

## **HONORIO DELGADO Y EL DSM-IV: CONCORDANCIAS Y DIFERENCIAS\***

*Por RENATO D. ALARCON\*\**

### **RESUMEN**

*Se documenta la tesis de que, a lo largo de su distinguida carrera, Honorio Delgado postuló y practicó los principios diagnósticos y nosológicos que en años recientes se han materializado en documentos tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana. Luego de delinear conceptos básicos acerca del diagnóstico y de analizar las características fundamentales de DSM-III, DSM-III-R y DSM-IV, se presenta en detalle el distintivo enfoque nosológico del maestro peruano. Se resalta su enfoque objetivo y crítico, su carácter integrador y humanístico, el ámbito clínico-académico de su aplicación y su estricta conceptualización técnica. Las concordancias con DSM-IV radican en el enfoque descriptivo, la base somatobiológica de la mayoría de los trastornos mentales, el enfoque multiaxial, el uso de criterios diagnósticos definidos y jerarquizados. Se postula la necesidad de más y mejores investigaciones nosológicas orientadas a diagnósticos más completos, previsión pronóstica y servicio terapéutico concreto.*

### **SUMMARY**

*This paper argues that throughout his distinguished career, Honorio Delgado proposed and practiced diagnostic and nosological principles that have been materialized in recent years in documents such as the American Psychiatric Association's Diagnostic*

---

\* Conferencia Magistral presentada en las Primeras Jornadas Internacionales "Honorio Delgado" y Encuentro Internacional de Sociedades Latinoamericanas de Psiquiatría Biológica, Lima, 30 de noviembre de 1994.

\*\* Profesor y Subjefe, Departamento de Psiquiatría y Ciencias de la Conducta, Escuela de Medicina, Emory University; Jefe del Servicio de Psiquiatría Centro Médico de la Administración de Veteranos, Atlanta, Georgia, EE. UU.

*and Statistical Manual (DSM). After delineating fundamental concepts about diagnosis, and analyzing the main characteristics of DSM-III, DSM-III-R and DSM-IV, the distinctive nosological approach of the Peruvian psychiatrist is presented in detail. His objective and critical approach, its integrative and humanistic character, the clinico-academic ambit of its applications, and its strict technical conceptualization, are emphasized. Delgado's work coincides with DSM-IV in their descriptive philosophy, the somato-biological basis of most mental disorders, the multi-axial approach, and the use of defined and well-organized diagnostic criteria. The need for more and better research in nosology, aimed at more thorough diagnosis, prognostic provisions and concrete therapeutic service is postulated.*

**PALABRAS - CLAVE:** Diagnóstico, clasificación, nosología, psicopatología.

**KEY - WORDS:** Diagnosis, classification, nosology, psychopathology.

Hace doce años examiné la vigencia del pensamiento de Honorio DELGADO en la psiquiatría contemporánea y exalté su actitud crítica justa y ponderada, su espíritu innovador<sup>1</sup>, su filosofía ecléctica y su élan visionario. Todas estas facetas convergen admirablemente en su contribución al campo del diagnóstico psiquiátrico. No basta decir que DELGADO introdujo a JASPERS o a KRAEPELIN en la psiquiatría de nuestro continente mucho antes que ningún otro, o que se erigió en abanderado del afrente fenomenológico-descriptivo, casi la única manera de hacer justicia a la historia del propio paciente, fuente, receptáculo y agente de experiencias singulares. No basta decir por cierto que es autor de un texto de psiquiatría clínica que cuarenta años después de su primera edición todavía impresiona por su solidez y su vitalidad<sup>2</sup>. No basta decir, por último, que DELGADO fue pionero, líder, mentor, oráculo legendario o adversario temido de generaciones de clínicos e investigadores en América y el mundo.

DELGADO cuestionó desde muy temprano el caos nosológico de la psiquiatría clínica, la descripción imprecisa de los síntomas, la confusión entre

etiogénesis y semiogénesis, la escasez de estudios catamnésicos, la mezcla doctrinaria y pragmática de los planos -objetivamente interdependientes pero conceptualmente irreducibles- de la vida y el ser del hombre, las teorías unilineares en psiquiatría, sean éstas biológicas, dinámicas, sociales o neopositivistas<sup>3-5</sup>. Respaldó estos pronunciamientos con el examen desapasionado de la literatura científica contemporánea y con el llamado permanente a una investigación seria y sistemática. En el centro de sus preocupaciones situó siempre al paciente, a la irrenunciable tarea médica de curar algunas veces, mejorar muchas y consolar siempre<sup>2,4,6</sup>.

Es en el terreno diagnóstico donde, en cierto modo, comienza y termina ese esencial deber del médico y del psiquiatra. Por ello, la confluencia de ciencia y humanismo que fue la psiquiatría de DELGADO, tiene expresión vigorosa en su producción escrita sobre temas diagnósticos. Afirmo que DELGADO avizoró los cambios dramáticos representados a escala mundial por las tres últimas versiones del manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (DSM)<sup>7-9</sup> y la

más reciente edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud<sup>10</sup>. El propósito de esta presentación es examinar la obra de DELGADO *vis a vis* el DSM. Desarrollaré primero algunos conceptos básicos en relación a diagnóstico en general y diagnóstico psiquiátrico en particular<sup>11</sup>, para ocuparme luego con los cambios y características fundamentales de DSM en los últimos 14 años y terminar con el análisis de las concordancias y diferencias entre las conceptualizaciones del maestro y los asertos de la nueva clasificación norteamericana.

### EL CONCEPTO DE DIAGNOSTICO

Etimológicamente, la palabra "diagnóstico" consta de dos componentes en el idioma griego original: *dia*, que significa directamente, a través de, hasta el final, completa y totalmente, de principio a fin; y *gignosko*, aprender, conocer, percibir, discernir, distinguir, observar, formarse un juicio u opinión, juzgar, pensar, comprender, determinar<sup>12</sup>. En medicina, diagnóstico es el proceso (y los procedimientos) que, en base a la cuidadosa observación de las características clínicas de un enfermo y a la colección de una serie de informaciones relevantes, procedentes de diversas fuentes, permite etiquetar la condición clínica (poner nombre a la enfermedad) y formular hipótesis en torno a su etiología y patogenia, orientando entonces al profesional, a la adopción de un prudente manejo terapéutico y de una estimación pronóstica bien informada.

Un diagnóstico ideal debe reunir cuatro características fundamentales: precisión, claridad, totalidad y amplitud<sup>11</sup>. Precisión entraña plena correspondencia entre las realidades sintomáticas o

sindrómicas y las categorías nosológicas utilizadas en su rotulación. La claridad debe darse en la fuerza descriptiva de los criterios, la semántica y la accesibilidad de los términos diagnósticos. Totalidad implica la consideración sistemática de todos y cada uno de los aspectos, dimensiones o niveles del proceso mórbido en estudio. Amplitud se refiere básicamente a los alcances y linderos del llamado diagnóstico diferencial, esto es, la factibilidad de insertar posibilidades diagnósticas distintas a la inicial.

La confiabilidad de un diagnóstico es su capacidad de ser reproducido por dos o más personas que examinan el mismo caso en circunstancias similares pero independientes en el tiempo y/o en el espacio. La validez establece que el diagnóstico al que se llega en base a procedimientos e instrumentos sancionados como aceptables, identifica la condición que se está estudiando y no otra lejana o cercanamente familiar<sup>12</sup>. Sensibilidad se define como la capacidad de un instrumento diagnóstico para detectar verdaderos casos positivos, en tanto que especificidad refleja la capacidad de detectar verdaderos casos negativos<sup>13</sup>. Por último, los factores externos de validación diagnóstica de cualquier entidad clínica son descripción anamnésica, documentación epidemiológica, personalidad premórbida, historia familiar, tests de laboratorio, demostración de carga genética y respuesta al tratamiento<sup>14</sup>.

Un modelo lógico de diagnóstico (en tanto que opuesto a los llamados modelos pre-lógicos) presupone ingredientes racionales tales como inferencia, comparación y aplicación de leyes empíricas. Este modelo presenta una variedad de subcategorías de carácter dicotómico; la primera es el binomio nomotético vs. idiográfico. Diagnóstico

nomotético es aquél cuyas normas y criterios se basan en la observación de muchos casos o series de casos supuestamente gobernados por leyes universales. El diagnóstico idiográfico, por su parte, se basa en el estudio exhaustivo de casos singulares o únicos<sup>13-15</sup>.

La aplicación de criterios diagnósticos sigue las modalidades monotética y politética que tienen que ver, fundamentalmente, con el número y el "peso específico" de cada criterio<sup>16</sup>. La primera postula que la única manera de arribar a un diagnóstico válido es cuando la entidad en estudio llena todos los requisitos establecidos por las guías diagnósticas en uso; basta la ausencia de sólo uno de tales criterios para que el diagnóstico no proceda. El diagnóstico politético, en cambio, basado en la aproximación prototípica (el "caso típico") acepta que la presencia documentada de un número determinado de criterios (por ejemplo, cinco de nueve en una lista dada) es suficiente para formular un diagnóstico certero.

El diagnóstico categórico o tipológico postula que cada entidad clínica es discreta, separable, caracterizable en base a criterios bien definidos, diferenciable de otras, autónoma en su ruta etiopatogénica y, en último análisis, pasible de tratamiento mediante procedimientos establecidos. En psiquiatría clínica se vincula este tipo de diagnóstico al llamado "modelo médico" de la práctica profesional. La otra variedad en esta dicotomía es el diagnóstico dimensional, vale decir aquel basado en un criterio de continuidad (*continuum*) entre lo normal y lo patológico a lo largo de diferentes dimensiones que se entrecruzan a diversos niveles para, en un momento dado, generar un cuadro caracterizado mayormente por el predominio de alguna de

estas dimensiones, concepto éste que incluye la noción de espacio o espacialidad. Los profesionales mayormente identificados con este enfoque son los psicólogos y el área nosológica a la que típicamente se aplica es la de los trastornos de personalidad<sup>17</sup>.

Finalmente, se habla de un diagnóstico clínico y de un diagnóstico automatizado, aún cuando la distinción tiende a hacerse borrosa en el momento actual. El diagnóstico clínico sería el tradicional procedimiento "a la cabecera del enfermo" en el cual el factor humano y el raciocinio lógico-deductivo son elementos fundamentales. El diagnóstico automatizado, en cambio, se basa en el uso de los recursos tecnológicos cada vez más complejos que incluyen cuestionarios computarizados, algoritmos preprogramados, escalas matemáticas e instrumentos similares.

Existen algunas más que sutiles diferencias entre diagnóstico psiquiátrico y diagnóstico médico en general. El síntoma psiquiátrico entraña la personalísima expresión de quejas que, en muchos casos, son el resultado de una compleja trama psico-socio-biológica. Su diagnóstico es pensado y procesado por el profesional sin (o con muy poca) ayuda tecnológica. El carácter subjetivo de las quejas requiere el uso de una gran variedad de fuentes de información que se complementan mutuamente. El valor del diagnóstico psiquiátrico en el momento actual es más informativo y descriptivo que etiológico o pronóstico y su confiabilidad y validez son ligeramente inferiores a las del diagnóstico físico, lo cual atenta también contra su sensibilidad y especificidad. Finalmente, la formulación diagnóstica en psiquiatría refleja una concepción

multifactorial a la que es ajena el diagnóstico médico general.

### *LA NUEVA REVOLUCION DIAGNOSTICA EN PSIQUIATRIA: EL DSM-III Y SUS SUCESOES*

En los Estados Unidos, la historia de la nosología psiquiátrica es relativamente reciente<sup>9,18,19</sup>. Es pertinente señalar que ni DSM-I que vio la luz en 1952, ni DSM-II, publicado en 1968<sup>21</sup>, entrañaron cambios radicales en relación a los sistemas que les precedieron, constituyéndose básicamente en listados sistemáticos de condiciones clínicas reconocidas por consenso, intuitas más o menos certeramente en algunos casos, y sustentadas por consideraciones etiopatogénicas hipotéticas en la gran mayoría de ellos.

La aparición del DSM-III en 1980<sup>7</sup> resultó de la confluencia de una serie de eventos, materializada en un enfoque definidamente más objetivo, neutral, pragmático y efectivo que el de sus predecesores. Tales eventos históricos incluyen el advenimiento de la era psicofarmacológica, la declinación del psicoanálisis, laboriosos estudios diagnósticos comparativos entre psiquiatras norteamericanos e ingleses, el Estudio Piloto Internacional de Esquizofrenia, la publicación de la CIE-9, el significativo crecimiento de las neurociencias, la emergencia de grupos "neo-kraepelinianos" en centros académicos tales como la Washington University de St. Louis, el lento pero irrefrenable proceso de "remedicalización" de la psiquiatría, y factores económicos tales como las crecientes limitaciones impuestas por compañías de seguros en la delineación de diagnósticos y pago de servicios profesionales<sup>18,22,23</sup>.

DSM-III generó una revolución, modesta pero revolución al fin. Para algunos significó un cambio paradigmático<sup>19</sup>; la legitimización del abordaje científico, el predominio de los estudios del cerebro sobre los de la mente, la imposición de un proceso disciplinado y sistemático que facilitaría investigaciones más serias y consistentes<sup>24</sup>. Su filosofía básica intentó ser atea, vale decir no sujeta a dogma etiopatogénico alguno, ya que reconocía que era muy poco lo que se sabía respecto al origen fundamental de todo cuadro mental. Su abordaje fue fenomenológico-descriptivo, implementado mediante criterios diagnósticos operativos que puntualizaban duración, severidad y otras características del trastorno. Adoptó la estructura categórica y no dimensional, se basó en evaluaciones de series grandes de casos validadas por el consenso de expertos, fue monotético en la gran mayoría de casos y siguió el principio jerárquico en cuanto a la descripción inicial de entidades amplias desdobladas luego en otras gradualmente más específicas (tipos).

Otro cambio significativo precipitado por DSM-III fue el desmantelamiento de las neurosis como entidades nosológicas, culminación del gradual debilitamiento del psicoanálisis en la psiquiatría norteamericana. Sin embargo, la contribución tal vez más relevante y para muchos el legado más preciado y duradero de la nueva clasificación ha sido la adopción del enfoque multiaxial, de honorable trayectoria en la teoría médica y psiquiátrica<sup>25</sup>. Al listar no solamente la entidad o entidades primarias o predominantes, sino también el tipo de personalidad, las condiciones físicas concomitantes, la intensidad de posibles sucesos estresantes y el nivel de funciona-

miento previo del paciente, DSM-III consagró actuarialmente la vigencia del enfoque biopsicosocial en las enfermedades psiquiátricas.

La edición revisada de DSM-III entró en vigencia en 1987<sup>8</sup>, luego de tres años de trabajos. Su publicación respondió al deseo de afinar criterios diagnósticos a efecto de mejorar su sensibilidad y especificidad, reafirmar la necesidad de respaldo empírico, incrementar su validez, restringir las jerarquías diagnósticas e introducir un lenguaje más simple y accesible. DSM-III-R incluyó por primera vez una definición expresa de trastorno mental que restringió un tanto el afrente categórico de entidades clínicas individuales. Reconoció más explícitamente la posibilidad de etiologías multifactoriales, reforzó el formato politético y modificó el eje V para hacerlo mensurable mediante una escala específica. Introdujo también una nota de precaución en torno al uso del Manual en pacientes de culturas diferentes a la anglosajona u occidental.

Apenas un año después de la publicación del DSM-III-R, la APA nombró otro Comité al que encargó la elaboración de la cuarta edición del documento. Entre 1988 y 1994 (año de la publicación de DSM-IV)<sup>9</sup> este Comité trabajó intensamente en revisiones exhaustivas de la literatura, reanálisis de datos previamente publicados, análisis de datos recolectados pero no estudiados y pruebas de campo. Siguió un criterio más bien conservador en la adopción de nuevas categorías diagnósticas, no obstante lo cual terminó incluyendo 74 entidades más que DSM-III-R. Tuvo en cuenta el pluralismo imperante en la práctica clínica y en la investigación y la necesidad de simplificar más aún las normas diagnósticas. Fue clara su intención de mantener un foco

clínico que permitiera, a la vez, el desarrollo de proyectos de investigación y actividades educativas sin una jerga técnica excesiva. Mantuvo la aspiración ecléctica y universalista de DSM-III y III-R y favoreció la accesibilidad estadística de los trastornos merced al uso de códigos precisos y fácilmente catalogables.

Una característica llamativa en el voluminoso texto del DSM-IV es el énfasis eminentemente práctico que sus autores se esfuerzan en adscribirle. En efecto, las once páginas de su Introducción enfatizan más temas tales como la brevedad de los criterios, la claridad del lenguaje o la diversidad de contextos de aplicación, que los fundamentos teóricos, filosóficos o conceptuales que subyacen al Manual. Insiste en el carácter democrático de la consulta que precedió a su elaboración final y provee un recuento histórico de ocho décadas de nosología psiquiátrica en los Estados Unidos. En menos de página y media de texto, titulado "definición de trastorno mental", justifica el uso del término y su implícita distinción con respecto a "trastorno físico", distinción a la que llama "anacronismo reduccionista del dualismo mente-cuerpo"; lamenta el no haber podido encontrar otro término que lo sustituya adecuadamente y más aún, el no poder substanciar una definición operativa del concepto mismo. Se detiene un tanto en conductas que no son trastornos mentales y puntualiza la absoluta necesidad de adiestramiento y uso de juicio clínico apropiado para la aplicación correcta de las normas diagnósticas.

No obstante esta cierta falencia teórica, es posible entresacar del volumen, una serie de otros pronunciamientos de base. Al enfatizar los componentes

psicológico-conductuales del cuadro clínico y la disfunción biológica subyacente, DSM-IV puso fin, en cierto modo, a la pretensión atórica tan pomposamente declarada en DSM-III. Por otro lado, no hay una sanción definida del enfoque categórico en tanto que opuesto al dimensional, aún cuando continúa utilizando el modelo politético dentro de un marco de referencia dictado por prototipos clínicos.

DSM-IV ha introducido algunos cambios que ciertos sectores califican como radicales. Así por ejemplo, ha eliminado casi por completo el grupo de trastornos anteriormente llamados "orgánicos" (los que quedan ya no se llaman así e incluyen sólo delirio, demencia y amnesia) y los hace parte ahora de los grupos con los que comparten similitudes sintomatológicas, *vgr.* trastornos del ánimo debidos a abuso de drogas. Se adscribe así un agente etiopatogénico definido a un síndrome afectivo. La jerarquización de niveles de severidad clínica es ostensible. El Manual consta de 16 clases diagnósticas y una última sección dedicada a condiciones que pueden o no ser

foco de atención clínica. Si se cuentan éstas (37 ítems en total), DSM-IV contiene 366 categorías, vale decir 260 más que DSM-I.

Cada trastorno tiene secciones dedicadas a criterios diagnósticos, rasgos y trastornos asociados, rasgos específicos relacionados con edad, cultura o sexo, prevalencia, incidencia y riesgo, curso clínico, complicaciones, patrón familiar, diagnóstico diferencial y factores predisponentes. Cada entidad es identificada por un código de por lo menos cuatro dígitos; en ocasiones se añade un quinto dígito para codificar subtipos y modificadores del desorden tales como grado de severidad, tipo de remisión y nivel de certeza diagnóstica. Es importante señalar que el DSM-IV ha incluido por primera vez recomendaciones explícitas en relación a la aplicación de cada categoría diagnóstica en diferentes escenarios culturales y con diferentes grupos étnicos, a fin de prevenir o evitar la "patologización" de determinadas conductas. Las características más saltantes de DSM-III y sus sucesores se aprecian en la Tabla 1.

Tabla N° 1

## Características Comparativas de las 3 últimas versiones del DSM

Características	DSM-III	DSM-III-R	DSM-IV
Enfoque atórico	Marcado	Transicional	Reducido
Abordaje fenomenológico descriptivo	+++	+++	++++
Estructura categórica	++++	+++	++-
Nomotético vs. idiográfico	N	N	N
Monotético vs. Politético	M	P	P
Enfoque multiaxial	++++	++++ con mod.	+++ con mod.
Definición de trastorno mental	Ausente	Presente	Menos evidente
Etiología multifactorial	Ausente	Transicional	Explícita
Referente cultural	Ausente	Transicional	Más evidente
Texto	Técnico	Transicional	Más simple
Biologismo subyacente	Mesurado	Transicional	Más evidente
No. de categorías diagnósticas	226	292	366

## LA NOSOLOGIA DE HONORIO DELGADO

A primera vista puede sonar no sólo inapropiado sino hasta ridículo el pretender comparar el trabajo de 351 personas (miembros de los 13 grupos de trabajo del Comité del DSM-IV) con el de una sola, por más que esta última sea la figura cimera del maestro DELGADO. La cifra anterior se eleva a 1326 si se añade un promedio de 75 asesores por grupo, y varias docenas más si se cuentan los expertos internacionales consultados por la APA. Hablamos además de un esfuerzo colectivo e institucional desarrollado en los últimos veinte años, con todas las facilidades tecnológicas de la era moderna y post-moderna al alcance del llamado Primer Mundo *versus* la labor tesonera, sistemática, disciplinada y rigurosa de un solo hombre que, en un país del mítico y pauperizado Tercer Mundo, ayudado solamente por un puñado de discípulos ocupados en una variedad de otras tareas de sobrevivencia, dedicó más de cuarenta años de trabajo profesional al cultivo de -entre muchas otras cosas más- la psicopatología y su traducción nosológica.

El *Curso de Psiquiatría* de Honorio DELGADO, cuya sexta edición fuera reimpresa en noviembre de 1993<sup>2</sup>, es en realidad un clásico. Tiene no sólo la inigualable riqueza psicopatológica de las entidades clínicas que describe sino el fuste teórico que le da consistencia más allá y por encima de su utilidad práctica. Examinaré primero su estructura conceptual y me ocuparé luego con su contenido clínico.

Desde las primeras líneas del prólogo a la primera edición del *Curso*, es claro el énfasis clínico "que refleje las adquisiciones esenciales para la forma-

ción profesional sin perjuicio del pertinente reconocimiento de nuestras incertidumbres". Hay al mismo tiempo, la búsqueda sin tapujos de un balance doctrinario "libre del encastillamiento de la rutina profesional, que paraliza, y del encastillamiento teórico, que ciega". Así, el contenido clínico no es ni el relato anecdótico o superficial ni el aplastante *dictum* dogmático: se busca proporcionar "al espíritu del estudiante el dato verdaderamente científico", presentándole bibliografía que le ofrezca "orientación acerca de más amplias exposiciones del tema general, de los problemas especiales y del estado actual de la investigación científica concerniente.

El capítulo I, titulado Conceptos Fundamentales y Métodos, contiene la esencia del pensamiento delgadiano en torno a la nosología. De la psicopatología, "ciencia... y saber desinteresado" de la conducta anormal en tanto que "hechos y relaciones susceptibles de ser formulados en conceptos y principios generales", pasa a la psiquiatría, "rama de la medicina... que trata de las enfermedades mentales y en general de la actividad anímica normal y anormal de los pacientes en lo que tiene de significativa para la actuación del facultativo". La distinción que establece entre psiquiatría general, psiquiatría clínica y psicología médica revela, una vez más, el balance que DELGADO estableció y practicó entre el dato estadístico-sociológico, el fenómeno clínico y el quehacer médico propiamente tal.

Es claro que para DELGADO, la justificación teórica de la psiquiatría y su nosología es eminentemente aquella que proviene de la ciencia. Lo dice cuando, afirmando un vez más la necesidad de un armonioso balance en la formación del



profesional, puntualiza que "la psicopatología por fuerza debe tener una orientación mixta, a la vez fundamental y propedéutica, científica y práctica". Al mismo tiempo, advierte meridianamente las dificultades y limitaciones de esta tarea precisando los prejuicios "que nos conducen a interpretaciones fáciles y falaces". La lista de estos prejuicios (anatomofisiológico, elementalista, simplificador y diagnóstico-tipológico) es una elocuente denuncia a los extravíos teorizantes de ciertas escuelas. Particularmente pertinente para nuestro propósito es su opinión del llamado prejuicio diagnóstico y tipológico que

"...sistematiza de modo unilateral y deformante el estudio de la realidad psicopatológica. La preocupación profesional y el afán de síntesis caracterológica, respectivamente, son responsables de esta viciosa manera de concebir, cuyas consecuencias son el empobrecimiento y la futilidad de los resultados. La preocupación profesional exclusiva afecta sólo al aspecto nosográfico de las manifestaciones, el afán tipológico desmedido trata de incluirlo todo en fórmulas simples de representación semi-individual, semi-general. Ambos sacrifican el espíritu de análisis y sus frutos: la aprehensión de la riqueza, la diferenciación y la variedad individual de la vida anímica. El fenómeno psicopatológico pierde así su entidad propia, eclipsado por un esquema taxonómico".

La concepción de DELGADO en torno a las relaciones anímico-corporales es crucial en el entendimiento de sus puntos de vista etiopatogénicos. En este sentido, no deja dudas respecto a su convicción biologista (suscribe "el origen predominantemente somático de los desórdenes más serios de la mente") y a su enfoque monista de raíz aristotélica. Cri-

ta la ambigüedad en el uso de los términos "anímico" y "corporal", "mental" y "físico", "psíquico" y "somático" y utiliza estas inconsistencias para formular su clásica concepción de los planos o aspectos del ser (material, biológico, anímico y espiritual) y las conexiones entre sus diversos fenómenos. No carente de un pragmatismo decente sin embargo, DELGADO acepta las imposiciones realistas de los dos aspectos más manidos de la índole humana: el físico y el mental "cada uno efectivamente dual -el primero integrado por la materia y la vida, el segundo constituido por la actividad anímica y la espiritual-".

Al escribir sobre el concepto de anormalidad, DELGADO enuncia otra de sus convicciones esenciales: "El criterio de normalidad en psicopatología debe ser puramente descriptivo, en el sentido de que no entrafte una valorización de inferioridad personal, ni de enfermedad, irresponsabilidad, falta de libertad, sufrimiento, etc.". El juicio clínico ("buen sentido personal") es fundamental para el deslinde entre lo normal y lo patológico, ya que ni la estadística ni la psicometría ofrecen fundamento suficiente para este deslinde que, en última instancia, es "un acto intuitivo en el cual interviene algo más que nuestro saber y nuestra experiencia de las cosas humanas".

Los fenómenos psicopatológicos no son sólo "desviaciones cuantitativas de lo normal, sino diferencias originales -cualitativas- de las funciones, que a menudo afectan el conjunto de la vida anímica del sujeto". Su estudio requiere, además de los métodos generales comunes a todas las ciencias, una variedad de procedimientos especiales (ocho en total) que DELGADO describe admirablemente. Una vez más, sin ocultar su simpatía por

la llamada descripción fenomenológica ("...describir con exactitud la experiencia vivida...prendiendo sólo su realidad palpante, su cualidad original, su estructura distintiva..."), y su saludable escepticismo frente a las explicaciones psicológica o psicoanalítica y fisiopatológica, su convicción más cristalina es la del uso racional y flexible de esta "pluralidad de posibilidades":

"La conclusión fecunda para el conocimiento es que cada caso debe estudiarse agotando las posibilidades... de explicación. No contentarse con la hipótesis más fácil, sino tratar de verificar sucesivamente las que sugieren la complejidad de los hechos, examinando cautamente la plausibilidad y los inconvenientes de cada una. Así, los hechos son iluminados desde diversos puntos de vista, hasta llegar a una interpretación realmente admisible. Todo cultivador reflexivo de la psicopatología puede recordar casos frente a los cuales ha cambiado fundamentalmente su modo de considerarlos. A veces la persistente insatisfacción y el examen crítico de los problemas conducen a nuevos interrogatorios y a nuevas búsquedas de información, con lo cual incluso se descubren hechos que primero no fueron advertidos o revelados y que acaban por hacer dar con el quid".

DELGADO abraza decididamente la noción de una multicausalidad compleja del trastorno mental. Su fidelidad descriptiva y espíritu objetivo recuerdan al profesional que "debe tamizar la información con advertencia y crítica, distinguiendo los hechos objetivos de las interpretaciones caprichosas, el curso formal de los cambios psíquicos en contraste con las meras contingencias temporales, y la posible influencia causal respecto de la motivación provocadora de reacciones con sentido". El diagnóstico debe tener en cuenta factores genéticos, condiciones

tales como edad, sexo, grupo étnico, influencias nocivas exógenas de orden físico (agentes tóxicos, teratogénicos, trauma físico, infecciones, etc.) y psíquico (emociones penosas, eventos traumáticos, etc.) a lo largo del ciclo vital del individuo.

Finalmente, la clasificación de los desórdenes mentales que plantea Honorio DELGADO, con tener "un valor relativo al estado de los conocimientos...(y ofrecer)...tantas más dificultades cuanto más rigurosa y detallada pretende ser", se erige aún hoy en modelo de claridad, sencillez y precisión. En su libro, se da en el capítulo inicial de la segunda parte, o Psiquiatría Especial, que sigue a la de Psicopatología o descripción de síntomas de las diversas parcelas psíquicas, indudablemente la mejor versión en español del *opus* jasperiano. El texto incluye afirmaciones inequívocas y realmente premonitorias de temas que hoy se aceptan sin ambages; por ejemplo, llama enfermedades a las psicosis y anormalidades o trastornos "a condiciones que en rigor no es legítimo considerar como verdaderas enfermedades...(sino como)... desórdenes psíquicos condicionados por propensiones y procesos corporales".

Siguiendo en parte los criterios trazados por SCHNEIDER y KLOOS, DELGADO clasifica a los desórdenes mentales en tres grandes grupos: 1) Psicosis (que pueden ser exógenas -sintomáticas, orgánico cerebrales y tóxicas-, y endógenas -esquizofrenia, enfermedad maniaco-depresiva y epiléptica- ); 2) Disposiciones psíquicas anormales que incluyen oligofrenia, personalidades anormales y anormalidades psicosexuales; y 3) Reacciones psíquicas anormales que incluyen neurosis y trastornos afines o limítrofes.

Esta simplicidad es engañosa. El total de categorías diagnósticas incluidas

en estos tres grupos llega a 84, sin contar algunas subcategorías o formas clínicas diversas. Cada entidad tiene, además de una definición comprensiva, información pertinente en torno a etiología, frecuencia, sintomatología, formas clínicas, diagnóstico, evolución y pronóstico. Es evidente que el diagnóstico desde el punto de vista de DELGADO debe ser categórico, nomotético, politético, prototípico y multifactorial. DELGADO reconoce el papel de puente conceptual que la personalidad juega entre los síntomas aislados y los síndromes o categorías diagnósticas establecidas. En el capítulo pertinente pasa revista a los conceptos de temperamento y predisposición morbosa, influencias socio-ambientales de carga patogénica, y la relación entre personalidad y psicosis; en esta última suscribe sin vacilar la vinculación clínica y genética entre determinados tipos de personalidad y la sintomatología psicótica en el contexto del concepto jasperiano de proceso.

Aún cuando refiriéndose todavía a personalidad y psicosis, es válido incluir la visión de DELGADO en relación a lo que BIRNBAUM llama análisis estructural y KRETSCHMER, diagnóstico multidimensional. Las semejanzas con el moderno concepto de diagnóstico multiaxial son muy cercanas:

"...es un ideal metodológico que consiste en distinguir, lo mejor que se pueda, los factores patogénicos o causales de cambio, de los factores patoplásticos o auxiliares en la composición del cuadro clínico atendiendo a los antecedentes y las concomitancias. Es esencial para ello un conocimiento a fondo de la biografía y la personalidad del enfermo, a fin de conjeturar de manera plausible lo que se explica por la acción de la enfermedad y lo que se com-

prende por la intervención de motivos de la experiencia vivida y por el modo de ser subjetivo".

#### *DELGADO Y EL DSM-IV: CONCORDANCIAS*

De las exposiciones precedentes, es claro que el intelecto y la destreza teórica y clínica de un psiquiatra peruano precedieron en el tiempo y en el amplio horizonte de las ideas, a la "revolución" generada más de treinta años después por un comité de cientos de personas, asesorado por miles más y respaldado por recursos ingentes de dinero, equipo, muestras de pacientes y personal de campo. Lo hemos dicho antes: nombres, conceptos y categorías de conocimiento diagnóstico y clínico con los que nosotros en el Perú y América Latina teníamos familiaridad plena entre los años 40 y 60, eran saludados como héroes o profecías, redescubiertos por la psiquiatría norteamericana hacia comienzos de la década del 80<sup>1</sup>, en una de las más extraordinarias demostraciones de ingenuidad provinciana (la norteamericana) convertida en arrogancia hegemónica. Estoy casi seguro que esa es la razón por la cual DELGADO, conocedor de los primeros escarceos de los neo-kraepelinianos de la Washington University poco antes de la publicación de la quinta edición de su *Curso de Psiquiatría* en 1969, escribió en el Prólogo, con fina ironía:

"Quiero expresar en esta oportunidad mi satisfacción tanto por la creciente acogida de que es objeto esta obra, cuanto por el hecho de que no pocos conceptos, criterios y procedimientos que fueron parte del texto desde sus primeras ediciones sean hoy considerados en diversos ambientes como plausibles y fecundas novedades".

Las fundamentales concordancias entre la nosología delgadiana y la postulada por DSM-IV se dan pues en el respaldo teórico, elaborado sin embargo con mucho mayor profundidad y elegancia por el maestro peruano. Este respaldo es el de una fenomenología descriptiva de base que recoge la versión primaria de los eventos clínicos, incontaminada por los afanes de interpretación o sobreelaboración hipotética. La contribución de la psiquiatría alemana con nombres como JASPERS, KRAEPELIN, SCHNEIDER, CONRAD o KRETSCHMER es innegable. A ella se añade, sin duda, la convicción unitaria del funcionamiento humano normal y patológico, y el uso del afronte categórico/tipológico a pesar de alegatos en contrario, tanto por parte de DELGADO como de los autores de DSM-IV. Pagaron tributo así a la identidad médica que uno y otros adscribieron sin vacilaciones a la psiquiatría.

La concepción del trastorno mental como entidad multifactorial pero a punto de partida de un proceso somático/biológico es otra concordancia fundamental. DELGADO se adelantó en muchas décadas a la tendencia biológica que hoy abraza a la psiquiatría norteamericana, empujada a esa vertiente por su sofisticación tecnológica y varios otros factores, incluidos los extracientíficos. La convicción de DELGADO fue sólida, pensada, racional y objetiva. Y si la ciencia entraña precisión, no otra cosa podía esperarse en la delimitación de los llamados criterios diagnósticos (síntomas) de cada entidad, favorecidos por el psiquiatra peruano y el comité norteamericano. Citaré al azar un ejemplo de esta concordancia, recordando que DELGADO escribió o revisó su texto en 1969 y que el DSM-IV se publicó en 1994.

En la esquizofrenia, DELGADO cita una serie de "manifestaciones iniciales" o "estado de ánimo predelusional" que DSM-IV llama "fase prodrómica". DSM-IV lista como síntomas característicos delusiones, alucinaciones, disgregación, conducta catatónica y negativismo, en ese orden; DELGADO menciona alucinaciones, delusiones, "mengua de la espontaneidad" o negativismo, alteraciones de la conciencia del yo y disgregación o incongruencia. Ambos sistemas enfatizan la disfunción social y ocupacional concomitante como criterio diagnóstico significativo y ambos están de acuerdo en los subtipos paranoide, hebefrénico o desorganizado y catatónico, difiriendo en las formas simple, cenestésica y pseudo-neurótica (aceptadas por DELGADO) y en las formas indiferenciada y residual (incluidas en DSM-IV). El acuerdo en la ordenación de los criterios del subtipo catatónico es impresionante: DELGADO señala flexibilidad cética, actos impulsivos, negativismo/mutismo, fenómenos de eco, muecas y amaneramiento, en ese orden. DSM-IV menciona flexibilidad cética, actividad motora excesiva, negativismo extremo, posturas o manierismos y ecolalia o ecopraxia, en ese orden.

Lo fundamental en este ejercicio no es pues sólo la naturaleza descriptiva de los criterios sino su jerarquización y ordenamiento. Aún cuando DELGADO utiliza un estilo narrativo y el DSM-IV, enumerativo, es posible extraer del texto del maestro peruano, la importancia y significación de cada síntoma, casi a la manera del listado característico de la nomenclatura norteamericana.

Se ha citado finalmente la concepción multiaxial tan cara a las recientes ediciones del DSM. MEZZICH ha rescatado antecedentes valiosos de este afronte

en Europa y Latinoamérica<sup>25</sup>, y es justo afirmar que DELGADO reconoció mucho tiempo atrás esta importante característica de una buena nosología. No de otro modo se explica su interés en temas sólo aparentemente disímiles tales como el componente genético de la personalidad y la formación espiritual del individuo, temas de sendos libros con varias ediciones cada uno, publicados en años sucesivos<sup>26,27</sup>.

#### *DELGADO Y EL DSM-IV: DIFERENCIAS*

¿Qué es lo que DELGADO, de estar aún entre nosotros, criticaría en el DSM-IV? (Tabla 2). He mencionado ya su condena al simplismo "unilateral y deformante" de una tipología diagnóstica impersonal y concreta. Se puede argumentar que la obra de DELGADO está incluida en un libro medular, en tanto que DSM-IV es sólo un sistema de clasificación. Este último, sin embargo, es o tiene que ser -a pesar de todas sus negativas- un producto intelectual, sostenido por una manera de pensar, un andamiaje epistemológico. Y en este terreno, el maestro DELGADO cuestionaría la decantada obje-

tividad del documento norteamericano y encontraría abundantes y arbitrarios presupuestos teóricos tras la fachada de datos clínicos descriptivos. Reconocería la covariación de síntomas dentro de categorías individuales (que DSM-IV pretende negar) y censuraría la casi inevitable reificación de los criterios diagnósticos fomentada por su estructura actuarial y codificadora.

Por otro lado y a pesar de una mejora en este aspecto, el DSM-IV adolece todavía de excesivo apoyo en la llamada "experiencia clínica" o "consenso de expertos" que DELGADO siempre criticó, en favor de bien documentadas investigaciones de campo. El impacto negativo de esta tendencia en aspectos tales como validez diagnóstica y utilidad terapéutica o pronóstica del sistema, no pasaría desapercibido. Evidentemente una característica mayor de DSM-IV es su tendencia cuantitativa sustentada en el enfoque político, tendencia que DELGADO aceptaría sólo dentro de límites bien definidos.

Otras diferencias se dan en el ámbito de aplicación de cada nosología, la "audiencia" a la que cada una se dirige. Es claro que DSM-IV, respondiendo a

Tabla N° 2

Honorio Delgado y el DSM-IV: Discrepancias		
Características	H. Delgado	DSM-IV
Enfoque general	Objetivo/crítico	Comprometido
Tendencia cuantitativa	-	++++
Ambito de aplicación	Académico-clínico	Variado, amplio
Conceptualización	Estricta	Superficial,
(vgr. psicosis/neurosis)		supresiva
Texto	Técnico	Simple
Referente cultural	Ausente	Presente
N° de categorías diagnósticas	84	366

realidades históricas, sociales y económicas en vísperas de un nuevo siglo tiene un mercado potencial y real amplísimo, heterogéneo y voluble. En este contexto, sus clases diagnósticas no siguen un canon uniforme ya que por momentos pueden parecer excesivamente amplias y dictadas casi exclusivamente por razones históricas tradicionales, en tanto que en otros lucen puntillosamente detallistas, separando de manera arbitraria entidades que muchos considerarían consolidables dentro de categorías más comprensivas y homogéneas. DELGADO, en cambio, no se aparta de un sobrio cartabón clínico-académico guiado por la detenida observación y sistematización sintomatológica y dirigido fundamentalmente a profesionales debidamente informados y entrenados.

En el momento actual -el capturado por DSM-IV- los conceptos de psicosis y neurosis han sufrido cierto descrédito, para algunos injusto. El sistema clasificatorio norteamericano ha ampliado el significado de lo psicótico en extensión y profundidad hasta hacerle perder a veces su fundante carácter orgánico. Para DELGADO, lo psicótico era resultado de noxas físicas; su división en psicosis exógenas y endógenas tenía que ver únicamente con la procedencia del agente patógeno. En cuanto a las neurosis, la ojeriza de los autores del DSM-III y sucesores al psicoanálisis, les hizo perder la perspectiva que no otro que WINOKUR -psiquiatra biológico a ultranza pero no un fanático- está ahora tratando de rescatar junto con la utilidad del término<sup>28</sup>. DELGADO en cambio, no perdió la perspectiva: antes bien, ofreció su luminosa clasificación dual de bioneurosis y psiconeurosis como un *continuum* que la investigación contemporánea ratifica cada vez más categóricamente.

Honorio DELGADO no pudo, sin embargo, escapar a ciertas constricciones conceptuales, muy posiblemente determinadas por la época en que le tocó vivir. Citaré dos ejemplos al paso: la consideración de homosexualidad como una entidad clínica y la ausencia de consideraciones de orden cultural en la estimación clínico-diagnóstica de síntomas y categorías nosológicas. DSM-IV, en cambio, acogió tanto pronunciamientos gremiales como reclamos sociales y hallazgos recientes de investigación para eliminar aquella e incluir éstas. Este es tal vez uno de los más significativos beneficios del "trabajo en comité", cuando comparado con la labor aislada, distante y cuasi-monástica de un solo hombre.

### CONCLUSIONES

La obra de Honorio DELGADO y la del Comité del DSM-IV cubren en buena medida los últimos 40 años de la nosología psiquiátrica a nivel mundial y su resultado final es sin duda, el robustecimiento de esta subdisciplina. En cierto modo también, ambos se complementan en la inevitable secuencia histórica que va del trabajo solitario a la labor de equipo, de las raíces clásicas de Europa a la vigorosa y casi inagotable efervescencia norteamericana, del uso de la observación individual, paciente, sistemática y cualitativa a la grupal, tecnificada y cuantitativa; en fin, de la dignidad señera y austera de un psiquiatra latinoamericano a la arrogancia a veces aparentemente irresponsable de una psiquiatría todavía adolescente, la estadounidense.

No creo exagerar cuando afirmo que DELGADO se anticipó a muchos de los postulados y los logros de la clasificación norteamericana. No es que espere tampoco que la APA o su comité diagnóstico lo

reconozca. Se trata simplemente de recapitular la historia de la nosología, de explorar su entraña filosófica y conceptual y de reiterarla para que las generaciones de hoy y de siempre en nuestra patria peruana y en la gran patria latinoamericana lo sepan y no lo olviden. Se lo debemos al maestro y nos lo debemos a nosotros mismos.

Por otra parte, esa obra no tendría trascendencia si no reclamara el derecho a ser continuada. DELGADO mostró suficiente sensibilidad social como para abogar por la extensión de servicios psiquiátricos a los más necesitados y por ello, aprobaría hoy sin duda la aplicabilidad de sistemas nosológicos a poblaciones clínicas en centros de atención primaria. Fue también lo suficientemente realista como para darse cuenta de que formulaciones diagnósticas bien estructuradas deben ser, al par que comprensivas, impulsoras de mayores y mejores búsquedas dentro de un contexto terapéutico y con una cuidadosa tónica planificadora de la marcha del paciente a través del sistema de salud.

Tanto DELGADO como el DSM-IV alentaron y alientan la prosecución de esfuerzos de investigación en nosología. Respaldada por avances conceptuales, epidemiológicos, biológicos y de laboratorio, la nosología del futuro alcanzará logros significativos en la vertebración de variedades clínicas de diversas entidades, más allá del carácter descriptivo o funcionalista prevalente hoy<sup>29</sup>. La clasificación será patogénica si no etiológica, más que sintomática o naturalística<sup>29,30</sup>. Después de todo, cada entidad clínica debe ser tratada como hipótesis abierta al cuestionamiento y a la refutación<sup>31,32</sup>. Dos áreas importantes de estudio son, por ejemplo, el afronte jerárquico en los

trastornos psiquiátricos mayores y la delimitación conceptual y patogénica de comorbilidad.

Un ejemplo dramático de la complejidad del debate nosológico contemporáneo y de las numerosas contradicciones que se desenvuelven a su interior, es el cuestionamiento de los esfuerzos de innovación tales como los de la clasificación norteamericana. Dos figuras importantes de la psiquiatría y la psicología universales lo verbalizan de manera distinta. Pierre PICHOT<sup>33</sup> el célebre clínico francés, lo hace sutilmente:

"La clasificación perfecta nos da la máxima cantidad posible de información y predicciones pero no la totalidad. Es importante que el jardinero sepa la altura que el árbol que él siembra va a alcanzar cuando adulto.... La historia de la psiquiatría nos dice que la aplicación prematura del conocimiento científico adquirido en un área limitada al campo total de los trastornos mentales ha resultado en construcciones efímeras (como las nosologías de MEYNER y WERNICKE) y, en última instancia, ha demorado el progreso. Debemos tratar de no olvidar la lógica de la clasificación y usar únicamente conceptos cuyo valor ha sido empíricamente demostrado".

Por su parte H. J. EYSENCK<sup>34</sup>, el famoso psicólogo germano-inglés, es más explícito:

"No hay forma posible de avanzar si se aceptan las premisas y los presupuestos de DSM-III; no está claro cómo, si se usa la misma o similar metodología, pueda alguna vez ser posible una mejora racional del sistema. Se necesita claramente eliminar por completo tal enfoque antes de que algo mejor pueda ocupar su lugar. DSM-IV, si alguna vez feto tan deforme llegara a nacer vivo, va

a agravar aún más la confusión y a hacer la clasificación psiquiátrica aun menos científica de lo que es actualmente".

Frente a estas posiciones que algunos considerarían análogas a las del francotirador y el anarquista, Honorio DELGADO opone su voz mesurada y cabal, ésa que no conoce de otra militancia que la de la verdad y el humanismo médico, pleno, esencial:

"De ordinario, lo único que comunica espontáneamente el sujeto es el contenido y la interpretación ingenua de su anormalidad. Después de conseguir todos los datos importantes en este concepto, el investigador orientará su pesquisa en el sentido formal y completivo.... El psicopatólogo, aunque no puede vivir o convivir lo que pasa en el alma ajena, es capaz de pensarlo, de considerarlo metódicamente, quedándose a menudo un fondo de incertidumbre que para el investiga-

dor de raza no será el menor incentivo de la dedicación de su espíritu al ahonde de los problemas de la existencia humana... (Es necesario) sondar el proceso íntimo de la experiencia morbosa en relación con la vida del sujeto, como realidad única, sin la cual la aprehensión nosogénico-nosográfica se frustra en lo que respecta a la condición humana del paciente y a su relación personal con el médico. La investigación cuidadosa del sujeto es esencial para que el diagnóstico sea algo más que un concepto genérico; no pura operación intelectual, sino conocimiento activo y substancial, que discierne y penetra la vida anímica, rematando en previsión pronóstica y servicio terapéutico concreto".

Tal el legado y el reto que, a la manera de esa "creación heroica" de la que habla José Carlos MARIÁTEGUI, nos ha dejado el psiquiatra más grande de América Latina.

#### RESUME

Il est proposé que Honorio Delgado, pendant l'exercice de son travail médical, avait proposé et utilisé les principes diagnostiques et nosologiques qui constituent l'actuel Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Psychiatrique Américaine (DSM). Après délimitation des conceptions de base du diagnostique et analyse des caractéristiques fondamentales du DSM, DSM III-R et DSM-IV, il est introduite la conception nosologique du grand professeur péruvien. Son objectivité et capacité de critique, intégration et humanisme, l'ambiance clinique et académique d'application et une stricte conceptualisation technique sont remarquées. Il existe une concordance entre les hypothèses de travail du professeur Delgado et le DSM-IV en rapport avec la description, les bases somatobiologiques des maladies mentales, une approche multiaxiale et l'utilisation des critères diagnostiques définis et hiérarchiques. Il est nécessaire de continuer l'investigation nosologique pour obtenir des diagnostiques plus completes, un pronostique et un service thérapeutique complet.

#### ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser macht einen Vergleich zwischen der Arbeit von Honorio Delgado und einem der letzten in der Welt bekannten psychiatrischen Klassifikationen (DSM). Man behauptet, dass Delgado ein sehr hohes methodologisches Niveau in seiner Klassifikation erreicht hat. Man findet auch viele gemeinsame Aspekte zwischen Delgado und der DSM-IV. Es wurde empfohlen, weitere Forschungen auf diesen Gebieten durchzuführen.



## BIBLIOGRAFIA

1. ALARCÓN, R.D. (1982): "Vigencia del pensamiento de Honorio Delgado en la psiquiatría contemporánea". *Rev. Neuro-Psiquiatría*, 45: 127-151.-
2. DELGADO, H. (1993): *Curso de Psiquiatría*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial, Lima. -
3. DELGADO, H. (1960): *Enjuiciamiento de la Medicina Psicosomática*, Editorial Científico-Médica, Barcelona. -
4. DELGADO, H. (1961): *El médico, la medicina y el alma*. Editorial Científico-Médica, Barcelona. -
5. DELGADO, H. (1936): "La psiquiatría y la higiene mental en el Perú". *An. Fac. Cienc. Med.* 19: 103-122. -
6. DELGADO, H. (1962): "En torno al alma ajena". En: *Contribuciones a la Psicología y a la Psicopatología*. Peri Psyches Ediciones, Lima. -
7. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition (DSM-III)*, Washington, DC. -
8. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised (DSM-III-R)*, Washington, DC. -
9. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)*. American Psychiatric Press, Washington, DC. -
10. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993): *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines*, Geneva. -
11. ALARCÓN, R.D. (1995): "Diagnóstico". En: *Enciclopedia Iberoamericana de Psiquiatría*, G. Vidal, R. D. Alarcón y F. Lolas, (Eds.). Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. -
12. NURCOMBE, B. & GALLAGHER, R.M. (1986): *The clinical process in psychiatry. Diagnosis and Management Planning*. Cambridge University Press, Cambridge. -
13. CRAIG, T.J. (1986): "Epidemiology of psychiatric illness". En: *The Medical Basis of Psychiatry*, G. Winokur y P.J. Clayton (Eds.). W.B. Saunders and Company, New York. -
14. ROBINS, E. & GUZE S.B. (1970): "Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: Its application to schizophrenia". *Am J Psychiatry* 126:983-987. -
15. COOPER, J.E. (1983): "Diagnosis and the diagnostic process". En: *Handbook of Psychiatry*, M. Shepherd y O.L. Zangwill (Eds.), Cambridge University Press, Cambridge. -
16. CANTOR, N. & GENERO, N. (1986): "Psychiatric Diagnosis and Natural Categorization: A Close Analogy" En: *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward DSM-IV*, T. Millon y G.L. Klerman, (Eds.), Guilford Press, New York. -
17. ALARCÓN, R.D. (1986): "Trastornos de la personalidad." En: *Psiquiatría*, G. Vidal y R. D. Alarcón (Eds.), Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires. -
18. ALARCÓN, R.D. (1991): "Hacia el DSM-IV. Historia reciente, estado actual y opciones futuras." *Acta Psiquiat. Psicol. Amer. Lat.*, 37:105-122. -
19. KLERMAN, G.L. (1986): "Historical perspectives on contemporary schools of psychopathology". En: *Contemporary directions in Psychopathology. Toward the DSM-IV*, T. Millon y G.L. Klerman, (Eds.), Guilford Press, New York. -
20. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1952): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 1st Edition, Washington, D.C. -
21. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1968): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd Edition (DSM-II), Washington, D.C. -
22. ALARCÓN, R.D. (1985): "La nueva revolución biológica en Psiquiatría: Un punto de vista latinoamericano". *Acta. Psiquiat. Psicol. Amer. Lat* 31:131-142; 173-190. -
23. ALARCÓN, R.D. (1992): "La disciplina de los perennes comienzos: Dilemas de la psiquiatría contemporánea". En: *Desde nuestra propia entraña*, R.D. Alarcón, J. Castro y E. Cipriani, (Eds.) P.L. Villanueva, Lima. -
24. ANDREASEN, N.C. (1984): *The broken brain*. Basic Books, New York. -
25. MEZZICH, J.E. (1979): "Patterns and issues in multi-axial diagnosis". *Psychological Medicine* 9:125-137. -
26. DELGADO, H. (1966): *La personalidad y el carácter*, Editorial Científico-Médica, Barcelona. -
27. DELGADO, H. (1969): *La formación espiritual del individuo*, Editorial Científico-Médica, Barcelona. -
28. WINOKUR, G. (1991): *Mania and Depression. A Classification of Syndrome and Disease*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore. -
29. SADLER, J.Z., WIGGINS, O.P. & SCHWARTZ, M.A. (1994): *Philosophical Perspectives on Psychiatric Diagnostic Classification*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore. -
30. SAURI, J.J. (1994): "La tarea diagnóstica psiquiátrica". *Acta. Psiquiat. Psicol. Amr. Lat.* 40:27-40. -
31. ROTH, M. & BARNES, T.R.E. (1981): "The classification of affective disorders: The synthesis of old and new concepts". *Compr. Psychiatry* 22:54-77. -
32. GOODWIN, D.W. & GUZE, S.B. (1984): *Psychiatric diagnosis*. Oxford University Press, New York. -
33. PICHOT, P. (1986): "Bases and theories of classification in psychiatry". En: *Issues in Psychiatric Classification. Science, Practice and Social Policy*. A.M. Freedman, R. Brotman, I. Silverman y V. Hudson (Eds.) Human Sciences Press, New York. -
34. EYSENCK, H.J. (1986): "A critique of contemporary and diagnosis". En: *Contemporary Directions in Psychopathology. Toward DSM-IV*, T. Millon y G.L. Klerman (Eds.), Guilford Press, New York.