

Horizontes epistemológicos de la psiquiatría: objetivando la subjetividad.

Epistemological horizons of psychiatry: objectification of the subjectivity.

Humberto Castillo-Martell ^{1,2,a,b}

RESUMEN

En este ensayo reflexionamos sobre el diagnóstico en psiquiatría en base a las siguientes preguntas: ¿hasta qué punto el carácter subjetivo de las expresiones del fenómeno patológico en psiquiatría influye en el carácter científico de la disciplina, como especialidad de la medicina? ¿Cómo se construye la objetividad y científicidad del diagnóstico en psiquiatría? ¿Cómo se expresan las relaciones sociales y culturales en el diagnóstico psiquiátrico? Como punto de partida se revisan tópicos epistemológicos y culturales de la praxis psiquiátrica, específicamente del diagnóstico y entrevista psiquiátrica, en un amplio plano de interrelación social, cultural, política y económica entre personas. Finalmente podemos avizorar que la psiquiatría se va convirtiendo en un espacio por excelencia para repensar el saber y el poder la medicina, en un proceso de mayor aproximación a las múltiples experiencias de vivir, estar sano y enfermar; a la vez que es ineludible resaltar la trascendencia de una genuina integración intercultural como ingrediente sustancial del desarrollo y sobrevivencia de la especialidad psiquiátrica.

PALABRAS CLAVE: Cultura, diagnóstico, psiquiatría.

SUMMARY

In this paper we reflect on the psychiatric diagnosis, based on the following questions: To what extent the subjective nature of expressions of the pathological phenomena in psychiatry influences the scientific nature of the discipline, as a medical specialty? How is constructed the objectivity and scientificity of diagnosis in psychiatry? How are expressed the social and cultural relations in psychiatric diagnosis? As a starting point, we review epistemological and cultural topics of psychiatric practice, specifically diagnosis and psychiatric interview, on a broader level of social, cultural, political and economic interaction between people. Finally we can envision that psychiatry is becoming a preferred forum for rethinking the knowledge and power of medicine, in a process of closest approach to the multiple experiences of living, be healthy and sick; while it is inescapable to highlight the importance of genuine cultural integration as a substantial ingredient of the development and survival of psychiatric specialty.

KEY WORDS: Culture, diagnosis, psychiatry.

¹ Facultad de Salud Pública y Administración. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

² Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi”. Lima, Perú.

^a Psiquiatra.

^b Doctor en Medicina.

INTRODUCCIÓN

Es usual hablar de la medicina como la ciencia y el arte de prevenir y curar dolencias y enfermedades y promover la salud de las personas y poblaciones. La medicina, en tanto ciencia, consiste fundamentalmente en la aplicación de una serie de intervenciones, cuya eficacia ha sido demostrada científicamente, para transformar positivamente los fenómenos y procesos de salud-enfermedad. Para esto, es de capital importancia el diagnóstico, concebido como identificación, explicación y predicción del comportamiento natural de los procesos patológicos (enfermedad). La realización del diagnóstico médico tiene como soporte la observación y medición de síntomas y signos. En tanto estos sean más objetivos, más válidos y confiables serán los diagnósticos, lo que derivará en la selección de terapéuticas más eficaces (1,2).

En este ensayo reflexionamos sobre el diagnóstico en psiquiatría, en base a las siguientes preguntas:

- ¿Hasta qué punto el carácter subjetivo de las expresiones del fenómeno patológico en psiquiatría influye en el carácter científico de la disciplina, como especialidad de la medicina?
- ¿Cómo se construye la objetividad y científicidad del diagnóstico en psiquiatría?
- ¿Cómo se expresan las relaciones sociales y culturales en el diagnóstico psiquiátrico?

Para responder estas preguntas haremos una breve revisión de los aspectos cognoscitivos (epistemológicos) y socioculturales de la práctica psiquiátrica, y en particular del diagnóstico en psiquiatría. Para esto, es menester concebir la medicina y el diagnóstico como una práctica o acción social compleja, con una dimensión cognoscitiva pero también como una relación social, cultural, política y económica entre personas que hacen parte de diversas identidades sociales.

En su forma más simple, la medicina puesta en acto supone un sujeto actuante (el médico), un sujeto-objeto en el que se produce la intervención (el paciente), un objeto receptor de intervención (la enfermedad), un objetivo de la intervención (la curación, prevención o rehabilitación), un vínculo entre médico y paciente, una metodología de la intervención, un conjunto de procedimientos, recursos y tecnologías, y un escenario (físico, administrativo, cultural y social) donde se desarrolla la interacción médico-paciente.

En el acto médico, tanto para el médico como para el paciente, hay dimensiones más evidentes o manifiestas a los actuantes, pero también otras que permanecen ocultas o latentes (2). Entre las más evidentes pueden incluirse los aspectos más “técnicos” y cognoscitivos como son el interrogatorio y observación intencionales de síntomas y su interpretación dentro de categorías diagnósticas. La dimensión social de la práctica médica tiene su complejidad propia, que entraña una serie de emociones, creencias, prejuicios, paradigmas sociales y culturales del médico como persona concreta, histórica y socialmente determinada.

Dimensiones cognoscitivas del diagnóstico en psiquiatría

La característica que otorga especificidad a la acción médica moderna, diferenciándola de otras actividades humanas que también buscan fines de salud, es la aplicación del “método general de la ciencia” (2,3) que consiste en un proceso continuo y recursivo de abstracción (observar y reflexionar sobre la realidad en estudio) y de “concreción” (contrastar las abstracciones con otras observaciones o experimentaciones de la realidad).

Los productos de la ciencia son un cuerpo sistematizado de teorías e hipótesis (reglas) que predicen (probabilísticamente) el comportamiento de los “objetos” en diversas circunstancias o condiciones. El objeto de la medicina es la “enfermedad” o las enfermedades. Cada enfermedad tiene un nombre cuya mención implica ya una hipótesis sobre sus procesos de origen y desarrollo causal (etiopatogenia), sobre las transformaciones que esos procesos inducen en las estructuras biológicas (patología), sobre los cambios funcionales en relación a cambios estructurales (fisiopatología), sobre las formas cómo se manifiestan (semiología: síntomas y signos), sobre las respuestas a ciertas intervenciones (terapéutica), e inclusive sobre cómo se distribuye en las poblaciones (epidemiología) o como responde el Estado y la sociedad a esta problemática (salud pública).

En este contexto, el diagnóstico es el elemento central y orientador de la práctica médica y por ende una de las actividades más distintivas del quehacer del médico (4,5). El diagnóstico (decisivamente vinculado a señales o manifestaciones que se externalizan como síntomas o como signos), el tratamiento que le sigue y el acto médico en general, entrañan una dimensión cognoscitiva, un singular proceso intelectual que

articula conocimiento y experiencia y se expresa en procedimientos técnicos sujetos a normas, textos y manuales de variada naturaleza didáctica, impartidos a lo largo de la formación profesional (3,4).

En psiquiatría, el reconocimiento de síntomas y signos, al igual que en el resto de la medicina, se da fundamentalmente a través de dos operaciones básicas: la entrevista o anamnesis (que, en su curso, ya incluye observaciones, comparaciones y reflexiones pertinentes) y el examen mental. En este punto, se plantea un problema epistemológico en relación con el resto de la medicina, asociado a la naturaleza del objeto observado. En la medicina en general, el signo tiene una concreción empírica en el cuerpo del paciente y puede ser evidenciado directamente a los sentidos, principalmente la vista y el oído del médico, o medido por instrumentos que de alguna forma amplifican o cuantifican estas manifestaciones empíricas. En la medicina moderna el diagnóstico se basa en la calidad y objetividad de la observación y la interpretación fundamentada en teorías o enfoques conceptuales de la enfermedad a diferentes niveles: etiológico, patogénico, patológico y fisiopatológico.

En el caso de la psiquiatría, la “enfermedad” se expresa en formas de pensar, sentir y actuar que se externalizan parcialmente como conductas observables o discursos de los propios sujetos (5,6). Es decir, las manifestaciones de la enfermedad mental no parecen tener necesariamente una naturaleza material empírica, ya que ocurren en el mundo subjetivo interno de las personas.

El diagnóstico psiquiátrico actual, supone en primer lugar el reconocimiento de síntomas y signos mentales a partir de los cuales se construye una entidad diagnóstica, aplicando el conjunto de criterios propuestos y consensuados en los manuales de diagnóstico como el CIE 10 (7) y las diferentes variantes del DSM de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y su culminación reciente, la publicación de la 5ª. Edición (DSM-5) (8). En otras palabras, puede afirmarse que la cientificidad del diagnóstico en la psiquiatría contemporánea se basa en la “objetividad” de los síntomas y la “neutralidad” de las interpretaciones (sistemas de clasificación de los trastornos mentales). Estas perspectivas han hecho posible, sin lugar a dudas, mayores niveles de consenso en torno al diagnóstico psiquiátrico y, con ello, han generado una conciencia de “mayor objetividad” de la práctica psiquiátrica (9).

Dado que el síntoma mental no se evidencia directamente a nuestros sentidos, es decir no es un objeto totalmente empírico, no puede haber una ciencia de la enfermedad mental con las características que convencionalmente se atribuyen a toda ciencia. A menos que esa objetividad, aplicada al campo psiquiátrico, no necesariamente tenga que ver con la materialidad o dimensión empírica (positiva) de su objeto de estudio (9,10).

La pretensión de objetividad de los síntomas psiquiátricos descansa en la persistencia de las formas o estructuras. Un síntoma tiene un contenido que suele ser cambiante de sujeto a sujeto según sus historias personales y librado a su propia interpretación, pero también tiene una dimensión de forma o estructura latente, que se externaliza en los discursos y las conductas, se escapa a la interpretación y conciencia del sujeto, puede ser reconocida por diversos observadores y formar parte de complejos sintomáticos (síndromes) individualizables. En este sentido, el síntoma psiquiátrico cumple con los requisitos de objetividad de la medicina aun prescindiendo de una concreción empírica (detectable directa o indirectamente por los sentidos).

Se ha dicho ya que, en el campo de la medicina, el paso del síntoma al diagnóstico se basa en el descubrimiento (manifiesto o presuntivo) de patrones de transformación de estructuras biológicas (patología), a través de razonamientos fisiopatológicos y etiopatogénicos. Dado que la puesta en evidencia de las transformaciones biológicas (principalmente en el cerebro) que ocurren en las enfermedades mentales, es aún muy limitada, debido entre otros factores a la extrema complejidad del sistema nervioso central, la psiquiatría moderna ha recurrido a diversos sistemas de clasificación planteados como “ateóricos”, “asociales” o “transculturales” (7-9).

Esta “objetividad frágil” del diagnóstico psiquiátrico se expresa en las altas tasas de comorbilidad, la heterogeneidad clínica al interior de las mismas categorías y la exclusión de fenómenos clínicos complejos difíciles de cubrir con las categorías de la “psicopatología clasificatoria” o “nosología psiquiátrica”, quedando, por lo tanto, en campos aledaños a la ciencia psicopatológica y a la “medicina científica” en general (9-11).

Sin cuestionar la epistemología que los sustenta, se hace evidente que los instrumentos de clasificación psicopatológica adolecen de una variedad de

limitaciones. Éstas han sido explicadas como problemas derivados de insuficiente información y exhaustividad, por tanto, con mayor investigación clínica y estadística, progresivamente nos acercáramos al ideal de una psiquiatría objetiva y de consenso: atórica, asocial y acultural. Por otro lado, cuando la realidad desmiente o cuestiona un modelo o teoría, sus proponentes crean o usan recursos teóricos o ampliaciones técnicas *ad hoc*; en el caso de la psiquiatría se ha recurrido a conceptos tales como “espectros clínicos”, “síndromes culturales” y aun los términos “desorden” o “trastorno” y no “enfermedad” como en el resto de la medicina (12).

Afrontar el desafío de una psiquiatría más científica implica una mejor alineación del propio paradigma médico con los criterios de objetividad de la ciencia positivista, o la exploración de nuevos paradigmas. Desde esta segunda perspectiva, es necesario ampliar el horizonte epistemológico (es decir, los fundamentos de las formas de conocer e interpretar la realidad) de nuestra disciplina, de modo tal que se soporten y refuercen criterios de objetividad basados en estructuras manifiestas y estables y en la neutralidad de los sistemas clasificatorios, a fin de dar mejor cuenta de la complejidad de los fenómenos de la mente, el cerebro y la cultura (13).

Es posible que la psiquiatría actual esté experimentando el tipo de “salto epistemológico” (14) que la física cuántica impulsó en la física clásica al admitir la naturaleza dual de la materia, como onda o corpúsculo, según se observe o se mida; puede decirse lo mismo acerca del impacto de la cibernética en la biología o de las teorías del caos y de la complejidad sobre las ciencias sociales. En la psiquiatría se cuestionan hoy en día, las bases del enfoque clasificatorio al demostrarse las limitaciones intrínsecas de las premisas atórica y acultural, reconociendo así la complejidad de su objeto de estudio y replanteando las modalidades y procedimientos de diagnóstico y atención clínica (11,12).

Estos nuevos paradigmas de la ciencia cuestionan las premisas básicas de la ciencia positivista:

- La objetividad centrada en manifestaciones empíricas de la realidad.
- La neutralidad e independencia del objeto observado y del sujeto observador.
- La capacidad del observador de reflejar plenamente los objetos en su mente.
- La potencialidad de una comunicación plena:

capacidad de transferir, a través del lenguaje, las percepciones e interpretación de la realidad de un sujeto observada por otro, poseedor de la capacidad de representarla en su mente a partir de códigos recibidos.

Los cuestionamientos cotidianos de estas premisas en la práctica psiquiátrica son, sin embargo, generalmente interpretados como falta de cientificidad de la disciplina aún cuando pudieran ser más bien consideradas como reflejo de otro nivel o paradigma de esa cientificidad (15).

La propia concepción psicopatológica del síntoma entraña otra forma de objetividad, más aceptada en modernos enfoques o paradigmas de la biología y las ciencias sociales. La objetividad reside más en la organización (formas de relación entre componentes) que en la materialidad de su expresión. La esencia de objeto biológico no está en la materia que lo forma sino en la forma o modo cómo se organiza, es decir en su codificación: a pesar de la permanente y continua renovación del material que lo forma, su organización codificada sigue siendo la misma (12,13).

Una de las normas básicas en el método clínico moderno es la primacía de la observación sobre la interpretación, denominado por Foucault como “el reino de la mirada”. La observación precede y preside el proceso diagnóstico (16).

Un mismo fenómeno o hecho manifiesto puede ser interpretado de diversas formas en base a una pauta cultural (17). Personas de diferentes culturas tal vez puedan percibir un hecho de forma similar pero seguramente lo van a interpretar de modo diferente. La disciplina médica nos entrena para agudizar la mirada (el “ojo clínico”) y para relativizar o desestimar las interpretaciones no médicas de estas observaciones. Desde esta perspectiva, las interpretaciones de los fenómenos clínicos por parte de los sujetos miembros de una cultura es un factor que potencialmente contamina, perturba o amenaza al diagnóstico, al competir con la interpretación médica. Se dice entonces que hay que “administrar” la cultura (es decir, la idiosincrasia de la gente) a fin de reducir su potencial efecto perturbador y, en el mejor de los casos, ponerlo a favor de la razón médica. En la experiencia convencional del médico y aun en el campo de la salud pública, la cultura de las personas se experimenta como una “carga” o una “barrera” en el proceso de comunicación: más pesada o más alta cuanto mayores son las diferencias culturales entre médico y paciente. Dado que las personas, los grupos

sociales o poblaciones, sobre todo cuando están en situaciones de poder no perciben detalles de su propia cultura, ésta se percibe y define como asunto de los otros (17,18).

En la práctica psiquiátrica es virtualmente imposible separar la observación de la interpretación, dado que mucho de los objetos psicopatológicos (pensamientos, emociones, sentimientos, e incluso conductas), pasan necesariamente por el “filtro” de la interpretación del sujeto y solo muy pocos se objetivan directamente a los sentidos. A despecho de la complejidad de esta cuestión epistemológica, la teoría y la práctica de la psiquiatría positivista se han ingeniado para objetivar lo subjetivo del proceso psicopatológico. La clave de esto es la construcción del síntoma (19). Todo síntoma tiene un componente de contenido que es altamente variable o sensible a la interpretación y cultura de los sujetos; también tiene dimensión de “forma” que es tan estable y bien definida como un síntoma físico o signo (17,18).

Dimensiones sociales y culturales del diagnóstico en psiquiatría

Como mencionamos antes, el diagnóstico no solo es un proceso cognoscitivo, sino una relación social, una interacción entre personas, construida en contextos históricos y socio-culturales concretos (11).

Si consideramos la cultura como el «telón de fondo» que da sentido a todo lo que ocurre y que solo podemos vernos (y ver) e interpretarnos desde la cultura, puede concluirse que el diagnóstico (y tal vez más aún, la entrevista de la que él emerge) es un asunto intrínsecamente cultural: es un encuentro de sujetos culturales, es un encuentro de culturas y un acto cultural, como lo queramos ver desde y con nuestras culturas. Encuentro de personas con diferentes experiencias de vivir: formas de entender (entenderse), formas de sentir (sentirse), formas de actuar (hacer), formas de relacionarse o comunicarse (20).

Asimismo, todo encuentro social entraña una relación de poder. Éstas se suelen dar de un modo sutil, principalmente a través de la organización del escenario (*setting*) clínico y del control del discurso donde básicamente el médico marca los alcances de la entrevista al ser él quien pregunta, acota o dirige el curso de la “conversación” de acuerdo a normas técnicas de su interés y dominio (17).

Esta relación de poder suele dar lugar a una relación complementaria y/o paternalista, donde el uno se compromete a buscar el bien del otro a cambio de que éste, de alguna forma, se someta o acepte las reglas de aquél. Es decir, una razón ética (bioética) justifica una práctica política (biopolítica). Lógicamente esta relación de poder no es unidireccional, el paciente puede acatar o resistir esta propuesta implícita; sus resistencias pueden ser tanto inconscientes como estratégicas (21).

En este punto queda en evidencia que el conocimiento o el saber no solo es una función pasiva que refleja la realidad en la mente del sujeto cognoscente, sino también una forma de ejercicio de poder que permite predecir y hasta modelar la conducta de los actores, en particular la del médico, portador del conocimiento y, de alguna forma, hacer más eficaz la “dominación” o transformación. Entonces más allá de la forma cómo se conduzcan, la entrevista y el examen son dispositivos de poder en sí, de allí la percepción de que, en la práctica clínica, el diagnóstico es ya una intervención y que muchas personas empiezan un proceso de cambio a partir de la entrevista, antes incluso de que se haya sugerido o propuesto un diagnóstico. De esto se colige también que la efectividad de la psiquiatría como disciplina clínica se basa en esta relación de poder y no solo en intervenciones más explícitas como la prescripción de psicofármacos (21).

El “diagnóstico” supone encuentros de dos o más personas que hacen parte de identidades colectivas diversas, es un proceso que se basa en la atribución de significados a una infinidad de signos y símbolos contruidos culturalmente, donde las características físicas, la ropa, los gestos, las tonalidades, las formas y una serie de términos lingüísticos cumplen un rol importante en la acreditación o desacreditación del sujeto que interactúa y por lo tanto sugiere, predispone o construye un curso de acción. Tiene la función de posicionamiento relativo del uno frente al otro. Esto equivale a un cálculo de la acumulación histórica de poder de uno y otro sujeto, de la exploración de afinidades y diferencias que harán más o menos posibles las formas o tipos de relación y los niveles de acercamiento. Las ciencias sociales dan cuenta de este proceso con categorías tales como representaciones sociales, imágenes en bloque, estigma, etc. (22-24).

La antropología médica ha propuesto que la propia medicina es un sistema cultural (16,17). Un sistema cultural es un conjunto integrado de criterios de verdad,

de belleza, de bondad, de confianza, de valores, de eficacia, etc. Esto significa que conocimientos, teorías, instrumentos y rituales médicos constituyen un todo cultural con valores y criterios propios armonizados incluso con una cierta estética. Este sistema médico es, asimismo parte de un sistema cultural más general, en nuestro caso, la denominada cultura occidental moderna. De hecho, existen otros sistemas culturales con sus propios sistemas médicos afines y coherentes. En el contexto de la globalización, considerada por algunos como expansión de la cultura hegemónica occidental (25), pudiera tenerse la impresión de que el más válido o eficiente de los sistemas médicos es el occidental, pero es claramente difícil describir los límites o delinear los horizontes de tal afirmación.

Ahora bien, es importante mencionar a qué nos referimos cuando mencionamos el término eficacia en torno a la cultura médica occidental, pues a veces tenemos la impresión que los sistemas médicos están fundamentalmente justificados por su eficacia en torno a resolver o no los problemas de salud de las poblaciones, sin embargo, al indagar en la historia de la civilización podemos encontrar que muchas veces la medicina se ha constituido en un dispositivo cultural para el logro de fines políticos mayores como el disciplinamiento (26), el control de los impulsos y del cuerpo (27) y en suma la del propio proceso civilizatorio (28).

En el encuentro diagnóstico, lo esperado es que el paciente exprese vivencias y sufrimientos y el médico busque síntomas. Este encuentro y sus elementos constitutivos están delimitados por la experiencia subjetiva de cada actor sobre la base de sus conceptos o constructos culturales. El diagnóstico como propuesta explicativa de la ocurrencia del síntoma, es derivado de una teoría o paradigma, inscrito en el sistema cultural occidental, considerando como productos culturales a la propia ciencia, la medicina y la psiquiatría (17,18).

El sujeto que hemos denominado paciente, puede estar más o menos incorporado en el paradigma cultural occidental, siempre desde una posición de lego, o pertenecer a otros núcleos culturales con distintos grados de exposición a los valores, normas y recursos de la cultura occidental. Por tanto, este “encuentro cultural” no es neutral e inocuo y mucho menos paritario. El *paradigma médico* es asumido a priori como superior al *paradigma popular*. Detrás de las «explicaciones» siempre hay «implicaciones», formas de ver el mundo y la sociedad, lo que está bien o mal, lo que es normal o anormal y con ello

atribuciones de responsabilidad y, en paradigmas cristianos, asignación de culpas (21).

El acto médico psiquiátrico y en particular el acto diagnóstico psiquiátrico, en tanto marca el momento de aceptación (proceso de apropiación) por parte del diagnosticado de la interpretación (causalidad) del sufrimiento dada por el diagnosticador; podría desarrollarse en dos tipos de posicionamiento cultural de los sujetos involucrados (25). Una primera posibilidad, sea porque el médico psiquiatra consciente o inconscientemente no logra identificar el carácter cultural de su práctica, y opta por la reproducción de relaciones de dominación frente al paciente y éste -sea consciente o inconscientemente- adopta una actitud de sumisión, que muy probablemente desencadenará procesos de contrapoder tales como la discontinuidad del tratamiento, el cambio de psiquiatra o terapeuta, la baja adherencia a los fármacos o la resistencia pasiva al cambio de comportamientos (26, 27). Una segunda posibilidad puede darse por la acción reflexiva y consciente del psiquiatra de asumir su intervención en un proceso de interacción cultural donde se puede dar cuenta de conflictos en las formas de comprender el problema y se postula el objetivo de una construcción “negociada” de la interpretación del problema, ya que las intervenciones psiquiátricas tienen no solo un componente cultural sino que son esencialmente culturales (19, 20, 28, 30).

Por lo tanto podemos concluir:

- La objetividad frágil que se le atribuye al diagnóstico psiquiátrico por el carácter no material de los síntomas y signos, es producto de la perspectiva positivista empirista desde donde se analiza y que aún es predominante en las ciencias de la salud.
- La objetividad del síntoma psiquiátrico basado en la estabilidad de forma (estructura y organización) está más reconocida en enfoques epistemológicos estructuralistas y constructivistas de la ciencia.
- La dificultad manifiesta en la pretensión de neutralidad del diagnóstico psiquiátrico, está abriendo el camino para la construcción intersubjetiva del diagnóstico como una situación humana compleja, de neutralidad cuestionada.
- La psiquiatría se va convirtiendo en un espacio por excelencia para repensar el saber y el poder la medicina, en un proceso de mayor aproximación a las múltiples experiencias de vivir, estar sano y enfermar.

Finalmente, consideramos que es fundamental que el médico pueda prestar atención a los componentes técnicos y a las dimensiones cognoscitivas del encuentro diagnóstico, pero también a las dimensiones sociales y culturales que se dan en forma explícita y latente, y que tienen relevancia crítica en la relación que se establece con el paciente, creando condiciones favorables para el desarrollo de una entrevista productiva y para la eficacia y efectividad del diagnóstico y del tratamiento. Es extremadamente importante que se preste atención a la dimensión cultural en la relación médica y en la atención psiquiátrica en particular, identificando y relativizando «nuestra cultura» (paradigmas, teorías, formas de pensar), dudando de nuestro sentido común, de lo aparente y lo obvio (la realidad siempre es más compleja que lo que suponemos o podemos comprender acerca de ella), tomando conciencia del «poder» de nuestra presencia, palabras y acciones, descubriendo el sentido y el valor de la cultura de los otros, pasando de la diferencia jerárquica a la diversidad (diferencia horizontal) y postulando el potencial de una genuina integración intercultural como ingrediente sustancial del desarrollo y sobrevivencia de la especie humana.

Conflictos de interés: El autor declara no tenerlos.

Correspondencia:

Humberto Castillo-Martell
 Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi.”
 Jr. Eloy Espinoza 709. Urb. Palao.
 San Martín de Porres.
 Lima 31, Perú.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sigerist H. Hitos en la historia de la salud pública. México DF: Siglo Veintiuno; 1956.
2. Muñoz F, López-Acuña D, Halverson P, Guerra de Macedo C, Hanna W, Larrieu M, Ubilla S, et al. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2000; 8: 126-134.
3. Testa M. *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
4. Minayo MCS, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
5. Minayo MCS. *El desafío del conocimiento*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
6. Jaspers K. *Esencia y crítica de la psicoterapia*. Buenos Aires: Compañía General Fabril Editora; 1959.
7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Revised

Ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.

8. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª. revisión. Washington, D.C.: OPS; 1995.
9. Kessler R, Mc Gonagle K, Zhao S, Nelson C, Hughes M. Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry*. 1994; 51: 8-19.
10. Barcia D. Fluctuaciones en los planteamientos teóricos de la psiquiatría. En: Vallejo J. *Update 2000*. Barcelona: Masson; 2000.
11. Berrios G, Chen E. *Recognising psychiatric symptoms. Relevance to the diagnostic process*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
12. Berrios G. Descripción cuantitativa y fenómenos psicopatológicos. En: Guimón J, Mezzich J, Berrios G. *Diagnóstico en Psiquiatría*. Barcelona: Salvat; 1988.
13. Fuentenebro F. El lugar de la psicopatología descriptiva. *Psiquiatria Pública*. 1995; 7: 20-25.
14. Chalmers A. *La ciencia y cómo se elabora*. Madrid: Siglo XXI; 2006.
15. Lázaro J. De la evidencia ilusoria a la incertidumbre razonable: introducción histórica. *Archivos de Psiquiatría*. 1999; S3: 5-26.
16. Foucault M. *El nacimiento de la clínica: Una arqueología de la mirada médica*. Madrid: Siglo XXI; 1966.
17. Kleinman A. *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. Nueva York: The Free Press; 1988.
18. Lewis-Fernández R, Kleinman A. Cultural psychiatry. Theoretical, clinical, and research issues. *Psychiatr Clin North Am*. 1995; 18: 433-48.
19. Mezzich JE, Kirmayer LJ, Kleinman A, Fabrega JR, Parron DL, Good BJ, et al. The place of culture in DSM-IV. *J Nerv Ment Dis*. 1999; 187: 457-64.
20. Kirmayer LJ, Minas H. The future of cultural psychiatry: an international perspective. *Can J Psychiatry*. 2000; 45: 438-46.
21. Ramos J. De la antipsiquiatría a la nueva psiquiatría comunitaria: Hacia una psiquiatría de la complejidad. En: Vallejo J. *Update 2000*. Barcelona: Masson; 2000.
22. Muscovici S. La historia y actualidad de las Representaciones Sociales. En: Flick U. (comp.) *La Psicología de lo Social*. Cambridge: Cambridge University Press; 1998.
23. Hercovich I. De la opción ‘sexo o muerte’ a la transacción ‘sexo por vida’. En: Fernández AM. (comp.) *Las mujeres en la imaginación colectiva. Una historia de discriminación y resistencias*. Buenos Aires: Paidós; 1992. 63-64.

24. Goffmann E. Estigma. La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu; 2006.
25. De Souza-Santos B. Descolonizar el saber. Reinventar el poder. Montevideo: Ediciones Trilce; 2010.
26. Foucault M. Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión. Buenos Aires: Siglo XXI; 2003.
27. Goffman E. Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires: Amorrortu; 1972.
28. Elías N. El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas. Madrid: Fondo de Cultura Económica; 1998.
29. Robins E, Guze S. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970; 126: 107-111.
30. Tizón J. Introducción a la epistemología de la psicopatología y la psiquiatría. Barcelona: Ariel; 1978.

Recibido: 06/01/2014

Aceptado: 24/04/2014