



UNIVERSIDAD
DE SANTIAGO
DE CHILE

Artículo de Investigación
<https://doi.org/10.35588/cc.v3i2.5831>



Diego Becerra

becerra.q.diego@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8411-7801>

Valparaíso Neural Dynamics Laboratory,
Facultad de Ciencias,
Universidad de Valparaíso, Chile.

Artículo recibido: 11 de septiembre de 2022
Artículo aceptado: 07 de diciembre de 2022
Artículo publicado: 31 de diciembre de 2022



[CC BY, Diego Becerra, 2022]

Reconceptualizar los trastornos de personalidad: un abordaje eliminativo

Reconceptualizing Personality Disorders: An Eliminative Approach

Resumen

El concepto de trastorno mental permite justificar intervenciones médicas, psicológicas y judiciales. Además, facilita a la/el consultante acceder a tratamientos mediante reembolsos o programas de salud pública, y por otro lado, podría conllevar estereotipos sociales. No obstante, el significado de dicho concepto no ha dejado de suscitar debate.

En el presente artículo argumentaré que los trastornos de personalidad, tal como son definidos en el DSM-5, no cumplen con los criterios de patología de las propuestas principales (i.e. teoría bio-estadística de la salud, disfunción dañina, o entidad patológica) debido a tres razones independientes: (i) no se han propuesto disfunciones a la base de cada trastorno y, dado el estado del arte de la psicología evolucionista, es poco probable que se pueda llevar a cabo ese programa en el futuro; (ii) el concepto de daño (distrés, perjuicio) aplicable a los trastornos de personalidad es constitutivamente social (aunque no exclusivamente social), por lo que resulta más adecuado hablar de grados de discapacidad que de trastornos del individuo; y (iii) que la ausencia de condiciones patognomónicas para cada trastorno, junto a la elevada comorbilidad y multimorbilidad entre trastornos de personalidad, horada la validez de la nosología actual y de los diagnósticos diferenciales.

Propondré como solución la eliminación de los trastornos de personalidad de la nosología psiquiátrica. Eliminar los trastornos de personalidad no equivale a desconocer el sufrimiento de las personas diagnosticadas, ni a ignorar que dicho sufrimiento precede a, – y no acaba con la disolución de– la etiqueta diagnóstica. Por ello, se propondrá una reconceptualización de dicho sufrimiento en términos de discapacidad, entendida desde el modelo social, y que no presupone patología.

Palabras clave: Trastornos mentales, Disfunción dañina, Condiciones patognomónicas, Discapacidad, Comorbilidad

Abstract

Mental disorders can be used to justify medical, psychological, and judicial interventions. Besides enabling psychiatric reimbursements or public health programs and yielding social stereotypes. Nevertheless, the meaning of this concept has not ceased to arouse debate.

I will argue that personality disorders as defined by DSM-5 fail to meet disease's criteria according to the principal accounts (i.e. bio—statistical health theory, harmful disfunction, or disease entity) due to three independent reasons: (i) each individual disorder lacks clear dys/function candidates, and given the evolutionary psychology' state of the art, it is unlikely that such candidates can be provided in the near future; (ii) the concept of harm (distress, impairment) applied to personality disorders is socially constituted (albeit not exclusively so), hence is more appropriate to talk about degrees of disability than individual disorders; and (iii) the lack of pathognomonic conditions for each disorder, alongside the high comorbidity and multimorbidity among personality disorders, hinders the current nosology and differential diagnostics validity.

I will propose the elimination of personality disorders from psychiatric nosology as a solution. To eliminate personality disorders doesn't imply disavowing the suffering of diagnosed individuals, nor ignoring that such suffering predates the diagnostic label (and will outlive it). Thus, a reconceptualization of such suffering in terms of disability, understood from the social model, will be proposed.

Keywords: Mental disorders, Harmful dysfunction, Pathognomonic conditions, Disability, Comorbidity.

1. Introducción

En el debate contemporáneo sobre enfermedades mentales, es posible agrupar en tres familias las estrategias que cuestionan si acaso dicho concepto refiere a algo real, o bien, si acaso es inteligible:

- I. Aquellas que cuestionan que las enfermedades mentales sean ‘enfermedades’ o ‘trastornos’ (Bortolotti, 2020; Szasz, 1961, 2000).
- II. Aquellas que cuestionan que las enfermedades mentales sean ‘mentales’ (Brülde & Radovic, 2006; Insel & Cuthbert, 2015).
- III. Finalmente, aquellas que cuestionan que haya distintas entidades que correspondan correctamente a las clasificaciones usuales (i.e. DSM, ICD) de enfermedades mentales (Brainstorm Consortium, 2018; Cross- Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium, 2013; Guloksuz y van Os, 2018; Jablensky, 2016; Kendell y Jablensky, 2003; Hengartner y Lehmann, 2017).

Según esta última estrategia, dos o más entidades nosológicas podrían ser enfermedades, ser mentales en algún sentido relevante, pero no ser realmente ‘dos’ entidades, sino una sola¹ o ninguna.

Ya que las familias de estrategias aquí compendiadas no son excluyentes ni contradictorias entre sí, es esperable que las críticas puedan aplicarse tanto juntas como por separado. Dicho de otro modo, algunos casos paradigmáticos de ‘enfermedad mental’ podrían ser enfermedades del neurodesarrollo, otros no ser entidades distinguibles y otros ser condiciones que caen fuera del mejor criterio de patología con el que contamos en el presente. Basta que una de las tres estrategias tenga éxito respecto a una entidad para estar justificados en eliminarla de nuestra nosología. En cambio, para defender que una entidad es una enfermedad mental se requiere simultáneamente que se cumplan los tres criterios:

- (1) Ser enfermedad.
- (2) Ser mental.
- (3) Ser distinguible.

Dentro de la literatura científica especializada, es posible observar que los términos *enfermedad mental* [mental disease], *trastorno mental* [mental disorder], y *padecimiento mental* [mental illness] se suelen utilizar de manera intercambiable –como si fuesen coextensivos– (e.g. Ross y Margolis, 2019). No obstante, hay quienes hacen explícita la distinción entre trastorno y enfermedad: en filosofía, Wakefield (1992) plantea que trastorno simplemente es un concepto más amplio que

¹ Saliendo del contexto de las enfermedades mentales, podemos citar como ejemplo el síndrome de hiper movilidad articular (i.e. JHS) y el síndrome Ehlers-Danlos tipo hiper móvil (i.e. EDS-HT), los cuales han sido reconocidos recientemente como la misma entidad nosológica (Tinkle et al., 2009). De manera mucho más controversial –y atinente al tema de este artículo–, debido a la enorme superposición genética encontrada se ha propuesto derribar la distinción diagnóstica entre esquizofrenia y trastorno bipolar (Psychiatric Genomics Consortium, 2013) y, debido a similitudes fenomenológicas, cognitivas, y neuroanatómicas, fundir ambos diagnósticos en el ‘espectro psicótico’ (Guloksuz y van Os, 2018).

enfermedad. En medicina, un trastorno sería un síndrome (i.e. colección de signos y síntomas que usualmente comparten pronóstico o causa) sin endofenotipo preciso, aunque el término ‘síndrome’ también puede denotar condiciones sistémicas multifactoriales (Ferrucci y Studenski, 2015; Uscinska et al., 2019). En cambio, en psicología clínica y psiquiatría, ‘síndrome’ refiere a una “combinación de signos asociados (indicios observables, como la pérdida de peso) y síntomas (experiencias subjetivas, como la fatiga) que covarían en el tiempo y para los cuales la causa es desconocida” (Peterson y Keely, 2015, p.1). Un trastorno mental es un síndrome en este último sentido, el cual incluye información sobre factores relevantes no-etiológicos tales como historia familiar o respuesta al tratamiento (Peterson y Keely, 2015). No obstante, y yendo más lejos, para Szasz (2000) una enfermedad implica observaciones fisicoquímicas causalmente relacionadas tanto a los signos como a los síntomas y, por otro lado, un trastorno mental es una metáfora usada para clasificar conductas socialmente indeseadas. En una línea similar, Moncrieff (2020, 2022) argumenta que ‘padecimiento mental’ es el término para agrupar la colección de situaciones desafiantes que quedan sin clasificar cuando sacamos aquellas causadas por condiciones médicas específicas y aquellas que son abordadas por el sistema judicial penal. En cualquier caso, el concepto de trastorno mental exime a las entidades que agrupa de cumplir con el criterio (1) y además, es el concepto utilizado por los manuales de clasificación más importantes en el área (DSM-5-TR e ICD-11)².

Recapitulando, para que una entidad o proceso sea un trastorno mental, debe cumplir tres criterios:

- (1’) Ser un trastorno (e.g. Bergner y Bunford, 2017; Wakefield, 1992).
- (2) Ser distintivamente mental y no (meramente) somático/físico (e.g. Brülde y Radovic, 2006; Wakefield, 2006b; Banner, 2013; Joubert, 2016; Boorsbom et al., 2018; Jefferson, 2020).
- (3) Ser distinguible (e.g. Kendell y Jablensky, 2003).

El criterio (1’) es más débil que el criterio (1), pero de todas maneras exige tener un concepto claro de ‘trastorno’ (Wakefield, 2006b). No obstante, dicho concepto no siempre es considerado como un criterio de demarcación entre lo patológico y lo saludable: ciertos abordajes dimensionales permiten la vaguedad conceptual, ya sea en cuanto límites difusos entre lo saludable y lo patológico, o en cuanto condiciones sub-umbral (como la distimia), o condiciones prodrómicas en trastornos psiquiátricos (Keil et al., 2017). Otras(os) autoras(es) plantean que, pese a que no tenemos un concepto de trastorno que permita demarcar trastornos de no-trastornos, en psiquiatría es legítimo usar el término sin intentar definirlo (Bingham y Banner, 2014). Incluso plantean que el problema se evaporará si aceptamos el fracaso del concepto; ya que entonces “abandonamos el discurso de ‘trastorno[s]’ y reconocemos que recibir tratamiento médico [psiquiátrico] no implica que nuestra conducta es anormal o patológica” (Bortolotti, 2020, p.180). El criterio (2) bloquea la reducción de

² Por ejemplo, el DSM-5 define trastorno mental como: “a syndrome characterized by clinically significant disturbance in an individual’s cognition, emotion regulation, or behavior that reflects a dysfunction (...)” (American Psychiatric Association, 2013, p.20).

las entidades nosológicas de la psiquiatría a enfermedades neurológicas —sean neurodegenerativas, del neurodesarrollo o de otro tipo— sin implicar por ello la vuelta al dualismo ontológico (Papineau, 1994; Banner, 2013). Sin embargo, que los trastornos mentales —sus causas o mecanismos— no sean reductibles a entidades o procesos fisicoquímicos del sistema nervioso también puede interpretarse como un argumento para eliminarlos de nuestra ontología científica (Hengartner y Lehmann, 2017; Pernu, 2019): si los trastornos mentales no refieren a procesos bioquímicos serían etiquetas de la psicología *popular* [folk], las cuales no aportan a la explicación de la psicopatología humana. En este sentido, la adopción del criterio (2) es compatible con el cuestionamiento a los otros dos criterios, mientras que su rechazo combinado con la aceptación del criterio (1') configuraría un caso de reducción fisicalista (e.g. Insel y Cuthbert, 2015).

Por otro lado, el criterio (3) es parcialmente agnóstico respecto al contenido del concepto de enfermedad o de trastorno. En otras palabras, no se pronuncia respecto a: si son entidades o procesos; si son disfunciones bioestadísticas o disfunciones dañinas; o si son conceptos valorativos o neutros. Todo lo que requiere es que al menos una conceptualización de 'trastorno' sea consistente con las características relevantes de cada trastorno particular que caiga bajo ésta. Aunque es de esperarse que, si el concepto 'trastornos mentales' refiere a entidades/procesos reales, estos sean individuables con relativa independencia de la teoría de los 'trastornos mentales' que se esté sosteniendo. Parafraseando a Hacking (1983), debiese ser posible creer (justificadamente) en dichas entidades sin creer en alguna teoría particular en la que éstas se encuentren inmersas. De lo contrario, tendríamos que sostener una ontología construccionista de los trastornos mentales (Szasz 1961, 2000, 2001), la cual dificulta —si es que no imposibilita— sostener que son trastornos o que son mentales. En otras palabras, el criterio (3) presupone algún tipo de ontología realista acerca de los trastornos mentales (Wrigley, 2007; Ceusters y Smith, 2010; Oulis, 2012) como, por ejemplo, concebirlos como *clases naturales* [natural kinds]. A su vez, su rechazo configuraría un caso de eliminación de las entidades nosológicas de la psiquiatría (acompañado de una reconceptualización fisicalista que dibuje otras distinciones, como ocurre con la propuesta *Research Domain Criteria* (RDoC), o bien de una reconceptualización social que abandone el dominio de lo patológico).

En este artículo argumentaré que los trastornos de personalidad reconocidos por el DSM-5 —y ampliamente utilizados tanto en ciencia básica como en *profesiones psi*—:

- a) Presentan problemas graves para calzar con las principales definiciones de 'trastorno' disponibles: en particular las de Hucklebroich (2014) y Wakefield (1992).
- b) Dada su altísima comorbilidad, su vagedad combinatorial, y su ausencia de condiciones patognomónicas que permitan distinguirlos, no cumplen con el criterio (3), y al tener referencia vacía no constituyen objetos científicos de estudio.
- c) Y si se lograra definirlos como clústeres sintomáticos (sin referencia a causas o mecanismos biológicos patognomónicos) sería posible distinguirlos entre sí mediante análisis de redes, sacrificando utilidad explicativa y de todas maneras entrando en conflicto con varias definiciones de trastorno mental, incluida la del DSM-5.

Propondré como solución la eliminación de los trastornos de personalidad de la nosología psiquiátrica. Eliminar los trastornos de personalidad no equivale a desconocer el sufrimiento de las

personas diagnosticadas ni a ignorar que dicho sufrimiento precede a, y no acaba con, la disolución de la etiqueta diagnóstica. A la luz de lo expuesto, se propondrá una reconceptualización de dicho sufrimiento en términos de discapacidad, entendida desde el modelo social (Mulvany, 2000; Beresford et al., 2016) y que no presupone patología. Esta reconceptualización aventaja a las clasificaciones actuales de trastornos en que no tiene problemas para ser dimensional y gradual y, además, permite enfocarse en detallar tanto la contribución social—institucional como los componentes biológico—relacionales individuales que tienen por consecuencia sufrimientos particulares. Todo lo anterior mientras que preserva su beneficio pragmático: facilitar el acceso al sistema de salud público a quienes experimentan malestar mediante cobertura de planes, seguros, reembolsos, u otros mecanismos.

2. Vaguedad y patogenicidad: desacuerdos conceptuales en torno a las intervenciones en salud mental

Si una persona tuviese todos los síntomas típicos de la malaria (e.g. fiebre, escalofríos, dolor de cabeza u otros), pero al examinar su muestra de sangre no se encontrasen indicadores de parásitos *plasmodium*, no podríamos decir que tiene malaria; más bien, la médico diría que tiene otra enfermedad, desconocida por ahora. Si nos guiamos por el uso en la práctica del término ‘enfermedad’, en la mayoría de los casos éste refiere a la causa o mecanismo subyacente de una constelación de signos y síntomas, no a la constelación misma de signos y síntomas. Es más, la ausencia de los síntomas característicos no permite por sí sola descartar la enfermedad, basta encontrar parásitos *plasmodium* en el organismo para afirmar que la persona tiene malaria. Las enfermedades, sin embargo, varían en su manifestación entre distintas personas: algunos síntomas/signos dependen de predisposiciones genéticas, factores ambientales, nutrición, respuesta inmune, entre otros. Además, los síntomas de distintas enfermedades pueden coincidir bastante, por ello existen los diagnósticos diferenciales. No obstante, la prevalencia de síntomas de causa desconocida es alta (cf. Anjum & Rocca, 2020), y hay condiciones cuyo estatus de enfermedad es o ha sido cuestionado (como por ejemplo fibromialgia, hipertensión, obesidad, adicciones —en especial alcoholismo—, celulitis, fatiga crónica, etc.) (e.g. Heather, 1992, 2017; Heshka & Allison, 2001; Hofmann, 2010; Katz, 2014).

Teniendo presente lo anterior (y otros problemas asociados al concepto, tales como umbrales y gradualidad de ciertas condiciones de salud), hay quienes plantean que ‘enfermedad’ es un término vago. La ‘vaguedad’ es la propiedad semántica de una expresión que consiste en no poseer límites claros entre su extensión (aquellos objetos o regiones del mundo a las que denota) y su anti—extensión (todo aquello que la expresión no denota), independiente de la ignorancia de cualquier hablante respecto a dicha expresión. Entonces, un concepto es vago si presenta casos limítrofes que no pueden ser remediados accediendo a criterios adicionales —por ejemplo, en este caso: nuevos biomarcadores, endofenotipos, o mecanismos patológicos subyacentes— tal que, con todo el conocimiento empírico pertinente, de todos modos no es posible conocer si el caso corresponde a una enfermedad o no (Hofmann, 2010; Keil et al., 2017)³. Otro concepto emparentado que ha estado

³ El ejemplo clásico, que proviene de Eubulides de Mileto (s. IV a.e.c.), es el de un ‘montón’ o ‘pila’ (σωρείτης) de arena. Puedo conocer el número exacto de granos de arena, pero eso no me ayuda a demarcar cuándo constituyen un montón y cuando

presente en el debate reciente sobre los trastornos mentales es el de continuidad, que es uno ontológico. Una entidad o proceso es continuo en al menos una dimensión si entre cualesquiera dos instancias distintas de dicho proceso/entidad es siempre posible, o al menos humanamente posible, encontrar un caso intermedio (Keil et al., 2017). Por ejemplo, ‘colesterol alto’ implica realizar un corte arbitrario, donde el –hoy ubicuo– umbral de 240 mg/dL es justificado por razones principalmente históricas.

Un término que designa a un proceso/entidad continuo en una dimensión presenta ‘vaguedad de grado’, por ejemplo, ‘hipercolesterolemia’ o ‘discapacidad intelectual’. En cambio, uno que designe a ciertas configuraciones que pueda tomar un proceso/entidad en distintas dimensiones independientes (continuas o no), y que en ciertas combinaciones resulte indeterminado si aplica o no, es considerado un término con ‘vaguedad combinatoria’ (Keil et al., 2017). Todos los trastornos definidos políticamente —mediante un número mínimo de características en una lista— caben bajo esta etiqueta (e.g. depresión, ataque de pánico, trastornos de abuso de sustancias, trastornos de personalidad, u otros en los manuales DSM-III, IV, 5 e ICD-10 y 11) (Hengartner y Lehmann, 2017). Es llamativo que la vaguedad combinatoria parece ser una propiedad distintiva de un subconjunto de trastornos mentales: no aparece en el resto de la medicina.

Esta vaguedad distintiva —de al menos buena parte— de los trastornos mentales tal como son definidos actualmente surge en la conceptualización postulada en respuesta a algunas de las críticas más importantes del siglo pasada. Por ejemplo, que la nosología psiquiátrica sólo etiqueta conductas o experiencias perturbadas/perturbadoras que, al carecer de un contexto anatómico o genético, no son realmente enfermedades (Szasz, 1961) y que aquello es evidenciado en las condiciones que elimina de su nosología según cambios político-sociales: cf. drapetomanía, homosexualidad, histeria, entre otras (Drescher, 2015). Aquellas críticas desembocaron, por un lado, en la redefinición de trastornos como listas, donde “la aproximación del DSM-III equiparó síntomas visibles y medibles con la presencia de enfermedad, [permitiendo] a los investigadores evaluar confiablemente síntomas y legitimar las pretensiones de los clínicos acerca de estar tratando enfermedades reales que requieren reembolso de aseguradoras” (First, 2012, p.136). Por otro lado, desembocó en un renovado interés dentro de la filosofía por el concepto de enfermedad. Este es el caso de Christopher Boorse (1977, 2014), quien propuso su teoría bio-estadística de la salud (BST, por sus siglas en inglés) que plantea que las enfermedades son definidas (en medicina) en términos de alguna falla de funciones fisiológicas naturales (funcionamiento bajo la eficiencia típica). Lo anterior precisamente como un intento de darle legitimidad al concepto de ‘enfermedades mentales’, el cuál es entendido por Boorse (1976) como: (i) tipos de estados instanciados en pacientes particulares; (ii) que no son reducibles a tipos físicos, incluso cuando –en cuanto particulares espaciotemporales– son físicos, por lo que “no hay garantía de que un *tipo-enfermedad* [disease-type] definido mentalmente coincidirá con algún tipo-enfermedad definido fisiológicamente” (Boorse, 1976, p.66); y (iii) que

no. Si intento fijar un umbral exacto (digamos, 1312 granos), éste resultará arbitrario, ya que n-1 granos igualmente constituye un montón. También funciona tratando de establecer cuál es el mayor número de granos juntos que no constituyen montón alguno, y procediendo desde ahí con n+1. Otros ejemplos son las nubes (¿cuántas moléculas de aire condensado ...?), la noche (¿qué ángulo relativo del sol, candelas por metro cuadrado, u hora del día permiten demarcar el inicio de la noche?), o el sexo (¿es mujer una persona con genitales femeninos, fenotipo femenino, y cariotipo XY? Cf. Daly (2015)).

son definidos por la propiedad ‘causación mental’. Por esto, Boorse (1976) defendió una versión no-reductiva de la *teoría de la identidad*, donde un clúster de eventos mentales (i.e. sentimientos, creencias y experiencias) causalmente eficaces es una enfermedad mental si: (a) pueden ser subsumidas bajo un *explanans* causal que no puede ser reducido a un tipo-enfermedad físico, y (b) involucra enunciados empíricos y evidencia acerca de la conformidad de las cualidades mentales individuales a la organización funcional estándar (heredada y adaptativa) de nuestra especie. En consecuencia, la salud mental, entendida como el estado de ausencia total de condiciones patológicas (Boorse, 2014) implica que “el marco mentalista de creencias, percepciones, deseos, fantasías, sueños, etc” (Boorse, 1976, p.65) no puede ser patológico si no está articulado en condiciones primero (con independencia de criterios de desviación social y aceptabilidad moral para cierta sociedad o grupo).

Los problemas de la versión de Boorse (1976) del monismo anómalo y de la BST —tanto en general como cuando es aplicada en el área de salud mental (Boorse, 1977, 2014)— son numerosos, por lo que un tratamiento adecuado de ellos ameritaría un artículo completo. No obstante, pueden sintetizarse en los siguientes ejes: (i) su concepto de función fisiológica es estipulativo: se aleja de la práctica médica (Binney, 2018; Hucklenbroich, 2014b)⁴. Termina clasificando disfunciones no patológicas como enfermedades (Wakefield, 2014a), entre ellas, al menos potencialmente, la homosexualidad (Boorse, 1997, 2014) y el adaptacionismo que presupone es disputado en la literatura científica especializada (e.g. Gould y Lewontin, 1979; Jensen et al., 2018; Kumar & Patel, 2018; Sarkar, 2015). (ii) Es discutible que posicionar la supervivencia y reproducción como objetivos de la salud, sea valóricamente neutro (Nordenfelt, 2018; Kingma, 2007). (iii) La circularidad en su definición de función biológica (Varga, 2011), sumada a los problemas generales del concepto de función en biología (Ratti y Luc-Germain, 2022). Por último, (iv) su monismo anómalo no permite acomodar ni explicar ningún trastorno mental conocido (o al menos, hasta donde estoy informado, nadie ha intentado tal caracterización). Por lo tanto, la extensión de su teoría resulta vacía. Los ejemplos de funciones mentales que Boorse (1976) da —procesamiento perceptual, memoria, impulsos, ansiedad, dolor, y lenguaje— pueden explicarse hoy en día sin invocar causación mental (Bickle, 2003; Bechtel, 2007; Gazzaniga y Mangun, 2019; Purves et al., 2018).

Asumamos, conservadoramente, que independiente de los problemas para definir y caracterizar lo mental como un nivel o clasificación distinta de lo bioquímico y de lo social-lingüístico (cf. Bickle, 2003; Churchland, 1981; Dennett, 1987; Harré, 1997; Rorty, 1979), ciertos procesos/estados que presenten carácter fenoménico o intencional, tales como dolores, pensamientos, actitudes proposicionales, creencias, o experiencias, cuentan como mentales (Rorty, 1979; Wakefield, 2006b). Dado el supuesto anterior, debiese ser posible distinguir casos de trastornos mentales respecto a trastornos meramente fisiológicos. La primera pregunta que aparece entonces es ¿cuál es, o cuáles son dichos criterios de distinción? Hay amplio consenso en que no basta que los síntomas sean mentales para que el trastorno sea mental (Boorse, 1976; Brülde y Radovic, 2006; Wakefield, 2006b), múltiples enfermedades físicas (desde hipertiroidismo hasta parasitosis) causan dolor,

⁴ En palabras de Hucklenbroich (2014b, p.610): “[t]he alleged hierarchical system of functions in BST, targeted at the ultimate goals of survival and reproduction, is nothing but the dream of a philosopher”.

delirio, o síntomas depresivos. Además, las alucinaciones o delirios pueden ocurrir por mera privación sensorial, lesiones, o estar presentes sin enfermedad alguna (Sacks, 2012). Tampoco basta que los factores de riesgo ni las causas sean mentales y, además, esto nos traería a la polémica aún no resuelta sobre si algo cuenta como una causa propiamente mental. Dicho de otro modo, una causa mental no reducible a mecanismos fisiológicos más ambientales, sean estos últimos sociales o naturales. Más bien, la opción que va quedando es la siguiente: clasificar a una entidad nosológica propuesta como un ‘trastorno mental’ requiere que los mecanismos en juego sean mentales⁵.

Una propuesta relevante dentro del debate es el Análisis de Disfunción Dañina (HDA por sus siglas en inglés) de Wakefield (1992, 2006a, 2006b), quien, combinando elementos factuales con valorativos, plantea que un trastorno es mental es una *disfunción mental dañina* [harmful mental dysfunction]. Esta consiste en la falla de un mecanismo mental para realizar la función para la cual se diseñó biológicamente, produciendo consecuencias displacenteras/dañinas según valores culturales. Más allá de que ni Boorse ni Wakefield se esfuerzan en aclarar el concepto de ‘diseño biológico’⁶ (que resulta central a ambas teorías de lo patológico y es más exigente que el de ‘selección ambiental’), bajo esta definición el concepto de trastorno mental termina dependiendo de la existencia de (dis)funciones mentales o mecanismos psicológicos (Schramme, 2010; Wakefield, 1992, 2006a, 2006b) que, a su vez, dependen de la analogía software-hardware del funcionalismo y del progreso de la psicología evolucionista (Wakefield, 2015; Horwitz & Wakefield, 2007). Identificar el proceso adaptativo en la evolución contra el cual evaluar el mecanismo disfuncional subyacente a un trastorno particular resulta nebuloso, ya que requiere conocer los rasgos/mecanismos presentes al momento de la selección, las presiones selectivas ambientales existentes en dicho momento, separar tajantemente componentes biológicos—evolutivos de aquellos sociales—aprendidos, poder mostrar con evidencia la continuidad entre dicho mecanismo ancestral y el mecanismo psicológico actual a evaluar, y poder distinguir entre una falla de dicho mecanismo versus una respuesta razonable a un ambiente problemático (Bolton, 2008; Griffiths, 1996; Kaplan, 2002; Smith, 2020). Si esto ya es difícil al estudiar rasgos fenotípicos o mecanismos moleculares, hay quienes plantean que lograrlo para rasgos/mecanismos mentales es, de entrada, imposible (Smith, 2020). Para dar unos ejemplos breves, Wakefield (2006b) defiende que para definir trastornos de ansiedad es necesario usar adjetivos como excesivo o *irracional* [unreasonable] al describir el miedo del consultante y que dichos adjetivos requieren una evaluación de contenido (e.g. “X representa o no un peligro real”), lo cual consiste en una descripción mental. Dicho de otro modo, “toscamente, los trastornos psicóticos involucran fallas de procesos de pensamiento para funcionar como [fueron] diseñados, los trastornos de ansiedad involucran fallas de mecanismos

⁵ Aquello deviene menos polémico si adoptamos la jerga del nuevo mecanicismo, donde un mecanismo mental está a su vez constituido por mecanismos de nivel inferior, sin por ello ser enteramente reducido a sus partes constituyentes) (Bechtel, 2007a, 2007b, 2009; Craver y Bechtel, 2007; Craver y Kaplan, 2011).

⁶ No obstante, Wakefield (1992, p.384) define ‘función natural’ de un mecanismo como “un efecto que es parte de la *explicación evolucionista* [evolutionary explanation] de la existencia y la estructura del mecanismo”. Posteriormente, Abouelli y Bingham (2014, p.245) interpretan ‘diseño’ de un mecanismo en el HDA como “la función que puede explicar por qué el mecanismo u órgano existe y por qué es diseñado de la manera que es”. De ser así, hay una larga tradición de críticas en biología contra el supuesto de que cada rasgo o mecanismo sea explicable funcionalmente (Gould y Lewontin, 1979; Pigliucci y Kaplan, 2000; Sarkar, 2015).

generadores de ansiedad y miedo (...)” (Wakefield, 2015, p.1000). De partida, delimitar la extensión de las ‘representaciones’, ‘evaluaciones (de peligro)’, o ‘generadores’, y postularlas como una (o varias) función(es) mentales ya es controversial (Bechtel y Mundale, 1999; Godfrey-Smith, 2009; Polger, 2013). Y, en caso de lograrlo, indagar cuál es la contribución a la supervivencia o a la reproducción de dichas funciones mentales ha sido, al menos hasta el momento, una empresa metodológica y empíricamente en bancarrota (Franks, 2005; Peters, 2013; Smith, 2020).

Lo ‘dañino’, que consiste en las consecuencias que sufre la persona debido a la disfunción, y que son valuadas negativamente por estándares socioculturales (Wakefield, 1992), quedaría entonces como único criterio empíricamente falsable de trastorno mental en el HDA. Pero, al depender de la identificación empírica de alguna disfunción mental (i.e. no meramente su postulación como una convención arbitraria), el daño tampoco permite individuar satisfactoriamente trastornos mentales. Ambos criterios presentan además vaguedad de grado: ¿en qué nivel de actividad una función pasa a ser una disfunción? ¿cuál es el umbral de distrés o perjuicio tras el cual una disfunción pasa a ser dañina? Resulta significativo destacar que tres décadas después del artículo de Boorse (1976), en el artículo de Wakefield (2006b) sobre qué hace mental a un trastorno mental, ni siquiera se menciona la palabra ‘enfermedad’.

Finalmente, las aproximaciones puramente normativistas al concepto de ‘trastorno’ plantean que los trastornos son estados disvaliosos, porque producen daño o constituyen desventajas para el individuo que los padece. En ese sentido, ‘trastorno’ depende de intereses humanos sin ser por ello arbitrario o meramente ficcional (Reznek, 1987; Nordenfelt, 2018), pero abre la puerta a una sobrepatologización justificada por criterios culturales. Por ejemplo, si la fealdad percibida de un individuo le produce sufrimiento y además desventajas para realizar sus metas personales en su comunidad, ¿debiere ser considerada un trastorno y prescribirse cirugía cosmética facial? (Bortolotti, 2020).

Así como se planteó abandonar el concepto ‘enfermedad’ debido a que sumado a los problemas para definirlo, varias enfermedades no requieren atención de profesionales de la salud (e.g. fibromas, verrugas, infertilidad) y otras varias condiciones sí la requieren sin ser enfermedades (e.g. embarazo, cirugía de reasignación de sexo) (Hesslow, 1993). Ante la dificultad de articular una definición coherente de ‘trastorno’, hay quienes llaman a continuar la práctica médica (no sólo psiquiátrica/psicológica) prescindiendo también de ese concepto, o bien, entendiendo que lo que es común a distintos trastornos es un parecido de familia y no un criterio unificador (Bortolotti, 2020). Recapitulando: las clasificaciones pueden ser vagas o precisas según produzcan o no casos intermedios ineliminables. Las concepciones naturalistas (e.g. la BST de Boorse), normativistas (e.g. Reznek) y mixtas (e.g. el HDA de Wakefield) desembocan en criterios inherentemente vagos de ‘enfermedad’ o de ‘trastorno’, porque invocan el concepto de ‘disfunción’ y/o de ‘daño’ que implican vaguedad de grado. Esto se añade a la posible vaguedad inherente a una entidad nosológica X. Entonces, tendríamos dos fuentes posibles de vaguedad: (a) ¿es x (i.e. el caso de una paciente)

una instancia o token de la entidad X (e.g. asma, esquizofrenia, discapacidad intelectual, etc)? y (b) ¿es la entidad X inequívocamente una enfermedad y/o un trastorno?⁷

La propuesta de Hucklebroich (2014, 2017) rechaza la segunda fuente de vaguedad, planteando que el concepto de ‘enfermedad’, que se usa (de manera más o menos explícita) en la práctica médica, es discreto y consiste en la postulación de *entidades patológicas* [disease entities] como entidades teóricas, las cuales son definidas como el conjunto de todos los cursos naturales alternativos de la entidad. En este marco, una enfermedad sería una instancia o *token* de una entidad patológica. La definición puede consistir en las manifestaciones patológicas necesarias (‘obligatorias’, en jerga médica) y suficientes (patognomónicas) de la entidad patológica, o bien una lista compleja de enunciados disyuntivos (que incluya otros operadores como cláusulas condicionales) que cubran todos los cursos naturales patológicos posibles. De este modo el criterio es etiopatológico: para que algo sea una enfermedad, requiere presentar no sólo signos y síntomas, sino un mecanismo causal que explique el inicio y la mantención/evolución del cuadro en el tiempo. Si este aún no es conocido, la entidad patológica debe considerarse clínicamente definida y, por tanto, ‘preliminar’. En esos casos, en el futuro se espera que sea subsumida bajo una entidad patológica nueva, una preexistente, o que la enfermedad clínicamente definida corresponda a más de una entidad patológica. El sistema de entidades patológicas resultante (i.e. la nosología) debe cumplir con dos principios:

- (i) **Compleitud:** cada fenómeno patológico —sea signo, síntoma, hallazgo de laboratorio, mecanismo específico— es una instancia de al menos una entidad patológica.
- (ii) **No-ambigüedad:** cada fenómeno patológico es subsumido bajo sólo una entidad patológica mediante un diagnóstico diferencial. En caso de multimorbilidad, la entidad patológica resultante requiere tomar en cuenta las interacciones causales entre las *n* enfermedades presentes). Es necesario además que las propiedades que definan a una entidad patológica sean ellas mismas condiciones patológicas (Huckebroich, 2014).

Sin embargo, los criterios de patologicidad suficiente basados en una lista que Hucklebroich (2017) entrega (i.e. acortar la vida, sufrimiento, infertilidad, afectar la capacidad de convivir en comunidad, disposición a alguna de las anteriores) resultan al menos tan problemáticos como aquellos de la BST. Además, el argumento para rechazar la vaguedad de grado en las condiciones cuyo diagnóstico se apoya en umbrales es circular: el umbral para diagnosticar se determina de manera intuitiva o empírica. Si es el primer caso, el umbral es injustificado y no permite demarcar salud de enfermedad de manera objetiva. En el segundo caso, el umbral se establece buscando

⁷ Si *x* es un caso sin diagnóstico *X* conocido, la pregunta sobre si la persona está enferma suele depender de encontrar un diagnóstico (o postular una entidad nosológica nueva). La frase ‘no hay enfermedades, sino enfermos’ ha sido atribuida apócrifamente a Hipócrates, Claude Bernard, Armand Trousseau, Jean-Martin Charcot, Samuel Hahnemann (!), entre otros. Si alguien la defendió de forma literal dentro de la medicina, su argumentación parece no haber dejado huella. Metafóricamente en cambio, sólo exhorta a atender la particularidad de las manifestaciones sintomáticas de una entidad nosológica, que nunca son idénticas en personas distintas.

marcadores objetivos de patología, pero al no haber evidencia de criticalidad⁸ en los fenómenos aquí tratados, sino, más bien, de continuidad, aspirar a obtener precisión estadística o molecular en los umbrales seleccionados no disipará la arbitrariedad del corte que se realiza.

Cabe destacar que en este marco la gran mayoría de los trastornos clínicamente definidos en el ICD-11 y el DSM-5 son preliminares. Huckebroich (2017) espera que algunas de ellas devengan en entidades patológicas (y cita como ejemplos trastornos psicóticos, anímicos, y el trastorno obsesivo-compulsivo), que otras resulten ser patologías disposicionales (acá cita trastornos alimenticios y de personalidad) y, finalmente, que otras resulten no ser patologías sino conflictos de la vida social e individual que requieren apoyo profesional.

3. ¿Puede la personalidad enfermar? Objeciones en torno a la evolución de funciones, multimorbilidad y constitución social

Lo anteriormente expuesto nos lleva a la pregunta particular por las enfermedades o trastornos de personalidad. Las principales fuentes históricas de confusión respecto a aceptar que una entidad nosológica *X* es un trastorno mental provienen de los casos de arbitrariedad (e.g. drapetomanía, disestesia etíope, homosexualidad, trastorno opositor desafiante, trastorno de movimientos estereotipados, entre otros) y los casos de reclasificación como enfermedad física una vez se conocen los mecanismos fisiológicos del trastorno como paresia general (Brülde & Radovic, 2006) o, por citar un ejemplo reciente, psicosis por encefalitis autoinmune (Dalmau et al., 2008; Pollak et al., 2020). No obstante, la personalidad, entendida como los pensamientos, sentimientos, conductas, y disposiciones estables en el tiempo que permiten distinguir a una persona de otras, parece ser un caso prototípico de lo mental y, por lo tanto, nos permite circunscribir la crítica de la nosología existente a los criterios (1') y (3)⁹ expuestos en la primera sección.

El DSM-5 define trastorno de personalidad como “patrón persistente de experiencia interna y conducta que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura en la que el individuo se encuentra, es generalizado e inflexible [...] es estable en el tiempo y conduce a distrés o a *perjuicio* [impairment]” (American Psychiatric Association, 2013, p.645). Luego, hace una lista de 10 trastornos de personalidad, agrupados mediante un enfoque categorial en tres clústeres: (A) Paranoide, esquizoide, y esquizotípico; (B) antisocial, limítrofe, histriónico, y narcisista; y (C) evitativo, dependiente, y obsesivo-compulsiva. Hace esto dejando lugar a dos diagnósticos extra: “cambio de personalidad debido a otra condición médica”, y “otro trastorno de personalidad específico o inespecífico”. Además, reconociendo que “el/la paciente típica/o que cumple los criterios para un trastorno de personalidad específico, frecuentemente también cumple los criterios para otros trastornos de personalidad” (American Psychiatric Association, 2013, p.761). El DSM-5

⁸ Esto es, transiciones de fase que ocurren en un valor crítico de un parámetro como, por ejemplo, temperatura de congelamiento o ebullición de un líquido (Heffern et al., 2021).

⁹ Un abordaje reductivo o eliminativo de los trastornos de personalidad *qua* mentales probablemente requeriría un abordaje reductivo o eliminativo de lo mental en su conjunto. No considero aquello necesario para el cuestionamiento de la nosología psiquiátrica existente. Sin embargo, el status mental de los trastornos es un flanco problemático relevante para quienes se abocan a defenderla.

agrega un modelo alternativo dimensional, que retiene 6 trastornos específicos (antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) y uno ‘especificado-por-rasgos’ que permite el diagnóstico de aquellos consultantes que no calcen en los 6 anteriores. El diagnóstico requiere la presencia de dos criterios definitorios: (a) perjuicio moderado o mayor tanto en el funcionamiento del sí-mismo (identidad y autodireccionalidad) como en las relaciones interpersonales (empatía e intimidad) ; y (b) la presencia de uno o más rasgos patológicos en cualquiera de los 5 dominios de rasgos (afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición, y psicoticismo) y otros cinco criterios diferenciales (e.g. el perjuicio no se explica mejor por otro trastorno mental, uso de sustancias, estadio del desarrollo, ambiente sociocultural, etc.).

El DSM-5 sostiene un concepto de trastorno mental que se enmarca en la familia de definiciones de dos componentes. Por un lado, un componente científico: “disfunción en procesos psicológicos, biológicos, o del desarrollo” y, por otro, un componente normativo: “perturbación clínicamente significativa asociada con discapacidad o distrés” (American Psychiatric Association, 2013, p.21). Esta definición empieza a gestarse desde el DSM-III, y es reconocida por Wakefield como “inspirada por una visión global de trastorno muy similar a la aproximación de disfunción dañina que yo propongo” (1992, p.380). En consecuencia, plantearé como blanco la defensa de Wakefield (2006a). Esto debido a que, si mostramos que la condición de disfunción es puesta en entredicho, podemos extrapolar esa crítica a otros análisis naturalistas como el de Boorse. Por otro lado, y si la condición de daño es disputada, la crítica también afecta a análisis normativistas de la patología. Además, si cualquiera de las dos condiciones falla, la crítica puede generalizarse al concepto de disfunción del DSM-5.

La primera condición depende de un análisis desde el punto de vista de la evolución de las funciones naturalmente seleccionadas de la personalidad (Wakefield, 2015; Horwitz y Wakefield, 2007). Wakefield (2006a) es crítico de los abordajes dimensionales de los trastornos mentales, a los cuales acusa de arbitrariedad: que un rasgo sea extremo o maladaptativo no implica que haya una disfunción presente ni justifica por sí solo hablar de enfermedad/trastorno¹⁰. La variación natural de rasgos en una población implica que algunos individuos estarán muy bien adaptados a un ambiente A y otros muy mal adaptados a ese mismo ambiente, pero, al cambiar de ambiente, el mismo rasgo que promueve la adaptación en A puede devenir maladaptativo (e.g. pieles con más melanina protegen frente al cáncer de piel si se habita cerca de la línea ecuatorial, pero pueden resultar en déficits de vitamina D si en cambio se habita cerca a los polos). De lo anterior se sigue que ‘adaptabilidad’ es un rasgo relativo al contexto, y no puede ser un criterio de patogenicidad. Tal como la piel clara no es una enfermedad ni un trastorno en latitudes ecuatoriales, la enfermedad de células falciformes (que consiste en la herencia de dos copias del gen que codifica para glóbulos rojos con forma de hoz; resultando en anemia, dolor, y otros síntomas) sigue siendo una enfermedad pese a que confiere resistencia al paciente frente al parásito causante de malaria *Plasmodium*

¹⁰ Últimamente se han desarrollado modelos dimensionales de trastornos mentales basados en evidencia, como el *Research Domain of Criteria* [RDoC] o el *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology* [HiTOP]. Sin embargo, estos podrían promover el sobrediagnóstico al carecer de un criterio claro de patogenicidad, y las críticas contra los modelos categoriales expuestas en esta sección pueden extrapolarse a los modelos dimensionales. Para una crítica conceptual al RDoC, ver Wakefield (2014b) o Ross y Margolis (2019).

falciparum, por lo que heredar al menos una copia del gen y vivir en África subsahariana es adaptativo (Archer et al., 2018). La maladaptación, entonces, no es constitutiva de trastorno ni cuando refiere a *aptitud biológica* [fitness], ni cuando refiere a desajuste social. En cambio, Wakefield (2006a) ofrece 3 posibles maneras en las que los trastornos de la personalidad pueden ser causados por alguna disfunción en la personalidad: (a) que parte de los valores extremos de la distribución de un rasgo sean condiciones causadas por disfunciones específicas, biológicas o psicológicas, potencialmente identificables de manera independiente a la entidad clínica; (b) que los rasgos de personalidad sean poligénicos y que la distribución de los genes relevantes incluya combinaciones en intensidades donde “el rasgo no realiza la función para la cual fue diseñado” (Wakefield, 2006a, p.160); y (c) que n rasgos que se encuentran dentro de un rango normal, seleccionado naturalmente, tengan valores que en conjunto produzcan ineludiblemente una ruptura en funciones de personalidad¹¹. Un problema inicial es que las tres vías presentadas son especulativas y Wakefield no entrega evidencia para ningún diagnóstico concreto de trastorno de personalidad, por lo que se hace difícil evaluar sus méritos. La ausencia de una discusión acerca de cuáles son las funciones diseñadas de los rasgos de personalidad no patológicos, y en qué consistirían sus disfunciones (psicológicas), sólo oscurece el debate. Wakefield (2006a, p.167) admite la importancia de conocer los mecanismos causales para realizar esa distinción: “[c]areciendo de conocimiento preciso de la causación y por tanto de la disfunción contra la no-disfunción, las reglas heurísticas de inferencia devienen necesarias para la evaluación diagnóstica”, y también “[d]ada nuestra ignorancia de la evolución de la organización de la personalidad, sin embargo, uno debe ser cauteloso acerca de atribuir disfunción cuando de hecho puede haber un amplio rango de variación normal con distintos nichos sociales”(Wakefield, 2006a, p.160). El único ejemplo que refiere a un trastorno de personalidad concreto en Wakefield (2006a) es un experimento mental: si muchas personas en posición de autoridad en la Alemania de Hitler presentaban trastorno antisocial, pese a devenir culturalmente esperable, éste sigue siendo un trastorno. Ante esa afirmación cabe preguntarse, entonces ¿qué es lo que convierte en un trastorno a la personalidad antisocial? ¿Cuál(es) rasgo(s) presenta(n) disfunción(es) específica(s) ahí? y ¿cómo podemos saber que ese rasgo presenta una disfunción y no meramente una variante políticamente indeseable, moralmente reprochable, peligrosa para la comunidad, o cualquier término valorativo que no constituye una patología? Hay argumentos potentes para plantear que sin evidencia específica de cómo pueden haber sido seleccionados los rasgos psicológicos, buena parte del programa adaptacionista, y de la psicología evolucionista en especial, no pasa de ser una colección de ‘*just so stories*’: hipótesis *ad hoc* (Buller, 2005; Franks, 2005; Gould y Lewontin, 1979; Lloyd y Gould, 2017; Peters, 2013; Smith, 2020).

Respecto a la condición de daño, el criterio de significación clínica del DSM-5, que afirma que el trastorno “causa distrés o perjuicio clínicamente significativo en el funcionamiento social, ocupacional, u otras áreas importantes” (American Psychiatric Association, 2013, p.21), ya garantiza que se cumpla la condición de daño del HDA. Para evitar la patologización de la disidencia política o de conductas desajustadas y/o indeseables para la clase dominante (van Voren, 2010), el

¹¹ Acá Wakefield (2006a) da el ejemplo hipotético de una persona con alta necesidad de sociabilización y alta ansiedad social, ambas en rango normal, pero que en conjunto ‘averían’ el funcionamiento social del consultante.

DSM-5 incluye en su definición de trastorno mental que “la conducta socialmente desviada (e.g. política, religiosa, o sexual) y los conflictos que sean primariamente entre el individuo y la sociedad no son trastornos mentales a menos que la desviación o conflicto resulte de una disfunción en el individuo” (American Psychiatric Association, 2013, p.20). Sin embargo, resulta cuestionable que en los trastornos de personalidad el origen del conflicto esté en una disfunción del individuo (Abouelleil & Bingham, 2014).

Si no es posible detallar en qué sentido los trastornos paranoide, antisocial, evitativo, etc., corresponden a disfunciones cognoscibles con independencia del mismo diagnóstico y de la *expertise* clínica, entonces la condición de disfunción del HDA no puede aplicar. A su vez, y como la condición de daño depende de la de disfunción, teniendo únicamente daño desembocamos en una postura puramente normativista de los trastornos de personalidad. En la sección 3.2 examinaremos los potenciales problemas de esta postura, pero, antes de ello, abordaremos una última propuesta naturalista: ser un trastorno en virtud de presentar condiciones patognomónicas y estar dentro de una nosología completa y no-ambigua.

3.1 ¿Dónde termina uno y dónde empieza otro? Comorbilidad constitutiva y la falta de condiciones patognomónicas

La nosología psiquiátrica sufre una crisis amplia de validez de sus entidades definidas clínicamente. Mediante un meta-análisis que incluyó 265.218 pacientes psiquiátricos y 784.643 controles, el Brainstorm Consortium (2018, p.1) pudo concluir que “[e]l alto grado de correlación genética entre varios de los trastornos psiquiátricos añade aún más evidencia de que sus fronteras clínicas no reflejan procesos patogénicos subyacentes distintos, al menos en el nivel genético”. El estudio anterior no incluyó explícitamente diagnósticos de trastornos de personalidad, sin embargo, aquellos también presentan alta comorbilidad entre sí. Esta puede explicarse mediante tres factores genéticos (además de tres factores ambientales): el primer factor genético agrupa trastornos de los tres clústeres (paranoico, histriónico, limítrofe, narcisista, dependiente, y obsesivo-compulsivo) y correlaciona con el rasgo dimensional de personalidad ‘neuroticismo’ (que en el estudio previamente mencionado mostró correlacionar con casi todos los trastornos psiquiátricos estudiados). Los siguientes factores son más específicos. El segundo factor sólo presenta correlaciones altas tanto entre los trastornos antisocial como limítrofe y el tercer factor agrupa los trastornos esquizoide y evitativo (Reichborn-Kjennerud y Kendler, 2018). Lejos de población occidental, el 44.4% de las/os participantes en una muestra china de 982 personas diagnosticadas con al menos un trastorno de personalidad cumplía los criterios para tener más de un trastorno de personalidad, ubicándose la tasa de comorbilidad de cada trastorno entre 47.1-74.7% (Wang et al., 2019). En EE. UU., quizá el trastorno de personalidad con más comorbilidades es el limítrofe: ~85% de las personas diagnosticadas cumplen criterios de uno o más trastornos mentales extra y ~74% de otro trastorno de personalidad extra (Köhne y Isvoranu, 2021). De manera taxativa, Tyrer, Reed y Crawford (2015, p.721) concluyen que “cuando los pacientes son identificados teniendo entre tres y diez trastornos de personalidad, (...) que éstos no son trastornos separados resulta claro para todos”.

A lo recién mencionado hay que agregarle que, si bien la definición de trastorno de personalidad requiere persistencia en el tiempo, mediante una reevaluación 10 años después se encontró que la estabilidad de los diagnósticos específicos en promedio es baja (salvo para esquizoide) (d’Huart et

al., 2022). Otro estudio había encontrado que, ya a 6 meses post-diagnóstico, ~31% – 40% de las personas no cumplían los criterios diagnósticos del trastorno de personalidad por el que fueron inicialmente diagnosticados, mientras que a un año post diagnóstico ~44% – 66% dejaron de cumplir los criterios, siendo el trastorno esquizotípico el diagnóstico menos consistente en el tiempo (Shea et al., 2002). Luego, está la falta de concordancia interevaluador, ejemplificada en el caso del asesino serial Anders Breivik, que fue diagnosticado con esquizofrenia paranoide por un equipo psiquiátrico experto y, posteriormente, con trastorno narcisista de la personalidad por un segundo equipo (Melle, 2013; Parnas, 2013).

Se han propuesto mecanismos patológicos comunes a trastorno Bipolar, trastorno de Déficit Atencional con Hiperactividad y trastorno Límitrofe de la personalidad (Matthies & Philipsen, 2014). Y un meta-análisis encontró que de 1868 individuos con alto riesgo clínico de psicosis, ~39.4% de ellos presentaban al menos un diagnóstico de trastorno de personalidad, siendo los más comunes los trastornos esquizotípico y límitrofe (Boldrini et al., 2019).

En otras áreas de la medicina hay presencia de comorbilidad y multimorbilidad, de mecanismos latentes comunes a patologías distintas o discrepancias de diagnóstico entre distintos equipos profesionales expertos. Pero, al sumar aquello a la ausencia de condiciones patognomónicas (i.e. suficientes para indicar la presencia de una entidad patológica y distinguirla de otras) y a la inestabilidad de diagnósticos cuya definición exige estabilidad, tenemos buenas razones para cuestionar –como se viene haciendo en la discusión científica de las últimas décadas– si acaso los trastornos de personalidad son entidades patológicas distintas y si la taxonomía actual refleja algo que ocurre en la naturaleza y no es, en cambio, meramente convencional.

Por las críticas y falta de evidencia a la hora de delimitar trastornos de personalidad categoriales, tanto el DSM-5 como el ICD-11 han transitado hacia abordajes dimensionales que tienen mayor validez empírica. Sin embargo, a su vez aumentan la vaguedad conceptual y siguen sin permitir tener criterios patognomónicos para el diagnóstico teniendo como consecuencia probable la sobrepatologización de la variación natural de rasgos de personalidad. En la nosología actual de trastornos de personalidad (del DSM-5, pero también de otros sistemas clasificatorios) no hay completitud (el primer criterio de Hucklebroich, 2014), ya que hay varias configuraciones ocurrentes que no corresponden a una combinación concreta de trastornos (i.e. los diagnósticos inespecíficos y el trastorno especificado-por-rasgos). Junto con ello, todos los diagnósticos se realizan mediante listas de signos y síntomas, muchos de ellos presentes en más de un trastorno, y abriendo la posibilidad de que dos personas con el mismo trastorno de personalidad diagnosticado no tengan siquiera un solo síntoma en común. Por ejemplo, en el trastorno antisocial basta cumplir con 3 síntomas de una lista de 7 para obtener el diagnóstico, lo que nos da 35 combinaciones distintas de tres síntomas; para cada combinación c , existen 4 combinaciones que permiten el mismo diagnóstico sin tener ningún síntoma en común con c ¹². Tampoco hay no-ambigüedad, debido a que en el estado de investigación empírica actual no resulta posible distinguir la comorbilidad de la causa común (modelo de variable latente) o incluso del escenario que estemos ante varios trastornos distintos

¹² Para calcular las combinaciones $C(n,r)$ de k -elementos de un total de n criterios, utilizamos $C(n, k) = \frac{n!}{k!(n-k)!}$. En este caso, $n=7$ y $k=3$.

sintomáticamente similares. Por estas razones, no sería posible hablar de patología de personalidad desde el modelo de Hucklebroich (2014), ya que no habría razones para pensar que cada trastorno de personalidad corresponde a una entidad patológica distinta (i.e. criterio (3) de la primera sección del presente artículo). Pero ¿es posible justificar la nosología DSM/ICD de trastornos de personalidad desde las aproximaciones naturalistas ‘clásicas’ y las normativistas?

Ni la BST ni el HDA han analizado los trastornos de personalidad en cuanto disfunciones concretas. Para poder justificar que cada trastorno puede ser individuado mediante una colección distinguible de disfunciones dicho análisis resulta necesario y, sin él, sólo podemos hablar de disfunciones de manera especulativa, dejando abierta la pregunta sobre si la entidad en cuestión es patológica. No obstante, si la caracterización de una disfunción depende de consideraciones evolucionistas, como Wakefield (2015, Horwitz & Wakefield, 2007) explícitamente afirma, los obstáculos de un programa evolucionista de las disfunciones mentales —y, en particular, el desafío de encontrar qué funciones/mecanismos se encuentran afectadas en trastornos de personalidad— no permiten por el momento afirmar que los trastornos de personalidad paranoide, esquizotípico, esquizoide, antisocial, entre otros, sean disfunciones. Por consiguiente, sostenerlos como una taxonomía patológica hoy resulta injustificado, aunque podría llegar a ser el caso en el futuro¹³ (o bien, el alto grado de comorbilidad entre trastornos de personalidad y con otros trastornos, además de los tres clústeres genéticos propuestos, nos permiten especular que de encontrarse disfunciones a la base de las/os consultantes diagnosticados con trastornos de personalidad, éstas configurarían una nosología distinta).

3.2 Aproximaciones de red para individuar trastornos de personalidad: un argumento involuntario a favor del abordaje eliminativo

Recientemente se ha propuesto un abordaje anti-reduccionista de los trastornos mentales que consiste en mapear interacciones causales entre síntomas, algunas de las cuales se presentan de manera estable y universal (e.g. las relaciones insomnio-fatiga, pánico-preocupación, pérdida de apetito-pérdida de energía), pero otras son altamente variables según época y cultura (e.g. culpa e ideación suicida). En los trastornos cuyos síntomas dependen de contenido mental o del contexto, la caracterización de red permitiría formular bucles de *feedback* entre mecanismos psicológicos, conductuales, ambientales y biológicos que permitan individuar patologías sin comprometerse a una reducción futura a únicamente mecanismos biológicos (Borsboom, 2017; Borsboom, Cramer y Kalis, 2019). Debido a que los trastornos de personalidad involucran procesos de desarrollo, Borsboom (2017) plantea que es ‘menos obvio’ que su teoría de red pueda acomodar estos trastornos. A la fecha, se ha propuesto un modelo de red para explicar la comorbilidad entre trastorno límite y depresión, en particular entre sensación de vacío / tristeza y difusión de identidad / pérdida de apetito (Köhne & Isvoranu, 2021).

¹³ Ni Boorse ni Wakefield abordan explícitamente las funciones a la base de la personalidad o las disfunciones a la base de sus posibles trastornos. Pero eso no quiere decir que no se haya abordado. Para un análisis de los trastornos de personalidad en términos de disfunciones (principalmente metacognitivas), independiente de explicaciones evolucionistas/adaptacionistas, proveniente de la psicología clínica basada en evidencia, ver Dimaggio et al. (2007, 2015). Otro abordaje (general) de las disfunciones mentales que abandona el adaptacionismo es el modelo socioecológico de las funciones mentales (Chapman, 2021).

Aun asumiendo que pudiese encontrar redes causales disfuncionales que resulten patognomónicas para cada trastorno, esto no nos permitiría concluir tampoco que los trastornos de personalidad, así definidos, son entidades patológicas reales. Como Bentall (1992) argumentó en su artículo-parodia sobre la felicidad como trastorno mental (i.e. ‘trastorno afectivo mayor, subtipo placentero’), que sea posible identificar una condición mediante signos o marcadores no basta para concluir que dicha condición es patológica, o que siquiera es independiente de las teorías en la que nos apoyamos para describirla. Es posible que la resistencia que tienen los trastornos de personalidad a desaparecer de las nosologías psiquiátricas y de los manuales diagnósticos se deba a su utilidad intuitiva. Pese a carecer de validez empírica, podrían cumplir roles heurísticos para el pronóstico o tratamiento y justificarse en función de que es posible manipularlos causalmente una vez definidos (Jablensky, 2016). Dicha justificación, sin embargo, no permite hablar de patología. Es más, si el abordaje de red no trae consigo predicciones nuevas testeables, sólo sería una redefinición para preservar entidades diagnósticas cuestionables. En ese caso, utilizando terminología de Lakatos (1989), estaríamos frente a un programa de investigación regresivo.

Por otro lado, y aun habiendo desechado la condición de ‘disfunción’ para afirmar que los trastornos de personalidad son entidades patológicas desde un punto de vista normativo, es necesario que la red causal de síntomas interactuantes (o lo que sea que utilicemos para individuar los trastornos de personalidad) produzca un daño en quien los padece. Pero ¿cómo distinguir cuándo el distrés o el perjuicio son un resultado de conflicto social o discriminación y cuándo son intrínsecas a la condición diagnosticada? Abouelleil y Bingham (2014) proponen que entendamos disfunción como las consecuencias intrínsecas de una condición —específicamente distrés y *discapacidad* [disability]— evitando de esa manera las vicisitudes de la BST y el HDA. Lo intrínseco responde a evitar confundir problemas sociales, políticos, económicos, ecológicos u otros con problemas de salud. Por ejemplo, en la angina hay una obstrucción del funcionamiento de la arteria coronaria que resulta en distrés. No es posible responsabilizar por la constitución de (el mecanismo de) la angina a sectores de la sociedad (e.g. grupos, instituciones, actitudes individuales) ni resulta particularmente efectiva la acción social para aliviarla. Es posible identificar factores sociales de riesgo (e.g. alimentarios, económicos, de promoción de estilo de vida, de acceso a medicina preventiva, diagnóstico y tratamiento oportuno), pero, una vez ocurre la angina, acciones sociales que apunten a modificar lo anterior no constituyen un tratamiento para esta. Esto es capturado en la cláusula del DSM-5 que excluye de los trastornos las condiciones que resulten de “los conflictos que sean primariamente entre el individuo y la sociedad” (American Psychiatric Association, 2013, p.20). Esto entra en conflicto con los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad que, en sus definiciones actuales, al estar constituidos por patrones de pensamientos, experiencias, sentimientos o creencias estables que producen distrés, son constitutivamente sociales. Esto ocurre por diversas razones, algunas de ellas sumamente generales: (i) sin una cultura en la que el individuo se encuentra, no habría expectativas de la cultura sobre la experiencia y conducta individual de las cuales desviarse (ver la definición del DSM-5 arriba); (ii) sin las relaciones significativas durante años formativos, no es concebible que la personalidad resultante en el momento del diagnóstico hubiese sido exactamente la misma, tanto en términos de experiencia como de conducta; (iii) de acuerdo a diversas propuestas teóricas, los patrones disfuncionales de personalidad son sostenidos mediante dinámicas interpersonales que involucran ciclos de retroalimentación patogénicos o

disfuncionales (Dimaggio et al., 2007, 2015; Hopwood, 2018). De ser estas razones correctas, los trastornos de personalidad no sólo tendrían un componente social causal ineliminable, sino que también tendrían mecanismos intrínsecamente sociales de mantención. Mientras los trastornos de personalidad sigan definiéndose desde colecciones o redes de síntomas observables, las aproximaciones genéticas y epigenéticas a los trastornos de personalidad que presenten genes candidatos, mecanismos moleculares o las de circuitos neuronales y diferencias neuroanatómicas o funcionales (Ma et al., 2016; Gescher et al., 2018; Reichborn-Kjennerud y Kendler, 2018) vendrían a configurar factores de riesgo, causas distales y sólo parcialmente mecanismos constitutivos. Debido a la ausencia de candidatos a mecanismos patognomónicos, cabe esperar que dicho panorama no cambie en el futuro.

4. Discapacidad y personalidad: Razones para abandonar la nosología psiquiátrica sin abandonar a las/os consultantes

Hemos visto que actualmente no hay buenas razones ni evidencia para afirmar que los trastornos de personalidad: (1) son trastornos y (3) son entidades patológicas claramente distinguibles. Sin embargo, simplemente dejar de etiquetarlos como patologías no disuelve el sufrimiento, distrés, y perjuicio asociados a dichos diagnósticos. Si estos son constitutivamente sociales y son diagnosticados desde las consecuencias negativas observadas/reportadas, resulta importante poder articular intervenciones orientadas a la minimización del sufrimiento prolongado de las personas.

Ante la ausencia de mecanismos patognomónicos, disfunciones distintivas o consecuencias intrínsecamente adversas, cabe preguntarse cómo conceptualizar las consecuencias adversas resultantes de los patrones de pensamientos, sentimientos e interacciones de las personas que, además, no surjan del ‘efecto bucle’ respecto al diagnóstico (Hacking, 1995). En este contexto, propongo que el modelo social de discapacidad (Mulvany, 2000; Beresford et al., 2016) permite capturar de manera adecuada dichos problemas sin presuponer patología, ampliando de ese modo el tipo de intervenciones a considerar ante los sufrimientos individuales. Este modelo plantea que las desventajas sufridas por personas discapacitadas son al menos parcialmente causadas por su contexto social, ya sea por estereotipos negativos, dinámicas institucionales, relacionales o arquitecturas no adaptadas a la discapacidad, entre otras fuentes de desventaja (Amundson, 2000). De ese modo, el foco de las intervenciones efectivas al resaltar las discapacidades subyacentes a los casos hoy conceptualizados como trastornos de personalidad deja de ser puramente individual (e.g. terapia psicológica, fármacos) y de aspirar a ser categórico/requerir un umbral ‘natural’. Esto no es incompatible con encontrar variaciones funcionales en los consultantes en cuanto mecanismos perceptuales de toma de decisiones, regulación emocional, metacognición, u otros, y también es compatible con la investigación de los mecanismos bioquímicos que subyacen a la colección de fenómenos que identificamos como ‘personalidad’.

Cabe destacar que el concepto de discapacidad está presente en manuales diagnósticos desde el DSM-III-R, pero definido como ‘perjuicio en una o más áreas de funcionamiento’. Además, a veces se identifica el HDA como la propuesta de ‘distrés-discapacidad’ (e.g. Telles-Correia, 2018). En la misma línea, un estudio que optó por encuestar psicólogas/os clínicas/os para encontrar el concepto implícito de trastorno que ellas/os utilizaban en su práctica laboral, encontró que éste era

‘discapacidad’, entendida como sinónimo de disfunción o *deterioro funcional* [functional impairment] (Bergner & Bunford, 2017). Lo que se agrega acá es el énfasis en el protagonismo del componente social en la definición de discapacidad, sin por ello negar la ocurrencia de variaciones fisiológicas relevantes identificables. Si los problemas vitales, sin ser enfermedades ni trastornos, son susceptibles de ayuda médica (psicoterapia o fármacos) que es traducible en beneficios medibles para el/la consultante, las consecuencias prácticas debieran ser una mayor democratización en el ámbito clínico y tanto una mayor inversión como atención a acomodaciones basadas en evidencia que permitan mitigar los efectos dispares de los elementos y procesos ambientales/sociales sobre parte de la población.

Por último, hay una tensión en la crítica a la psiquiatría entre quienes acusan al modelo médico de ser insuficiente y quienes lo acusan de ser opresivo, ya que ambas críticas proponen soluciones incompatibles: las primeras apuntan a atender más a los aspectos psicosociales de la intervención, mientras que las últimas a excluir del sistema de salud condiciones socialmente castigadas, pero que no constituyen patologías médicas (Hogan, 2019). Concluiré esta sección con dos ejemplos breves que exploran la tensión anterior, utilizando la nosología DSM: la acomodación social en el trastorno de personalidad limítrofe y la despatologización del trastorno antisocial.

El trastorno de personalidad limítrofe es quizá el más estudiado del grupo. Dimaggio et al. (2007) plantean que este implica trastornos (1) de integración entre distintas experiencias, pensamientos, creencias, etc.; (2) de diferenciación (distinción entre fantasía y realidad); y (3) de regulación emocional. Menos conocidos son los problemas de procesamiento sensorial asociados a poblaciones dentro del trastorno, las cuales pueden estar relacionadas con ciertas experiencias de auto-imagen distorsionada reportadas en las/os consultantes (Brown et al., 2009; Löffler et al., 2022). Acomodaciones sensoriales en escuelas, universidades y lugares de trabajo podrían disminuir el distrés de quienes presenten este tipo de síntomas.

Por otro lado, el caso del trastorno de personalidad antisocial es quizás el ejemplo paradigmático de patologización del conflicto social. Probablemente nadie solicitaría acomodaciones para quienes “perpetran repetidamente actos que son motivo de detención”, estafan, agreden, y/o justifican “haber dañado, maltratado o robado a otros” (American Psychiatric Association, 2013, p.659). Sin embargo, ya que dicho diagnóstico no opera como atenuante en juicios ni altera la imputabilidad, cabe preguntar por qué presentarlo como un trastorno médico. Si el motivo de consulta tiene que ver con los criterios diagnósticos del trastorno antisocial, es posible intervenir al respecto, pero si no tiene que ver, la intervención resulta principalmente ideológica. Tomemos en cuenta que bastan tres criterios de siete para el diagnóstico, por lo que alguien que sea detenida/o repetidas veces por motivos políticos (e.g. activismo climático, educacional, antiespecista, en protesta a la violencia policial, etc.); que use alias debido a la clandestinidad; y que no pueda mantener un trabajo fijo, ya podría ser diagnosticada/o con este trastorno aun cuando todos los criterios son consecuencias de un conflicto sostenido con sectores de la sociedad. En algunas ocasiones el adjudicar trastornos permite mitigar la responsabilidad individual de las acciones, pero acá no (Pallaro & González-Trijueque, 2009). En otras permite, suspender la atribución de racionalidad temporalmente del paciente, pero, de nuevo, acá no es el caso (Pallaro & González-Trijueque, 2009). Otras consideraciones usuales, tales como promover la empatía y ayuda de la comunidad, no parecen ser consecuencias de este

diagnóstico, e impulsar a la/el médico a tratar al consultante resulta éticamente cuestionable en los casos donde el problema es (en parte) constitutivamente social. Esto incluso si (por ejemplo) el tratamiento es moderadamente efectivo para disminuir reincidencia en la cárcel (e.g. Wilson, 2014). Un tratamiento de este tipo no debiera poder imponerse, menos aun cuando se asume que no hay un perjuicio en la racionalidad de los individuos ni en su capacidad de devenir responsables ante la comunidad.

5. Conclusiones

Usualmente la intervención médica de una condición se justifica mediante la suposición de alguna enfermedad, padecimiento, o trastorno de algún individuo. Aún cuando hay casos que sin ser enfermedades llaman la atención de profesionales de salud y otros que siendo enfermedades no lo hacen (Hofmann, 2010), el concepto de enfermedad juega un rol tanto descriptivo como normativo en la práctica médica.

Quizá ‘trastorno’ sea un concepto normativo grueso, como Keil y Stoecker (2017) sugieren. Esto significa que posee tanto contenido descriptivo como evaluativo. ¿En qué consiste el componente evaluativo?: en que dentro del concepto ya está implícita una justificación de una intervención institucional (médica, psicológica), la eximición moral de la responsabilidad frente a las consecuencias de algunas conductas, la suspensión de atribución de racionalidad en algunas ocasiones y el fomentar la atención o disposición de la comunidad para ayudar a la persona (o por el contrario, la disposición a evitarle o temerle). En términos prácticos, que algo sea o no un trastorno hace la diferencia a la hora de poder reembolsar prestaciones de salud ante aseguradoras privadas, asignar fondos de investigación o fondos para prestaciones de salud pública, además de influir en el resultado en caso de enfrentar cargos legales o cuestionamiento público (Hesslow, 1993; Keil y Stoecker, 2017). Reemplazar la búsqueda de entidades patológicas más precisas por la de la red o colección de discapacidades presentes en un grupo de la población permite argumentar la pertinencia del acceso a —y desarrollo de— intervenciones de salud en caso de ser deseadas. El paso de patologías discretas a grados de discapacidad en la terapia implica que los objetivos de esta, fármacos y de su dosis deben hacerse explícitos y negociarse con el/la consultante, no meramente prescribirse como tratamiento. De esta manera, se suspende el rol retórico-normativo que poseen términos como ‘enfermedad’, ‘cura’, ‘recuperación’, los cuales no aplican siquiera conceptualmente en los trastornos de personalidad. La promoción de salud mental en ausencia de una entidad patológica clara, entonces, debiese abordarse como una problemática tanto social como personal. En esos casos, la justificación para intervenciones no puede descansar en supuestos juicios libres de valor, por lo que urge estar siempre atentas/os a no repetir los casos más oscuros de la historia de la psiquiatría (e.g. drapetomanía, patologización de la homosexualidad, entre otros), ya que en el ámbito de la personalidad todavía no hay conceptos de disfunción o daño intrínseco que garanticen un terreno neutral.

Si las conclusiones de lo expuesto en este artículo son correctas, no tenemos buenas razones para mantener en nuestra mejor nosología los trastornos de personalidad. Esto debido a que no tienen límites claros en su definición actual, carecen de condiciones patognomónicas que permitan hacer un diagnóstico diferencial y a que son constitutivamente sociales, por lo que estaríamos

patologizando sufrimiento resultante de conflictos entre individuos y la sociedad en la que se encuentran. Frente a la situación del DSM-5, Ian Hacking (2013) propuso abandonar la taxonomía de inspiración Linneana, que es útil a la hora de clasificar entidades con un origen común, como plantas y animales, pero que no funciona para aquellas que no lo tienen (como los minerales y, en este caso, los trastornos mentales). Otras propuestas emergentes de reclasificación que han surgido en los últimos años, como aquellas basadas en jerarquías basadas en la clínica (HiTOP) o en sistemas de valencia, cognitivos, sensorimotrices, regulatorios del sueño-vigilia y sociales (RDoC), presentan problemas conceptuales relevantes: vaguedad, ausencia de criterios patognomónicos, arbitrariedad a la hora de atribuir patología/disfunción. Independiente del éxito o fracaso futuro de propuestas en desarrollo, los argumentos aquí presentados apuntan a que la taxonomía de trastornos de personalidad actual no permite justificar hablar de enfermedad o trastorno desde enfoques naturalistas (e.g. BST), normativistas, ni mixtos (e.g. HDA).

Referencias

- Abouelleil, M., y Bingham, R. (2014). Can psychiatry distinguish social deviance from mental disorder? *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 21(3), 243–255. <https://doi.org/10.1353/ppp.2014.0043>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.)*. American Psychiatric Publishing.
- Amundson, R. (2000). Against normal function. *Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31(1), 33–53. [https://doi.org/10.1016/S1369-8486\(99\)00033-3](https://doi.org/10.1016/S1369-8486(99)00033-3)
- Anjum, R. L. y Rocca, E. (2020). When a Cause Cannot Be Found. En R. Anjum, S. Copeland y E. Rocca (eds.), *Rethinking Causality, Complexity and Evidence for the Unique Patient* (pp.57-74). Springer. http://dx.doi.org/10.1007/978-3-030-41239-5_4
- Archer, N. M., Petersen, N., Clark, M. A., Buckee, C. O., Childs, L. M. y Duraisingh, M. T. (2018). Resistance to Plasmodium falciparum in sickle cell trait erythrocytes is driven by oxygen-dependent growth inhibition. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(28), 7350–7355. <https://doi.org/10.1073/pnas.1804388115>
- Banner, N. F. (2013). Mental disorders are not brain disorders. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 19(3), 509–513. <https://doi.org/10.1111/jep.12048>
- Bechtel, W. (2007a). *Mental Mechanisms*. Taylor and Francis. <http://dx.doi.org/10.4324/9780203810095>
- Bechtel, W. (2007b). Reducing psychology while maintaining its autonomy via mechanistic explanations. En M. Schouten y H. Looren de Jong (Eds.), *The matter of the mind: Philosophical essays on psychology, neuroscience, and reduction* (pp. 172–198). Blackwell Publishing.

- Bechtel, W. (2009). Looking down, around, and up: Mechanistic explanation in psychology. *Philosophical Psychology*, 22(5), 543–564. <https://doi.org/10.1080/09515080903238948>
- Bechtel, W. y Mundale, J. (1999). Multiple Realizability Revisited: Linking Cognitive and Neural States. *Philosophy of Science*, 66(2), 175–207. <https://doi.org/10.1086/392683>
- Bentall, R. P. (1992). A proposal to classify happiness as a psychiatric disorder. *Journal of medical ethics*, 18(2), 94–98. <https://doi.org/10.1136/jme.18.2.94>
- Beresford, P., Perring, R., Nettle, M. y Wallcraft, J. (2016). *From Mental Illness to a Social Model of Madness and Distress*. London: Shaping Our Lives.
- Bergner, R. M. y Bunford, N. (2017). Mental disorder is a disability concept, not a behavioral one. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 24(1), 25–40. <https://doi.org/10.1353/ppp.2017.0004>
- Bickle, J. (2003). *Philosophy and Neuroscience*. Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-94-010-0237-0>
- Bingham, R., & Banner, N. (2014). The definition of mental disorder: Evolving but dysfunctional? *Journal of Medical Ethics*, 40(8), 537–542. <https://doi.org/10.1136/medethics-2013-101661>
- Binney, N. (2018). The function of the heart is not obvious. *Studies in history and philosophy of biological and biomedical sciences*, 68-69, 56-69. <https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2018.05.003>
- Boldrini, T., Tanzilli, A., Pontillo, M., Chirumbolo, A., Vicari, S. y Linguardi, V. (2019). Comorbid Personality Disorders in Individuals with an At-Risk Mental State for Psychosis: A Meta-Analytic Review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 429. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00429>
- Bolton, D. (2008). *What Is Mental Disorder? An Essay in Philosophy, Science, and Values*. Oxford University Press.
- Boorse, C. (1976). What a Theory of Mental Health should be. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 6(1), 61–84. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1976.tb00359.x>
- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44(4), 542–573. <https://doi.org/10.1086/288768>
- Boorse, C. (2014). A second rebuttal on health. *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*, 39(6), 683–724. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu035>
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5–13. <https://doi.org/10.1002/wps.20375>
- Borsboom, D., Cramer, A. O. J. y Kalis, A. (2019). Brain disorders? Not really: Why network structures block reductionism in psychopathology research. *Behavioral and Brain Sciences*, 42. <https://doi.org/10.1017/S0140525X17002266>
- Bortolotti, L. (2020). Doctors without ‘Disorders.’ *Aristotelian Society Supplementary Volume*, 94(1), 163–184. <https://doi.org/10.1093/arisup/akaa006>

- Brainstorm Consortium, Anttila, V., Bulik-Sullivan, B., Finucane, H. K., Walters, R. K., Bras, J., Duncan, L., Escott-Price, V., Falcone, G. J., Gormley, P., Malik, R., Patsopoulos, N. A., Ripke, S., Wei, Z., Yu, D., Lee, P. H., Turley, P., Grenier-Boley, B., Chouraki, V., Kamatani, Y., ... y Murray, R. (2018). Analysis of shared heritability in common disorders of the brain. *Science* (New York, N.Y.), 360(6395), eaap8757. <https://doi.org/10.1126/science.aap8757>
- Brown, S., Shankar, R. y Smith, K. (2009). Borderline personality disorder and sensory processing impairment. *Progress in Neurology and Psychiatry*, 13(4), 10–16. <https://doi.org/10.1002/pnp.127>
- Brülde, B. y Radovic, F. (2006). What Is Mental About Mental Disorder?. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 13(2), 99–116. <https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0001>
- Buller, D. (2005). *Adapting minds: evolutionary psychology and the persistent quest for human nature*. MIT Press.
- Ceusters, W. y Smith, B. (2010). Foundations for a realist ontology of mental disease. *Journal of Biomedical Semantics*, 1(10). <https://doi.org/10.1186/2041-1480-1-10>
- Chapman, R. (2021). Neurodiversity and the Social Ecology of Mental Functions. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1360–1372. <https://doi.org/10.1177/1745691620959833>
- Churchland, P. M. (1981). Eliminative Materialism and Propositional Attitudes. *Journal of Philosophy*, 78(2), 67–90. <https://doi.org/10.5840/jphil198178268>
- Craver, C. F. y Bechtel, W. (2007). Top- down causation without top- down causes. *Biology and Philosophy*, 22(4), 547–63. <http://dx.doi.org/10.1007/s10539-006-9028-8>
- Craver, C. F., & Kaplan, D. M. (2011). Towards a mechanistic philosophy of neuroscience. En S. French, & J. Saatsi (Eds.), *The Continuum companion to the philosophy of science* (pp. 268–292). Continuum.
- Cross-Disorder Group of the Psychiatric Genomics Consortium (2013). Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *Lancet (London, England)*, 381(9875), 1371–1379. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62129-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62129-1)
- d’Huart, D., Steppan, M., Seker, S., Bürgin, D., Boonmann, C., Birkhölzer, M., Jenkel, N., Fegert, J. M., Schmid, M. y Schmeck, K. (2022). Prevalence and 10-Year Stability of Personality Disorders From Adolescence to Young Adulthood in a High-Risk Sample. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 840608. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.840678>
- Dalmau, J., Gleichman, A. J., Hughes, E. G., Rossi, J. E., Peng, X., Lai, M., Dessain, S. K., Rosenfeld, M. R., Balice-Gordon, R., & Lynch, D. R. (2008). Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *The Lancet Neurology*, 7(12), 1091–1098. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(08\)70224-2](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70224-2)
- Daly, H. L. (2015). Sex, vagueness, and the olympics. *Hypatia*, 30(4), 708–724. <https://doi.org/10.1111/hypa.12184>

- Dennett, D. (1987). *The Intentional Stance*. MIT Press.
- Dimaggio, G., Ottavi, P., Popolo, R., y Salvatore, G. (2020). *Metacognitive Interpersonal Therapy*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429350894>
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G. y Procacci, M. (2007). *Psychotherapy of Personality Disorders: Metacognition, States of Mind and Interpersonal Cycles*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203939536>
- Drescher, J. (2015). Out of DSM: Depathologizing homosexuality. *Behavioral Sciences*, 5(4), 565–575. <https://doi.org/10.3390/bs5040565>
- Ferrucci, L. y Studenski, S. (2015). Clinical Problems of Aging. En D. Kasper, A. Fauci, S. Hauser, D. Longo, J. Jameson y J. Loscalzo (eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine - 19th ed.* (pp. 70-85). New York, The McGraw-Hill Companies.
- First, M. B. (2012). The development of DSM-III from a historical/conceptual perspective. En K.S. Kendler y J. Parnas (eds.) *Philosophical Issues in Psychiatry II* (pp. 127–140). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199642205.003.0020>
- Franks, B. (2005). The role of the environment in cognitive and evolutionary psychology. *Philosophical Psychology*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1080/09515080500085387>
- Gazzaniga, M. y Mangun, G. R. (2019). *The cognitive neurosciences [6th ed]*. MIT Press.
- Gescher, D. M., Kahl, K. G., Hillemacher, T., Frieling, H., Kuhn, J. y Frodl, T. (2018). Epigenetics in Personality Disorders: Today's Insights. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 579. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00579>
- Godfrey-Smith, P. (2009). Triviality arguments against functionalism. *Philosophical Studies*, 145(2), 273–295. <https://doi.org/10.1007/s11098-008-9231-3>
- Gould, S. J. y Lewontin, R. C. (1979). The spandrels of San Marco and the Panglossian paradigm: a critique of the adaptationist programme. *Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 205(1161), 581–598. <https://doi.org/10.1098/rspb.1979.0086>
- Griffiths, P. E. (1996). The historical turn in the study of adaptation. *British Journal for the Philosophy of Science*, 47(4): 511–532. <http://dx.doi.org/10.1093/bjps/47.4.511>
- Guloksuz, S. y Van Os, J. (2018). The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychological Medicine*, 48(2), 229–244. <https://doi.org/10.1017/S0033291717001775>
- Hacking, I. (1983). *Representing and Intervening: Introductory Topics in the Philosophy of Natural Science*. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511814563>
- Hacking, I. (1995). The looping effects of human kinds. En D. Sperber, D. Premack y A. J. Premack (Eds.), *Causal cognition: A multidisciplinary debate* (pp. 351–394). Clarendon Press/Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780198524021.003.0012>

- Hacking, I. (2013). Lost in the Forest: Who needs the DSM?. *London Review of Books*, 35(15), 7-8. <https://www.lrb.co.uk/the-paper/v35/n15/ian-hacking/lost-in-the-forest>
- Harré, R. (1997). *The Singular Self. An Introduction to the Psychology of Personhood*. London: SAGE Publications.
- Heather, N. (1992). Why alcoholism is not a disease. *Medical Journal of Australia*, 156(3), 212-215. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1992.tb139711.x>
- Heather, N. (2017). Q: Is Addiction a Brain Disease or a Moral Failing? A: Neither. *Neuroethics*, 10(1), 115-124. <https://doi.org/10.1007/s12152-016-9289-0>
- Heffern, E. F. W., Huelskamp, H., Bahar, S. y Inglis, R. F. (2021). Phase transitions in biology: From bird flocks to population dynamics. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 288(1961). <https://doi.org/10.1098/rspb.2021.1111>
- Hengartner, M. P. y Lehmann, S. N. (2017). Why psychiatric research must abandon traditional diagnostic classification and adopt a fully dimensional scope: Two solutions to a persistent problem. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 101. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00101>
- Heshka, S. y Allison, D. B. (2001). Is obesity a disease? *International Journal of Obesity*, 25(10), 1401-1406. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0801790>
- Hesslow, G. (1993). Do we need a concept of disease? *Theoretical medicine*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.1007/BF00993984>
- Hofmann, B. (2010). The concept of disease-vague, complex, or just indefinable? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13(1), 3-10. <https://doi.org/10.1007/s11019-009-9198-7>
- Hogan, A. J. (2019). Moving away from the “medical model”: The development and revision of the world health organization’s classification of disability. *Bulletin of the History of Medicine*, 93(2), 241-269. <https://doi.org/10.1353/bhm.2019.0028>
- Hopwood, C. J. (2018). Interpersonal Dynamics in Personality and Personality Disorders. *European Journal of Personality*, 32(5), 499-524. <https://doi.org/10.1002/per.2155>
- Horwitz, A. V. y Wakefield, J. (2007). *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford University Press.
- Hucklenbroich, P. (2014). “Disease entity” as the key theoretical concept of medicine. *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*, 39(6), 609-633. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu040>
- Hucklenbroich, P. (2017). Disease entities and the borderline between health and disease: Where is the place of gradations. En G. Keil, L. Keuck y R. Hauswald (Eds.), *Vagueness in psychiatry* (pp. 75-92). Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780198722373.003.0004>

- Insel, T. R. y Cuthbert, B. N. (2015). Brain disorders? Precisely: Precision medicine comes to psychiatry. *Science*, 348(6234), 499–500. <https://doi.org/10.1126/science.aab2358>
- Jablensky, A. (2016). Psychiatric classifications: Validity and utility. *World Psychiatry*, 15(1), 26–31. <https://doi.org/10.1002/wps.20284>
- Jefferson, A. (2020). What does it take to be a brain disorder? *Synthese*, 197(1), 249–262. <https://doi.org/10.1007/s11229-018-1784-x>
- Jensen, J. D., Payseur, B. A., Stephan, W., Aquadro, C. F., Lynch, M., Charlesworth, D. y Charlesworth, B. (2018). The importance of the Neutral Theory in 1968 and 50 years on: A response to Kern and Hahn 2018. *Evolution*, 73(1), 111–114. <https://doi.org/10.1111/evo.13650>
- Joubert, C. (2016). Are mental disorders brain disorders? *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 17(3), 185–201. <https://doi.org/10.1891/1559-4343.17.3.185>
- Katz, D. L. (2014). Perspective: Obesity is not a disease. *Nature*, 508(7496), S57. <https://doi.org/10.1038/508S57a>
- Keil, G., Keuck, L. y Hauswald, R. (2017). Vagueness in psychiatry: An overview. En G. Keil, L. Keuck, y R. Hauswald (Eds.), *Vagueness in psychiatry* (pp. 3–23). Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/med/9780198722373.003.0001>
- Kendell, R. y Jablensky, A. (2003). Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *The American journal of psychiatry*, 160(1), 4–12. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.4>
- Kingma, E. (2014). Naturalism about health and disease: Adding nuance for progress. *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*, 39(6), 590–608. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu037>
- Köhne, A. C. J. y Isvoranu, A. M. (2021). A Network Perspective on the Comorbidity of Personality Disorders and Mental Disorders: An Illustration of Depression and Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 680805. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.680805>
- Kumar, S. y Patel, R. (2018). Neutral theory, disease mutations, and personal exomes. *Molecular Biology and Evolution*, 35(6), 1297–1303. <https://doi.org/10.1093/molbev/msy085>
- Lakatos, I. (1989). *La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza Editorial
- Lloyd, E. A. y Gould, S. J. (2017). Exaptation Revisited: Changes Imposed by Evolutionary Psychologists and Behavioral Biologists. *Biological Theory*, 12(1), 50–65. <https://doi.org/10.1007/s13752-016-0258-y>
- Löffler, A., Kleindienst, N., Neukel, C., Bekrater-Bodmann, R. y Flor, H. (2022). Pleasant touch perception in borderline personality disorder and its relationship with disturbed body

- representation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(3). <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00176-4>
- Ma, G., Fan, H., Shen, C. y Wang, W. (2016). Genetic and Neuroimaging Features of Personality Disorders: State of the Art. *Neuroscience bulletin*, 32(3), 286–306. <https://doi.org/10.1007/s12264-016-0027-8>
- Matthies, S. D. y Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)—review of recent findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1(3). <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-3>
- Melle I. (2013). The Breivik case and what psychiatrists can learn from it. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(1), 16–21. <https://doi.org/10.1002/wps.20002>
- Moncrieff, J. (2020). "It Was the Brain Tumor That Done It!": Szasz and Wittgenstein on the Importance of Distinguishing Disease from Behavior and Implications for the Nature of Mental Disorder. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 27(2), 169–181. <https://doi.org/10.1353/ppp.2020.0017>
- Moncrieff, J. (2022). The Political Economy of the Mental Health System: A Marxist Analysis. *Frontiers in Sociology*, 6, 771875. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.771875>
- Mulvany, J. (2000). Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder. *Sociology of Health and Illness*, 22(5), 582–601. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.00221>
- Nordenfelt, L. (2018). Functions and Health: Towards a Praxis-Oriented Concept of Health. *Biological Theory*, 13(1), 10–16. <https://doi.org/10.1007/s13752-017-0270-x>
- Oulis, P. (2012). On the nature of mental disorder: Towards an objectivist account. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 33(5), 343–357. <https://doi.org/10.1007/s11017-012-9224-2>
- Pallaro, H.A. y González-Trijueque, D. (2009). Informe forense: imputabilidad y trastorno antisocial de la personalidad. *Cuadernos de Medicina Forense*, (55), 55-66. <http://dx.doi.org/10.4321/S1135-76062009000100007>
- Papineau, D. (1994). Mental Disorder, Illness and Biological Disfunction. *Royal Institute of Philosophy Supplement*, 37(1994), 73–82. <https://doi.org/10.1017/s135824610000998x>
- Parnas J. (2013). The Breivik case and "conditio psychiatrica". *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 12(1), 22–23. <https://doi.org/10.1002/wps.20003>
- Pernu, T. K. (2019). Elimination, not reduction: Lessons from the Research Domain Criteria (RDoC) and multiple realisation. *Behavioral and Brain Sciences*, 42, e22. <https://doi.org/10.1017/S0140525X18001139>

- Peters, B. M. (2013). Evolutionary psychology: Neglecting neurobiology in defining the mind. *Theory & Psychology*, 23(3), 305–322. <https://doi.org/10.1177/0959354313480269>
- Peterson, D. y Keeley, J. W. (2015). Syndrome, Disorder, and Disease. *The Encyclopedia of Clinical Psychology*, 1–4. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp154>
- Pigliucci, M. y Kaplan, J. (2000). The fall and rise of Dr Pangloss: Adaptationism and the Spandrels paper 20 years later. *Trends in Ecology and Evolution*, 15(2), 66–70. [https://doi.org/10.1016/S0169-5347\(99\)01762-0](https://doi.org/10.1016/S0169-5347(99)01762-0)
- Polger, T. W. (2015). Realization and multiple realization, chicken and egg. *European Journal of Philosophy*, 23(4), 862–872. <https://doi.org/10.1111/ejop.12017>
- Pollak, T. A., Lennox, B. R., Müller, S., Benros, M. E., Prüss, H., Tebartz van Elst, L., Klein, H., Steiner, J., Frodl, T., Bogerts, B., Tian, L., Groc, L., Hasan, A., Baune, B. T., Endres, D., Haroon, E., Yolken, R., Benedetti, F., Halaris, A., Meyer, J. H., ... y Bechter, K. (2020). Autoimmune psychosis: an international consensus on an approach to the diagnosis and management of psychosis of suspected autoimmune origin. *The lancet. Psychiatry*, 7(1), 93–108. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30290-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30290-1)
- Purves, D., Augustine, G., Fitzpatrick, D., Hall, W.C., Lamantia, A., Mooney, R., Platt, L. y White, L. (2018). *Neuroscience*. [6th Ed]. Sinauer Associates.
- Ratti, E. y Germain, P. L. (2022). A relic of design: against proper functions in biology. *Biology and Philosophy*, 37(4), 1–28. <https://doi.org/10.1007/s10539-022-09856-z>
- Reichborn-Kjennerud, T. y Kendler, K. S. (2018). Genetics of personality disorders. En C. Schmahl, K. L. Phan y R. O. Friedel (Eds.), *Neurobiology of personality disorders* (pp. 57–73). Oxford University Press.
- Reznek, L. (1987). *The nature of disease*. Routledge. <http://dx.doi.org/10.4324/9781003283706-5>
- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the Mirror of Nature*. Princeton. <http://dx.doi.org/10.1515/9781400833061>
- Ross, C. A. y Margolis, R. L. (2019). Research Domain Criteria: Strengths, Weaknesses, and Potential Alternatives for Future Psychiatric Research. *Complex Psychiatry*, 5(4), 218–236. <https://doi.org/10.1159/000501797>
- Sacks, O. (2012). *Hallucinations*. New York: Knopf.
- Sarkar, S. (2015). The genomic challenge to adaptationism. *British Journal for the Philosophy of Science*, 66(3), 505–536. <https://doi.org/10.1093/bjps/axu002>
- Schramme, T. (2010). Can we define mental disorder by using the criterion of mental dysfunction? *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(1), 35–47. <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9136-y>
- Shea, M. T., Stout, R., Gunderson, J., Morey, L. C., Grilo, C. M., McGlashan, T., Skodol, A. E., Dolan-Sewell, R., Dyck, I., Zanarini, M. C. y Keller, M. B. (2002). Short-term diagnostic

- stability of schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *The American journal of psychiatry*, 159(12), 2036–2041. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2036>
- Smith, S. E. (2020). Is Evolutionary Psychology Possible? *Biological Theory*, 15(1), 39–49. <https://doi.org/10.1007/s13752-019-00336-4>
- Stoecker, R. y Keil, G. (2017). Disease as a vague and thick cluster concept. En G. Keil, L. Keuck y R. Hauswald (Eds.), *Vagueness in psychiatry* (pp. 46–74). Oxford University Press.
- Szasz, T. (1961). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. Harper & Row.
- Szasz, T. (2000). Mental disorders are not diseases. USA Today January issue, 30–31. Rescatado de <http://www.szasz.com/usatoday.html>
- Szasz, T. (2001). Mental illness: psychiatry's phlogiston. *Journal of Medical Ethics*, 27, 297–301.
- Telles-Correia D. (2018). Mental disorder: Are we moving away from distress and disability? *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(5), 973–977. <https://doi.org/10.1111/jep.12871>
- Tinkle, B. T., Bird, H. A., Grahame, R., Lavalley, M., Levy, H. P. y Sillence, D. (2009). The lack of clinical distinction between the hypermobility type of Ehlers-Danlos syndrome and the joint hypermobility syndrome (a.k.a. hypermobility syndrome). *American Journal of Medical Genetics, Part A*, 149(11), 2368–2370. <https://doi.org/10.1002/ajmg.a.33070>
- Tyrer, P., Reed, G. M. y Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717–726. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61995-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61995-4)
- Uscinska, M., Polla Mattiot, A., & Bellino, S. (2019). Treatment-Induced Brain Plasticity in Psychiatric Disorders. En S. Palermo y R. Morese (Eds.), *Behavioral Neuroscience*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.85448>
- van Voren, R. (2010). Political abuse of psychiatry: An historical overview. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 1, 33–5. <http://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbp119>
- Varga, S. (2011). Defining mental disorder. Exploring the “natural function” approach. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1747-5341-6-1>
- Wakefield J. C. (1992). The concept of mental disorder. On the boundary between biological facts and social values. *The American psychologist*, 47(3), 373–388. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.3.373>
- Wakefield, J. C. (2006a). Personality disorder as harmful dysfunction: DSM’s cultural deviance criterion reconsidered. *Journal of Personality Disorders*, 20(2), 157–169. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.2.157>

- Wakefield, J. C. (2006b). What Makes a Mental Disorder Mental? *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 13(2), 123–31. <https://doi.org/10.1353/ppp.2007.0010>
- Wakefield, J. C. (2014a). The biostatistical theory versus the harmful dysfunction analysis, part 1: Is part-dysfunction a sufficient condition for medical disorder?. *Journal of Medicine and Philosophy (United Kingdom)*, 39(6), 648–682. <https://doi.org/10.1093/jmp/jhu038>
- Wakefield, J. C. (2014b). Wittgenstein’s nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension. *World Psychiatry*, 13(1), 38–40. <https://doi.org/10.1002/wps.20097>
- Wakefield, J. C. (2015). Biological function and dysfunction. En D. Buss (ed.), *Handbook of Evolutionary Psychology* (pp. 988–1006). Wiley & Sons. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470939376.ch31>
- Wang, J., Chen, Z., Sun, W., Zheng, Y., Hui, L., Liu, X., Wang, J., Wu, H., Qiao, Y. y Zhang, T. (2019). A Strategy to Address High Comorbidity of Personality Disorders in a Chinese Population: A Principal and Subordinate Diagnostic Model. *Psychiatry*, 82(3), 272-282. <https://doi.org/10.1080/00332747.2019.1600218>
- Wilson, Holly A. (2014). Can Antisocial Personality Disorder Be Treated? A Meta-Analysis Examining the Effectiveness of Treatment in Reducing Recidivism for Individuals Diagnosed with ASPD. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(1), 36–46. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.890682>
- Wrigley, A. (2007). Realism and Anti-Realism about Mental Illness. *Philosophical Papers*, 36(3), 371–397. <https://doi.org/10.1080/05568641.2007.11733499>