

El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial

JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work, New York University, 1 Washington Square North, New York, NY 10003, USA

¿Qué queremos decir cuando señalamos que un estado mental es un trastorno médico, más que una forma normal de sufrimiento humano o un problema de la vida? La situación de la Psiquiatría como disciplina médica depende de una respuesta convincente a esta pregunta. Las respuestas oscilan generalmente entre los juicios de valor que consideran que «trastorno» es un concepto sociopolítico, utilizado por motivos de control social, y las valoraciones científicas que consideran que es un concepto estrictamente fáctico. He propuesto una valoración híbrida, el análisis de la disfunción perjudicial, que incorpora componentes valorativos y científicos como elementos esenciales del concepto médico de trastorno y puede aplicarse tanto a las enfermedades físicas como a las enfermedades mentales. En función de este análisis, un estado puede ser considerado un trastorno cuando es valorado negativamente («perjudicial») y se debe de hecho a la insuficiencia de algún mecanismo interno en la realización de una función para la que ha sido biológicamente programado (es decir, seleccionado de forma natural). En este artículo se evalúan las implicaciones del análisis de la disfunción perjudicial con respecto a la validez de los criterios diagnósticos basados en síntomas y con respecto a las dificultades del uso transcultural de los criterios diagnósticos, realizando una comparación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM en EE.UU. y en Taiwán.

Palabras clave: psicopatología, diagnóstico, nosología, Filosofía de la Psiquiatría, trastorno mental, disfunción perjudicial, diagnóstico transcultural, validez de los criterios diagnósticos, diagnóstico positivo falso

El concepto de trastorno mental es uno de los fundamentos de la Psiquiatría como especialidad médica, constituye el núcleo de las discusiones eruditas y públicas acerca de qué estados mentales deberían ser clasificados como patológicos y cuáles como situaciones de sufrimiento normal o problemas de la vida, y tiene importantes implicaciones para el diagnóstico psiquiátrico y para las investigaciones y las políticas de salud mental. Aunque tanto los estados normales como los de enfermedad pueden requerir tratamiento, y a pesar de que la Psiquiatría desempeña posiblemente otras funciones además del tratamiento de los trastornos, existe una preocupación generalizada por la posibilidad de que el diagnóstico falso de un trastorno puede causar sesgos en el pronóstico y en la selección del tratamiento, crear estigma e incluso interferir con el proceso normal de curación. Sin embargo, no existe consenso acerca del significado del término «trastorno mental». Las próximas revisiones del DSM-IV y de la CIE-10 ofrecen una oportunidad para afrontar estas cuestiones conceptuales y para mejorar la validez del diagnóstico psiquiátrico.

Personalmente, he abordado este problema mediante un análisis conceptual basado en la pregunta siguiente: ¿qué queremos decir cuando señalamos que un estado mental problemático, tal como el comportamiento antisocial del adolescente, el comportamiento desafiante de un niño hacia uno de sus progenitores, la tristeza profunda, la preocupación intensa, la timidez grave, la incapacidad para aprender a leer o el abuso de sustancias, no es simplemente una forma (si bien indeseable y dolorosa) del funcionamiento humano normal, sino

señales de la existencia de un trastorno psiquiátrico? La credibilidad e incluso la coherencia de la Psiquiatría como disciplina médica dependen del ofrecimiento de una respuesta convincente a esta pregunta, una respuesta que requiere esclarecer el concepto de trastorno que generalmente guía este tipo de consideraciones.

Entre los análisis existentes acerca del «trastorno mental» se plantea una división básica entre los enfoques fundamentados en criterios axiológicos y los fundamentados en criterios científicos. Tal como señaló Kendell: «La cuestión más importante, y también la más conflictiva, es determinar si enfermedad y trastorno son conceptos normativos fundamentados en juicios de valor o términos científicos carentes de apreciaciones de valor; en otras palabras, si son conceptos sociopolíticos o biomédicos» (1). En otras publicaciones he propuesto una valoración híbrida, el análisis de la «disfunción perjudicial» (*harmful dysfunction analysis*) para abordar el concepto de trastorno mental (2-8). Según este análisis, un trastorno es una *disfunción perjudicial*; en esta definición, «perjudicial» es un término axiológico referido a los estados considerados negativos por los parámetros socioculturales, y «disfunción» es un término realmente científico que se refiere al fracaso de una función programada biológicamente. En la ciencia moderna, el término «disfunción» está relacionado en última instancia con la biología evolutiva y se refiere al fracaso de un mecanismo interno para llevar a cabo alguna de sus funciones naturales.

En este artículo se explora el considerable poder explicativo del análisis de la disfunción perjudicial para el abordaje de

la distinción entre un trastorno mental y otros estados mentales problemáticos. También se analizan las implicaciones de este análisis para la evaluación de la validez de los criterios diagnósticos del DSM y de la CIE, y las dificultades conceptuales que conlleva la aplicación de criterios diagnósticos a personas de distintas culturas, utilizando para ello el ejemplo la aplicación de los criterios DSM a un país como Taiwán.

¿POR QUÉ LA PSIQUIATRÍA NO PUEDE SOSLAYAR EL CONCEPTO DE TRASTORNO MENTAL?

Los criterios diagnósticos del DSM y de la CIE representan en la actualidad los principales parámetros para decidir qué es normal y qué es patológico en la práctica clínica y en las investigaciones. Sin embargo, estos sistemas clasificatorios no están compuestos, evidentemente, por criterios inamovibles. De hecho, son revisados de manera regular para incrementar su validez para el diagnóstico de los trastornos y para eliminar los diagnósticos positivos falsos; es decir, que implícitamente se reconoce que son posibles los «errores» en los criterios. Por otra parte, tanto los medios de comunicación como sectores críticos hacia las profesiones relacionadas con la salud mental ponen en cuestión la validez de los criterios respecto a su capacidad para reconocer los trastornos mentales. Estas discusiones no parecen del todo arbitrarias, pues a menudo se apela a un concepto subyacente compartido de trastorno. Efectivamente, los profesionales clasifican a menudo los trastornos en la categoría «no

especificado», lo que requiere un juicio acerca de qué constituye y qué no constituye un trastorno, con independencia de los criterios diagnósticos específicos.

Partiendo de la observación habitual de que no existe ninguna prueba de laboratorio ni ningún indicador psicológico «de referencia» para diagnosticar trastornos mentales, así como del hecho ya señalado de que los criterios diagnósticos actuales son falibles, es factible formular la siguiente pregunta: ¿por qué es necesario lidiar con el escurridizo concepto de «trastorno», teniendo en cuenta que hay muchas técnicas empíricas para la identificación de los diferentes trastornos? La realidad es que todas las pruebas habitualmente utilizadas para diferenciar un trastorno de un estado no patológico descansan en suposiciones implícitas acerca del concepto de trastorno; por lo demás, no está claro si estas pruebas pueden diferenciar un trastorno de un estado no patológico, un trastorno de otro trastorno, o un estado no patológico de otro estado no patológico. Las pruebas de validez más habituales, tales como la desviación estadística, los antecedentes familiares o la carga genética, la validez predictiva, la discontinuidad de la distribución de Kendell, la validez analítica de los factores, la validez de construcción (*construct validity*), la concurrencia de síntomas en los síndromes, la respuesta frente a los medicamentos, los criterios de Robins y Guze, el análisis taxométrico de Meehl, y muchas otras, permiten identificar una construcción teórica válida y diferenciar una construcción válida de otra. Sin embargo, cuando se trata de determinar si determinadas construcciones identificadas constituyen o no un trastorno, se superan las capacidades de estas pruebas. Cada una de las pruebas señaladas es satisfecha de manera similar por una gran cantidad de situaciones normales y patológicas. Incluso el concepto ampliamente utilizado en EE.UU. de deficiencia en el ejercicio de una función o rol (*role impairment*) no permite diferenciar, por sí solo, un estado normal de uno patológico (razón por la cual la CIE trata de evitar este concepto), debido a que existen muchos estados normales (desde el sueño y la fatiga hasta los estados de duelo y de terror) que no solamente alteran el desempeño habitual de una función sino que están diseñadas biológicamente para ello. Sólo parece como si estos diferentes tipos de criterios empíricos proporcionarían parámetros adecuados para definir la existencia de un trastorno, debido a que se utilizan en un contexto en el que se considera, implícitamente y como suposición básica, que los trastornos existen, y que –por lo tanto– sólo es necesario diferenciar los distintos trastornos o diferenciar un trastorno de un estado de normalidad. Esta suposi-

ción inicial básica, a su vez, requiere que el concepto de trastorno sea planteado independientemente de la prueba empírica específica. Así, el concepto de trastorno mental no tiene sustituto posible como parámetro final. Ninguno de nuestros enfoques empíricos funciona sin basarse en un determinado concepto de trastorno.

Una razón adicional por la que debe contarse con el concepto de trastorno es la ausencia de una comprensión acabada de las causas de los trastornos mentales (y la consecuente fragmentación teórica de la Psiquiatría), razón por la cual el DSM y la CIE ofrecen criterios teóricamente neutros para el diagnóstico de los trastornos. En una ciencia más desarrollada, una teoría etiológica. (p. ej., el retorno de lo reprimido, las ideas irracionales, el déficit de serotonina) proporcionarían generalmente métodos para diferenciar un estado patológico de uno no patológico. La necesidad de contar por ahora con criterios neutros desde el punto de vista teórico significa que el concepto de trastorno en sí mismo, que en alguna medida es compartido por diversas teorías, es el más adecuado para determinar si un conjunto de criterios diagnósticos teóricamente neutros permite identificar los trastornos, y no los estados normales (es decir, es *conceptualmente válido*) (2). Estos criterios neutros funcionarían siempre y cuando estén en concordancia con un concepto implícito de enfermedad/normalidad compartido por la mayoría de las perspectivas teóricas y que ofrezca una base provisional para la identificación consensuada de los trastornos en los estudios de investigación.

SUPUESTOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA EL ANÁLISIS DE LOS TRASTORNOS MENTALES

El análisis de la disfunción perjudicial parte de dos observaciones. En primer lugar, el concepto de «trastorno» ha formado parte de la Medicina orgánica y se ha aplicado a algunos estados mentales durante milenios; además, es ampliamente comprendido tanto por los profesionales como por las personas ajenas a la Medicina. En segundo lugar, un objetivo central de un análisis del «trastorno mental» es clarificar si la Psiquiatría constituye una auténtica disciplina médica o, como han sostenido los antipsiquiatras y otros sectores críticos, una herramienta para el control social disfrazada de especialidad médica. El enfoque de la definición de «trastorno mental» que parece más pertinente para este objetivo es un análisis conceptual del significado vigente de «trastorno», tal como es generalmente considerado tanto en el ámbito de la Medicina como en el conjunto de la sociedad, intentando determinar si este con-

cepto se puede aplicar, y de qué forma, al campo de la salud mental. La comprobación de que la Psiquiatría es una disciplina médica depende de la existencia de trastornos mentales genuinos, tales como los trastornos orgánicos definidos en la Medicina. Cualquier propuesta para definir el concepto de «trastorno mental» de una forma específica para la Psiquiatría que no concuerde con el concepto genérico de trastorno o enfermedad utilizado por la Medicina fracasaría en la resolución de esta cuestión. Parte de la dificultad que conlleva la resolución de este problema es el que el propio concepto médico de trastorno o enfermedad está sometido también a discusiones continuas. El análisis de la disfunción perjudicial persigue abordar esta cuestión.

Dado que el análisis planteado aquí se refiere en última instancia al concepto general de enfermedad o trastorno aplicado tanto a situaciones o estados mentales y orgánicos, se utilizarán ejemplos de ambos dominios, mental y orgánico para evaluar dicho análisis. El concepto de «mecanismo interno» se utilizará como un término general para designar tanto las estructuras orgánicas y los órganos como las estructuras y los procesos mentales, tales como los mecanismos motivacionales, cognitivos, afectivos y perceptivos. Algunos autores diferencian «trastorno» (*disorder*), «enfermedad» como alteración objetivable (*disease*), y «enfermedad» como experiencia subjetiva del enfermo (*illness*); sin embargo, en este artículo se utiliza «trastorno» (*disorder*) como un término amplio que abarca tanto los daños y traumatismos (*traumatic injuries*) como las enfermedades (*disease/illness*), en el intento de ajustarnos a la concepción global de la patología médica.

Me centraré en analizar qué es lo que determina que una situación o estado mental constituya un trastorno; no abordaré la distinción entre un trastorno mental y un trastorno físico. Para el objetivo de este artículo, los procesos mentales son simplemente los sentimientos, el pensamiento, la percepción, la motivación, el lenguaje y la acción intencionada. No se ha pretendido ninguna implicación cartesiana respecto a alguna categoría ontológica especial de lo mental; considero que lo mental es solamente un conjunto identificado de funciones y procesos.

EL COMPONENTE AXIOLÓGICO EN EL CONCEPTO DE «TRASTORNO»

Tal como sugiere el juicio de valor tradicional, una situación mental constituye un trastorno sólo si es perjudicial en función de los valores sociales y, por lo tanto, al menos hipotéticamente, justifica la asistencia médica. La Medicina en general y la

Psiquiatría en particular son profesiones basadas irrevocablemente en juicios de valor. El concepto de «perjudicial» se contempla en este artículo como una característica amplia, que incluye todas las situaciones negativas.

Los comportamientos clasificatorios profesionales y no profesionales demuestran que el concepto de trastorno mental incluye un componente axiológico. Por ejemplo, la discapacidad para aprender a leer debido a una disfunción del cuerpo calloso (suponiendo que esta teoría de algunas formas de dislexia sea correcta) es una situación perjudicial en las sociedades letradas, pero no en las sociedades que no han desarrollado la lectura, por lo cual ésta no es una habilidad enseñada ni valorada, y en las que –por tanto– la dificultad para la lectura no se considera una enfermedad. La mayoría de las personas presenta lo que los médicos denominan «anomalías benignas», es decir, alteraciones mínimas que son el resultado de errores genéticos o del desarrollo pero que no causan ningún problema significativo y que, por lo tanto, no se consideran enfermedades. Por ejemplo, los angiomas benignos son vasos sanguíneos de calibre pequeño cuyo crecimiento es anómalo y que acaban estableciendo contacto con la piel; sin embargo, debido a que no son perjudiciales, no se consideran trastornos. El requisito de que exista un perjuicio también explica el hecho de que, en términos generales, el albinismo no complicado, la dextrocardia y la fusión de los dedos del pie no se consideran enfermedades, incluso a pesar de que todos estos cuadros se deben a la alteración de la función para la que ha sido diseñado un mecanismo concreto. Las explicaciones puramente científicas de la «enfermedad», incluso las fundamentadas en la función evolutiva, como las elaboradas por Boorse (9-11), son incapaces de abordar este componente axiológico.

En los criterios diagnósticos del DSM y la CIE, el requerimiento de determinados síntomas con significación clínica implica generalmente la existencia de un perjuicio y el hecho de que la situación sea negativamente valorada. Todavía se discute si el concepto de «trastorno mental» es puramente valorativo o contiene un componente fáctico significativo que permite diferenciar un dominio potencial de estados negativos que constituyen trastornos y un dominio de estados de normalidad.

Hay muchos estados mentales negativos que no son trastornos, y muchos de ellos cursan con síntomas clínicamente significativos, puesto que causan malestar o alteraciones en el desempeño funcional (p. ej., las situaciones de duelo). Por lo tanto, la distinción entre enfermedad y normalidad parece depender de algún criterio adicional.

EL COMPONENTE FÁCTICO EN EL CONCEPTO DE «TRASTORNO»

A diferencia de los que sostienen que un trastorno mental es simplemente un estado mental socialmente rechazado (12, 13), el concepto de «trastorno mental» tal como se utiliza habitualmente es sólo una categoría de los diversos estados mentales negativos que pueden afectar a una persona. Es necesario un componente fáctico adicional para diferenciar los trastornos mentales de muchos otros estados mentales negativos que no son considerados trastornos, tales como la ignorancia, la falta de habilidades, la falta de talento, la inteligencia escasa, el analfabetismo, la criminalidad, la mala educación, la simple tontería y la debilidad moral.

En efecto, tanto los profesionales como la gente de la calle son capaces de reconocer, en situaciones o estados mentales negativos muy similares, cuáles constituyen trastornos y cuáles no. Por ejemplo, el analfabetismo no se considera en sí mismo un trastorno, ni siquiera a pesar de que en nuestra sociedad es rechazado y perjudicial, mientras que sí se considera un trastorno una situación similar, la dificultad para aprender a leer a consecuencia de algún problema neurológico interno o de alguna forma de inhibición psicológica. Las inclinaciones masculinas hacia la agresividad y a la infidelidad sexual se consideran aspectos negativos, pero generalmente no se contemplan como trastornos, debido a que son aceptadas como el resultado de un funcionamiento natural; sin embargo, otras situaciones de motivación compulsiva con características similares son consideradas como trastornos. El duelo por una pérdida es considerado como algo normal, mientras que una tristeza intensa no desencadenada por una pérdida real se contempla como un trastorno. El concepto de «trastorno» como juicio de valor no explica estas diferencias entre las situaciones negativas.

Por otra parte, a menudo es necesario adaptar nuestros puntos de vista sobre los trastornos mentales, en función de la evidencia transcultural que no concuerda con nuestros valores. Por ejemplo, la cultura estadounidense no acepta la poligamia, pero al mismo tiempo considera que no se debe a un fracaso del funcionamiento normal; es decir, considera que no constituye un trastorno. Esta apreciación se debe, en gran parte, a diversos datos provenientes de la observación de otras culturas.

Así, la dificultad radica en esclarecer el componente fáctico de un trastorno o enfermedad. Sobre la base de la investigación bibliográfica, denominaré «disfunción» a este componente fáctico. Entonces, ¿qué es una disfunción? Un punto de comienzo obvio es la suposición de que una disfunción

implica una función no cumplida, es decir, el fracaso de algún mecanismo del organismo para llevar a cabo su función. Sin embargo, no todas las acepciones de «función» y «disfunción» son pertinentes. El sentido médicamente prevalente de «disfunción» claramente *no* coincide con el sentido coloquial del término, que hace referencia al hecho de que un individuo no actúa adecuadamente en su rol o función social o en un entorno determinado, tal como se expresa en frases como las siguientes: «Mantengo una relación disfuncional» o «El rechazo a las estructuras jerárquicas de poder es disfuncional en el entorno corporativo de hoy en día». Este tipo de dificultades no tienen por qué representar trastornos individuales. Un trastorno constituye algo distinto a una falla en el cumplimiento de una función de una manera social o personalmente aceptable, precisamente debido a que la disfunción sólo existe cuando algo no funciona bien, de manera que un mecanismo no puede realizar la función natural (es decir, con independencia de las intenciones humanas) que se supone debe llevar a cabo.

Así, presumiblemente, las funciones relevantes son las «funciones naturales», respecto a cuyo concepto hay abundante bibliografía (12-27). Estas funciones se atribuyen con frecuencia a supuestos mecanismos mentales, algunos de los cuales pueden no haber sido aún identificados, y los fallos de dichos mecanismos se denominan disfunciones. Por ejemplo, una función natural del aparato de la percepción es la transmisión de información precisa acerca del entorno inmediato, de manera que las alucinaciones graves indican una disfunción. Algunos mecanismos cognitivos desempeñan la función de capacitar a la persona para un cierto grado de racionalidad, que se expresa a través del razonamiento deductivo, inductivo y significativo, de manera que se produce una disfunción cuando desaparece la capacidad para dicho razonamiento, tal como ocurre en los estados psicóticos graves.

La función de un mecanismo es importante, debido a que –en sí misma– posee un poder explicativo: la existencia y la estructura de un mecanismo se explican en referencia a los efectos de dicho mecanismo. Por ejemplo, el efecto de bombeo de la sangre, producido por el funcionamiento del corazón, también forma parte de la explicación del corazón en sí mismo, puesto que preguntas tales como «¿por qué tenemos corazón?» o «¿por qué existe el corazón?» pueden ser respondidas afirmando «porque el corazón bombea la sangre». El efecto de bombeo de la sangre también interviene en la explicación detallada de la estructura y la actividad del corazón. Hablar de «diseño» y «propósito» en el caso de los mecanismos de origen natural es

sólo una forma metafórica de denominar esta propiedad explicativa específica, por la cual los efectos de un mecanismo explican el mecanismo en sí mismo. Así, la «función natural» se puede analizar de la siguiente manera: *una función natural de un órgano o un mecanismo es un efecto del órgano o del mecanismo que interviene en la explicación de la existencia, la estructura o la actividad del órgano o del mecanismo*. Hay una «disfunción» cuando un mecanismo interno es incapaz de realizar alguna de sus funciones naturales (ésta es sólo una primera aproximación al análisis completo; hay cuestiones adicionales en el análisis de la «función» que no es posible abordar aquí [8, 21, 24]).

El análisis que se acaba de referir se aplica igualmente bien a las funciones naturales de los mecanismos mentales. De la misma manera que los aparatos y los órganos, los mecanismos mentales, como los de tipo cognitivo, lingüístico, perceptivo, afectivo y motivacional, dan lugar a efectos beneficiosos tan maravillosos y dependen de interacciones tan complejas y armoniosas que sus efectos no pueden ser considerados meramente accidentales. Por tanto, las explicaciones funcionales de los mecanismos mentales en ocasiones se basan en los conocimientos acerca de la forma en la que las personas sobreviven y se reproducen. Por ejemplo, una función de los mecanismos lingüísticos es el suministro de la capacidad de comunicación, una función de la respuesta de temor es la evitación del peligro, y una función de la fatiga es conseguir que el individuo descanse y duerma. Estas explicaciones funcionales implican que se considera que existe una disfunción cuando los mecanismos respectivos fallan en la realización de sus funciones, tal como ocurre en la afasia, la fobia y el insomnio, respectivamente.

Así, el concepto de «disfunción» es un concepto científico puramente fáctico. Sin embargo, el descubrimiento de lo que es natural o disfuncional de un modo fáctico (y, por tanto, de lo que es un trastorno) puede ser difícil y, en muchos casos, objeto de controversias científicas, especialmente en cuanto a los mecanismos mentales, respecto los cuales todavía el conocimiento es escaso. Esta falta de conocimientos es, en parte, la razón del elevado grado de confusión y controversia existente respecto a la determinación de las situaciones y estados que constituyen realmente trastornos mentales. Sin embargo, las explicaciones funcionales pueden ser plausibles y útiles aun cuando el conocimiento acerca de la naturaleza real de un mecanismo o incluso de la naturaleza de una función sea escaso. Por ejemplo, se sabe muy poco acerca de los mecanismos subyacentes al sueño y acerca de las funciones del sueño, pero las pruebas circunstanciales indican clara-

mente que el sueño es un fenómeno normal, biológicamente diseñado, y que no es una enfermedad (a pesar del hecho de que nos incapacita durante aproximadamente la tercera parte de nuestras vidas). Pese a la ignorancia acerca de muchas características relacionadas con el sueño, las pruebas circunstanciales permiten diferenciar entre algunas situaciones normales y los trastornos relacionados con el sueño.

Obviamente, es posible cometer errores en estos intentos de explicación; lo que parece no ser accidental puede resultar accidental. Además, las ideas culturales preconcebidas pueden influir fácilmente en los juicios personales acerca de lo que es biológicamente natural. Sin embargo, a menudo dichos juicios son correctos y constituyen una reivindicación fáctica en un momento determinado, que puede ser –posteriormente– desechada por nuevas evidencias. Las hipótesis explicativas funcionales transmiten un conocimiento complejo que no podría ser transmitido de manera tan sencilla y eficaz de ninguna otra manera.

Hoy en día, la teoría evolutiva ofrece la mejor explicación de la manera en la que los efectos de un mecanismo pueden explicar la presencia y la estructura de dicho mecanismo. Brevemente, aquellos mecanismos que produjeron determinados efectos sobre el organismo, los que a su vez contribuyeron al éxito reproductivo del organismo a lo largo de un número suficiente de generaciones, incrementaron así su frecuencia y, por lo tanto, fueron «naturalmente seleccionados», de manera que existen actualmente en el organismo. De esta manera, la explicación de un mecanismo en términos de su función natural puede ser considerada una especie de «rodeo» para referirse a una explicación causal en términos de selección natural. Dado que la selección natural es el único medio conocido a través del cual un efecto puede explicar un mecanismo de aparición natural que lo genera, las explicaciones evolutivas subyacen presumiblemente a todas las atribuciones correctas de las funciones naturales. En consecuencia, el enfoque evolutivo de la función mental (7, 24) es clave para la comprensión de los estados psicopatológicos.

Podría objetarse que lo que está alterado en los trastornos mentales es en ocasiones una función social que no tiene nada que ver con las categorías naturales universales. Por ejemplo, los trastornos de la lectura parecen ser secundarios a fallos en la función social, debido a que no hay nada natural o diseñado respecto a la lectura. Sin embargo, el analfabetismo conlleva un perjuicio del mismo tipo que el trastorno de la lectura, pero no es considerado un trastorno. La incapacidad para leer sólo se considera indicativa de un tras-

torno cuando las circunstancias sugieren que la razón de dicha incapacidad es el fallo de algún mecanismo cerebral o psicológico, de manera que éste no puede realizar su función natural. Los individuos presentan muchas deficiencias en el cumplimiento de sus funciones sociales, y no por ello se considera que sufran algún trastorno, excepto cuando las deficiencias puedan atribuirse al fallo de una función natural.

Al efectuar una revisión de la lista de trastornos recogidos en el DSM, es evidente que en su mayor parte es una enumeración de las diferentes formas de fallo de las características aparentemente diseñadas del funcionamiento mental. De manera muy grosera, los trastornos psicóticos conllevan el fallo de los procesos de razonamiento, de modo tal que no pueden funcionar de la manera diseñada; los trastornos de ansiedad, el fallo de los mecanismos de generación de ansiedad y temor; los trastornos de depresión, el fallo de los mecanismos de regulación de la tristeza y de la respuesta frente a la pérdida; los trastornos de comportamiento perturbador en los niños, el fallo de los procesos de socialización y de los procesos subyacentes a la conciencia y a la cooperación social; los trastornos del sueño, el fallo de los procesos del sueño; las disfunciones sexuales, el fallo de diversos mecanismos implicados en la motivación y la respuesta sexuales; los trastornos de la conducta alimentaria, el fallo de los mecanismos de generación y satisfacción del apetito, etc. Hay unas cuantas contradicciones en el DSM, y los criterios son a menudo demasiado genéricos. Sin embargo, la mayor parte de las categorías está inspirada en trastornos que incluso una persona ajena al mundo de la Medicina podría reconocer correctamente como un fallo en una función normal diseñada.

Al diferenciar el duelo normal de la depresión patológica, el comportamiento delincuente convencional del trastorno del comportamiento, la criminalidad convencional del trastorno de la personalidad antisocial, la infelicidad normal del trastorno de adaptación, y el analfabetismo del trastorno de lectura, se utiliza implícitamente el criterio de «fallo de la función diseñada». Todas estas situaciones, normales y patológicas, son rechazadas como situaciones perjudiciales, y los efectos de las situaciones normales y patológicas pueden ser muy similares desde el punto de vista conductual, a pesar de que unas se consideran normales y las otras, patológicas. El criterio de la función natural explica estas diferencias. Es necesario insistir en el hecho de que incluso las situaciones biológicas que son perjudiciales en el contexto actual no se consideran enfermedades si se contemplan como características natural-

mente diseñadas. Por ejemplo, la preferencia del gusto por las grasas no se considera una enfermedad, a pesar de que la sobrealimentación de alimentos en nuestra época realmente puede matar a la gente; la razón es que esta preferencia es aceptada como una característica naturalmente diseñada que ayudaba a conseguir las calorías necesarias en un entorno de escasez de alimentos. La agresividad masculina superior al término medio no es considerada una enfermedad, a pesar de que en la sociedad actual es posiblemente perjudicial; la razón es que se acepta que es la forma de diseño de lo masculino (por supuesto, hay trastornos de agresividad; en éste como en los casos anteriores, los individuos pueden presentar respuestas patológicas a partir de las características diseñadas).

En resumen, un trastorno mental es una disfunción mental perjudicial. Si el análisis de la disfunción perjudicial es correcto, las categorías de trastorno mental propuestas por la sociedad ofrecen dos tipos de información. En primer lugar, indican un juicio de valor que hace que la sociedad considere la situación o estado mental como algo negativo o perjudicial. En segundo lugar, constituyen una declaración fáctica de que el perjuicio se debe a un fallo de la mente para actuar de la manera diseñada; esta declaración o exigencia puede ser correcta o incorrecta, pero –en cualquier caso– revela lo que piensa la sociedad acerca del funcionamiento naturalmente diseñado de la mente humana.

IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE LA DISFUNCIÓN PERJUDICIAL RESPECTO A LA VALIDEZ DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Una de las desventajas de los puntos de vista exclusivamente sociales o constructivistas del trastorno mental, tal como el de la antipsiquiatría, es que no dejan lugar para el análisis crítico de los criterios diagnósticos actuales, necesario para incrementar su validez. En cambio, a partir de un análisis del concepto mismo de «trastorno», como el explicitado en este artículo, se dispone de una «base» para evaluar si los criterios diagnósticos permiten identificar trastornos. Una diferenciación clave para una evaluación adecuada es determinar si el problema del paciente constituye un trastorno mental o una dificultad de la vida que implica una reacción normal, aunque problemática, frente a condiciones estresantes del entorno. La forma de pensar acerca de un caso puede influir en el tratamiento que se considerará más apropiado, de manera que, por ejemplo, si el profesional piensa que la situación psicológica de un paciente corresponde a un trastorno mental, tenderá a considerar que

esta persona muestra algún problema interno y que el objetivo de la intervención terapéutica debe ser el funcionamiento mental de la persona, más que la relación que mantiene con su entorno. Esta clasificación errónea tiene también otros muchos efectos potencialmente perjudiciales, desde el estigma hasta la confusión de los resultados de las investigaciones acerca de la etiología y el tratamiento, cuando se mezclan personas con situaciones psicológicas que corresponden a trastornos mentales y personas con una situación psicológica normal.

El uso internacional de los criterios como los del DSM, fundamentados en síntomas, para el diagnóstico del trastorno mental plantea dos problemas básicos. El primero es que los criterios basados en síntomas, incluso cuando se utilizan para pacientes de EE.UU., no tienen en cuenta el contexto y, por lo tanto, no son adecuados para identificar las situaciones psicológicas debidas a disfunciones. En consecuencia, los criterios son a menudo demasiado genéricos e incluyen incorrectamente reacciones normales bajo la categoría de «trastorno». A continuación se incluyen tres ejemplos breves correspondientes a un trabajo previo del autor de este artículo (6, 28).

Trastorno depresivo mayor

Los criterios del DSM-IV para el trastorno depresivo mayor contienen una exclusión correspondiente al duelo no complicado (se considera normal presentar síntomas hasta dos meses después de la pérdida de un ser querido), pero no contemplan exclusiones respecto a las reacciones igualmente normales que tienen lugar frente a otras pérdidas importantes, tales como el establecimiento de un diagnóstico médico terminal en uno mismo o en un ser querido, la separación del cónyuge o la pareja, el final de una aventura amorosa intensa, o la pérdida del trabajo y la jubilación. Las reacciones frente a estas pérdidas pueden satisfacer los criterios diagnósticos del DSM-IV, pero no constituyen necesariamente un trastorno. Si la reacción que presenta una persona frente a una pérdida de este tipo consiste, por ejemplo, en un período de dos semanas de estado de ánimo depresivo, disminución del disfrute en las actividades habituales, insomnio, fatiga y disminución en la capacidad de concentración en las tareas laborales, la reacción satisface los criterios del DSM-IV del trastorno depresivo mayor, a pesar de que esta reacción puede no implicar rasgos patológicos, tal como ocurre en las situaciones de duelo. Claramente, el requerimiento esencial de que en un trastorno depresivo existe una disfunción (qui-

zás, una disfunción en la que los mecanismos de respuesta frente a la pérdida no responden proporcionalmente a la pérdida) no queda recogido adecuadamente en los criterios del DSM-IV (29, 30).

Debido a estos defectos, los datos epidemiológicos relativos a la prevalencia de la depresión pueden inducir a confusión, ofreciendo estimaciones potencialmente exageradas de los costes sociales y económicos de este trastorno. Según los resultados obtenidos en estudios epidemiológicos internacionales en los que se han utilizado criterios fundamentados en síntomas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado informes en los que se señala que la depresión se acompaña de costes aparentemente inmensos. Sin embargo, la enormidad de esta carga en relación con otras enfermedades graves, y su consiguiente influencia sobre las distintas prioridades, puede ser debida a la falta de distinción entre los trastornos depresivos y la tristeza normal. Los cálculos de la OMS acerca de la carga representada por las enfermedades son extremadamente complejos, pero están fundamentados en dos componentes básicos: el número de personas que sufren una enfermedad y la discapacidad y el fallecimiento prematuro producidos por dicha enfermedad. El primer componente de la carga, la frecuencia de la enfermedad, se calcula a través de las definiciones fundamentadas en los síntomas, que estiman que el 9,5% de las mujeres y el 5,8% de los varones sufren depresión en un período de un año. El segundo componente de la carga, la discapacidad, se puede clasificar en siete clases de gravedad creciente, en función de la cantidad de tiempo que el paciente vive con una enfermedad, ponderado en función de la gravedad de ésta. Las puntuaciones de gravedad proceden del consenso de los profesionales sanitarios de todo el mundo y se aplican a todos los casos de la enfermedad. La depresión se ubica en segundo lugar, en la escala de enfermedades según su gravedad, únicamente por detrás de enfermedades crónicas extremadamente discapacitantes y permanentes, como la psicosis activa, la demencia y la tetraplejía, y su gravedad se considera comparable a la de enfermedades como la paraplejía y la ceguera. Esta evaluación implica que se da por sentado que todos los casos de depresión comparan los altos índices de gravedad, cronicidad y recurrencia característicos de las enfermedades graves que los profesionales sanitarios atienden en su práctica. Sin embargo, los estudios epidemiológicos tienen en cuenta a todas las personas que cumplen los criterios sintomáticos, un grupo que –debido al posible sesgo de considerar que quienes presentan una tristeza normal padecen un trastorno– puede ser más heterogéneo que el constituido por los pa-

cientes atendidos en la clínica, lo que da lugar a una estimación global de la carga de la enfermedad que carece de validez. La eliminación de estos factores de sesgo podría generar una mejor distribución de los recursos de la OMS.

Trastorno de la conducta

Los criterios diagnósticos del DSM-IV relativos al trastorno de la conducta permiten establecer este diagnóstico en los adolescentes que responden con un comportamiento antisocial frente a la presión ejercida por sus compañeros, al entorno amenazante o a los abusos que sufren en su hogar (31). Por ejemplo, si en el intento de evitar el abuso sexual cada vez más intenso que sufre por parte de su padrastro, una niña miente a sus padres respecto a sus horarios y permanece despierta frecuentemente hasta altas horas de la noche a pesar de las prohibiciones, de manera que –fatigada por la falta de sueño– falta a menudo a las clases y, a consecuencia de ello, presenta un deterioro en su rendimiento escolar, puede ser diagnosticada como padeciendo un trastorno de la conducta. También pueden recibir este diagnóstico los niños rebeldes, miembros de pandillas, que faltan al colegio y que participan repetidamente en actos de robos y de vandalismo. Sin embargo, en reconocimiento a este tipo de problemas, hay una frase incluida en el apartado «Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo» del DSM-IV correspondiente al trastorno de la conducta en la que se señala que «en congruencia con la definición de trastorno mental que recoge el DSM-IV, el diagnóstico de trastorno de la conducta sólo se debería aplicar en los casos en los que la conducta en cuestión es sintomático de la existencia de una disfunción subyacente en el individuo, y no solamente una reacción del individuo frente a su contexto social inmediato». Si estas ideas se incorporaran en los criterios diagnósticos, sería posible evitar muchos diagnósticos positivos falsos. Lamentablemente, los estudios epidemiológicos y de investigación suelen ignorar estas aclaraciones de los manuales de clasificación.

Fobia social

A pesar de que la fobia social es un trastorno real, en función del cual las personas que lo padecen pueden no participar en ocasiones en la mayor parte de las interacciones sociales convencionales, los criterios actuales permiten establecer su diagnóstico en personas que, por ejemplo, muestran una ansiedad intensa a la hora de hablar en público frente a extraños. Sin

embargo, no se ha determinado si este temor representa realmente un fallo de la función normal o la expresión de una gama normal de señales de peligro que tenía una función adaptativa en épocas anteriores, cuando el fallo en este tipo de situaciones podía dar lugar a una expulsión del grupo, con la consiguiente amenaza para la supervivencia. Es posible que este diagnóstico sea expresión de la gran necesidad que tiene la sociedad norteamericana de personas que puedan participar en ocupaciones laborales en las que es necesaria la comunicación con grupos grandes de personas (32, 33).

IMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE LA DISFUNCIÓN PERJUDICIAL RESPECTO AL USO TRANSCULTURAL DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Un segundo problema originado en el uso de los criterios diagnósticos basados en síntomas se refiere específicamente al contexto internacional: a consecuencia de las características culturales locales, la expresión sintomática de una disfunción, o los indicadores sintomáticos de que existe una disfunción o una situación normal, o los valores que determinan que un estado mental sea considerado negativo pueden presentar variaciones debido a un elevado número de razones. Es posible ilustrar este problema mediante las categorías diagnósticas ya señaladas, y comprobar las dificultades que podrían surgir al utilizar los criterios diagnósticos del DSM en el contexto de la sociedad de Taiwán.

Depresión

Un concepto ya clásico es que las distintas poblaciones asiáticas expresan la depresión a través de un «lenguaje del malestar», consistente fundamentalmente en síntomas somáticos, más que en los síntomas mentales contemplados en el DSM (34, 35). Esta circunstancia trae dificultades para aplicar los criterios del DSM. Sin embargo, los datos existentes indican que, si se les pregunta, las personas de origen asiático también comunican con frecuencia el padecimiento de síntomas del tipo de los señalados en el DSM, de manera que la diferencia podría deberse a la forma en que los pacientes refieren los síntomas, más que a una variación real en la expresión sintomática de una disfunción. También es posible señalar otra diferencia cultural en cuanto a las expectativas sexuales: en Taiwán (especialmente entre las generaciones mayores) es todavía más frecuente que en EE.UU. el hecho de que la sociedad espera que la mujer sea la res-

ponsable principal del hogar, lo que puede constituir una forma de coacción. La concepción popular de las funciones masculinas y femeninas concibe que la mujer tiende a presentar en mayor medida estados de ánimo depresivos, como parte de su situación vital «natural» y de sus tendencias innatas. Hacia los varones las expectativas son diferentes. Así, al aplicar los criterios del DSM a algunas mujeres de más edad, puede haber dificultades para decidir si los síntomas que presentan indican la existencia de un trastorno (tal como ocurriría en EE.UU.) o solamente son una respuesta normal, culturalmente aprobada, frente a las circunstancias vitales difíciles.

Trastorno de la conducta

En la sociedad taiwanesa se observa, por lo general, mayor rigidez y mayores exigencias que en EE.UU. en cuanto a las expectativas hacia los niños y adolescentes y en cuanto a su supervisión. En algunos casos, la razón radica en el sistema de evaluación escolar, en función del cual todo el futuro del joven puede depender del resultado que obtiene en un único examen. Estos factores podrían influir de varias maneras en la interpretación del comportamiento antisocial. Por ejemplo, el mal comportamiento en fases tempranas podría ser considerado, con mayor frecuencia que en EE.UU., una respuesta normal frente a la presión familiar excesiva. En el otro extremo, algunos niños taiwaneses pueden no expresar tendencias antisociales inherentes hasta una edad superior a la edad a la cual se manifiestan estas tendencias, característicamente, en los niños estadounidenses, dadas las mayores restricciones existentes en el entorno cultural taiwanés. También es posible que los taiwaneses sostengan de manera implícita una teoría cultural del desarrollo del adolescente que acepta menos que en EE.UU. el comportamiento inadecuado durante la juventud como algo normal, lo que daría lugar a una sobreestimación del número de jóvenes con trastorno de la conducta.

Fobia social

Los criterios del DSM-IV para la fobia social requieren que la ansiedad sólo tenga lugar a consecuencia de las interacciones sociales con personas con las que el paciente no está familiarizado. El individuo se puede sentir perfectamente cómodo con su familia y con las personas que conoce, pero aun así será diagnosticado con un cuadro de fobia social si siente ansiedad en ciertas situaciones con extraños (p. ej, al hablar en público). En este caso, puede existir una carga cultural intensa que ofrece dificultades al profe-

sional taiwanés que debe establecer el diagnóstico. Los criterios señalados están influidos por el valor culturalmente asignado en EE.UU. a la individualidad, la independencia respecto a la familia y las interacciones abiertas con personas desconocidas. Por el contrario, algunos taiwaneses, al menos en las generaciones de mayor edad, pueden haber sido educados para considerar básicamente que la familia es un refugio seguro y que las relaciones con personas desconocidas requieren una gran prudencia. Los criterios del DSM-IV podrían considerar como patológico un comportamiento que la sociedad taiwanesa contempla como normal, en función de la educación tradicional. No obstante, es necesario insistir en el hecho de que estas observaciones se pueden aplicar en mayor medida a los taiwaneses de mayor edad.

Tal como sugieren los ejemplos ofrecidos, el análisis de la disfunción perjudicial ofrece mucho más espacio para considerar las numerosas variaciones transculturales en el diagnóstico, que no se limitan a los síndromes culturalmente específicos. Sin embargo, este análisis también refleja la realidad de que las distintas culturas, sean cuales fueran sus valores, no pueden definir trastornos que sean aplicables a otras culturas; una cultura sólo puede definir correctamente como enfermedad una situación o estado que considera indeseable si dicha situación o estado implica un fallo de la función biológicamente diseñada. Así, las culturas se pueden equivocar al determinar que una situación representa una enfermedad o una variación de la normalidad, tal como se equivocaban los médicos victorianos que consideraban que el orgasmo clitorídeo era una enfermedad; los médicos estadounidenses anteriores a la guerra de secesión, que consideraban que los esclavos que se escapaban de las plantaciones estaban enfermos, y algunas culturas en las que la esquistosomiasis es endémica, que consideran que los síntomas ocasionados por esta enfermedad forman parte del funcionamiento normal.

CONCLUSIONES

El análisis detallado del concepto de trastorno mental sobre el que está fundamentada la Psiquiatría indica que, a diferencia de lo señalado por diversos críticos, el concepto de «trastorno mental» posee realmente una coherencia médica, y que —en esa expresión— el término «trastorno» se utiliza exactamente igual que en la Medicina orgánica. Una vez que este concepto se hace explícito, ofrece una «base» para evaluar si los actuales criterios diagnósticos del DSM y la CIE, fundamentados en los síntomas, alcanzan su objetivo de identificar los trastornos psiquiátricos, distin-

guiéndolos de los estados mentales problemáticos de carácter normal. En este artículo se sugiere que todavía queda por recorrer un largo camino para lograr ese propósito de evaluación de los criterios. Sería conveniente que las revisiones venideras de los dos manuales de clasificación establezcan un mecanismo formal para la revisión de cada conjunto de criterios diagnósticos, en la búsqueda de posibles defectos conceptuales que podrían dar lugar al establecimiento de diagnósticos positivos falsos, con el objetivo de que el diagnóstico psiquiátrico no sufra las manifestaciones debilitadas que son evidentes tanto para los medios de comunicación como para la gente de la calle, aunque todavía son ignoradas por la Psiquiatría.

Agradecimientos

Agradezco a la profesora Eva Lu su ayuda para el conocimiento de la cultura taiwanesa, que he tomado como ejemplo para fundamentar mis propuestas. Es importante tener en cuenta que las ideas expuestas en este artículo son únicamente responsabilidad mía, y que bien podrían representar una distorsión o un estereotipo, por lo cual pido disculpas de manera anticipada.

World Psychiatry 2007; 6:149-156

Bibliografía

- Kendell RE. What are mental disorders? In: Freedman AM, Brotman R, Silverman I et al (eds). *Issues in psychiatric classification: science, practice and social policy*. New York: Human Sciences Press, 1986: 23-45.
- Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992; 47:73-88.
- Wakefield JC. Disorder as harmful dysfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder. *Psychol Rev* 1992;99:232-47.
- Wakefield JC. Limits of operationalization: a critique of Spitzer and Endicott's (1978) proposed operational criteria for mental disorder. *J Abnorm Psychol* 1993;102:160-72.
- Wakefield JC. DSM-IV: are we making diagnostic progress? *Contemporary Psychology* 1996;41:646-52.
- Wakefield JC. Diagnosing DSM, Part 1: DSM and the concept of mental disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:633-50.
- Wakefield JC. Evolutionary versus prototype analyses of the concept of disorder. *J Abnorm Psychol* 1999;108:374-99.
- Wakefield JC. Disorder as a black box essentialist concept. *J Abnorm Psychol* 1999; 108:465-72.
- Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975;5:49-68.
- Boorse C. What a theory of mental health should be. *J Theory Soc Behav* 1976;6: 61-84.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977;44.
- Houts AC. Harmful dysfunction and the search for value neutrality in the definition of mental disorder: response to Wakefield, part 2. *Behav Res Ther* 2001;39: 1099-132.
- Sedgwick P. *Psycho politics*. New York: Harper & Row, 1982.
- Boorse C. Wright on functions. *Philos Rev* 1976;85:70-86.
- Cummins R. Functional analysis. *J Philos* 1975;72:741-65.
- Elster J. *Explaining technical change*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- Hempel CG. The logic of functional analysis. In: Hempel CG (ed). *Aspects of scientific explanation and other essays in the philosophy of science*. New York: Free Press, 1965:297-330.
- Klein DF. A proposed definition of mental illness. In: Spitzer RL, Klein DF (eds). *Critical issues in psychiatric diagnosis*. New York: Raven, 1978:41-71.
- Moore MS. Discussion of the Spitzer-Endicott and Klein proposed definitions of mental disorder (illness). In: Spitzer RL, Klein DF (eds). *Critical issues in psychiatric diagnosis*. New York: Raven, 1978:85-104.
- Nagel E. *Teleology revisited and other essays in the philosophy and history of science*. New York: Columbia University Press, 1979.
- Wakefield JC. Aristotle as sociobiologist: the 'function of a human being' argument, black box essentialism, and the concept of mental disorder. *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 2000;7:17-44.
- Wakefield JC. Spandrels, vestigial organs, and such: reply to Murphy and Woolfolk's "The harmful dysfunction analysis of mental disorder". *Philosophy, Psychiatry, and Psychology* 2000;7:253-70.
- Wakefield JC. Dysfunction as a factual component of disorder: reply to Houts, part 2. *Behav Res Ther* 2003;41:969-90.
- Wakefield JC. Biological function and dysfunction. In: Buss D (ed). *Handbook of evolutionary psychology*. New York: Oxford Press, 2005:878-902.
- Woodfield A. *Teleology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1976.
- Wright L. Functions. *Philos Rev* 1973;82: 139-68.
- Wright L. *Teleological explanations*. Berkeley: University of California Press, 1976.
- Wakefield JC, First M. Clarifying the distinction between disorder and non-disorder: confronting the overdiagnosis ('false positives') problem in DSM-V. In: Phillips KA, First MB, Pincus HA (eds). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Press, 2003:23-56.
- Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al.

- Should the bereavement exclusion for major depression be extended to other losses? Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:433-40.
30. Horwitz AV, Wakefield JC. The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder. New York: Oxford University Press, 2007.
 31. Wakefield JC, Pottick KJ, Kirk SA. Should the DSM-IV diagnostic criteria for conduct disorder consider social context? *Am J Psychiatry* 2002;159:380-6.
 32. Wakefield JC, Horwitz AV, Schmitz M. Social disadvantage is not mental disorder: response to Campbell-Sills and Stein. *Can J Psychiatry* 2005;50:324-6.
 33. Wakefield JC, Horwitz AV, Schmitz M. Are we overpathologizing social anxiety?: social phobia from a harmful dysfunction perspective. *Can J Psychiatry* 2005;50:317-9.
 34. Kleinman AM. *Rethinking psychiatry*. New York: Free Press, 1988.
 35. Lin KM, Lin M, Zheng Y. Neurasthenia and chronic fatigue syndrome: lessons from cross-cultural study. In: Yilmaz AT, Weiss MG, Riecher-Rossler A (eds). *Cultural psychiatry: euro-international perspectives*. Basel: Karger, 2001:68-80.

¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de «trastorno mental»?

ASSEN JABLENSKY

*School of Psychiatry and Clinical Neurosciences,
University of Western Australia, Perth, Australia*

Jerome Wakefield lleva desde 1992 (1) exponiendo, con ligeras modificaciones, un punto de vista persuasivo e influyente del concepto de trastorno mental como «disfunción perjudicial», que postula la conjunción de un juicio de valor (el perjuicio) y un hecho científico (la disfunción). Esta definición «híbrida» resuelve la polaridad previa irrevocable entre la posición del «constructivismo social» (el trastorno mental es un concepto social que depende de un juicio de valor y que carece de homólogo en la realidad biomédica) y la posición «objetivista» (los trastornos mentales son entidades naturales que podrían ser comprendidas en términos biológicos). En el enfoque de la disfunción perjudicial, el relativismo de la definición social de «perjuicio» queda equilibrado por el componente fáctico de la existencia de una alteración en un mecanismo funcional interno, y el surgimiento de una disfunción objetiva a consecuencia de dicha alteración. Wakefield considera que el concepto de disfunción perjudicial ofrece a la Psiquiatría un «parámetro final» de lo que constituye un trastorno mental, y que ello es esencial para la credibilidad y la coherencia de la Psiquiatría como disciplina médica. Un mérito notable de la aplicación del concepto de disfunción perjudicial ha sido la demostración de las falacias del punto de vista del constructivismo social y la decisiva crítica de la plataforma «ateórica» del DSM-III y de las ediciones posteriores de este manual, así como de la arbitrariedad y la laxitud excesivas de algunas de las entidades recogidas en ellas.

A pesar de todo ello, la conceptualización del trastorno mental propuesta por Wakefield ha suscitado críticas (2, 3) respecto a algunos de sus supuestos básicos y a la evidencia que la apoya. Al tiempo que reconozco que el concepto de disfunción perjudicial puede tener un impacto revitalizador sobre el tan necesario debate acerca de los fundamentos teóricos de la Psiquiatría, prefiero unirme al bando de los críticos y argumentar que: *a)* la definición de disfunción perjudicial y el análisis conceptual en el que se fundamenta contienen contradicciones lógicas, no se pueden generalizar a todo el ámbito de la nosología psiquiátrica, y postulan la existencia de un

límite entre trastorno y estado de normalidad que, *a priori*, es insostenible; *b)* el supuesto de que la disfunción se debe a un «fallo de la mente para actuar de la manera diseñada» por la evolución de la especie no concuerda adecuadamente con los conocimientos actuales acerca de la genética evolutiva y de la neurociencia, y *c)* el concepto de disfunción perjudicial tiene una utilidad práctica limitada, especialmente en cuanto al proceso de toma de decisiones en la práctica clínica cotidiana.

El análisis conceptual se refiere básicamente a la forma en la que utilizamos el lenguaje, es decir, a la explicación de lo que queremos decir cuando hablamos de «trastorno mental». En la búsqueda de una definición unitaria, Wakefield supone que en toda sociedad existen intuiciones ampliamente compartidas acerca de lo que es un trastorno mental, y que estas intuiciones constituyen la base del concepto consensuado de trastorno mental, que se debería conciliar de alguna manera con la evidencia científica de disfunción. Ciertamente, la mayor parte de las culturas posee prototipos, creencias y prácticas relacionados con la enfermedad mental; sin embargo, con independencia de que entre estos diferentes componentes pueda haber coincidencia respecto a los aspectos de estigmatización, es poco probable que estas taxonomías populares ofrezcan «un concepto subyacente y compartido de enfermedad» que pueda formar parte de una definición racional y universal de enfermedad mental. Tiene una importancia aún mayor el hecho de que los prototipos populares se fundamentan característicamente en dicotomías y en términos de significación opuesta (p. ej., enfermedad frente a salud y trastorno frente a normalidad), un modelo que difícilmente concuerda con el componente relacionado con la ciencia biomédica, contemplado en la definición bipartita de disfunción perjudicial. Tanto la Medicina general como la Psiquiatría están atravesadas cada vez más por múltiples dimensiones biológicas de carácter continuo, más que por categorías excluyentes. Aunque algunos valores extremos en dichos espectros continuos se pueden representar como categorías, hay una enorme zona gris de transición gradual constituida por fenómenos biológicos que, sencillamente, no se pueden ajustar a categorías dicotómicas. Por lo tanto, el concepto de «trastorno mental» unitario es, en general, una construcción que posible-

mente no encuentre una contrapartida «de tipo natural» en la realidad objetiva.

En cuanto a la consideración de Wakefield de la «disfunción» como el componente fáctico del «trastorno», me desconciertan las razones por las que esta larga marcha hacia la teoría evolutiva y la selección natural se considera necesaria o incluso fundamental para la comprensión de los cuadros psicopatológicos. La Psicología y la Psicopatología evolutivas son ciencias que todavía están en fase de construcción y que difícilmente puedan ofrecer un fundamento fáctico para desentrañar los mecanismos neurales y los procesos cognitivos que subyacen a los síntomas y a los signos de trastornos mentales específicos. La definición de disfunción como el fracaso de un órgano o un mecanismo para realizar la «función natural» para la que ha sido «diseñado» por la selección natural implica la existencia de procesos evolutivos que se dirigen hacia objetivos completos y que tienen su origen en estructuras y funciones fijas y predeterminadas que, presumiblemente, se localizan en el cerebro humano. Este punto de vista ignora el hecho de que la selección natural es un proceso de carácter oportunista, que carece de objetivos y de diseño, y cuya tendencia general es hacia el incremento de la variabilidad interindividual. En cualquier caso, este proceso da lugar a una ampliación del espectro de variación de los parámetros que definen las funciones y disfunciones cerebrales específicas; a diferentes umbrales a partir de los cuales los individuos desarrollan trastornos mentales y del comportamiento, y a límites inherentemente difusos entre la enfermedad y la normalidad (2). En última instancia, la suposición de que los sistemas neurales del cerebro humano llevan a cabo funciones cognitivas o emocionales fijas y predeterminadas por la selección natural ignora todos los elementos de evidencia procedentes de la biología evolutiva y de la neurociencia, ampliamente aceptados. En primer lugar, el hecho de que algunas funciones cognitivas humanas altamente especializadas (p. ej., la lectura o la escritura) evolucionan sobre la base de mecanismos adaptativos más tempranos y primitivos, y son –por lo tanto– neutrales con respecto a la idoneidad reproductiva. En segundo lugar, el hecho de que el cerebro individual es un órgano que muestra una intensa plasticidad, puesto que construye su propia estructura cognitiva interna durante el desarrollo posnatal, a través de un proceso dependiente de la actividad y en interacción con su entorno. Así, los umbrales de vulnerabilidad frente a la disfunción de cualquier causa varían individualmente hasta un punto que haría poco plausible el

discernimiento del fracaso de una «función natural».

Mi última crítica es la siguiente: ¿necesita realmente la Psiquiatría una definición unitaria y universal del concepto de «trastorno mental»? Ninguna enfermedad o estado de salud ha sido definido nunca de manera estricta e inequívoca en términos de conjuntos finitos de fenómenos referenciales observables. Los libros de texto de Medicina no se suelen referir a esta cuestión, ni siquiera someramente, y parece perfectamente posible que un profesional de la Medicina pueda practicar esta disciplina y tratar las enfermedades sin necesidad de un concepto unitario de enfermedad (4). Citando a Jaspers (5), «el profesional de la Medicina está muy poco preocupado por lo que pueden significar en términos generales la salud y la enfermedad [...] no necesitamos el concepto general de “enfermedad”, y sabemos actualmente que no existe ningún concepto general y uniforme de este tipo». Además, «los médicos no se preocupan por aprovechar las ventajas evolutivas de la raza humana en su conjunto, sino en ayudar a las personas» (6).

La cuestión se complica todavía más por la aparición de las clasificaciones de genética molecular correspondientes a los grandes grupos de enfermedades, y la consecuente disponibilidad concomitante de las pruebas diagnósticas genéticas, todo lo cual aumenta las posibilidades de que finalmente sea necesaria la revisión de la taxonomía completa de las enfermedades humanas. Posiblemente será posible realizar pruebas diagnósticas de carácter predictivo a personas clínicamente asintomáticas, en procesos como la enfermedad de Alzheimer, ciertos tumores malignos y, de manera hipotética y a largo plazo, algunos de los principales trastornos psiquiátricos.

Además de las cuestiones éticas y de las repercusiones psicosociales que traerán aparejadas estas pruebas diagnósticas predictivas, otro problema que surgirá es que para segmentos importantes de la sociedad (incluyendo los profesionales de la salud) el concepto de enfermedad se convertirá en sinónimo de estado de portador de un conjunto particular de genes, sin que exista ninguna referencia a una disfunción perjudicial real, lo que oscurecerá aún más los límites entre la enfermedad y la salud. Los intentos de establecer una definición abstracta y universal de «trastorno mental» tienen una utilidad clínica limitada (7) y posiblemente no sean muy fructíferos en este contexto.

En general, desde hace unos decenios se observa una tendencia hacia una conceptualización multidimensional o politética del fenómeno de la enfermedad, considerando varias dimensiones relativamente independientes entre sí: *a*) síndromes clínicos; *b*) desviaciones estructurales, funcionales o mixtas respecto al promedio estadístico; *c*) mecanismos etiológicos y patogénicos, y *d*) dificultades personales, calidad de vida y actividad social. En el momento presente, la mayoría de las supuestas entidades nosológicas definidas en la Psiquiatría podrían ser concebidas, como mucho, como *conceptos abiertos*, tal como ha propuesto Meehl (8); es decir, como conceptos sujetos a modificaciones progresivas a medida que se introducen nuevos conocimientos. El punto final sólo se alcanzará cuando queden resueltos de manera definitiva los aspectos fundamentales de la etiología y la patogenia, para lo cual resta aún un largo camino. Mientras tanto, en vez de intentar establecer una definición estricta de «trastorno mental», posiblemente sea más conveniente aceptar la «débil» decla-

ración descriptiva de la CIE-10 que afirma que la presencia de un trastorno mental presupone «un conjunto clínicamente reconocible de síntomas o comportamientos asociados, en la mayor parte de los casos, a dificultades y a una interferencia con la actividad personal».

En conclusión, la adopción de una definición genérica y presumiblemente universal de «trastorno mental» sería prematura. Además, esta definición sería más perjudicial que beneficiosa para la Psiquiatría.

Bibliografía

1. Wakefield JC. The concept of mental disorder. *Am Psychol* 1992;47:373-88.
2. Lilienfeld SO, Marino L. Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. *J Abnorm Psychol* 1995;104:411-20.
3. Murphy D. *Psychiatry in the scientific image*. Cambridge: MIT Press, 2006.
4. Jablensky A. Disease and health in the cultural context. In: Gunn SWA, Mansourian PB, Davies AM et al (eds). *Understanding the global dimensions of health*. New York: Springer, 2005:231-9.
5. Jaspers K. *General psychopathology*. Birmingham: Birmingham University Press, 1963.
6. Toon PD. Defining "disease" – classification must be distinguished from evaluation. *J Med Ethics* 1981;7:197-201.
7. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160:4-12.
8. Meehl PE. Diagnostic taxa as open concepts: meta-theoretical and statistical questions about reliability and construct validity in the grand strategy of nosological revision. In Millon T, Klerman GL (eds). *Contemporary directions in psychopathology: towards the DSM-IV*. New York: Guilford, 1986:215-31.

Posibles implicaciones del análisis de la disfunción perjudicial en el desarrollo del DSM-V y de la CIE-11

MICHAEL B. FIRST

New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

Ahora que se están desarrollando tanto el DSM-V como la CIE-11, deberían considerarse las posibles implicaciones prácti-

cas del análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield con respecto a las revisiones de estas clasificaciones. La agenda de desarrollo del DSM-V (1) se publicó en 2002 con el objetivo de estimular «la investigación y la discusión en este campo, como preparación al inicio real del proceso de revisión del DSM-V» (2) e incluía un capí-

tulo sobre «cuestiones básicas de nomenclatura en el DSM-V». Entre las recomendaciones ofrecidas estaba la sugerencia de que en el DSM-V se incluyera «una definición de trastorno mental que pueda ser utilizada como criterio para evaluar las posibles entidades patológicas que deben ser incluidas en la clasificación», conside-

rando que la definición de trastorno mental recogida en el DSM-IV «no está estructurada de manera que se pueda utilizar como criterio para decidir qué es y qué no es un trastorno mental», debido principalmente a que «la definición no permite contemplar o explicar el término clave de disfunción» (3). Uno de los puntos fuertes del análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield es que permite esclarecer el concepto clave de «disfunción», que Wakefield considera como el componente «fáctico» de la definición de trastorno mental. Wakefield define la disfunción como el fracaso de algún mecanismo cerebral o psicológico en la realización de la función natural para la que ha sido diseñado. Aunque la superficialidad de los conocimientos actuales acerca de los procesos mentales limita las posibilidades de discernir con precisión las diferentes funciones cerebrales diseñadas de manera natural, este enfoque es conceptualmente muy atractivo debido a que, tal como señala Wakefield a través de numerosos ejemplos, se ajusta a las percepciones de sentido común sobre lo que es y lo que no es un trastorno mental.

Si las experiencias del pasado pueden tener alguna utilidad, las revisiones venideras de las clasificaciones DSM y CIE traerán consigo muchas propuestas respecto a la inclusión de nuevas enfermedades (4). Aunque algunas de estas propuestas podrían acarrear la redefinición de un trastorno que ya existía en alguna otra categoría (p. ej., la propuesta de incluir el trastorno bipolar II en el DSM-IV dio lugar a una reclasificación de casos que en el DSM-III-R habían sido incluidos en el trastorno depresivo mayor), lo que daría lugar a una modificación importante de los límites entre dicho trastorno y otros, muchas de las propuestas implicarán nuevas entidades diagnósticas, que modificarán los límites aceptados respecto a la normalidad. Es en este último grupo en el que el análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield tendrá una mayor incidencia para conseguir que las entidades diagnósticas se definan de manera que cumplan los criterios de un trastorno mental. El análisis de la disfunción perjudicial insiste en el hecho de que cualquier definición de trastorno mental debería incluir elementos que indicaran tanto la presencia de una disfunción (es decir, el fracaso de un mecanismo diseñado de manera natural) como la existencia de un impacto negativo relacionado con dicha disfunción, en términos de malestar o discapacidad.

Las iniciativas previas dirigidas hacia la elaboración de conjuntos de criterios se han centrado principalmente en el componente «perjudicial», ya sea considerando una lista de síntomas que son inherente-

mente perjudiciales (especialmente cuando se toman en conjunto), puesto que inducen dificultad o discapacidad al individuo (p. ej., las crisis de angustia recurrentes, la evitación fóbica), o incluyendo un criterio de significación clínica que exija de manera explícita la existencia de malestar o discapacidad (p. ej., «los síntomas causan malestar o discapacidad clínicamente significativas en áreas importantes de la actividad, tales como la social o la laboral»). Son mucho menos habituales los criterios que abordan el componente de «disfunción» de la definición, es decir, los criterios que determinan el hecho de que los síntomas perjudiciales son el resultado del fracaso de alguna función diseñada del individuo, más que el resultado de causas no relacionadas con el trastorno, tales como las oportunidades educativas o económicas insuficientes, los conflictos de relación, etc. Lo más habitual es que se contemplen criterios que excluyen las situaciones específicas en las que los síntomas perjudiciales se deben claramente a algo que no representa el fracaso de una función diseñada. Por ejemplo, los criterios diagnósticos del mutismo selectivo excluyen específicamente las situaciones en las que la incapacidad para hablar se debe a la falta de los conocimientos o fluidez del lenguaje hablado para participar en una situación social. Rara vez se incluye de manera explícita, en la definición de un trastorno, el mecanismo que fracasa; por ejemplo, el tartamudeo se define como una «alteración en la fluidez y el patrón temporal normales del habla, que son inadecuados respecto a la edad del individuo» (5).

Para ilustrar la manera en la que se podría aplicar el análisis de la disfunción perjudicial en la consideración de las propuestas para incluir nuevas enfermedades en el DSM-V o la CIE-11, puede tomarse como ejemplo el trastorno del comportamiento sexual compulsivo (6), que posiblemente sea propuesto para su inclusión en el DSM-V y en la CIE-11. Teniendo en cuenta que hay ciertamente al menos algunos casos de individuos cuyas vidas han quedado arruinadas por su incapacidad para controlar sus impulsos sexuales, la cuestión no debería ser determinar si el comportamiento sexual compulsivo debe ser considerado un trastorno, sino –más bien– establecer el conjunto de criterios que permitirían definir el trastorno del comportamiento sexual compulsivo, de manera que pudiera entrar en la definición de trastorno mental. Utilizando como guía el análisis de la disfunción perjudicial, esta definición debería incluir parámetros explícitos que indicaran el perjuicio causado por los síntomas, así como una indicación también explícita de la naturaleza de la disfunción

(en este caso, un fracaso interno del control de los impulsos sexuales). Con el objetivo de aclarar en mayor medida la naturaleza interna de la disfunción, se deberían añadir criterios adicionales que excluyeran otras causas no patológicas del elevado grado de actividad sexual (p. ej., la libido intensa de manera natural, las situaciones en las que las «válvulas de escape» de los impulsos sexuales están gravemente restringidas por alguna razón).

Es necesario destacar el hecho de que, tal como ha señalado Wakefield en varias publicaciones (7, 8), el análisis recién mencionado no ha sido aplicado nunca desde el punto de vista metodológico a los conjuntos de criterios recogidos en el DSM-IV, lo que ha hecho que muchos diagnósticos potenciales hayan sido positivos falsos, debido a la falta de exclusión de los casos en los que los síntomas se originan por una causa no patológica. Por todo ello, el análisis de la disfunción perjudicial como el mencionado no sólo se debería aplicar para la elaboración de los conjuntos de criterios relativos a los nuevos trastornos, sino que también se debería utilizar para guiar las revisiones de los criterios existentes.

Bibliografía

1. Kupfer D, First M, Regier D (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002.
2. Kupfer D, First M, Regier D. Introduction. In: Kupfer D, First M, Regier D (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002: xvxxiii.
3. Rounsaville B, Alarcon RD, Andrews G et al. Basic nomenclature issues for DSM-V. In: Kupfer D, First M, Regier D (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Publishing, 2002:1-30.
4. Pincus H, Frances A, Davis WW et al. DSM-IV and new diagnostic categories: holding the line on proliferation. *Am J Psychiatry* 1992;149:112-7.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
6. Mick T, Hollander E. Impulsive-compulsive sexual behavior. *CNS Spectrum* 2006; 11:944-55.
7. Wakefield J. Diagnosing DSM-IV - Part I: DSM-IV and the concept of disorder. *Behav Res Ther* 1997;35:633-49.
8. Wakefield J, First M. Clarifying the distinction between disorder and non-disorder: confronting the overdiagnosis ("false positives") problem in DSM-V. In: Phillips K, First M, Pincus H (eds). *Advancing DSM: dilemmas in psychiatric diagnosis*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2003:23-56.

La evolución es el fundamento científico del diagnóstico: la Psiquiatría debería utilizarla

RANDOLPH M. NESSE

Department of Psychiatry, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

La Psiquiatría ha luchado durante siglos para conseguir que los trastornos mentales sean reconocidos como enfermedades con características similares a las que aborda el resto de la Medicina. Para alcanzar este objetivo, el DSM-IV y otros nuevos sistemas diagnósticos definen los trastornos en función del número, la gravedad y la duración de los síntomas. La ventaja es que dos clínicos que estudian al mismo paciente posiblemente establezcan también un mismo diagnóstico. Este enfoque parece científico; al menos, es posible cuantificar algo con fiabilidad.

Sin embargo, tal como señala Wakefield, estos sistemas diagnósticos sólo son aparentemente científicos. No ofrecen un fundamento para determinar qué es un trastorno y qué no lo es. Lo que es más grave, aunque estos sistemas persiguen la equiparación de la Psiquiatría con el resto de la Medicina, en realidad transitan un camino opuesto. En el resto de la Medicina, los médicos reconocen las enfermedades como situaciones debidas al funcionamiento anómalo de algún sistema útil. Saben que el corazón desempeña una función de bombeo de la sangre y que su funcionamiento anómalo dar lugar a insuficiencia cardíaca congestiva. El diagnóstico de insuficiencia cardíaca se establece cuando el corazón no realiza su función normal, con independencia de cuál sea la causa.

El resto de la Medicina establece una distinción clara entre las enfermedades y las respuestas de carácter protector. Sin embargo, esta distinción casi no existe en Psiquiatría. La insuficiencia renal, el cáncer y la parálisis son enfermedades, pero la fiebre, la tos y el dolor no lo son, sino que son respuestas protectoras. Los mecanismos que regulan la fiebre y la tos pueden fallar, pero los médicos no establecen diagnósticos tales como «trastorno de la fiebre» o «trastorno de la tos». En cambio, evalúan el problema que se plantea en función de estas respuestas funcionales.

Tal como demuestra Wakefield con mucha claridad, el diagnóstico psiquiátrico ignora esta distinción fundamental. El diagnóstico de depresión mayor se establece

cuando un individuo sufre síntomas intensos durante un período de tiempo suficientemente prolongado, con independencia de lo que esté ocurriendo en su vida personal. La excepción a ello, el fallecimiento reciente de un ser querido, demuestra por qué es esencial la consideración del contexto. Los buenos psiquiatras estudian con detalle la situación vital del paciente para intentar determinar si sus síntomas de depresión constituyen una respuesta normal frente a su situación vital actual, una alteración en el sistema de la regulación del estado de ánimo o, tal como suele ocurrir, una combinación de ambas posibilidades.

Esta distinción esencial entre la depresión reactiva y la depresión endógena se recogía con toda claridad en el DSM-II, pero fue eliminada en el DSM-III y en el DSM-IV. Desde entonces, el diagnóstico psiquiátrico ha presentado una apariencia de objetividad, mientras que –de hecho– se ha separado drásticamente del diagnóstico efectuado por el resto de la Medicina, fundamentado en el reconocimiento de la disfunción. ¿Por qué el diagnóstico psiquiátrico excluye la consideración del contexto? Hay dos razones obvias.

En primer lugar, cuando el diagnóstico depende de la valoración de la gravedad de los problemas vitales, disminuye su fiabilidad. La posibilidad de que la pérdida del trabajo sea o no un elemento suficiente para explicar los síntomas de depresión depende de lo bueno o malo que fuera el trabajo, de la posibilidad de que pueda ser fácilmente sustituido y de la situación económica de la persona. Todos estos factores conllevan consideraciones subjetivas. La contemplación de estos factores significa que es poco probable que dos psiquiatras lleguen a la misma conclusión.

Esta cuestión puede ser difícil, pero el resto de la Medicina no ignora el contexto. Por ejemplo, al evaluar el dolor, los médicos consideran si la intensidad del dolor que sufre el paciente está dentro del espectro de la normalidad, teniendo en cuenta la naturaleza de la lesión orgánica, o si el sistema de regulación del dolor está funcionando adecuadamente. La decisión suele ser difícil, pero los médicos no se escabullen del problema utilizando únicamente la intensidad y la duración de los síntomas para determinar si el paciente sufre o no un «trastorno de dolor». En cambio, utilizan todos sus conocimientos y su ex-

periencia para intentar decidir si la respuesta de dolor que sufre el paciente es normal o si existe alguna alteración en el sistema que regula el dolor.

La segunda razón por la que el diagnóstico psiquiátrico ignora el contexto es el hecho de que los responsables del DSM-III estaban tan desesperados por diferenciar la Psiquiatría del psicoanálisis que decidieron ignorar todo planteamiento teórico. A consecuencia de ello, la Psiquiatría aún carece del tipo de comprensión funcional que ofrece la fisiología al resto de la Medicina. Sin embargo, la comprensión funcional es ahora posible en Psiquiatría.

Por ejemplo, la determinación de la posible anormalidad de una emoción requiere la comprensión de las emociones normales (1). Actualmente, se está aplicando a las emociones humanas el mismo razonamiento evolutivo que ha hecho avanzar con tanta rapidez el estudio del comportamiento animal. Las emociones evolucionaron debido a que facilitaron la adaptación del cuerpo frente a situaciones que se repitieron una y otra vez a lo largo de millones de años. Ninguna emoción es buena o mala en sí misma, y las emociones negativas, como la ansiedad y la tristeza, son tan útiles como las positivas. Las emociones son útiles si se expresan en las situaciones que motivaron su aparición, mientras que cuando aparecen en otro tipo de situaciones son anómalas (2). Es necesario aprender a reconocer estas situaciones. En términos más generales, las personas que carecen de emociones no tienen una vida plena. A lo largo de la historia evolutiva, como promedio, han tenido menos descendencia. Tampoco viven plena y adecuadamente las personas que experimentan emociones excesivas o cuyas emociones se expresan en situaciones incorrectas. Una crisis de angustia puede salvar la vida al individuo que es perseguido por un león, pero en una relación amorosa la angustia puede reducir gravemente el éxito reproductivo.

El criterio de la disfunción está fundamentado en el conocimiento de la función evolutiva de un rasgo, y esto ocurre exactamente igual en la Psiquiatría que en el resto de la Medicina. Wakefield argumenta convincentemente que el criterio de la disfunción ofrece un fundamento biológico sólido para determinar si una situación es normal o patológica (3). Este punto de vista parece radical, pero –fundamentalmente–

es una llamada para recuperar el diagnóstico psiquiátrico y colocarlo en su sitio adecuado dentro del campo biológico (4). La adopción de esta perspectiva devolvería al diagnóstico psiquiátrico al marco biológico que la comprensión funcional ofrece al resto de la Medicina.

Fanático de la «disfunción perjudicial»

KENNETH W.M. FULFORD¹,
TIM THORNTON²

¹Faculty of Philosophy, University of Oxford, UK
²Institute for Philosophy, Diversity and Mental Health, University of Central Lancashire, Preston, UK

Wakefield adopta una actitud fanática respecto a la «disfunción perjudicial», algo por lo que deberíamos estar agradecidos. La razón es que su sólida retórica ha tenido un éxito espectacular en un área en la que decenios de argumentación rigurosa han fracasado estrepitosamente en la introducción de valores en la agenda de la clasificación psiquiátrica.

Sí, *valores*. Como buen retórico, Wakefield centra la atención de su audiencia en su campo de intereses, es decir, en los elementos empíricos relacionados con el significado de «trastorno», razón por la cual muchas de sus ideas se refieren a la defensa de una definición de «disfunción» derivada de la biología evolutiva. Los conceptos de «evolución» y «biología» establecen un anillo empírico tranquilizador. Además, al menos con respecto al DSM, éste es precisamente el campo en el que se sitúan los intereses de la audiencia de Wakefield: el DSM-IV está explícitamente basado en la evidencia (1); además, la agenda de la American Psychiatric Association respecto al DSM-V es predominantemente una agenda de investigación empírica (2). Sin embargo, aun considerando que Wakefield ofrece a su audiencia lo que ésta le solicita (es decir, una definición empírica de disfunción), la conduce a aceptar algo a lo que en otras circunstancias dicha audiencia se resistiría: al hecho de que el concepto de «trastorno», uno de los conceptos básicos del DSM también contiene en su significación un elemento *no* empírico y específicamente *valorativo*.

Bibliografía

1. Nesse RM. Evolutionary explanations of emotions. *Human Nature* 1990;1:261-89.
2. Nesse RM. Proximate and evolutionary studies of anxiety, stress, and depression: synergy at the interface. *Neurosci Biobehav Rev* 1999;23:895-903.
3. Wakefield JC, Horwitz AV. *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press, 2007.
4. Nesse RM, Jackson ED. Evolution: psychiatric nosology's missing biological foundation. *Clin Neuropsychiatry* 2006; 3:121-31.

En el trabajo que se comenta en esta nota hay algo así como un truco de magia conceptual. Wakefield presenta la «disfunción perjudicial» desde el lado de los hechos, pero el truco está en el lado de los valores. Desde un punto de vista retórico, el truco está bien planteado. Visto superficialmente, el truco se refiere a la «disfunción» (en el lado de los hechos) y al perjuicio (en el lado de los valores). Así, la audiencia de Wakefield se puede sentir tranquilizada, puesto que incluso si el concepto de trastorno es, tal como señala Wakefield, un concepto híbrido (hechos más valores), es el concepto de disfunción (supuestamente carente de valores) el que se debe considerar (realmente) en la clasificación psiquiátrica. Sin embargo, el truco va más allá de este planteamiento, debido a que al utilizar de manera liberal términos como los de «fallo o fracaso», Wakefield demuestra que esta definición de disfunción también implica un aspecto valorativo, además del aspecto fáctico que él presenta (3). De esta manera, tal como ocurre con el concepto de «trastorno», Wakefield presenta su definición de «disfunción» desde el lado visible de los hechos, y permanece oculto el aspecto valorativo de este concepto, que constituye en última instancia su fundamento lógico.

De la misma manera que ocurre con todos los trucos de magia, una vez que se reconoce el truco es fácil decir cómo se hace. Por ejemplo, las citas bibliográficas que ofrece Wakefield ilustran lo que se ha denominado las «tres R» de la retórica, es decir, Repetición, Repetición y Repetición: casi la mitad de las citas bibliográficas ofrecidas por Wakefield son publicaciones *suas*. Además, sus citas muestran una buena dosis de una posible cuarta «R», el revisionismo retórico.

Desde un punto de vista menos retórico, Wakefield podría haber señalado que el psi-

quiatria y epidemiólogo británico Robert Kendell fue el autor que aplicó por primera vez (20 años antes que Wakefield) los conceptos de la biología evolutiva a los problemas de la clasificación psiquiátrica (4), en vez de recordarlo por el intento relativamente trivial de destacar la importancia de aclarar el aspecto axiológico de los conceptos diagnósticos psiquiátricos. De la misma manera, desde un punto de vista menos retórico, Wakefield debería haber reconocido que el filósofo norteamericano Christopher Boorse fue el primero en proponer –20 años antes que Wakefield y en dos de los artículos citados por éste (5, 6)– un análisis híbrido (hechos y valores) de los conceptos médicos, en vez de señalar que este autor fracasó en la consideración del componente axiológico. Finalmente, también desde un punto de vista menos retórico, el conjunto de no menos de 16 citas bibliográficas consideradas por Wakefield como relativas a las «funciones naturales» (es decir, referidas a funciones definidas como carentes de valores), podría haber sido considerado con mayor precisión como una contribución al debate, aún no resuelto, para determinar si las funciones (y las *dis*-funciones) pueden ser consideradas como algo natural, sobre todo en la línea propuesta por Wakefield (7).

Se podría considerar que la existencia de estos artefactos retóricos en el trabajo de Wakefield socava sus puntos de vista. Sin embargo, esto sería permanecer fuera del paradigma. Como artefactos *retóricos*, son apropiados y eficaces.

Por otra parte, los problemas internos al paradigma se hacen evidentes cuando, en la parte final de su artículo, Wakefield efectúa la aplicación de su análisis a algunos de los problemas existentes en el DSM. Así, la necesidad retórica de la repetición continuada de un mensaje pone a Wakefield en riesgo de parecer insensible a las limitaciones de su propio enfoque. Los ejemplos que ofrece son suficientemente reales: el DSM presenta realmente estos problemas y, además, estos problemas se deben realmente en parte a las dificultades que conlleva la definición de trastorno. Sin

embargo, más allá de una nota inicial prometedora acerca de una futura neurociencia, Wakefield fracasa en su intento de demostrar cuál es la contribución específica que su definición de trastorno como «disfunción perjudicial» aporta a la resolución de los problemas en cuestión. Así, los ejemplos ofrecidos por Wakefield son ejemplificadores en su forma, pero no en su contenido.

Un segundo problema de mayor gravedad y que también es interno al paradigma procede de la necesidad retórica que tiene Wakefield de centrar la atención de su audiencia en el elemento empírico del significado de «trastorno». Debido a ello, se pone en riesgo de asumir una postura despreciativa hacia los recursos de las numerosas disciplinas *no* empíricas (junto con las disciplinas empíricas) que se pueden utilizar para solucionar los problemas de la clasificación psiquiátrica. Estos recursos son, por ejemplo, el trabajo de la filosofía de la física respecto a la naturaleza local de la validez científica (8); el trabajo de la filosofía de la mente respecto al papel irreductible del criterio individual (igual que en el «criterio clínico») (9), y –específicamente para el estudio de los valores– el trabajo en áreas tales como el análisis lingüístico (10), la fenomenología (11) y la filosofía analítica (12). Todos estos recursos son pertinentes para mejorar los *procesos* de la clasificación diagnóstica psiquiátrica, es decir, para mejorar el desarrollo inicial de las clasificaciones y, después, para refinar las clasificaciones que se utilizan realmente en la práctica clínica cotidiana.

Además, estos recursos tendrán poca utilidad a menos que en la agenda de la clasificación psiquiátrica se incluyan los valores y otros elementos no empíricos implicados en el concepto de trastorno. Ésta es la razón por la que, incluso si finalmente su inclusión en la agenda se debiera a un truco de magia conceptual, deberíamos estar agradecidos al fanatismo de Wakefield respecto a la «disfunción perjudicial».

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
2. Kupfer DJ, First MB, Regier DE (eds). A research agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Association, 2002.
3. Fulford KWM. Nine variations and a coda on the theme of an evolutionary definition of dysfunction. *J Abnorm Psychol* 1999; 108:412-20.
4. Kendell RE. The concept of disease and its implications for psychiatry. *Br J Psychiatry* 1975;127:305-15.
5. Boorse C. On the distinction between disease and illness. *Philosophy and Public Affairs* 1975;5:49-68.
6. Boorse C. What a theory of mental health should be. *J Theory Soc Behav* 1976;6:61-84.
7. Allen C, Lauder G (eds). *Nature's purposes: analyses of function and design in biology*. Cambridge: MIT Press, 1998.
8. Fine A. The natural ontological attitude. In: Boyd R, Gasker P, Trout JD (eds). *The philosophy of science*. Cambridge: MIT Press, 1999:261-77.
9. Thornton T. Tacit knowledge as the unifying factor in EBM and clinical judgement. *Philosophy Ethics and Humanities of Medicine* 2006;1:2.
10. Sadler JZ. *Values and psychiatric diagnosis*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
11. Stanghellini G. *Deanimated bodies and disembodied spirits. Essays on the psychopathology of common sense*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
12. Fulford KWM, Broome M, Stanghellini G et al. Looking with both eyes open: fact and value in psychiatric diagnosis? *World Psychiatry* 2005;4:78-86.

¿Un nuevo método para reducir la prevalencia de los trastornos mentales?

NORMAN SARTORIUS

Geneva, Switzerland

En su lúcido artículo, Jerome Wakefield argumenta que una situación puede ser considerada como una enfermedad mental si *a*) es perjudicial y *b*) se debe a la disfunción resultante del fracaso de algún mecanismo interno (destinado originalmente a la realización de la función ahora alterada). Esta definición debería ser válida para las enfermedades «físicas» y «mentales». Wakefield no diferencia «enfermedad» (*disease*) de «trastorno» (*disorder*), aunque ambos términos no describen el mismo tipo de procesos patológicos.

Otra distinción importante en esta discusión es la de «trastorno» (*disorder*) y «enfermedad médica» (*medical disease*), por un lado, y la «necesidad asistencial» (*needs for care*) y la realidad sociocultural de la enfermedad (*sickness*) (el estado que, según lo considera la sociedad, requiere recibir tratamiento o determinados beneficios), por otro (1).

Una proporción significativa de las personas que sufren un trastorno no solicita ni recibe tratamiento o asistencia; un cierto número de personas que solicitan y reciben asistencia no sufre ningún trastorno desde el punto de vista médico, y –finalmente– la mayoría de las sociedades consideran en algún momento de su historia que diversos patrones de comportamiento son patológicos (por lo que requieren tratamiento y/o reclusión), aunque las personas afectadas no soliciten ninguna forma de tratamiento y tampoco sufran ningún trastorno reconocible.

Solicitar, como hace Wakefield, que para definir una situación como patológica y necesitada de atención por parte del sistema sanitario deben estar presentes tanto un juicio de valor negativo como una disfunción puede dar lugar a diversos problemas. Así, por ejemplo, las personas con una disfunción que en el momento de la consulta no les causa ningún perjuicio podrían ser excluidas del tratamiento o la asistencia; tomando el ejemplo de Wakefield, las personas con una alteración del cuerpo calloso (p. ej., debido a un proceso infeccioso y susceptible de curación) que diera lugar a dislexia no recibirían tratamiento en sociedades iletradas, debido a que su disfunción no les causaría un perjuicio inmediato. A menudo, los pobres que residen en países ricos o pobres carecen de acceso a muchos bienes y servicios a los que sí pueden acceder los ricos: ¿significa esto que los pobres no deberían recibir asistencia sanitaria para atender sus disfunciones, debido a que seguramente no atravesarán situaciones en las que estas disfunciones les ocasionen algún perjuicio?

Comparto la confianza de Wakefield acerca de nuestra capacidad para evaluar las alteraciones de las «funciones mentales» con la misma precisión que las alteraciones de las «funciones físicas». Por otra parte, las diferencias existentes entre las distintas culturas hacen que la valoración negativa de una «disfunción fáctica» determinada sea tan distinta de un contexto a otro, que es difícil imaginar cómo se podrían efectuar comparaciones entre los «trastornos» si se definen tal como propone Wakefield. Por lo tanto, creo que en los es-

tudios epidemiológicos (y de otro tipo) en los que sea necesario trabajar con grupos homogéneos se deberían definir los trastornos en términos de «disfunción fáctica», en la terminología de Wakefield, utilizando después los resultados de estas evaluaciones de una manera congruente con el objetivo planteado en los estudios, por ejemplo, para estimar la prevalencia de un trastorno o para establecer los fundamentos para evaluar las necesidades asistenciales.

En resumen, considero que el análisis de Wakefield respecto al concepto de trastorno mental es útil, debido a que obliga a pensar acerca de la naturaleza de las enfermedades y su significado; sin embargo, estoy en desacuerdo con la conclusión de Wakefield de que la «valoración negativa» de una disfunción determinada tiene que tener un peso decisivo en la definición del trastorno. Al igual que ocurre en el resto de la Medicina, el diagnóstico de un trastorno debe estar

fundamentado en síntomas bien definidos, indicativos de la existencia de una disfunción, evitando la contaminación de este diagnóstico con las evaluaciones acerca de la conveniencia social o de la discapacidad.

Bibliografía

1. Sartorius N. Fighting for mental health. Cambridge: Cambridge University Press, 2002.

El concepto híbrido de trastorno mental de Wakefield

BENGT BRÜLDE

Department of Philosophy, Göteborg University, Box 200, SE-405 30 Göteborg, Sweden

Wakefield se pregunta qué es lo que hace que una situación o estado mental constituya un trastorno. Formula la pregunta de dos maneras distintas: a) «*Qué queremos decir* cuando señalamos que un estado mental es un trastorno médico más que una forma normal de sufrimiento humano?» y b) «¿Cuáles estados mentales *deberían* ser clasificados como patológicos?» La segunda pregunta es bastante más significativa, especialmente teniendo en cuenta que no existe un consenso acerca del significado de «trastorno mental». «Trastorno» (*disorder*) es un término amplio «que abarca tanto los daños y traumatismos (*traumatic injuries*) como las enfermedades (*disease/illness*)». Este concepto tiene una significación práctica mayor que, por ejemplo, la noción de enfermedad (*disease*). La distinción entre enfermedad y daño (*injury*) carece de implicaciones prácticas importantes, mientras que la distinción entre trastorno y normalidad puede definir qué personas pueden reclamar asistencia sanitaria pública gratuita, reembolsos por gastos médicos o subvenciones debidas a baja por enfermedad (1, 2).

Según el punto de vista de Wakefield, los trastornos mentales son disfunciones mentales perjudiciales. Este enfoque se presenta en forma de un concepto híbrido constituido por un componente valorativo (el perjuicio) y un componente fáctico (la disfunción). Sin embargo, no está claro si el concepto de Wakefield contiene realmente

un componente axiológico, es decir, si su concepto es realmente híbrido. Wakefield utiliza repetidamente frases como «considerado como negativo por los parámetros socioculturales» o «perjudicial en relación con los valores sociales», con el objetivo de definir el componente axiológico; sin embargo, decir que una situación es considerada como negativa por los «parámetros socioculturales» es realmente efectuar una declaración fáctica. Además, la referencia a los parámetros socioculturales existentes sólo es pertinente si se desea *explicar* por qué ciertos estados son clasificados como trastornos en determinadas sociedades, pero no si se quiere determinar cuáles estados *deberían* ser clasificados como patológicos. Esta última cuestión es la más importante, y para responderla es necesario determinar si un estado es perjudicial, no si es considerado perjudicial desde alguna perspectiva particular. No obstante, aun suponiendo que el análisis de Wakefield constituye –en efecto– un concepto realmente híbrido, posiblemente el papel del componente valorativo sea demasiado estrecho, y lo mismo podría decirse del papel del componente fáctico.

Característicamente, los trastornos mentales conllevan un tipo de perjuicio para la persona que los sufre (p. ej., malestar o discapacidad), y a menudo el diagnóstico tiene muy en cuenta el perjuicio, cuando se debe trazar la línea entre lo normal y lo patológico. Esta actitud sugiere con fuerza que la conexión entre trastorno y perjuicio es más conceptual que contingente. Sin embargo, Wakefield realiza una afirmación más tajante: que el perjuicio para el individuo es una condición *necesaria* del trastorno, y

que no es necesario apoyarse en ninguna otra consideración evaluativa para definir el tipo de trastorno mental. No obstante, parece que existen trastornos mentales que son clasificados como tales en virtud de otras consideraciones evaluativas; por ejemplo, la pedofilia y el trastorno de la personalidad antisocial se consideran trastornos debido a que conllevan un comportamiento anormal o un comportamiento perjudicial para otras personas. Este aspecto indica que la línea entre trastorno y normalidad no debería ser trazada sólo en función de la evaluación del perjuicio para el individuo, sino que también debería considerarse el perjuicio para los demás y la anormalidad (p. ej. la irracionalidad) (3). Sin embargo, este punto de vista conduce a un concepto menos coherente de trastorno mental y es incompatible con la idea de que el «trastorno mental» se puede definir en términos de condiciones necesarias que, en conjunto, son suficientes (3).

El concepto evolutivo de Wakefield respecto a lo que es un trastorno ha sido fuertemente criticado (1, 4-7). La mayoría de las objeciones pretende demostrar que la disfunción (en el sentido en el que Wakefield utiliza este término) no es un requisito necesario para un trastorno, es decir, que una persona puede padecer un trastorno incluso aunque no exista una «alteración de la función evolutiva». Algunas de estas objeciones intentan dejar claro el hecho de que «muchas funciones mentales no constituyen adaptaciones evolutivas directas sino, más bien, consecuencias (neutras desde el punto de vista adaptativo) de otras adaptaciones» (4). Por otra parte, algunos trastornos se deben al fracaso de mecanismos que carecen de una función adaptativa, tales como los espacios vacíos (*spandrels*), las exaptaciones biológicas y las partes vestigiales.

Otros argumentos persiguen la demostración de que los trastornos pueden ser debidos a mecanismos que actúan exacta-

mente de la manera diseñada por la evolución, es decir, que algunos trastornos son reacciones evolutivas adaptativas frente a «estímulos patogénicos» a lo largo de la evolución. Las lesiones causadas por un traumatismo físico externo implican disfunciones, así como también las reacciones inflamatorias, las enfermedades infecciosas y el trastorno por estrés postraumático. Sin embargo, se considera que el duelo normal y el duelo patológico (un posible componente del trastorno depresivo) constituyen dos posibles reacciones frente a una pérdida. ¿Es realmente la diferencia entre ambos procesos el hecho de que en el segundo caso tiene lugar el funcionamiento anómalo de un mecanismo específico, mientras que esto no es así en el primer caso? La defensa del concepto de disfunción a través de la propuesta de un «mecanismo de respuesta frente a la pérdida» es inverosímil. Parece más plausible considerar ambos estados como *diferentes formas de funcionamiento*, de manera que la «forma depresiva de duelo» es bastante más perjudicial que la «forma normal». Sin embargo, esta hipó-

tesis sugiere que la existencia de una disfunción no es un elemento esencial de un trastorno. Además, la exclusión del duelo normal de la clasificación de los trastornos mentales podría ser cuestionada: por ejemplo, podría ser apropiado considerar el duelo como un daño mental (*injury*), y, si todos los daños mentales son trastornos mentales, también lo sería el duelo. Finalmente, se puede argumentar que las personas en situación de duelo pueden solicitar la baja laboral por enfermedad. En esta cuestión, la normalidad está fuera de lugar.

En conclusión, la idea de Wakefield de que los trastornos son disfunciones (definidas en términos evolutivos) tiende a excluir una gran cantidad de situaciones de la categoría de trastorno mental. Hay opiniones alternativas, pero éstas también muestran ciertos puntos débiles (1). Todo ello sugiere que no podemos salvar nuestras intuiciones lingüísticas, a menos que abandonemos la idea de que es posible definir el concepto de «trastorno mental» en términos de condiciones necesarias que, en conjunto, sean suficientes (1).

Bibliografía

1. Brülde B. The concept of mental disorder. Gothenburg: Department of Philosophy, 2003.
2. Brülde B. Art and science, facts and knowledge. Philosophy, Psychiatry, and Psychology (in press).
3. Brülde B. Mental disorder and values. Philosophy, Psychiatry, and Psychology (in press).
4. Lilienfeld SO, Marino L. Mental disorder as a Roschian concept: a critique of Wakefield's "harmful dysfunction" analysis. J Abnorm Psychol 1995;104:411-20.
5. Murphy D, Woolfolk RL. The harmful dysfunction analysis of mental disorder. Philosophy, Psychiatry, and Psychology 2000; 7:241-52.
6. Murphy D, Woolfolk RL. Conceptual analysis versus scientific understanding: an assessment of Wakefield's folk psychiatry. Philosophy, Psychiatry, and Psychology 2000;7:271-92.
7. Nordenfelt L. On the evolutionary concept of health: health as natural function. In: Nordenfelt L, Liss P-E (eds). Dimensions of health and health promotion. Amsterdam: Rodopi Press, 2003:37-54.

Utilidad de la definición de Wakefield para los manuales diagnósticos

DEREK BOLTON

Department of Psychology, Institute of Psychiatry, King's College, London, UK

Nadie ha hecho más para clarificar y analizar el concepto de trastorno mental a lo largo del último decenio que Jerome Wakefield, de manera que parece llegado el momento de considerar su trabajo en las fases de preparación de las nuevas ediciones del DSM y la CIE. En estos trabajos preparatorios se realizará una revisión de la fiabilidad de los diagnósticos, así como de los distintos aspectos de la validez de la clasificación de los síntomas en síndromes y de los síndromes en categorías de orden superior.

El tipo adicional y distintivo de validez sobre el que Wakefield ha llamado constantemente la atención desde sus primeras publicaciones a principios del decenio de 1990 se refiere a lo que este autor ha denominado el problema de la *validez conceptual*: hasta qué punto los manuales con-

templán todos y cada uno de los trastornos mentales (o de los trastornos mentales y del comportamiento), hasta qué punto algunos de ellos quedan fuera de dichas clasificaciones, y hasta qué punto los manuales citados han incluido erróneamente algunas situaciones mentales que no constituyen un trastorno. Este último aspecto ha sido el más analizado: se refiere al problema de la «sobreinclusión» o de los «diagnósticos positivos falsos». Los criterios diagnósticos propuestos para algunos trastornos mentales son *demasiado laxos*, puesto que algunas situaciones mentales específicas pueden satisfacerlos sin constituir –aparentemente– expresión de un trastorno. Wakefield ha argumentado de acuerdo con esta línea de razonamiento respecto a muchos procesos mentales, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno del comportamiento y la fobia social.

Wakefield ha vinculado de manera constante el problema de la validez conceptual del diagnóstico de un trastorno (¿estamos diagnosticando realmente un *tras-*

torno?) con el problema fundamental de la *fiabilidad* del diagnóstico. Siguiendo la recomendación de Hempel, los manuales diagnósticos han perseguido una descripción de los síntomas lo más puramente observacional posible, sin formular hipótesis respecto a la etiología. De esa manera, se intentó establecer (especialmente en el caso del DSM) una composición del síndrome lo más algorítmica posible desde el punto de vista aritmético (recuentos más o menos complicados de los síntomas). Wakefield ha manifestado que esta metodología separa efectivamente de su contexto a los estados y comportamientos mentales problemáticos, sin tener en cuenta si constituyen genuinos trastornos que implican disfunción o si, por el contrario, son respuestas «normales» frente a las adversidades o se originan en mecanismos comprensibles en función del aprendizaje normal.

¿Ayuda el análisis de Wakefield a caracterizar los «trastornos genuinos»? En su forma abreviada, su análisis es el siguiente: trastorno mental = disfunción perjudicial. Esta forma abreviada es trivial, puesto que sustituye el término de «trastorno» por el de «disfunción», y no se debe confundir con la versión completa y no trivial: trastorno mental = fracaso perjudicial de un mecanismo natural –mental o conductual– para actuar del modo diseñado a través de la evolución. ¿Puede este enfoque resolver

el problema de la validez conceptual en los manuales psiquiátricos? ¿Puede ser utilizado para conseguir una validez mayor de los conjuntos de criterios diagnósticos, al excluir los estados mentales que no constituyan un trastorno mental?

Es posible que el análisis de Wakefield respecto al «trastorno mental» sea conceptualmente correcto. He manifestado en otra publicación que esto no es así (1), pero las razones son demasiado extensas para ofrecerlas en esta nota. En cualquier caso, vale la pena señalar que nadie ha llevado a cabo una definición de carácter tan riguroso y que sea mejor. Así, ¿debería ser tenida en cuenta para las nuevas revisiones de los manuales diagnósticos, DSM-V y CIE-11?

El problema en esta cuestión es bastante obvio y ya está implícito en los propios argumentos de Wakefield: el hecho de que la fiabilidad quedaría gravemente amenazada. Para poder determinar que un estado mental es un *trastorno*, tendría que demostrarse que se produce a consecuencia del «fracaso de un mecanismo natural, mental o conductual, para funcionar según ha sido diseñado por la evolución» (o, al menos, debería lograrse un consenso acerca de ello). Sin embargo, ¿con qué podría ser comparado dicho fracaso? Los especialistas en comportamiento que trabajan sobre un marco teórico evolutivo han propuesto que el fracaso

de la función (en el sentido de Wakefield, como mecanismo para la aparición de estados perjudiciales) se puede comparar, por ejemplo, con el desequilibrio entre el diseño evolutivo y el entorno actual, o con el aprendizaje no adaptado (*maladaptive learning*) (2, 3). Si este tipo de contrastes fuera el adecuado, sería necesario esperar hasta que la ciencia pueda establecer qué tipos o subtipos de problemas constituyen «trastornos genuinos» en el sentido del análisis de Wakefield y cuáles no los constituyen. Mientras tanto, durante lo que podría ser una larga espera, se necesitaría *otra denominación* para los problemas, una denominación que no fuera la de *trastorno* (en el sentido explicado por Wakefield), sino quizás –por ejemplo– la de *problema de salud mental*, cuyos criterios tendrían que poseer la fiabilidad suficiente para ser utilizados en estudios de investigación apropiados y generalizables. Habría que volver a donde estamos, con un nuevo cambio de denominación.

Si siguiéramos por esta vía, podríamos determinar finalmente qué estados mentales son «trastornos» (en función del análisis teórico evolutivo de Wakefield) y qué estados mentales no lo son. Wakefield acepta que los estados mentales que no son trastornos pueden estar asociados a perjuicios y a riesgo de perjuicios. Por lo tanto, también requerirían tratamiento (en un

sentido amplio, incluyendo, por ejemplo, el seguimiento atento). Es posible, incluso, que los perjuicios o riesgos asociados a las variantes que no son trastornos sean tan importantes como los correspondientes a los «trastornos genuinos». Esto no se podrá esclarecer mediante disquisiciones teóricas, sino a través de investigaciones empíricas. Debería disponerse de un manual de «trastornos mentales y problemas de salud mental relacionados» (que es similar al título completo de la CIE) en el que la diferencia entre ambos conceptos fuera menos importante que los perjuicios y riesgos asociados y que la consiguiente necesidad de evaluación clínica e investigación. La definición teórica fundamentada en los aspectos evolutivos no tendría mucho valor en la práctica, debido a que lo que dirige realmente la práctica clínica es la combinación de perjuicios y riesgo.

Bibliografía

1. Bolton D. What is mental disorder? An essay in philosophy, science and values. Oxford: Oxford University Press (in press).
2. Cosmides L, Tooby J. Toward an evolutionary taxonomy of treatable conditions. *J Abnorm Psychol* 1999;108:453-64.
3. Richters JE, Hinshaw SP. The abduction of disorder in psychiatry. *J Abnorm Psychol* 1999;108:438-45.

La Psiquiatría cultural y el parámetro restrictivo de Wakefield

IAN GOLD¹, LAURENCE J. KIRMAYER²

¹Department of Philosophy y ²Division of Social and Transcultural Psychiatry, Department of Psychiatry, McGill University, Montreal, Quebec, Canada

Jerome Wakefield ha introducido un concepto de trastorno mental que pretende constituir un método para diferenciar los trastornos psiquiátricos genuinos de los «problemas vitales». Señala que es posible eliminar el componente normativo de una enfermedad y brindar una noción de disfunción que es un «concepto científico puramente fáctico». Según el análisis de la disfunción perjudicial de Wakefield, un estado

mental constituye un trastorno mental si, y sólo si, existe una desviación respecto a una función natural y dicha desviación es perjudicial. La función natural se define como la seleccionada por la evolución. En esta nota se ofrecen cuatro razones para poner en duda la posibilidad de que la función natural pueda ser determinada a través de una aplicación de la teoría evolutiva, lo que también pone en cuestión la validez del análisis de la disfunción perjudicial.

En primer lugar, el límite existente entre función y disfunción es indeterminado. Aunque algunos rasgos o estados muestran puntos de rareza o transiciones abruptas, en muchos casos la función y la disfunción psicológicas se manifiestan en forma de un

espectro. Por ejemplo, algunas personas presentan de manera natural una ansiedad mayor que otras. ¿A qué distancia de la normalidad estadística debe situarse una función para ser considerada una disfunción? Es difícil determinar cómo podría responderse a esta pregunta sin apelar a la noción de una desviación que sea perjudicial o indeseable. Además, las nociones de trastorno mental existentes en muchas culturas están vinculadas estrechamente con los comportamientos sociales inapropiados o problemáticos, no con las nociones de funcionamiento interno (psicológico o fisiológico) (1, 2). Sin embargo, esta forma de contemplar la disfunción anula el supuesto componente fáctico del análisis de la disfunción perjudicial y lo convierte en un componente normativo.

En segundo lugar, la función natural puede no ser la función real. La existencia de muchos rasgos se puede explicar no por el incremento de la adaptación, sino por el conservadurismo evolutivo. Un rasgo puede existir en una especie debido a que

ya existía en los ancestros evolutivos de la especie y se conservó simplemente porque no era perjudicial o porque pertenecía intrínsecamente a los mecanismos de desarrollo (3). De la misma manera, algunos rasgos humanos físicos y psicológicos se pueden explicar mejor por el hecho de que dieron lugar a alguna ventaja adaptativa en un ancestro evolutivo de nuestra especie, más que en nosotros mismos. La función natural de un sistema, en el sentido atribuido por Wakefield, puede tener poco que ver con su función actual.

En tercer lugar, la función cerebral natural puede no ser la función cerebral real. La plasticidad neural posibilita la divergencia entre la función natural y la función real, lo que probablemente ocurra en mayor medida en un trastorno psiquiátrico. Por ejemplo, en la mayor parte de los seres humanos la función de la corteza visual primaria es la extracción de información visual respecto al mundo externo, a partir del estímulo luminoso. Sin embargo, en las personas que han perdido la vista (y que carecen de experiencia con el sistema Braille), la corteza visual primaria responde a la información táctil (4). Aparentemente, la corteza visual primaria está más relacionada con el estímulo que con las presiones de selección. Si hubiera un virus que dejara ciegos a todos los seres humanos, la función real de la corteza visual primaria pasaría a ser inmediatamente la percepción de la información táctil y los trastornos de la corteza visual primaria no tendrían nada que ver con la función para la cual ésta había sido diseñada. Aunque este ejemplo es extremo, destaca el hecho de que la función cerebral depende significativamente del entorno.

En cuarto lugar, la función y la disfunción mentales dependen básicamente de la cultura. ¿Podría haber sufrido uno de los primeros homínidos un trastorno por déficit de atención con hiperactividad? El establecimiento de este diagnóstico está en función de las tareas a las que la sociedad considera necesario prestar atención. La capacidad para permanecer sentado durante largas horas en un aula constituye una parte significativa de lo que en la actualidad se considera una atención normal. Dado que los primeros homínidos infantiles no tenían esta exigencia, podría considerarse que la atención de un niño homínido era normal incluso si sus funciones de atención hubieran sido, en términos biológicos, idénticas a las de un niño actual con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. No se puede considerar que dicho niño homínido presentaba una disfunción perjudicial. Afirmarlo sería dar por sentado un concepto absoluto de función y disfunción. En cambio, el concepto de función mental normal varía en parte con las exigencias que la cultura

ejerce sobre la mente. No se puede determinar únicamente sobre la base de la teoría de la evolución.

Tal como señala Wakefield, la cultura ejerce efectos profundos sobre la experiencia y la expresión de los síntomas, de manera que puede dificultar la aplicación de los criterios diagnósticos fundamentados en los síntomas (5). Sin embargo, la cultura puede ir claramente más allá e influir sobre los mecanismos de los trastornos psiquiátricos. Por ejemplo, en Camboya el síntoma de mareo puede indicar una crisis «vital», («*wind*» *attack*), una enfermedad potencialmente grave (6). Así, en Camboya, los mareos secundarios al ortostatismo, que aparecen en ocasiones cuando el individuo se pone en pie, pueden dar lugar a una crisis de angustia. Un canadiense cuyas funciones mentales fueran idénticas nunca sufriría una crisis de angustia ante esas circunstancias, debido a que carece de las creencias pertinentes. Puede afirmarse, entonces, que el camboyano padece un trastorno y el canadiense no, y esta distinción está basada exclusivamente en diferencias culturales. De nuevo, sería un error considerar que el canadiense y el camboyano sufren la misma disfunción, pero que ésta sólo es perjudicial para el segundo. La disfunción específica depende básicamente de las actividades exigidas que, a su vez, dependen de la cultura.

La Psiquiatría es una disciplina joven. Wakefield pretende que se postre ante un parámetro restrictivo y que deseche los elementos que no se ajustan adecuadamente a una concepción evolutiva de la disfunción. Sin embargo, no hay ninguna razón por la que la Psiquiatría tendría que reducirse para adaptarse a dicho parámetro, especialmente cuando se sabe tan poco

acerca de los trastornos mentales. Por el contrario, deberían ampliarse sus dominios teóricos y prácticos, para comprender los problemas del desarrollo en los contextos evolutivo y social. En respuesta al planteamiento de Wakefield de que sin herramientas como el análisis de la disfunción perjudicial será imposible evaluar los criterios diagnósticos, proponemos una «base» alternativa al mencionado análisis: una concepción integrada de la función mental, sensible a una amplia gama de consideraciones, desde la teoría evolutiva y la neurobiología, hasta el contexto cultural y el análisis sistemático del papel que desempeñan las funciones sociales en la consideración de los cuadros diagnósticos.

Bibliografía

1. Haslam N. Dimensions of folk psychiatry. *Rev Gen Psychol* 2005;9:35-47.
2. Glovsky V, Haslam N. Acculturation and changing concepts of mental disorder: Brazilians in the USA. *Transcult Psychiatry* 2003;40:50-61.
3. Chittka L, Briscoe A. Why sensory ecology needs to become more evolutionary - insect color vision as a case in point. In: Barth DG, Schmid A (eds). *The ecology of sensing*. Berlin: Springer, 2001:19-38.
4. Sadato N, Okada T, Kubota K et al. Tactile discrimination activates the visual cortex of the recently blind naive to Braille: a functional magnetic resonance imaging study in humans. *Neurosci Lett* 2004;359:49-52.
5. Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology* 2005;38:192-6.
6. Hinton DE, Pich V, Safren SA et al. Anxiety sensitivity among Cambodian refugees with panic disorder: a factor analytic investigation. *J Anxiety Disord* 2006;20:281-95.

El concepto de trastorno mental: una perspectiva africana

FRANK NJENGA

Upper Hill Medical Center, Nairobi, Kenya

El concepto de trastorno mental está determinado por muchos factores, como el contexto histórico, la influencia cultural, el nivel de los conocimientos científicos y la capacidad para llevar a cabo estudios cien-

tíficos, el grado de instrucción (en determinadas circunstancias), etc. Al diseñar un método de clasificación de los trastornos mentales, la primera tarea del experto es reflejar el grado de conocimientos sobre la materia, vigente al momento de realizar la clasificación, teniendo presente que, al cabo de un cierto período de tiempo, algunos de los factores señalados podrían pre-

sentar cambios importantes. Debido a estos cambios, es posible que lo que en una edición del sistema de clasificación de los trastornos mentales constituía claramente un trastorno, no sea considerado un trastorno en la siguiente edición, unas pocas décadas después.

En las primeras ediciones del DSM la homosexualidad se consideraba claramente un trastorno mental y, por extensión, un trastorno que requería tratamiento médico. En las culturas occidentales, cualquier sugerencia de que la homosexualidad o el lesbianismo constituyan un cuadro anormal, atraería en la actualidad las iras de la sociedad. Sin embargo, la situación en África es muy diferente, y muchos africanos todavía contemplan a los homosexuales y a las lesbianas como personas «mentalmente enfermas», debido a que su orientación sexual es contraria al orden de la naturaleza. En este sentido, se podría considerar que los africanos «no están civilizados» o que son personas cuyas creencias culturales no cambian con el transcurso del tiempo, tal como ha ocurrido en los países occidentales.

Una situación similar, aunque en cierto modo opuesta, se observa respecto a la circuncisión de las mujeres (una práctica que también se ha denominado mutilación genital femenina). En África hay todavía extensas áreas en las que se practica dicha mutilación, posiblemente –y en parte– para curar lo que los médicos de la época victoriana denominaban el «orgasmo clitorídeo», una enfermedad que requería tratamiento quirúrgico preventivo. Muchos africanos defienden esta tradición cultural con igual vigor que los que la atacan. Estos últimos son los que consideran que la mutilación de los genitales de mujeres jóvenes y niñas constituye una aberración mental.

La anorexia nerviosa es una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en las adolescentes de los países occidentales. Crisp *et al.* (1) observaron una prevalencia de un caso por cada 200 niñas que asistían a colegios privados, mientras que entre las chicas de 16 o más años de edad esta prevalencia ascendía hasta un caso grave por cada 100 adolescentes. En África, este trastorno es prácticamente desconocido. Njenga y Kang'ethe (2) publicaron un estudio realizado en Kenya, cuya conclusión fue que «en un período acumulado de

320 años de práctica clínica, los psiquiatras de Kenia atendieron 20 casos de anorexia nerviosa». Hulley *et al.* (3) estudiaron un grupo de mujeres deportistas keniatas y británicas y concluyeron que «los efectos de la cultura fueron evidentes: las mujeres británicas mostraron una insatisfacción mayor con su peso corporal y su silueta, así como un número significativamente mayor de trastornos de la conducta alimentaria y de problemas psicopatológicos asociados, en comparación con las mujeres keniatas».

Por todo ello, ¿quién está engañando a quién? ¿Es el rechazo a la ingestión de comida por parte de adolescentes blancas «mimadas» una enfermedad o una simple estupidez? El intento de explicar a una mujer africana y a su hija, ambas hambrientas, que hay niñas en los países occidentales que fallecen debido a que rechazan el consumo de alimento queda más allá de toda razón y lógica: no tendría sentido considerar que se debe a un trastorno mental; sin embargo, en los países occidentales no hay lugar para esta discusión.

De hecho, la anorexia nerviosa plantea muchos interrogantes respecto a su causa y sus orígenes. ¿Es un problema primariamente genético o se debe al concepto social de la persecución de la delgadez como algo necesario para las mujeres de las sociedades occidentales? ¿Responde a una combinación de ambos factores? ¿Debería concluirse que el cumplimiento de una pauta cultural, tal como la creencia de que la delgadez es buena, es evidencia de un trastorno mental debido a que causa mortalidad y morbilidad? ¿Hasta qué grado de intensidad el deseo de delgadez corporal se puede considerar «normal» y a partir de qué grado se debe considerar patológico, y quién decide acerca de ello? ¿Son estos problemas de origen cultural o biológico? La cuestión de los sistemas de clasificación dimensionales y categoriales entra claramente en escena. Sin embargo, el punto de vista africano es nítido. Cuando hay comida, hay que consumirla toda.

Históricamente, se consideraba que los africanos eran como «europeos lobotomizados» (4), debido a que tenían un cerebro más pequeño y a que su deseo de liberarse de la colonización francesa era una prueba irrefutable de trastorno mental, un «hecho» que se enseñaba en las universidades

francesas durante la década de 1960 (5). Ningún psiquiatra de la actualidad cree en un «hecho» como el que se acaba de señalar, pero en las décadas de 1950 y 1960 ésta era la realidad aceptada por los hombres y mujeres de ciencia bien formados y de alto nivel. Por lo tanto, con el conocimiento de estas circunstancias, debemos aproximarnos con prudencia y humildad al problema de los trastornos mentales, dado que dentro de una o dos generaciones podríamos ser considerados de la misma forma en que ahora consideramos a Carothers, que sostuvo la hipótesis mencionada (4).

Sin embargo, dicho esto, es necesario juntar coraje y hacer lo que han hecho las personas desde siempre: generar orden a partir del caos, lo que –en última instancia– constituye el objetivo y la función últimos de un sistema de clasificación. Por lo tanto, nuestro deber respecto a la posteridad es utilizar las mejores herramientas existentes para llevar a cabo un proceso de ordenación, de manera que –incluso si nos «equivocamos» a los ojos de la próxima generación– podamos permanecer firmes y erguidos, comprendiendo que ningún sistema de clasificación permanecerá sin modificaciones para siempre. Por todo ello, parece evidente que el concepto de qué constituye un trastorno mental y qué no lo constituye es de tipo dinámico y sufrirá modificaciones a lo largo del tiempo y entre las distintas culturas, y –tal como ha ocurrido en el caso de la homosexualidad– de una generación a otra.

World Psychiatry 2007; 6:157-167

Bibliografía

1. Crisp AH, Palmer RL, Kalucy RS. How common is anorexia nervosa? A prevalence study. *Br J Psychiatry* 1976;128:549-54.
2. Njenga FG, Kang'ethe RK. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004;81:188-93.
3. Hulley A, Currie A, Njenga F et al. Eating disorders in elite female distance runners: effects of nationality and running environment. *Psychology of Sport and Exercise* 2007;8:521-33.
4. Carothers JC. Frontal lobe function and the African. *J Ment Sci* 1951;97:12-48.
5. Fanon F. *The wretched of the earth*. London: Penguin Books, 1963.