

## EL JUICIO DIAGNÓSTICO EN BIOPSIQUIATRÍA: DE LA HERMENÉUTICA CLÍNICA A LA TRADUCCIÓN PSICOFARMACOLÓGICA<sup>1</sup>

*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.

---

<sup>1</sup> Este trabajo ha sido realizado en el marco del Programa de Doctorado en Psicología Social de la Universidad Autónoma de Barcelona.

**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 tecnocientificación 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 tecnocientificación 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)<sup>2</sup>, 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

<sup>2</sup> 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.

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 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 descripta en términos médicos y luego incorporada en las categorizaciones de las enfermedades (Goode, 1969; Conrad & Schneider, 1980). Incluso han sido descriptas 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 caso<sup>3</sup> 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

---

<sup>3</sup> 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.

mantenidos con dos psiquiatras de la unidad, mediante la observación directa de su trabajo 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 diagnosticas una esquizofrenia por una neuroimágen, 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

Psiquiatra: mañana tiene la ecocardiografía, cómo ha dormido?

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

Psiquiatra: ansiedad?

F: sí

Psiquiatra: somnoliento?

F: sí

Psiquiatra: 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

Psiquiatra: 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.

Psiquiatra: náuseas por la mañana?

F: sí, pero hoy menos

Psiquiatra: 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 benzodiazepinas<sup>4</sup>, 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?

Psiq.: a los 50 es difícil, igual puede ser un brote, hay diferentes tipo 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 historicamente de subjetivo (Autor, 2014, en revisión). Además señalan la importancia que los psicofármacos

---

<sup>4</sup> 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 abodaje” 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”<sup>5</sup>**

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

---

<sup>5</sup> 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. Irazzo, 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](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.