro? Qué actividades realizas?

¿Existen diferencias en los procedimientos de los psiquiatras con respecto a los pacientes?

2) Acerca juicio psiquiátrico/ diagnóstico

Las decisiones que la práctica profesional te obliga a pronunciar...

¿Cómo las construyes? ¿En qué las fundamentas? En qué se basan?

Intervienen estudios de laboratorio, tecnologías, otros profesionales, los pacientes? ¿De qué forma intervienen?

¿Qué elementos tienen mayor peso a la hora de tomar tus decisiones, de emitir tus juicios técnicos?

¿Cómo se llega a un juicio diagnóstico, o a un diagnóstico?

3) Acerca tecnologías/ objetos

En esas actividades que realizas como psiquiatra...

¿Cómo intervienen las distintas tecnologías?

¿Qué tecnologías utilizas para sustentar su trabajo

El uso de las tecnologías en que se sustenta parte del trabajo, permiten el intercambio con otros psiquiatras, cómo? de qué forma?

Protocolos de diagnóstico: cuáles se usan, quién y cómo se establecen

TIC y Uso de la imagen en algunos diagnósticos

Psicofármacos

4) Acerca medicalización de la vida

¿Cuál es tu opinión acerca del aumento de las clasificaciones diagnósticas?

¿Qué estaría indicando esto para tí

5) Cierre: Futuro de la psiquiatría

Para finalizar...

¿En qué dirección crees que se orientará la psiquiatría?

Guión entrevista (Segunda ronda)
Investigación: La Nueva Materialidad en Biopsiquiatría
Población objetivo: Psiquiatras de un hospital universitario de Barcelona

1 Acerca del rol de los psicofármacos en la práctica psiquiátrica

¿Cómo los utilizan? ¿Cómo deciden la medicación al ingreso de un paciente en un servicio?

¿Qué aspectos de la salud/enfermedad del paciente son los más relevantes a la hora de decidir un fármaco?

2 Acerca de los usos de los fármacos

Cuáles son los más utilizados? Cómo los combinan? ¿Cómo saben si el paciente ambulatorio está siguiendo el régimen medicamentoso tal cual lo establecido? ¿Cómo consiguen el efecto esperado/buscado?

¿Ha aumentado el uso en los últimos años? ¿Por qué?

3 Acerca de los resultados que obtienen

¿Cómo reciben los pacientes la medicación? Problemas en la metabolización de fármacos/Efectos no deseados. ¿Qué efectos buscan obtener en un paciente cuando ingresa?

¿Qué expectativas tienen con respecto a los fármacos en general? ¿Esperan lo mismo al alta?

¿Cómo consiguen los efectos esperados?

4 Acerca de las innovaciones farmacológicas

Han surgido nuevos fármacos, nuevas moléculas, fármacos mejorados para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos? Cuáles

5 Acerca de estudios clínicos sobre fármacos

¿Qué experiencia tienen al respecto? Están llevando a cabo algún estudio en el hospital?

¿Qué resultados han obtenido?