

TENSIONES DEL MODELO VIGENTE DE CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES

TENSIONS IN THE CURRENT MODEL OF CONCEPTUALIZATIONS OF MENTAL DISORDERS

FÉLIX COVA SOLAR

Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Chile,
fecova@udec.cl

PAULINA PAZ RINCÓN GONZÁLEZ

Departamento de Psicología, Universidad de Concepción, Chile,
princon@udec.cl

Recibido: 15-06-2010. Aceptado: 17-11-2010.

Resumen: Se analizan las limitaciones del modelo de conceptualización de los trastornos psicopatológicos que subyace a las clasificaciones psicopatológicas actuales. En específico, se focaliza la atención en la gran cantidad de personas que pueden ser identificadas como presentando un trastorno desde estas clasificaciones, y se describen y analizan tres perspectivas que han intentado dar cuenta de este problema. Se concluye respecto de la necesidad de socializar una perspectiva que no considere a los trastornos mentales como objetos naturales tanto a nivel de los profesionales de la salud mental como en la sociedad en general.

Palabras clave: Clasificación, DSM, enfermedad, medicalización, construcción social.

Abstract: The drawbacks of the conceptualization model of psychopathologic disorders that underlie the current psychopathologic classifications were analysed. Specifically, the attention is focused on the large amount of people that can be identified as showing a disorder from these classifications, and three perspectives are described and analysed, perspectives that have tried to account for this problem. It is concluded in respect to the need to socialise a perspective that doesn't consider mental disorders as natural objects at mental health professional level as well as in society in general.

Keywords: Classification, DSM, illness, medicalization, social construction.

1. Introducción

HA sido constitutivo a todos los intentos de conceptualización y clasificación de la psicopatología ser objeto de análisis críticos desde distintas perspectivas (Berrios, 2008). El presente artículo analiza el modelo de conceptualización de los trastornos mentales (y el concepto de trastorno mental a la base) que se impuso desde la formulación del DSM-III en 1980, que también ha corrido la misma suerte de ser extensamente criticado desde miradas muy diferentes. Por esta razón, podría legítimamente pensarse que el presente artículo se focaliza en un tema ya gastado. Sin embargo, se espera demostrar que el debate tiene renovado actualidad e interés. En específico, se centra la atención en la gran cantidad de personas que pueden ser (y que son) etiquetadas como habiendo padecido o teniendo actualmente una condición psicopatológica a partir de las categorías diagnósticas presentes en las clasificaciones actuales. Ello ha dado lugar a un intenso debate respecto de las implicaciones no sólo epistemológicas sino sociales y políticas de este fenómeno.

2. El modelo conceptual a la base de los actuales sistemas clasificatorios de los trastornos mentales

Como es sabido, la publicación del DSM-III en 1980 supuso un hito en la conceptualización de los trastornos mentales, generando un sistema de criterios explícitos para el reconocimiento de la presencia de cada trastorno de carácter fundamentalmente descriptivo. El “modelo conceptual” que sustentó a la clasificación de los trastornos allí presentada se extendió asimismo al capítulo de trastornos mentales de la Clasificación Internacional de las Enfermedades desarrollada por la OMS y a las sucesivas revisiones posteriores de estas clasificaciones. Si bien las críticas a este modelo han sido múltiples, la psicopatología junto con las disciplinas y profesiones vinculadas a ella, han estado desde entonces hegemónicas por él. El modelo se caracteriza por concebir que los problemas psicopatológicos corresponden a trastornos delimitados, esto es, a categorías específicas. Cada categoría de trastorno es identificable en función del reconocimiento de un patrón conductual de manifestación fundamentalmente, especificándose del modo más operacional posible criterios que se deben satisfacer para estimar la presencia de cada trastorno. Se excluyen las consideraciones etiológicas (Cooper, 2005; Lemos, 2008).

Desde su formulación, el modelo, denominado por algunos “neokrae-

peliano”, ha recibido una serie de “perfeccionamientos” en cada de sus ediciones, que intentaron hacerse cargo de algunas de las críticas que suscitó. Sin embargo, se ha tratado de la revisión de aspectos, si bien importantes, más bien periféricos, relacionados con actualización de la información y reformulación específica de criterios diagnósticos. Pese a los cuestionamientos, el modelo conceptual a la base goza de buena salud en términos de mantener su influencia. No se espera que el DSM-V ni la CIE-11 impliquen revisiones sustantivas. El único dominio en que la disconformidad con el modelo es más acentuada es en lo relativo a los trastornos de personalidad y es probable que en relación a él existan revisiones un poco más sustantivas (Widiger & Mullins-Sweatt, 2007).

Hay buenas razones para el éxito que ha tenido el modelo: permitió homogeneizar el lenguaje (y más profundamente, la forma de valoración de la presencia de trastornos) en un contexto que resultaba bastante caótico antes de su predominio, y ha permitido un desarrollo sustantivo de la investigación clínica y epidemiológica que hasta entonces resultaba difícil por la diversidad de categorías y enfoques al uso (Lemos, 2008). Como se verá, sus críticos sostendrán que parte importante de este éxito se debe a razones extracientíficas como su funcionalidad a las necesidades de la aseguradoras de salud y a la lógica e intereses de la industria farmacológica (González & Pérez, 2007).

3. Perspectivas críticas

Como se ha indicado, desde su origen, existen distintos cuestionamientos de relevancia a los fundamentos y al desarrollo que ha tenido este modelo. Dado que tienen alcances distintos, y son muy diversos, no es posible en el contexto del presente artículo abordarlos todos. El análisis se limitará a tres líneas críticas que convergen en la preocupación por la gran cantidad de personas que aparecen presentando trastornos al emplearse las categorías diagnósticas desarrolladas y que comparten el temor a que el modelo conceptual y su operacionalización genere “sobrediagnóstico” o, en otro lenguaje, “falsos positivos” o psicopatologización excesiva.

La primera línea crítica se la puede considerar “interna” al modelo. Desde esta perspectiva se cuestiona la validez de algunas categorías diagnósticas y, en específico, la capacidad discriminatoria del modelo entre respuestas humanas que pueden ser consideradas “normales” y respuestas “patológicas” (Regier *et al.*, 1998; Narrow, Rae, Robin & Regier, 2002). Esta perspectiva se vio fuertemente estimulada con los estudios epidemiológicos a

gran escala desarrollados a partir de la publicación del DSM que mostraron tasas aparentemente desmesuradas de trastornos sugiriendo la existencia de muchos “falsos positivos” (Narrow *et al.*, 2002). Descartada la hipótesis que ello se debiera simplemente a deficiencias de los instrumentos de evaluación, algunos autores se han planteado que los criterios diagnósticos serían, en algunos casos, sobreinclusivos (Cova, 2006). Este fue un factor influyente en que la edición cuarta del DSM incluyera, para casi todos los trastornos, un criterio adicional de significación clínica o impedimento para valorar la presencia de un trastorno. Esta propuesta, si bien hasta ahora poco operacionalizada y empleada, ha adquirido importante notoriedad y es probable que tenga influencia aún mayor en el DSM-V. Existen, esquemáticamente, dos versiones de esta propuesta: una que aboga por introducir el malestar clínico significativo, impedimento o discapacidad “dentro” de las exigencias para valorar la presencia de un trastorno (como lo hace el DSM-IV actualmente, pero en forma muy genérica y hasta ahora poco utilizada en la práctica), y, una segunda, que plantea que los trastornos pueden tener distintos niveles de gravedad y que el malestar clínico o impedimento sería una dimensión relevante pero independiente a la presencia de un trastorno (Spitzer & Wakefield, 1999). Desde esta segunda versión, si se demuestra que los criterios diagnósticos son sobreinclusivos, más que introducir una valoración de la significación clínica o impedimento asociado, habría que aumentar las exigencias de los criterios “clínicos” para el diagnóstico. En síntesis, habría que distinguir entre trastorno e impedimento o malestar y, también, entre trastorno y necesidad de tratamiento (en ese sentido no habría que alarmarse necesariamente por las altas tasas de trastornos con el uso de los criterios diagnósticos porque trastorno no implicaría necesidad de tratamiento; Spitzer, 1998).

La segunda línea crítica también sostiene que las categorías diagnósticas son sobreinclusivas pero pone la razón en otro motivo: el modelo conceptual, en sus operacionalizaciones de las categorías diagnósticas no sería coherente con la propia definición general de trastorno mental que plantea. Desde su formulación en 1980, el modelo plantea que un trastorno mental implica una “disfunción psicológica, conductual o biológica del individuo” (APA, 1980). De acuerdo a esta línea crítica, desarrollada fundamentalmente por Wakefield, el modelo falla al ser aplicado a las categorías diagnósticas específicas dado que éstas no establecen cómo identificar cuando los distintos tipos de manifestaciones problemáticas corresponden efectivamente a disfunciones del individuo y no son consecuencia situaciones que lo están afectando (Wakefield, 2002, 2007). Ello llevaría a que, por ejemplo, tristezas y sufrimientos propios de la vida sean, incorrectamente, con-

siderados trastornos mentales (Horwitz & Wakefield, 2007). No sólo los criterios diagnósticos no discriminarían entre respuestas humanas normales (aunque dolorosas o discapacitantes) y patológicas sino que la expansión continua de categorías psicopatológicas sería también, en parte, expresión de una patologización inadecuada de diferencias individuales que no corresponderían a auténticas “disfunciones” (Wakefield, 2005).

La tercera línea crítica es la más radical. En esta perspectiva es posible situar planteamientos que provienen de tradiciones diferentes. Por un lado, asumiendo posturas de larga data en la historia de la filosofía del conocimiento y del lenguaje, fuertemente destacados en las últimas décadas por el movimiento constructorista social, se cuestiona el carácter objetivante de la noción de trastorno mental. En tanto conceptos, los trastornos mentales serían construcciones sociales. No sería legítimo ni posible concebir a los trastornos mentales como entidades objetivas existentes en la realidad en forma independiente a los observadores que las distinguen. Y, más radicalmente, nada obligaría a distinguir y conceptualizar como trastornos los fenómenos que hoy se describen bajo ese concepto, existiendo formas alternativas y menos iatrogénicas de caracterizar esas realidades (Gergen, 1996). En el fondo, se trata de una crítica a la concepción positivista del conocimiento que estaría a la base de los actuales sistemas clasificatorios.

Por otro lado, más empíricamente, se cuestiona la legitimidad de aplicar el concepto de trastorno al dominio de los problemas psicopatológicos a la luz del conocimiento existente hasta hoy. La noción de trastorno sería un disfraz ilegítimo de la de enfermedad (como lo prueba que se suele emplear ambos términos en forma intercambiable) y correspondería a una aplicación del “modelo médico” al dominio psicológico. De hecho, el modelo conceptual a la base de los sistemas clasificatorios distingue nítidamente entre trastorno y síndrome en el mismo sentido en que se distingue entre síndromes y enfermedades en la medicina “física”. Los síndromes son sólo una constelación de fenómenos “mórbidos” que co-ocurren; en cambio la noción de trastorno (la categoría diagnóstica) correspondería a la de la “entidad subyacente” al síndrome. A la base de esta entidad identificable estarían ya sea una serie de causas determinables y relativamente delimitadas o un proceso específico (causas y procesos que se buscan fundamentalmente en la biología, dado que son los que mejor podría otorgarle consistencia suficiente a los fenómenos para considerarlos entidades definidas). Nada de lo señalado está explícitamente en el modelo conceptual a la base de los sistemas clasificatorios (“descriptivo”, “ateórico” y “no etiológico”), pero un análisis detenido de éste y de la forma en que es empleado indica que los supuestos indicados están en sus fundamentos implícitos.

Desde esta última perspectiva crítica se enfatiza que los fenómenos asimilados a la noción de trastornos mentales no responderían a estos supuestos: por un lado, serían realidades multiformes no aptas para la conceptualización rígida que supone la existencia de entidades definidas, y, por otro, hasta ahora no existirían evidencias para sostener sólidamente un fundamento biológico y reconocible de los diferentes trastornos (obviamente, se acepta que la biología está siempre implicada en todo comportamiento; lo que se objeta es que existan evidencias de la relación entre disfunciones biológicas específicas con trastornos determinados, pase a la ingente investigación desarrollada bajo esta hipótesis). Visto así la traspolación de la noción de enfermedad (“disfrazada” con la etiqueta de trastorno) a los problemas psicológicos sería infundada; de allí que desde esta perspectiva se rechace el modelo que subyacería a las conceptualizaciones psicopatológicas dominantes, basados en supuestos del modelo médico que no serían aplicables a los problemas psicopatológicos.

Esta mirada médica y categorial de los problemas psicológicos, más que tener respaldo científico verdadero, tendría un contexto social que la sostendría. Al respecto, cabe destacar que no sólo los problemas psicológicos son medicalizados sino que existe en nuestra cultura una suerte de medicalización de la vida donde una serie de procesos son comenzados a analizar (y tratar) como enfermedades o análogos: la vejez, la calvicie, el climaterio, dificultades sexuales, diferencias en los ritmos de crecimiento, etc. (Conrad, 2007). Desde esta perspectiva, existiría una fuerte medicalización de la vida y, en específico, de los problemas psicopatológicos, que estaría muy influida por la industria de la salud y de la salud mental. En la visión de autores como Marino Pérez, los trastornos mentales, tal como se les concibe actualmente, serían el resultado de un contexto histórico donde los sufrimientos y malestares psicológicos, los “problemas de la vida” (fenómenos “reales” destaca el propio autor para diferenciarse de perspectivas “idealistas” en el sentido filosófico) son transformados, “formateados”, por la acción conjunta de los profesionales y de la propia sociedad, en los trastornos que luego se identifican como realidades “naturales” (de allí que el autor utilice la metáfora del “bombero pirómano” para describir este proceso; González & Pérez, 2007; Pérez, 1999). Serían las prácticas de los profesionales de la salud mental las que reconstruirían los problemas presentados por las personas como trastornos específicos. Estas prácticas a su vez se sustentarían en una cultura “clínica” (alimentada por profesionales, la industria farmacéutica y sus estrategias de marketing, los medios de comunicación, etc.) donde las personas han aprendido a plantear sus problemas en forma de trastornos mentales. En este marco de análisis, sería enteramente ingenuo

pensar que el incremento de las categorías de trastornos mentales que describen los manuales diagnósticos sea resultado de un aumento de los problemas psicológicos en las sociedades contemporáneas o del aumento del conocimiento científico. Más que estarse identificando más tipos de trastornos, se estaría frente a una verdadera invención cultural de éstos (González & Pérez, 2007).

4. Conclusiones

Podría parecer de lo planteado que se ha sobredimensionado a los manuales clasificatorios como el DSM o la CIE, dándoles el carácter de un modelo conceptual de la psicopatología cuando no serían más que sistemas de ordenamiento, sin más pretensión que generar un lenguaje común para el estudio de los trastornos mentales o, más aun, herramientas con fines administrativos o estadísticos. Sin embargo, eso sería disminuir su influencia efectiva. Su carácter de modelo conceptual no es enteramente explícito, pero es también reconocible, más allá de sus pretensiones iniciales de tratarse de sistemas “ateóricos” y su influencia es notable en la investigación psicopatológica y en la clínica. El campo de la salud mental ha tenido un enorme crecimiento en las últimas décadas, y buena parte de la conceptualización de su quehacer ha descansado en las categorías diagnósticas propuestas desde los sistemas clasificatorios analizados.

Con supuestos y énfasis muy diversos, las tres líneas críticas reseñadas coinciden en reconocer que el modelo de conceptualización de los trastornos mentales propuesto por estos sistemas clasificatorios genera una mirada sobrepatologizadora de la población. Sin embargo, los alcances e implicaciones de cada una de las visiones propuestas son muy diversos. Ciertamente, la primera línea crítica no supone una amenaza decisiva respecto del modelo conceptual. De sus diferentes versiones se derivan opciones alternativas, que pueden ser compatibles: la primera, destacada en la actualidad por diversos autores, a poner más énfasis en la identificación del malestar e impedimento asociado al sufrimiento y problemas psicológicos que en la sola presencia de trastornos para identificar necesidades en salud mental (Üstün, 2002), y, la segunda, a separar nítidamente y efectivamente el concepto de trastorno del de necesidad de tratamiento (Spitzer, 1998). Lo primero supone enriquecer la valoración de los trastornos incluyendo otras dimensiones en la evaluación; lo segundo supone un téngase presente que permitiría mantener la “pureza” del concepto de trastorno y atenuar sus implicaciones; de lo que se trataría en consecuencia ahora es de continuar

investigando mejoras en la validez de las categorías (siendo el estándar de validez el que describieran Robins y Guze en 1970).

Esta perspectiva minusvalora la laxitud efectiva del concepto de trastorno mental (máxime si se considera que los criterios de validez de los trastornos son siempre debatibles). Esta laxitud se hace todavía más patente si se le quita la implicación de ser un indicador de necesidad de tratamiento. De hecho, en la práctica hay amplia superposición entre ambos conceptos tal como son usados: en la clínica y en la investigación hasta ahora el criterio dominante para identificar “casos”, para evaluar eficacia y efectividad, es la presencia de trastorno; si ello no supone necesidad de tratamiento ¿por qué se le emplea como criterio decisivo? (cabe destacar que el malestar o impedimento asociado no ha sido hasta ahora un criterio utilizado de modo sistemático).

De hecho, la valoración del malestar o impedimento asociado ha mostrado otra limitación de las categorías diagnósticas al uso: personas que no satisfacen los criterios diagnósticos (los así llamados diagnósticos “subumbrales”) presentan niveles de malestar o impedimento equivalentes, además de otras similitudes, con quienes sí los satisfacen (Pickles *at al.*, 2001). Cumplir o no los criterios de trastorno es en consecuencia poco decisivo desde esta perspectiva, y eso constituye un cuestionamiento a la validez de constructo y discriminante de las categorías diagnósticas.

Ello reintroduce el tema de la insuficiencia de una perspectiva puramente descriptiva para identificar y valorar los trastornos mentales. Sin embargo, ello ya es una amenaza mayor contra el modelo analizado, y arriesga todo el esfuerzo de estandarización para uniformar lenguajes que ha supuesto. La segunda línea crítica que se ha reseñado pone esto de manifiesto. La propuesta de Wakefield (2007) supone discriminar entre problemas y síntomas atribuibles a una “disfunción” de otros derivados de situaciones de adversidad que viven las personas. Pese a que el autor propone que sería posible establecer criterios “objetivos” para reconocer la existencia de esta disfunción, parece bien improbable lograr ese propósito. Por lo demás, presentar situaciones de adversidad, y el propio autor lo reconoce, no es excluyente de que se generen “auténticos” trastornos, lo que complejiza más la valoración. Conceptualmente, al introducir la relevancia de la disfunción para valorar la existencia de auténticos trastornos el tema parece sólo retraerse un paso: clarificado qué sería un trastorno (“una disfunción dañina” que genera determinadas consecuencias, en la definición de este autor; Wakefield, 2002; 2007), el asunto pasaría a ser ahora identificar qué es una disfunción dañina.

Pese a estas limitaciones, dos aspectos parecen particularmente valiosos

de la propuesta de Wakefield: 1) no es apropiado considerar toda manifestación de sufrimiento o problemática bajo el modelo de trastorno; 2) puede ser conveniente o útil que personas y grupos humanos reciban distintos tipos de apoyo en determinadas circunstancias (y eso habría que analizarlo según el contexto), pero ello no debiera implicar conceptualizarlos desde una mirada que ve psicopatología donde lo que existen son problemas humanos “normales”.

Wakefield se sitúa así en el universo de los autores que están preocupados por la tendencia observable a una psicopatologización y medicalización de los problemas humanos (que en la práctica, significa habitualmente una farmacologización, aunque también, en ocasiones, una psicologización), coincidiendo con la tercera línea de críticas que se ha descrito. La generación de una mirada psicopatológica o médica sobre fenómenos antes vistos de otra manera no es necesariamente negativa; lo que preocupa es el carácter totalitario y reduccionista que puede adquirir esta mirada. Más aún es preocupante cuando son innegables los intereses económicos (por ejemplo, de la industria farmacológica, e incluso de los propios profesionales de la salud mental) que están presentes. Identificar un fenómeno como trastorno mental tiene implicaciones poderosas que no pueden ser minimizadas bajo el supuesto que sólo es una etiqueta descriptiva (y si así fuera, igualmente tendría que estar justificado su empleo).

Estas implicaciones son positivas en ciertos aspectos, pero también, y esto es lo que está escasamente subrayado, negativas: hablar de trastorno supone una “falla” en la persona, lo que tiende a minimizar la relevancia del contexto psicosocial; no es una cuestión relacional ni vinculada a una situación particular; tiende a ser concebido como algo en cierto modo ajeno a la propia persona (que aparece como “portadora” de un trastorno), casi como un objeto; y en la práctica, parece difícil diferenciar que algo sea reconocido como trastorno del mensaje de que es algo, una enfermedad, que debe ser “tratado” (por profesionales, se entiende).

En síntesis, el conocimiento psicopatológico enfrenta dilemas importantes. Su adscripción al modelo de conceptualización que lo ha dominado los últimos años genera cuestionamientos importantes. El presente artículo ha puesto el foco en dos aspectos, ambos de alta relevancia social: 1) Las evidencias relativas a que los criterios diagnósticos al uso de distintos trastornos permiten identificar su presencia sin que esté claro que baste el cumplimiento de esos criterios para justificar la idea de que hay un trastorno presente (y de allí su potencial capacidad “sobrediagnosticadora”). No es claro qué implica el reconocimiento de la presencia de un trastorno mental en base a esos criterios tanto a nivel epistemológico como práctico y no hay

fundamentos claros para distinguir “verdaderos positivos” y “falsos positivos”; 2) El continuo crecimiento de las categorías diagnósticas y el incremento consiguiente de la posibilidad de ser considerado como “portador” de un trastorno. El efecto conjunto de estas dos situaciones es que contribuyen a la psicopatologización de las conductas de las personas. La psicopatologización no es una consecuencia trivial, por lo que es enteramente justificada la máxima alerta al respecto.

Sin embargo, no es claro cuál es la mejor forma de dar cuenta de estos dilemas. La ilusión positivista de encontrar la respuesta a qué es un verdadero trastorno mental en fenómenos objetivos como los que proporciona la biología, aun cuando perdura, continuará siendo probablemente tan problemática como hasta ahora (Berrios, 2008; Cooper, 2005). Sin embargo, no parece que la solución sea, como plantean algunos autores, la “lucha contra el diagnóstico” (Gergen, 1996). Sería renunciar a un gran caudal de conocimiento acumulado y haría imposible la investigación psicopatológica. El desafío parece estar en aceptar que las categorías diagnósticas son más relativas que lo que la existencia de los manuales clasificatorios tienden a sugerir. No son éstos objetos existentes en la naturaleza y las fronteras que los separan entre sí y respecto de la “normalidad” son construcciones, cuya utilidad y pertinencia debe estar continuamente reevaluándose. Las clasificaciones y las categorías diagnósticas, en consecuencia, siempre serán rígidas y precarias. El asunto de fondo es que la valoración y el tratamiento de los así llamados trastornos mentales puedan ser conceptualmente, y prácticamente, más matizados, más contextualizadores, más integradores, que las clasificaciones y categorías diagnósticas. Y sin duda es necesario un uso más cuidadoso los criterios diagnósticos de las clasificaciones, que no pueden constituir el fundamento exclusivo de la valoración de las problemáticas que se presenten. El riesgo de la psicopatologización es real. La profusión de categorías diagnósticas y las características de los criterios diagnósticos que emplean, en vez de contribuir a evitarla, la favorecen. En otras palabras, urge enriquecer el modelo conceptual que subyace a la comprensión de la psicopatología (Galende, 2008). En la medida que se acepta, explícita o tácitamente, que el modelo conceptual subyacente a los manuales clasificatorios es suficiente, y que sólo falta identificar más claramente las bases biológicas de los trastornos ya identificados o en proceso de “reconocimiento”, la psicopatología autolimita peligrosamente su desarrollo como disciplina. Un asunto no menor es que esta ampliación de la mirada no es suficiente con que se circunscriba a los círculos especializados sino que ha de ser integrada a la sociedad y cultura donde se ha impuesto una visión ingenua de los trastornos mentales.

Referencias bibliográficas

- APA (American Psychiatric Association) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA.
- Berrios, G. (2008). Classifications in psychiatry: a conceptual history. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 35, 113-127.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society*. Baltimore: J. Hopkins.
- Cooper, R. (2005). *Classifying Madness: A Philosophical Examination of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Dordrecht: Springer.
- Cova, F. (2006). La epidemiología psiquiátrica y el debate actual respecto al concepto de trastorno mental. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 43, 31-6.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental*. Buenos Aires: Lugar.
- Gergen, K. (1996). Las consecuencias culturales del discurso del déficit. En *Realidades y relaciones* (pp. 183-207). Buenos Aires: Paidós.
- González, H. & Pérez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Horwitz, A. & Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder*. New York: Oxford University Press.
- Lemos, S. (2008). Clasificación y diagnóstico en psicopatología. En A. Belloch, B. Sandín (eds.), *Manual de psicopatología* (pp. 93-118). Madrid: McGrawHill.
- Narrow, W., Rae, D., Robins, L. & Regier, D. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 59, 129-130.
- Widiger, T. & Mullins-Sweatt, S. (2007). Modelos categoriales y dimensionales de los trastornos de la personalidad. En J. Oldham, A. Skodol & D. Bender (eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 37-55). Madrid: Elsevier Masson.
- Pérez Álvarez, M. (1999). Psicología clínica y iatrogenesis. En J. Buendía (ed.), *Psicología clínica. Perspectivas actuales* (pp. 33-50). Madrid: Pirámide.
- Pickles, A., Rowe, R., Simonoff, E., Foley, D., Rutter, M. & Silberg, J. (2001). Child psychiatric symptoms and psychosocial impairment: relationship and prognostic significance. *British Journal of Psychiatry*, 179, 230-235.
- Regier, D., Kaelber, C., Rae, D., Farmer, M., Knauper, B., Kessler RC & Norquist, G. (1998). Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55, 109-115.
- Robins, E. & Guze, S.B. (1970). Establishment of diagnostic validity in psychiatry illness: its application to schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 126, 983-987.
- Spitzer, R. (1998). Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry*, 55, 120.
- Spitzer, R. & Wakefield, J. (1999). DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: Does it help solve the false positives problem? *American Journal of Psychiatry*, 156, 1856-1864.
- Üstün, T.B. (2002). WHO perspectives on international classification. *Psychopathology*, 35, 62-66.

- Wakefield, J. (2002). Lowered estimates –but of what? *Archives of General Psychiatry*, 59, 129-130.
- Wakefield, J. (2007). The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6, 149-156.
- Wakefield, J., Horwitz & Schmitz, M. (2005). Social disadvantage is not a mental disorder: Response to Campbell-Sills and Stein. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 324-326.