



BIOLOGICISMO Y CONSTRUCCIONISMO: DOS POSIBLES LECTURAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES

L.F. Ruth Xiomara Aguilar Rincón

rxar08@gmail.com

Universidad de Guanajuato

México

Dr. Luis Fernando Macías García

luisfer56@gmail.com

Universidad de Guanajuato

México

Dra. María Luján Christiansen Renaud

mlchris_mex@hotmail.com

Universidad de Guanajuato

México



RESUMEN

Una de las preocupaciones actuales de la salud pública es el aumento progresivo de Enfermedades Mentales (en lo siguiente EM), basta remitirnos a las cifras que la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene, para darnos cuenta que hoy por hoy es un tema que necesita ser revisado; así pues, encontramos que para el año de 1952 había 106 categorías-diagnóstico de las EM en el DSM I, cifra que aumento exponencialmente para 1994 con 357 categorías registradas en el DSM IV (De la Mata y Ortiz, 2007). Si bien es cierto que los esfuerzos por estudiar tales enfermedades son grandes, también es cierto que hay problemas para dar un diagnóstico certero, la OMS ha declarado que casi un 90% del total de la población con alguna EM ha sido y es mal diagnosticada; a ese dato podemos agregar la ineficacia de los medicamentos que se recetan para tratar dichos padecimientos, y qué decir de los efectos secundarios que sobrevienen tras la medicamentación; por ejemplo, Irving Kirsch logró demostrar que la eficacia de los antidepresivos se debe a la expectativa que tiene el paciente para mejorar sabiéndose medicado, ya que, de acuerdo a su lectura, los antidepresivos no son más que placebos con efectos secundarios (De Vicente, Berdullas y Castilla, 2012). Ahora bien, el proceso terapéutico para tratar las EM no sólo ha sido farmacéutico sino también a través de la palabra, los resultados de éste último son favorecedores en tanto que se logra aligerar la carga del individuo, muchas veces llega a eliminarse por completo, es cuando se dice que el individuo se ha curado; ante dicha situación nos preguntamos: ¿cómo es posible que una enfermedad pueda ser curada a través de un proceso terapéutico que involucra solamente la palabra y no sustancias o procesos invasivos al organismo? Ello nos hace pensar que no todas las EM tienen un origen biológico, es decir, que no todas ellas son producto de una disfunción orgánica (neuroquímica, genética, u otras), esta mirada es la que se expone en el presente trabajo. A grandes rasgos diremos que las EM pueden ser leídas también como un dispositivo social que ha sido construido en base a una dinámica de la demanda de una vida “feliz” por sobre una vida “no feliz”, entonces, ellas son producto de una construcción donde



confluyen una serie de situaciones y demandas valorativas que la misma sociedad ha implementado como reflejo de una vida “exitosa” en contraposición con una vida “no exitosa”.

Palabras clave: *Enfermedad Mental, Clase Natural, Clase Construida*

ABSTRACT

One recent public health concern is a progressive increase of mental illnesses (MI). If we careful remit to the ciphers presented by the World Health Organization (WHO) we can acknowledge that this is a current issue that demands to be revised. We find that in the year 1952 there existed 106 diagnostic categories for MI in DSM I, this amount increased remarkably by 1994 with a total of 357 registered categories in DSM IV (De la Mata y Ortiz, 2007). It is true that the numerous efforts have been done to study these type of illnesses. However, we must recognize that there is also a vast number of problems in diagnosing this correctly. The WHO has declared that a total of 90% of the population with any MI has been misdiagnosed. To this fact we could add the inefficiency of medication that is prescribed to treat the illness. Moreover, the side effects that result from medicinalization. For example, Irving Kirsch demonstrated that the efficacy of antidepressants was due to the expectation that the patient had to improving through their use. According to the study antidepressants are only placebos with strong side effects. (De Vicente, Berdullas y Castilla, 2012). Furthermore, therapeutically processes to treat MI, have not only been pharmaceutical, but also through the use of words. The results of this has been favorable as it seems that they are able to lighten the burden of the individual, and in many cases, these MI have been completely eliminated. That is when we can say that the individual has been cured. Under this circumstance we can now question ourselves: how is it possible to cure an illness through a therapeutically process that only involves word and no harmful substances to the organism?

This makes us understand that not all MI have a biological origin, in other words not all MI are a product of an organic malfunction (neuro-chemist, genetic, or other), and this is what this essay aims to present. Overall, I explain that MI can be treated as a social issue that has been constructed due to a demand of living a “happy” life over living an “unhappy” life. Therefore, they are a



product of a construction where a series of situations and social demands have established a “successful” life in contrast with a “non-successful” life.

Keywords: *Mental Illness, Natural Group, Construction Group.*



ALGUNAS CONSIDERACIONES

Actualmente, en la clínica, se ha asumido que las así denominadas Enfermedades Mentales tienen una causa de tipo biológico, no obstante, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que los factores contextuales también pueden influir en la aparición de éstas, hasta aquí parece haber una doble lectura de ellas. Ahora bien, echando un vistazo a los objetivos que la *FIC* busca, nos damos cuenta de que estos tienen un sustento científicista, es decir, con pretensiones de objetividad, certeza y predictibilidad, tales metas resultan difícil de empatar con una lectura contextualista. Con lo anterior, las problemáticas que detectamos son: 1) una doble lectura de las EM, y 2) la incompatibilidad de los objetivos de la *FIC* con la manera en que la OMS asume las EM.

El trabajo que aquí se expone constituye una reflexión primaria de una investigación que aún está en proceso, la cual tiene como eje central la epistemología del diagnóstico de las EM en la clínica. Para el presente, tomamos en cuenta los datos y antecedentes que se pueden consultar en la página oficial de la *Organización Mundial de la Salud (OMS)* referente a la salud mental, consideramos los objetivos que sigue la *Familia Internacional de Clasificaciones (FIC)*, y retomamos la información que se expone en la *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima revisión (CIE-10)*, volúmenes 1 y 2 (referido a los Trastornos Mentales y del Comportamiento)¹; así mismo, hacemos uso del concepto de *clase natural* de L. Reznick.

Las ideas que aquí exponemos serán desplegadas en el siguiente orden: 1) de manera muy sucinta presentamos la razón por la cual hemos elegido la *CIE* en lugar del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM)* por sus siglas en inglés; 2) aterrizaremos el problema que detectamos en la configuración de lo que actualmente se denomina EM, es importante señalar que no pretendemos establecer un significado del concepto, si no, evidenciar la lectura dualista que se hace posible a partir de la información que proporcionan la OMS, la *CIE* y la *FIC*; 3) planteamos

¹ No perdemos de vista que la *FIC* tiene dos manuales de referencia, la *CIE-10* y la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, sin embargo, para el desarrollo del actual trabajo nos apoyaremos en la *CIE-10*.



la propuesta de una lectura bidimensional de las EM; finalmente, 4) expondremos algunas conjeturas, que hasta ahora tenemos, de lo que implica cada una de las lecturas.

Los objetivos del presente trabajo son:

- Hacer una revisión de cómo se configura en la actualidad lo que se denomina EM.
- Revisar y contrastar la información que proporcionan la *OMS* y la *CIE* con respecto a las EM.
- Revisar y analizar la pertinencia de los objetivos que sigue la FIC con respecto a las EM.
- Dibujar el planteamiento de las lecturas biologicista y construccionista de las EM.



1.- ¿POR QUÉ EL CIE?

El texto de referencia en el que habitualmente se piensa cuando se habla de enfermedad o trastorno mental es el *DSM*,² en él encontramos una serie de términos clasificatorios con sus respectivas características que se toman de base para determinar si un individuo padece algún trastorno mental o no, en otras palabras, el *DSM* es usado como manual para diagnosticar este tipo de padecimientos; da la impresión que este texto es y “debiera” ser la referencia principal al hablar de EM, no obstante, nosotros nos hemos remitido a la *CIE* debido a que ésta es para la *OMS*, un manual *clasificador de referencia*. “La clasificación de referencia abarca los parámetros principales del sistema de salud, como la muerte, la enfermedad, el funcionamiento, las discapacidades, la salud y las intervenciones de salud.” (CIE-10, 2008, p. 21); surgen a partir de acuerdos internacionales, consecuentemente, han sido aceptadas, aprobadas y recomendadas “...como directrices para la notificación internacional sobre la salud. Pueden usarse como modelos para el desarrollo o la revisión de otras clasificaciones tanto con respecto a la estructura como al carácter y la definición de las clases.” (CIE-10, 2008, p. 22).

Actualmente la *OMS* trabaja con dos clasificaciones de referencia, que son a saber la *CIE* y la *CIF*. En el primer manual se registra información acerca de la mortalidad y la morbilidad, y se da un marco conceptual basado en etiologías; mientras que en el segundo se presenta información de lo que se ha denominado el funcionamiento y la discapacidad humanos. De estos dos manuales se desprenden todos los demás, unos se enmarcan en la Clasificación Relacionada (por ejemplo: Clasificación Internacional de la Atención Primaria, Clasificación Internacional de Causas Externas de Traumatismo, Clasificación Anatómica con Dosis Diarias Definidas y el ISO 9999³), la cual mantiene una relación tangencial con la Clasificación de Referencia; y otros pertenecen a la Clasificación Derivada (a dicho grupo pertenecen la Clasificación Internacional de Enfermedades para Oncología, Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento, Clasificación

² En el presente se usarán, indistintamente, los conceptos de enfermedad y trastorno por las siguientes razones: 1) nos percatamos que tanto la *OMS* como la *CIE* emplean ambos conceptos de manera indiferenciada; y 2) al remitirnos al *Diccionario Médico de la Real Academia Nacional de Medicina* (2011) nos hemos dado cuenta que ambos términos hacen referencia a una alteración orgánica o funcional.

³ Ayudas Técnicas para Personas con Discapacidades, Clasificación y Terminología.



Internacional de Enfermedades Aplicada a Odontología y Estomatología, Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicada a Neurología y la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Versión Niños y Adolescentes), ésta toma como base la Clasificación de Referencia, de ella se seleccionan determinados elementos para desarrollarse con más detalles o para elaborar otros que se consideren necesarios de acuerdo a la demanda⁴.

Este trio de clasificaciones constituye la *Familia de Clasificaciones Internacional (FIC)* de la OMS, la cual pretende los siguientes objetivos:

- Establecer un lenguaje común internacional en los aspectos relacionados con la información en salud para mejorar la comunicación.
- Permitir la comparación de información en salud a través del tiempo, entre las distintas disciplinas y entre los países.
- Proporcionar un conjunto de clasificaciones aprobadas para fines particulares que incluyen sistemas de codificación y registro para ser incorporados en los sistemas de información en salud.
- Promover la adecuada selección de las clasificaciones en una amplia gama de opciones en el campo de la salud en todo el mundo.
- Proporcionar bases científicas precisas, fiables y aplicables transculturalmente, para la definición y manejo de la información en salud. (Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS), s/f).

Por lo anterior, manifestamos y reiteramos de manera explícita que la razón por la cual hemos decidido tomar como base para el presente trabajo la *CIE*, es debido a que dicho manual forma parte de la clasificación de referencia, en otras palabras, de él (en conjunto con la *CIF*) se derivan el resto de los manuales clasificatorios. Ahora bien, para alcanzar las metas que la *FIC* ha propuesto es necesario garantizar un conocimiento cierto, objetivo y predecible, ello se sustenta en los postulados epistemológicos de objetividad, certeza y predictibilidad; y las entidades que se pueden conocer

⁴ Para más información al respecto se puede consultar las siguientes páginas:

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/cecece/fic_estructura_gobmx.html y

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_tabs&view=article&id=3555&Itemid=3877&lang=es



bajo estos presupuestos están representadas por *clases naturales*, “It supposes that objects in the world are ordered into ‘natural’ groups or kinds prior to any attempt to classify them, and that it is the job of science to discover such an order (and not to invent it).” (Reznek, 1987, p. 26)

2.- ATERRIZANDO EL PROBLEMA

Con lo anterior podemos ir dibujando las directrices del problema en torno a lo que se denomina EM y cómo es asumida, ya que, para alcanzar los objetivos que la *FIC* se propone es necesario que el objeto de análisis sea meramente entitativo, entendámoslo como sustantivo, es decir, como un *algo* que implica extensión, que puede ser percibido a través de los sentidos y que permanece más o menos constante, estas características las podemos encontrar en las entidades que pertenecen a la clase natural; a pesar de ello, la *OMS* reconoce que los trastornos mentales están determinados, no solamente por tipologías biológicas, sino también por rasgos individuales y de factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, involucrando un entramado de situaciones valorativas propias de una subjetividad. Ello nos permite considerar la posibilidad de hacer una lectura de las EM distinta de la biológica, misma que estaría enmarcada en una clase natural. Hasta aquí se podrá objetar que el obstáculo puede quedar zanjado con el uso de la *CIF*, pues ésta hace referencia al funcionamiento y discapacidades asociados con las condiciones de salud, tomando en cuenta algunos componentes relacionados con la salud como los factores contextuales (los factores contextuales pueden ser ambientales y personales). Sin embargo, la *CIE*, en tanto que establece un marco conceptual basado en etiologías, parece dar una codificación de enfermedades pertenecientes a clases naturales, no obstante, hay un par de puntualizaciones que consideramos pertinentes. La primera corresponde a los tipos de causas que la *CIE* acepta, pues aparentemente asume causas biológicas, empero, no sólo toma sino que establece su codificación en función tanto de causas orgánicas como contextuales. La segunda observación que hacemos va en referencia a que en dicho manual prevalece una codificación sustentada en síntomas y no etiologías como es la pretensión (basta con echar un vistazo a la *CIE-10*, capítulo V, para darnos cuenta de ello), incluso, en varios



códigos se puede leer “de causas desconocidas” y/o “etiología no especificada”. Nos percatamos, por lo tanto, que en este texto hay ya una lectura ambivalente de las EM.

Si bien, no podemos negar que haya trastornos mentales, tampoco podemos aseverar que todos ellos pertenecen a una clase natural, como se ha pretendido. La implicación que esto conlleva es, en la práctica se han disipado, o no se quiere reconocer (por lo que ello implica directamente con los objetivos de la *FIC*), los límites que separan una EM perteneciente a una clase natural (daños cerebrales/enfermedades cerebrales) de una constituida por factores sociales, es decir, las manifestaciones de las conductas de los individuos pueden proceder tanto de causas biológicas (pertenecientes a una clase natural) como de causas sociales; estas últimas conllevan un proceso constructivo, que involucra una serie de valores subjetivos dependiendo del contexto y la cultura. No obstante, parece que hoy por hoy todas las EM son asumidas como categorías naturales, la consecuencia de ello es expresada por la *OMS* como puntos rojos que deben ser atendidos, por ejemplo: el aumento continuo de los trastornos mentales, la falta de una respuesta adecuada por parte de los sistemas de salud a esta problemática, a su vez, esto provoca una escasa calidad de atención en los casos tratados y la necesidad de tener un diagnóstico correcto, ya que en la mayoría de los casos, el paciente no es diagnosticado adecuadamente.

3.- LA PROPUESTA DUALISTA

Como ya mencionamos anteriormente, para alcanzar las pretensiones de la *FIC* son necesarios determinados presupuestos epistemológicos, a saber, el de objetividad, certeza y predictibilidad. Asumir que las EM pueden ser conocidas bajo estas premisas presupone la existencia de causas de tipo biológico (genético o neuroquímico u otras), lo cual implica sesgos esencialistas, es decir, un conjunto de propiedades que permanecen fijas, son necesarias e inmutables; de no ser este el caso, el objeto en cuestión perdería su naturaleza o identidad, en otras palabras, ya no sería el mismo. A partir de los sesgos esencialistas de las causas, se confieren supuestos realistas, materialistas, naturalistas bajo los cuales se diagnostican las EM.



Ahora bien, con estos supuestos (realistas, naturalistas, materialistas) se asume la existencia de un orden de carácter natural, en otras palabras, hay una configuración estructural pre-establecida, independiente al ser humano, que se organiza a partir de *clases naturales*. Las clases naturales son, taxonómicamente hablando, conjuntos de objetos que poseen determinadas características pre-existentes a cualquier clasificación. Por ejemplo, el oro y el agua son clases naturales; el oro, es un metal de transición con 79 átomos, el agua, un compuesto químico de dos elementos: hidrógeno y oxígeno; de ambos podemos rastrear características independientes a cualquier clasificación. El agua y el oro son clasificados a su vez en otro conjunto, “líquido vital” (para el caso del agua) y “piedra preciosa” (para el oro); de la primera categorización podemos hablar universalmente, en cualquier región geográfica se asume que el agua y el oro poseen tales características; no así de la segunda codificación, pues ésta dependerá de los juicios valorativos que cada zona tenga para considerar qué es una piedra precisa y qué es un líquido vital, en otras palabras, el agua y el oro existen independientemente a la categorización de “líquido vital” y “piedra preciosa”, sin embargo, no sucede lo mismo con los conjuntos “líquido vital” y “piedra preciosa”, para hablar de ellos es necesario que haya algo previo que se pueda enmarcar en dicha categorización y una valorización; unos están en acto y otros en potencia.

Siguiendo lo anterior, hablar de EM únicamente como una clase natural es complicado; si bien, éstas han sido referidas en la mayoría de los casos a problemas y disfunciones que se registran en el cerebro, en tanto se asume que ahí “radica” la mente, no podemos asegurar que su origen esté contenido en él. El cerebro es:

[la] porción más voluminosa del encéfalo, derivada de la vesícula prosencefálica que comprende el diencefalo y el telencefalo, ocupa la porción supratentorial del cráneo y se continua caudalmente con el tronco del encéfalo. Comprende en el adulto como derivados del telencefalo los bulbos y tractos olfatorios y ambos hemisferios cerebrales unidos por el cuerpo calloso (cubiertos por la corteza cerebral y que contienen los ventrículo cerebrales I y II, y, además de la sustancia blanca, estructuras subcorticales importantes como los núcleos o ganglios basales y el prosencefalo basal) que cubren y dejan ventralmente entre ellos el derivado de la otra vesícula prosencefálica, el diencefalo (que contiene un ventrículo medio, el III ventrículo, limitado lateralmente por las dos estructuras diencefálicas principales, el tálamo dorsalmente y el hipotálamo ventralmente); a partir del diencefalo se desarrollan las retinas y nervios ópticos y ventralmente la neurohipófisis. *Entre sus funciones destacan el*



control de las acciones voluntarias, el lenguaje, el pensamiento, la resolución de problemas, la memoria, la orientación espacial y las actividades motoras aprendidas, como la escritura. (Real Academia Nacional de Medicina, 2011).⁵

Asumir que la mente “radica” en el cerebro, implica que ella está ahí, consecuentemente, se le confiere una carga entitaria, es decir, lo que ha sido denominado como *mente* es posicionado en una clase natural. No obstante, las acepciones que se tienen de ella son variadas (no sólo en filosofía), se le relaciona con la inteligencia, con el pensamiento y/o con el alma. Por ejemplo, se define como la potencia intelectual del alma (Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, 1978); en relación con la inteligencia (Diccionario de medicina, 1973); la *Real Academia Nacional de Medicina* (2011) la define como “...la sede de la conciencia a través de la cual el individuo es consciente del mundo que lo rodea, experimenta sentimientos y deseos, y es capaz de fijarse, recordar, aprender, razonar y decidir.”; y el *Diccionario de la Universidad de Navarra* la define de la siguiente manera:

Termino impreciso, pues con él se suelen designar potencias o facultades que, aun teniendo un cierto parentesco, no son lo mismo. Atendiendo a su origen, la acepción más frecuente es la equivalente a entendimiento o capacidad de entender. Pero también desde la época clásica se utiliza el término para referirse a la capacidad de razonar y en la actualidad es frecuente que se utilice para referirse a la actividad psíquica. De todas formas, ya se considere la mente como sinónimo de entendimiento, de razón o de psique, se ve que en todos los casos se le atribuyen las operaciones superiores del hombre. (1999-2001)

Resumiendo, el cerebro pertenece a una clase natural, ya que, podemos rastrear características pre-existentes a su clasificación, no obstante, afirmar lo mismo para la mente es imposible, pues no hay una característica que pre-exista a su denominación, además, a pesar de que hay términos constantes con los cuales es referenciada como el de inteligencia, facultad, potencia, pensamiento y alma, los rasgos que se usan para dar cuenta de ellos son variados y están sujetos a una interpretación, implicando un juicio valorativo, lo que corresponde a una clase construida.

⁵ Las itálicas son nuestras.



4.- ALGUNA CONJETURAS

Son varias las conjeturas a las que podemos llegar a partir de lo expuesto anteriormente. En primer lugar lo que ya anticipábamos, que si bien, las EM son una categoría, no todas pertenecen a una clase natural, y de esto desprendemos lo siguiente. Los rendimientos de una lectura biologicista de las EM son: 1) la certeza del conocimiento, en tanto que la clase natural es algo que ya existe, y le corresponde a la ciencia el descubrirla (Reznek, 1987); lo cual conduce a 2) la predictibilidad, que en el área de la clínica podemos traducir como la posibilidad de predecir, tratar, curar y prevenir, tareas que constituyen el proceso del diagnóstico. No obstante, a pesar de que se asume la certeza del conocimiento, la lectura biologicista parece no dar el ancho en cuanto al diagnóstico. Por otro lado, la perspectiva construccionista, que no parte de sesgos esencialistas, puede dar luz a lo que refiere al diagnóstico; recordemos que esta configuración implica supuestos valorativos, y ellos tienen una fuerte carga epistémica, aceptar lo anterior nos da la posibilidad de conocer cuáles son los valores clasificatorios de determinadas sociedades (Reznek, 1987) y cómo se configura lo que es considerado como EM, abonando al terreno del diagnóstico.

Empero, consideramos que la lectura construccionista debe usarse con cuidado, ya que, al tener como antecedentes valores subjetivos se abre la posibilidad de tener tantas clasificaciones como individuos haya; dicha problemática pudiera ser salvada a través del consenso, pero hay que tener en cuenta que, “Allí donde existe un consenso, tendemos a suponer objetividad. Sin embargo, el consenso nunca es estático y es apto para cambiar cuando se extienden los derechos de votos a grupos adicionales de personas.” (Efran, Lukens y Lukens, 1994, p. 63). Establecer un lenguaje común, como lo pretende la *FIC* es importante, pero no debemos perder de vista que dicho lenguaje está cargado de valores subjetivos. Rastreando los antecedentes históricos de la *CIE* nos dimos cuenta que ésta surgió por la necesidad de tener un registro de las principales causas de mortalidad y morbilidad, para lograrlo se han ido recopilando datos e información a través del tiempo y en diferentes zonas geográficas, poco a poco se dieron cuenta de que hacía falta tener un lenguaje en común, por ello se llegó a un acuerdo (consenso); a pesar de esto, en la misma *CIE* se reconoce que “...lo mismo para los países en desarrollo que para los desarrollados, dichos métodos o sistemas



deben crearse localmente y que, a causa de factores como los patrones de morbilidad y las variaciones de idioma y culturales, no debe intentarse su transferencia a otras zonas o países.” (CIE-10, 2008, p. 23).

Con ello podemos vislumbrar el problema en la configuración de lo que se denomina EM, pues, al abordar todas las EM como una clase natural se buscan objetivos propios de dicha clase, no obstante, algunos trastornos mentales pertenecen a clases construidas, las cuales difícilmente pueden alcanzar las metas objetivistas; aunado a esto, el discurso que se proclama pretende ser objetivista cuando ha sido configurado desde parámetros valorativos, es decir, subjetivos.



BIBLIOGRAFÍA

De la Mata Ruíz, Iván y Ortiz Lobo, Alberto. (2007). *La colonización psiquiátrica de la vida*. Archipiélago, 76.

De Vicente, Aída. Berdullas, Silvia y Castilla, Cristina. (2012). *Se cuestiona el modelo biologicista en salud mental*. Madrid: INFOCOP. 57 abril-junio.

Efran, J. S. M. D. Lukens y R. J. Lukens. (1994). *Lenguaje Estructura y Cambio. La estructuración del sentido en psicoterapia*. Barcelona: Gedisa.

Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (s/f). *Introducción a la FCI*. Washington, D.C. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9168&Itemid=2562&lang=es

----- (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión, (CIE-10) Volumen 1 y 2*. Washington, D.C.

----- (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. (CIF) Versión abreviada*.

Real Academia Nacional de Medicina. (2011). *Diccionario de Términos Médicos*. Madrid: Médica Panamericana.

Reznek, L. (1987). *The Nature of Disease*. London: Routledge & Kegan Paul.

Universidad de Navarra. Facultad de medicina. Instituto Científico y Tecnológico. (1999-2001). *Diccionario de medicina*. Madrid: Espasa Calpe.

(1974). *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*. México: Salvat Editores, S.A.

(1973). *Diccionario de medicina*. México: Edinal, S de R. L.

Recursos electrónicos:

http://www.who.int/topics/mental_health/es/

http://www.who.int/mental_health/management/en/

http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/comece/fic_estructura_gobmx.html