

1. Concepto y vigencia del espectro diagnóstico en psiquiatría



RENATO D. ALARCÓN*

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.393.01>

Introducción

Las décadas recientes en el campo de la psiquiatría han sido escenario significativo de avances heurísticos en los terrenos biológico y psico-socio-cultural, con el uso creciente de procedimientos teóricos e instrumentales cada vez más complejos (Menninger K *et al.*, 1963). El núcleo impulsor de estos esfuerzos ha radicado consistentemente en el área diagnóstica, aun cuando, en muchos casos, no haya sido identificada como tal. El diagnóstico en medicina, y más aún en psiquiatría, continúa siendo un elemento fundamental de esfuerzos clínico-nosológicos y de laboratorio que conduzcan, luego, a un tratamiento integral, efectivo y duradero.

Este campo de estudio —diagnóstico en psiquiatría— tiene una historia ilustre y compleja, forjada por debates intensos provenientes de poderosas polémicas teórico-doctrinarias. Una de las más significativas fue, sin duda, la iniciada a fines del siglo XIX con los tempranos esfuerzos de Kraepelin (Kraepelin, E., 1896), los cuales inauguraron el uso sistemático de la fenomenología (Kraepelin, E., 1896) y fueron cuestionados en las primeras décadas del siglo XX por el vigoroso y original impulso del psicoanálisis y sus correlatos dinámicos (Jablensky, A., 2012). Por su parte, en 1952 se “inauguró” formalmente la era bio-fisio-farmacológica de la psiquiatría, factor de indudable avance en el estudio de la salud y la enfermedad mental.

* Doctor en Medicina por la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7316-1185>

En este contexto, el llamado espectro diagnóstico (ED) es tema de indudable relevancia en la psiquiatría actual. El objetivo concreto de esta presentación, luego de un breve análisis histórico-epistemológico del diagnóstico psiquiátrico en general, es examinar el concepto y los alcances del espectro diagnóstico, su historia, sus definiciones, componentes y características más sobresalientes, que lo utilizan como instrumento descriptivo, fenomenológico, diferencial y pre-terapéutico.

Diagnóstico psiquiátrico y sus vicisitudes

Los primeros intentos descriptivo-clasificatorios de enfermedades de todo tipo tuvieron lugar casi 3,000 años a.C., en Egipto. En el mundo occidental, hay evidencia de sistemas de clasificación diagnóstica, sustentados por diversos enfoques teórico-filosóficos en Grecia y Roma, en especial durante periodos como el Renacimiento y la Ilustración (McHugh, P., 2005; Cassano, F. *et al.*, 1998). La cronología de eventuales nosologías psiquiátricas con denominaciones diagnósticas más o menos definidas tiene su esbozo inicial en la publicación de la *Clasificación de Causas de Muerte* (1853) en Bruselas. En 1900 el Instituto Internacional de Estadística publicó una ampliada *Lista Internacional de Causas de Muerte*. Es importante resaltar la magnitud y el significado de los aportes de Emil Kraepelin (1856-1926) a partir de las últimas décadas del siglo XIX. Considerado el fundador de la psiquiatría moderna, Kraepelin aportó estudios clínico-comparativos memorables en el caso de la demencia precoz (más tarde llamada esquizofrenia), la síntesis de enfoques transversales, longitudinales y somáticos y generó, asimismo, el más tarde llamado “credo neo-Kraepeliniano” (Spitzer, R. *et al.*, 1978; Kendler, K. S., 2020) que tuvo significativos aportes diagnóstico-estadísticos, genéticos, dimensionalizantes, metodológicos y codificadores, al lado de robustas críticas al psicoanálisis y a la anti-psiquiatría (Craddock, N. *et al.*, 2010; Wakefield J. C., 2013).

En 1938, una quinta revisión de las listas de causas de muerte reconoció la necesidad de integrar datos tanto de morbilidad como de mortalidad, lo cual condujo a la elaboración de un documento conjunto de *Clasificación de enfermedades, injurias y causas de muerte* por representantes de Estados

Unidos, Reino Unido y Canadá en 1944, casi al término de la Segunda Guerra Mundial. Había ya por entonces un reconocimiento de la utilidad de estas secuencias, de modo que, luego de la fundación de la Organización Mundial de la Salud en 1948, vio la luz un año después la CIE-6 (*Clasificación Internacional de Enfermedades o ICD-6 en inglés*) con su sección específicamente dedicada a los trastornos mentales. En 1952, la Asociación Psiquiátrica Americana presentó la primera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Psiquiátricos* (DSM), el cual tuvo una fuerte inspiración psicodinámica; por su parte, el DSM-II se publicó en 1968 y el DSM-III, con una fuerte influencia neo-Kraepeliniana (Feighner J.P., 1972), en 1980 (American Psychiatric Association, 2022). En un periodo de 70 años, el DSM ha conocido cinco ediciones, tres de ellas han tenido versiones revisadas; la última, DSM-5 TR, fue publicada en 2022 (American Psychiatric Association, 2022), casi al mismo tiempo que la CIE-11 (First, M.B., 2021; Clark, L.A., 2017).

Entre los muchos debates mencionados arriba, el que enfrentó al llamado realismo científico (es decir, la investigación básicamente clínica, clásica, de naturaleza detalladamente descriptiva) con el creciente instrumentalismo (es decir, el uso de instrumentos de medición, tests de laboratorio o aparatos resultantes de una tecnología cada vez más sofisticada), confirmando hallazgos supuestamente más objetivos u objetivantes y demarcando el propósito de una nosología de base etiológica y, esencialmente poligénica, fue magistralmente resumido por Kendler (2021) a comienzos de este siglo. El instrumentalismo —se decía— pondría fin a la “inducción pesimista” de estudios puramente clínicos con resultados esencialmente negativos, proceso por lo tanto limitado, ya que sus componentes validantes muestran solo una “convergencia conceptual, no empírica” y data insuficiente, débil e incierta. Al no concederse crédito a aportes etiobiológicos o de laboratorio (los llamados “marcadores” de tipo genético, psicofisiológico, bioquímico o farmacológico (Laor, D. *et al.*, 2024). Los críticos concluyen que las categorías diagnósticas actuales son solamente “hipótesis de trabajo”, conceptualizaciones casi exclusivamente teóricas que pueden ser parcial o totalmente modificadas por posteriores evidencias empíricas. El problema reside en que, aun a estas alturas, el valor de los llamados “marcadores biológicos” aún está por demostrarse (Insel, T., 2022; Alarcón, R.D., 2022).

En todo caso, el punto de partida de estos debates reside en una serie de preguntas fundamentales que cada especialista o subespecialista de diferentes membresías o simpatías teórico-ideológicas, responderá con niveles variables de seguridad o certidumbre (Phillips, K.A., 2010):

- ¿Contamos con la nosología más adecuada?
- ¿Utilizamos etiquetas diagnósticas correctas y criterios apropiados?
- ¿Tenemos umbrales diagnósticos establecidos a un nivel adecuado?
- ¿Hemos tipificado correctamente las características y el curso de cada cuadro clínico?
- ¿Se usan los criterios diagnósticos de manera culturalmente apropiada?

Resulta claro que un sistema diagnóstico deficiente estará cargado de consecuencias negativas (Hyman, S.E., 2010), impactos críticos que conducen a errores o fallas tales como la reificación (concreción o rigidez) de los criterios diagnósticos en uso; enfatizar rasgos clínicos más frecuentes en desmedro de otros que son tanto o más importantes, pero menos evidentes; la generación de subtipos y/o “subumbrales” diagnósticos (subjetivos, inestables, arbitrarios, no-empíricos); comorbilidades excesivas y una subsecuente “heterogeneidad sindrómica”, proliferación de “polifarmacia” y variaciones significativas en estudios epidemiológicos (Wakefield, J.C., 2007).

Así, el estado del diagnóstico psiquiátrico, transcurridos 25 años del siglo XXI, es variado y ambivalente: muestra aspectos positivos y prometedores al lado de componentes y perspectivas negativas o cuestionables. Los criterios diagnósticos en actual uso continúan siendo esencialmente descriptivos, debido a la carencia de bases etiológicas y patofisiológicas consistentes (Lobo, D.M., 2012). Los sistemas diagnósticos existentes son, fundamentalmente, resultado de “consensos de expertos” (Cohen, B.M., 2022) y los enfoques terapéuticos carecen de especificidad. En conjunto, estas realidades rebajan los necesarios niveles de confiabilidad y hacen difícil el evitamiento de una peligrosa “inflación diagnóstica” (Karter, J.M., 2019; Batsra L. *et al.*, 2012).

El espectro diagnóstico en psiquiatría

A manera de definición, un espectro diagnóstico es aquel que incorpora un cuadro o varios cuadros clínicos con síntomas variados y/o rasgos conductuales que incluyen, pero no se limitan a, manifestaciones nucleares de entidades establecidas y son, mas bien, esencialmente “atípicos”, abarcando rasgos temperamentales o de personalidad predisponente, así como procesos de adaptación a experiencias estresantes (Maser J.D. *et al.*, 2002). El término “espectro” entraña, pues, una variedad de síntomas o síndromes, pero también diversos niveles de severidad y la superposición de manifestaciones clínicas variadas.

Breve recuento histórico

Como todo proceso de desarrollo epistémico, la trayectoria histórica del ED comenzó a medida que se reconocían las deficiencias y las limitaciones de los sistemas diagnósticos existentes. Desafíos tales como la identificación de fenotipos, las predisposiciones y los rasgos individuales y grupales, las características etiopatogénicas, los procesos y resultados terapéuticos, etc., apuntaban a trazos esenciales del proceso diagnóstico, pero la noción de espectro respondía más a un territorio concreto: el valor clínico de síntomas aislados, de semejanza y severidad variables entre sí y respecto a otros, configurando tanto dificultades de precisión y delineamiento como posibilidades para una cercanía clínica y un mejor manejo terapéutico.

Aportes como los de grupos de investigación en la Universidad de Pisa, Italia (Cassano, G.B. *et al.*, 2002), y Pittsburgh en Pennsylvania, EE.UU., (Kupfer D.J. *et al.*, 1972) contribuyeron a la simplificación de perfiles clínicos y a una resultante prevención de estereotipos con la finalidad de reflejar verazmente la complejidad de cuadros clínicos, una consideración realista de comorbilidades y la necesidad de llevar a cabo evaluaciones profundas. El concepto de espectro empezó a ganar peso teórico y práctico en un proceso dialéctico de características singulares y del que fui, en parte, testigo y partícipe, en mi condición de miembro del Grupo de Trabajo y Comité de

Vigilancia y Supervisión del DSM, nombrado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y en labor por un periodo de casi tres décadas.

En el año 2002, en reconocimiento del valioso rol que el ED tendía a jugar, con una creciente vigencia en las discusiones de varios grupos de trabajo del Comité DSM de la APA, se procedió a conformar un grupo específicamente dedicado al tema, con el fin de examinar similitudes sintomatológicas y sus eventuales vínculos etio-fisio-patológicos en el contexto de diagnósticos comprensibles. El grupo laboró intensamente, entrevistando a expertos, revisando material y documentos de investigación e intercambiando ideas con otros comités. El grupo seleccionó once “factores de validación” con el objeto de estudiar y comparar eventuales relaciones entre diversos trastornos desde diversas perspectivas.

Los factores de validación incluyeron aspectos tales como la comorbilidad alta, los niveles de prevalencia familiar y pertinentes ítems genéticos y/o ambientales. Igualmente, se consideraron antecedentes temperamentales compartidos, anormalidades en procesamientos cognitivos y emocionales y —cada vez más próximos al terreno bio-fisiológico— posibles sustratos neurales comunes en los fenómenos clínicos bajo estudio y eventuales “biomarcadores” (Alarcón, R. D., 2022; Fernandes, B. S., 2021; Fellowes, S., 2021). Los resultados de esta laboriosa indagación produjeron no solo la precisión de varios espectros (comenzando por el autístico, precursor conceptual y nosológico de gran complejidad) sino vinculaciones con, por ejemplo, nuevos grupos de trastornos y los ensayos iniciales de enfoques como el “modelo dimensional” aplicado específicamente a los trastornos de personalidad (Widiger, T. A. *et al.*, 2024).

Los EDs en la psiquiatría contemporánea son casi una docena de entidades sobre cuya estructura y contenido existe un acuerdo más o menos consistente. Como se verá a continuación, se consideran entidades genéricas y específicas que comparten características espectrales y abren rutas de investigación indudablemente prometedoras.

Entidades genéricas del ED

El nombre de entidades genéricas tiene que ver con el alcance de la sintomatología clínica identificada en cada una de ellas. Tal alcance es amplio, pues abarca una variedad de condiciones y —por lo mismo— de síntomas y signos que, sin embargo, deberán tener algo en común para constituir un cuadro espectral. Otro factor en común deberá ser el de una respuesta similar a determinadas formas de manejo psicofarmacológico y/o psicoterapéutico. Una continua evaluación diagnóstica y un seguimiento sistemático de cada caso pueden conducir a la identificación de entidades más específicas, regularmente incluidas en los manuales diagnósticos existentes (Larsen, R.R., 2022). Obsérvese que la designación sustantiva de “entidades” referidas como “espectro” abarca o incluye, pero no es lo mismo que, “enfermedades” o diagnósticos más precisos.

Se reconocen y se describen brevemente enseguida seis entidades genéricas del ED en psiquiatría clínica:

Espectro ansioso. Incluye manifestaciones observadas en cuadros como ansiedad generalizada, ansiedad social, trastorno de pánico, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo y personalidades evitativas, obsesivo-compulsivas u otras.

Espectro depresivo. Abarca el llamado trastorno de disregulación disruptiva del ánimo y síntomas compatibles con el trastorno depresivo mayor, persistente o disfórico premenstrual (Maj, M., 2012; Horwitz, A.V., 2007). Se debate aun aquí la posible inclusión del trastorno de duelo prolongado, considerado por muchos como una entidad no necesariamente psicopatológica (Cacciatore J. *et al.*, 2022).

Espectro afectivo (Bipolar). Manifestaciones del trastorno bipolar (fases maniaca y depresiva), bipolar mixto (o combinado), tipo II (Ciclotimia), hipomanía y personalidad limítrofe (Vieta, E. *et al.*, 2008; Rodrigues, V., *et al.*, 2014).

Espectro esquizofrénico. Incluye cinco subtipos clásicos de esquizofrenia (simple, paranoide, hebefrénica, crónica indiferenciada [pseudoneurótica o pseudopsicopática] y residual), catatonía (entidad considerada inde-

pendiente, por muchos), trastornos esquizofreniformes, psicótico breve y esquizoafectivo, personalidades esquizoafectiva y esquizoide, y psicosis atípica (Lasalvia, A. *et al.*, 2015; Jansson, L.B., 2007).

Espectro psicótico. Con manifestaciones clínicas aisladas de psicosis indiferenciada, confusiones alucinatorias, elaboraciones pseudoperceptivas, cognitivo/delusivas, etc. (Chakrabarti, S., 2012; Lim, M.H. *et al.*, 2014).

Espectros internalizantes y externalizantes. Combinaciones de síntomas tales como el reduccionismo afectivo, el aislamiento social, la anhedonia, el enlentecimiento psicomotriz, el duelo prolongado, etc., (todos agrupados como “internalizantes”) y de furia, irritabilidad, agresividad, ansiedad, desinhibición y disforia (“externalizantes”).

Entidades específicas del ED

Tal como se ha señalado, cuadros clínicos de este tipo entrañan núcleos sintomáticos o sindrómicos de mayor precisión, al punto que hacen posible la identificación de un cuadro central rodeado de manifestaciones clarificadoras y hasta tipificantes. Estas entidades incluyen:

Espectro autístico. El más estudiado y mejor conocido ED, retiene el nombre de espectro porque aún exhibe variaciones más o menos amplias en cuanto a tipo y severidad de los síntomas. Se trata de un diagnóstico neurológico y del desarrollo de ocurrencia universal que afecta las interacciones del paciente con otros en áreas de comunicación, aprendizaje y conducta, síntomas que generalmente aparecen en los dos primeros años de vida y persisten a lo largo de ella, aun cuando tratamientos y servicios pueden mejorar el funcionamiento cotidiano de los pacientes (Baird, G. *et al.*, 2016). Estos muestran problemas de comunicación e interacción social (coparticipación infrecuente, respuestas pobres o nulas, dificultades de ajuste, rostro inexpresivo, voz monótona, etc). Al mismo tiempo, se observan problemas de sueño e irritabilidad, conductas restrictivas y/o repetitivas tales como ecolalia, preocupaciones intensas, hipersensibilidad extrema a las luces, sonidos o cambios de temperatura, interés duradero en tópicos específicos, pero intrascendentes, etc. (Evans, S.C., 2017). Por otro lado, un paciente

autista puede mostrar en el curso del tiempo una serie de cualidades positivas (e.j., aprendizaje de detalles con recuerdos prolongados, aprendizaje visual y auditivo intenso, excelencia en matemáticas y ciencias y talentos artísticos variados) que, en no pocos casos, les ha deparado logros notables (Wing, W., 1982; Thom, R.P., 2014).

Espectro de despersonalización y desrealización. Sentimiento de irrealidad y desapego, alteración o pérdida de la percepción del mundo externo, por ejemplo, cambios en la percepción del tamaño o la forma de los objetos, personas percibidas como muertas o “robotizadas”. Existe también una asociación “egodistónica” con estrés, fatiga, depresión, ansiedad, etc. (Mula M., *et al.*, 2008; Baker, D. *et al.*, 2003). La desrealización se traduce en, por ejemplo, una alteración súbita y transitoria de funciones habitualmente integradoras de conciencia e identidad, un “adormecimiento emocional”, falta de reciprocidad, “vacíos mentales”, vacilaciones atencionales, etc. (Hunter, E.C., 2004). Este tipo de espectro muestra, en general, síntomas y signos de bajo grado, manifestaciones clínicas denominadas “subsindrómicas”.

Espectro de estrés post-traumático (complejo). Una exposición prolongada a eventos o situaciones de horror, amenaza y sufrimiento produce imágenes o recuerdos vívidos, *flashbacks*, pesadillas, miedo, terror y sensaciones físicas concomitantes; suceden a éstos, el evitamiento deliberado de recuerdos de eventos, personas, conversaciones, actividades o lugares que pudieran causar la acentuación o reaparición de aquellos síntomas. Este proceso lleva a una hipervigilancia, la autoprotección constante, la desregulación afectiva, síntomas disociativos, sentimientos de vergüenza, culpa o fracaso e intenso aislamiento social (Galatzer-Levy, I. *et al.*, 2013; Reed, G.M. *et al.*, 2022).

Espectro obsesivo-compulsivo. Al lado de los típicos síntomas obsesivo-compulsivos (Phillips, K.A. *et al.*, 2024), otras manifestaciones en las esferas afectiva, conductuales y de personalidad, incrementan la complejidad del cuadro clínico y generan su naturaleza espectral, es decir, el añadido de manifestaciones que bordean áreas psicóticas, psicopáticas y hasta cognitivas, todas ellas revestidas del persistente detalle obsesivo.

Espectro de abuso de sustancias. Este concepto se refiere no solamente a la coexistencia del abuso de múltiples sustancias (desde el alcohol hasta la multitud de drogas de consumo universal) sino a la presencia concomi-

tante de manifestaciones clínicas de diversas esferas (Poznyak, V. *et al.*, 2018). Tal coexistencia confiere no solo variedad, heterogeneidad y la consiguiente complejidad al cuadro clínico, sino que puede también desviar el foco terapéutico con resultados inciertos y hasta confusos (Wakefield, J.C., 2015).

Discusión

El concepto de espectro diagnóstico en la psiquiatría clínica contemporánea es, indudablemente, un reflejo y resultado del innegable origen multifactorial y la consiguiente perspectiva sindrómica que, quierase o no, aun preside el enfoque diagnóstico-nosológico de nuestra disciplina. En tal contexto, el impacto de abundantes síntomas leves o moderados (el “subumbral clínico”) es sumamente relevante (Wakefield, J.C., 2016; Kamensm S.R., 2018). Dicho en otros términos, la superposición de síntomas dificulta hacer diagnósticos claros y favorece un enfoque sindrómico que, en estos tiempos, ha arribado al más sofisticado concepto de ED, cuya elaboración obedece a la concurrencia de factores bio-psico-socio-cultural-espirituales (Alarcón, R.D., 2009). Sin ir muy lejos, por ejemplo, un espectro puede también ser la elaboración ontológica de una simple observación clínica: el efecto positivo del mismo fármaco en manifestaciones de entidades diagnósticas originalmente concebidas como totalmente diferentes.

El ED es, pues, un depositario dialéctico y pragmático de perspectivas complejas, un concepto generador de dudas, pero también de observaciones nuevas o novedosas y de consiguientes posibilidades de avance. Por ejemplo, las considerables dudas en torno a si la presencia de frágiles factores de validación hace que entidades supuestamente distintas converjan hacia el mismo diagnóstico, como la ecuación de esquizofrenia-trastorno esquizoafectivo-trastorno bipolar psicótico en la frontera esquizofrenia-trastornos afectivos, además del rol (¿decisivo o confuso?) de las personalidades esquizotípicas y limítrofes (Cheniaux, E. *et al.*, 2008).

Un ED puede responder también a vínculos que posibilitan o refuerzan un diagnóstico dado. Tal es el caso de la esquizotipia como dimensión de personalidad que es, a la vez, un factor predisponente de la esquizofre-

nia con base en la relación entre medidas conductuales, cognitivas y trasfondos de estructura y función cerebral (Gurvich, C., 2015). Igualmente, el modelo diagnóstico dimensional, también favorecido por la vigencia de EDs (Kendler, K.S., 2020), permite asociaciones positivas como la de esquizotipia con la creatividad e inteligencia verbal (Mohr, C. *et al.*, 2015; Nelson B. *et al.*, 2010).

Son varios los beneficios derivados de la presencia de ED en la psiquiatría actual. En primer término, favorece una cobertura más amplia de numerosos cuadros clínicos hoy incompletos, inconsistentes o solamente intuidos. El estudio del EDs ha reforzado decisivamente la modalidad dimensional como un enfoque clínico-diagnóstico que posibilita una flexibilidad, amplitud y realismo extendidos al manejo clínico, atributos de los que carece el afronte categorial (Kendler, K.S., 2020; Boschloo, L. *et al.*, 2015). Una mejor precisión diagnóstica supera comorbilidades inconducentes y etiquetas poco útiles, tales como “no especificado de otra manera” (American Psychiatry Association, 2022). Se trata, en suma, de un enfoque “activista” que hace del ED un campo de creciente investigación básica y clínica.

Como toda elaboración teórico-práctica, el ED presenta también desventajas o riesgos que es necesario reconocer y manejar con efectividad. La colección exclusiva de síntomas entraña posibilidades de un “sobrediagnóstico” y subsecuentes excesos en el uso de medicaciones. Puede crear polémicas innecesarias si niega exageradamente los méritos del enfoque categorial o de los estudios biológicos en las áreas de investigación y manejo clínico. Puede incluso generar dificultades en la provisión de precisiones diagnósticas para la cobertura de seguros y el manejo clínico-administrativo de casos. Futuros avances en este campo implican la necesidad de instrumentos probados para su uso en proyectos de investigación.

El diagnóstico psiquiátrico y, dentro de él, las investigaciones y trabajos en torno al ED, constituyen pilares importantes de una tarea continua (Kendler, K.S., 2016). Su futuro debe estar basado en la creatividad, la planificación sólida y el apoyo social consistente. Es crucial evitar demoras en la incorporación de nuevas piezas de conocimiento científico relevante para sustentar actualizaciones periódicas del sistema (Cuthbert, B.N. *et al.*, 2013). Del mismo modo, el aporte de un genuino humanismo médico y de una

medicina narrativa leal y sobria conferirá un valor auténtico al uso racional de avances tecnológicos como la inteligencia artificial, rechazando manipulaciones comerciales o —lo que es peor— sutil o abiertamente criminales (Yan, W.J. *et al.*, 2022; Bell, V., 2017).

Eventuales excesos en la investigación diagnóstica se traducen en pronunciamientos ambiguos como la “medicina centrada en el paciente” de visos engañosos, individualistas o negatorios *vis-a-vis* los componentes pluralistas del contexto (Fricker, M., 2007), o la “medicina basada en la evidencia”, cliché de rigideces e inflexibilidades de diccionarios y laboratorios (Cosgrove, L. *et al.*, 2018). Los cambios de criterios diagnósticos existentes, la adición o la eliminación de entidades, correcciones y/o aclaraciones de descripciones y textos hacen de éste un proceso inevitablemente complejo, por lo que queda claro que revisiones y actualizaciones periódicas de los sistemas diagnósticos seguirán siendo inevitables (Nemeroff, C.B. *et al.*, 2013; Hansen, H. *et al.*, 2018).

Conclusiones

El espectro diagnóstico configura un terreno de singulares alcances y un proceso decisivo en la evolución del diagnóstico como quehacer esencial de la psiquiatría actual (Maj, M., 2016). El ED es realidad y es búsqueda, es historia y es crítica, refleja necesidades hermenéuticas y entraña soluciones importantes, pero todavía transitorias. Sus resultados y propuestas deben evitar superposiciones con diagnósticos existentes, deben no solo ser mejores conceptualizaciones de subtipos conocidos y, en cuanto a su validez, deben poseer una proporción daño/beneficio positiva. Sus pruebas de evidencia deberán abundar tanto en sentido común como en la clara demostración de sólidos factores antecedentes, concurrentes y predictivos de validación.

Concluimos con una cita muy pertinente de Karl Jaspers, una de las figuras más sobresalientes de la psiquiatría universal: “...debemos fomentar una actitud alejada de ociosas teorizaciones dogmáticas, especulaciones o absolutismos de cualquier forma... (y) ...enfaticar el papel clave de recrear la experiencia anómala del paciente a través de un proceso de empática ‘ac-

tualización imaginativa' y atención crítica tanto al contenido como a la forma de su experiencia psicopatológica" (Jaspers, K., 1977).

Referencias

- Alarcón, R. D. (2009). Culture, cultural factors and psychiatric diagnosis: Review and projections. *World Psychiatry*, 8, 1-9.
- Alarcón, R. D. (2020). *El diagnóstico en psiquiatría: Perspectivas de dos décadas en el siglo XXI*. Conferencia dictada en el Curso Nacional de Actualización en Psiquiatría, Madrid, España.
- Alarcón, R. D. (2022). Healing: A revealing volume. *Psychiatric Times*, 39(10), 10-11. <https://psychiatrictimes.com/view/healing-our-path-from-mental-illness-to-mental-health>
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (2nd ed.; DSM-II). APA Press.
- . (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.; DSM-III). APA Press.
- . (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.; DSM-5-TR). APA Press.
- Angst, J., Merikangas, K. R., y Preisig, M. (1997). Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58(Suppl. 8), 6-10.
- Baird, G., y Norbury, C. F. (2016). Social (pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. *Archives of Disease in Childhood*, 101, 745-751.
- Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., et al. (2003). Depersonalisation disorder: Clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, 182, 428-433.
- Batstra, L., y Frances, A. (2012). Holding the line against diagnostic inflation in psychiatry. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(1), 5-10.
- Bell, V. (2017). *Why we need to get better at critiquing psychiatric diagnosis*. Mind Hacks. <https://mindhacks.com/2017/09/19/why-we-need-to-get-better-at-critiquing-diagnosis>
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Rhemtulla, M., et al. (2015). The network structure of symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *PLOS ONE*, 10(9), Article e0137621. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0137621>
- Cacciatore, J., y Frances, A. (2022). DSM-5-TR turns normal grief into a mental disorder. *The Lancet Psychiatry*, 9, e32.
- Cassano, G. B., Frank, E., Miniati, M., et al. (2002). Conceptual underpinnings and empirical support for the mood spectrum. *Psychiatric Clinics of North America*, 25, 699-712.
- Chakrabarti, S. (2012). Psychotic and catatonic presentations in bipolar and depressive disorders. *World Psychiatry*, Suppl. 1, 59-64.
- Cheniaux, E., Landeira-Fernandez, J., Lessa Telles, L., Lessa, J. L., Dias, A., et al. (2008).

- Does schizoaffective disorder really exist? *Journal of Affective Disorders*, 106, 209-217.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., *et al.* (2017). ICD-11, DSM-5, and RDoC: Three approaches to understanding and classifying mental disorders. *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145.
- Cohen, B. M., Ongur, D., y Harris, P. Q. (2022). Past due: Improving the naming of psychiatric disorders. *The Lancet Psychiatry*, 9, 264-266.
- Compton, M. T., y Shim, R. S. (2015). The social determinants of mental health. *Focus*, 13(4), 419-425.
- Cosgrove, L., Shaughnessy, A. F., y Shaneyfelt, T. (2018). When is a guideline not a guideline: The devil is in the details. *BMJ Evidence-Based Medicine*, 23(1), 33-36.
- Craddock, N., y Owen, M. J. (2010). The Kraepelinian dichotomy – going, going...but still not gone. *British Journal of Psychiatry*, 196, 92-95.
- Cuthbert, B. N., e Insel, T. R. (2013). Towards precision medicine in psychiatry: The NIMH Research Domain Criteria project. In D. S. Charney *et al.* (Eds.), *Neurobiology of mental illness* (4th ed., pp. 1076-1088). Oxford University Press.
- Delay, J., Deniker, P., y Harl, J. M. (1952). Therapeutic use in psychiatry of phenothiazine of central elective action (4560 RP). *Annales Médico-Psychologiques*, 110(21), 112-117.
- Evans, S. C., Burke, J. D., Roberts, M. C., *et al.* (2017). Irritability in child and adolescent psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 53, 29-45.
- Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruff, R. A., Winokur, G., y Muñoz, R. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57-63.
- Filer, N. (2020). *This book will change your mind about mental health*. Faber & Faber.
- Fricker, M. (2007). *Epistemic injustice: Power and the ethics of knowing*. Oxford University Press.
- Horwitz, A. V., y Wakefield, J. C. (2007). *The loss of sadness*. Oxford University Press.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179.
- Insel, T. (2022). *Healing: Our path from mental illness to mental health*. Penguin Press.
- Jaspers, K. (1913). *Allgemeine Psychopathologie*. Springer.
- Kendler, K. S. (2016). The nature of psychiatric disorders. *World Psychiatry*, 15(1), 5-12.
- Kraepelin, E. (1896). Der psychologische Versuch in der Psychiatrie. *Psychologische Arbeiten*, 1, 1-91.
- Wakefield, J. C. (2007). The concept of mental disorder: Diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry*, 6, 149-156.
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11th rev.; ICD-11). WHO.
- Zachar, P., Regier, D. A., y Kendler, K. S. (2019). The aspirations for a paradigm shift in DSM-5. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 207, 778-784.