

EPISTEMOLOGÍA E HISTORIA DE LA CIENCIA

SELECCIÓN DE TRABAJOS DE LAS XVIII JORNADAS

VOLUMEN 14 (2008)

Horacio Faas
Hernán Severgnini

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



Revisión crítica del concepto de “enfermedad mental” dentro del pensamiento médico-psiquiátrico

*Dante Duero**

Enfermedad mental y psiquiatría

Desde el modelo médico occidental se ha pensado la enfermedad o bien como resultado de una afección en un órgano o un grupo de órganos o bien como un desajuste a nivel sistémico con la subsiguiente puesta en juego de mecanismos compensatorios que apuntan al reestablecimiento de la regulación y la homeostasis (Canguilhem, 1979). Desde una perspectiva semejante y ya dentro de la psiquiatría, se ha querido ver a los llamados “trastornos mentales” como consecuencia de alguna clase de desorden en el sistema nervioso central: los síntomas psiquiátricos serían sencillamente, la expresión de una forma de disfunción cerebral. Desde tal perspectiva se buscó hallar en los métodos y procedimientos de análisis y clasificación de las disciplinas naturales, el ideal de ciencia a perseguir. De acuerdo con esta tesis, el científico debe alcanzar a generar un conocimiento neutral y objetivo del mundo circundante que le permita explicar, predecir y manipular los fenómenos de que se ocupa.

Canguilhem (2005) ha mostrado que, a durante los siglos XVIII y XIX, los conceptos de regulación biológica y homeostasis condujeron a pensar la enfermedad orgánica en términos de desequilibrio biológico. Ya dentro de la psiquiatría se trató de pensar a la locura como un caso particular de enfermedad médica. Del mismo modo en que la Enfermedad de Lyme se expresa por periodos de fiebre y apirexia recurrente, las “enfermedades mentales” se hacen manifiestas por síntomas como el “delirio”, “la actividad motora excesiva”, “el negativismo” o la “adopción de posturas extrañas”.

Pero, como lo ha sugerido Szasz (1970), lo que sucede en la clínica psiquiátrica es que lo que el experto considera o no un síntoma psíquico depende de una comparación solapada con un marco de valores y normas sociales. Lo que la “enfermedad mental” anuncia no es una perturbación en los sistemas de regulación biológica ni los llamados síntomas lo son de una desregulación homeostática. Lo que la locura anuncia es un distanciamiento respecto a un marco cultural e histórico en el cual el paciente se halla inserto y es esto lo que nos permite valorarla como tal.

En este trabajo me he propuesto revisar el concepto de “enfermedad mental” dentro del pensamiento médico psiquiátrico. Sugiero que la noción de “enfermedad mental” se apoya en la pretensión de que los “síntomas psiquiátricos” serían expresión de una disfunción del órgano cerebral; el diagnóstico clínico psiquiátrico permitiría clasificar dichos deterioros. Discutiendo con lo anterior, describo y analizo algunos supuestos que resultan relevantes para el diagnóstico clínico psiquiátrico y para la conformación de las taxonomías psicopatológicas. Afirmo que buena parte de tales supuestos requieren de consideraciones de corte filosófico o moral, que exceden lo que serían criterios médicos. A la luz de lo anterior, cuestiono que el concepto de “enfermedad mental” pueda ser tomado como un análogo de la “enfermedad orgánica”.

* UNC

Estructuras de sentido común

En la vida cotidiana las personas ordenamos y damos sentido a la experiencia a partir de supuestos encarnados acerca de cómo funcionan las personas, cuales son las razones y motivos que condicionan sus modos de conducirse, cuándo se ha producido una violación a las normas y cuáles son y cuáles no explicaciones razonables para dar cuenta de tales infracciones. Es a partir de aquellos supuestos que configuramos y damos sentido a las experiencias y regulamos nuestras prácticas e interacciones (Schutz, 1962; Bruner, 1990). Formarían parte de este marco o trasfondo útil para configurar e interpretar nuestras acciones, convicciones primitivamente arraigadas como las de que los seres humanos tenemos estados mentales subjetivos. Junto con esto último hallamos la suposición de que los estados mentales sirven para explicar y predecir nuestras acciones. Cada vez que procuramos hacer comprensible una conducta que se sale del patrón de lo socialmente aceptado hacemos explícitas tales estructuras interpretativas. Una severa violación a dichas normas amenaza, por otra parte, con dejarnos fuera de los marcos de inteligibilidad que nuestra comunidad provee para comprendernos unos con otros.

El de lo que hemos de considerar la normalidad y la locura es, según creo, un caso límite que es preciso analizar a la luz de esta clase de marcos interpretativos. La identificación del “loco” se hace en base a criterios que nuestra comunidad estipula al momento de caracterizar lo que es normal. Lo anterior nos obliga a reconocer la relatividad, la contingencia y la historicidad de términos como “salud” y “enfermedad mental” (Dixit, 2005).

Enfermedades del cerebro y enfermedades mentales

Ha sido Szasz (1960) uno de quienes más cuestionado y criticado aspectos tanto teóricos como prácticos y metodológicos de disciplinas asociadas con el diagnóstico y la intervención psiquiátrica. Entre otras cosas y a diferencia de lo que sucede en otras ramas de la medicina, nos dice, los criterios para el diagnóstico del enfermo mental exigen una valoración sobre aspectos de corte práctico, moral, legal y social, e implican casi siempre una comparación disimulada de las creencias del psiquiatra con respecto a las creencias y los modos de conducirse del enfermo.

Szasz no niega que los cerebros de las personas enfermen, así como tampoco cuestiona que por debajo de una conducta social disfuncional sea posible hallar signos de deterioro del funcionamiento cerebral¹. Su crítica a la noción de enfermedad mental apunta al supuesto de que con el término “mental” se aluda nada más que al conjunto de las funciones cerebrales. Lo que propone es que, de aquí en más, cuando queramos hablar de disfunciones cerebrales, lo hagamos en términos neurológicos, anatómicos y fisiológicos, no psicológicos.

Las expresiones que pueblan el vocabulario médico-psiquiátrico suponen, sin embargo, una alusión implícita a un marco normativo que incorpora valoraciones antropológicas, morales, jurídicas, filosóficas y prácticas. La caracterización psiquiátrica de ciertos comportamientos como “extravagantes” o “bizarros”; de los lenguajes como “incomprensibles” y de los pensamientos como “obsesivos” o “delirantes” nunca es posible si no se hace referencia a esos marcos interpretativos.

La prisa de la psiquiatría por alcanzar el estatus científico, sumado al éxito obtenido por el médico para tratar las enfermedades orgánicas, ha sido parte de lo que llevó a un intento de extrapolar, a la primera, distintas nociones de la medicina. En psiquiatría, durante los siglos XVIII y XIX se constituyen diferentes discursos clasificatorios y se intenta describir a la locura

como un conjunto de enfermedades que presentan, cada una, una sintomatología y una evolución, aspectos diagnósticos y de pronosis. De este modo, el discurso psiquiátrico emergente emplea el modelo del discurso médico habitual y se trata así de construir un *analogon* de la verdad médica. Asimismo, y a partir del descubrimiento que hace Bayle hacia 1822, de la parálisis general, se observa el desarrollo de un discurso y un saber anatomopatológico de carácter cerebral. Se postula entonces la cuestión del sustrato, de los correlatos orgánicos de la locura junto con otra cuestión, la de su etiología y su relación con las lesiones neurológicas (Foucault, 2003).

Desde sus orígenes estas dos grandes sombras, la de la nosología y la de la anatomía patológica, han estado presentes para erigirse en los garantes definitivos de la ciencia psiquiátrica, ello aún cuando tales discursos no siempre avalaron las prácticas psiquiátricas en los hechos. El funcionamiento de los asilos de Clermont y de la granja de Fitz-James son buenos ejemplos de la falta de relación entre discursos clasificatorios con las prácticas médicas. El sistema de clasificación psiquiátrico se ordenaba, hacia 1860, no en función de la pronosis o los tratamientos sino a partir de la clase de actividad que los pacientes internados eran capaces de realizar en el interior del asilo (Foucault, 2003).

El saber médico y el lenguaje de la biología

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

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

Otra forma de disminuir la relación entre el diagnóstico de “entidades sindrómicas” como la esquizofrenia y los factores ambientales, para así dar peso al argumento médico, es hacer del

ambiente un elemento biológico. Boyle cita un trabajo de Mc Gorty (2000), quien se propone mostrar que la disminución de vitamina D proporciona una posible explicación para el aumento de probabilidad de presentar esquizofrenia en la segunda generación de inmigrantes de piel oscura, que fueron trasladados para vivir en climas más fríos. El argumento es que sus pieles serían menos eficientes para producir vitamina D. Lo que no se dice es que las regiones con climas fríos suelen poblarse por gente de piel blanca y que los de piel oscura de la segunda generación suelen haber sufrido altos niveles de racismo y de discriminación (Boyle, 2000).

En relación con lo dicho resulta curioso que, pese al interés que los psiquiatras expresan por hallar correlaciones con hallazgos neurobiológicos, el proceso de diagnóstico y clasificación se sigue basando en la actualidad y para la mayor parte de los trastornos contemplados en los manuales DSM, en criterios exclusivamente clínicos. Respecto de esto, cabe comentar algo que la nosografía psiquiátrica parece obviar en muchos casos y es que los sistemas clasificatorios de la medicina apuntan a organizar, en función del diagnóstico, el tratamiento de las enfermedades. Un adecuado diagnóstico supone reconocer bien la etiología, o bien los aspectos que harían al curso de la enfermedad y los factores para intervenir sobre ella. En cualquiera de estos casos, lo que se procura es a partir del diagnóstico, identificar los lineamientos para la terapéutica posterior. Pero los diagnósticos psiquiátricos no siempre permiten especificar una terapéutica o un pronóstico. Sólo a modo de ejemplo, ciertas drogas antipsicóticas son utilizadas tanto para el tratamiento de la esquizofrenia como en trastornos del estado de ánimo (Johnstone y col, 1988). Por otra parte, en relación al pronóstico, y contrariamente a las consideraciones que desde Kraepelin llevaron a diferenciar y a suponer un mejor pronóstico para los trastornos del estado de ánimo, evaluaciones con anamnesis continuadas en el tiempo relevaron un alto grado de discapacidad crónica en ambos grupos. Debido a ello, en los últimos años se ha pensado incluso en descartar este sistema binario de clasificación (Owens, 2000). Ya en lo que hace a los criterios diagnósticos mismo y volviendo al esquema clasificatorio usado desde Kraepelin para las psicosis no orgánicas, Kendell y Gurlay (1970) reportan no haber sido capaces de establecer una sintomatología clara divisoria entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo.

Crterios para el diagnóstico psiquiátrico

Los llamados "síndromes dependientes de la cultura" (*cultural bound syndrome*) son un ejemplo sugerente de la clase de vínculos que el diagnóstico psiquiátrico mantiene con relación al medio cultural del enfermo. Hace mucho tiempo Yap (1950) llamó la atención sobre esta clase de fenómenos "psicopatológicos". Actualmente, el DSM IV cuenta con un apartado específico para su caracterización. Estos síndromes han sido descritos durante décadas en personas no occidentales por psiquiatras occidentales que trabajaban en colonias. Entre sus "síntomas", se incluyen "síntomas disociativos", "psicóticos", "ansiedad", "depresión", "síntomas caracterológicos" y "somáticos", etc. Como Kraepelin, quien en sus estudios pensaba que las enfermedades mentales y los síndromes psiquiátricos observados en diferentes culturas enraizaban en similares patologías, aunque su expresión fenomenológica fuera diferente, los psiquiatras y psicopatólogos occidentales parecen englobar la difusa categoría de "síndromes dependientes de la cultura" en un entidad controversial e inespecífica de dudosa uniformidad y validez, dando además por supuesto que las categorías de sus propios sistemas nosográficos son las adecuadas para el análisis. Como notan Aderibigbe y Pandurangi (1995) al hacer esto

implícitamente asumen, como Kraepelin, la tesis de la uniformidad de la sintomatología y las experiencias psicopatológicas.

Pero Aderibigbe y Pandurangi (1995) nos previenen del peligro de utilizar criterios y categorías nosológicas propias de la cultura occidental para caracterizar fenómenos de otros grupos étnicos. El carácter foráneo del sistema de clasificación conlleva el riesgo de ignorar un amplio rango o espectro en que los problemas son caracterizados y vividos desde el sistema de categorías que el sistema cultural al que cada quien pertenece tiene para pensar lo normal y lo desviado. Un hecho notable es que lo que se considera o no como patológico dentro de cierto grupo, depende del grado en que una conducta o patrón se vuelva problemático para el desempeño social del individuo señalado. La actitud frente a conductas poco habituales que podrían ser vistas como anormales para un sujeto, varía para alguien de una cultura diferente. Y esa variación depende de la clase de supuestos que su cultura asuma para pensar lo qué es y no normal. Esto es algo que sucede con lo que los psiquiatras llaman Amok, un trastorno propio de regiones de Malasia e Indonesia caracterizado por un acceso brusco e irrestricto de violencia asociada a conductas homicidas. Este episodio, que tiende a ser precipitado por la percepción de un insulto o actitud despectiva, puede ser tolerado o sancionado, teniendo en cuenta la situación especial de la persona implicada. Así por ejemplo, puede tolerarse y aún considerarse adecuado en un líder político o en alguien de rango importante. Como dicen Aderibigbe y Pandurangi, sucede que, cuando las teorías nosológicas y las prácticas psiquiátricas anglo-europeas son aplicadas a la psicopatología no-occidental, causan categorías falaces (1995, p. 236). Aunque en el DSM IV se recomienda al médico conocer el medio cultural del enfermo, se destina al tratamiento del problema apenas unas páginas y no llega a discutirse en profundidad su peso para el diagnóstico y la conformación de las mismas taxonomías psicopatológicas.

Operacionalización y diagnóstico según los DSM

Desde 1961 la psiquiatría occidental ha venido haciendo una dramática revisión de los principios diagnósticos, poniendo énfasis en la necesidad de arribar a un consenso intersubjetivo. A partir de la edición de los manuales DSM e ICD se dejaron de lado las consideraciones respecto de las posibles etiologías de los diversos trastornos, para hacer hincapié en definiciones operacionales que permitieran reconocer los diferentes síntomas y cuadros. Implícitamente, dicho modelo se apuntaló en la idea de que los desórdenes psiquiátricos pueden ser conceptualizados refiriéndose a lo que Jaspers había llamado "entidades patológicas naturales". Los principios operacionales desplazaron el foco de toda consideración teórica para centrarse en observables que permitieran al psiquiatra, cualquiera sea su formación, identificar y clasificar cada tipo de trastorno.

Pero lo cierto es que ha sido dentro del ámbito de la investigación en donde estos criterios de decisión mostraron sus mejores resultados. En la práctica clínica, el psiquiatra no puede quitarse la responsabilidad de conducir un interrogatorio comprensivo y exhaustivo que se extienda por encima de cualquier listado de síntomas y que vaya más allá del paciente individual, abarcando los múltiples aspectos que hacen al contexto familiar, social y laboral (Owens, 2000). Resultan ilustrativos estudios como el de Razzouk y col. (2006), que muestran que en los patrones de razonamientos que permiten al psiquiatra arribar al diagnóstico clínico se incluyen consideraciones heterogéneas, las que exceden por mucho los criterios de los manuales de clasificación psiquiátrica, además de que en la práctica existe una importante variabilidad

respecto de la relevancia que cada experto otorga a los diferentes síntomas estimados para el diagnóstico y que en la consulta los psiquiatras arriban a los diagnósticos de los diferentes cuadros, aún cuando no se hayan podido identificar todos los síntomas sugeridos por los manuales. Sucede que los criterios de diagnóstico operacional han sido desarrollados basándose en el consenso entre expertos, pero esos criterios requieren del juicio clínico para decidir acerca de cuando nos encontramos y cuando no en presencia de un "síntoma". Ese juicio supone hacer valoraciones sobre el modo en que el enfermo está inserto en su mundo social y cultural. Respecto de esto último, no deja de ser significativo que en la actualidad, entre los criterios provistos por el DSM IV para diagnosticar un trastorno como es la esquizofrenia figuren, junto con síntomas como "lenguaje y comportamiento desorganizados", "ideas delirantes" o "abulia", la presencia de una disfunción significativa en el desempeño laboral, en las relaciones interpersonales o en el cuidado de sí del enfermo, "síntomas" que sólo podrán ser valorados como tales por alguien capaz de reconocer lo que socialmente es tenido o no, por un desempeño adecuado para cualquiera de estas áreas.

Desórdenes mentales y consideraciones culturales

Lo que ocurre es que lo que constituye o no un desorden psiquiátrico es siempre algo social y culturalmente negociado. Las consideraciones culturales y las creencias que la comunidad sostiene respecto de lo que sean conductas, creencias y emociones normales y anormales, resultan esenciales para comprender la enfermedad mental. La cultura conforma las experiencias y expresiones psicopatológicas suministrando contenidos a los pensamientos y los sentimientos y prescribe cómo han de ser nuestras interacciones, qué sería un estilo de vida saludable o cuáles las características dinámicas de nuestra comunicad, todos estos elementos claves para pensar el problema de la salud y la enfermedad mental. Nuestras concepciones acerca de la locura se originan en un dominio de valores sobre la sociedad humana que forman parte de nuestras asunciones fundamentales respecto de la vida y la muerte (Dixit, 2005; Turner, 2001). Por lo anterior, analizarlos y procurar hacerlos explícitos es una tarea fundamental. En este sentido, tal vez sea el momento de abandonar cierta mística naturalista y aceptar, siguiendo a Misra y Prakash (1999) que el psiquiatra trabaja con conocimientos que resultan siempre relativos a ciertos contextos geográficos e históricos que acotan su validez; que dichos conocimientos no se adecuan a la sofisticación y el nivel de análisis logrado en las ciencias físicas y que sus teorías y descubrimientos no siempre muestra un carácter acumulativo. Lamentablemente las teorías y prácticas psiquiátricas han pretendido, en demasiadas ocasiones, alcanzar el estatus del saber natural. Ello las ha vuelto un tanto ciegas a lo histórico y lo cultural y les ha hecho olvidar que la objetividad y la cuantificación no siempre se adecuan con la comprensión de la conducta humana, que no sólo es reactiva sino proactiva y significativa.

Notas

¹ Igual de posible es encontrar una relación entre la inflamación en las articulaciones de un enfermo de artritis y un handicap defectuoso en el golf. Sin embargo, a ningún médico se le ocurriría suponer por ello que perder partidos de golf es señal de artritis.

Bibliografía

Aderibigbe Y y Pandurangi, A. (1995). The neglect of culture in psychiatric nosology. The case of Culture Bound Syndromes. *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 41, No 4, 235-241

- Andersen, N.C., Swazey, 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
- Aro, S., Aro, H., Salinto, M y Keskimaki, I (1995) Educational level and hospital use in mental disorders. A populations-based study *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91, pp. 305-12
- 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).
- Boyle, M. (2002). It's all done with smoke and mirrors Or, how to create the illusion of a schizophrenic brain disease. *Clinical Psychology*, 12, April, pp. 9-16.
- 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
- Bruner, Jerome (1991): Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Alianza, Madrid
- Canguilhem, G (1979): Lo normal y lo patológico. Editorial Siglo XXI, Buenos Aires, 1966
- Canguilhem, G (2005): Ideología y racionalidad en la historia de la ciencia de la vida. Amorrortu, Buenos Aires.
- Dixit, S (2005). Meaning and Explanation of Mental Illness. A Social Representations Approach. *Psychology Developing Societies*, 17,1,1- 18
- Dwork, A. J (1997): Postmortem studies of the hippocampal formation of schizophrenia. *Schizophr Bull* 23, pp. 285-402
- Falloon, I.R. (2000) Problem solving as a core strategy in the prevention of schizophrenia and other mental disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (Suppl), pp. 185- 190
- Foucault, M (1998): Historia de la locura en la época clásica. Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, Michael (2003). El poder psiquiátrico. Fondo de Cultura Económica
- Gomme, R. (1996) Mental health and inequality. En T Heller, J Reynolds, R. Gomme, R. Muston y S Pattison (eds). *Mental Health Matter: A reader* London Macmillan
- Hechers, S (1997). Neuropathology of schizophrenia. cortex, thalamus, basal ganglia and neurotransmitter-specific projection systems. *Schizophr Bull* 23, pp. 403-421
- Johnstone, EC; Crow, TJ, Frith CD et al (1988) Tunhe Northwick Park 'functional' psychosis study: diagnosis and treatment response. *Lancet* 2: pp. 119 - 25
- 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 Citado en Boyle (2002)
- Lewis, S W. (1990): Computerised tomography in schizophrenia 15 years on. *British Journal of Psychiatry*, 157 (Suppl 9), 16-24. Citado en Boyle (2002)
- Mc Gorty, P.D. (2000): The nature of schizophrenia. Signposts to prevention. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (Suppl), pp. 14-21
- McGlashan, T H y Johannessen, J O (1996): Early detection and intervention with schizophrenia rationale. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 201-22.
- Misra, G Prakash, A (1999). Psychology in India: Perception and perspectives. *Psychology and Developing Societies*, 11, 1, 26-53
- Owens, C D G (2000): The challenges of diagnosis and continuing patient assessment. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, Vol 4, Suppl 1, pp. 513-518.
- Razzouk, D; Mari, J de J, Shirakawa, I., Wainer, J y Sigulem, D. (2006): How do experts recognize schizophrenia. the role of the disorganization symptom. *Rev Bras. Psiquiatr* 28 (1), pp. 5-9
- Schütz, A. (1962) El problema de la realidad social. Amorrortu Ediciones, Buenos Aires.
- Szasz T (1970). Ideología y enfermedad mental. Amorrortu Ediciones, Buenos Aires.
- Turner, B S (2001). The history of the changing concepts of health and illness: Outline of a general model of illness categories. En G L. Albrecht, R. Fitzpatrick, y S C Scrimshaw (Eds), *Handbook o social studies in health and medicine* (pp. 9-23). London: Sage Publications. Citado en Dixit (2005).
- Yap, P M. (1951) Mental diseases peculiar to certain cultures. A survey of comparative psychiatry. *Jornal of Mental science*, 97, 313-327