

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



La producción del diagnóstico en usuarios/as de salud mental con padecimientos de difícil clasificación: un Estado de la cuestión orientado hacia el estudio de la práctica psiquiátrica peruana desde la Sociología del conocimiento

Trabajo de investigación para obtener el grado académico de Bachiller en Ciencias Sociales con mención en Sociología presentado por:

Bellatin Torres, Jorge Humberto

Asesor:

Santos Anaya, Martín Christian


Lima, 2022

Informe de Similitud

Yo, Santos Anaya, Martín Christian, docente de la Facultad de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) del Trabajo de Investigación de Bachillerato titulado La producción del diagnóstico en usuarios/as de salud mental con padecimientos de difícil clasificación: un Estado de la cuestión orientado hacia el estudio de la práctica psiquiátrica peruana desde la Sociología del conocimiento del/de la autor (a)/ de los(as) autores(as) Bellatin Torres, Jorge Humberto de constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 5%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 04/03/2025.
- He revisado con detalle dicho reporte y el Trabajo de Investigación de Bachillerato, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 4 de marzo del 2025

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Santos Anaya, Martín Christian</u>	
DNI: 09457835	Firma 
ORCID: 0000-0002-7027-1880	

Resumen

Si bien es cierto que los estudios en torno a la salud mental en el Perú se presentan en variedad (Claux, 2018), varios de estos no se focalizan en la práctica de diagnóstico psiquiátrica que es propia de este campo médico y que es ejercida por determinados profesionales. Esta dinámica, lejos de que sea una simple actividad de etiquetado, implica varios procesos socio epistémicos con los cuales los especialistas pretenden, a partir del ejercicio colectivo de su práctica clínica, dotar de inteligibilidad a los padecimientos subjetivos de diferentes personas y organizar a las mismas dentro de diversas lógicas institucionales (Rose, 2019).

Así, asignar un diagnóstico supone un proceso en el cual los psiquiatras pretenden dotar de sentido a eventos considerados como sintomáticos en base a categorías y sistemas de clasificación profesionalmente compartidos. Sin embargo, cabe preguntarse qué es lo que sucede cuando, a los ojos de la comunidad psiquiátrica, se presenta algún caso clínico incierto o anómalo, es decir, que debido a su dificultad clasificatoria desborde y/o desafíe legitimidad de las categorías médicas destinadas a otorgar certidumbre ontológica y epistémica (Pickersgill, 2011) sobre lo que padece el "paciente". En base a una revisión de literatura en la que converge la sociología del conocimiento, la sociología de la ciencia y la sociología médica, el presente estado de la cuestión pretende justificar la relevancia indagatoria de un proyecto de investigación enfocado en analizar lo descrito: de qué manera, desde el contexto psiquiátrico-profesional peruano, se elaboran diagnósticos en usuarios de salud mental cuyos cuadros clínicos sean considerados de difícil clasificación.

Palabras clave: diagnóstico, clasificación, incertidumbre, anomalía, psiquiatría

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2.Preguntas y objetivos de la investigación	6
3.Estado de la cuestión	7
3.1. La “clasificación difícil” en la actividad científica: sociología de la incertidumbre y respuesta social a la experiencia de la ambigüedad	7
3.2 La medicina y los fenómenos clínicos difíciles de clasificar en la práctica: investigaciones desde la sociología médica anglosajona.....	14
3.3. De la sociology of diagnosis a la sociología del diagnóstico: investigacionessobre la construcción del diagnóstico en y desde América Latina	19
3.4. Algunas observaciones a partir de la revisión literaria: hacia el caso peruano	25
4.Conclusión	30
Bibliografía:	31



En el prefacio de *Las palabras y las cosas*, una de sus principales obras, el filósofo francés Michel Foucault (2010) plantea, a raíz de la lectura de un cuento de Jorge Luis Borges, una interrogante de sumo interés. El texto de Borges, que Foucault reproduce tal cual, presenta a una hipotética enciclopedia china en la que se muestra una curiosa taxonomía:

los animales se dividen en a] pertenecientes al Emperador, b] embalsamados, c] amaestrados, d] lechones, e] sirenas, f] fabulosos, g] perros sueltos, h] incluidos en esta clasificación, i] que se agitan como locos, j] innumerables, k] dibujados con un pincel finísimo de camello, l] etcétera, m] que acaban de romper el jarrón, n] que de lejos parecen moscas. (Borges citado en Foucault, 2010, p. 10)

La reacción que el párrafo anterior suscitó en Foucault fue de risa, puesto que el texto presentaba una taxonomía que le era inimaginable a partir de las categorías que, desde su posición cultural e histórica, manejaba como sujeto moderno-occidental: Foucault contemplaba en este fragmento una imposibilidad epistémica encarnada. El texto, al trastornar “todas las superficies ordenadas y todos los planos que ajustan la abundancia de seres” (Foucault, 2010, p.10), ejemplifica cómo la puesta en escena de una forma de pensamiento cualitativamente diferente al marco cognitivo occidental revela, según el propio autor, “la desnuda *imposibilidad* de pensar esto [es decir, la clasificación de la enciclopedia ficticia]” (Foucault, 2010, p. 10).

El conocimiento sociológico y antropológico ha podido develar, en múltiples ámbitos culturales, la existencia de cierta predilección humana centrada en la búsqueda del orden. En tal sentido, la construcción de esquemas ordenadores de lo indeterminado son un ejemplo de cómo diferentes grupos, en distintas culturas, buscan evitar el caos y procuran construir una realidad inteligible (Lévi-Strauss, 1997). En esta empresa epistémica entran a tallar diversos sistemas lógicos y simbólicos que, al institucionalizarse, proveen de cierto “orden gnoseológico” (Bourdieu, 1999, p. 67), capaz de garantizar i) la objetividad del mundo para los miembros que participan en una comunidad y ii) la reproducción social de la vida cotidiana de esta.

Ahora bien, la experiencia de la ambigüedad, de la incertidumbre, del vacío o del desorden subvierte, sea momentáneamente o no, tal pretensión de objetividad. En la medida en que no pueda ser asimilada o superada por las categorías existentes, esta experiencia se convierte en una amenaza que pone en tela de juicio a la estabilidad del sistema lógico-simbólico sobre el que descansa la inteligibilidad de alguna realidad. Las “fronteras externas” (Lamont y Mólnar, 2002) que definen lo social como una totalidad ordenada se ven, en este caso, transgredidas. Ante esto, los grupos sociales pueden adoptar diversas estrategias

para superar tal potencial obstáculo, como puede ser la “purificación”¹ ritual del objeto que condense la ambigüedad, la modificación del esquema conceptual imperante a fin de que lo “desordenado” o “lo vacío” termine por calzar adecuadamente en este, e incluso el acto de “ignorar” deliberadamente al caso anómalo o indeterminado, hasta que esta se haga, por algún motivo, insostenible².

El objeto de estudio de la presente investigación, la psiquiatría, no sería ajena a estas particularidades en la medida en que es un cuerpo de prácticas y saberes que maneja sus propios criterios de clasificación dentro de un espectro contextual más amplio, como lo es la institución médica moderna. En consideración con ello, surge el cuestionamiento en torno a cómo la psiquiatría, en tanto comunidad social, (re)organizaría en la práctica sus propios esquemas cognitivos- expresados en la producción y adjudicación de diagnósticos- con la finalidad de responder a potenciales casos que considere como anómalos o ambiguos. Empezar una investigación en torno a tal pregunta básica puede servir como una primera ventana analítica para generar una aproximación sobre cómo se produce socialmente el conocimiento y, sobre todo, de qué manera este se modifica, se supera o se reproduce en situaciones y experiencias ambiguas que amenazan potencialmente con ponerlo en entredicho. Los diagnósticos, en la medida en que funcionan como la herramienta predilecta de clasificación en el campo de la medicina (Jutel y Nettleton, 2011), emergen como punto de estudio clave para este proyecto: es en su análisis en donde podremos, en nuestro caso de estudio, detectar qué tipo de dinámicas sociales se dan como reacción frente a la ambigüedad, la anomalía o la incertidumbre.

En este punto, es posible delinear ciertos cuestionamientos alrededor del objeto de estudio elegido: ¿por qué, dentro de todas las posibles disciplinas y/o saberes existentes (por ejemplo, otras subramas médicas, la religión o incluso el “sentido común”), hemos optado por centrar la presente investigación en la psiquiatría? ¿Qué tiene de relevante esta especialidad médica, en tanto saber y práctica, que justifica esta decisión? La respuesta a tales interrogantes se deriva de considerar tanto la controversia histórica como la crítica teórica que se circunscriben a la psiquiatría- cuestiones que incluso se tradujeron en la constitución de un movimiento académico y social contrario a esta, la antipsiquiatría (Nasrallah, 2011).

1 Véase el ensayo de Mary Douglas (1973).

2 Véase Kuhn (2013) y el desarrollo de su propuesta en torno a las anomalías más adelante.

Efectivamente, una particularidad que posee la psiquiatría al ser una rama de la medicina es que, al conformarse como una “ciencia humana” (Foucault, 2010), esta produce y legitima un conjunto de saberes sobre el ser humano que hacen de este una entidad capaz de estudiarse, clasificarse y, sobre todo, controlarse. El saber psiquiátrico, así como otros tipos de discurso similares, opera a partir de definir el contenido específico de la dualidad normal/patológico (Canguilhem, 1971). Es a partir de ello que esta disciplina configura un horizonte epistémico funcional a la categorización de individuos, según estos cumplan o no con los estándares de la normalidad conductual y cognitiva deseables socialmente. En otras palabras, la psiquiatría funcionaría reproduciendo un patrón normativo que consiste en definir los comportamientos, los deseos y los contenidos mentales saludables, razonables y aceptables para, justamente, legitimar la intervención institucional sobre los cuerpos y las mentes desviadas de la norma, a fin de acomodarlas hacia la normalidad definida (Foucault, 2005; 2009). Parafraseando a Jutel y Nettleton (2011), en la medida en que se “capturan” en una etiqueta diagnóstica, incluso condiciones personales o idiosincrasias individuales que sean consideradas como socialmente inaceptables- la timidez, la hiperactividad, las formas de hablar, etc.- son susceptibles de sancionarse como disposiciones necesarias de normalizar y medicalizar (Conrad, 2005; Lee y Mysyk, 2004).

Por consiguiente, no parecería sorprendente que, a diferencia de otras ramas de la medicina, la psiquiatría sea la única que ostenta, desde aproximadamente dos siglos hasta hoy en día (Nasrallah 2011), un movimiento políticamente contrario a sus prácticas, saberes y procedimientos. En efecto, la antipsiquiatría, en tanto movimiento social y político, se caracteriza por mostrar una posición de denuncia y oposición explícita -sea de forma parcial o total- a esta especialidad médica. Si bien es cierto que el movimiento obtuvo importante notoriedad sobre todo en los 70's del siglo pasado y esta fue decayendo con el transcurrir de los años (Nasser, 1995), en tiempos presentes han emergido nuevas expresiones de este, las cuales toman como puntos de referencia nuevas teorizaciones provenientes desde la academia y se plasman desde diversos colectivos de la sociedad civil. Así, las posturas teóricas susceptibles de ligarse con la nueva versión de la antipsiquiatría se caracterizan por enarbolar discursos que cuestionan la validez de varias prácticas y saberes característicos del tipo de psiquiatría practicada hegemónicamente en la actualidad: el modelo biomédico predominante en el tratamiento de los “trastornos mentales”, los procesos de sobremedicalización del sufrimiento subjetivo y/o conductas escindidas de la norma social, la validez ontológica de las categorías de diagnóstico, etc. (Conrad, 1992; Rose, 2019).

Ahora bien, ¿por qué sería oportuno o legítimo investigar cómo se producen diagnósticos en casos clínicos difíciles dentro del campo psiquiátrico específicamente peruano? ¿Qué posee el contexto nacional, en todo caso, de relevante como para centrar esfuerzos indagatorios en la práctica psiquiátrica desarrollada en este? Además de ser nulas las investigaciones en el país que toquen esta dinámica en específico, lo cierto es que las condiciones relativamente precarias del sistema de salud público peruano (donde, en efecto, se incluye a la salud mental) hacen que nos preguntemos sobre cómo, bajo este contexto, se efectúan procesos de clasificación diagnóstica: ¿existen diferencias notorias frente a otros contextos médicos? ¿en qué consistirían tales? En suma, es necesario preguntarse sobre cómo el conocimiento psiquiátrico (expresado en la producción del diagnóstico) se produce, se aplica o se modifica en condiciones problemáticas, caracterizadas por la falta de inversión pública adecuada, la poca capacidad de generación de una adecuada atención en centros especializados (Claux, 2018) y la baja cantidad de personas con padecimientos mentales que acuden a atenderse al sistema de salud a atenderse adecuadamente (Defensoría del Pueblo, 2020).

No obstante, también es necesario recalcar que la panorámica de salud mental en el país parece no ser del todo negativa. Al respecto, estadísticas publicadas por el Ministerio de Salud (citado en World Bank Blogs, 2019) revelan un relativo aumento de la cantidad de atenciones en servicios de salud mental en los últimos años, como también muestran un reflejo en la cantidad de diagnósticos psiquiátricos totales adjudicados a usuarios de salud mental. En esta línea, organismos como el Banco Mundial (World Bank Blogs, 2019) han elogiado el modelo institucional de salud mental peruano (específicamente, los modelos de atención basados en psiquiatría comunitaria, presente en diversas partes del país); paralelamente, estudios como el del Toyama et al. (2017) evidencian que desde el año 2004 la salud mental en el Perú ha ido ganando y cristalizando importancia en el marco del sistema de salud público. Desde 2012, a partir de la promulgación de la ley 29889, incluso se han introducido mejoras correlativas a la reestructuración del servicio de atención en salud mental dentro del primer y segundo nivel de cuidado, como a su vez se ha impulsado la creación de instancias de soporte que favorezcan la reintegración social de personas usuarias de los servicios de psicología, psiquiatría y salud mental en general.

Esto indicaría que, al margen de las notorias dificultades por las que de por sí padece un sistema de salud propio de un país de la periferia global, en Perú se han hecho avances notables que dan cabida suelta a la existencia de un terreno ciertamente más positivo a comparación de otros países de la región³. La existencia de este contexto más favorable, sin embargo, no resta legitimidad al tipo de investigación que proponemos: las mejoras en el servicio de salud han sido correlativas a la aparición de una mayor cantidad de personas atendidas por algún problema de salud mental. Ello supone, consecuentemente, que el número de diagnósticos asociados a tales atenciones también aumenten. Así, estamos frente no solo a una realidad de la salud mental en vías de vencer la precarización, sino

frente a un contexto médico específico en el que los diagnósticos, con todos los posibles efectos y condiciones de existencia que se pueden asociar a tales, parecen mostrarse en una cantidad mayor que en etapas anteriores.

De esta manera, la contribución del presente trabajo busca ahondar mejor en la práctica psiquiátrica peruana estructurada en torno a la producción de diagnósticos.

Esta es una realidad que puede definirse por las características previamente descritas, pero que también puede comprenderse como una instancia que expresa algunas problemáticas de fondo poco abordada en las ciencias sociales peruanas: cómo se produce y se usa el conocimiento científico, y qué tipo de flujos e interacciones sociales lo generan, lo condicionan o lo transforman en el ámbito médico local. En términos más específicos, la labor de entender la construcción de diagnósticos en casos clínicos de difícil clasificación servirá como una “ventana” hacia el análisis de una dinámica socio epistémica de suma relevancia: nos permitirá observar la relación de cierta comunidad local -los psiquiatras, o al menos un grupo representante de estos- con i) las categorías de diagnóstico vigentes, las cuales son planteadas por la institución psiquiátrica global como epistémicamente relevantes para guiar la práctica médica, y ii) con aquellos eventos clínicos que, en la práctica cotidiana, representarían casos anómalos o ambiguos, los cuales serían difíciles de tratar y exigirían algún replanteamiento, reinterpretación o reelaboración de las categorías médicas vigentes.

³ Profundizando lo anterior, es perentorio afirmar que la epidemiología de los padecimientos mentales es significativa en el país. Para empezar, según reportan Piazza y Fiestas (2014) a partir de la muestra representativa del Estudio Mundial de Salud Mental de 2005, la prevalencia de al menos un trastorno mental en la población urbana fue de 29%, mientras que en el caso de dos o tres padecimientos presentados el porcentaje fue de 10,5% y 4,5%, respectivamente. En tiempos más recientes, cabe afirmar que la pandemia de la COVID-19 trajo consigo un incremento de malestares psicológicos y trastornos mentales tanto en menores de edad (UNICEF, 2021) como en adultos (Antiporta et al., 2021), siendo las personas de 18 a 24 años y las mujeres los grupos más perjudicados según este último estudio.

2.Preguntas y objetivos de la investigación

Pregunta principal: ¿De qué manera los médicos de los centros psiquiátricos peruanos⁴ elaboran categorías de diagnóstico para pacientes cuyos cuadros clínicos se consideran de difícil clasificación?

Pregunta secundaria 1: ¿En qué consiste la clasificación en la psiquiatría?

Pregunta secundaria 2: ¿De qué forma la organización social de los psiquiatras en grupos y perspectivas médicas de los centros psiquiátricos en referencia impacta en las formas de clasificación de los padecimientos mentales?

Pregunta secundaria 3: ¿A partir de qué criterios los médicos de los centros psiquiátricos definen la presencia de un cuadro clínico de difícil clasificación?

Pregunta secundaria 4: ¿En qué consiste el proceso de elaboración de diagnósticos en casos de difícil clasificación?

Objetivo principal: Analizar la manera en la que los médicos de determinado centro psiquiátrico elaboran categorías de diagnóstico para pacientes cuyos cuadros clínicos se consideran de difícil clasificación

Objetivo secundario 1: Definir en qué consiste la clasificación en la psiquiatría

Objetivo secundario 2: Identificar cómo la organización social de los psiquiatras en grupos y perspectivas médicas de los centros psiquiátricos en referencia impacta en las formas de clasificación de los padecimientos mentales

Objetivo secundario 3: Identificar los criterios con los cuales los médicos de los centros psiquiátricos definen la presencia de un cuadro clínico de difícil clasificación

Objetivo secundario 4: Definir en qué consiste el proceso de elaboración de diagnósticos en casos de difícil clasificación

4 Posteriormente, se definirá el centro psiquiátrico público a analizar.

3.Estado de la cuestión

Frente a la tarea de investigación que nos aguarda, se hace necesario evaluar estudios centrados en objetivos y problemas similares a los nuestros. Ninguna problemática, al menos desde la tradición de indagación sociológica del presente, parte de una tabula rasa; por el contrario, diversa literatura, construida bajo diversos métodos, perspectivas y marcos de análisis condensa la experiencia de investigación sobre tópicos similares al seleccionado para esta ocasión.

Considerando ello, la presente investigación parte de cuatro grupos de literatura agrupados temáticamente y vinculados con la propuesta indagatoria que ofrecemos. Tales son los siguientes: i) las investigaciones vinculadas a la sociología de la incertidumbre y al estudio social de la actividad científica y médica en condiciones de ambigüedad , ii) la sociología del diagnóstico, desarrollada y aplicada inicialmente desde la academia anglosajona y centrada en la formas en cómo se produce y se dan los procesos de diagnóstico en la práctica médica (tanto psiquiátrica como convencional), iii) investigaciones vinculadas a la sociología del diagnóstico, pero desarrolladas dentro del contexto de la academia latinoamericana y iv) estudios sociales en torno a la práctica psiquiátrica y el padecimiento mental en el contexto peruano. Paralelamente al desarrollo explicativo del contenido de cada grupo temático, también se expondrán los motivos que, a nuestro entender, justifican la división de la literatura de la manera señalada.

3.1. La “clasificación difícil” en la actividad científica: sociología de la incertidumbre y respuesta social a la experiencia de la ambigüedad

Tal como se expuso en la justificación de la investigación, nuestras inquietudes sociológicas estriban en comprender cómo un determinado grupo de expertos o profesionales organiza determinadas categorías de clasificación (en nuestro caso, los diagnósticos psiquiátricos) con la finalidad de que tal organización les permita lidiar con situaciones anómalas, inciertas, indeterminadas o que encierran cierta dificultad para comprenderse y clasificarse adecuadamente. A partir de la recopilación de diferentes fuentes, se ha podido consignar la existencia de una vasta literatura sociológica que enfatiza cómo afloran, se estructuran, se fijan y se resuelven socialmente las incertidumbres y ambigüedades presentes en la práctica científica desde sus diferentes espacios de ejercicio.

Como se verá, la detección, la reacción e incluso la superación de la ambigüedad y la incertidumbre resultan ser actividades relativamente cotidianas para expertos y especialistas dispuestos en múltiples disciplinas, aunque ello en dificultad cambiante. En particular, se expondrán analíticamente los hallazgos sociológicos respecto a este subtema desde investigaciones realizadas desde la ciencia natural, la medicina y la subrama de la psiquiatría que son analizadas como objeto de estudio.

Antes de comenzar, debe aclararse que la mayor parte de la literatura contenida en esta sección parte de la noción de “incertidumbre” [uncertainty] como concepto estructurante de una misma línea de investigación. Con esta palabra, los estudios consignados hacen referencia al proceso de identificación y reconocimiento de eventos o casos difíciles de encasillar en la práctica profesional y científica: la incertidumbre se evidenciaría a la hora de adjudicar una etiqueta o una interpretación de un fenómeno cuyas características inherentes o percibidas son lo suficientemente ambiguas, indeterminadas o anómalas a tal punto de que se hace improbable ostentar un grado adecuado de seguridad cognitiva para definir qué es el fenómeno en cuestión

-incertidumbre ontológica- y/o cómo conocerlo-incertidumbre epistemológica- (Pickersgill, 2011). Como se verá en líneas posteriores, las respuestas sociales ante la presencia de tales situaciones resultan llamativas de exponer y analizar.

Puesto que la psiquiatría es una especialidad de la medicina y esta última se concibe como una disciplina en constante interacción con ramas de la ciencia natural (sea la anatomía, la fisiología, la química, la biofísica, entre otras), entonces resulta oportuno preguntarse sobre cómo en estas últimas disciplinas acaecen los procesos de detección, interacción y superación de anomalías o eventos indeterminados. Responder tal cuestionamiento, a partir de la revisión de la literatura relevante, nos ofrecerá el trasfondo empírico elemental para poder comprender y definir con mayor profundidad nuestro tema de investigación específico. Considerando esto, se justifica que un primer paso de la presente revisión literaria sea el adentrarnos al conjunto de investigaciones sociológicas vinculadas con las ciencias naturales y la forma en cómo estas, al estar constituidas por agentes sociales histórica y culturalmente situados, lidian con eventos considerados por ellos mismos como de difícil clasificación.

Las investigaciones y análisis provenientes de Thomas S. Kuhn son un antecedente básico para aproximarnos a la revisión planteada⁵. Siendo un físico devenido en historiador y filósofo de la ciencia, Kuhn (2013) propuso un modelo sociohistórico de comprensión de la actividad científica como respuesta a diversas polémicas suscitadas en la academia del siglo XX, concretamente a partir del problema de la demarcación de la ciencia y las diferentes reacciones filosóficas elaboradas contra la postura epistemológica del Círculo de Viena. Su obra, *La estructura de las Revoluciones Científicas*, marcó los cimientos para el desarrollo de una sociología de la incertidumbre científica al comprender a la ciencia como producto sociohistórico e institución susceptible de enfrentarse con fenómenos/eventos inciertos, ambiguos o difíciles de clasificar desde sus esquemas cognitivos.

Así, en base a una revisión histórica en la que el autor analiza posturas, descripciones de experimentos y explicaciones provenientes de diversos científicos en la historia de la ciencia, Kuhn consigue argumentar que el desarrollo científico está lejos de ser progresivamente lineal: en cada estadio histórico de la ciencia, la comunidad científica actúa dentro de un paradigma, el cual es un espacio institucionalizado que se rige por modelos explicativos, metodologías, protocolos de experimentación, asunciones ontológicas, y códigos compartidos que definen los senderos de la praxis científica convencional (a la que Kuhn denominó como “ciencia normal”). La ciencia, de esta manera, se desarrolla “con normalidad” dentro del paradigma, el cual define las herramientas de investigación, la ontología de los fenómenos observados, las tareas a realizar y los posibles resultados esperados de diferentes experimentos y aplicaciones. De esta manera, la comunidad científica, como señala cierta analogía también planteada por Kuhn (2013), se dedica a resolver “rompecabezas” dentro de un “tablero” ya predefinido por las reglas del paradigma, del cual no cabe esperar descubrimientos.

Cuando la actividad científica convencional, sin embargo, termina por tropezarse con “anomalías” (es decir, con fenómenos cuya naturaleza no calza con los esquemas explicativos o los marcos conceptuales suministrados por el paradigma) es que se abren múltiples posibilidades de reacción por parte de la comunidad

⁵. Otros antecedentes relevantes pueden ser, por ejemplo, el estudio de Boris Hessen (2009) que data de 1931 (en el que se traza un vínculo entre la obra científica de Isaac Newton y las condiciones socioeconómicas de la Inglaterra capitalista de los siglos XVI y XVII que la hicieron posible) y el de Ludwik Fleck (1986), cuya primera edición data de 1935.

científica; estas se pueden sintetizar en los siguientes puntos : a) los científicos pueden acomodar los componentes endógenos del paradigma a fin de que este se haga compatible con la comprensión del fenómeno anómalo, b) pueden ignorar la presencia de este hasta que su presencia constituya un obstáculo directo contrario desarrollo de la práctica científica o -en los casos más extremos o cuando se acumulan una cantidad significativa de obstáculos- c) pueden conformar un contexto social en el que diferentes escuelas científicas alternativas a la hegemónica pueden introducir sus propios marcos teóricos, presupuestos onto-epistémicos y metodologías como respuestas dirigidas a superar el obstáculo científico dispuesto por la anomalía. A partir este último caso, de entre varias otras posibilidades de resolución final que Kuhn menciona, es que se va constituyendo la fase de “ciencia revolucionaria”: aquella teoría que resuelva los problemas que el paradigma anterior no superó y, a la vez, explique coherentemente fenómenos previamente explicados por las teorías anteriores, será la que sea aceptada por la comunidad como la nueva teoría directriz de un nuevo paradigma científico.

Evidentemente, el proceso de cambio paradigmático no sería sencillamente llano y sin contradicciones: Kuhn, al mostrar con su obra la inseparabilidad de la dimensión social y la dimensión cognitiva constitutivas de toda colectividad científica (Kreimer, 2009), ofrecería la condición teórica para pensar que las diferentes disputas entre distintas escuelas científicas también pueden guiarse por intereses, deseos, relaciones de poder, voluntades encontradas y demás elementos extracientíficos ajenos al modelo ideal de racionalidad y autonomía de la ciencia (Bloor, 1998; Feyerabend, 2014; Kreimer, 2009). En esta línea, la ambigüedad, la indeterminación y la incertidumbre, en tanto que experiencias anómalas, ofrecen las condiciones para que afloren y puedan captarse reacciones sociales distantes y diferentes del ideal de independencia y neutralidad que comúnmente se tiene de la práctica científica.

Este antecedente, como dijimos, fue de vital importancia para posteriores indagaciones desde diversas disciplinas sociales, particularmente desde la sociología de la ciencia y el conocimiento. En tal sentido, desde las décadas finales del siglo XX hasta en la actualidad, se comenzaron a elaborar investigaciones cuyos enfoques presuponían, aceptaban o discutían el carácter sociohistórico de la ciencia que fue planteado arquetípicamente por Kuhn desde otras herramientas de análisis. Así, si bien es cierto que Robert K. Merton (2002) y sus discípulos fueron los primeros sociólogos en estudiar a la ciencia en tanto que actividad social, es recién a partir de obras como la de Kuhn y a raíz del advenimiento de un nuevo ambiente cultural - marcado por el cuestionamiento a la práctica científica y a su supuesta autonomía/neutralidad (Kreimer, 2009)- que surgen estudios que problematizan tanto la producción del saber cómo la práctica científica concreta. Es a partir de este nuevo panorama que emergen las primeras investigaciones etnográficas en laboratorios de Ciencias Naturales (Latour y Woolgar, 1986; Lynch, 1985; Knorr-Cetina, 2005; Traweek, 1992). El científico y su actividad, anteriormente concebidos como idealmente autónomos de las influencias extra

científicas, ahora se sitúan enmarcados en el lente analítico de la sociología por medio del análisis de su ambiente de trabajo: los métodos, los principios y las acciones de estos pasan a estudiarse como prácticas e ideas culturalmente constituidas.

Así, el análisis de la práctica concreta de la actividad científica en su “hábitat natural” (el laboratorio) develaría cómo un hecho científico se construye en el acto, qué tipo de procedimientos emergen para transformarlo en un saber consensuado por la comunidad científica y, a su vez, de qué manera pasa a formar parte del acervo del sentido común colectivo como una verdad innegable. En toda esta dinámica, como los estudios empíricos consiguen evidenciar (Latour y Woolgar, 1986; Lynch, 1985; Knorr-Cetina, 2005; Traweek, 1992) la actividad científica consigue neutralizar el desorden y las incertidumbres asociados con los hechos que los científicos aducen descubrir: para que un hecho pueda reconocerse colectivamente como comprobado, existente en la realidad y hasta “obvio” requiere de toda una práctica previa- en la que incluso podrían aflorar formas de racionalidad culturalmente situadas y ajenas a la científica (Knorr-Cetina, 2005) - que sea capaz de depurar las ambigüedades y las anomalías inscritas en el fenómeno estudiado.

Los investigadores, por ende, concilian el material anómalo o incierto, con el cual tratan en la práctica, con los principios racionales básicos que ostentan en tanto científicos (Star, 1985). Como comenta Sharon Traweek (1992) a partir de la etnografía que elaboró en un laboratorio de física, la práctica ejercida por los científicos se encaminaría a producir un mundo objetivo, ordenado, sin la presencia de fuentes de desorden e incertidumbre que puedan derivarse de la agencia humana. Un corolario de este proceso es, como afirman Latour y Woolgar (1986), la producción final de “enunciados sin modalidades”, los cuales se presentan en artículos científicos y otros materiales de divulgación: enunciados que, por su forma inherente, pretenden señalar una realidad objetiva, certera e independiente del sesgo humano y que, al mostrarse así, invisibiliza los procedimientos y el juego de racionalidades previo que los conforman.

Considerando lo anteriormente escrito, parece oportuno aproximarnos a los estudios sociológicos más recientes que toman en cuenta la tradición académica expuesta y muestran conclusiones de suma relevancia para entender a las prácticas asociadas a la ciencia natural como acciones purificadoras del desorden, la incertidumbre y la ambigüedad. Así, un primer grupo de literatura enfatiza la diferencia notoria entre la imagen pública de los descubrimientos de la actividad científica- transmitida tanto desde artículos académicos como directamente a partir de entrevistas con investigadores (Pinch, 1981)- y la práctica concreta en la que se producen los enunciados científicos. En esta última, generalmente vinculada al laboratorio como espacio de investigación, pueden presentarse importantes situaciones de incertidumbre con respecto al status ontológico de las entidades estudiadas (Eriksson y Webster, 2008; Hollin, 2017; Pickersgill, 2011; Star, 1985),

los principios epistémicos que guiarían el conocimiento de los objetos (Star, 1985) y la rigurosidad en la aplicación de los protocolos destinados, en teoría, a guiar adecuadamente la actividad científica (Lynch, 2002). En estas investigaciones también se consigue visualizar cómo los enunciados científicos finales, muy a pesar de haber emergido en condiciones sociales marcadas por la contingencia y la controversia, se presentan como aseveraciones limpias de toda intervención humana; como si fuesen reflejo de la objetividad inherente de la realidad y no productos híbridos que emergen de la sinergia entre naturaleza y cultura (Latour, 2012).

Otra temática investigada por la literatura en este campo se concentra en las diferentes formas con las cuales los científicos, en su actividad efectiva, consiguen lidiar con fenómenos y/o eventos de naturaleza o caracterización incierta. En este punto, pueden identificarse a) trabajos en los que se enfatiza cómo determinados dispositivos textuales- guías de diagnóstico, protocolos de acción escritos, etc.- funcionan como herramientas de superación de la incertidumbre (Lynch, 2002; Pickersgill, 2011), b) investigaciones centradas en cómo se consigue “estabilizar”⁶ a las entidades científicamente investigadas mediante la aplicación reiterada de procedimientos, categorías y diferentes materiales⁷ (Gooding, 1992; Hollin, 2017; Roth; 2009), c) estudios en los que se muestra cómo, ante la presencia de fenómenos anómalos, los actores científicos deciden o bien invalidar la experiencia que han captado a fin de mantener la coherencia de sus sistemas de clasificación (Roth, 2005) o bien relevar el trabajo de investigación que involucre el objeto anómalo a otras ramas de la actividad científica (Shackley y Wynne, 1996) y d) trabajos en los cuales se rescata cómo la actividad de investigación científica requiere de cierto grado de incertidumbre temporal, que haya sido reflexivamente producida por los científicos, con la finalidad de que estos puedan abrir las “cajas negras” de carácter técnico, epistémico y social situadas en las propias entidades biológicas estudiadas. (Moreira et al., 2009; Pickersgill, 2016).

⁶ El término “estabilizar”, en el contexto del párrafo anterior, podría entenderse como el acto de eliminar el carácter ambiguo o inexacto de una entidad que sea estudiada científicamente.

En relación a este último punto, la apelación constante a la incertidumbre presente en alguna área de investigación por parte de los científicos puede fungir como una herramienta públicamente usada por estos para producir y mantener un contexto que haga legítimo su reconocimiento social como grupo de expertos (McGoey, 2009) e incluso justifique la pertinencia de que cuenten con fuentes de financiación (Mellor, 2010).

Finalmente, otros estudios se escinden de la acción dentro del laboratorio para analizar cómo el carácter incierto de los resultados y entidades manipuladas científicamente es aludido discursivamente en el marco de disputas de diferente tipo, la mayoría de estas con el fin de resolver controversias sociales en favor de alguna de las partes involucradas. Por ejemplo, Lynch (1998) muestra cómo, en el marco del juicio contra la celebridad estadounidense O.J. Simpson por asesinato, los abogados contratados por él elaboraron una serie de repertorios discursivos con la finalidad de desacreditar la validez de las pruebas de ADN dispuestas en su contra. Este hecho no sería inusitado de no haber sido porque las argumentaciones de la defensa calzaban coherentemente con las construcciones argumentativas y las posiciones epistemológicas sostenidas por la sociología de la incertidumbre y los Science and Technology Studies (STS). De la misma forma, McGoey (2009) muestra cómo una empresa farmacéutica se exoneró legalmente de la culpabilidad por vender medicación con efectos adversos a partir de alegar la presencia de incertidumbre en los procedimientos científicos y técnicos en los que se enmarcó el diseño del fármaco. Lejos de que la incertidumbre cumpla una labor estrictamente reductible al ámbito “reservado” del laboratorio, lo cierto es que tales ejemplos expuestos revelan las repercusiones fácticas que puede traer consigo en otras esferas.

⁷ El texto de Hollin (2017) resulta llamativo al respecto al mostrar cómo los científicos “estabilizan” una entidad ambigua: ilustra cómo integrantes de una comunidad neurocientífica enfocada en la investigación del autismo han conceptualizado a este padecimiento como *inherentemente incierto* por medio de la categoría “indeterminación”. Así, mientras que existen relatos de científicos que reconocen la presencia de incertidumbres ontológicas y epistémicas estructuradas alrededor de la investigación sobre el autismo, existe otra narrativa en la que se asume que el carácter “incierto” del autismo no es un efecto del trabajo científico dado en condiciones de incertidumbre, sino una característica *esencial* de esta condición médica.

3.2 La medicina y los fenómenos clínicos difíciles de clasificar en la práctica: investigaciones desde la sociología médica anglosajona

Los fenómenos difíciles de clasificar, las situaciones ambiguas o los casos de incertidumbre no solo se muestran en el marco de investigaciones centradas específicamente en la práctica científica “común”: una extensa literatura, la cual incluso comienza a fecundarse a la par que los anteriores estudios, también centra su interés en la incertidumbre y en la anomalía, pero con peculiar focalización en la institución médica moderna. Consideramos a este grupo bibliográfico como expresión de una subrama de los anteriores estudios sobre la actividad científica puesto que la medicina se nutre constantemente de investigaciones, saberes y marcos de referencia provenientes de las ciencias naturales, particularmente de la biología, la fisiología y la química. En cierto sentido, la incertidumbre que emerge en la práctica médica tiene como trasfondo a la incertidumbre evidenciada en el campo científico más general. Sin embargo, a pesar de la notoriedad de este vínculo, el caso de la medicina revela una serie de patrones, dinámicas y casos cualitativamente diferentes de aquellos vistos en el anterior grupo bibliográfico; este hecho es lo que justifica que los estudios sobre la incertidumbre médica se traten, en esta oportunidad, en otra sección del Estado del Arte.

Ante todo, el estudio sociológico de los fenómenos difíciles de clasificar está establecido en base a dos panoramas académicos pertenecientes a la sociología médica. Por un lado, se destacan los estudios en torno a la sociology of medical uncertainty (Fox, 1980); por el otro, se evidencia una corriente de investigaciones enmarcadas en la sociology of diagnosis (Brown, 1995; Jutel y Nettleton, 2011). Lo que nos es menester es sintetizar los puntos en común existentes, así como las divergencias, entre los estudios dispuestos desde ambas líneas.

Para comenzar, los estudios en torno a la incertidumbre médica ostentan una mayor cantidad de ejes de análisis en clara distinción de su contraparte científica. Una diferencia radica en que la incertidumbre médica, contrariamente a la de carácter científico, ostenta un carácter bidireccional: esta es tanto un estado afectivo cognitivo socialmente posibilitado que surge tanto en las cabezas de los médicos como también en las de los pacientes, quienes la perciben y, a partir de la misma, “reaccionan” práctica e intencionalmente a los diagnósticos, tratamientos y procedimientos de análisis que la medicina elabora en torno a ellos (Antonucci, 2018; Lane, 2020). Siguiendo esta línea, la incertidumbre médica no se reduce estrictamente a las dinámicas relativas a la producción incierta del diagnóstico o a la reacción médica ante casos clínicos anómalos, sino que igualmente incluye a otros tópicos relacionados a la efectividad de los tratamientos (Cupit et al., 2019), a la ambigüedad del conocimiento (bio)médico (Light, 1979) e incluso a las decisiones que toman tanto pacientes como médicos en condiciones de riesgo o muerte (Cortez y Halpin, 2020).

Varios de los trabajos focalizados desde la perspectiva de los médicos, a su vez, muestran qué variables demográficas o problemáticas clínicas influyen en la percepción de la incertidumbre en los doctores (Gerrity et al., 1992), de qué forman este grupo ha aprendido los mecanismos para lidiar con la misma (Bochatay y Bajwa, 2020; Fox, 1957; Light, 1979) y en qué medida la ocultan- sobre todo con miembros externos a su comunidad- para consolidar una imagen de congruencia ligada a su actividad o incluso para construir categorizaciones morales legitimadas alrededor de los pacientes (Lane, 2020). Desde estos últimos, las líneas de investigación son similares y varios de los hallazgos revelan cierta necesidad por parte de los individuos de tener seguridad sobre la validez del diagnóstico que se les ha asignado, así como certidumbre con el tratamiento y las decisiones terapéuticas a las que se someten (Antonucci, 2018).

Retomando la comparación entre los dos campos, mientras que el científico natural ostenta (al menos idealmente) un marco de referencia basado en el paradigma imperante (Kuhn, 2013) sobre el cual ejerce su práctica profesional, el médico opera dentro de una panorámica bidireccional. Como señala Antonucci (2018) a partir de Fox (2003), el médico necesita articular su accionar en dos espacios marcadamente distintos: “el primero está vinculado a su experiencia directa con el paciente y el segundo al paradigma del positivismo biomédico, construido a partir de una medicina basada en la evidencia, los estudios epidemiológicos y las estadísticas” (Antonucci, 2018, p. 33). Esta mirada bidireccional se complejiza más en la psiquiatría, puesto que la carencia de biomarcadores para la definición final de un diagnóstico psiquiátrico, entre otros factores similares (Jutel, 2014; Lane, 2020), configura un contexto de incertidumbre médica diferente a los de otras ramas médicas; así, esta situación posibilitaría de forma más radical la existencia de escepticismo médico alrededor del status ontológico y epistémico de las enfermedades o trastornos que la psiquiatría pretende diagnosticar.

Considerando esta situación, puede entenderse mejor la existencia de prácticas médicas en la psiquiatría que parecen separarse de la lógica formal de diagnóstico propuesta a partir de instrumentos como el DSM⁸ o el CIE⁹ para, en su lugar, establecer tratamientos que vayan “más allá” de los criterios de tales guías y sean convergentes con las particularidades del paciente. Por ejemplo, el estudio de Rafalovich (2005) identifica de qué manera algunos grupos de psiquiatras norteamericanos reconocen las incertidumbres y los límites circunscritos alrededor del diagnóstico de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y cómo, a partir de ello, establecen prácticas de diagnóstico más matizadas, en las que pretenden tomar en cuenta las condiciones socioambientales en las que se sitúa el paciente para tratarlo en su particularidad personal. Incluso, algunos psiquiatras se muestran entera o parcialmente escépticos sobre la validez de la categoría del TDAH y consideran irrelevante la labor de los manuales de diagnóstico en la definición de la práctica clínica. Esto, según el autor, reflejaría una situación médica en la que es menos importante etiquetar individuos con un

diagnóstico fijo que “identificar y tratar la situación única” de un paciente (Rafalovich, 2005, p. 312)¹⁰.

De la misma manera, el estudio de Whooley (2010) señala que los médicos efectúan prácticas de diagnóstico diferentes a las esperadas desde las guías de diagnosis oficiales. Como el autor revela, los psiquiatras elaboran “workarounds” (Whooley, 2010, p. 463), las cuales son acciones situadas que permiten la revalidación de su autonomía profesional y el mantenimiento de la legitimidad de su pericia clínica por medio de negociar sus prácticas de diagnóstico locales con los criterios expresados formalmente en manuales como el DSM. De esta manera, Whooley indica que los médicos pueden i) usar diagnósticos que se conforman desde su juicio y criterio personal sobre el trastorno mental (pueden hacer uso de taxonomías alternativas a la hora de diagnosticar, por ejemplo), ii) modificar el código del diagnóstico que se le asigna al paciente, exagerando o “suavizando” la gravedad de trastorno según determinados criterios y iii) “negociar” con el paciente el diagnóstico que finalmente se le será adjudicado. Estos dos casos de estudio ilustrativos, como hemos venimos recalcando, revelan hechos que tienen como condición de posibilidad a la “incertidumbre epistemológica” (Fox, 2000) de la práctica psiquiátrica, expresada principalmente en la inexistencia de marcadores médicos definitivos que permitan la elaboración de diagnósticos empíricamente más precisos. De la misma forma, este factor determina el amplio margen posible de maniobra en el que podrían situarse los psiquiatras (y los pacientes) a la hora de producir y/o negociar la adjudicación de diagnósticos (Lane, 2020)¹¹.

⁸ El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (por sus siglas en inglés, el DSM) es una guía en la que se clasifican y describen los posibles trastornos psiquiátricos que una persona pueda padecer. Es de origen norteamericano (American Psychiatric Association, 2013), pero ha tenido una importante expansión en el resto del mundo.

⁹ La Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (2000) es un sistema clasificatorio que incluye casi la totalidad de padecimientos que puede sufrir una persona. Los diagnósticos psiquiátricos también están incluidos aquí. Es el sistema clasificatorio oficialmente utilizado en el Perú, a pesar de que el DSM sea también importante para el período de formación de los médicos psiquiatras (Claux, 2018).

Los estudios que tienen como base a la sociology of diagnosis, por su parte, centran su interés propiamente en la producción social del diagnóstico médico, sea como categoría de clasificación y ordenamiento de malestares o como proceso interactivo en el que la práctica médica termina por atribuir una etiqueta final a determinados sujetos (Blaxter, 1978; Jutel y Nettleton, 2011). Los trabajos contenidos en el marco de esta perspectiva pueden o no estar alineados con los esquemas de investigación provenientes de la sociología de la incertidumbre.

Así, si es que focalizamos nuestro interés en aquellas investigaciones que tienen como objeto de estudio a la psiquiatría o a fenómenos relacionados a esta, algunos de los temas empíricamente trabajados por la sociology of diagnosis serían los siguientes: cómo se decide qué cuenta como enfermedad y qué no (Horwitz, 2011; Young, 1995), cómo se estructura el proceso social de asignación de diagnósticos (Godderis, 2011; Hayes et al., 2022; Turowetz y Maynard, 2019), de qué forma el diagnóstico funciona como un dispositivo de control social por medio de la medicalización (Conrad, 2007; Munro, 2002), qué tipo de resistencias emergen ante la existencia de categorías diagnósticas susceptibles de crítica, -ya sea originada desde los médicos (Rafalovich, 2005; Vallé, 2011) o desde movimientos sociales (Burke, 2011)-, e incluso de qué forma los individuos, colectivamente agrupados o no, buscan consciente e intencionalmente el reconocimiento de algún padecimiento mental que aseveran sufrir (Brown et. al, 2004; Lane, 2020). Estudios adicionales también muestran cómo los diagnósticos pueden considerarse, tanto por los agentes que los aplican como por los pacientes que los reciben, como etiquetas sumamente problemáticas, contingentes o ambiguas (Rafalovich, 2005). A su vez, contraria y paralelamente a ello, otras investigaciones enfatizan en cómo los protocolos de aplicación de diagnósticos pueden invisibilizar los contextos causales que producen los comportamientos “patológicos” en los pacientes, de tal manera que la etiqueta de diagnóstico pasa a definir la naturaleza individual del paciente como patológica; las etiquetas, así, invisibilizan las variables sociocontextuales (tanto externas como internas al espacio clínico en el que se produce el diagnóstico) que influyen en la configuración de tales conductas: estas se explican, desde la mirada médica-diagnóstica, como expresiones inherentes a la naturaleza del sujeto y no como comportamientos producidos y enmarcados en un contexto social como es el espacio en el que se produce el diagnóstico (Maynard y Turowetz, 2019).

¹⁰ Traducción propia del original en inglés.

¹¹ Como indica Whooley (2010), para comprender qué tan contrario es este fenómeno de “negociación del diagnóstico” al modelo de diagnóstico biomédico prevaleciente en otras ramas de la medicina “consider how strange it would seem if a cardiologist negotiated a diagnosis over a patient’s heart condition” (p. 463).

En paralelo, otros estudios identifican la relevancia de los diagnósticos como dispositivos de que permiten la asignación de recursos médicos (Burke, 2011; Godderis, 2011), como etiquetas capaces de proveer coherencia y legitimidad institucional a los síntomas y malestares que presenten los pacientes (Nettleton, 2006) o como categorías susceptibles de servir para la creación de identidades colectivas y redes de apoyo entre personas diagnosticadas (Barker, 2002; Brown y Zavestoski, 2004). Estas investigaciones, como se visualiza, resaltan ciertos efectos positivos

Detrás de la lógica médica del diagnóstico: funcionalmente, permitirían que personas con padecimientos internos sean capaces de adquirir validación y reconocimiento social de sus situaciones internas particulares; considerando ello, podría afirmarse que la adjudicación del diagnóstico dotaría de mayor “seguridad ontológica” (Giddens, 1997) a aquellas personas que procesen sus malestares subjetivos como inexplicables, incoherentes o carentes de sentido unificado.

Por último, un punto de suma relevancia es el que investigaciones como la de Filipe (2016) consiguen abordar: las categorías de diagnóstico psiquiátrico no necesariamente se interpretan y se aplican tal como las guías formales de diagnóstico proponen. Como esta autora lo demuestra en base a una investigación cualitativa en Portugal, el diagnóstico “ateriza” contextualmente en realidades culturalmente diversas, situación que transforma el sentido originalmente pensando alrededor de un trastorno o padecimiento. En el caso de los procesos de diagnóstico de TDAH en Portugal, Filipe (2016) detecta, por ejemplo, que la forma en cómo se anuncia localmente este trastorno revela un imaginario cultural en el que tanto doctores como familiares resaltan la preminencia del carácter de “hiperactividad” por encima del componente de inatención. Parafraseando a la autora, podría afirmarse que las variaciones contextuales que constituyen el entendimiento local alrededor del TDAH (y otros diagnósticos) reflejarían ambigüedades inherentes a la ontología de estas categorías: el alcance de estas y su supuesta naturaleza no sería necesariamente evidente.

Los anteriores estudios expuestos reflejan, como ha podido evidenciarse, la profunda riqueza analítica susceptible de extraerse de una dinámica y una categoría imprescindible en el quehacer médico cotidiano como lo es el diagnóstico. Así, este comprende múltiples dimensiones y constituye una práctica que, a pesar de ser incierta o ambigua, otorga inteligibilidad cognitiva al malestar subjetivo y permite la articulación del mismo en las diferentes redes institucionales existentes (servicios médicos, gubernamentales, educativos, etc.). Exponer los diferentes hallazgos de los anteriores estudios empíricos alrededor de este tema resulta vital para comprender los diferentes matices con los cuales se configura un diagnóstico. Entendiendo mejor las diferentes esferas constitutivas de este fenómeno social, el objeto de estudio de la presente investigación se afianza más en tanto que tal. La principal limitación existente hasta ahora es que los estudios reseñados o bien se sitúan en países de la esfera

anglosajona (Estados Unidos, Canadá, etc.) o bien comprenden trabajos de campo en naciones europeas (España o Portugal, por ejemplo). Lo siguiente, por ende, será “aterriar” aún más el objeto de estudio a partir de exponer qué se ha hecho, hasta ahora, en América Latina sobre el tema elegido y, en particular, en el contexto peruano.

3.3. De la sociology of diagnosis a la sociología del diagnóstico: investigación sobre la construcción del diagnóstico en y desde América Latina

Además de que la siguiente parte de la revisión de literatura permite situar a la investigación dentro del contexto geográfico en el que tendrá lugar (Latinoamérica, específicamente Perú) la división planteada entre estudios latinoamericanos y europeos/anglosajones se justifica a partir de otra razón relevante. Así, como se puede afirmar en base a la sociología de la traducción (Callon, 1984), la información y los cuerpos de conocimiento elaborados dentro de los espacios científicos institucionalizados de los países “desarrollados” (Estados Unidos o Reino Unido, por ejemplo) son posteriormente “traducidos”, reinterpretados y aplicados de forma diferenciada -en definitiva, “se transforman” (Pereyra, 2011, p. 147)- en aquellos territorios que son “receptores de conocimiento científico”¹² (como la mayor parte de países latinoamericanos). En efecto, en esta línea cabe comprender cómo el orden cultural y la experiencia social de cada contexto clínico funcionan como instancias de interpretación y codificación de un saber médico-psiquiátrico que, vale decir, no es recibido “en su forma pura”, sino que podría ponerse en marcha a partir de un conjunto de dispositivos semióticos y estándares hermenéuticos locales. Estos, pertenecientes a la comunidad médica receptora, dotaría de sentido particular a tales categorías y conocimientos inicialmente importados. El diagnóstico, por ende, debe analizarse “en cada contexto, donde está conformado, entre otros factores, por fuerzas sociohistóricas, prácticas clínicas y protocolos de diagnóstico, y experiencias familiares particulares y demandas culturales”¹³ (Filipe, 2016, p.343). Por tal motivo, la experiencia latinoamericana alrededor de este tema puede revelar divergencias con aquellas investigaciones provenientes de Europa y países angloparlantes en lo que respecta al carácter de los fenómenos estudiados como diagnósticos.

¹² Se coloca entre comillas esta expresión debido a que la relación de conocimientos entre centro y periferia es mucho más compleja de lo que se puede creer desde el sentido común. Para más información, véase Kreimer (2009).

¹³ Traducción propia del original.

En efecto, al cotejar la literatura sobre el tema previamente elaborada en América Latina, puede evidenciarse varias similitudes y diferencias con las investigaciones situadas desde el contexto anglosajón o europeo. Para empezar, a diferencia del primer caso, existe una cantidad menor de literatura relacionada a la producción de diagnósticos en psiquiatría desde un enfoque sociológico. Por otra parte, son prácticamente nulas las investigaciones que aborden el tema desde la perspectiva de la "incertidumbre", anteriormente presentada y desarrollada principalmente en el mundo académico anglosajón¹⁴. Sin embargo, esto no presupone que no existan estudios que, a pesar de no necesariamente partir de las mismas categorías que las del primer grupo expuesto, aun así, ahonden analíticamente en el estudio de la producción del diagnóstico, incluso llegando a conclusiones de suma similitud.

Así, estudios como el de Barukel y Stolkier (2018) y el de Mantilla (2011) brindan importantes hallazgos en torno a cómo se estructuran y se instituyen las decisiones diagnósticas en centros psiquiátricos de Argentina. Como estas investigaciones muestran, en la medida en que el estatuto ontológico y epistémico de las categorías psiquiátricas es ambiguo -al no existir, como dijimos, biomarcadores que determinen la presencia objetiva de un padecimiento "mental"- los médicos recurren a una serie de repertorios prácticos con los cuales coordinan sus decisiones diagnósticas y sus expectativas relativas al tratamiento del paciente. Consideraciones como el paso del tiempo para verificar la evolución "sintomatológica" del paciente, la reacción de este al tratamiento inicial, el descubrimiento de eventos biográficos del paciente de corte traumático, etc. son criterios que influyen regularmente en la forma en cómo se determina, en la práctica, la adjudicación de diagnósticos a diferentes personas. Este acto, según la investigación de Mantilla (2011), se perfilaría más como un proceso constante dado entre médico y paciente, el cual va continuamente evolucionando a partir de los diferentes eventos, situaciones y consecuencias del tratamiento. Así, el diagnóstico se desarrolla como una categoría cambiante que se va "llenando" de diferentes contenidos a partir del recorrido del paciente en la institución psiquiátrica: no se está frente a un diagnóstico "fijo" una vez que este se establece, sino que admite constantes cambios debido a su carácter "ambiguo" (Mantilla, 2011) o "incierto" (Fox, 1980). En palabras de Mantilla (2011), "el territorio abarcado por un tipo de diagnóstico psiquiátrico no presenta nunca fronteras delimitadas. Esto lleva a los médicos a aplicar un determinado diagnóstico, en gran parte efecto de la disponibilidad de los recursos terapéuticos que estén a su alcance"(p. 12, cursivas añadidas).

¹⁴ Se pudo cotejar la existencia de solo una investigación que tematiza teóricamente tal noción (Pérez, 2022).

Ambas investigaciones, asimismo, ponen en relevancia la existencia de diferentes posturas profesionales alrededor de la forma en cómo se construye y se aplica un diagnóstico. Como señala Mantilla (2011) a partir de los hallazgos que sostiene, los psicólogos (de orientación marcadamente psicoanalítica) y los psiquiatras (cuya comprensión del malestar mental es mayoritariamente biofisiológica) ostentan diferentes repertorios cognitivos con los cuales detectan padecimientos, identifican las posibles causas subyacentes a los mismos y formulan diferentes acciones terapéuticas encaminadas a “restaurar” el bienestar del paciente. Por consiguiente, a pesar de que ambos tipos de profesional traten en equipo a una misma persona, los marcos conceptuales con los que interpretan un mismo cúmulo de conductas, pensamientos y malestares condensados en el paciente difieren a tal punto de que la tarea de construir un mismo marco de intervención terapéutica puede volverse problemática. De la misma forma, Barukel y Stolkier (2018) resaltan cómo la existencia de dos principales escuelas de pensamiento dentro de la psiquiatría (una de carácter biologicista, centrada en la noción de “enfermedad”, mientras que otra de corte “ateórico”, centrada en la noción de “síntoma” y cuestionadora del primer modelo) determina la difícil tarea de conseguir consensos médicos dentro de la especialidad respectiva.

Un caso en el que se muestra la particularidad de esta situación se ofrece en las diferentes apreciaciones que los médicos, de diferentes escuelas o perspectivas, tienen alrededor del diagnóstico de TDAH¹⁵ en Argentina. Por ejemplo, Faraone et al. (2010) comprueban la existencia de posturas entre psiquiatras defensores de la existencia del trastorno a un nivel neurofisiológico que disputan el sentido del TDAH con posicionamientos médicos abiertamente reactivos a considerar la validez de la categoría. Estas últimas opiniones, en su lugar, recurren a explicaciones multicausales en las que se señala la influencia de variables históricas y socioculturales detrás de la emergencia de esta categoría clínica. Incluso, estas mismas diferencias dadas entre profesionales adheridos a diferentes escuelas de pensamiento parecen influir en los médicos a la hora de que estos decidan qué tipo de diagnósticos pueden ser comunicados a los pacientes y familiares, así como la manera y el lugar de tales comunicaciones. Según Mantilla y Alonso (2015), esto demostraría que, en la práctica, las etiquetas de diagnóstico en la psiquiatría están lejos de ser valorativamente neutrales: la forma en cómo se estructuran las decisiones médicas en torno a la decisión de comunicar o no un diagnóstico demuestra que los propios médicos adjudican valoraciones morales a las propias etiquetas; varias de estas valoraciones, en efecto, pueden ser funcionales a la reproducción de estereotipos y estigmas alrededor de la persona diagnosticada.

¹⁵ Siglas de Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad.

El diagnóstico, entendido como un marcador socialmente constituido, racionaliza la experiencia subjetiva del malestar y la vuelve institucionalmente reconocible. En la medida en que carece de marcadores biomédicos de determinación, este se configura a partir de la puesta en ejercicio de una hermenéutica profesional, en la cual el médico interpreta una serie de signos para conferirles un valor psicopatológico determinado (Mantilla, 2011). En tal acto, tanto las narrativas alrededor del paciente provenientes de familiares, amistades, docentes y compañeros de trabajo, así como el historial clínico heredado al nuevo médico tratante, también funcionan como importantes fuentes que influyen y delimitan la elaboración de la diagnosis.

En este punto, investigaciones enmarcadas desde una perspectiva foucaultiana como la de Levy (2013) en Argentina y la de Cuitiño Volpe (2018) en Uruguay señalan cómo la escuela- en concreto, la mirada de los profesores y agentes afines a este espacio- funciona como un mecanismo institucional de “revelación” de conductas susceptibles de agruparse en la figura diagnóstica del TDAH (con lo que ello conlleva en términos de medicalización y control farmacológico). Algo que se desprende de lo que señalan, a nuestro entender, es la función institucional que instancias externas a la medicina ostentan como espacios culturalmente determinados de objetivación y visibilizarían de “trastornos” y “síntomas”. De esta forma, las expresiones correlativas a un diagnóstico como el de TDAH, por ejemplo, ostentarían circunstancias situadas en las que se expresan y que incluso funcionan como *conditio sine qua non* para que estas finalmente se manifiesten. La acción disciplinadora del dispositivo psiquiátrico, posteriormente, codifica tales expresiones al enmarcarlas en esquemas de comprensión biomédicos; el resultado final de este proceso es la invisibilización de las condiciones situadas (interactivas y, por ende, sociales) que finalmente contribuyeron a la emergencia de conductas, disposiciones y pensamientos susceptibles de encuadrarse en una categoría diagnóstica. En el caso del niño con TDAH, esta etiqueta pasa a definirlo inherentemente a él, en lugar de que se cuestione el ambiente en el que se sitúa (la escuela, en este caso) como instancia productora de aquellas disposiciones conductuales que se patologizarán.

Otro eje importante alrededor de las investigaciones sociológicas de Latinoamérica alrededor del diagnóstico psiquiátrico es aquel que articula a este proceso con el género y la sexualidad. Así, investigaciones como las de Mantilla (2015) en Argentina, o la de Roselló-Peñaloza et al. (2019) en Chile enfatizan cómo el discurso biomédico y la práctica psiquiátrica reproducen institucionalmente representaciones de género en las que se consolida el vínculo imaginario entre los cuerpos femeninos y la “mayor afectividad/ emotividad” que las mujeres tendrían como predisposición psíquica natural. Como afirman Roselló-Peñaloza et al. (2019), si anteriormente el útero era considerado como un órgano explicativo de la histeria, ahora son las hormonas y los procesos endocrinos de producción de las mismas aquellas variables que, en términos biomédicos,

explicarían el malestar psíquico asociado a las mujeres. Ello se comprueba a partir de las constantes alusiones a cuestiones de este tipo en las entrevistas hacia psiquiatras que ambas investigaciones muestran. De forma similar a las investigaciones sobre diagnóstico de TDAH en infantes comentadas anteriormente (Cuitiño Volpe, 2018; Faraone et al. 2010; Levy, 2013), las condiciones socioculturales no son problematizadas discursivamente como las causantes del padecimiento subjetivo propio de las mujeres. En su lugar, el punto de origen del malestar interno es el cuerpo femenino en tanto entidad neurofisiológica particular. Parafraseando a Roselló-Peñaloza et al. (2019), de esto se desprendería que el diagnóstico psiquiátrico justifica la intervención médica como un medio de modificación de la materialidad neurofisiológica de las mujeres: este funcionaría como un mecanismo de disciplinamiento de los cuerpos femeninos.

Otra línea de estudios, por su parte, enfatiza la relación existente entre la producción de determinados diagnósticos, algunos “paradigmas” de tratamiento psiquiátrico prevalecientes en la práctica y la organización política e institucional que regula y define los estándares de intervención médica. En esta línea, Gallego-Gastaldo (2020/2021) propone un argumento subyacente en su propuesta teórico-metodológica que establece un vínculo entre el saber clínico global u oficial difundido por medio de la formación médica, las políticas de gestión de la salud y la producción local de diagnósticos en usuarios de salud mental en Córdoba, Argentina. En consideración con ello, la autora sostiene que las modificaciones legales y las políticas formalmente aceptadas para renovar los servicios psiquiátricos de Argentina encuentran obstáculos de corte presupuestario, organizacionales e infraestructurales para su puesta en marcha: así, la ausencia existente de recursos institucionales destinados a concretar las nuevas leyes en salud mental detiene el proceso de “desmanicomialización”¹⁶ planteado desde tales políticas. Otra indagación similar se centra en la realidad de los servicios de salud mental en una ciudad del Estado de San Pablo, Brasil (Shimoguri y Périco, 2014). Según sostienen los autores, a pesar de que la reforma psiquiátrica brasileña conformó nuevos establecimientos municipales de salud comunitaria (CAPS) basados en un nuevo paradigma de atención inclusivo y con enfoque social, en la práctica se siguen reproduciendo prácticas de diagnóstico y tratamiento alineadas con estándares de atención psiquiátrica opuestos (vinculados al internamiento, la medicalización de la desviación de la norma social y el tratamiento moral).

Por último, los estudios enraizados en América Latina profundizan en los efectos individuales y colectivos de los diagnósticos psiquiátricos. En el primer caso, investigaciones como la de Severo y Dimmstein (2009) en Brasil o la de Figueredo et al. en Uruguay (2018) pretenden evidenciar de qué manera las personas usuarias de servicios de salud mental interiorizan subjetivamente las etiquetas con las que fueron nosológicamente clasificadas. Así, el primer estudio muestra que los sujetos reconocen la existencia de condiciones neurofisiológicas como causantes de las actitudes, comportamientos y pensamientos que ostentan, las cuales

estarían condensadas en el diagnóstico que se les ha adjudicado. Ello parece indicar que tanto la emergencia como la institucionalización del saber biomédico han sido procesos correlativos a la sedimentación de “bioidentidades” (Severo y Dimmstein, 2009, p. 66) en la psiquiatría: los individuos pasan a definir su propio ser en base a marcos conceptuales tomados del paradigma biomédico. La segunda investigación, por su parte, enfatiza en cómo los sujetos no desean reconocerse en la etiqueta diagnóstica con la cual se los ha definido al estar asociada con un conjunto de estigmas y prejuicios perniciosos para su desenvolvimiento social, particularmente en la búsqueda de empleo. El diagnóstico forma parte de las conversaciones cotidianas de las personas entrevistadas, lo cual sería una prueba del impacto biográfico de la categoría. Esto ocurre a pesar de que el abordaje cotidiano de este tema no se perciba como eje temático “central” dentro de las interacciones que cada individuo sostiene.

Sin embargo, las respuestas no solamente se estructuran en base a la aceptación y la internalización de la etiqueta médica como variable propia de la identidad personal de alguien. Otras investigaciones, en esta línea, enfatizan en torno a las respuestas colectivas e individuales estructuradas en torno al cuestionamiento político del modelo biomédico de la psiquiatría- cristalizado en guías como la DSM o la ICD- y las intervenciones diagnósticas y terapéuticas derivadas de esta. Estudios como el de Gallego Gastaldo (2020/2021) indagan en torno a las respuestas políticas contrarias al modelo psiquiátrico prevaleciente en Córdoba, Argentina. Estas se darían por medio de la formación de activismos y la toma del espacio público como medio de manifestación colectiva frente al modelo biomédico de terapia y diagnóstico hegemónico.

¹⁶ Para una definición precisa del término, véase Gallego Gastaldo (2020/2021)

Paralelamente, y en base al esquema teórico del Actor-Red (Latour, 2005), Toro-Leyton (2019) identifica cuatro “ensamblajes” conformados por prácticas “sociomateriales” (Latour, 2005) que finalmente produjeron formas específicas de activismo en salud mental desde las Agrupaciones de Familiares de Pacientes Psiquiátricos (AFAP’s) en Chile. Desde estos cuatro estadios, se van constituyendo “biosocialidades”, las cuales vendrían a ser patrones de interacción y cohesión social que crean identidades colectivas y resignifican el saber biomédico existente en torno a los diagnósticos como un medio para articular demandas políticas que sean reconocidas como socialmente legítimas. Así, con la biosocialidad “la causa biológica que es asociada al paciente [...] se extiende hacia sus familiares, generando colectivos amplios donde la identidad compartida por sus participantes refiere justamente a la relación con el sujeto diagnosticado” (Toro-Leyton, 2019, p. 268).

Desde esta panorámica, y a diferencia de investigaciones como la de Severo y Dimmstein (2009), se resalta que la adjudicación de un diagnóstico biomédico no necesariamente supone la supresión de agenciamientos políticos provenientes de pacientes y de familiares de estos.

3.4. Algunas observaciones a partir de la revisión literaria: hacia el caso peruano

Después de todo lo anterior, se hace pertinente señalar algunos puntos relativos a las investigaciones expuestas que, a nuestro entender, expresan importantes limitaciones. Para comenzar, no se ha explorado, en las investigaciones expuestas, qué es lo que un grupo o una comunidad de psiquiatras entiende, desde sus propios criterios, como un “caso de difícil clasificación o diagnóstico”. Se presentan documentos que expresan cómo y a partir de qué condiciones se produce la formación de determinados diagnósticos; sin embargo, estos no exploran a profundidad la producción de diagnósticos en casos que sean reconocidos por los mismos profesionales médicos como “difíciles” o “complejos”. Investigaciones como la de Mantilla (2011), por ejemplo, enfatizan el atributo de “ambigüedad” inscrito en los diagnósticos de la disciplina psiquiátrica. Sin embargo, el carácter de ambigüedad parece ser una constante susceptible de evidenciarse en todo proceso de categorización dentro de esta subrama médica.

En todo caso, el hecho de que una característica inherente al diagnóstico sea su status de ambiguo o incierto no significa que i) esta ambigüedad se manifieste homogéneamente (es decir, en un mismo grado) en todos los casos, ii) sea un fenómeno clínico considerado, por la comunidad psiquiátrica, como significativamente atípico o anómalo y que, por ende, involucre la participación de más actores y repertorios de acción destinados a coadyuvar en la elaboración de las decisiones diagnósticas, iii) exista un vínculo entre la percepción de tal carácter incierto de una diagnosis y las potenciales disputas, consensos y controversias

entre psiquiatras situados en el campo médico a fin de disipar tal status y poder organizar adecuadamente estrategias terapéuticas , y iv) sea idéntico el tipo de tratamiento (sea preliminar o no) dirigido a un caso que suscite mayor incertidumbre que otro, asumiendo que todas las demás variables permanecen constantes o que sean irrelevantes para la decisión final. Dicho en otros términos y a manera de síntesis, aún no se ha indagado específicamente sobre cómo se ejerce la diagnosis psiquiátrica en casos reconocidos por la propia comunidad como de mayor ambigüedad, incertidumbre o “extrañeza”. Si se entiende la suma relevancia del diagnóstico como herramienta estructurante de las terapias (Barukel y Stolkier, 2018; Jutel y Nettleton, 2011) y, por consiguiente, como instrumento posibilitador de “cura” o mejora en favor de aquellas personas tratadas, entonces se es menester preguntarse en torno a cómo se construye un diagnóstico “en casos límites”, que involucren un reto profesional para los médicos tratantes y que requiera, en suma, la colaboración y el debate entre más de un miembro de la comunidad psiquiátrica.

Además de esta incompletitud identificada, otra cuestión a resaltar considerando varios de los estudios expuestos es la predominancia, en gran medida, de esquemas teóricos en los que explícitamente predomina el enfoque foucaultiano sobre la psiquiatría. Ello no sería necesariamente una problemática de no ser porque los hallazgos finales parecen caer en una reiteración de los mismos postulados teóricos que previamente se definieron como trasfondo. Por ejemplo, estudios como el de Cuitiño Volpe (2018), el de Peñaloza et al. (2018) o el de Gallego Gastaldo (2020/2021) parten de una perspectiva explícitamente foucaultiana (centrada en acentuar la labor normalizadora de los dispositivos psiquiátricos como ejercicio de biopolítica) y, si bien consiguen identificar algunos hallazgos novedosos sobre las realidades que estudian, reiteran el contenido abstracto del marco teórico en parte de las conclusiones finales. Como Guillermo Rochabrún (2019) indicó con anterioridad al referirse al carácter teórico de El Capital de Karl Marx:

[El uso de una teoría en el marco de una investigación no debería trazar] un modelo a encontrar en la realidad a estudiar, a la que concedería una “explicación” o inteligibilidad ya contenida en la abstracción. Esto sería una respuesta anticipada que contendría a priori los resultados a obtener: ¿sería poner de cabeza el trabajo científico! [...] En toda investigación el propósito es hacer un recorrido a cuyo término aparecerá algo que no se conocía al inicio; no es un mero re-conocimiento, pues si así fuera la investigación habría fracasado (p. 56).

En efecto, si es que se presupone, justificadamente o no, que la psiquiatría y sus diferentes dispositivos emergen como instancias de control social y regulación biopolítica, ¿cuál sería la razón de ser de una investigación que se haya predeterminada en sus resultados por un marco analítico como este? La teoría no debe ser un esquema abstracto directamente “aplicado” para hacer inteligible una realidad tomada como “otra” o “externa”. Muy por el contrario, la

teoría general debe servir como un insumo que necesita ser, en el transcurso de la investigación, “drásticamente repensad[o] desde la experiencia histórica propia” (Rochabrún, 2019, p. 51). Es a partir de esta dialéctica entre el marco teórico general y los procesos inmanentes a una realidad sociohistórica específica que se hace factible postular elaboraciones teóricas constituidas desde las determinaciones particulares que sean relativas a una realidad concreta. Cumpliéndose esta condición, es recién posible pensar teóricamente desde nuestro propio contexto.

Ahora bien, distintamente a las investigaciones provenientes de Europa continental, países anglosajones y Latinoamérica, los estudios que tengan en cuenta al diagnóstico como eje central de la actividad psiquiátrica son inexistentes desde el contexto peruano. No obstante, esto no ocurre con respecto a otras investigaciones enmarcadas en otros tópicos relacionados a la salud mental. En tal sentido, se pueden rescatar i) indagaciones históricas sobre el desarrollo de la psiquiatría peruana (Ruiz-Zevallos, 1994; Stucchi-Portocarrero, 2015) o sobre cómo determinadas figuras históricas de determinadas conductas desviadas (como la locura o la necrofilia) emergen en el plano discursivo y buscar dotarse de sentido en el contexto de la modernidad nacional (Drinot, 2004; 2022), ii) trabajos etnográficos centrados en el estudio de “síndromes culturales” en los Andes (Herrera y Orr, 2020) y/o en las experiencias psicosociales traumáticas producto del Conflicto Armado Interno (Orr, 2020; Theidon, 2004), iii) investigaciones etnográficas relacionadas a los procesos de inserción social de personas con cuadros psiquiátricos (Cussianovich Zevallos, 2011; Ipince, 2011; Schwalb, 2022) y iv) trabajos de etnografía situados en centros psiquiátricos (Claux, 2018; Stein, 1963; 1996).

Esta última línea de investigación resulta de suma importancia como antecedente para un trabajo como el que se propone en esta oportunidad. Los trabajos del antropólogo estadounidense William W. Stein, por ejemplo, ahondaron en torno a importantes tópicos relacionados a la psiquiatría y al imaginario cultural existente con respecto a la categoría de “enfermedad mental”; tales indagaciones se dieron a partir de la experiencia etnográfica del autor en el Hospital Víctor Larco Herrera, específicamente en la década de los 50's. Así, algunos puntos relevantes que Stein identifica son, por ejemplo, la presencia de imaginarios sociales diferenciados en la población del nosocomio (diferencias acordes a variables como la etnia, el nivel educativo y la clase social) alrededor del sentido del término “enfermedad mental” y la presencia, entre los médicos psiquiatras, de diferentes perspectivas y comprensiones alrededor de las causas del padecimiento mental. Alrededor de esto último, Stein reconstruyó tres tipos ideales concernientes a las posturas predominantes según las respuestas de cada médico: quienes reconocían el carácter socioambiental como explicativo del malestar psíquico, quienes aseguraban la prevalencia de las causas neurofisiológicas en la determinación del padecimiento y quienes ostentaban un enfoque mayoritariamente psicológico y centrado en la desorganización de la

personalidad como cuestión explicativa. Ambos hallazgos, en efecto, dan a entender la existencia de importantes diferencias en la comprensión de la enfermedad mental las cuales pueden converger en un mismo espacio de atención médica, sea entre los diversos actores que participan en la institución o solamente entre médicos tratantes.

A diferencia del estudio de Stein, el trabajo de Claux (2018) ofrece una perspectiva más actual y amplia en torno al sistema de salud mental limeño, esto al centrarse en tiempos actuales y en dos establecimientos de salud mental de reciente creación. Así, si bien es cierto que el principal hallazgo de su estudio se focaliza en la detección de la predominancia práctica del modelo biomédico en el tratamiento psiquiátrico y en las condiciones precarias relativas al servicio de salubridad mental público, la etnografía del autor presenta otros importantes hallazgos, los cuales se derivan de las diferentes observaciones efectuadas sobre un sinfín de prácticas médicas más afines a nuestro objeto de estudio. Por ejemplo, a partir de observaciones a consultas externas, entrevistas a médicos y visitas a pabellones psiquiátricos, Claux ha podido identificar i) los diferentes “estilos” médicos a la hora de adjudicar diagnósticos para quienes recurren por primera vez a los servicios de salud mental, ii) las opiniones existentes en los médicos con respecto a los manuales de diagnóstico (el DSM y el CID) que se utilizan formalmente para determinar cuadros clínicos prevalecientes, iii) el uso de herramientas escritas (reportes de caso, por ejemplo) que los psiquiatras producen como soporte analítico para establecer diagnóstico y tratamiento, iv) la lógica de elaboración de diagnósticos “preliminares”, los cuales se adjudican a los pacientes hasta observar la evolución de los mismos según el tratamiento y v) las dinámicas de discusión, controversia y debate en torno a casos clínicos de pacientes internados, los cuales suscitaban mucho interés para los médicos residentes a diferencia de los médicos de cabecera.

En base a estos puntos, la investigación de Claux (2018) comprobaría la existencia de prácticas y narrativas de y sobre el diagnóstico psiquiátrico que son, a nuestro entender, contradictorias: por un lado, los médicos manifestaban cierta precaución cuando hacían referencia a la validez y al uso de los diferentes manuales de diagnóstico psiquiátrico; en la mayor parte de los casos, solo se referían a los manuales como meras “guías”, las cuales no puede sustituir la lógica específica de adjudicación del diagnóstico al descansar esta última en criterios eminentemente clínicos. El diagnóstico, desde esta perspectiva detectada, no tendría por qué limitarse a registrar los síntomas del paciente, puesto que la adecuada adjudicación del mismo necesitaría tomar en cuenta el contexto de desarrollo del sujeto y su historia personal. No obstante, esto contrasta con varias prácticas de producción de diagnóstico en las que característicamente los psiquiatras reducen la interacción con el paciente a un mero acto de identificación de síntomas.

Esto último va de la mano con la predominancia del modelo de tratamiento farmacológico existente en el caso estudiado, el cual se manifiesta a partir de la prescripción de medicamentos a las personas que recurren a consulta externa. Así, el proceso de atribución de un diagnóstico psiquiátrico a una persona, tal como lo comprueba Claux desde el estudio, estaría significativamente ligado a la necesidad médica de hacer inteligible (sea preliminarmente o no) el cuadro sintomatológico que presente la persona con el objeto principal de justificar la prescripción médica de determinados fármacos.

Si bien es cierto que los trabajos expuestos aportan importantes antecedentes en el estudio de la práctica psiquiátrica peruana, lo cierto es que el marco teórico sobre el cual partieron no tiene como eje principal a la noción de “diagnóstico”. El estudio etnográfico de Claux (2018), por ejemplo, abarca una diversidad de temas que finalmente se articulan para demostrar la predominancia del modelo biomédico en la psiquiatría de Lima y en revelar la inadecuada calidad de los servicios de salud mental existentes. Si bien ahondó en las pautas y protocolos de diagnóstico existentes en el hospital en donde realizó su estudio, la gran cantidad de temas que trata permite que no sea un trabajo que tenga como idea cardinal o elemento vertebral el estudio de las prácticas de diagnóstico, con la complejidad característica que le corresponden (Jutel y Nettleton, 2011; Rose, 2019).



4. Conclusión

A manera de síntesis del anterior Estado del Arte, debe resaltarse que ningún estudio de Perú indaga en torno a cómo los diagnósticos emergen como etiquetas funcionales a la eliminación de la incertidumbre, la anomalía y/o la indeterminación (Fox, 1980) que estén presentes en los casos clínicos que los psiquiatras (e incluso los médicos en general) tratan. Lejos de que se trate de un simple vacío a llenar dentro de la panorámica general de investigación sobre salud mental y sociología médica, consideramos que se hace necesario investigar en torno a este eje en específico, sobre todo si consideramos que aquellos casos difíciles de clasificar diagnósticamente ejemplifican experiencias sociales disruptivas: hechos que alteran la cotidianidad práctica de la comunidad médica y que, al hacerlo, se configura situaciones que hacen posible captar sociológicamente “los principios básicos de la incesante construcción de la realidad” (Caballero, 1991, p. 100). Tomando en cuenta esto, nos toca indagar sobre cómo la psiquiatría peruana elabora categorías de diagnóstico para pacientes cuyos cuadros clínicos son considerados como de difícil clasificación. Ello supone, a manera de objetivos secundarios, examinar en qué consiste la clasificación en la disciplina psiquiátrica que se da en la práctica misma, identificar a partir de qué criterios nuestra comunidad médica de análisis define la presencia de algún cuadro clínico de difícil clasificación e identificar las partes del proceso concreto mismo sobre el que se hace inteligible el caso.

A su vez, los estudios reseñados no establecen una intersección analítica explícita entre las disputas sociales propias de la dinámica del campo de la salud mental (Strand, 2011), y las formas en cómo estas influyen en la conformación de diagnósticos y configuran reacciones específicas frente al surgimiento de casos clínicos inciertos, anómalos o de difícil clasificación. El caso anómalo se cataloga como tal en determinadas condiciones de diagnóstico, las cuales propician el advenimiento de debates, disputas y consenso entre diversos especialistas que pretenden dotar de inteligibilidad al caso. Si bien esto no constituye una pregunta/objetivo principal en nuestro proyecto, la investigación debe considerar la existencia de múltiples grupos o “escuelas” de pensamiento dispuestas entre los expertos para, así, identificar cómo en el proceso concreto del ejercicio de la práctica diagnóstica tales perspectivas, encarnadas en los diferentes especialistas, puede ser capaz de influir en la significación médica final del caso considerado como anómalo. Nuestro futuro proyecto de investigación debe tomar en cuenta todos los anteriores puntos consignados.

Bibliografía:

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association.
- Antiporta, D. A., Cutipé, Y. L., Mendoza, M., Celentano, D. D., Stuart, E. A., & Bruni, A. (2021). Depressive symptoms among Peruvian adult residents amidst a National Lockdown during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychiatry*, 21 (1). doi:10.1186/s12888-021-03107-3
- Antonucci, M. (2018). *Cuerpos Liminales. La incertidumbre del médico y del paciente en los casos pre-diagnósticos de esclerosis múltiple*. [Tesis de maestría, Universidad de Barcelona]
- Blaxter, M. (1978). Diagnosis as category and process: the case of alcoholism. *Social Science & Medicine*, 12, 9–17
- Bloor, D. (1998). *Conocimiento e imaginario social*. Gedisa
- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, (Extra Issue), 34–52.
- Brown, P., & Zavestoski, S. (2004). Social movements in health: An introduction. *Sociology of Health & Illness*, 26(6), 679–694
- Barker, K. (2002). Self-help literature and the making of an illness identity: The care of fibromyalgia syndrome (FMS). *Social Problems*, 49(3), 279–300.
- Barukel, A. & Stolkier, A. (2018). El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Saúde Debate*, 42 (118), 646-655. doi:10.1590/0103-1104201811808
- Bianchi, E. (2015). Infancia, normalización y salud mental: figuras históricas y encadenamientos actuales en la formulación del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 22 (3), 761-779. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-5970201500030000>
- Bochatay, N., & Bajwa, N. M. (2020). Learning to manage uncertainty: supervision, trust and autonomy in residency training. *Sociology of Health & Illness*. 1-15 doi:10.1111/1467-9566.13070
- Bourdieu, P. (1999). Sobre el poder simbólico. En *Intelectuales, política y poder*. Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Burke, M. (2011). Resisting pathology: Gender and the contested terrain of diagnosis in the transgender rights movement. En P. McGann & D. Hudson (Eds.)

Sociology of Diagnosis (pp. 183- 210). Emerald Group Publishing Limited.

Claux, J. A. (2018). *Social route: Peruvian psychiatrists and the politics of mental health reform* [Tesis doctoral, The University of Edinburgh] <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/33227>

Caballero, J. J. (1991). Etnometodología: una explicación de la construcción social de la realidad. *Reis*, (56), 83-114.

Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI.

Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209-232. <https://www.jstor.org/stable/2083452>

Conrad, P. (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46, 3–14.

Cortez, D., & Halpin, M. (2020). Uncertainty and certain death: the role of clinical trials in terminal cancer care. *Sociology of Health & Illness*, 42 Suppl 1(Suppl 1), 130–144. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13059>

Cuitiño Volpe, D. (2018). *Construcción de subjetividades y control: el uso del TDAH como dispositivo de disciplinamiento de la niñez uruguaya* [Tesis de licenciatura, Universidad de la República]

Cupit, C., Rankin, J., Armstrong, N., & Martin, G. P. (2019). Overruling uncertainty about preventative medications: the social organisation of healthcare professionals' knowledge and practices. *Sociology of Health & Illness*. 1–16. doi:10.1111/1467-9566.12998

Cussianovich Zevallos, A. (2010). Dificultades, retos y satisfacciones: los procesos de "normalización" de niños con TDAH en Lima. [Tesis de licenciatura] PUCP.

Drinot, P. (2022). Necrophilia, Psychiatry, and Sexology: The Making of Sexual Science in Mid-Twentieth Century Peru. *Journal of Social History*.

Drinot, P. (2004). Madness, neurasthenia, and "modernity": medico-legal and popular interpretations of suicide in early twentieth-century Lima. *Latin American Research Review*, 89-113.

Defensoría del Pueblo (9 de octubre de 2020). *Defensoría del Pueblo: Estado peruano debe priorizar la atención de la salud mental*. <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-estado-peruano-debe-priorizar-la-atencion-de-la-salud-mental/>

- Douglas, M. (1973). *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Siglo XXI.
- Eriksson, L., & Webster, A. (2008). Standardizing the Unknown: Practicable Pluripotency as Doable Futures. *Science as Culture*, 17(1), 57–69. doi:10.1080/09505430701872814
- Fleck, L. (1986). La génesis y el desarrollo de un hecho científico. Alianza Editorial
- Faraone, S., Barcala, A., Torricelli, F., Bianchi, E., & Tamburrino, M. C. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 485–498. doi:10.1590/s1414-32832010005000002
- Feyerabend, P. (2014). *Contra el método*. Editorial Ariel.
- Figueredo, F., Luengo, S., & Pereira, M. N. (2018). *Efectos biográficos e identitarios del diagnóstico psiquiátrico. XVII Jornadas de Investigación: a 70 años de la Declaración Universal de Derechos Humanos ¿libres e iguales?*. Montevideo, setiembre 2018.
- Filipe, A. M. (2016). Making ADHD Evident: Data, Practices, and Diagnostic Protocols in Portugal. *Medical Anthropology*, 35(5), 390-403. <https://doi.org/10.1080/01459740.2015.1101102>
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico: Curso en el Collège de France (1973-1974)*. FCE.
- Foucault, M. (2009). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Siglo XXI.
- Foucault, M. (2010). *Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas*. Siglo XXI.
- Fox, R.C. (1980) The evolution of medical uncertainty, *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, 58, 1, 1–49.
- Fox, R.C. (2000) Medical uncertainty revisited. En Albrecht, G., Fitzpatrick, R. and Scrimshaw, S. (Eds.) *Handbook of Social Studies in Health and Medicine*. Sage.
- Fox, R.C. (1957) Training for uncertainty. En Merton, R.K., Reader, G. and Kendall, P.L. (Eds.) *The Student Physician*. Harvard University Press.
- Gallego Gastaldo, A. (2020/2021). Etiquetas que ‘encierran’ historias. Aproximaciones a los sentidos que configuran el diagnóstico de “padecimientos mentales” en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba. *Síntesis* (11), 35-49.

- Giddens, A. (1997). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ediciones Península.
- Godderis, R. (2011). From talk to action: Mapping the diagnostic process in psychiatry. En P. McGann & D. Hudson (Eds.) *Sociology of Diagnosis* (pp. 133- 152). Emerald Group Publishing Limited.
- Gooding, D. (1992) Putting agency back into experiment. En A. Pickering (Ed.) *Science as practice and culture* (pp. 65-112). University of Chicago Press
- Hayes, J., Ford, T., McCabe, R. & Russell, G. (2021). Autism diagnosis as a social process. *Autism*, 26 (2), 488-498.
- Hessen, B. (2009). The social and economic roots of Newton's Principia. En *The social and economic roots of the scientific revolution* (pp. 41-101). Springer, Dordrecht.
- Herrera, F. J., & Orr, D. (2020). Susto, the anthropology of fear and critical medical anthropology in Mexico and Peru. En J. Gamlin, S. Gibbon, P. M. Sesia, & L.
- Berrio (Eds.), *Critical Medical Anthropology: Perspectives in and from Latin America* (pp. 69–89). UCL Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv13xprxf.10>
- Hollin, G. (2017). Autistic Heterogeneity: Linking Uncertainties and Indeterminacies. *Science as culture*, 26 (2), 209-231. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09505431.2016.1238886>
- Horwitz, A. V. (2011). Creating an Age of Depression: The Social Construction and Consequences of the Major Depression Diagnosis. *Society and Mental Health* 1. 41–54.
- Ipince, A. (2011). *¿Ser o tener Asperger?: sentido de identidad y normalidad en cinco adultos diagnosticados con el síndrome de Asperger*. [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Perú]
- Jutel, A. & Nettleton, S. (2011). Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities. *Social Science & Medicine*, 73 (6) ,793–800.
- Knorr Cetina, K. (2005). *La fabricación del conocimiento Un ensayo sobre el carácter constructivista y contextual de la ciencia*. Universidad Nacional de Quilmes.
- Kuhn, T. S. (2013). *La estructura de las revoluciones científicas*. FCE.
- Kreimer, P. (2009). *El científico también es un ser humano. La ciencia bajo la lupa*. Siglo XXI

- McGoey, L. (2009). Pharmaceutical Controversies and the Performative Value of Uncertainty. *Science as Culture*, 18(2), 151–164. doi:10.1080/09505430902885474
- Lamont, M., & Molnár, V. (2002). The study of boundaries in the social sciences. *Annual review of sociology*, 167-195. https://scholar.harvard.edu/lamont/files/m.lamont-v.molnar-the_study_of_boundaries.pdf
- Mantilla, M. J. (2011). La construcción del diagnóstico psiquiátrico: un análisis de los saberes y prácticas en juego en un hospital de la Ciudad de Buenos Aires. *Ea Rev Human Med Estud Soc Cienc Tecnol*, 2(3), 1-29.
- Mantilla, M. J. (2015). Imágenes de género en la construcción de diagnósticos psiquiátricos: el caso del trastorno límite de la personalidad en la perspectiva de los/as psiquiatras y psicólogos/as de la Ciudad de Buenos Aires. *Mora*, (21),25-36. <https://doi.org/10.34096/mora.n21.2397>
- Mantilla, M. J., & Alonso, J. P. (2015). Transmisión del diagnóstico en psiquiatría y adscripción de identidades: perspectivas de los profesionales. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 19, 21-32.
- Maynard, D. W., & Turowetz, J. (2019). Doing Abstraction: Autism, Diagnosis, and Social Theory. *Sociological Theory*, 37(1), 89–116. doi:10.1177/0735275119830450
- Mellor, F. (2010) Negotiating uncertainty: Asteroids, risk and the media. *Public Understanding of Science*, 19 (1), 16 –33.
- Merton, R.K. (2002). *Teoría y Estructura Sociales*. FCE
- Moreira, T., May, C., & Bond, J. (2009). Regulatory Objectivity in Action. *Social Studies of Science*, 39(5), 665–690. doi:10.1177/0306312709103481
- Moroz, D. (2005). Production of Scientific Knowledge and Radical Uncertainty: The Limits of the Normative Approach in Innovation Economics. *European Journal of Law and Economics*, 20(3), 305–322. doi:10.1007/s10657-005-4198-4 Current Psychiatry. 2011
- Munro, R. J. (2002). Political psychiatry in post-Mao China and its origins in the cultural revolution. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 30(1),97–106.
- Nasrallah, H. (2011). The antipsychiatry movement: Who and why. *Current Psychiatry*, 10 (12), 4-53.

- Nettleton, S., O'Malley, L., Watt, I. (2004). Enigmatic Illness: Narratives of Patients who Live with Medically Unexplained Symptoms. *Soc Theory Health* 2, 47–66 <https://doi.org/10.1057/palgrave.sth.8700013>
- Lynch, M. (1985). *Art and artifact in laboratory science: A study of shop work and shoptalk in a laboratory*. London: Routledge & Kegan Paul
- Lynch, M. (2002). Protocols, practices, and the reproduction of technique in molecular biology. *British Journal of Sociology*, 53(2), 203–220. doi:10.1080/00071310220133304
- Lane, R. (2020). Expanding boundaries in psychiatry: uncertainty in the context of diagnosis-seeking and negotiation. *Sociology of Health & Illness*, 42 (S2), 69- 83. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13044>
- Latour, B. (2012). *Nunca fuimos modernos: Ensayo de antropología simétrica*. Siglo XXI.
- Latour, B. (2005). *Reassembling the Social: An Introduction to Action-Network-Theory*. Oxford University Press.
- Latour, B. & Wooglar, S. (1986). *Laboratory Life. The Construction of Scientific Facts*. Princeton University Press.
- Leavy, P. (2013). "¿Trastorno o mala educación?" Reflexiones desde la antropología de la niñez sobre un caso de TDAH en el ámbito escolar. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11(2), 675-688.
- Lee, S., & Mysyk, A. (2004). The medicalization of compulsive buying. *Social Science & Medicine*, 58, 1709–1718.
- Lévi-Strauss, C. (1997). *El pensamiento salvaje*. FCE.
- Light, D. (1979). Uncertainty and Control in Professional Training. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 310-322
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10.- CDI Criterios diagnósticos de investigación*. Editorial Médica Panamericana.
- Orr, D. M. (2020). Culture and mental health in Peru. En *The Routledge International Handbook of Race, Culture and Mental Health*. (pp. 445-457). Routledge.
- Pereyra, O. (2011). Abriendo las cajas negras del análisis foucaultiano: una invitación a la Teoría del Actor-Red. *Debates en Sociología*, (36), 135-160

- Pérez, A. V. M. (2022). Riesgo, incertidumbre y covid-19 entre el personal médico de consultorios adyacentes a farmacias de Oaxaca de Juárez. *Revista Pueblos y fronteras digital*, 17, 1-27. doi:10.22201/cimsur.18704115e.2022.v17.600
- Piazza, M., & Fiestas, F. (2014). Prevalencia anual de trastornos y uso de servicios de salud mental en el Perú: resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(1), 30-38.
- Pickersgill, M. (2011). Ordering Disorder: Knowledge Production and Uncertainty in Neuroscience Research. *Science as culture*, 20 (1), 71-87. <https://doi.org/10.1080/09505431.2010.508086>
- Pickersgill, M. (2016). Epistemic Modesty, Ostentatiousness and the Uncertainties of Epigenetics: On the Knowledge Machinery of (Social) Science. *The Sociological Review*, 64 (1_suppl), 186–202. <https://doi.org/10.1111/2059-7932.12020>
- Pickersgill, M. (2020). Uncertainty work as ontological negotiation: adjudicating access to therapy in clinical psychology. *Sociology of Health & Illness*, 42 (S2), 84-98.
- Pinch, T. J. (1981). The Sun-Set: The Presentation of Certainty in Scientific Life. *Social Studies of Science*, 11(1), 131–158. <https://doi.org/10.1177/030631278101100106>
- Rafalovich, A. (2005) Exploring clinician uncertainty in the diagnosis and treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Sociology of Health & Illness*, 27, 305– 23
- Rochabrún, G. (2019). Política, Estado y sociedad en la experiencia histórica peruana, En O. Cavero (Ed.) *El Poder de las Preguntas. Ensayos desde Marx sobre el Perú y el Mundo Contemporáneo*. (pp. 313-394). Universidad de Ciencias y Humanidades. <https://es.scribd.com/document/433959261/Guillerm-o-Rochabrun-Politica-Estado-y-Sociedad-en-la-experiencia-historica-peruana>
- Roth, W.-M. (2005). Making Classifications (at) Work: Ordering Practices in Science. *Social Studies of Science*, 35(4), 581–621. <https://doi-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/10.1177/0306312705052102>

- Roth, W.-M. (2009). Radical Uncertainty in Scientific Discovery Work. *Science, Technology, & Human Values*, 34(3), 313–336. <https://doi.org/10.1177/0162243907309627>
- Rose, N. (2019). *Our Psychiatric Future. The Politics of Mental Health*. Polity Press
- Roselló-Peñalosa, M., Cabruja Ubach, T., & Gómez Fuentealba, P. S. (2019). ¿Feminización de la psicopatología o psicopatologización de lo femenino?
- Construcciones discursivas de los cuerpos vulnerables. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 19(2). <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2249>
- Ruiz-Frutos, C., Palomino-Baldeón, J. C., Ortega-Moreno, M., Villavicencio-Guardia, M. del C., Dias, A., Bernardes, J. M., & Gómez-Salgado, J. (2021). Effects of the COVID-19 Pandemic on Mental Health in Peru: Psychological Distress. *Healthcare*, 9(6), 691. <http://dx.doi.org/10.3390/healthcare9060691>
- Ruiz Zevallos, A. (1994). *Psiquiatras y Locos. Entre la modernización contra los andes y el nuevo proyecto de modernidad*. Instituto Pasado & Presente.
- Shackley, S. & Wynne, B. (1996) Representing uncertainty in global climate change science and policy: Boundary-ordering devices and authority, *Science, Technology & Human Values*, 21(3), 275 –302.
- Shimoguri, A. & Périco, W. (2014). O Centro de Atenção Psicossocial como dispositivo social de produção de subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, 13(1), 33-51.
- Star, S. L. (1985). Scientific Work and Uncertainty. *Social Studies of Science*, 15 (3), 391–427. doi:10.1177/030631285015003001
- Stein, W. W. (1996). *Un hospital psiquiátrico peruano*. Mosca Azul Editores.
- Stein, W. W. (1963). Patterns of a Peruvian Mental Hospital. *International Journal of Social Psychiatry*, 9 (3), 208–215. doi:10.1177/002076406300900307
- Strand, M. (2011). Where do classifications come from? The DSM-III, the transformation of American psychiatry, and the problem of origins in the sociology of knowledge. *Theory and Society*, 40 (3), 273–313. <https://doi.org/10.1007/s11186-011-9142-8>
- Stucchi-Portocarrero, S. (2015). El tratamiento moral y los inicios del manicomio en el Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 78(3), 153-158.
- Severo, A. K. D. S., & Dimmstein, M. (2009). O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. *Estudos de psicologia (Natal)*, 14, 59-67.

- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de reconciliación en el Perú*. IEP.
- Traweek, S. (1998). *Beamtimes and lifetimes: the world of high energy physicists*. Harvard University Press.
- Tiefer, L. (1996). The medicalization of sexuality: conceptual, normative, and professional issues. *Annual Review of Sex Research*, 7, 252–282.
- Toro Leyton, J. (2019). Ensamblando un Actor-red Biosocial: La Agrupación de Familiares de Pacientes Psiquiátricos (AFAPs) en las políticas de salud mental chilenas. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9 (2), 244-272.
- Torres Rodas, S., Castellanos Sánchez, S. M. F., Vásquez Calderón, H. M., & Chang Pardo, M. S. (2021). Revisión epidemiológica de los trastornos mentales en el Perú. *PsiqueMag*, 11(1), 98–108. <https://doi.org/10.18050/psiquemag.v11i1.296>
- Toyama, M., Castillo, H., Galea, J. T., Brandt, L. R., Mendoza, M., Herrera, V., Mitrani, M., Cutipé, Y., Caveró, V., Diez-Canseco, F., & Miranda, J. J. (2017). Peruvian Mental Health Reform: A Framework for Scaling-up Mental Health Services. *International Journal of Health Policy and Management*, 6 (9), 501-508. doi: 10.15171/ijhpm.2017.07
- Turowetz, J. & Maynard, D. (2019). Documenting diagnosis: testing, labelling, and the production of medical records in an autism clinic. *Sociology of Health & Illness*, 41 (6), 1023-1039.
- UNICEF. (2021). *La salud mental de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la covid-19. Estudio en línea. Perú 2020*. <https://www.unicef.org/peru/media/10616/file/Salud%20menta%20en%20contexto%20COVID19.pdf>
- Valleé, M. (2011). Resisting American Psychiatry: French opposition to DSM-III, biological reductionism, and the pharmaceutical ethos. En P. McGann & D. Hudson (Eds.) *Sociology of Diagnosis* (pp. 85- 110). Emerald Group Publishing Limited.
- World Bank Blogs (25 de marzo de 2019). *Paradigm Shift: Peru leading the way in reforming mental health services*. <https://blogs.worldbank.org/health/paradigm-shift-peru-leading-way-reforming-mental-health-services>
- Asociación Peruana de Empresas de Seguros (14 de abril de 2022). *Tips para cuidar la salud mental de los niños en su regreso al colegio*. <https://www.apeseg.org.pe/2022/04/tips-para-cuidar-la-salud-mental-de-los-ninos-en-su-regreso-al-colegio/>

Whooley, O. (2010). Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Sociology of Health & Illness*, 32 (2), 452-469. doi: 10.1111/j.1467-9566.2010.01230.x

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton University Press.

