

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 5, Número 3



Diciembre 2007

EDITORIAL

La base dialogal de nuestra profesión: Psiquiatría *con* la persona
J.E. MEZZICH 129

ARTÍCULOS ESPECIALES

Tratamiento de las personas afectadas simultáneamente por una enfermedad mental grave y un trastorno relacionado con sustancias: implicaciones programáticas
R.E. DRAKE, K.T. MUESER, M.F. BRUNETTE 131

Asesinato de niños por sus madres: patrones y prevención
S. HATTERS FRIEDMAN, P.J. RESNICK 137

Diagnóstico y tratamiento del trastorno por atracón
C.M. BULIK, K.A. BROWNLEY, J.R. SHAPIRO 142

FORUM – ¿QUÉ ES UN TRASTORNO MENTAL?

El concepto de trastorno mental: implicaciones diagnósticas del análisis de la disfunción perjudicial
J.C. WAKEFIELD 149

Comentarios

¿Necesita la Psiquiatría un concepto unitario de «trastorno mental»?
A. JABLENSKY 157

Posibles implicaciones del análisis de la disfunción perjudicial en el desarrollo del DSM-V y de la CIE-11
M.B. FIRST 158

La evolución es el fundamento científico del diagnóstico: la Psiquiatría debería utilizarla
R.M. NESSE 160

Fanático de la «disfunción perjudicial»
K.W.M. FULFORD, T. THORNTON 161

¿Un nuevo método para reducir la prevalencia de los trastornos mentales?
N. SARTORIUS 162

El concepto híbrido de trastorno mental de Wakefield
B. BRÜLDE 163

Utilidad de la definición de Wakefield para los manuales diagnósticos
D. BOLTON 164

La Psiquiatría cultural y el parámetro restrictivo de Wakefield
I. GOLD, L.J. KIRMAYER 165

El concepto de trastorno mental: una perspectiva africana
E. NJENGA 166

ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Distribución de la prevalencia a lo largo de la vida y de la edad de inicio de los trastornos mentales en la World Mental Health Survey Initiative de la Organización Mundial de la Salud
R.C. KESSLER, M. ANGERMEYER, J.C. ANTHONY, R. DE GRAAF, K. DEMYTTENAERE ET AL. 168

Falta de tratamiento y retrasos en el contacto terapéutico tras el inicio de los trastornos mentales en la World Mental Health Survey Initiative de la Organización Mundial de la Salud
P.S. WANG, M. ANGERMEYER, G. BORGES, R. BRUFFAERTS, WAI TAT CHIU ET AL. 177

POLÍTICAS DE SALUD MENTAL

Síndrome del desgaste profesional en los psiquiatras
S. KUMAR 186

NOTICIAS DE LA WPA

Noticias desde el Secretariado de la WPA
J. COX 190

Acceso gratuito y de coste reducido a las publicaciones electrónicas de la WPA
H. HERRMAN 191

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» (*harmfull 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 descansa 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.