

REDUCCIONISMO BIOMÉDICO Y PATOLOGIZACIÓN EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL ¿ESTAMOS SOBREMEDICALIZANDO EN LA ATENCIÓN PRIMARIA?

BIOMEDICAL REDUCTIONISM AND PATHOLOGIZATION IN MENTAL
HEALTH CARE. ARE WE OVERMEDICALIZING IN PRIMARY CARE?

RESUMEN

La inserción de la salud mental en una atención primaria (APS) integradora ha sido una política exitosa para reducir la brecha en el tratamiento de personas que padecen trastornos mentales (TMs). Sin embargo, las consecuencias de este progreso pudiesen estar yendo más allá de las deseables. Este despliegue sustancioso de la atención de salud mental podría estar también estimulando la medicalización la vida cotidiana de las personas de manera más activa y en consecuencia coadyuvar a desactivar la potencia socializadora y transformadora del malestar en la sociedad. En este trabajo me propongo comprender cómo los programas de salud mental en APS pudiesen estar contribuyendo a transformar en problemas médicos expresiones del diario vivir que no lo son. Luego de examinar algunos aspectos de las políticas relacionadas con la salud mental, informes e investigaciones, sugiero que el diseño del plan de Garantías Explícitas en Salud, las tecnologías utilizadas para integrar y desarrollar la atención de salud mental, y ciertas circunstancias derivadas de este proceso, podrían estar estimulando la sobrevivencia de un modelo biomédico reduccionista y patologizador que respaldaría prácticas medicalizadores. Algunas sugerencias son esbozadas para el desarrollo de una política y práctica en salud que reconozca e integre la posibilidad para mitigar los potenciales efectos negativos de este fenómeno.

Palabras claves: medicalización, reduccionismo, patologización, salud mental, atención primaria, Chile.

ABSTRACT

The insertion of mental health in comprehensive primary care (PC) has been a successful policy to reduce the gap in the treatment of people with mental disorders (MDs). However, the consequences of this progress may exceed what is desirable. This substantial deployment of mental health care could also be stimulating the medicalization of people's daily lives in a more active way and consequently help to deactivate the socializing and transformative power of discomfort in society. In this work, I intend to understand how the mental health programs in PC could be contributing to transform expressions of daily living into medical problems that are not. After examining some aspects of mental health related policies, reports, and research, I suggest that the design of the Explicit Health Guarantees plan, the technologies used to integrate and develop mental health care, and certain circumstances derived from this process, could be stimulating the survival of a reductionist and pathologizing biomedical model that would support medicalizing practices. Some suggestions are outlined for the development of health policy and practice that recognises and integrates the possibility to mitigate the potential adverse effects of this phenomenon.

Keywords: medicalization, reductionism, pathologization, mental health, primary care, Chile

La atención de salud mental (ASM) en Chile

En 2001 el sistema de salud chileno comenzó a implementar un nuevo modelo de salud basado en el paradigma biopsicosocial¹. En 2005, la Atención Primaria de Salud (APS) inició su transformación desde el tradicional modelo biomédico hacia el llamado Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). En este contexto, estimaciones de una alta prevalencia de Trastornos Mentales (TMs) no tratados y una muy baja cobertura de la red pública, pusieron en primer plano la necesidad de ampliar la oferta de servicios de salud mental y de integrarlos a la APS². La segunda versión del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, desarrollada entre 2001 y 2002, se haría eco del llamado mundial³ a reducir la brecha en el tratamiento y aumentar la oferta de servicios⁴. En 2001 se creó el Programa Nacional para el Tratamiento de la Depresión en Atención Primaria⁵, el cual fue fortalecido luego con la creación del Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES).

Entre 2004 y 2014, el impacto de la reforma del sistema de salud y del desarrollo de la política de salud mental en APS fue notable. El número de centros de APS con ASM integrada aumentó de 472 a 832. Todos los Centros de Salud Familiar (CESFAMs) contaban con un psicólogo en el equipo y, como promedio, 20 horas semanales para consultas médicas de salud mental⁶. Hoy en día prácticamente todos los CESFAMs del país cuentan con Programas de Salud Mental (PSMs) con sus recursos asignados⁷. Desde 2004, la ASM en la APS pública ha gestionado una parte importante de la demanda existente en la población. Entre 2006 y 2018 el número total de personas ingresados al plan GES en servicios de salud pública con diagnóstico de trastorno depresivo superó el millón⁸.

El actual Plan Nacional de Salud Mental 2017–2025⁹ ha reafirmado el carácter comunitario del modelo de atención y está más a tono con los nuevos objetivos de la reforma de salud y de la convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Ha incorporado en la agenda nacional de salud, con mucho más énfasis que los anteriores, la importancia de la promoción de la salud mental, la participación de las comunidades, la inclusión y respeto de los derechos de las personas con discapacidad mental, el continuo mejoramiento de la calidad y la equidad en la atención, el enfoque de los determinantes sociales, y el rol clave de la

APS y otros sectores de la sociedad.

Sin embargo, a pesar del progreso conseguido, ampliar la oferta de servicios de salud mental y llevarla a la APS ha recibido críticas y producido ciertos problemas que aún requieren discusión¹⁰. Se ha señalado que esta política impone el modelo de psiquiatría occidental a culturas no occidentales con tradiciones, creencias y respuestas propias a los problemas de salud mental¹¹⁻¹³, desencadenando amplios procesos de medicalización¹⁴⁻¹⁶.

En Chile a pesar de existir un consenso oficial acerca de los beneficios de un sistema de salud reformado^{17,18} y de una más amplia y actualizada política de salud mental^{4,19}, algunos análisis y estudios han cuestionado y puesto en evidencia que:

- el MAIS sufre en un escenario²⁰ que al mismo tiempo sostiene la sobrevivencia del tradicional reduccionismo biomédico²¹⁻²³,
- las inequidades en la ASM son aún más notables luego de los avances de la reforma de salud.^{24,25}
- la prevalencia de los TMs en la población general es alta y la brecha en el tratamiento es aún significativa²⁶,
- y el estigma y discriminación que sufren las personas con discapacidades mentales no han cedido como se esperaba²⁷⁻²⁹.

Un informe de 2014 del Ministerio de Salud⁶ logró exponer que en la APS la calidad de los tratamientos y los recursos disponibles era desigual a lo largo del país, el acceso a los servicios bajo en el caso de niños y adolescentes y mayor en el sistema privado que en el público, escasa la participación de los usuarios, comunidades y otras instituciones, y exiguo el número de profesionales involucrados en investigaciones en temas de salud mental.

Estas críticas a la política de salud mental global, junto a los problemas de la integración efectiva de ASM en APS en Chile, justifican mayores esfuerzos para explorar su potencial repercusión social. En este trabajo busco comprender cómo los PSMs en la APS en Chile podrían estar desencadenando procesos de medicalización que transforman el estrés cotidiano de las personas en patología mental. Pretendo examinar cómo las tecnologías implementadas y circunstancias que tienen lugar a partir de la integración de la salud mental en la APS propician la inserción en el régimen médico de esfuerzos y malestares del diario vivir que no merecen ser considerados TMs.

Para desplegar el análisis utilizaré material de carácter público, como documentos que exponen aspectos de la política de salud mental, guías clínicas, informes e investigaciones que proporcionan evidencia acerca de temas relacionados con la integración de la ASM. La exploración de este material se concentrará en resaltar aquellos aspectos que podrían estar guiando la ASM por un camino biomédico reduccionista y patologizante, no respecto a aquellas personas con TMs sin tratamiento que nutren los justos reclamos del movimiento por la salud mental global, sino de aquellos cuyo malestar, singular o colectivo, legítimo, cotidiano, esperable y alejado de constituir un proceso mórbido, es definido como un problema médico o disfunción psicobiológica interna, y es intervenido médicamente.

Dada su relevancia epidemiológica³⁰, los trastornos depresivos fueron un problema de salud priorizado dentro del plan GES desde sus inicios. El abordaje de esta patología marcó desde temprano el funcionamiento de los PSMs insertados en APS. Por esta razón, el examen de lo establecido en el plan GES y en las Guías Clínicas (GCs) elaboradas a nivel central para el diagnóstico e intervención de los trastornos depresivos será objeto de frecuente examen. Este artículo amplía un trabajo de recapitulación e indagación crítica iniciado hace dos años y publicado recientemente, que a la luz de nuevas experiencias e insights me ha permitido incorporar otros argumentos e insights.

Medicalización

Medicalizar supone concentrar el conocimiento médico alrededor de ciertos fenómenos sociales que son, así, transformados en objetos de la medicina³¹, o tratados como problema médico³². La transformación de lo no médico en objeto médico se considera impulsada por la hegemonía y poder del modelo biomédico en salud¹⁴. Para este modelo los malestares y síntomas de las personas están asociados a una disfunción en la estructura y funcionamiento del organismo, y constituyen una enfermedad en curso³³. Desaparecen como fenómenos sociales³⁴ también con el respaldo, crédito y autoridad de los avances tecnológicos que el modelo logra exhibir.

A lo largo del tiempo, la medicalización ha ido en aumento estimulada por muy variadas fuerzas: intereses políticos, ambiciones económicas, aumento de las especialidades médicas y expansión del conocimiento científico, descubrimiento de nuevas causas de enfermedades y riesgos para la salud, y

más potentes demandas de personas, comunidades y organizaciones por el derecho a la atención de salud³⁵. Muchos ámbitos de la vida humana y preocupaciones sociales han sido arrastrados al campo de la medicina^{32,36}: el nacimiento, la infertilidad, la sexualidad, la locura, el consumo de alcohol y otras drogas, las dificultades de aprendizaje, la timidez, la ansiedad, la tristeza, los duelos, el estrés, los problemas para dormir o comer, las diferencias de género, la homosexualidad, entre muchos más.

Se ha planteado^{15,25,34,37-44} que la medicalización indiscriminada motivada por los juegos de poder y control que incitan determinados e imponentes intereses políticos, ideológicos y económicos produce daño en los individuos y grupos humanos. Patologiza y estigmatiza las experiencias y actividades ordinarias, promueve dependencia de las estructuras y saberes formales, desactiva las luchas sociales, incrementa el gasto en salud, y contribuye al aumento de la inequidad en el acceso a los servicios. La medicalización desde arriba⁴¹, ejercida desde posiciones de poder individuales e institucionales, es la modalidad objeto de exploración en este trabajo.

Reduccionismo y patologización en los PSMs en la APS

En esta sección pretendo exponer por qué considero que existen una serie de factores o circunstancias que favorecen la persistencia de un modelo médico que concibe los TMs como expresión de una disfunción biológica, y una importante tendencia a percibir y significar injustificadamente como enfermedad mental, los síntomas, quejas, demandas, preocupaciones, conductas y rendimientos de las personas.

La contribución biomédica del GES

Desde décadas recientes, la psiquiatría como disciplina médica, se ha adherido con firmeza a un enfoque biomédico de los TMs. Grandes expectativas, esfuerzos y recursos se han destinado a demostrar que los TMs son verdaderas enfermedades del cerebro⁴⁵⁻⁴⁹. Luego, si por un lado el sistema de salud se ha esforzado por desplazar el modelo biomédico reduccionista de la atención de salud, por el otro la psiquiatría se ha enfrascado en dar sustento científico a un paradigma neurobiológico muy proclive a la realización de diagnósticos individualizados y sesgados a favor de intervenciones biológicas.

La plan GES⁵⁰ obligó al Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y a las Instituciones de Salud Previsional

(Isapres) a asegurar paquetes de prestaciones para problemas de salud priorizados. Durante dos décadas, 85 patologías han sido incorporadas a las garantías. En relación con la salud mental, solo cuatro patologías han sido incluidas: esquizofrenia, depresión en personas de 15 años y más, trastorno bipolar en personas de 15 años y más, y consumo prejudicial o dependencia de riesgo bajo o moderado de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años⁵¹. Para cada problema de salud existe una lista de beneficios específicos relativos a su diagnóstico y tratamiento⁵¹. El examen de este catálogo de beneficios para los TMs priorizados permite apreciar la dominancia de la perspectiva biomédica.

Los beneficios del GES no son tan amplios y ni específicos para el caso de las intervenciones psicosociales como para las intervenciones biológicas. Para los trastornos depresivos, por ejemplo, en la medida que el diagnóstico progresa en severidad, el manejo biológico de la intervención se expande notablemente desde la recomendación de cuatro psicofármacos para tratar el trastorno depresivo moderado y seis para los cuadros graves, hasta 22 para el tratamiento de cuadros con sintomatología psicótica, alto riesgo suicida o refractario, en fases aguda o crónica. En cuanto a las intervenciones psicosociales, dicha lista no es ni abundante ni específica. Las intervenciones son nombradas general y vagamente como 'consulta o control médico', 'consulta o control por psicólogo clínico', 'consulta de salud mental por otros profesionales', 'intervención psicosocial grupal', 'visita integral de salud mental', y 'consultoría de salud mental por psiquiatra' solo para el trastorno depresivo moderado. En este sentido, tanto para usuarios como para profesionales, resulta mucho más claro el beneficio a recibir u otorgar, cuando se trata de una intervención farmacológica. En el caso de las intervenciones psicosociales, la fuente de información para esclarecer su definición, contenido y aporte debe ser buscada en otro sitio.

Ninguno de estos documentos deja claro cómo un médico va a sostener una perspectiva integrativa en un control de salud mental. Por lo que es probable que se vaya a concentrar en el mejor descrito arsenal de terapias biológicas con que cuenta, y que le harán sentir más legitimado dentro del modelo médico en el que se ha formado⁵². Esta circunstancia podría condicionar, en parte, que los usuarios de los PSMs sean sujetos de terapias biológicas en mayor medida que de intervenciones psicosociales. Se conoce⁶

que hasta un 70% de los pacientes ambulatorios del sector público podría no estar participando en este tipo de intervenciones, y hay evidencia de una tendencia dramática al aumento del consumo de psicofármacos en la población chilena⁵³.

Reduccionismo biomédico en las GCs

Las GCs del GES son el producto de una estructura vertical y su destino es transformarse en un estándar^{54,55} que resuma la mejor evidencia disponible en temas como la detección, diagnóstico e intervención de los problemas de salud priorizados. Siguiendo el patrón de los beneficios del GES para los trastornos depresivos, la GC correspondiente³⁰ es más específica y se explaya más en lo referido a tratamientos biológicos, que a intervenciones psicosociales. En una subsección persuasivamente titulada 'Tratamiento Farmacológico Efectivo', los tipos de drogas, sus propiedades farmacocinéticas, dosis necesarias, efectos adversos, interacciones, toxicidad y vida media, son detallados de forma tal que los médicos de APS cuentan con una clara guía para diseñar intervenciones biológicas. En cambio, la evidencia sobre las intervenciones psicosociales es descrita en forma tan general que profesionales sin previa y/o suficiente capacitación no podrían asumirlas confiadamente. Nuevamente, el camino biomédico invita mejor a ser transitado.

Las GCs del GES para los TMs tampoco han sido elaboradas con amplia participación y representación de actores locales, pacientes, comunidades, grupos étnicos, y disciplinas profesionales. Es infrecuente la inclusión, por ejemplo, de antropólogos, sociólogos, químicos farmacéuticos, y profesores. Una evaluación realizada hace pocos años⁵⁵ sugirió que estos documentos incluyeran la perspectiva de pacientes y otros profesionales del sector de la salud. La GC para el tratamiento de la depresión³⁰ fue confeccionada por un grupo de 26 expertos que incluyó a nueve psiquiatras, ocho psicólogos, dos médicos generales, dos enfermeras, dos matronas, dos trabajadores sociales y un médico de familia. La revisión final del documento fue encomendada a dos psiquiatras, uno expresidente de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, y el otro, al momento, presidente de la joven Sociedad Chilena de Trastorno Bipolar. Luego, pareciese que el poder para recomendar oficialmente cómo se van a comprender y tratar los TMs está fundamentalmente en manos de profesiones biomédicas, y en particular de la psiquiatría.

El predominio de la intervención biomédica en el uso de psicofármacos

La prescripción frecuente de psicofármacos en la ASM podría ser el resultado de una APS sesgada hacia el enfoque biomédico. En el año 2000 fue realizado un estudio acerca del abuso de benzodiacepinas en APS⁵⁶. Luego de entrevistar a 188 pacientes de centros urbanos y rurales de la región Metropolitana, los investigadores encontraron que del 82% de los pacientes que estaba usando algún tipo de psicofármaco, el 30.5% estaba usando benzodiacepinas. De aquellos que habían dejado de usar psicofármacos, el 88% había estado usando benzodiacepinas. El estudio reveló que el consumo de psicofármacos era iniciado mayormente por prescripción médica, y que duraba, como promedio, 6.9 años. Esta abundante prescripción de benzodiacepinas por médicos generales fue también puesta en evidencia en la investigación realizada por Yates y Katril⁵⁷. A partir del análisis de 2146 recetas de benzodiacepinas recolectadas en farmacias privadas de la ciudad de Concepción, y encuestas a 199 clientes, entre 2003 y 2007, las investigadoras encontraron que los médicos generales eran responsables del 50% de las recetas retenidas en las farmacias, en cada año examinado.

Otro ejemplo que problematiza la sobreprescripción de psicofármacos en la APS es la investigación realizada por Olivera en 2005⁵⁸. Al aplicar los criterios diagnósticos del DSM-4 a una muestra de 111 usuarios del programa de salud mental de un centro de APS de la Región Metropolitana, Olivera encontró que el 10% sufría dependencia a benzodiacepinas. Pero lo más sorprendente fue que la mayoría de los pacientes había comenzado el consumo por prescripción médica, y que en un tercio de este grupo el psicofármaco no se justificaba.

De categorías diagnósticas a entidades naturales

Las nosologías psiquiátricas descriptivas, como la CIE-10 y el DSM-5, se basan en la combinación complementaria de los enfoques categorial y dimensional para la elaboración consensuada de criterios diagnósticos de entidades discretas⁵⁹. Las categorías de TMs que proponen se derivan de la identificación de signos y síntomas que, cumpliendo ciertas condiciones, se supone manifiestan e indican patología.

Sin embargo, pese al avance de la investigación neurocientífica de las últimas décadas, no existe aún evidencia de que muchas de las categorías de TMs

reflejen una disfunción biológica subyacente⁴⁵. La falta de marcadores biológicos ha sido reconocida por la misma *American Psychiatric Association*⁶⁰, y la insistencia en postular que los TMs son entidades naturales cuyo mecanismo etiológico está aún por revelarse en las obscuras entrañas del cerebro, ha llegado a ser interpretada como una especie de fantasía que encubre la complejidad del objeto de estudio⁶¹. Esto ha instigado el debate sobre la validez de los diagnósticos psiquiátricos. Algunos autores han señalado, por ejemplo, su naturaleza subjetiva⁴⁷, su carácter metafórico con poder de hacer creer que a ellos subyace una entidad física⁴¹, su origen ideológico al servicio de intereses políticos y económicos⁶², o que son construcciones históricas y culturales fruto de tensiones sociopolíticas³².

Luego, es controvertido afirmar categóricamente que las categorías de TMs, al menos muchas de las más comunes, constituyen entidades naturales que existen con independencia del orden social y cultural, y que pueden explicarse vía un mecanismo causal específico⁶³. No obstante, cuando estas tecnologías se definen como clasificaciones médicas⁶⁴ y son rutinariamente utilizadas en contexto médico, las interpretaciones y supuestos se sesgan fácilmente a favor de asumir que sirven para identificar y describir entidades esencialistas que responden a un determinismo biológico³⁷. El estatus médico de que gozan y el incuestionable valor práctico que poseen⁶⁵ contribuiría de manera importante a que sean aceptadas como enfermedades biomédicas.

Los problemas de salud mental priorizados en el plan GES están definidos desde y bajo la influencia de estas nosologías descriptiva occidentales. Las GCs para el tratamiento de los trastornos depresivos³⁰, el trastorno bipolar⁶⁶ y el abuso y dependencia de alcohol y otras drogas⁶⁷ se basan en la CIE-10 y el DSM versión IV-TR. La tercera edición de la GC para el tratamiento del trastorno esquizofrénico⁶⁸ utiliza la CIE-10 y la versión 5 del DSM. Es de esperar que cualquier actualización de las GCs siga el rumbo de estos manuales.

Con la institucionalización de estos sistemas de clasificación en los CESFAMs, se espera que los profesionales asuman y emitan, sea vía digital o en papel, un diagnóstico de acuerdo con criterios CIE-10/DSM-5. Cuando la ficha clínica es electrónica, cosa que se ha generalizado de manera importante a lo largo del país, es imperativo para el cierre de la intervención que se seleccione un diagnóstico CIE-10, sea en estado de sospecha o confirmado. Esto ha

instalado una tecno-sugestiva coyuntura que permite etiquetar rápidamente muchos de los padecimientos y quejas de las personas. Dada esta circunstancia, no es infrecuente que muchos diagnósticos psiquiátricos se realicen en una primera consulta o control de salud mental de 30 minutos, o incluso en una atención rápida de 15 minutos; o hallar fichas clínicas con verdaderos collages diagnósticos. Constatar esta situación cuestionaría la confianza y validez del diagnóstico de los TMs en la APS.

Del esquivo límite entre lo que es y no es un TM

En el prólogo a la edición en español de la Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10⁶⁹, el presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría del momento, alertaba que las clasificaciones basadas en síntomas podían psiquiatrizar conductas no patológicas y clasificar como enfermos a personas que no lo estaban. Trece años después, en el DSM-5 se sigue reconociendo que a pesar de la alta confiabilidad que ofrecen los criterios diagnósticos desarrollados, mejorar su validez es tarea aún pendiente⁶⁴. Por tanto, en los más influyentes manuales de clasificación de los TMs, los límites entre patología y normalidad son aún difusos^{37,65,70}. Esto sesga hacia la patologización cualquier práctica clínica en salud mental predominantemente orientada por estos instrumentos. Varios factores coadyuvan a ello.

Primero, estos instrumentos no son compendios de psicopatología humana donde se puedan encontrar amplias explicaciones y fundamentos a los fenómenos patológicos que describen, ni claras fronteras entre estos y el funcionamiento normal. Las nosologías descriptivas evaden explicaciones teóricas y proposiciones etiológicas bajo el supuesto pragmático de que un enfoque ateórico y fenomenológicamente orientado es el mejor camino hacia la objetividad y confianza en la identificación de entidades discretas. Los criterios diagnósticos que proponen provienen de la observación y el reporte subjetivo de signos y síntomas que son, supuestamente, la manifestación de un proceso patológico subyacente, cuyo mecanismo no es prioridad delinear. Pero al enclaustrarse el diagnóstico en este nivel estrictamente fenomenológico, muchas categorías se nutren y comparten un espectro de manifestaciones heterogéneo que no encuentra coherencia en algún tipo de propuesta etiológica. Más bien, la evaden o enmascaran tras la pretensión de que constituyen enfermedades del cerebro.

Por esta razón se ha señalado^{71,72} que las cate-

gorías diagnósticas de los sistemas de clasificación ateóricos basados en síntomas, tienen problemas de validez. Idea que puede enlazarse a la indicación de Poland et al.⁷² de que tanto el DSM-5 como la CIE-10 encuadran los TMs en un dominio sobresimplificado en aras de la operatividad. Para los autores, estas taxonomías no estarían dando cuenta, íntegramente, de la ambigüedad causal de la realidad clínica de los TMs, de la organización jerárquica de sus ámbitos, de su carácter multidimensional, de la interacción constante de sus componentes, de su sensibilidad al contexto en que se producen, de su capacidad de cambio y de variabilidad, de la influencia de la gerencia misma de las personas, del matiz normativo, interpersonal y personal que pueden tener sus atributos, y de la comparecencia de lo normal y lo anormal bajo las mismas condiciones.

Segundo, los enfoques categoriales y dimensionales en que se basan estas nosologías pueden conducir a patologizar conductas normales. Si bien la presencia de determinados signos y síntomas indica categóricamente patología, también requieren ser evaluados sobre la base de diferentes continuos cuantitativos (ej. severidad, duración). Lo dimensional permitiría amortiguar el acceso a una realidad clínica y humana que no es ni dicotómica ni impermeable, y que un estricto enfoque categorial fallaría en aprehender⁷³. No obstante, si en un contexto biomedicalizado el rigor del enfoque categorial podría llevar a obviar los comportamientos no percibidos como sintomáticos (falsos negativos), o a diagnosticar directamente cualquier conducta literalmente entendida como patológica (falsos positivos), la perspectiva dimensional puede proyectarlos sobre un continuo sintomatológico que los asimile siempre como manifestación de una alteración (patologización).

Así, en la práctica clínica cotidiana de APS, usualmente apremiada y condicionada por diversos factores, cuando el profesional que diagnostique privilegie la aproximación categorial, uno o más síntomas podrían terminar consagrados como marcadores inequívocos de una determinada categoría de TM. Cuando se incline hacia lo dimensional, entonces las opciones se abren para atribuir a una o a varias categorías, esa amplia gama de conductas que fueron ubicadas en un largo y ancho pasillo sintomatológico. Si el humor depresivo es síntoma de trastorno depresivo, podría serlo en un continuo de severidad que vaya desde el simple sollozo hasta la melancolía. En cualquier punto de esta banda

dimensional, dicha variación cuantitativa indicaría trastorno.

Tercero, en la CIE-1074 y en el DSM-564 la relación entre la definición de TM y los criterios diagnósticos de cada categoría es inconsistente, lo que es requerido para poder establecer cuándo estamos frente a una patología, o no^{37,70}. Un TM es definido como una agrupación de síntomas, un síndrome, que refleja una disfunción en el individuo o perturbación clínicamente significativa de la cognición, la regulación emocional, y la conducta. No obstante, en la presentación de las categorías específicas de cada TM, los criterios diagnósticos basados en signos objetivos y síntomas subjetivos son los que deciden tanto la condición patológica en sí misma, como el tipo de patología en cuestión. La disfunción reflejada y subyacente, al conducir a la polémica etiológica, no participa explícitamente en el establecimiento de criterios diagnósticos. Esto ha conducido a destacar que en las nosologías no se pueda hablar, en estricto rigor, de otro trastorno que el de los mismos signos y síntomas identificables⁷⁵; lo que, en contextos médicos, privilegiaría tratamientos focalizados más decididamente en la atenuación o eliminación de síntomas mediante el empleo de intervenciones farmacológicas.

En su conjunto, estos problemas de los manuales conducen a una redundancia patologizante que estrecha peligrosamente el concepto de normalidad: gozar de salud mental es vivir libre de signos y síntomas porque manifestarlos, en cualquier punto de un espectro siempre patológico, es presentar un TM. Los sistemas de clasificación descriptivos poseen este “poder” interno de acaparar un abanico cada vez mayor de comportamientos humanos.

Los PSMs absorben esta redundancia a través de las GCs GES cuando estas se diseñan sin ofrecer un concepto de TM que aterrice al lector respecto a qué es, antes que nada, un TM, y qué no lo es. La definición de TM debiese sentar las bases para diferenciar patología y normalidad con cierta claridad. Sin embargo, disolverlo en una alusión exclusiva a lo sintomático libera la mencionada redundancia patologizante. Por ejemplo, la GC para el tratamiento de los trastornos depresivos iguala la manifestación sintomática o sindrómica de la categoría diagnóstica a la definición misma de TM: “La depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo que se manifiesta a partir de una serie de síntomas... Es definida operacionalmente... como una alteración patológica del estado de ánimo...”³⁹, p 12.

El sentido común de la práctica clínica cotidiana indica que signos y síntomas no pueden ser arrojados a una dimensión exclusivamente patológica y ser, en consecuencia, atribuidos a una disfunción subyacente. En muchas ocasiones, los comportamientos que describen son la respuesta psicofisiológica correspondiente, necesaria y adaptativa, a una determinada experiencia o acontecimiento. Para Horwitz y Wakefield^{76,77}, por ejemplo, una depresión como reacción normal a una experiencia de pérdida y un trastorno depresivo como disfunción de un sistema psicológico o biológico, pueden producir manifestaciones sintomáticas similares: dos semanas o más de tristeza, anhedonia, abulia, dificultades de concentración, falta de apetito o aumento con impacto en el peso, y malestar clínicamente significativo.

La ausencia de una frontera más o menos precisa entre una reacción sintomatológica normal y otra que exprese disfunción o patología, no está presente en la citada GC GES³⁰. Desde el mismo título –Depresión en personas de 15 años y más– se diluye el límite entre un estado depresivo patológico y uno que no lo es. También en la introducción se da curso a esta tendencia cuando se plantea que “la depresión es un trastorno del humor y del estado de ánimo”³⁰, p 12. No dice: el trastorno depresivo refleja una disfunción en... que se manifiesta mediante.... Solo refuerza lo ya insinuado en el título: depresión es igual a trastorno depresivo. Un crudo vistazo cuantitativo al uso de los términos muestra que la palabra ‘depresión’, sola y como sustantivo, aparece 686 veces a lo largo del documento, mientras que la palabra trastorno aparece solo 238 veces y no siempre en conexión con alguna categoría de trastorno afectivo. Esta GC tampoco presenta una sección o espacio dedicado a aclarar las conveniencias y diferencias en el uso de los términos depresión y trastorno depresivo. Considero que abusar de este término por fuera del contexto que define lo que es un TM invita a asociar cualquier reacción psicofisiológica frente a las experiencias de pérdida que sufren las personas a lo largo su ciclo vital, con enfermedad o pérdida de la salud. En concordancia con esta constatación, quizás las actuales estadísticas pudiesen ser desafiadas sugiriendo que quizás en la APS la mayoría de las personas está siendo atendida por depresión, y muy pocas por un episodio depresivo que deba considerarse trastorno.

CONCLUSIONES

Respecto al fenómeno de la medicalización, Conrad³² sugiere que, una vez introducidas ciertas categorías diagnósticas –y normalizadas junto a las tecnologías que las acompañan– el abanico de problemas al que son atribuidas tiende a expandirse. Esto puede amplificarse para sugerir que, si bien la política de integrar la ASM en la APS puede considerarse un éxito del sistema de salud para ofrecer atención accesible a personas que sufren de trastornos mentales no tratados, es muy probable que este progreso tenga lugar al costo de procesos de medicalización ‘desde arriba’ que generan, rutinariamente, un número importante de falsos positivos, diagnósticos piadosos o convenientes, e intervenciones innecesarias o desenfocadas. Las consecuencias igualmente podrían estar yendo más allá, hasta impactar el gasto en salud mental, socavar la confianza en el sistema, profundizar las inequidades en el acceso a los servicios, y desempoderando a las personas al alienarlas de las significaciones y escenarios donde sus tensiones surgen, pueden encontrar o producir soluciones y, eventualmente, impulsar cambios sociales.

Este trabajo parte, justamente, de la preocupación por entender cómo los PSMs en la APS, al comenzar a absorber una proporción importante de la prevalencia de TMs en la comunidad, podrían en alguna medida estar cementando las dificultades cotidianas de la vida en una terminología patologizadora y reduccionista fuertemente legitimada por el aval del contexto médico en que se despliegan. El análisis realizado me permite sugerir que, factores como el modelo de enfermedad mental dominante en la psiquiatría, el plan GES y las GCs, la accesibilidad de los psicofármacos en la APS, y la institucionalización de los sistemas de clasificación de los TMs, podrían estar contribuyendo a que el padecer no patológico de las personas esté siendo frecuentemente interpretado como signo y prueba de enfermedad, y sometido a intervención médica.

El actual modelo dominante de enfermedad mental en la psiquiatría podría impedir el despliegue efectivo de un enfoque integral y comunitario sobre los problemas de salud, al insistir en que constituyen patologías determinadas biológicamente y que las intervenciones biológicas –psicofarmacológicas– son el *sine qua non* de los planes de intervención. El GES y las GCs, siendo vehículos de este modelo, y gracias a la autoridad de que gozan para liderar el

diseño de políticas, organización de servicios, y definición de intervenciones en la ASM, podrían estar imponiendo tal perspectiva sobre la horizontalidad del MAIS, propio de la APS²⁰.

La institucionalización de las nosologías psiquiátricas descriptivas en la APS, orienta las prácticas en salud mental sobre los mismos sesgos, falencias y alcances de dichas tecnologías, replicando el empuje a medicalizar que es inherente a estas, al menos hasta el momento actual del desarrollo que han alcanzado. Especial impacto tendrían, por ejemplo, la supuesta universalidad de sus criterios, el supuesto carácter esencialista de las categorías diagnósticas, los límites de un sistema ateorico y basado en síntomas, los vicios a que pueden conducir los enfoques categoriales y dimensionales, y la simplificación pragmática del ámbito de los TMs. La validez aun insatisfactoria de las categorías diagnósticas que proponen estas taxonomías se refleja en GCs muy comprometidas en este aspecto, pudiendo hacer del diagnóstico de un TM en la APS una práctica aún más subjetiva, mucho más fácil de manipular, y más ideológicamente orientada que quizás en otros contextos médicos.

La consideración de estos aspectos permite esbozar algunas sugerencias orientadas a acotar el efecto medicalizador que podría producirse, sistemáticamente, en la ASM en APS:

Primero, sería relevante explicitar y revisar los fundamentos del modelo de enfermedad mental que sustenta la definición y el despliegue de las prioridades y beneficios del GES. Las GCs podrían responder más críticamente a las falencias y supuestos de los influyentes manuales de clasificación en los que se basan. Requeriría mayor atención el establecimiento y descripción de una clara distinción entre lo que se defina como TM, como categoría diagnóstica, como signo y síntoma, y como vivencia estresante no patológica consustancial a las rutinas de la vida, el enfrentamiento a eventos adversos, o a los desafíos del ciclo vital. De esta manera los equipos de salud podrían contar con una guía más crítica y preventiva sobre potenciales sesgos pro-medicalización.

Segundo, en las GCs podría también dedicarse espacio advertir sobre los efectos posibles de una práctica diagnóstica sesgada categorial y/o dimensionalmente, así como a clarificar las convenciones adoptadas sobre el uso de términos relevantes. Esto podría mitigar la posibilidad de que, por falta de una frontera conceptual y terminológica clara entre patología y normalidad, los recursos invertidos no

estén yendo a parar a los más necesitados ni estén siendo utilizados de la mejor manera.

Tercero, las GCs podrían desplegar más equilibradamente el rol, recursos, fundamentos y evidencias de las intervenciones en la ASM, con énfasis en los aspectos psicosociales de las intervenciones médicas. El reconocimiento e incorporación de una perspectiva integrativa, coherente con el MAIS, requiere que en estos instrumentos se plasme un mayor esfuerzo por presentar y explicar los alcances, fundamentos teóricos, técnicos, y prácticos de los aspectos psicosociales de cualquier intervención. No hacerlo cedería al actual modelo de enfermedad mental dominante –sobre todo cuando proyecte su reduccionismo en una modalidad eliminativa– toda la autoridad y protagonismo en la organización de los servicios y en la orientación de las prácticas.

Cuarto, es importante desarrollar en los equipos de APS la capacidad para realizar más y mejores análisis locales del funcionamiento y resultados de los programas de salud mental. Esto podría ayudar a mantenerles alerta e informados acerca de la magnitud y características de procesos de medicalización en curso, y facilitarles implementar estrategias oportunas y sistemáticas. Para ello, la capacitación –y certificación– de referentes y jefes de programas en materia de gestión y administración de programas de salud mental podría ser fundamental.

Finalmente, fomentar el debate y la investigación es una estrategia esencial para comprender cómo las complejas dinámicas de los servicios y equipos de salud regulan el fenómeno de la medicalización en la ASM en APS. La evidencia levantada desde el lugar donde ocurren las prácticas concretas podría producir incontables y provechosos insights para orientar políticas, programas, servicios y prácticas hacia una atención más comprometida con la calidad, la equidad, la eficiencia, el cambio y el progreso social.

AGRADECIMIENTOS:

A colegas, usuarios de centros de APS, familiares y amigos por las múltiples vías, formas y experiencias en que contribuyeron a que pudiese perfilar este trabajo.

Trabajo realizado sin financiamiento externo.

CONFLICTO DE INTERÉS

Sin conflictos de interés que reportar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Depaux R, Camodónico L, Ringeling I, Segovia I. En el camino a Centro de Salud Familiar. Depux R, editor: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud; 2008.
2. Vicente B, Saldivia S, Kohn R. Epidemiology of mental disorders, Use of service, and treatment gap in Chile. *International Journal of Mental Health*. 2012;41(1):7.
3. Patel V, Prince M. Global mental health: A new global health field comes of age. *JAMA*. 2010;303(19):1976–7.
4. Minoletti A, Zaccaria A. Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2005;18:346–58.
5. Alvarado R, Rojas G, Minoletti A, Alvarado F, Domínguez C. Depression program in primary care. The Chilean experience. *International Journal of Mental Health*. 2012;41(1):38–47.
6. Ministerio de Salud [MINSAL]. Evaluación del Sistema de Salud Mental en Chile. Segundo informe. Informe sobre la base del Instrumento de evaluación del sistema de salud mental de OMS. Santiago: Ministerio de Salud; 2014.
7. Minoletti A, Sepúlveda R. Situación de la atención de salud mental en el sistema público chileno en comparación con otros países. *Revista Gaceta de Psiquiatría Universitaria*. 2017;13(1):75–81.
8. Casos GES acumulados a septiembre de 2019 [Internet]. Superintendencia de Salud,. 2019 [cited 5/2/20]. Available from: <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-propertyvalue-1962.html#acordeonDocumentos>.
9. Ministerio de Salud [MINSAL]. Plan Nacional de Salud Mental. Pública SdS, editor. Santiago. Chile: Ministerio de Salud; 2017 May 2017. 155 p.
10. Saraceno B, Barbui C. Global mental health: achievements, concerns and (unanswered) questions. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016;25(6):493–4.
11. Summerfield D. “Global mental health” is an oxymoron and medical imperialism. *BMJ*. 2013:f3509.
12. Whitley R. Global Mental Health: Concepts, conflicts and controversies. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015;24(4):285–91.

13. White R. The globalisation of mental illness. 2013. p. 182-5.
14. Clark J. Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*. 2014(0):1.
15. Clark J. Medicalization of global health 2: The medicalization of global mental health. *Global Health Action*. 2014;7:24000-.
16. Summerfield D. How scientifically valid is the knowledge base of global mental health? *BMJ (Clinical Research Ed)*. 2008;336(7651):992-4.
17. Téllez A. Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de la Agenda Pública*. 2006;1(2).
18. Annick M. The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud Pública de México*. 2002;44:60-8.
19. Aguayo E, Rojas V. Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud. Asistenciales SdR, editor: Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud; 2016.
20. Montero J, Téllez A, Herrera C. Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos. *Centro de Políticas Públicas UC*. 2010;5(38).
21. Castillo-Sepúlveda J, Espejo M, Tapia J, Catalán M, Toro J, Gálvez M. Tecnologías, episteme y subjetivación en un régimen de garantías en salud. *Psicoperspectivas*. 2017;16(3):6-16.
22. Castillo-Sepúlveda J. Gubernamentalidad y somatocracia en el Régimen de Garantías Explícitas en Salud en Chile. *Revista de Estudios Atacameños Arqueología y Antropología Surandinas*. 2018.
23. Carrasco J, Yuing T. Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*. 2014;13:98-108.
24. Araya R, Rojas G, Fritsch R, Frank R, Lewis G. Inequities in mental health care after health care system reform in Chile. *American Journal of Public Health [Internet]*. 2006 [cited 2016 Aug 20]; 96(1):[109-13 pp.]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1470439/>.
25. Busta Cornejo C. La medicalización del malestar como proceso generador de desigualdad en el sistema de salud chileno / The medicalization of malaise as a generator of inequality in the Chilean health system. *Castalia - Revista de Psicología de la Academia*. 2017;28:19.
26. Vicente B, Saldivia S, Pihán R. Prevalencias y brechas hoy: Salud mental mañana. *Acta Bioethica*. 2016;22:51-61.
27. Concluding observations on the initial report of Chile [Internet]. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner. 2016 [cited 25th June 2016]. Available from: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/096/83/PDF/G1609683.pdf?OpenElement>.
28. Minoletti A, Cea JC, Gaete B, Gómez M, Monares P, Sandoval M, et al. Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental: Diagnóstico de la Situación en Chile. Santiago: Chile: Observatorio de Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Mental; 2014 25th June 2016.
29. Corporación de Usuarios, Familiares y Amigos de Personas con Discapacidad Psíquica de Chile,. Evaluación de la aplicación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad en Chile. 2015.
30. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGÉ. Depresión en personas de 15 y más años. 2nd ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
31. Foucault M. Right of death and the power over life. *History of Sexuality An Introduction*. I. New York: Pantheon; 1978. p. 133-60.
32. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
33. Wade DT, Halligan PW. Do biomedical models of illness make for good healthcare systems? *BMJ (Clinical research ed)*. 2004;329(7479):1398-401.
34. Zola IK. In the name of health and illness: On some socio-political consequences of medical influence. *Social Science & Medicine* (1967). 1975;9(2):83-7.
35. Van Dijk W, Faber MJ, Tanke MAC, Jeurissen PPT, Westert GP. Medicalisation and Overdiagnosis: What Society Does to Medicine. *International Journal of Health Policy & Management*. 2016;5(11):619-22.
36. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, Health Care, And Philosophy*. 2016;19(2):253-64.

37. Horwitz AV. *Creating mental illness*. Chicago, IL, US: University of Chicago Press; 2002. xi, 289-xi, p.
38. Illich I. *Medical nemesis. The expropriation of health*. New York: Pantheon Books; 1976.
39. Padmanabhan D. From distress to disease: a critique of the medicalisation of possession in DSM-5. *Anthropology & Medicine*. 2017;24(3):261-75.
40. Rosenhan DL. On Being Sane in Insane Places. *Science*. 1973;179(4070):250.
41. Szasz T. *The medicalisation of everyday life. Selected Essays*. Szasz T, editor. New York: Syracuse University Press; 2007.
42. Yankovsky S. Mental Health Care, Diagnosis, and the Medicalization of Social Problems in Ukraine. *Disability and the Global South*. 2014;1(2).
43. Sedler MJ. Medicalisation in psychiatry: the medical model, descriptive diagnosis, and lost knowledge. *Medicine, Health Care, and Philosophy*. 2016;19(2):247–52.
44. Clark J. The Paradox of Mental Health: Over-Treatment and Under-Recognition. *Plos ONE*. 2013;10.
45. Deacon BJ. The biomedical model of mental disorder: A critical analysis of its validity, utility, and effects on psychotherapy research. *Clinical Psychology Review*. 2013;33(7):846-61.
46. Wyatt WJ, Midkiff DM. Biological psychiatry: A practice in search of a science. *Behavior & Social Issues*. 2006;15(2):132-51.
47. Double D. The Limits Of Psychiatry. *BMJ: British Medical Journal*. 2002;324(7342):900–4.
48. Double D. Biomedical Bias of the American Psychiatric Association. *Ethical Human Sciences and Services*. 2004;6:153-9.
49. Gambrill E. *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders as a Major Form of Dehumanization in the Modern World* 2014. 13-36 p.
50. Ley 19966. Establece un régimen de garantías en salud, [Law 19966. Establishes an explicit guarantees in healthcare regime] (2004).
51. Ministerio de Salud [MINSAL]. Listado de prestaciones específico. Régimen de garantías explícitas en salud. Anexo decreto supremo n°3. Chile: Ministerio de Salud; 2016.
52. Escobar M E. Las terapias biológicas psiquiátricas en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2010;48:245-8.
53. Jirón M, Machado M, Ruiz I. Consumo de anti-depresivos en Chile entre 1992 y 2004. *Revista médica de Chile*. 2008;136:1147-54.
54. Herrera P, Fajreldin V, Rodríguez F, Kraemer P, Mendoza C, Pineda I, et al. Guías de práctica clínica: estudio cualitativo sobre su implementación en el sistema de salud de Chile. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2017;41:1.
55. Rodríguez MF, Pineda I, Rozas MF. Evaluación de calidad de las guías de práctica clínica de los 80 problemas de salud del régimen de garantías explícitas en salud. *Revista médica de Chile*. 2016;144:862-9.
56. Galleguillos T, Risco L, Garay JL, González M, Vogel M. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Revista Médica de Chile*. 2003;131(5):535–40.
57. Yates T, Catril P. Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en farmacia privada. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2009;47:9–15.
58. Olivera V M. Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*. 2009;47:132–7.
59. DSM-5's Integrated Approach to Diagnosis and Classification [press release]. 2013.
60. American Psychiatric Association [APA]. American psychiatric association statement on diagnosis and treatment of mental disorders. Release no. 03-39: APA; 2003 [updated 31/7/2019; cited 31/7/2019 31/7/2019]. Available from: <http://www.critpsynet.freeuk.com/APA.htm>.
61. Decoteau CL, Sweet PL. Psychiatry's little other: DSM-5 and debates over psychiatric science. *Social Theory & Health*. 2016;14(4):414-35.
62. Moncrieff J. Psychiatric diagnosis as a political device. *Social Theory & Health*. 2010;8(4):370–82.
63. Haslam N. Natural kinds in psychiatry: Conceptually implausible, empirically questionable, and stigmatizing. *Classifying psychopathology: Mental kinds and natural kinds. Philosophical psychopathology*. Cambridge, MA, US: MIT Press; 2014. p. 11-28.

64. American Psychiatric Association [APA]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth ed. Association AP, editor. Arlington, VA: American Psychiatric Association Edition; 2013.
65. Hyman SE. The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6(1):155-79.
66. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGE. Tratamiento de personas de 15 años y más con trastorno bipolar. 1st ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
67. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGE. Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y otras drogas en personas menores de 20 años. 2nd ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2013.
68. Ministerio de Salud [MINSAL]. Guía clínica AUGE para el tratamiento de la depresión en personas mayores de 15 años. Actualización en psicoterapia. 1st ed. Ministerio de Salud, editor. Santiago: Subsecretaría de Salud Pública; 2017.
69. World Health Organisation [WHO]. Guía de bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Con glosario y criterios diagnósticos de investigación. Madrid: Editorial Médica de Investigación; 2000.
70. Wakefield JC. Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2016;12(1):105-32.
71. Poland J. Deeply Rooted Sources of Error and Bias in Psychiatric Classification. In: Kincaid H, Sullivan JA, editors. *Classifying Psychopathology: Mental Kinds and Natural Kinds*: The MIT Press; 2014. p. 0.
72. Poland J, Eckardt BV. Mapping the Domain of Mental Illness. In: Fulford KWM, Davies M, Gipps RGT, Graham G, Sadler JZ, Stanghellini G, et al., editors. *The Oxford Handbook of Philosophy and Psychiatry. International perspectives in philosophy and psychiatry*: Oxford University Press; 2013.
73. Widakowich C. El enfoque dimensional vs el enfoque categórico en psiquiatría: aspectos históricos y epistemológicos. *ALCmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*. 2012;17(4):365-74.
74. World Health Organization [WHO]. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
75. Ward T, Clack S. From symptoms of psychopathology to the explanation of clinical phenomena. *New Ideas in Psychology*. 2019.
76. Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press; 2007.
77. Horwitz AV, Wakefield JC. *All We Have to Fear: Psychiatry's Transformation of Natural Anxieties into Mental Disorders*. New York: Oxford University Press; 2012.