

Diplomado Internacional: Diagnóstico, Indicación y Estrategias en Psicoterapia:

Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado (OPD-2)

3ª versión

CURSO I

UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
HEIDELBERG CENTER
LATINAMERIKA



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

ORGANIZAN:

Pontificia Universidad Católica de Chile

Unidad de Psicoterapia Adultos, Departamento de Psiquiatría, Escuela de Medicina
en colaboración con Heidelberg Center de la Universidad de Heidelberg Alemania.

ÍNDICE

I.	¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?	5
II.	EL DIAGNÓSTICO EN PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA	6
III.	HISTORIA CONCEPTUAL DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO	7
IV.	CLASIFICACIONES CONTEMPORÁNEAS	11
V.	EL PROBLEMA DE LA INDICACIÓN	15
VI.	BIBLIOGRAFÍA	16



CURSO I

INTRODUCCIÓN AL DIAGNÓSTICO E INDICACIÓN

Dr. Luis Alvarado

I. ¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?

La psicoterapia es el proceso que emerge desde el encuentro entre un paciente y un terapeuta entrenado en la evaluación y generación de cambios en los patrones relacionales, de conflictos y déficits estructurales, responsables de una merma en la calidad de vida del sujeto. Éstos no constituyen necesariamente un trastorno clínico y podrían denominarse patrones, rasgos y/o conflictos disfuncionales o trastornos situados bajo el umbral del diagnóstico. El siguiente caso A ilustra lo planteado:



CASO A

La persona presenta marcados rasgos obsesivos y gran parte de sus interacciones se centran en torno al control y sometimiento. En la primera entrevista insiste en “conducirla”, oscilando entre una actitud sumisa y otra desafiante y controladora. Refiere ser muy riguroso en el control de sus gastos e ingresos, explicando minuciosamente cómo se distribuyen los gastos en su familia.

*En el **caso A**, aunque la magnitud de su disfunción no califica como trastorno clínico, se traduce en un desmedro de su calidad de vida y de sus relaciones interpersonales. En ese sentido, corresponde a lo que se denomina trastornos subclínicos.*

Etimológicamente, la palabra terapia proviene del griego *therapia, therapeia*, que significa tratamiento o cura. Naturalmente, ella es precedida por un proceso diagnóstico que busca identificar y distinguir estos patrones y conflictos disfuncionales. Asimismo, es necesario plantear hipótesis y formular un pronóstico al respecto. El siguiente caso lo ilustra :



CASO B

B es un ingeniero de 36 años, dice sentirse ocasionalmente desganado y deprimido. Exitoso económicamente, describe a otros como “menos sofisticados” y atractivos. Sus parejas son referidas como personas subordinadas a él, aunque se desilusiona rápidamente de ellas. Describe “cuidar” su cuerpo, sometiéndose a rigurosas rutinas de ejercicio. Recuerda su infancia como solitaria, aunque con un vínculo muy estrecho con su madre, que cifraba en él todas sus expectativas de éxito, económicas y sociales.

*Un conflicto central en el **Caso B** es la autoestima (omnipotencia), así como un patrón de relaciones centrado en la desvalorización e idealización de otros. Aunque su autoestima parece elevada, la entrevista muestra una lucha permanente por mantenerla estable, mediante el cuidado de su cuerpo y vestimenta. El diagnóstico de rasgos disfuncionales narcisistas permite predecir la aparición de síntomas depresivos frente al decaimiento corporal normal, hipótesis que se confirma en la entrevista.*

II. EL DIAGNOSTICO EN PSICOLOGÍA Y PSIQUIATRÍA

Históricamente, el diagnóstico en psiquiatría y psicología ha evolucionado considerablemente, en paralelo al desarrollo de otras disciplinas que lo modulan e influyen, como la sociología y la filosofía. Los paradigmas se han desarrollado hacia una psicopatología del “entre”, enfatizando el rol de la intersubjetividad en el diagnóstico.

Este proceso ha impulsado el desarrollo de nuevos sistemas clasificatorios, crecidos al amparo de conceptos teóricos diferentes. Éstos han destacado diferentes aspectos del diagnóstico e indicación, por ejemplo: el DSM IV, planteado como un sistema no teórico, enfatiza el diagnóstico absteniéndose de plantear una indicación terapéutica y un foco del tratamiento. El problema de la indicación adquiere importancia cuando se consideran los costos psicológicos, económicos y sociales que implica una indicación errónea. En este contexto, cobra importancia el desarrollo de una indicación personalizada, que considere los recursos y limitaciones psicológicas y sociales de cada paciente en particular.

Esta tarea se ha visto dificultada por la diversidad de modelos psicoterapéuticos, los diferentes niveles de abstracción con los que operan y las propuestas psicoterapéuticas derivadas. Esta situación dificulta la comunicación entre los clínicos, generando una verdadera “torre de Babel” conceptual.

La situación descrita ha promovido el desarrollo de modelos diagnósticos que permitan describir y operacionalizar¹ la experiencia del paciente, en un nivel intermedio entre la meta-psicología y lo descriptivo. Un objetivo central en esta tarea es consensuar, sin alejarse demasiado de la riqueza provista por la observación clínica.

¹ Aunque esta palabra no existe en el Diccionario de la RAE ni en la Nueva Adaptación de éste, la usamos en este contexto para definir el proceso de generar conceptos consensuales factibles de ser puntuados por observadores con distintos grados de experiencia

APERTURA DE CASO

C es estudiante del área de la salud, ingresa a la clínica por un intento suicida con sobredosis de psicofármacos. Es el mayor de 5 hermanos y vive con ambos padres. Refiere que desde niño se preocupaba mucho por el bienestar emocional de sus padres y hermanos. Desde niño ayudaba a sus hermanos menores con las tareas del colegio y en la casa, velaba por ellos si estaban enfermos o requerían apoyo emocional. De este modo, fue desarrollando una sensibilidad notable en la detección de los estados emocionales de los otros, aunque esta capacidad no se trasladaba al diagnóstico de los propios.

En esta situación C se percata que los otros se desarrollan, crecen, egresan de sus carreras y progresivamente lo van necesitando menos. Esta situación se hace crítica cuando su hermano menor decide irse de la casa a convivir con su pareja.



AUTOEVALUACIÓN

- ☐ ¿Cómo describiría su estructura familiar?
- ☐ Las situaciones descritas corresponden tanto a un conflicto(s) intrapsíquico(s) como a un patrón relacional. Describa(los) e identifíquelo(s) de acuerdo a sus conocimientos previos.
- ☐ Plantee una hipótesis psicogenética provisoria.

III. HISTORIA CONCEPTUAL DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

A. ¿QUÉ ES DIAGNOSTICAR O REALIZAR UN DIAGNÓSTICO?

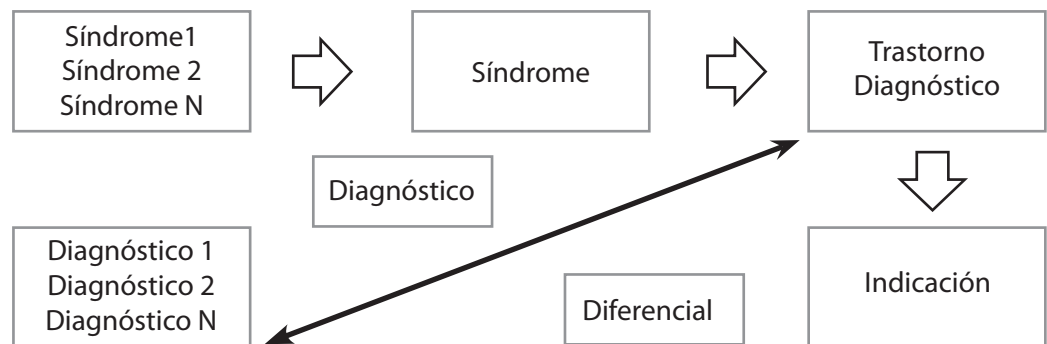
Es un proceso analítico, que primero busca identificar grupos de fenómenos y, en una segunda instancia, identificar patrones recurrentes, vivenciales, emocionales y conductuales. El diagnóstico emerge en un marco conceptual previo (teoría), que es necesario considerar al momento de su análisis.

La palabra diagnóstico tiene dos raíces etimológicas: una proveniente de la cultura griega y otra de la cultura latina. En la primera, tenemos **diagnòstikos thekné** (el arte de distinguir), derivado de *dia* (a través de) y *gnoskein* (conocer). Lo mismo ocurre en el latín *dia* (distinguir, separar), *cognoscere* (conocer).

Entonces, diagnosticar implica un conocimiento previo, no es posible ver sin antes conocer; distinguir entre los trastornos posibles y especialmente entre aquellos semejantes (diagnóstico diferencial), por ejemplo, entre depresión mayor y depresión melancólica; plantear hipótesis etiológicas (causales); patogénicas (cómo se produjo el trastorno) y pronósticas (el desarrollo futuro de la persona que sufre el trastorno).

Es importante señalar que es imposible referirse al diagnóstico sin remontarse al relato subjetivo del sujeto (síntoma), pues éste resulta de diferentes agrupaciones de síntomas, que presentamos en el esquema a continuación. En última instancia, el proceso diagnóstico no aspira a la reconstrucción de una verdad histórica, pues es la inferencia del terapeuta acerca de las inferencias del paciente.

El gráfico siguiente resume lo expuesto:



AUTOEVALUACIÓN

- ☐ Considerando el diagnóstico de Depresión Mayor, plantee un diagnóstico diferencial, un diagnóstico causal o etiológico y un pronóstico.
- ☐ Enumere dos limitaciones del concepto de diagnóstico desarrollado hasta ahora.

En psiquiatría y psicología el diagnóstico ha tenido una considerable evolución histórica, paralelo al desarrollo de otras disciplinas que lo influyen y modulan, como la sociología, la filosofía y la estética. En el proceso diagnóstico, los factores transculturales juegan un rol importante. Considerarlos previene los falsos positivos, por ejemplo, los **estados oniroides** en la etnia mapuche, que son más un rito de la machi que una auténtica psicosis. Al mismo tiempo, se amplía el universo diagnóstico, por ejemplo, el “ataque de nervios” en Estados Unidos, el **Koro** en los países del sudeste asiático, el Amok en diferentes culturas, entre otros.

La evolución de las nociones filosóficas de sujeto, mundo e intersubjetividad, han influido fuertemente en los modelos psicopatológicos y en los procesos diagnósticos emergentes.

B. TIPOS DE DIAGNÓSTICO

Existen diversos tipos de diagnósticos, de acuerdo al tratamiento otorgado a las agrupaciones de síntomas. La siguiente tabla presenta un panorama de ellos (Millon 1998).

POLARIDADES CONCEPTUALES DEL DIAGNÓSTICO

Categorial <ul style="list-style-type: none"> Entidades discretas Normalidad vs. Anormalidad Entidades mutuamente excluyentes 	Dimensional <ul style="list-style-type: none"> Entidades continuas Continuo normalidad/anormalidad Entidades incluyentes
Nomotético <ul style="list-style-type: none"> Desarrollo conceptos y teorías Exclusión del sujeto Grandes muestras de población 	Idiográfico <ul style="list-style-type: none"> Estudio de la singularidad Inclusión del sujeto Estudio individual
Monotético <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico requiere la presencia de un(os) síntoma(s) fundamental(es) 	Politético <ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico se establece con un número de síntomas predeterminados (en general 3 de 6)
Prototípico <ul style="list-style-type: none"> Tipos ideales de personalidad (Weber) Cada trastorno tendría diferentes grados de cercanía con el tipo ideal (Typus Melancholicus en la Melancolía) Ningún trastorno lo encarna plenamente 	

Es interesante que el mismo diagnóstico puede comprenderse tanto dimensional como categorialmente ó ser una mezcla de ambas. Lo mismo sucede con los síntomas de cuya agregación se desprende el diagnóstico. Consideremos v.gr. el síntoma “*impulsividad*” ó “*déficit en el control de los impulsos*”. Puede conceptualizarse **dimensionalmente** (se es más ó menos impulsivo, lo que puede ser representado en una curva asintótica), **categorialmente** como síntoma discreto (se es o NO se es impulsivo) ó una mezcla de ambas perspectivas: se es ó no impulsivo y simultáneamente, se es más ó menos (intensidad) impulsivo.



AUTOEVALUACIÓN

- ☐ Utilizando las características mencionadas, ¿cuáles describirían **mejor** un trastorno de personalidad?
- ☐ Enumere tres cuadros clínicos de modulación transcultural.

III. HISTORIA CONCEPTUAL DEL DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

Como se ha señalado, los modelos diagnósticos tienen una naturaleza “líquida”, en términos de estar sujetos a las variaciones de la época en que surgen y los modelos que los sustentan. La siguiente tabla desarrolla este punto, exponiendo los puntos de vista filosóficos que han sustentado diferentes formas de aproximación al diagnóstico. (Clarkin, Widiger, Frances et al 1983; Tellenbach 1981; Weber 1949, 1988; Megone 1998; Wakefield 1992).

Naturalismo	Evaluacionismo
Causalismo	Descriptivismo
Esencialismo	Nominalismo
Entitarios	Agenciarios
Categóricos	Dimensionales

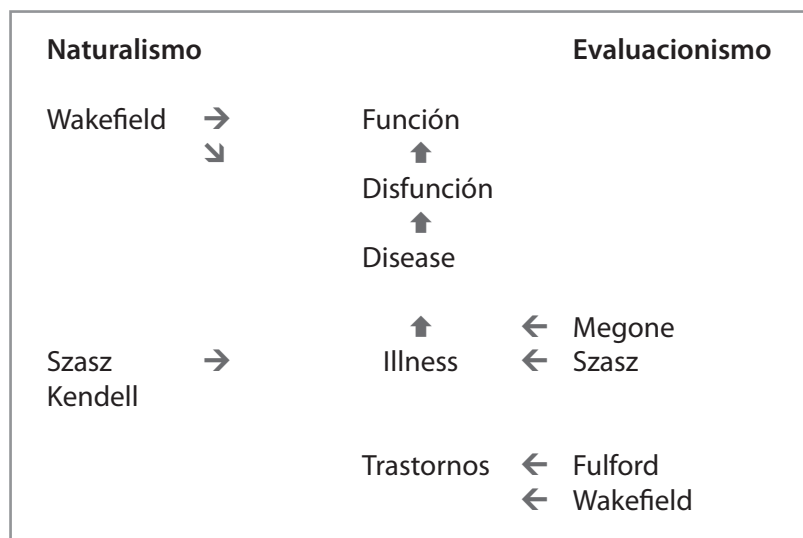
Solo para ilustrar lo anterior:

■ NATURALISMO VERSUS EVALUACIONISMO

En el **naturalismo** (*causas sin teleología*), el énfasis está puesto en la función natural, por ejemplo, “las piernas son para caminar”, “la función natural del hombre es pensar” (Aristóteles, *Ética a Nicómaco*). No hay juicio de valor y se basa en la cadena: función, disfunción, *disease*, *illness*, trastorno.

El **evaluacionismo** (*teleología con valores*) plantea enfáticamente que la salud y la enfermedad son conceptos valóricos, dependientes de la cultura. Un ejemplo de ello es la postura de Wakefield (1992, 1997), que plantea que un trastorno mental requiere la presencia de una disfunción dañina para el sujeto y/o los otros. Con ello, se sitúa en una doble vertiente conceptual: la **disfunción** (en la estructura del aparato psíquico) y el **daño** (para el sujeto y/o otros). Con ello se sitúa desde el naturalismo (disfunción) y desde el evaluacionismo, al enfatizar el rol del funcionamiento maladaptativo.

El siguiente recuadro expone cómo se sitúan los diferentes autores frente al diagnóstico (Wakefield op.cit., Megone op.cit.; Szasz 1991)



Por ejemplo, Thomas Szasz (op.cit) plantea que la esquizofrenia es una construcción, usada como mecanismo de control social de lo marginal (evaluacionismo), pero trata a sus pacientes desde una perspectiva naturalista (medicando, internando).

IV. CLASIFICACIONES CONTEMPORÁNEAS

■ DSM IV TR

Suficiente ya ha sido escrito acerca de las debilidades metodológicas del DSM-IV y el futuro DSM-5 (First & Frances 2008; Frances 2010) deficiente confiabilidad y validez, disminución de los umbrales diagnósticos y la posibilidad de incluir falsos positivos, entre otros (Kendell & Jablensky 2003; Frances; Schneider).

La siguiente tabla muestra el desarrollo histórico del modelo DSM, los criterios subyacentes y el aumento progresivo del número de trastornos en cada nueva versión. En parte, puede deberse a su estructura politética, que posibilita el diagnóstico en virtud de criterios inespecíficos.

El concepto de comorbilidad, es decir, la presencia de dos o más trastornos en un mismo paciente, ocurre frecuentemente en el DSM IV. Esto puede ser una realidad clínica: por ejemplo, en un paciente con un trastorno de personalidad que presenta una Anorexia Nerviosa, es aceptable que la búsqueda de una hipótesis unificadora sea un camino más fructífero. Históricamente, este principio se ha llamado la "Navaja de Ocam".²

² "Navaja de Ocam" es un término muy usado en medicina y se refiere al deseo de plantear hipótesis parsimoniosas frente a un trastorno/disfunción

Versión	Año desarrollo	Características	Fundamento teórico
DSM I	1952	Centrado en evaluación y tratamiento Ligado a Fuerzas Armadas de USA. Standard en Hospitales de Veteranos de Guerra 106 diagnósticos	Psicodinámico Psicométrico Énfasis en evaluación inicial de las Fuerzas Armadas (USA)
DSM II	1968	Conserva diagnóstico de Neurosis Excluye diagnóstico de reacción 182 Diagnósticos	Básicamente psicodinámico Parcialmente neo-kraepeliano
	1974	Cambio en diagnóstico de homosexualidad a "trastornos de la orientación sexual"	Se conserva
DSM III	1980	Énfasis en aumentar la confiabilidad y validez del diagnóstico. Se abandona el diagnóstico de neurosis 265 diagnósticos	Neo kraepeliniana Orientación biológica Criterios basados en el RDC (Research Diagnostic Criteria) y los criterios de Feighner
DSM IIIR	1987	292 diagnósticos	
DSM IV	1994	297 diagnósticos	
DSM IV TR (TextRevised)	2000	Conserva estructura del DSM IV, expande criterios de significancia clínica Básicamente categorial Ocasionalmente dimensional Multiaxial Prototípico	Biológica Neokraepeliniana

A continuación se ilustra y discute el tema de la comorbilidad:



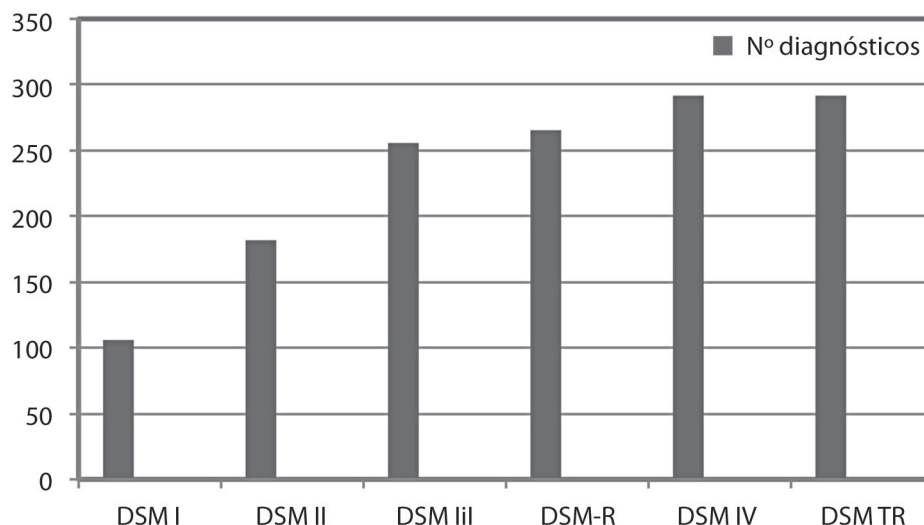
CASO C

C un paciente con un severo trastorno de personalidad, baja tolerancia a la frustración y alta impulsividad, presenta ocasionalmente episodios ansiosos y depresivos, en franca relación con eventos interpersonales que significa como frustrantes o decepcionantes. Lo mismo ocurre frente a situaciones de separaciones de pareja.

Conceptualizado desde el DSM IV, **Caso C** podría presentar una Depresión Mayor, un Trastorno de Ansiedad y un Trastorno de Personalidad. Desde una perspectiva psicodinámica p.ej, es plausible hipotetizar que los episodios descritos correspondan a descompensaciones –con síntomas ansiosos y depresivos - del trastorno de personalidad frente a eventos específicos, como la separación ó frustración.

El gráfico siguiente expone el aumento en el número de diagnósticos en cada nueva versión del modelo DSM:

**Variación temporal del número de trastornos
en las distintas versiones del DSM**



AUTOEVALUACIÓN

- ☐ ¿Cómo describiría el modelo DSM IV en términos de lo expuesto?
- ☐ Al considerar los fundamentos del diagnóstico (nominalismo, valorativo), ¿cómo describiría la depresión?
- ☐ En la misma vertiente, ¿qué piensa del diagnóstico de Psicopatía?

A continuación, se plantean dos problemas que emergen desde la estructura del DSM. Para ello, nos basaremos en el trabajo de Bernardi (2010), que compara sistemática y extensamente los sistemas clasificatorios DSM 5, OPD-2, PDM. Es plausible que al prescindir de los psicodinamismos subyacentes a los síntomas y centrarse en lo descriptivo, el DSM pudiese corromper la naturaleza de su intención y hacer irrelevante el diagnóstico planteado. Por ejemplo, la sintomatología descriptivamente obsesiva –después de una pérdida– podría estar al servicio de proteger contra la depresión.

Otro problema a considerar es el privilegiar la confiabilidad y validez estadística frente a la utilidad clínica (Kendell & Jablensky 2003). Ello implica que determinados aspectos del diagnóstico, posean gran importancia clínica, pese a su irrelevancia estadística.

Considerando el contexto previamente descrito y con el propósito de complementar con una mirada psicodinámica el diagnóstico descriptivo del CIE-10, surge en Alemania el Sistema de Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado, OPD (OPD Grupo de Trabajo, 1992). Aunque un objetivo declarado de este Diplomado es presentar y familiarizar al estudiante con la segunda versión del OPD, es necesario señalar someramente los cambios que experimenta el modelo desde la primera versión a la actual, OPD-2. La primera versión pretende situarse en un nivel medio de abstracción conceptual, introduciendo conceptos psicodinámicos básicos, de manera que faciliten el diálogo entre psicoterapeutas de diferentes corrientes psicoterapéuticas. En esta versión, el foco está básicamente centrado en la introducción de dimensiones cognitivas (Experiencia de Enfermedad y requisitos para el tratamiento), psicodinámicas (Conflicto, Patrón Relacional, Estructura de Personalidad) y de transición hacia los sistemas clasificatorios contemporáneos (Diagnóstico sindromático de acuerdo al CIE-10).

La segunda versión introduce tareas y objetivos diferentes:

- proponer una indicación personalizada (“tailor-made”), a la medida del paciente, no necesariamente psicoterapéutica, pues considera fuertemente los factores externos (p.ej. disponibilidad de psicoterapeutas en el área de residencia), las cogniciones y representaciones de enfermedad y cambio del paciente, que influyen en la indicación
- Considera los recursos personales del paciente y que posibilitarían “anclar” la alianza de trabajo. Ejemplo de esto son la capacidad de sostener vínculos significativos, cuidar al otro sin desmedro del autocuidado, capacidad de mentalización etc.
- A partir de lo precedente, determinar focos psicoterapéuticos a partir de disfunciones estructurales y conflictos intrapsíquicos inconscientes.
- Evaluar los cambios psicoterapéuticos mediante instrumentos psicométricos, p.ej. la escala de re-estructuración (estructura, conflicto) de Heidelberg.

V. EL PROBLEMA DE LA INDICACIÓN

Más allá de las discusiones conceptuales y empíricas respecto de los beneficios, duración óptima del tratamiento, indicación de éste (continuo apoyo - expresivo), validez convergente y de constructo, hoy existe consenso respecto de los beneficios de la indicación (Messer & Warren citat, Thomä & Kächele 2000, Balint 1982, Cierpka citat).

Sin embargo, la iatrogenia no está ajena al campo de la psicoterapia, como mostraron Blatt y Shahar (2004) en su análisis de los datos de la Clínica Menninger. Esta investigación mostró que en pacientes de estilo anaclítico, la indicación de psicoterapia expresiva - apoyo, se traducía en una disminución de los patrones interpersonales disfuncionales. La indicación de análisis era óptima para pacientes introyectivos. Desde la experiencia clínica, Ferenczi planteó conceptos similares, al cuestionar si el análisis clásico era el indicado para todos sus pacientes o podría representar una re-traumatización.

En este contexto, cobra importancia el tema de una correcta indicación. Diversos autores han planteado los beneficios de una indicación que “busque al paciente donde éste se encuentra” o una “indicación hecha a la medida del paciente”. Estas expresiones coloquiales apuntan a considerar los recursos y limitaciones psicosociales del paciente y su contexto, así como sus representaciones de cambio y causales al momento de la indicación. Como plantearon Thomä y Kächele (1985): “la entrevista inicial es la primera oportunidad para una *adaptación flexible del método psicoanalítico que tome en cuenta la realidad particular de cada paciente...*”. Se transita entonces desde una indicación centrada en la técnica, hacia una indicación centrada en el paciente o indicación adaptativa (Jiménez)

Ejemplos de lo anterior son:

- No indicar psicoterapia en pacientes que viven muy alejados de los centros especializados.
- Indicar psicoterapia de apoyo en pacientes motivados y de estilo anaclítico.
- Sugerir tratamiento médico en pacientes con representaciones causales predominantemente biológicas de su trastorno.

Este primer módulo presenta entonces los conceptos fundamentales del diagnóstico y su proceso y desarrollo, la evolución de los sistemas clasificatorios y la necesidad de contar con clasificaciones complementarias a las utilizadas habitualmente (CIE-10, DSM-IVTR). Esto permitirá tanto una comprensión más profunda del paciente, disminuiría el costo emocional y económico asociado a una indicación incorrecta de psicoterapia y facilitaría los procesos de cambio e identificación de focos en el proceso psicoterapéutico.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- ARISTÓTELES, Ética a Nicómaco. Introducción, Traducción y Notas de José Luis Calvo Martínez, Alianza Editorial, Madrid 2001.
- Balint (1982). La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión. Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona.
- Bernardi R. (2010) DSM-5, OPD-2 y DSM: Convergencias y divergencias entre los nuevos sistemas diagnósticos psiquiátricos y psicoanalíticos. *Rev psiquiatr. Urug*; 74(2): 179-205.
- Blatt S., Shahar G. (2004) Psychoanalysis – With Whom, for what, and how? Comparisons between Psychotherapy. *J Am Psychoanal Assoc*. 52:393-447.
- Clarkin J.; Widiger Th.; Frances A. (1983) Prototypic typology and the borderline Personality Disorder. *J Abnormal Psychology* 92(3):263-275.
- Consultado el 2 de mayo, 22 hrs. Disponible en PDF.
- First M, Frances A. (2008). Issues for DSM-V: Unintended consequences of small changes. The case of paraphillias. *Am J Psychiatry* 165:1240-1241.
- Foucault M.(1968) Historia De La Locura, Tomo I. FCE México.
- Foucault M. El nacimiento de la clínica.(1966) Editorial Siglo XXI, México.
- Frances A (2010). Opening pandora's Box: the 19 worst suggestions for DSM-5. *Psychiatric Times* 11 febrero 2010.
- Fulford KWM (1995). Mind and Madness: New Directions in the Philosophy of Psychiatry. En: A. Griffiths Ph. (ed.), *Philosophy, Psychology and Psychiatry*, Cambridge University Press, 1995.
- Fulford KWM (2000). *Philosophy, Psychiatry and Psychology*. New York: University Press.
- Jiménez JP. La investigación apoya una técnica relacional y adaptativa. Disponible en www.apuruguay.org/revista_pdf/rup101/101-jimenez.pdf.
- Kendell R, Jablensky A. (2003) Distinguishing between the Validity and Utility of Psychiatric Diagnosis. *Am J Psychiatry*, 160:4-12.
- Megone Ch. (1998) Aristotle's fuction argument and the concept of mental illness. *Philosophy, Psychiatry & Psychology* 5(3):187-201.
- Millon T. (1998) Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM IV. Masson Editores, España.
- Szasz Th. (1991) Diagnosis are not diseases. *The Lancet* 338(8782):1574-1576.
- Szasz Th. (2011). The myth of mental illness:50 years later. *The Psychiatrist (formerly The Psychiatric Bulletin)*, 35: 179-182.
- Tellenbach H (1978). Melancolía. Endogenidad. Historia del Problema. Traducción española. Paidós Editores. Barcelona.
- Thomä H. Kächele H. (1990) Teoría y práctica del psicoanálisis. Tomo I. Herder, Barcelona.
- Wakefield JC (1997). Diagnosing DSM IV-Part I and the concept of Disorder. *Behaviour Research and Therapy* 35(7):633-649.
- Wakefield JC(1992). The concept of mental disorder: on the boundaries between biological facts and social values. *American Psychologist* 47(3):373-388.
- Weber M. (1988) *Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftlehre*. Mohr Verlag, Tübingen.
- Weber M. (1949) *Methodology of social sciences*. Traducido por Schiels E & Finch H. London & New York, Mc Millan & Free Press.
- Zachar P, Kendler K. (2007). *American Journal Psychiatry*; 164:557-565.