



Revista Chilena de Neuropsiquiatría

ISSN: 0034-7388

directorio@sonepsyn.cl

Sociedad de Neurología, Psiquiatría y
Neurocirugía de Chile

Chile

Cova S., Félix; Rincón G., Paulina; Grandón F., Pamela; Saldivia B., Sandra; Vicente P.,
Benjamín

Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: la perspectiva
de Jerome Wakefieldx

Revista Chilena de Neuropsiquiatría, vol. 55, núm. 3, julio-septiembre, 2017, pp. 186-194
Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile
Santiago, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=331553232006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Sobrediagnóstico de trastornos mentales y criterios diagnósticos del DSM: la perspectiva de Jerome Wakefield^x

Mental Disorders Over-Diagnosis and DSM diagnosis criteria: Jerome Wakefield's perspective

Félix Cova S.^{1,a}, Paulina Rincón G.^{1,a}, Pamela Grandón F.^{1,a},
Sandra Saldivia B.^{2,a} y Benjamín Vicente P.²

Overdiagnosis of mental disorders is an increasing concern, which was accentuated after the publication of the DSM-V. Jerome Wakefield is a renowned critic of the psychopathologization that, however, has developed an intense work to try to better delimit what a mental disorder is without rejecting this concept. A structured review of the work of this author was carried out. His main approaches are summarized and an assessment of his contribution to the discussion in regards of this issue is performed.

Key words: Mental disorder, medicalization, diagnostic and statistical manual of mental disorders, psychiatric diagnosis.

Rev Chil Neuro-Psiquiat 2017; 55 (3): 186-194

Introducción

El aumento intensivo de la población que recibe diagnósticos de trastornos mentales, la proliferación de las categorías diagnósticas y el incremento explosivo del consumo de psicofármacos, han sido problematizados como indicadores de una inflación diagnóstica, que generaría una injustificada psicopatologización iatrogénica (en general, medicalizadora) de la población¹. Ello afectaría a la propia credibilidad de las disciplinas relacionadas con la salud mental y, particularmente, de la psiquiatría, y ha dado renovada notoriedad a su crítica desde distintos ángulos, ya sea desde pers-

pectivas “antipsiquiátricas”, como desde autores que plantean que habría que “salvar a la psiquiatría de sí misma” y abordar seriamente el sobrediagnóstico existente².

Las causas de la psicopatologización trascienden largamente a las categorías y criterios diagnósticos que se “oficializan” a través de los sistemas clasificatorios dominantes (DSM o CIE), pero se plantea que éstos tienen también responsabilidad en este fenómeno. La renovación del diagnóstico psicopatológico que supuso el DSM-III, cuyos fundamentos permanecen en sus sucesivas ediciones, planteó tempranamente la duda respecto de si las categorías diagnósticas

Recibido: 30/03/2017

Aceptado: 27/08/2017

Los autores no presentan ningún tipo de conflicto de interés.

¹ Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción.

² Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

^a Doctor en Psicología.

generadas por criterios descriptivos permiten diferenciar apropiadamente entre “normalidad”, “problemas de la vida” y lo que sería justificado denominar “trastornos mentales”. Una señal de que esto no era así fueron las elevadísimas tasas de trastornos mentales mostradas por las investigaciones epidemiológicas que han utilizado los criterios diagnósticos del DSM-III y de sus sucesivas ediciones. En la construcción de los criterios del DSM-IV se tuvo presente en algún grado este problema, y ello llevó a que se agregara sistemáticamente, como criterio diagnóstico de los trastornos, la existencia de un malestar clínicamente significativo o de impedimento, pero esta opción tuvo efectos limitados en resolver el aparente sobrediagnóstico.

El presente artículo pretende hacer una presentación panorámica del trabajo desarrollado por Jerome Wakefield, uno de los teóricos e investigadores más destacados en intentar contribuir al desarrollo de una concepción científica del concepto de trastorno mental. Wakefield, reconociendo la utilidad del concepto de trastorno mental, es un fuerte crítico de cómo su empleo en los sistemas categoriales actuales ha favorecido la psicopatologización de la población. Su análisis se centra en el DSM, pero, en la medida que la CIE utiliza fundamentos análogos, se extiende hacia ese sistema clasificadorio también.

Metodología

Se realizó una revisión estructurada. Se identificaron y revisaron 56 artículos del autor en la Web of Science, desde el año 1992 al presente. Se revisaron los resúmenes de todos ellos. En base a estos resúmenes y a la inspección general de los textos, se seleccionaron los artículos listados en las referencias para hacer esta revisión. Los artículos no seleccionados abordaban temas específicos no cubiertos en esta revisión, o profundizaban en temas ya abordados en los otros artículos revisados. Asimismo, se revisaron sus dos libros (escritos en coautoría con Allan Horwitz)^{3,4}, y uno de sus capítulos de libro⁵.

El trastorno mental como disfunción dañina: fundamento conceptual de la crítica a las clasificaciones actuales de la psicopatología

Wakefield advirtió tempranamente que el DSM-III y sus sucesivas ediciones no utilizaba de modo consistente un concepto explicitado de trastorno mental que ayudara a mejorar la validez conceptual de las categorías (esto es, su capacidad de diferenciar entre normalidad y trastorno)⁶. El problema no radicaría tanto en el concepto general de trastorno mental que el DSM-III y ediciones posteriores usan. Este concepto general de trastorno mental considera la existencia de una “disfunción individual” como un elemento definitorio central de lo que es un trastorno. El problema sería que los trastornos específicos son descritos solamente en función de la existencia de un patrón de síntomas o conductas que generan malestar o impedimento y que se omiten criterios para identificar que estos patrones correspondan efectivamente a una disfunción. Así, la definición general de trastorno mental sería más bien un elemento “decorativo” del sistema clasificadorio, dado que no es usada de modo sistemático en la construcción de las categorías diagnósticas específicas. A juicio del autor, eso ocurre incluso en el DSM-5, pese a que esta última edición explica que cada categoría diagnóstica debe cumplir con los criterios generales de la definición de trastorno mental⁷.

A principios de los 90 Wakefield desarrolla su planteamiento, básicamente no modificado hasta el presente, de que en la definición de trastorno mental deben concurrir dos aspectos: 1) un componente “fáctico”, la existencia de una “disfunción mental” y 2) un componente valorativo, de daño generado por la disfunción. De allí que su teoría del trastorno mental es que éste debe ser entendido como una “disfunción perjudicial o dañina” (más precisamente, una disfunción “mental” perjudicial)^{5,8,9}.

Wakefield sostiene una concepción particular de qué es una disfunción mental que, a su juicio, es la única que resulta coherente con lo que se quiere reconocer al identificar un trastorno mental. Para

él, es posible identificar una disfunción de este tipo cuando un proceso mental no es capaz de desarrollar la función para la que fue evolutivamente diseñada. Así, Wakefield inscribe decididamente su enfoque y concepto de función en un marco evolucionista, si bien reconoce que todavía falta mucho para poder describir el funcionamiento mental humano desde esta perspectiva. Sin embargo, sería claro que evolutivamente han sido seleccionados "mecanismos mentales" relacionados con los procesos cognitivos, afectivos, motivacionales, relaciones, que han permitido nuestra adaptación como especie; al identificar que estos mecanismos no son capaces de actuar para lo que están diseñados por la evolución, reconoceríamos la presencia de una disfunción. Wakefield asume que, establecer que un mecanismo funciona o no de acuerdo a lo esperado, es una inferencia que puede implicar juicios de valor en tanto no tenemos el conocimiento exacto de cómo y para qué están diseñados los distintos procesos mentales, pero en teoría, establecer una disfunción debiera ser un juicio "fáctico" acerca de si el mecanismo desarrollado evolutivamente opera de acuerdo a lo esperado. Así como evolutivamente la función de los pulmones es oxigenar, y se identifica una disfunción cuando ellos no logran cumplirla, una función mental como, por ejemplo, la función de las emociones, es permitir una adecuada respuesta al medio, implicando una disfunción que un estado emocional no lo permita. Ello no se aplicaría solo a las funciones naturales originales. Por ejemplo, en relación a una demanda como el aprendizaje de la lectura, Wakefield ejemplifica: "la *inhabilidad para leer* es (...) indicativa de trastorno cuando las circunstancias sugieren que la razón para la *inhabilidad* yace en la falla de algún mecanismo cerebral o psicológico para realizar su función natural (p. 152)¹⁰. Es preciso destacar que para Wakefield disfunción del mecanismo mental no significa necesariamente una disfunción cerebral; la relación entre estos mecanismos mentales y el cerebro el autor la analogiza, en forma muy esquemática, a la relación entre hardware y software, donde una disfunción del segundo no implica necesariamente una disfunción del primero¹¹.

El planteamiento de Wakefield destaca que no toda disfunción implica un trastorno, sino aquellas que son dañinas. Este segundo componente de su definición de trastorno mental no genera mayor controversia. Lo que Wakefield enfatiza es que no todo comportamiento dañino es un trastorno¹². De hecho, en su visión, la limitada forma en que el DSM ha asumido la identificación de una disfunción al operacionalizar los criterios diagnósticos de cada trastorno es uno de los principales determinantes de que sus categorías resulten sobreabarcadoras: identificando un patrón de "síntomas" y daños asociados a ellos, ya se identifica un trastorno. El punto crucial que plantea es: ¿qué justifica considerar que un patrón de "síntomas" que generan malestar o impedimento, lo que es consustancial por lo demás a muchos síntomas, es un trastorno mental? El malestar o impedimento puede ser producto de vivencias y comportamientos derivados de situaciones adversas o aprendizajes esperables en determinados contextos ¿por qué definirlo como un trastorno? Si la existencia de un trastorno se deriva de la existencia de sufrimiento, malestar o discapacidad, en el marco de una conceptualización no etiológica, y sin conocimiento de mecanismos explicativos específicos de ese sufrimiento o malestar, el camino a la psicopatologización está pavimentado^{3,4}.

Wakefield comparte que en el estado actual del conocimiento psicopatológico sería imposible establecer criterios diagnósticos etiológicos y que la opción descriptiva del DSM-III al presente (y que alguna vez se consideró erróneamente "ateórica") es, al momento presente, inevitable. Pero plantea que es imposible no establecer algunos parámetros básicos que justifiquen establecer que una persona sufre un trastorno mental, esto es, que presenta una disfunción, gatillada o no por experiencias y situaciones vividas, pero que está "en ella", y que no es un comportamiento esperable frente a circunstancias adversas o difíciles, o a un ambiente no adaptado a sus características¹³.

Ciertamente, el componente "fáctico" del concepto de Wakefield es a la vez el más provocativo e interesante, y el más debatable y debatido¹⁴, más aun cuando se sustenta en una disciplina aún

emergente como la psicopatología evolucionista⁵. El autor es consciente de ello. Por lo mismo, si bien piensa que el correcto entendimiento de las disfunciones supone la comprensión evolucionista de su diseño, reconoce que, actualmente, la existencia de una disfunción debe ser más bien supuesta a partir de indicadores indirectos. De hecho, esa es la estrategia que, más bien implícitamente, asume el DSM, como plantea el propio autor: la disfunción es inferida a partir de un conjunto de características “pato-sugestivas” de disfunción. Entre éstas están: requerir un mínimo de duración y persistencia de los síntomas; requerir que la frecuencia o intensidad de los síntomas exceda lo observable en “personas normales”; requerir desproporcionalidad dado el contexto; requerir pervasividad de la expresión de los síntomas; exclusiones específicas de escenarios contextuales en los cuales los síntomas son mejor comprendidos como reacciones normales; combinación de síntomas para incrementar una “pato-sugestividad acumulativa”, y requerir suficientes síntomas de un síndrome conjunto para reunir un umbral mínimo de pato-sugestividad¹³. Sin embargo, como se ejemplifica más adelante, Wakefield señala que estas estrategias no son usadas de modo consistente en el DSM, generando un amplio espacio para que los criterios diagnósticos identifiquen “falsos positivos”, donde no se observa una disfunción.

Psicopatologización y sus consecuencias

Como se ha indicado, la obra de Wakefield tiene una intencionalidad conceptual pero también crítica, desde sus formulaciones iniciales al presente^{15,16}. Su preocupación radica en las implicaciones que tiene denominar o considerar como trastorno mental aquello que no lo es. Entre estas implicaciones señala las siguientes:

- 1) Un “auténtico trastorno” no tiene probablemente las mismas implicaciones en términos de gravedad y cronicidad que un malestar o impedimento que no es derivado de una disfunción individual sino de condiciones contextuales. Si

bien puede tener una apariencia análoga al patrón sintomático de diversos trastornos mentales, la ausencia de una disfunción propiamente tal probablemente implicará mayores posibilidades de recuperación de parte de la persona¹⁷.

- 2) Si bien personas con o sin trastorno mental pueden requerir y beneficiarse del apoyo que le pueden brindar profesionales de la salud mental, la conceptualización de un problema como algo que no lo es, puede hacer menos pertinente el tipo de ayuda ofrecida. Wakefield plantea que esto es particularmente relevante en un contexto social que crecientemente privilegia los tratamientos farmacológicos y que sobrevalora las explicaciones biológicas de los trastornos mentales. La identificación de un trastorno en quien no lo presenta, hace más posible que reciba un tipo de tratamiento farmacológico que no es el indicado y que no se preste suficiente atención a circunstancias psicosociales relevantes^{18,19}.
- 3) El diagnóstico de un trastorno de salud mental no es inocuo ni para la propia persona que lo recibe ni para su entorno, con implicaciones en términos de rotulación y autorrotulación, y estigma asociados²⁰.
- 4) La psicopatologización tiene, además, implicaciones serias para la credibilidad y legitimidad del campo de la salud mental y sus profesiones, y para el desarrollo científico. Categorías no válidas conceptualmente no permitirán una mejor comprensión de la psicopatología¹⁶.

A diferencia de quienes niegan la pertinencia del concepto de trastorno mental, Wakefield cree en su utilidad, pero no en su forma actual. Como indican los títulos de sus libros (escritos en coautoría con el sociólogo Horwitz)^{3,4}, la incapacidad de diferenciar auténticos trastornos depresivos del abatimiento, pena, problemas para dormir y dolor psíquico que generan circunstancias de la vida adversas y experiencias diversas de pérdidas, habría llevado a la psiquiatría a transformar la tristeza en trastorno depresivo, y a las angustias y temores propios de las circunstancias vitales que a diario enfrentamos los seres humanos, en trastornos de ansiedad.

La crítica al DSM-5

Wakefield ha desarrollado una serie de críticas al sistema DSM. Ciertamente, como se ha ido mostrando, su visión crítica no se limita al reciente DSM-5 sino que se extiende a las limitaciones que tuvo la renovación, necesaria, de los sistemas diagnósticos en la psicopatología contemporánea a partir del DSM-III. Sin embargo, Wakefield plantea que el DSM-5 presenta problemas adicionales: no solo no ha estado a la altura de sus promesas iniciales (en parte por la desmesura de ellas), sino que en vez de ir en la dirección de solucionar los problemas presentes en el DSM-IV y su revisión textual, el DSM-IV TR, los agravó. Particularmente serio es que algunas de las nuevas categorías diagnósticas introducidas al DSM-5 y algunos cambios introducidos a los criterios diagnósticos estarían acentuando el ya severo problema del sobrediagnóstico. Entre los principales cambios que, en su opinión, acentuarían el carácter sobrediagnósticador del DSM en su última edición, señala los siguientes:

- a) La fusión de los criterios diagnósticos de dependencia y abuso de sustancias y la eliminación del criterio de exclusión de duelo para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor.
- b) La ampliación de los criterios diagnósticos del trastorno explosivo intermitente, incluyendo ahora demostraciones de rabia verbales o agresiones físicas a objetos que no generan daño.
- c) La reducción del umbral para el diagnóstico de TDAH para facilitar el diagnóstico de esta condición en adultos, aumentando la edad en que se debían observar sus manifestaciones iniciales a 12 años y disminuyendo el número de síntomas exigidos.
- d) La reducción del umbral para el diagnóstico de trastorno bipolar tipo II, y la incorporación de nuevas categorías dudosas como el trastorno neurocognitivo leve, de los trastornos de regulación anímica, el trastorno de atracón y del trastorno de acumulación, y de diversos trastornos bajo la etiqueta de “otros trastornos no especificados”.

La teoría de la disfunción dañina como programa de investigación

Si bien el trabajo de Wakefield ha sido fundamentalmente en el plano teórico, ha desarrollado también un programa de investigación empírica, especialmente en el campo de los trastornos depresivos, para contrastar algunos de sus planteamientos, específicamente, para explorar si algunas categorías diagnósticas podrían obtener mayor capacidad para discriminar normalidad y trastorno al ser guiadas por el marco conceptual de la disfunción dañina.

Tempranamente Wakefield señaló que el DSM, de manera correcta, no consideraba un proceso normal el duelo como una disfunción y, por tanto, como un trastorno, pero que, sin embargo, de modo incongruente con este principio, el DSM no consideraba como criterio de exclusión para el diagnóstico de trastorno depresivo otras pérdidas y adversidades que podrían tener un significado análogo al del duelo¹⁵. A diferencia de la distinción clásica y superada entre depresión reactiva y endógena, este planteamiento no supone que la existencia de un evento desencadenante corresponda a una depresión reactiva, sino que la presencia de sintomatología depresiva “no complicada”, al igual que el duelo “no complicado”, puede satisfacer los criterios sintomáticos de un trastorno depresivo sin que se justifique ese diagnóstico, y también reconoce que pueden existir eventos vitales asociados al desarrollo de trastornos depresivos propiamente tales. Sus investigaciones han corroborado que diversas pérdidas y adversidades, no solo el duelo, pueden dar lugar a aparentes trastornos depresivos que tienen, sin embargo, implicaciones diferentes a éstos, con una evolución más favorable, y que no se justificaría considerarlos trastornos^{17,21-29}. Sus críticas en este aspecto a los criterios diagnósticos de trastornos depresivos se acentuaron luego que el DSM-5 optara por una decisión enteramente opuesta a estos análisis y se decidiera eliminar el duelo como criterio explícito de exclusión del diagnóstico de depresión³⁰. A juicio de Wakefield esta decisión, además de estar mal fundamentada en la evidencia empírica, es una de las evidencias

más claras del modo en que la lógica de conceptualización de las categorías diagnósticas del DSM ignora la preocupación por diferenciar situaciones que corresponde calificar como trastorno y aquellas que son respuestas normales de las personas a circunstancias vitales¹⁶.

Asimismo, Wakefield ha analizado empíricamente si criterios diagnósticos de trastorno de uso de alcohol fundamentados en su concepto de disfunción dañina podrían ser más válidos que los criterios usados en la actual conceptualización DSM-5. Wakefield ha criticado fuertemente la nueva conceptualización del DSM-5 del trastorno de uso de sustancias, y de alcohol, específicamente, que hizo desaparecer –correctamente en su opinión– el trastorno de abuso de sustancias (una conducta inadecuada, pero no un trastorno mental), pero que integró al trastorno de uso de sustancias tres de los síntomas anteriormente considerados en abuso, y disminuyó el umbral diagnóstico del primero a solo la presencia de dos síntomas de los ahora 10 criterios sintomáticos. A su juicio, la nueva formulación pierde lo propio del componente disfuncional (la existencia de dependencia y de incapacidad de control) y la confunde con comportamientos negativos vinculados al uso de sustancias no considerables disfunción³¹. De este modo, el diagnóstico puede ser hecho sin la presencia de ningún indicador de dependencia, por ejemplo, alguien que destina muchas energías al consumo de alcohol y que, como resultado de ello, ha tenido consecuencias negativas ya sea en su vida familiar, académica o laboral. Usando criterios indicadores de dependencia, a su vez indicadora de disfunción, obtiene mayor capacidad de sus criterios de discriminar entre bebedores con más problemas derivados de su consumo, con mayor historia familiar de éste e importantemente con problemas más persistentes en el tiempo.

Conclusiones finales

La obra de Wakefield aborda dos temas centrales de la psicopatología actual, íntimamente relacionados:

- 1) ¿Existe alguna forma racional de delimitar qué es un trastorno mental?
- 2) ¿Hay una psicopatologización iatrogénica de la población?

En relación al segundo tema Wakefield coincide con una preocupación que se está expresando con cada vez más fuerza en ámbitos no solo académicos sino también sociales y políticos. Sin embargo, a diferencia de algunos de los críticos a la psicopatologización, Wakefield piensa que la noción de trastorno mental sí tiene un valor científico y para el quehacer clínico. Es justamente ese valor el que se pierde sin una conceptualización apropiada.

Si bien su noción de disfunción fundamentada evolutivamente es controversial, y no parece estar en condiciones a la fecha de traducirse en planteamientos basados en procesos evolucionistas específicos con base empírica, Wakefield ha implícitamente reconocido esto y ha intentado buscar que el DSM sea más coherente consigo mismo e identifique elementos “pato-sugerentes” de algo que pueda ser considerado disfunción y justifique el empleo del concepto de trastorno^{13,32}.

Probablemente una disfunción no puede establecerse del modo como lo propone Wakefield y el rol de valores y factores culturales en su establecimiento es más relevante de lo que él sostiene¹⁴. Sin embargo, en torno a esa noción se juegan aspectos fundamentales que no resultan prescindibles. Aunque algunos autores sostienen que más que por una identificación de una disfunción hipotética, un trastorno mental debiera ser identificado por el malestar o impedimento clínicamente relevante que genere una problemática y su necesidad de tratamiento, ello puede llevar, y de hecho ha llevado, a una ampliación excesiva del uso de este concepto. No es trivial la preocupación de Wakefield por el uso o no uso de la noción de trastorno para describir una problemática de salud mental que afecte a una persona. El uso del concepto de trastorno mental tiene una serie de implicaciones en la forma como se entienden y se abordan los problemas “psicológicos” que pueden experimentar las personas.

Debe destacarse el planteamiento de Wakefield respecto a que la necesidad de apoyo médico o psicosocial que pueden tener las personas es independiente de si presentan un trastorno mental o no. El establecimiento de prácticas diagnósticas más acotadas, donde el juicio de “anormalidad” o “trastorno” esté mejor fundamentado, resultan esenciales para un mejor desarrollo de las prácticas en salud mental y para la propia comprensión de los trastornos mentales. Por tanto, no se trata de plantear que si no hay trastorno no debe existir apoyo para las personas que están sufriendo o en situaciones complejas, pero sí de ver claramente cuál es la mejor forma de conceptualizar lo que le ocurre a las personas, cuál es el tipo de apoyo requerido, y no pretender abordar como trastornos mentales y, desde un modelo médico, condi-

ciones o sufrimientos que son normales y/o que requieren respuestas más bien psicosociales que “terapéuticas”.

La recomendación que crecientemente está adquiriendo fuerza de prácticas diagnósticas escalonadas puede ser muy importante en relación al propósito del uso prematuro e inadecuado del diagnóstico de un trastorno mental¹, y supone un cambio de paradigma respecto de que los servicios de salud mental (o los de apoyo psicopedagógico) son solo para personas con trastornos definidos.

En síntesis, si bien la obra de Wakefield no resuelve el problema de cómo delimitar los trastornos mentales, cuestión que sería una expectativa desmesurada, sí plantea consideraciones relevantes para los actuales desafíos existentes en el campo de la salud mental.

Resumen

El sobrediagnóstico de trastornos mentales es una preocupación creciente, que se acentuó tras la publicación del DSM-V. Jerome Wakefield es un destacado crítico de la psicopatologización que, sin embargo, ha desarrollado un intenso trabajo para intentar delimitar mejor qué es un trastorno mental sin rechazar este concepto. Se realizó una revisión estructurada de la obra de este autor. Se resumen sus principales planteamientos y se realiza una valoración de su aporte al debate relativo a este tema.

Palabras clave: Trastornos mentales, medicalización, manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, diagnóstico psiquiátrico.

Referencias bibliográficas

1. Batstra L, Frances A. Diagnostic Inflation Causes and a Suggested Cure. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200 (6): 474-9.
2. Charland L. Why psychiatry shold fear medicalization. In: Furlford K, Davies M, Gipps R, Graham G, Sadler J, Stanghellini G, et al, editors. *The Oxford handbook of philosophy and psychiatry*. Oxford: Oxford University Press; 2013. p. 159-75.
3. Horwitz AV, Wakefield JC. *The loss of sadness : how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford ; New York: Oxford University Press; 2007. xiii, 287 pp.
4. Horwitz AV, Wakefield JC. *All we have to fear : psychiatry's transformation of natural anxieties into mental disorders*. New York: Oxford University Press; 2012. xii, 304 pp.
5. Wakefield JC. Biological function and dysfunction: Conceptual foundation of evolutionary psychopathology. In: Buss DM, editor. *The handbook of*

- evolutionary psychology. Hoboken NJ: John Wiley & Sons; 2005. p. 988-1006.
6. Wakefield JC. Disorder as Harmful Dysfunction-a Conceptual Critique of DSM-Ill-Rs Definition of Mental Disorder. *Psychol Rev* 1992; 99 (2): 232-47.
 7. Wakefield JC, First MB. Clarifying the Boundary Between Normality and Disorder: A Fundamental Conceptual Challenge for Psychiatry. *Can J Psychiatr* 2013; 58 (11): 603-5.
 8. Wakefield JC. The Concept of Mental Disorder-on the Boundary between Biological Facts and Social Values. *Am Psychol* 1992; 47 (3): 373-88.
 9. Wakefield JC, Schmitz MF. The harmful dysfunction model of alcohol use disorder: revised criteria to improve the validity of diagnosis and prevalence estimates. *Addiction* 2015; 110 (6): 931-42.
 10. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2007; 6 (3): 149-56.
 11. Wakefield JC. The DSM-5 debate over the bereavement exclusion: Psychiatric diagnosis and the future of empirically supported treatment. *Clin Psychol Rev* 2013; 33 (7): 825-45.
 12. Wakefield JC, First MB. The Importance and Limits of Harm in Identifying Mental Disorder. *Can J Psychiatr* 2013; 58 (11): 618-21.
 13. First MB, Wakefield JC. Diagnostic Criteria as Dysfunction Indicators: Bridging the Chasm Between the Definition of Mental Disorder and Diagnostic Criteria for Specific Disorders. *Can J Psychiatr* 2013; 58 (12): 663-9.
 14. Bolton D. What is mental disorder? : an essay in philosophy, science, and values. Oxford; New York: Oxford University Press; 2008. xxviii, 303 pp.
 15. Wakefield JC. Diagnosing DSM-IV. 1. DSM-IV and the concept of disorder. *Behav Res Ther* 1997; 35 (7): 633-49.
 16. Wakefield JC. Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem. *Annu Rev Clin Psycho* 2016; 12: 105-32.
 17. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB, Horwitz AV. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses-Evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiat*. 2007; 64 (4): 433-40.
 18. Horwitz AV, Wakefield JC. Should Screening for Depression Among Children and Adolescents Be Demedicalized? *J Am Acad Child Psy* 2009; 48 (7): 683-7.
 19. Horwitz AV, Wakefield JC. Enhancing Access through Teenscreen Reply. *J Am Acad Child Psy* 2009; 48 (11): 1126-7.
 20. Wakefield JC. False positives in psychiatric diagnosis: implications for human freedom. *Theor Med Bioeth* 2010; 31 (1): 5-17.
 21. Wakefield JC, First MB. Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry* 2012; 11 (1): 3-10.
 22. Wakefield JC, Schmitz MF, Baer JC. Relation between duration and severity in bereavement-related depression. *Acta Psychiatr Scand* 2011; 124 (6): 487-94.
 23. Wakefield JC, First MB. Treatment Outcome for Bereavement-Excluded Depression: Results of the Study by Corruble et al Are Not What They Seem. *J Clin Psychiatr* 2011; 72 (8): 1155.
 24. Wakefield JC. Should Prolonged Grief Be Reclassified as a Mental Disorder in DSM-5? Reconsidering the Empirical and Conceptual Arguments for Complicated Grief Disorder. *J Nerv Ment Dis* 2012; 200 (6): 499-511.
 25. Wakefield JC, Schmitz MF. When does depression become a disorder? Using recurrence rates to evaluate the validity of proposed changes in major depression diagnostic thresholds. *World Psychiatry* 2013; 12 (1): 44-52.
 26. Wakefield JC, Schmitz MF. Predictive validation of single-episode uncomplicated depression as a benign subtype of unipolar major depression. *Acta Psychiatr Scand* 2014; 129 (6): 445-57.
 27. Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated Depression, Suicide Attempt, and the DSM-5 Bereavement Exclusion Debate: An Empirical Evaluation. *Res Social Work Prac* 2014; 24 (1): 37-49.
 28. Wakefield JC. Wittgenstein's nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry* 2014; 13 (1): 38-40.

29. Wakefield JC, Schmitz MF. Uncomplicated depression is normal sadness, not depressive disorder: further evidence from the NESARC. *World Psychiatry* 2014; 13 (3): 317-9.
30. Wakefield JC. DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. *Epidemiol Psych Sci* 2015; 24 (3): 188-96.
31. Wakefield JC. DSM-5 substance use disorder: how conceptual missteps weakened the foundations of the addictive disorders field. *Acta Psychiatr Scand* 2015; 132 (5): 327-34.
32. Wakefield JC, First MB. Placing symptoms in context: the role of contextual criteria in reducing false positives in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders diagnoses. *Compr Psychiat* 2012; 53 (2): 130-9.

Correspondencia:

Felix Cova Solar.

Universidad de Concepción Campus Concepción
Víctor Lamas 1290, Casilla 160-C.

Teléfono: 412203907.

E-mail: fecova@udec.cl