

EPISTEMOLOGÍA E HISTORIA DE LA CIENCIA

SELECCIÓN DE TRABAJOS DE LAS XIX JORNADAS
VOLUMEN 15 (2009)

Diego Letzen
Penélope Lodeyro

Editores



ÁREA LOGICO-EPISTEMOLÓGICA DE LA ESCUELA DE FILOSOFÍA
CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LA FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons atribución NoComercial-SinDerivadas 2.5 Argentina



El empleo de los criterios operacionales y el lugar del juicio clínico en el diagnóstico psicopatológico y la conformación de categorías nosológicas

*Dante Duero y Nicolás Di Persia**

Introducción: El modelo biomédico en psiquiatría

Con el nacimiento de las terapias medicamentosas para el tratamiento de las llamadas enfermedades mentales la psiquiatría tuvo la esperanza de conseguir, como disciplina científica de carácter empírico, una posición que la equiparara con las restantes ramas de la medicina. En tanto otras ramas médicas se ocupan del estudio de los diferentes órganos y sistemas fisiológicos del organismo humano, la psiquiatría se ocuparía de comprender el sistema nervioso, sus funciones y sus alteraciones, pudiendo ser estas últimas afecciones de la estructura de células y tejidos, o bien alteraciones como ciertos disturbios metabólicos o cambios regulativos de carácter funcional.

Desde el modelo médico la enfermedad mental es concebida como un trastorno del cerebro, resultado, por ejemplo, del malfuncionamiento de un conjunto de neurotransmisores que genera cambios químicos provocando pensamientos y conductas irracionales. Mucho se ha insistido por ejemplo, en que la esquizofrenia es un desorden de carácter neurobiológico. Al estabilizar los desbalances en la química cerebral, el empleo de medicación resultaría el tratamiento adecuado que conllevaría a la desaparición de los síntomas (Cohen, 2008).

Dentro de este modelo, se presume que la biología es el determinante causal y estructural de los diferentes tipos de trastornos mentales, que pueden adoptar distintas formas de expresión en los planos psicológico y cultural. Es decir: la enfermedad es una entidad natural que puede arrojarse bajo diferentes disfraces. Simultáneamente, se presupone que lo que se observa en el plano sintomatológico es expresión de una disfunción interna del organismo. De igual forma que sucede en cualquier rama de la medicina, el diagnóstico psiquiátrico resulta de la lectura semiótica del comportamiento del paciente como expresión del funcionamiento infraestructural del sistema nervioso. Las nosografías basadas en estadísticas, sobre todo el DSM y el CIE adhieren de forma implícita a esta concepción biologicista de la enfermedad y desatienden de consideraciones culturales así como a los aspectos que hacen a lo que tradicionalmente se ha denominado el juicio clínico del experto como criterios que delimitan y definen lo que se entiende por trastorno.

En el presente artículo revistamos algunos supuestos que subyacen a la construcción y uso de los sistemas nosográficos psiquiátricos. No es nuestra intención discutir sobre los presuntos factores que determinan la aparición de esta clase de trastornos; lo que nos interesa es discutir cuál es la naturaleza de los criterios que se emplean para caracterizarlos, definirlos e identificarlos. Como creemos que la forma de pensamiento psiquiátrico actual se enraíza en parte en una semiótica atomística y en una concepción mecanicista de los trastornos que alcanzó su apogeo en Francia y Alemania hacia 1890, nos permitiremos mencionar brevemente algunos

* Fac. de Psicología, UNC. e-mail dduero@yahoo.com

† Investigación realizada con financiamiento de Secyt

hechos históricos de aquel período; sin embargo nuestra investigación se centra fundamentalmente en las propuestas y aportes de la psiquiatría angloeuropea de los últimos cincuenta años.

Con nuestro análisis tratamos sugerir que la elaboración de las propias categorías diagnósticas, empleadas para el diagnóstico psiquiátrico, se hallan insertas en una lógica cultural que las condiciona, ya que se sostienen sobre criterios que son vinculantes respecto del contexto sociocultural e histórico al que pertenecen tanto el paciente como el clínico. Se trata de un trabajo de revisión bibliográfica y análisis teórico. Para la búsqueda y selección de las fuentes se recurrió al empleo de palabras claves en castellano e inglés como motores de búsqueda en bases de datos y publicaciones especializadas. Se identificaron asimismo artículos pertinentes a través del método de seguimiento por referencias cruzadas y se utilizaron criterios de inclusión según ejes temáticos que consideramos de relevancia.

El sustrato orgánico de la locura

A lo largo de los siglos XVIII y XIX se constituyen diferentes discursos clasificatorios y se intenta describir a la locura como un conjunto de enfermedades que presenta, cada una, una sintomatología y una evolución, aspectos diagnósticos y de pronosis (Foucault, 2003). Ya Cullen había querido explicar la vesania como consecuencia de un desequilibrio en la actividad cerebral y acuñó para esta clase de trastorno el término *neurosis*. La locura consistía pues, en una asociación insólita de ideas que conducía a juicios falsos y ocasionaba emociones desproporcionadas. En París, Pinel se ocupó de crear un sistema de clasificación basándose en factores psicológicos y partiendo de un análisis clínico detallista de los trastornos psíquicos y sus síntomas que se nutría de las ideas filosóficas del empirismo. Para Pinel aunque las enfermedades mentales fueran perturbaciones del sistema nervioso, la lesión no era constante. Basándose en criterios exclusivamente sintomáticos establece su sistema de categorías diferenciando la manía, la melancolía, la demencia y el idiotismo. Su discípulo Esquirol propone una reclasificación de las enfermedades, subdivide la idiotez y las demencias, crea el apartado de las monomanías y aporta interesantes observaciones para distinguir el gran mal epiléptico. Más o menos por aquella época, Falret y Baillarger se ocupan de presentar propuestas específicas para comprender la locura circular. En Alemania, Griesinger junto con Mayner y Wernike desarrollaban un programa que se proponía clasificar las enfermedades mentales a partir de estudios histopatológicos. Baillarger, Morel y Kraepelin proponen sistemas complejos para la clasificación de enfermedades basándose en sus signos y síntomas y Serieux y Dupré discuten y crean categorías para clasificar los distintos tipos de delirios.

Desde aquellos orígenes las dos grandes sombras de la nosología y la anatomía patológica, estuvieron presentes para erigirse en los garantes definitivos de la ciencia psiquiátrica. Lo cierto es que, pese a los esfuerzos, los sistemas de clasificación resultaban en muchos casos confusos, no se encontraban sustentados en un conocimiento etiopatológico válido y no existía una relación justificada entre los diagnósticos, los tratamientos y el pronóstico (Foucault, 2003).

El descubrimiento de Bayle se vuelve por ello un hecho de vital importancia en la historia de la psiquiatría. En 1822 Bayle publica su tesis sobre la parálisis general, un síndrome que ya había sido reconocido por Esquirol y Georget. Sin embargo, lo que consigue Bayle por primera vez en la historia de la psiquiatría es aislar una entidad mórbida que se presenta como un proceso

secuencial y que se desarrolla progresivamente a través de varios cuadros clínicos sucesivos con signos clínicos detectables que reposan sobre una base anátomo-patológica. Se consigue además encontrar una asociación entre dicha etiología y la evolución del cuadro completo en un plano nosológico (Bercherie, 1989; Foucault, 2003).

De acuerdo con Cunningham Owens (2000), junto con las demencias de transmisión el de la "aracnoiditis crónica" probablemente haya resultado uno de los únicos ejemplos para validar un modelo neuropatológico de la enfermedad mental; pese a ello se sostuvo y apuntaló a partir de entonces la idea de que los desórdenes psiquiátricos podían ser conceptualizados como desórdenes con características etiológicas, sintomatológicas, de pronóstico y de respuesta al tratamiento específicas. En los hechos, sin embargo, la fundación de la psiquiatría descansó desde la época de Kraepelin y aún después en el desarrollo de una prolija metodología descriptiva de aspectos sintomáticos (que se agrupaban, en demasiadas ocasiones, de forma contingente) y en fútiles intentos por hallar asociaciones entre aquellos cuadros y algunos ocasionales hallazgos patognomónicos. Lo cierto es que aún hoy se discute si esos sistemas taxonómicos son válidos y suponen la utilidad que se pretende.

Existe al respecto toda una serie de investigaciones que ponen en duda, por ejemplo, que cuadros de la nosografía como la esquizofrenia o los desórdenes afectivos (clasificación dicotómica de las psicosis no orgánicas que propusiera Kraepelin y que prevalece hasta nuestros días) constituyan auténticas entidades sindrómicas. Estudios de laboratorio muestran, por ejemplo, que los cambios morfométricos que se pretenden asociados con la esquizofrenia están presentes también en pacientes con desórdenes afectivos quienes muestran anomalías que están entre la población normal y los primeros. También se ha mostrado, mediante estudios post mortem y uso de imágenes de la estructura del cerebro *in vivo*, que los cerebros de los pacientes esquizofrénicos no difieren de forma sustancial de los pacientes con desórdenes afectivos (Andersen y col. 1990; Bentall, 1990; Breggin, 1990; Dworj, 1997; Heckers 1997; Lader y col. 1984; Mc Glashan y Johannessen, 1996). En otro plano, aunque los estudios genéticos han establecido una asociación entre esquizofrenia y desórdenes afectivos y la línea familiar, estudios de los árboles genealógicos ilustran que suelen ser comunes una mixtura de desórdenes psicóticos de ambos tipos dentro de la misma familia. Ya en lo que hace al tratamiento, en gran cantidad de ocasiones no hallamos una asociación justificada entre los diagnósticos y las propuestas de intervención farmacológica. El empleo de drogas antipsicóticas o de los antidepresivos IRSS (empleadas de forma inespecífica para una variedad de trastornos) son un buen ejemplo de lo que decimos.

Como afirma Cunningham Owens (2000), la dificultad para establecer una validez conceptual en términos de etiología, patología, curso y finalización, para cada una de estas enfermedades refleja como en los tiempos de Kraepelin, que las limitaciones de nuestros métodos continúan. Pese a ello, la tesis de las enfermedades mentales como clases naturales y el uso de categorías discretas para la elaboración de taxonomía continúan sustentando los sistemas de clasificación y el diagnóstico psiquiátrico.

Sistemas Nosográficos

Hacia mediados del siglo XX y con el objetivo de lograr una clasificación generalizable y universal de las enfermedades, la APA propone la creación de un sistema de clasificación que

apunta a minimizar las consideraciones personales que pudiera hacer cada profesional al momento de establecer un diagnóstico clínico y a posibilitar entre aquellos un mayor nivel de acuerdo en sus valoraciones.

Durante 1952, un comité central de especialistas elabora una primera versión, basándose para ello en las experiencias clínicas de expertos y en su entendimiento implícito de la literatura existente. Esta metodología fue la utilizada, sin importantes variaciones, hasta la tercera versión. A partir de esta última, el comité redactor realiza una profunda revisión de la literatura e intenta seguir una metodología más sistemática para la confección del nuevo manual; se observa entonces una tendencia a alejarse de cualquier clase de consideración psicogenética o etiopatológica en relación a los trastornos y a hacer hincapié en cambio en una descripción minuciosa, que partiese de la metodología operacional, de los aspectos sintomáticos que caracterizaban a los distintos cuadros (Widiger y Clark, 2000).

Esto mejoró considerablemente la fiabilidad de los diagnósticos, con mayores beneficios en la clasificación de algunos grupos que otros, claro. Su eficacia se observó fundamentalmente en el área de la investigación, en dónde pareció posible establecer algunas correlaciones entre los estudios cerebrales y ciertos cuadros sindrómicos. En el ámbito de la práctica clínica sus beneficios, aunque reales, han sido sin embargo más dudosos.

En psiquiatría no parece posible configurar un sistema de clasificación exhaustivo que delimite cada cuadro a partir de un listado de síntomas. Los sistemas de clasificación que ofrecen esta clase de manuales no cubren la totalidad de los casos que se presentan en la práctica concreta. En la práctica resulta que el clínico acude de forma implícita a juicios y formas de razonamientos que no son definidos ni contemplados por estos manuales.

Se hizo evidente, por otra parte, cierta dificultad a la hora de diferenciar trastornos como la psicosis aguda y un episodio maniaco o de establecer con claridad la ubicación nosológica de los llamados trastornos esquizoafectivos, diagnóstico que en demasiadas ocasiones se emplea para clasificar a pacientes que no cumplen enteramente con los criterios para un diagnóstico de esquizofrenia o un trastorno afectivo (García-Valdecasas Campelo y col., 2007). Kennedy y Gourlay (1970) reportan, en relación con ello, no haber sido capaces de establecer una sintomatología clara divisoria entre síntomas psicóticos esquizofrénicos y del estado de ánimo. Sostienen que los síntomas no se distribuyen de forma bimodal y estudios como los de Matsuura y col. (2003) sugieren que la diferencia de síntomas entre los desórdenes del espectro esquizofrénico y la psicosis epiléptica podría ser cuantitativa antes que cualitativa. Otros autores han remarcado la importancia de atender con vistas al diagnóstico, al "curso" y no sólo a los síntomas que hacen al estado transitorio de cada trastorno (García-Valdecasas Campelo y col., 2007) y actualmente hay quienes proponen cambiar el sistema de clasificación categorial por uno basado en dimensiones. Todos estos aspectos indican que existe una verdadera dificultad para establecer categorías sindrómicas utilizando únicamente listados de síntomas clínicos. A partir de las dificultades anteriormente delineadas diversos autores han remarcado la importancia del juicio clínico y la pericia del experto al momento de arribar a un diagnóstico.

El rol que juega el juicio clínico en el proceso de construcción de las categorías diagnósticas, es un punto central para la discusión de los límites al objetivo de generar una clasificación generalizable y mundial como la propuesta del DSM. Al respecto, y a propósito de

las primeras versiones, la APA reconoció en un informe publicado en 1980, que la mayoría de las categorías de diagnóstico están basadas en el juicio clínico de los expertos. Por lo demás, los propios creadores de la cuarta versión del manual han reconocido que su utilidad es más acotada de lo que se pretende y que la pericia clínica es un aspecto clave a la hora de arribar a un diagnóstico. En la introducción, los editores reconocen que las categorías y los criterios diagnósticos deben ser utilizados por personas con experiencia clínica y que los árboles de decisión junto con el sistema de clasificación sindrómica deben servir únicamente como guías y no ser empleados a rajatabla, como si se tratase de un libro de recetas de cocina (APA, 1995). Esto indica, sin embargo, que la pretensión por parte del manual de reducir al mínimo las consideraciones personales del clínico y generalizar así los criterios, no ha sido posible hasta la presente versión. En relación con esto Widiger y Clark (2000) se preguntan en qué medida ha podido el DSM mejorar o encontrar una forma diferente de generar sus categorías y criterios, que sean distintas de las del juicio clínico y sus limitaciones.

Diagnóstico y juicio Clínico

La actividad cognitiva que realiza el clínico para definir un diagnóstico es principalmente una actividad conformada a partir de elementos que tienen su raíz en sus propias representaciones culturales e idiosincrásicas, en su sentido común y en otros elementos generados a partir de su formación y entrenamiento (Leibovich, 2004; Trinca, 1986; Eva y Norman, 2005; Kassirer, 1989; Razzouk et al, 2006). La evaluación psiquiátrica constituye un tipo de práctica compleja, atravesada por diversos factores inespecíficos que inciden en la elaboración del diagnóstico; es un proceso que se extiende más allá de cualquier propuesta clasificatoria en base a síntomas y que supone formas tácitas de conocimiento.

Diferentes estudios empíricos han mostrado, en relación con ello, lo difícil que resulta aún para expertos, arribar a un adecuado diagnóstico siguiendo únicamente criterios operacionales como los propuestos en esta clase de manuales. Así, por ejemplo, Razzouk y colaboradores (2006) les presentaron cuatro viñetas clínicas a tres expertos y les solicitaron que indicaran el diagnóstico de cada caso e indicasen qué síntomas claves habían orientado sus consideraciones diagnósticas. Los resultados mostraron un remarcable desacuerdo entre los tres expertos. El síntoma considerado clave para el diagnóstico y por ende, el más importante desde el punto de vista clínico, fue diferente en cada uno de los tres profesionales consultados. En cambio, sólo hubo coincidencia en relación a algunos síntomas inespecíficos. Por lo demás, tampoco hubo niveles aceptables de acuerdo respecto del diagnóstico al que arribaron para tres de los cuatro casos. Y los diagnósticos de esquizofrenia fueron emitidos más allá de no cumplirse todos los criterios considerados por el DSM.

Garb (1996) observó en un estudio que, para realizar diagnósticos, no hubo adhesión a los criterios DSM-III-R, por parte de 34 de 52 psicólogos. Así mismo, estos 34 diagnósticos fueron considerados por los clínicos con alta probabilidad de ser correctos y el caso presentado, típicamente observado en su práctica.

Otros trabajos llaman la atención sobre la incidencia que tienen las características culturales del clínico y el paciente en las elecciones diagnósticas. Así, por ejemplo, parece ser que la raza o etnia de los pacientes influye en los juicios diagnósticos y que la probabilidad de que un paciente sea diagnosticado con uno u otro tipo de patología varía de forma rotunda en función de estos

aspectos (Fischer y Miller, 1973; Loring y Powell, 1998; Pottick, Kirk, Hsieh y Tian, 2007; Nguyen, Arganza, Huang y Liao, 2007; Loo y Rappaport, 1998; Skiba, Knesting y Bush, 2002; Weisz y McCarty, 1999). Arnold y col. (2004), reportaron al respecto que pacientes hombres afro-americanos eran diagnosticados con una mayor cantidad de síntomas psicóticos que hombres euro-americanos a partir del juicio de expertos y de entrevistas semiestructuradas y remarcan la importancia de que los síntomas psicóticos sean siempre evaluados en el contexto de otros síntomas con vistas a prevenir diagnósticos erróneos.

Lo anterior nos hace pensar que el conocimiento que el experto posea de los aspectos idiosincrásicos del paciente y su cultura resultan ser elementos que no pueden dejarse de lado y que esto depende de su competencia y habilidad para explorar y entender las prácticas y los marcos de significados compartidos por la comunidad a la cual el paciente pertenece.

Consideraciones finales

Como en diferentes ámbitos, en la clínica, el dominio de aplicación de cualquier regla de razonamiento no puede aislarse de las circunstancias o contexto concreto en que se plantean los problemas. No es posible generar fórmulas o “reglas de razonamiento” abstrayéndose de circunstancias específicas que la situación plantea (Eraña Lagos, 2003). Como hemos dicho, creemos que históricamente ha constituido un error pensar que las acciones y las comunicaciones del paciente y el mundo que lo rodea pueden ser considerados tan solo “signos de funcionamiento neurológico”. Es claro que el buen funcionamiento del cerebro resulta imprescindible para que una persona pueda desarrollarse y desempeñarse con adecuación en el contexto social del que forma parte. Sin embargo, la clase de consideración que se requiere para una valoración de tipo psiquiátrica no se limita a una valoración de funciones nerviosas o “psicológicas”. Las reglas de ajustes a las que el psiquiatra debe atender en sus valoraciones, no son en ningún sentido reglas biológicas sino reglas que discuten con un orden social y muchas de las categorías que se emplean para caracterizar los trastornos son de naturaleza vinculante o relacional. Y es que lo que se evalúa durante un diagnóstico psiquiátrico no es, en definitiva, el funcionamiento de un sistema neuroanatómico y funcional o un conjunto de funciones psicológicas aisladas sino, por el contrario, el funcionamiento total del paciente dentro de un marco de interacciones y de significados compartidos.

Valoraciones como las sugeridas por el DSM IV para diagnosticar por ejemplo, un episodio depresivo mayor (como expresar una “alta irritabilidad”, o “un sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia”) no pueden ser hechas sino a partir de un trabajo interpretativo y heurístico que supone una evaluación comprensiva como la que estamos caracterizando. Pensamos que aspectos culturales, sociales e históricos de los cuales no está exenta la práctica psiquiátrica, deberían considerarse más seriamente de modo de integrar aquellos elementos que configuran la forma en que se define una conducta como patológica. En este sentido, resulta relevante atender a propuestas como las de Alfred Schutz (1962), quien intenta mostrar algunos de los principios de sentido común que normalizan y vuelven inteligibles las conductas y comunicaciones propias de las personas de una misma comunidad. Este autor nos muestra cómo se aprende a generar construcciones típicas que configuran nuestros estereotipos y prototipos respecto de lo que son comportamientos, experiencias y comunicaciones normales y

anormales. Como mencionamos previamente, estos aspectos pueden reconocerse dentro de la clínica psiquiátrica.

El diagnóstico de enfermedad mental implica, según estamos diciendo, presuponer que se posee un sistema de significatividad compartida y que éste se encuentra configurado a partir de tipificaciones que el endogrupo ha adoptado como "normas" más o menos consensuadas (Schütz, 1962). Requiere una comparación implícita de tales esquemas. Y esto es algo que no puede explicitarse en ningún listado exhaustivo de síntomas ni puede agotarse en un inventario de funciones psicológicas atomizadas. Es preciso en cambio que el clínico esté inmerso en la vida cultural y el mundo significativo del paciente y el grupo al que aquel pertenece. Esta clase de conocimiento, por lo general tácito, forma parte de lo que históricamente ha dado en llamarse juicio clínico.

Bibliografía

- American Psychiatric Association, (1995); Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, (4º ed.); Masson, Barcelona.
- Andersen, N.C., Swayze, V.W., Flaum, M., Yates, W.R., Arndt, S. y Mc Chesney, C. (1990): Ventricular enlargement in schizophrenia evaluated with computed tomographic scanning. Effects of gender, age and stage of illness. *Archives of General Psychiatry*, 47, pp. 1008-15
- Angst, K y Preisig, M. (1995) Outcome of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients results from a prospective study from 1959 to 1985. *Schweiz Arch Neurol. Psychiatr.* 146; 17-23.
- Arnold, L.M., Keck, Jr P., Collins, J., Wilson, R., Fleck, D. E., Corey, K., Amicone, J., Adebimpe, V.R., Strakowski, S. M. (2004): Ethnicity and first-rank symptoms in patients with psychosis. *Schizophrenia Research*, 67: 207-212.
- Bentall, R.P. (1990): The symptoms and syndromes of psychosis. Or why you can't hope to play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win. En R.P. Bentall (ed.) *Reconstructing Schizophrenia*. London Routledge. Citado en Boyle (2000)
- Bercherie, P. (1980); Los fundamentos de la clínica. Manantial. Buenos Aires.
- Bayle, A-L; (1998/1822). Investigaciones sobre la aracnoiditis crónica. En: alucinar y delirar, JC Stagnaro (editor); Ed. Polemos, Bs As.
- Breggin, P. 1990: Brain damage, dementia and persistent cognitive dysfunction associated with neuroleptic drugs. Evidence, etiology and implications. *Journal of Mind and Behaviour*, 11, pp. 425-464.
- Cohen, B. MZ (2008): Mental Health User Narratives. Humboldt Universität zu Berlin. Paggrave Macmillan.
- Cunningham Owens, D; (2000); The challenges of diagnosis and continuing patient assessment; *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice; Vol. 4; Suppl. 1*; 13-18.
- Dwork, A. J. (1997): Postmortem studies of the hippocampal formation of schizophrenia. *Schizophr. Bull.* 23, pp. 285-402.
- Eraña Lagos, A. (2003): Normatividad epistémica y estructura heurística de razonamiento. *Crítica, Revista Hispanoamericana de Filosofía*, Vol. 35, No. 104: 69-108
- Eva, K y Norman, G; (2005); Heuristic and biases – a biased perspective on clinical reasoning; *Medical Education*, 39, 870-872.
- Fischer, J., y Miller, H. (1973). The effects of client race and social class on clinical judgments. *Clinical Social Work Journal*, 1, 100-109
- Foucault, M. (2003): El poder psiquiátrico. Fondo de Cultura Económico.
- Foucault, M. (2006): Enfermedad mental y personalidad. Paidós.
- Foucault, Michael (2003): El poder psiquiátrico. Fondo de Cultura Económica
- García-Valdecasas Campanelo, J., Vispe Astola, A., Días Melián, D. y Martín Olmos, M. (2007). Psicosis cicloides. controversias diagnósticas y nosológicas a propósito de un caso. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiqu.*, Vol. XXVII, No 99: 59-73
- Hecker, S. (1997): Neuropathology of schizophrenia: cortex, thalamus, basal ganglia and neurotransmitter-specific projection system. *Schizophr. Bull.* 23: 403-21.
- Kassirer, J; (1989); Diagnostic Reasoning; *Annals of Internal Medicine*, 110, 893-900

- Kendell, R. E. y Gourlay, J. (19079). The clinical distinction between affective psychoses and schizophrenia. *Br. J. Psychiatry*, 117, pp. 261-266.
- Lader, M.H; Ron, M y Petursson, H. (1984): Computed axial brain tomography in long-term benzodiazepine users. *Psychological Medicine*, 14, pp. 203-206
- Lee, A.S. y Murray, RM, 1988: The long-term outcome of the Maudesley depressive. *Br. J. Psychiatry* 153: 741-51
- Leibovich, A; (2004); Cómo psicoanalistas y psicoterapeutas construyen sus inferencias clínicas. Estudio empírico. Documento recuperado el 10 de noviembre de 2007, de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000297&a=Como-psicoanalistas-y-psicoterapeutas-cognitivos-construyen-sus-inferencias-clinicas-Estudio-empirico>
- Loo, S.K., y Rappaport. (1998). Ethnic variations in children's problem behaviors. A cross-sectional, developmental study of Hawaii school children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 567-575.
- Loring, M., y Powell, B. (1998). Gender, race, and DSM-III: A study of the objectivity of psychiatric diagnostic behavior. *Journal of Health and Social Behavior*, 29, 1-22.
- Matsura, M., Adachi, N., Yasunori, O., Okubo, Y., Kato, M., Nakano, T y Takei, N. (2004): A polydiagnostic and dimensional comparison of epileptic psychoses and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 69: 189-201.
- McGlashan, T. H. y Johannessen, J. O. (1996): Early detection and intervention with schizophrenia rationale. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-22.
- Nguyen, L., Arganza, G. F., Huang, L. N., y Liao, Q. (2007). The influence of Race and Ethnicity on Psychiatric Diagnoses and Clinical Characteristics of Children and Adolescents in Children's Services. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, Vol 13, No. 1, 18-25.
- Pottick K. J., Kirk, S.A., Hsieh D. K., y Tian X. (2007). Judging mental disorder in youths: Effects of client, clinician, and contextual differences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 75, No. 1, 1-8.
- Razzouk, D et al; (2006); How do experts recognize schizophrenia; the role of the disorganization symptom; *Rev. Bras. Psiquiatr.* 28; 1; 5-9
- Schütz, A. (1962): El problema de la realidad social. Amorrortu. Bs As
- Skiba, R.J., Knesting K., y Bush, L. D. (2002). Culturally competent assessment: More than nonbiased tests. *Journal of Child and Family Services*, 11, 61-78.
- Sohler, N. I. y Bromet, E. J. (2003): Does racial bias influence psychiatric diagnosis assigned at first hospitalization?. *Soc. Psychiatry Psychiatric Epidemiol.*, Vol. 38: 463-472.
- Stagnaro, JC; (2007); Perspectiva crítica de las nosografías psiquiátricas contemporáneas. En: Laurent, Eric; Furman, Miguel, Scheinkestel, Adrián; Skiadaressis, Rafael; Yellati, Néstor; Carófile, Alfonso; Stagnaro, Juan Carlos; Psiquiatría y psicoanálisis. Diagnóstico, institución y psicofármaco en la clínica actual; Ed. Grama, Bs As.
- Szasz T (1970). Ideología y enfermedad mental. Amorrortu Ediciones, Buenos Aires.
- Trinca, W; (1986); Diagnóstico psicológico: práctica clínica; *EPU*; Sao Paulo
- Weisz J. R., y McCarty, C. A. (1999). Can we trust parent reports in research on cultural and ethnic differences in child psychopathology? Using the bicultural family design to test parental culture effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 4, 598-605
- Widiger, T. y Clark, L; (2000); Toward DSM-V and the Classification of Psychopathology; *Psychological Bulletin*, Vol. 126; N° 6; 946-963.