

## *Proposición para clasificar la felicidad como un trastorno psiquiátrico*

Richard P. Bentall

Liverpool University

[Traducción de Carlos Pérez Soto]

[Corrección de la traducción Pablo Rojas Libano]

### Resumen del Autor [Author's Abstract]

*Se propone que la felicidad sea clasificada como un trastorno psiquiátrico [psychiatric disorder]<sup>1</sup> y sea incluida en las futuras ediciones de los manuales de diagnósticos más importantes bajo el nuevo nombre de: trastorno afectivo mayor, tipo agradable [pleasant]. A través de una revisión de la literatura relevante se muestra que la felicidad es estadísticamente anormal, consiste en un conjunto discreto de síntomas, está asociada con un rango de anormalidades cognitivas, y probablemente refleja un funcionamiento anormal del sistema nervioso central. Una objeción posible a esta proposición se mantiene: que la felicidad no es evaluada de manera negativa. Sin embargo esta objeción es desechada como científicamente irrelevante.*

### Palabras Claves

*Felicidad, trastornos afectivos mayores, psiquiatría.*

### Introducción

La felicidad es un fenómeno que ha recibido muy poca atención de parte de los psicopatólogos, quizás porque normalmente no es vista como causa de preocupación terapéutica. Por esta razón la investigación sobre el tema de la felicidad ha sido más bien limitada y cualquier afirmación en el conocimiento existente sobre este fenómeno debe, por lo tanto, ser apoyada por observaciones clínicas no controladas.<sup>2</sup>

Argumentaré, sin embargo, que hay, *prima facie* [a primera vista], evidencia a favor de la clasificación de la felicidad como un trastorno psiquiátrico [psychiatric disorder], apropiada para su inclusión en futuras revisiones de manuales diagnósticos como el *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual* [DSM, (III), (IV), (IV-TR)] o la *Organisation's International Classification of Diseases* [CIE (10)].

Estoy consciente de que esta proposición es contra intuitiva y probablemente será resistida por la comunidad de psicólogos y psiquiatras. Sin embargo, los que muestren tal resistencia tendrán que explicar la relativa seguridad [de los argumentos a favor de que] la felicidad sea considerada como un trastorno psiquiátrico al ser comparada con otras condiciones, firmemente establecidas [como trastornos], tales como la esquizofrenia. Anticipándome a las probables resistencias a mi proposición, por lo tanto, introduciré mis argumentos con una breve revisión de la literatura científica existente sobre felicidad. Gran parte del siguiente reporte está basado en el trabajo de Argyle (1)<sup>3</sup>

Es quizás prematuro intentar una definición exacta de felicidad. Sin embargo, a pesar de que aún no se han acordado criterios diagnósticos formales, parece probable que la felicidad tenga

---

<sup>1</sup> Nota del Traductor: Se consignan entre paréntesis cuadrados [] los términos ingleses que no se prestan a una traducción directa, y/o que pueden ser interpretados de manera técnica. También entre paréntesis cuadrados se registran las frases o palabras que son necesarias intercalar en el texto original para alcanzar un mayor efecto de sentido al traducirlo al castellano.

<sup>2</sup> Nota del Traductor: Se han convertido muchos puntos seguidos, que típicamente abundan en los artículos científicos especializados, en puntos aparte, para evitar que la lectura se haga pesada. Los puntos aparte del texto se muestran con salto de línea.

<sup>3</sup> Nota del Traductor: Tal como ocurre en la literatura científica especializada, se han mantenido las notas y citas al final del texto, sin traducir.

componentes afectivas, cognitivas y conductuales [behavioural]. Así, la felicidad es habitualmente caracterizada por un ánimo [mood] positivo, a veces descrito como “júbilo” [elation] o “alegría” [joy], aunque esto puede estar ausente en los estados felices más leves [milder], que a veces son llamados “contento” [contentment].

Argyle, en su revisión de la literatura empírica relevante, se centra más sobre los componentes cognitivos de la felicidad, los que describe en términos de una satisfacción general con áreas específicas del vivir tales como las relaciones personales [relationships] y el trabajo, y también en términos de la creencia de la persona feliz en su propia competencia y auto eficacia.

Los componentes conductuales de la felicidad son menos fáciles de caracterizar, pero expresiones faciales particulares, tales como “sonreír” [smiling], han sido observadas. Es interesante el hecho de que haya evidencia de que estas expresiones son comunes entre variadas [across] culturas, lo que sugiere que podrían tener un origen biológico (2).

Observaciones no controladas, como las que se encuentran en cuentos [plays] y novelas, sugieren que la gente feliz es a menudo descuidada, impulsiva e impredecible en sus acciones. Se han reportado cierta clase de conductas sociales acompañando a la felicidad, las que incluyen una alta frecuencia de contactos interpersonales recreacionales, y acciones de apoyo [prosocial actions] hacia otros identificados como menos felices (3). Esta última observación puede ayudar a explicar la persistencia de la felicidad a pesar de sus consecuencias inhabilitantes (que se describen más abajo): la gente feliz parece desear forzar su condición en compañeros y parientes infelices.

En ausencia de marcadores fisiológicos bien establecidos, parece probable que el estado de ánimo subjetivo continuará siendo el indicador más ampliamente reconocido de esta condición. En efecto, Argyle ha comentado que “si las personas dicen que están felices, entonces ellos *están* felices” (4). En este sentido, las reglas para identificar la felicidad son notablemente similares a aquellas que son usadas por los psiquiatras para identificar muchos otros trastornos [disorders] como, por ejemplo, la depresión.

La epidemiología de la felicidad ha sido escasamente investigada. Aunque parece probable que la felicidad es un fenómeno relativamente raro, las tasas exactas de su incidencia necesariamente dependen de los criterios para “felicidad” usados en cada investigación particular. (En este sentido la felicidad tampoco es [un caso de trastorno] único: problemas similares se han encontrado cuando se han hecho intentos de investigar la epidemiología de otros trastornos [disorders] tales como la esquizofrenia (5)).

Así, a pesar de que Warr y Payne (6) han encontrado que tanto como el 25 por ciento [de los entrevistados] en una encuesta en Inglaterra decían que estaban “muy contentos con las cosas [tal como ocurrieron] ayer”, Andrews y Withey (7), estudiando una gran muestra en Estados Unidos, encontraron que sólo el 5,5 por ciento de sus entrevistados se ubicaban a sí mismos en el nivel más alto de una escala de satisfacción vital de nueve puntos.

Uno de los problemas con esta tipo de datos es que han sido generados sin un buen criterio operacional [que defina] la felicidad, y se han centrado más en los componentes cognitivos de esta condición [condition]<sup>4</sup> (quizás porque son comparativamente más fáciles de medir) que en los componentes afectivos y conductuales. Es muy posible, por lo tanto, que las observaciones informales sean una mejor guía de la prevalencia de la felicidad en muestras [samples] específicas de la comunidad. Ciertamente, si las teleseries [soap operas] reflejan en algún sentido la vida real, la

---

<sup>4</sup> Nota de Traducción: es necesario considerar que la palabra “condition” se usa en la jerga médica habitual en inglés con la connotación de que se padece de una enfermedad, lo que no queda suficientemente expresado en la traducción literal, que es correcta en general.

felicidad es realmente un fenómeno relativamente raro en lugares tan apartados como Manchester, el Est End de Londres y Australia.

Es interesante el que, a pesar de toda la incerteza en torno a la epidemiología de la felicidad, hay evidencia de que está desigualmente distribuida entre las clases sociales: las personas que pertenecen a los grupos socioeconómicos más altos reportan afectos positivos mayores (8) lo cual puede reflejar el hecho de que están expuestos más frecuentemente a los factores de riesgo ambientales asociados a la felicidad.

Se podría hacer más luz sobre la naturaleza de la felicidad considerando su etiología. Aunque la causa o causas de la felicidad tienen aún que ser identificadas, las teorías etiológicas han implicado tanto factores ambientales como biológicos.

Respecto a los factores ambientales, parece haber pocas dudas en torno a que breves [discrete] episodios de felicidad siguen típicamente a eventos vitales positivos (9). Sin embargo, la observación de que algunas personas son habitualmente más felices que otras sugiere que factores menos transitorios pueden también jugar un importante rol.

Si bien [por un lado] se ha sugerido que la predisposición general hacia la felicidad está relacionada con la autoestima (10) y las habilidades sociales (1), dos variables que probablemente reflejan experiencias tempranas de aprendizaje, el hallazgo de que la extroversión es un buen predictor de felicidad incluso por años hacia el futuro (11) sugiere [por otro lado] que podrían haber implicados factores biológicos.

Evidencia de que la felicidad está relacionada con anormalidades cognitivas serán expuestas más adelante, cuando discuta la afirmación de que [se trata de un estado] irracional. Los estudios genéticos sobre la felicidad han sido una perspectiva de investigación descuidada, pero la evidencia neurofisiológica apunta a que involucra ciertos centros en el cerebro y a sistemas bioquímicos. Así, se ha encontrado que la estimulación de varias regiones cerebrales desencadena los componentes afectivos y conductuales de la felicidad en animales (12), como también lo hace la administración de drogas que afectan al sistema nervioso central tales como la anfetamina y el alcohol (13).

Considerando las evidencias [en torno a los factores] ambientales y biológicos en conjunto, puede ser necesario distinguir entre varios tipos diferentes de felicidad. Así, puede ser útil distinguir entre la *felicidad reactiva*, que se manifiesta usualmente como un episodio agudo seguido por una rápida remisión de los síntomas, y la *felicidad endógena*, la que puede ser un cuadro relativamente crónico, que puede ser seguida menos frecuentemente por mejoramientos sintomáticos. El diagnóstico diferencial de estos dos tipos de felicidad es un proyecto obvio para futuros estudios. Dadas las similitudes aparentes entre la felicidad y la depresión, parece posible que la felicidad endógena llegará a ser caracterizada por un ánimo [mood] positivo al principio de las mañanas, un gran apetito, una persistente erotomanía.

### La felicidad como una enfermedad [disease] psiquiátrica

Desde la emergencia de la profesión de psiquiatra en el siglo XIX se ha asumido habitualmente que los trastornos [disorders] psiquiátricos son formas de enfermedad [disease]. A pesar de que este supuesto no ha estado a salvo de cuestionamientos en los años recientes (14), permanece tan arraigado en las profesiones relacionadas con la salud mental que la demostración de que la felicidad califica como una enfermedad podría ser un poderoso argumento para incluirla en futuras nosologías de los trastornos psiquiátricos.

Históricamente han existido dos grandes aproximaciones a la definición de enfermedad [disease] (15). El primero, cuyo mejor ejemplo es el trabajo del doctor Thomas Sydenham en el siglo XVIII, implica la identificación de síndromes que consisten en conjuntos [cluster] de síntomas que ocurren juntos. El segundo, cuyo mejor ejemplo es el trabajo posterior de Virchow, implica la identificación de un proceso patológico que estaría causalmente implicado en una alteración del cuerpo o de la conducta.

En la práctica, los médicos dedicados a la investigación científica usualmente esperan que los dos tipos de clasificación converjan hasta hacer posible la formulación de un modelo causal de enfermedad. Sin embargo, para la mayoría de los trastornos psiquiátricos, esta posibilidad se encuentra [aún] en algún lugar del futuro (16). Por esta razón, cuando se considere la evidencia que [apunta hacia que] la felicidad es una enfermedad, será útil mantener en mente para comparar la evidencia pertinente para establecer el estatus de enfermedad de trastornos psiquiátricos ya reconocidos, como la esquizofrenia.

El asunto de si es o no posible identificar un síndrome de felicidad que sea significativo ha sido el tema de poquísimas investigaciones. De acuerdo con Argyle (1), la mayoría de los investigadores están de acuerdo en que mejor pensar la felicidad como una dimensión del afecto, más que como una categoría discreta de desequilibrio emocional: en este sentido al menos la felicidad parece ser similar tanto a la esquizofrenia como a la mayoría de los trastornos psiquiátricos (17).

Sin embargo, la relación entre la dimensión felicidad y las otras dimensiones afectivas permanece oscura. Así, en una investigación factorial analítica [factor-analitic]<sup>5</sup> (8) se ha observado que los reportes de felicidad y los reportes sobre estados afectivos evaluados de manera negativa obedecen a factores separados, sugiriendo que son independientes unos de otros.

Es interesante el hecho de que las personas que reportan alta *intensidad* de felicidad también reportan alta intensidad de otras emociones (18), lo cual podría ser visto como evidencia para la hipótesis (que se discute más adelante) de que la felicidad está relacionada con un estado neurofisiológico de desinhibición.

Con todo, la frecuencia con la que las personas reportan felicidad [y la frecuencia con que reportan] estados afectivos negativamente evaluados parecen estar correlacionadas de manera inversamente proporcional (19).

También existe algo de confusión en torno a la relación entre felicidad y el trastorno psiquiátrico de manía; aunque se podría esperar que sean condiciones [conditions, ver nota 4] relacionadas, Argyle (1) ha hecho ver que la manía, en contraste con la felicidad, es caracterizada principalmente por la excitación. Sin embargo, los criterios diagnósticos para los episodios hipomaniacos empleados por la Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (20) parecen permitir que la felicidad sea vista como un subtipo de hipomanía.

Considerando estas evidencias en su conjunto, se podría argumentar que hay escaso apoyo empírico a favor de la noción de un síndrome de felicidad discreto<sup>6</sup>. Por otro lado, la evidencia es realmente bastante favorable cuando es comparada con la evidencia que apoya a otros síndromes psiquiátricos ampliamente aceptados, tales como la esquizofrenia (20).

Ya se ha señalado que [hay] algunas evidencias de que la felicidad está relacionada con una perturbación [disturbance] del sistema nervioso central. Tal como es posible desencadenar [elicit]

---

<sup>5</sup> Nota de Traducción: los *análisis factoriales analíticos*, es decir, que distinguen y correlacionan “factores” de personalidad definidos independientemente, han sido muy frecuentes en las teorías de la personalidad norteamericanas.

<sup>6</sup> Nota de Traducción: hay que notar que la palabra “discreto” [discrete] se usa aquí para indicar que se trataría de un síndrome definido, distinguible y separable de manera clara de otros.

síntomas esquizofrénicos en algunos individuos estimulando el lóbulo parietal, también es posible producir felicidad por la estimulación del cerebro, aunque [en este caso se trataría] de los centros subcorticales (12).

Sin embargo, [ciertos] centros corticales también parecen estar implicados, así como [también] tanto las convulsiones del hemisferio izquierdo como la hemisferectomía derecha [hemispherectomy] han sido asociadas con estados de euforia prolongada; en efecto, se ha sugerido que los estados emotivos en general son regulados por un complejo balance de centros excitadores e inhibidores en ambos hemisferios, y que los estados afectivos anormales de cualquier clase reflejan una perturbación [disturbance] de este equilibrio (22).

Claramente, se requieren investigaciones biológicas adicionales para especificar con todo detalle el rol de las anomalías neurofisiológicas en la felicidad, pero se ha logrado un comienzo promisorio, y [se tiene ya] un cuadro bastante claro en comparación con los resultados variables [que se han logrado] en cerca de cien años de investigación en torno a la esquizofrenia (21).

En realidad, es la falta de progresos en la identificación de una patología [de tipo] biológico para la esquizofrenia y para otros trastornos psiquiátricos lo que ha llevado a algunos autores a rechazar la noción de que la esquizofrenia es una enfermedad [disease] (14) y a otros a argumentar que el criterio para [establecer lo que sería una] enfermedad no debería requerir la identificación de una patología [de tipo] biológica subyacente (23).

Claramente si, como he argumentado, la felicidad cumple el acotado criterio de enfermedad empleado en la medicina física, es también probable que cumpla con cualquier criterio más amplio invocado por la psiquiatría. Por ejemplo, se ha sugerido que, para los propósitos de la investigación psiquiátrica, una enfermedad [disease] sea simplemente considerada como cualquier desviación de la normalidad, ya sea por exceso o por déficit, que acarree al que la sufre alguna forma de desventaja biológica (24).

Ya ha sido discutida la evidencia de que la felicidad es estadísticamente anormal y, a pesar de la carencia de datos claros, hay al menos alguna razón en suponer que confiere una desventaja biológica, al menos en el corto plazo. Consistente evidencia clínica de una asociación entre felicidad, obesidad y descuido respecto del consumo de bebidas alcohólicas ha existido desde antes de la época de la medicina científica. Se dice, por ejemplo que Julio César habría preferido la compañía de hombres gordos debido a esa asociación<sup>7</sup> (25). Dado el bien establecido lazo tanto del alcohol como de la obesidad con enfermedades [illnesses] que amenazan la vida, parece razonable asumir que la felicidad conlleva un moderado riesgo para la vida. La observación común de que la felicidad lleva a conductas impulsivas es una razón adicional para esta preocupación.

Evidencias más claras de que la felicidad confiere una desventaja biológica se pueden encontrar en la literatura respecto de variadas mediciones de los estados de ánimo [mood states], pero antes de discutir esta evidencia será útil considerar primero la proposición, defendida por algunos filósofos, de que es la *irracionalidad*, más que la enfermedad lo que se debe considerar como criterio para [definir] los trastornos psiquiátricos.

### Felicidad, irracionalidad y cognición

Principalmente debido a las persistentes dudas en torno a aplicar el concepto de enfermedad a los trastornos psiquiátricos es que un cierto número de filósofos han sugerido que la cualidad de

---

<sup>7</sup> Nota del Traductor: el autor alude aquí a un pasaje de la obra de Shakespeare *Julio César*, acto I, escena II, en que el César sostiene que desearía que el personaje sobre el que se habla fuese más gordo, porque de esa manera revelaría que es feliz, y se podría confiar mejor en él.

*racionalidad* es más apropiada como criterio para distinguir entre tales trastornos y tipos de conducta y experiencia que no son dignos de atención psiquiátrica.

De acuerdo con Radden (26), la conducta puede ser descrita como irracional si es bizarra y socialmente inaceptable, [si] reduce los servicios esperados de un individuo, o [si] no está basada en buenas razones (es decir, aceptables y consistentes lógicamente); en este último caso en particular Radden cree que [tal] conducta debería ser objeto de escrutinio psiquiátrico.

Una perspectiva similar ha sido adoptada por Edwards (27) que sostiene que los casos *bona fide* de trastornos psiquiátricos [que se pueden aceptar de buena fe] se caracterizan por acciones que fallan en alcanzar su propósito manifiesto, por un pensamiento ilógico y repleto de contradicciones, por creencias que resultan falseadas por la experiencia, por la incapacidad de dar razones para las acciones, por pensamientos ininteligibles y sin sentido, y la carencia de imparcialidad y moderación.

Algunas definiciones de irracionalidad tienen claramente más sentido que otras. El carácter bizarro y la desaprobación social son criterio débiles para la irracionalidad debido a que están culturalmente acotados, y son difíciles de aplicar con algún grado de consistencia: la predilección Lancasteriana por la sangre de cerdo seca podría parecer bizarra a los Hotentotes, que prefieren comer babosas. Contra esto algunos autores han argumentado que las creencias delirantes deberían ser consideradas respecto de su trasfondo cultural, aunque esto tiene la desventaja de permitir a los regímenes totalitarios diagnosticar a los disidentes políticos como enfermos mentales [insanes] (28).

Para probar si la felicidad es o no irracional puede ser, por lo tanto, más seguro recurrir [fall back on]<sup>8</sup> a las anteriores aproximaciones para definir la irracionalidad, indicadas por Radden y Edwards. Así, aunque haya una carencia de datos relevantes, parece razonable asumir que la felicidad a menudo da lugar a acciones que fallan en obtener sus propósitos manifiestos, y que por lo tanto hacen disminuir los servicios esperables de la persona feliz.

Las potenciales amenazas vitales que son consecuencia de la felicidad han sido ya discutidas. Además, las personas felices pueden experimentar grandes dificultades con tareas triviales pero esenciales.

Tanto Radden como Edwards implican que la irracionalidad puede ser demostrada por la detección distorsiones y déficit cognitivos de toda clase. Hay excelentes evidencias experimentales de que las personas felices son irracionales en este sentido. Se ha mostrado que la gente feliz, en comparación con la gente triste o deprimida, resultan afectadas cuando recuperan eventos negativos desde la memoria de largo plazo (29).

Se ha mostrado también que la gente feliz exhibe variados errores [sesgos] de juicio que les impiden adquirir una comprensión realista de su entorno físico y social. Así, hay consistente evidencia de que la gente feliz sobrestima su control sobre los eventos de su entorno (a menudo hasta el punto de percibir eventos completamente aleatorios como producidos por su voluntad), que hacen evaluaciones positivas poco realistas de sus propios logros, que creen que otros comparten sus poco realistas opiniones sobre ellos mismos, que muestran una carencia general de imparcialidad cuando se comparan a sí mismos con otros (30).

Aunque la carencia de estos sesgos en las personas deprimidas ha llevado a muchos investigadores psiquiátricos a enfocar su atención sobre lo que ha llegado a ser conocido como *realismo depresivo*, es la falta de realismo de las personas felices lo que es más digno de ser notado, y es seguramente una clara evidencia de que tales personas deben ser vistas como psiquiátricamente trastornadas [disordered].

---

<sup>8</sup> Nota de Traducción: la expresión inglesa sugiere la connotación de que se trataría de una situación de emergencia.

## Posibles Objeciones

He argumentado que la felicidad cumple con todos los criterios razonables para [ser considerada como] un trastorno psiquiátrico. Es estadísticamente anormal, consiste en un conjunto acotado [discrete] de síntomas, hay al menos alguna evidencia de que refleja un funcionamiento anormal del sistema nervioso, y está asociada con variadas anomalías cognitivas – en particular, con una carencia de contacto con la realidad.<sup>9</sup>

La aceptación de estos argumentos lleva a la conclusión obvia de que la felicidad debe ser incluida en las futuras taxonomías de enfermedades [illness] mentales, probablemente como una forma de trastorno [disorder] afectivo. Esto la ubicaría en el Eje I del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría [DSM] (20).

Teniendo esto en mente, humildemente sugiero que el término del lenguaje ordinario “felicidad” sea reemplazado por la descripción, más formal, “*trastorno afectivo mayor, tipo agradable* [pleasant]”, en interés de la precisión científica, y con la esperanza de reducir cualquier ambigüedad diagnóstica.

Hay dos posibles objeciones a la inclusión del trastorno afectivo mayor, tipo agradable, como trastorno psiquiátrico. Primero, se podría argumentar que la felicidad no es normalmente causa de preocupación terapéutica. La preocupación terapéutica ha sido de hecho propuesta como un criterio para [definir una] enfermedad por Kraupl-Taylor (3) debido a la dificultad de formular un criterio menos arbitrario. Sin embargo, Kendell (15) ha criticado esta definición como peor que no hacer definición alguna debido a su obvia circularidad<sup>10</sup>, y por la inevitable implicación de que las enfermedades serían fenómenos determinados cultural e históricamente. Sobre esta base, [habría que aceptar que] la anemia celular, la anorexia nerviosa y la psicopatía (para nombrar tres ejemplos inequívocos de enfermedad descritos sólo en la época reciente) no eran enfermedades antes de su descubrimiento.

En cualquier caso, una vez que las consecuencias debilitantes de la felicidad lleguen a ser reconocidas ampliamente, es probable que los psiquiatras empezarán a prescribir tratamientos para esta condición, y podemos esperar la emergencia de una [orientación] clínica [para tratar] la felicidad y de medicamentos anti-felicidad en un futuro no muy lejano.

La segunda objeción, relacionada [con la anterior], a la proposición de que la felicidad sea vista como un trastorno psiquiátrico apunta sobre el hecho de que normalmente no es evaluada de manera negativa. En realidad, es testimonio del insidioso efecto de la felicidad sobre algunas de las grandes mentes en la historia el que algunos filósofos hayan argumentado que la búsqueda de la felicidad es el sentido último de todo esfuerzo humano. Sin embargo, es notable el que aún algunos de aquellos que han tenido la imprudencia de abogar por la máxima felicidad para el máximo número [de personas] han sido explícitos en rechazar aquellas formas extremas de felicidad relacionadas con los placeres [gluttony, literalmente: la glotonería] de los sentidos (32).

Más importante que esto, el argumento de que la felicidad sea excluida de las futuras clasificaciones de trastornos psiquiátricos meramente sobre la base de que no es evaluada de manera negativa conlleva la consecuencia de que los juicios de valor deberían determinar nuestra

---

<sup>9</sup> Nota del Traductor: notar que este último criterio, dicho más técnicamente, equivale a un inadecuado “juicio de realidad”.

<sup>10</sup> Nota del Traductor: el círculo que se produce es que un determinado estado sería una enfermedad si preocupa al terapeuta pero, a la vez, la única razón para que el terapeuta se preocupe es que ese estado sea una enfermedad...

aproximación a la clasificación psiquiátrica. Tal sugerencia es claramente hostil al espíritu de la psicopatología considerada como una ciencia natural.

En efecto, sólo una psicopatología que declare abiertamente la relevancia de los [juicios de] valor para la clasificación podría persistir en excluir la felicidad de los trastornos psiquiátricos.

*Richard Bentall es Senior Lecturer en el Departamento de Psicología Clínica de la Universidad de Liverpool.*

## Referencias

[Se han mantenido las referencias tal como aparecen en el texto original]

- (1) Argyle M. *The psychology of happiness*. London: Methuen, 1987.
- (2) Eibl-Eibesfeldt I. *Ethology: the biology of behaviour*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1975.
- (3) Andrews F M, Withey S B. Social indicators of well-being. London: Plenum, 1976; Batson D, Coke J S, Chard F, Smith D, Taliaferro A. Generality of the “glow of goodwill”: effects of mood on helping and information acquisition. *Social psychology quarterly* 1979; 42: 176-179; and O’Malley M N, Andrews L, The effects of mood and incentives on helping: are there some things that Money can’t buy? *Motivation and emotion* 1983; 7: 179-189.
- (4) See reference (1): 2.
- (5) Torrey E F. Prevalence studies in schizophrenia. *British journal of psychiatry* 1987; 150: 598-608.
- (6) Warr P, Payne R. Experience of strain and pleasure among British adults. *Social science and medicine* 1982; 16: 498-516.
- (7) See reference (3): Andrews and Withey
- (8) Bradburn N M, *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine, 1969.
- (9) MacPhillamy D J, Lewinson P M. *Manual for the pleasant events Schedule*. University of Oregon, 1976.
- (10) Campbell A. *The sense of well-being in America*. New York: McGraw-Hill, 1981.
- (11) Costa P T, McCrae R R, Norris A H. Personal adjustment to ageing: longitudinal prediction from neuroticism and extraversion. *Journal of gerontology* 1981; 36: 78-85.
- (12) Rolls E T. Effects of electrical stimulation of the brain on behaviour. *Psychology survey*. London: Allen and Unwin, 1979: 151-169.
- (13) Iversen S D, Iversen L L. *Behavioural pharmacology* (2nd ed.). New York: Oxford University Press, 1981.
- (14) Szasz T. *The myth of mental illness*. New York: Harper and Row, 1961 and Szasz T. *Schizophrenia: the sacred symbol of psychiatry*. New York: Basic Books, 1971.
- (15) Kendell R E. *The role of diagnosis in psychiatry*. Oxford: Blackwell, 1975.
- (16) Kendell R E. Clinical validity. In: Robins L N, Barrett J E, eds. *The validity of psychiatric diagnosis*. New York: Raven Press, 1989
- (17) Claridge G S. *The origins of mental illness*. Oxford: Blackwell, 1985.
- (18) Diesner E. Subjective well-being. *Psychological bulletin* 1984; 95: 542-575.
- (19) Diesner E, Larsen S, Emmons R A. Intensity and frequency: dimensions underlying positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology* 1984; 48: 1253-1265; Kammann R, Flett R. Affectometer 2: a scale to measure current level of general happiness. *Australian journal of psychology* 1983; 35: 259-265 and Warr P, Barter J, Brownbridge G. On the Independence of positive and negative affect. *Journal of personality and social psychology* 1983; 44: 644-651.

- (20) See the criteria for hypomania in the American Psychiatric Association's *Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders* (revised 3rd ed.) [DSM-III-R]. Washington: APA, 1987.
- (21) Bentall R P, Jackson H F, Pilgrim D. Abandoning the concept of schizophrenia: some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British journal of clinical psychology* 1988; 27: 303-324 and Bentall R P. The síndromes and syntoms of psuchosis: or why you can't play twenty questions with the concept of schizophrenia and hope to win. In Bentall R P ed. *Reconstructing schizophrenia*. London: Methuen, 1990.
- (22) Sakeim H. A neurodynamic perspective on the self: brain, thought and emotion. In: Hartman L M, Blankstein K R, eds. *Perception of self in emotional disorder and psychotherapy*. New York: Plenum, 1986.
- (23) Boorse C. What a theory of mental health should be. *Journal of the theory of social behaviour* 1976, 6: 61-84.
- (24) Cohen H. The evolution of the concept of disease. *Proceeding of the Royal Society of Medicine* 1948; 48: 155-160 and Kendell R E. The concept of disease and its implications for psychiatry. *British journal of psychiatry* 1975; 127: 305-315.
- (25) Shakespeare W. *Julius Caesar*. Cambridge: Cambridge University Press, 1965.
- (26) Radden J. *Madness and reason*. London: Unwin, 1985.
- (27) Edwards R. Mental health as rational autonomy. *The journal of medicine and philosophy* 1981; 6: 309-322.
- (28) Bentall R P. Compulsory care. In: Evans D. ed. *Why should we care?* London: MacMillan 1990.
- (29) Williams J M G, Watts F N, Macleod C, Matthews A. *Cognitive psychology and emotional disorders*. London: Wiley, 1989.
- (30) Alloy C B, Abramson L Y. Depressed and nondepressed students: sadder, buy wiser. *Journal of experimental psychology*, general 1979; 108: 441-485; and Alloy C B, Abramson L Y. Depressive realism: four perspectives. In: Alloy C B, ed. *Cognitive processes in depression*. New York: The Guilford Press, [1988].
- (31) Kraupl-Taylor F. A logical analysis of the medico-psychological concept of disease. *Psychological medicine* 1971; 1: 356-364.
- (32) Mill J S. *Utilitarianism, on liberty, and considerations on representative government*. London: Everyman Library, 1972.

## Comentarios

Carlos Pérez Soto  
Profesor de Física

1. Tal como se consigna en la línea de encabezado (se ha mantenido el formato del texto original), este texto fue publicado en el *Journal of Medical Ethics*, Volumen 18, de 1992, en las páginas 94-98. Se puede encontrar una edición en facsímil del texto original en:

- <http://jme.bmj.com/content/18/2/94>;
- <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1376114/pdf/jmedeth00282-0040.pdf>;
- o poniendo la línea: *Journal of Medical Ethics*, 1992, 18, 94-98, en Google.

2. La ironía de Bentall en este texto consiste en producir un texto científico, siguiendo todas las reglas y convenciones de los artículos especializados que aparecen en las publicaciones de corriente principal, pero proponiendo una idea que pasa a llevar el sentido común y, a la vez, cuestiona la razonabilidad de proposiciones del mismo estilo en torno a otros pretendidos "trastornos psiquiátricos".

Es importante notar que la forma en que está escrito este texto es justamente la que habitualmente se usa, de parte de comisiones y consultores expertos, para proponer nuevas clasificaciones para el

Manual de Diagnóstico DSM. Estas recomendaciones fueron públicas hasta el DSM-IV, en la redacción del DSM-V en cambio se envían a la APA y se mantienen bajo acuerdos y compromisos de “confidencialidad”, es decir, son secretas.

3. En inglés existen cuatro términos que, en general, y de acuerdo a su uso coloquial, podrían ser traducidos como “enfermedad”: *disorder*, *disease*, *illness*, *condition*.<sup>11</sup> En general, se suele usar *disease* para la enfermedad misma, en sentido médico (como la tuberculosis), e *illness* para indicar la condición de sufrir una dolencia, también de tipo médico. En el mismo sentido, se suele entender habitualmente por *condition* estar afectado de una “condición” médica, en el sentido de padecer una enfermedad. En este caso la asociación más común, aunque no exclusiva, sugiere que se trataría de una enfermedad “mental”.

El término *disorder*, que equivale literalmente a *desorden* o *trastorno*, en cambio, refiere más a las consecuencias de sufrir una alteración (que puede ser o no una enfermedad), y se usa como sinónimo de enfermedad sólo por asociación. Esto permite una ambigüedad que los redactores del DSM aprovechan en toda su extensión: por un lado dicho Manual NO dice directamente que las alteraciones que enumera son enfermedades, por otro lado la connotación de que se trataría efectivamente de enfermedades queda expresada en la asociación que se hace comúnmente, en el lenguaje cotidiano, entre *disease* y *disorder*. Incluso, al discutir el punto, de manera muy sumaria, en su Introducción, el DSM deja el asunto sin resolver, sosteniendo, casi al pasar, que no existe una buena definición de enfermedad que sea unánimemente aceptable.

4. La habilidad central de Bentall en la redacción de este texto consiste en reproducir fielmente las gruesas ambigüedades, el estilo de vaguedad general encubierta en mediciones y escalas a su vez completamente imprecisas, que es típico de la literatura especializada en psiquiatría clínica.

El mejor ejemplo de esta estrategia son los párrafos dedicados a las supuestas bases neurológicas de la felicidad. Se invocan investigaciones que no concluyen realmente nada concreto, pero se declara solemnemente que se está a punto de encontrar evidencia empíricas directas gracias a los próximos avances en la investigación del cerebro. Es notable el hecho de que hoy en día (2011), veinte años después de este texto (1992), el estado de vaguedad general de las investigaciones sobre las bases neurológicas de la felicidad se mantiene exactamente igual.

Justamente por esta vaguedad, por lo poco concluyente de los resultados de la investigación neurológica, es que la diferencia propuesta entre *felicidad reactiva* y *felicidad endógena* opera como parodia de la diferencia del mismo tipo que se ha propuesto para múltiples malestares subjetivos como la depresión o las manías.

5. Richard Bentall ha dedicado una buena parte de su labor teórica y práctica como psiquiatra a criticar la idea de esquizofrenia, y las diversas formas en que este cuadro es tratado por la psiquiatría predominante. Es por esto que la comparación entre felicidad y esquizofrenia es invocada en varias partes del texto.

Sus contribuciones a esta tarea crítica se pueden en la antología *Models of Madness*, Routledge, Nueva York, 2004. En castellano: *Modelos de Locura*, John Read, Loren R. Mosher y Richard P. Bentall, eds., Herder, Barcelona, 2006.

---

<sup>11</sup> También existe el término *sickness*, se trata sin embargo de una expresión que refiere claramente al malestar físico, por lo que es raro que se use respecto de trastornos mentales. En este texto no aparece ni una sola vez.