



Renato Alarcón, uno de los más preclaros psiquiatras de ámbito latinoamericano nos ofrece en este trabajo una panorámica sobre las últimas aportaciones al diagnóstico en psiquiatría. Es evidente que el tema de diagnóstico es uno de los más complejos y atractivos puntos de investigación psiquiátrica: científica, filosófica, técnica, de salud pública, socio-cultural y, lógicamente, clínica. Sus múltiples implicaciones explican en parte relevantes avances teóricos y prácticos en las últimas décadas. Al mismo tiempo, sin embargo, generan nuevas áreas de interés y/o conflicto cuya solución solo puede provenir de mayores trabajos de indagación y búsqueda.

EL DIAGNÓSTICO EN PSIQUIATRÍA: PERSPECTIVAS DE DOS DÉCADAS EN EL SIGLO XXI

Renato D. Alarcón, MD,

MPH

Profesor Emérito de Psiquiatría, Mayo Clinic School of Medicine, Rochester, MN, EE.UU.; Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Socio de Honor de la Sociedad Española de Psiquiatría.

Introducción

No cabe duda de que al lado del intenso ritmo de la investigación psiquiátrica en sus diversas áreas (básica, biológica, psico-social, cultural y clínica en general), el tema diagnóstico ha mantenido un dinámico lugar de vanguardia por más de seis décadas. El Siglo XX fu testigo del nacimiento del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) en 1952 (DSM-I), al que siguieron DSM-II en 1968, DSM-III en 1980, DSM-III-R en 1987, DSM-IV en 1994 y DSM-IV-TR en el año 2000. En el presente siglo emergió el DSM-5 (2013) y ya se anuncia, para Mayo de este año, el texto revisado de esta última versión (DSM-5-TR).

Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) difundió en el Siglo XX, cinco ediciones masivas de su Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE o ICD, sigla en inglés) correspondientes a CIE-6 en 1948, CIE-7 en 1955, CIE-8 en 1967, CIE-9 en 1977 y CIE-10- en 1992. Las primeras cinco ediciones fueron breves y tuvieron circulación limitada a esferas puramente administrativo-burocráticas. Más aún, siendo un documento general, la Sección VI, correspondiente a enfermedades



mentales, era muy corta y poco usada; fue solamente a partir de los años 70 y de las ediciones 9 y 10, que se empezó a discutir la necesidad de revisar, reforzar y actualizar el contenido psiquiátrico de la CIE para darle mayor utilidad práctica y responder en parte a la abrumadora popularidad del DSM.

El Siglo XXI

En sus primeras dos décadas, el Siglo XXI ha visto pues la publicación del DSM-5 (1) y la intensa labor técnica de preparación de DSM-5-TR y de CIE-11, a cargo de Comités Especiales. Vale la pena mencionar también un tercer afronte, originado en el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos: los Criterios del Dominio de Investigación (*Research Domain Criteria*, o RDoC) (2). Se presentan concisamente enseguida la historia y características más importantes de estas herramientas diagnósticas.

DSM-5 y DSM-5-TR

La edición más reciente del DSM acogió, por lo menos en parte, puntos de armonía con planteamientos de la OMS y su CIE. El Manual fue definido como un guión para la práctica clínica de diferentes profesionales de la salud en diversos contextos. Se dieron algunos pasos en procura de un enfoque dimensional de los trastornos mentales que, sin embargo, no llegó a materializarse. Se buscó mejorar la especificidad diagnóstica y correlatos con etapas del desarrollo individual (3). Un cambio notable (no libre de críticas) fue la eliminación del sistema axial a fin de reducir duplicaciones y evitar confusiones o imprecisiones en áreas como la cuantificación del nivel de discapacidad del paciente. Varias entidades clínicas (autismo, trastorno bipolar, trastornos de personalidad, abuso de drogas, etc.) fueron objeto de refinaciones conceptuales (i.e., inclusión de la etiqueta de Espectro), consolidaciones descriptivas y re-estructuraciones. La creación de la Sección III para entidades en necesidad de mayores estudios antes de ser o no incorporadas en futuras ediciones, fue otro desarrollo interesante.

Este último dispositivo fue factor importante para el establecimiento de un Comité Especial de la APA, poco después del lanzamiento del DSM-5, encargado de recibir observaciones de la membresía o de grupos de investigación en torno al nuevo Manual y sugerencias en cuanto a errores y/o posibles cambios en el texto. Cuando el arribo de resultados de nuevas investigaciones en torno a entidades incluidas en la Sección III empezó a hacerse evidente, la APA amplió los propósitos y alcances del Comité al que llamó *Steering Committee* (SC, Comité de Dirección) y creó una estructura y normas a seguir para una evaluación certera de validez y conveniencia



de los nuevos datos y su subsecuente aceptación o rechazo. Tal fue la “partida de nacimiento” del DSM-5-TR.

El proceso se fue haciendo gradualmente más complejo. Cada propuesta o pedido de correcciones, cambios o adiciones de diagnósticos es dirigido a la oficina central de la APA, la cual lo canaliza al SC; luego de un primer análisis, el SC puede aprobarlo, rechazarlo o decidir enviarlo a uno o varios Comités Especiales constituidos por la organización. Los Comités tiene absoluta libertad para evaluar, cuestionar, consultar y convocar personas u opiniones durante el tiempo que consideren necesario, antes de elaborar un dictamen que refleje el sustancial estudio de la propuesta y sus fundamentos. El dictamen del Comité Especial retorna al SC para un nuevo examen; si es aprobado, se envía tal pronunciamiento a la Asamblea de la APA y finalmente a la Directiva (*Board*) de la Asociación para su aprobación final.

Debe mencionarse también que, además de la evaluación de cada Comité, hay revisores especiales de contenido, consideraciones forenses, de género y otros aspectos, antes del envío al SC. Las referencias incluidas en cada propuesta son también materia de detallado análisis en cuanto a su pertinencia y validez. Los miembros del SC reciben los textos casi finales y tienen todavía la prerrogativa de corregir errores, objetar los cambios sugeridos, recomendar modificaciones editoriales, etc., todo ello sin embargo, fundamentado por citas and referencias bibliográficas. En este elaborado contexto, el SC ha completado las revisiones de doce tipos de trastornos, además de condiciones que pueden ser foco de atención clínica (a ser denominada Sección II), tres temas de Sección III y un apéndice para el glosario de conceptos culturales de distrés. En los siguientes meses, hasta comienzos de Mayo se planea revisar nueve tipos adicionales de trastornos y siete más de posibles agregados a la Sección III.

CIE-11

El trabajo de actualización de la CIE no ha sido menos complicado y, probablemente, hay quienes pueden afirmar que ha sido más difícil por la composición internacional de sus Comités y las diferentes perspectivas clínicas, socio-culturales, geo-políticas y administrativas en juego (4). Ha habido un deliberado esfuerzo de búsqueda de integración y armonía entre CIE y DSM con la participación de representantes de la APA y de la Sección de Salud Mental de la OMS.

La CIE-11 fue aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo del 2019, más de tres décadas después de la publicación de CIE-10. Incluye una importante sección de Guías Diagnósticas para Trastornos Mentales, Conductuales y de Neurodesarrollo, elaborada por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS. Varios países europeos se hallan ahora abocados a un activo proceso de



implementación con propósitos de emitir reportaje y estadísticas de salud mental dentro de los próximos años.

La utilidad de CIE-11 se define por el rol comunicacional que juega entre clínicos, pacientes, familiares y administradores sanitarios. Su aplicación requiere descripciones precisas, facilidad de uso y viabilidad de manejo en diferentes escenarios asistenciales y en la selección de intervenciones y toma de decisiones clínicas. Se aboga participación y utilización multidisciplinarias, con énfasis en el enfoque de Atención Primaria. La traducción y equivalencias lingüísticas con revisión de múltiples fuentes de datos relevantes provenientes de todas las regiones del mundo han sido y son base indispensable de este esfuerzo.

La estructura del Capítulo de CIE-11 sobre trastornos mentales y del comportamiento incluye cuatro productos diferenciados: versión estadística, guías diagnósticas y descripciones clínicas, versión simultánea de atención primaria y versión de investigación. Esta última, a ser desarrollada posteriormente, ha sido materia de arduas discusiones (DSM-5 y su TR no planean tenerla) ya que, en una variedad de situaciones, se pueden generar diferentes hallazgos en base a sutiles o declaradas diferencias de criterios diagnósticos. En cuanto a su meta-estructura, la CIE-11 describe un total de 21 tipos de trastornos (5).

RDoC

Poco antes de la publicación del DSM-5, el entonces Director del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) de los Estados Unidos, Thomas Insel y su equipo cercano de investigadores emitieron un categórico pronunciamiento contra el Manual, criticando lo que ellos consideraban prejuicios y desventajas y exhortando a los psiquiatras en práctica a no usarlo regularmente. Las declaraciones fueron reforzadas por definidas menciones de los Criterios del Dominio de la Investigación (*RDoC*) como alternativa instrumental en el campo del diagnóstico psiquiátrico concebido, en este caso, con una perspectiva dimensional (2, 5).

Los *RDoC* proponen el uso y caracterización de cinco dominios o sistemas: a) De valencia negativa: respuestas aversivas ante situaciones de amenaza, daño potencial, frustración y pérdida; b) De valencia positiva: respuestas a situaciones motivadoras; c) Cognitivos: atención, percepción, memoria, lenguaje, etc.; d) Procesos sociales: respuestas a la interacción con otros; y e) Alerta y regulación: relacionados con nivel de conciencia, sensibilidad a estímulos, energía, ritmos circadianos y sueño.

Así, este enfoque postula básicamente una suerte de personalización del tratamiento sobre la base de diferenciaciones neurobiológicas. El uso de equivalentes biológicos o de laboratorio (i.e., de epidemiología molecular, genética, neuroimágenes y fisiología de circuitos y sistemas neurales) convergen hacia “marcadores biológicos” o *biomarkers* que pueden conducir a una estratificación biológica y, en última instancia,



a un manejo específico de cada caso individual (6). La hipótesis implícita es que tanto experiencias mentales/emocionales como contextos sociales tienen representaciones específicas en el cerebro y el organismo humano, postulando así una singular homogeneidad biológica. La creación de indicadores o factores diagnósticos fundamentales, medidos dimensionalmente en términos sindrómicos y mediante métodos estadísticos específicos delinearía entonces síndromes con factores causales, pronóstico y respuesta a tratamientos, enteramente predecibles.

El carácter polémico y crítico a los que se consideraba déficits o debilidades del Manual de la APA y el momento en que tal pronunciamiento sobrevino, dio inmediatamente lugar a un periodo de intensos debates: Ejecutivos de la APA tuvieron que reunirse con el Director del NIMH para pedirle que modere el lenguaje en favor de *RDoC* que interfería con la activa publicidad del momento en relación al DSM-5, objetivo que finalmente se logró. En años siguientes, *RDoC* dio lugar al concepto de Psiquiatría de Precisión (*Precision Psychiatry* (7), enfoque promisor para algunos, pero parcial, incompleto, “reduccionista” e insuficiente para otros (8). Cambios en el liderazgo del NIMH parecen haber resultado en una continuación relativamente poco publicitada de estudios de laboratorio vinculados a las bases de la propuesta. El objetivo de identificación de correlatos neurobiológicos de diversa naturaleza que permitan llegar a un diagnóstico certero y “probado”, más allá de las dificultades o debilidades de un enfoque puramente clínico, parece aun distante. El futuro en este contexto es, en todo caso, polémico y expectante.

Otras contribuciones

Queda claro que, en el momento actual, son varias las rutas de estudio e investigación en el campo del diagnóstico psiquiátrico. Lejos aún de tests específicos para condiciones más o menos bien definidas (terreno heurístico en el que, indudablemente, predominan la bioquímica del cerebro y del SNC, neurobiología y neurofisiología, además de recursos tecnológicos cada vez más complejos), la mayor parte de medios presupuestales se dedican a dotar a los laboratorios con instrumentos y equipos, apropiados, particularmente en países de altos ingresos. Los avances pueden ser lentos pero la convicción de autoridades e investigadores y el apoyo de administradores, industria privada y público en general, garantizan una sólida continuidad en esta línea.

No obstante, hay otras áreas en las que el diagnóstico es objetivo central de estudio o punto de convergencia de estudios provenientes de diversas disciplinas y cuyos resultados refuerzan determinados aspectos de aquél. Puede hablarse, en este contexto, de aportes socio-culturales y éticos, de enfoques puramente conceptuales o nosológicos respecto al tema general o a determinadas entidades clínicas y, finalmente, de temas metodológicos cruciales para la elaboración de normas



diagnósticas de aceptabilidad universal. Se presentan enseguida breves descripciones de cada una de estas áreas.

Aportes socio-culturales y éticos

Resultado de la creciente y válida consideración de multitud de variables que dan forma a la llamada identidad y a hábitos sociales, creencias religiosas, modelos de búsqueda de ayuda, posiciones frente a conceptos y prácticas de autoridad y factores conocidos genéricamente como “ambientales”, el enfoque socio-cultural (9) permite: a) evaluar bases geográficas, étnicas, religiosas y epigenéticas en la percepción que el paciente y su grupo socio-familiar tienen de la enfermedad mental y el sufrimiento que ella causa, y b) explicar a su manera el origen y curso de estas vivencias y las actitudes (empatía, desdén, compasión o miedo) que generan (10).

Los dos sistemas diagnósticos dominantes en el momento actual siguen intentando incorporar los factores socio-culturales. El énfasis más marcado se ha dado en la cuarta y quinta ediciones del DSM que incluyeron un Cuestionario para la Información Cultural y la Entrevista para la Formulación Cultural (CFI, siglas en inglés), respectivamente. El DSM-5 contó en su momento con un Comité Especial para la elaboración de la CFI, instrumento de 16 preguntas que cubren cuatro dominios de orden cultural: Definición del problema, percepciones de causa, contexto y apoyos, factores de auto-manejo y búsqueda de ayuda en el pasado y en el presente. Cuenta además con módulos suplementarios que permiten profundizar la exploración (1). Luego de la publicación de un volumen especial dedicado al tema (11), la APA ha ahondado el contenido cultural del DSM-5 TR mediante párrafos especificativos en la descripción de cada entidad clínica y la precisión terminológica para el manejo apropiado de raza, etnicidad u origen geográfico y la prevención o vigilancia respecto a factores y prácticas como estigma, racismo o discriminación.

La perspectiva socio-cultural continúa aportando conceptos y hallazgos que permitan un enfoque amplio, integral y eminentemente ético de cada caso (10, 12) sin considerarlo solamente expresión de anormalidades neurobiológicas a la manera de biomarcadores aislados y estáticos. Otro aspecto de estos avances es la publicación de manuales de clasificación y diagnóstico específicamente adaptados a países o regiones como China o Latinoamérica (13) y, por lo tanto, libres de generalizaciones trivializantes. Al fomentar y producir un auténtico trabajo multidisciplinario, la información socio-cultural y psico-experiencial ofrece niveles de interacción con lo neurobiológico y lo moral asegurando, de tal modo, un manejo global, justo y amplio del ser humano que llamamos paciente.

Conceptos nosológicos

Nosología es un término enormemente debatido en círculos clínicos y de investigación. Originalmente concebida como la rama de la medicina encargada de



describir, explicar, diferenciar y clasificar las entidades clínico-semiológicas conocidas como enfermedades, nosología alcanzó su cima hermenéutica en las primeras décadas del S. XX con masivos estudios en torno a las dos entidades clínicas más prominentes: esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva (hoy, trastorno afectivo bipolar) por figuras históricas de la psiquiatría europea como Kraepelin, Jaspers, Ey o Angst. El uso (y el valor) del término perdieron vigencia en función del abandono de un enfoque puramente descriptivo (o fenomenológico) y el pasaje a diagnósticos dinámicos fomentados en el área psicoanalítica, primero, y en el terreno biológico, inicialmente representado por la psicofarmacología, después (14). La nosología de instrumentos como el DSM tuvo más que hacer con modelos categoriales, dimensionales o híbridos (15). El ulterior arribo de nociones como Atención Primaria, Medicina Integrada o Medicina centrada en la Persona, debilitó aún más el carácter abarcativo de la nosología clásica.

En este contexto, sin embargo, varios de los conceptos que han surgido en décadas recientes, particularmente los llamados “modelos”, tienen una honda aun cuando restringida naturaleza nosológica. Y es particularmente en el vasto e importante campo de los Trastornos de Personalidad (TP) donde este fenómeno se expresa con mayor énfasis (16). El modelo categórico, es decir la descripción de una entidad clínica acabalada y teóricamente irrefutable, ha perdido fuerza debido a una excesiva co-ocurrencia de trastornos, heterogeneidad extrema, umbrales diagnósticos arbitrarios y sin base empírica, inestabilidad temporal inconsistente con la definición de TP, cobertura inadecuada de la patología (que conduce al uso excesivo de “TP no especificados de otra manera” e inclusión de algunos trastornos sin evidencias de validez (17).

El debate entonces se va dando entre un modelo puramente dimensional (basado en varios factores, fundamentalmente los vinculados a los llamados “rasgos” o “facetas” de personalidad) (18) y un modelo híbrido que combina aquellos rasgos con características clínicas bien delineadas, niveles de severidad y de funcionamiento de la personalidad, este último medido por una escala probadamente confiable (19). Muchos autores coinciden en que este tipo de debate representa una genuinamente nueva etapa en el desarrollo de la nosología. Las posiciones tienen que ver con diferentes modalidades de enfoque de la disciplina: al igual que otras, la nosología confronta características antagónicas tales como rigidez y flexibilidad, cientificismo puro y realidades de la práctica clínica, ingredientes técnicos de la investigación cerebral y neurobiológica y el a veces inabarcable territorio de la mente.

Temas metodológicos

Si bien varios de los conceptos mencionados arriba tienen implicaciones metodológicas en investigaciones sobre el diagnóstico psiquiátrico, un área que ha preocupado a clínicos, investigadores, docentes, administradores y público en general



es la llamada Validez, reflejo de la fortaleza de la evidencia invocada en favor de cada etiqueta diagnóstica. Vale la pena señalar que, originalmente, validez significaba “verdad” o “realidad” pero, en el momento actual, se acepta realistamente que el concepto equivale más a “utilidad” (20).

A su vez, la evidencia se constituye en base a la concurrencia de los llamados “factores de evidencia” (*validators*, en inglés) agrupados en diversos tipos y descritos en números crecientes en los últimos 50 años: de cinco, por Robins y Guze (21) en 1970, a once utilizados para el DSM-5 TR por el SC de la APA. Como ejemplos de estos factores pueden citarse patrones regulares de agregación familiar, respuesta a particulares clases de tratamiento, biomarcadores informativos o estabilidad diagnóstica. Cada factor o *validator* requiere tener un peso o nivel persuasivo de evidencia y es solo el agregado (o agregación) de factores lo que otorgará definida validez al diagnóstico bajo análisis.

En un reciente y magistral artículo, Solomon y Kendler (22) señalan que hay “más de una manera razonable de efectuar una agregación multimodal” y que, de hecho, la elección de *validators* puede ser tan complicada que termine en una “sub-determinación” de la validez del tópico evaluado. En las dos últimas décadas del siglo pasado, una búsqueda aceptable del peso de la evidencia solo podría provenir de procesos como el meta-análisis o los métodos Delphi, técnicas de comunicación estructurada que permiten compartir evidencias y razones para llegar a un consenso (23). En el presente siglo, el proceso de enumeración completa y agregación informal de factores de validación ha continuado más allá de una revisión (incompleta) de los estándares poco antes del DSM-5. Recientemente, los *validators* se han agrupado en antecedentes, concurrentes y predictivos. La llamada “Evidencia observacional” cubre un rango de clases de estudios (retrospectivo y prospectivo, epidemiológico y clínico, genético y de imágenes, confirmación de hipótesis y análisis de desenlace (*outcome*). Respuesta a tratamiento (o “intervención”) es un factor experimental de validación (22, 24).

En suma, Solomon y Kendler (22) sugieren que el problema de agregación de *validators*, crucial para determinar la validez de todo diagnóstico en los Manuales conocidos, se aborde por medio de cinco modalidades: 1) Agregación informal: debe hacerse antes del proceso, de manera que se minimicen los sesgos de saliencia y disponibilidad; 2) Agregación informal con asteriscos para designar factores de alta prioridad; 3) Agregación formal: entraña la evaluación precisa de cantidad y calidad de la evidencia. Ejs.: meta-análisis y revisión sistemática de la evidencia; 4) Sub-determinación y abandono temporal de Validez: vinculados a falta de bases racionales para escoger entre nosologías competitivas; esto refleja escepticismo e incertidumbre que, en la práctica, puede resultar en la aceptación de dos o más sistemas diagnósticos con sus respectivos raciocinios y estructuras; 5) Adición de restricciones



(p. ej., valores): elementos diferentes a los puramente científicos o técnicos pueden reducir (o estrechar) la elección de teorías o etiquetas; dentro de estas consideraciones pueden encontrarse influencias ideológicas, razones de salud pública, intereses personales, consecuencias legales, etc. Sin mencionarlas, esta lista parece incluir las consideraciones socio-culturales descritas arriba.

Conclusión

Es evidente que el tema de diagnóstico es uno de los más complejos y atractivos puntos de investigación psiquiátrica: científica, filosófica, técnica, de salud pública, socio-cultural y, lógicamente, clínica. Sus múltiples implicaciones explican en parte relevantes avances teóricos y prácticos en las últimas décadas. Al mismo tiempo, sin embargo, generan nuevas áreas de interés y/o conflicto cuya solución solo puede provenir de mayores trabajos de indagación y búsqueda. Sean cuales fueren los mecanismos futuros y su desenlace, el proceso diagnóstico (de interés y necesidad universales) seguirá siendo componente importante en el desarrollo integral o multidisciplinario de la salud mental y de su manejo a nivel individual y colectivo.

Referencias

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Ed. (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
- 2) Insel TR, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, Sanislow C, Wang P. Research Domain Criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*, 2010; 167: 748-751.
- 3) Pine DS, Costello EJ, Sahl R, James R, Leckman JF, Leibenluft E, Klein RG, Rapoport JL, Shaffer D, Taylor E, Zeanah CH. Increasing the developmental focus in DSM-5: Broad issues and specific potential applications in Anxiety. En: *The conceptual evolution of DSM-5* (Regier DA, Narrow WE, Kuhl EA, Kupfer DJ, Eds.). Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2011, pp. 305-322.
- 4) Ayuso-Mateos JL. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). En: *Psiquiatría, Vol. I* (Alarcón RD, Chaskel R, Berlanga C., Eds.). Lima, Perú: Fondo Editorial Cayetano Heredia, 2019, pp. 439-444.
- 5) World Health Organization. ICD-11 Diagnostic Guidelines for Mental Behavioural and Neurodevelopmental Disorders (Text for Approval, World Health Assembly). Geneva, Switzerland, 2019.
- 6) Kapur S, Phillips AG, Insel TR. Why has it taken so long for biological psychiatry to develop clinical tests and what to do about it. *Molecular Psychiatry*, 2012; 17: 1174-1179. <https://doi.org/10.1038/mp.2012.105>
- 7) Vieta E. Personalized medicine applied to mental health: Precision Psychiatry. *Rev Psiquiatría y Salud Mental* (English edition), 2015; 8(3): 117-118.



- 8) Marsman A, Pries LK, Ten Have M, de Graaf R, van Dorsselaer S, Bak M,van Os J. Do current measures of polygenic risk for mental disorders contribute to population variance in mental health?. *Schizophrenia Bull*, 2020; 46: 1353-1362.
- 9) Alarcón RD. Cultural Psychiatry: A general perspective. En: *Cultural Psychiatry* (RD Alarcón, Ed.). Basel: Karger, 2015, pp. 1-14.
- 10) Lolas F. Bioethical dimensions of Cultural Psychosomatics: The need for an ethical research approach. En: *Cultural Psychiatry* (RD Alarcón, Ed.). Basel: Karger, 2015, pp. 123-129.
- 11) Lewis-Fernández R, Aggarwal NK, Hinton L, Hinton DE, Kirmayer LJ. *The DSM-5 Handbook on the Cultural Formulation Interview*. Washington DC: American Psychiatric Publishing, 2016.
- 12) Villaseñor-Bayardo SJ, Alarcón RD, Rohlf H, Aceves-Pulido MP (Eds.) *Global Challenges and Cultural Psychiatry*. Guadalajara, Jalisco, MX: Universidad de Guadalajara/Editorial Página Seis, 2017.
- 13) Saavedra JE, Otero AA, Britez Cantero J, Velásquez E, Mezzich JE, Salloum IM, Zevallos S, Luna Y. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico – Versión Revisada (GLADP-VR). *Rev Lat Am de Psiquiatría*, 2015; 15(1): 7-18.
- 14) Goodwin DW, Guze SB. *Psychiatric Diagnosis* (3rd. Ed.). New York, NY: Oxford University Press, 1974.
- 15) Zachar P, Regier DA, Kendler KS. The aspirations for a paradigm shift in DSM-5: An oral history. *J Nerv Ment Dis*, 2019; 207: 778-784.
- 16) Livesley WJ. Diagnostic dilemmas in classifying Personality Disorders. En: *Advancing DSM. Dilemmas in Psychiatric Diagnosis* (Phillips KA, First MB, Pincus HA, Eds.). Washington DC: American Psychiatric Association, 2003.
- 17) Skodol AE, Kruger RF, Binder DS, Morey LC, Clark LA, Bell CC, Alarcón RD, Siever LJ, Oldham JM. Personality Disorders in DSM-5 Section III. *Focus*, 2013; 11(2): 187-188. doi: 10.1176/appi.focus.11.2.187
- 18) Alarcón RD, Koldobsky NMS. Trastornos de Personalidad. En: *Psiquiatría, Vol. II* (Alarcón RD, Chaskel R, Berlanga C., Eds.). Lima, Perú: Fondo Editorial Cayetano Heredia, 2019, pp. 1118-1169.
- 19) Morey LC. Development and initial evaluation of a self-report form of the DSM-5 Level of Personality Functioning Scale. *Psychological Assessment*, 2018; 29: 1302-1308.
- 20) Kendler KS. The nosologic validity of paranoia (simple delusional disorder). A review. *Arch Gen Psychiatry*, 1980; 37: 699-706.
- 21) Robins E, Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 1970; 126: 083-987.
- 22) Solomon M, Kendler KS. The problem of aggregating validators for psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis*; 2021; 209(1): 9-12.
- 23) Hsu CC, Sandford BA. The Delphi technique: Making sense of consensus. *Pract Assess Res Eval*, 2007; 12(10): 1-8.



24) Rawlins M. De testimonio: On the evidence for decisions about the use of therapeutic interventions. *The Lancet*, 2008; 372: 2152-2161.