

# La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico -Versión Revisada- (GLADP - VR) y el Diagnóstico Centrado en la Persona

## The Latin American Guide for Psychiatric diagnosis -Revised Version- (GLADP - VR) and Diagnostic Model Focused on the Person

### Javier E. Saavedra

Coordinador, Sección de Diagnóstico y  
Clasificación,  
Asoc. Psiquiátrica de América Latina;  
Director de la Oficina de Apoyo a la  
Investigación y Docencia Especializada,  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Honorio Delgado – Hideyo Noguchi,  
Lima, Perú;  
Profesor Principal,  
Universidad Peruana Cayetano Heredia

### Ángel A. Otero

Secretario Países Centroamérica y Caribe,  
Sección de Diagnóstico y Clasificación,  
Asoc. Psiquiátrica de América Latina;  
Presidente, Sección de Clasificación,  
Evaluación Diagnóstica y Nomenclatura,  
Asociación Mundial de Psiquiatría;  
Profesor of Psiquiatría, Universidad de la  
Habana, La Habana, Cuba

### José Brítez Cantero

Secretario Países Cono Sur,  
Sección de Diagnóstico y Clasificación,  
Asoc. Psiquiátrica de América Latina;  
Profesor de Psiquiatría  
de la Facultad de Ciencias Médicas de  
la Universidad Nacional de Asunción,  
Paraguay.

### Elvia Velásquez

Secretaria Países Bolivarianos,  
Sección de Diagnóstico y Clasificación,  
Asoc. Psiquiátrica de América Latina;  
Profesor titular,  
Universidad de Antioquía.

### Juan E. Mezzich

Director Académico, Sección de  
Diagnóstico y Clasificación,  
Asoc. Psiquiátrica de América Latina;  
Profesor de Psiquiatría,  
Mount Sinai School of Medicine,  
New York University, New York, USA

### Ihsan M. Salloum

Asesor Científico de la GLADP-VR,  
Sección de Diagnóstico y Clasificación,  
Asoc. Psiquiátrica de América Latina;  
Profesor de Psiquiatría y Ciencia del  
Comportamiento,  
Miller School of Medicine,  
University of Miami, Florida, EEUU

### Sonia Zevallos

Directora de la Oficina de Cooperación  
Internacional,  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Honorio Delgado – Hideyo Noguchi,  
Lima, Perú

### Ybeth Luna

Médico Psiquiatra, Oficina de Apoyo a la  
Investigación y Docencia Especializada,  
Instituto Nacional de Salud Mental  
Honorio Delgado – Hideyo Noguchi,  
Lima, Perú;  
Profesora Universidad Nacional  
Mayor de San Marcos.

Los autores no han recibido  
apoyo financiero y no declaran  
conflictos de interés

### Dirección de correspondencia y autor principal:

**Javier E. Saavedra,**  
Doctor en Medicina,  
Médico Psiquiatra,

Director de la Oficina de Apoyo a la  
Investigación y Docencia  
Especializada del Instituto Nacional  
de Salud Mental,  
Profesor principal,  
Universidad Peruana  
Cayetano Heredia.

**saavedra@terra.com.pe.**

Jr. Eloy Espinoza Saldaña 709,  
San Martín de Porras, Lima-31, Perú.

**Resumen** Importantes aportes de la psiquiatría latinoamericana han resaltado la importancia de la consideración cultural y contextual en la atención clínica de los pacientes. En tal sentido, las adaptaciones locales de la Clasificación Internacional de Enfermedades pueden ayudar al avance de la nosología, a través del enriquecimiento clínico del encuentro entre el clínico y el paciente, el prevenir el forzamiento de la asignación de categorías a manifestaciones locales, y mejorar la relación médico-paciente derivada de una aproximación mecanicista hacia el paciente. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP -VR) recientemente publicada por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) integra no sólo propuestas para el mejor entendimiento de la presentación clínica de diversos problemas a través de sus Anotaciones Latinoamericanas sino que propone un modelo diagnóstico integral centrado en la persona (PID) que contribuye a fomentar una medicina humanista al compás de los avances de la ciencia y que utiliza no sólo las categorías y códigos CIE- 10 para la descripción de la enfermedad, sino que incluye aspectos positivos vinculados al bienestar, factores contribuyente de la salud y una evaluación de la experiencia y expectativas de salud formulado de una manera culturalmente sensible de forma semi-estructurada y narrativa.

**Palabras clave:** Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Trastornos mentales, Clasificación, Diagnóstico Integrativo Centrado en la Persona, Salud positiva, Factores Contribuyentes a la Salud, Experiencia y Expectativas de Salud, Planificación del Tratamiento.

**Abstract** *Significant contributions of Latin American psychiatry have highlighted the importance of cultural and contextual consideration on the clinical care of patients. In this sense, local adaptations of the international classification of diseases can help to advance the nosology through the enrichment of the clinician – patients encounter, prevent the forcing of the assignment of categories to local manifestations, and to improve the doctor-patient relationship arising from a mechanistic approach to the patient. The Latin American Guide for Psychiatric diagnosis (GLADP - VR) integrates not only proposals for the better understanding of the clinical presentation of various problems through their Latin American annotations, but it proposes a comprehensive diagnostic model focused on the person (PID) which helps to promote a medical humanist side by side to the advances of science. It uses not only the categories and codes of the ICD - 10 for the description of the disease, but includes positive aspects linked to well-being, contributing health factors and an assessment of the experience and expectations of health formulated in a culturally sensitive way in a semi-structured and narrative form.*

**Keywords:** *Latin American Guide to Psychiatric Diagnosis, mental disorders, classification, integrative diagnosis focused on the person, positive health factors contributors to health, experience and expectations of health, treatment planning.*

## Introducción

### *Importancia del diagnóstico psiquiátrico y de tener un modelo para Latinoamérica*

Latinoamérica tiene una riqueza cultural importante debido entre cosas a la diversidad étnica y al mestizaje consecuente que aunado a los problemas sociales y económicos contribuye a su complejidad cultural y a sus grandes necesidades en salud (1, 2). Este contexto de experiencia de la realidad y su impacto en percepción en la enfermedad y la dolencia no ha dejado de sensibilizar el quehacer nosológico latinoamericano. Aportes importantes como los de Lain Entralgo (3) y Honorio Delgado (4) han puesto énfasis en que la aproximación al paciente no debe ser sólo hacia la enfermedad sino que se debe poner atención a la dolencia y al contexto. El avance tecnológico de la medicina no está garantizando la consideración de la persona que sufre sino que está frecuentemente restringido más al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, desde hace algunos años la psiquiatría latinoamericana ha brindado aportes para lograr que la atención considere no sólo la enfermedad sino la persona que se aproxima en busca de ayuda. Esto está documentado en las contribuciones cubanas con el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (5), y la primera edición de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (6). El énfasis está encaminado a incluir aspectos contextuales, evaluaciones que consideran el bienestar y experiencias narrativas al lado de los diagnósticos psiquiátricos, enriqueciendo la aproximación nosológica. Además, la GLADP ha contado con el apoyo y participación de académicos y clínicos de las sociedades psiquiátricas de diversos países y de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), lo que consolida y valida esta aproximación. De la misma manera la revisión de la GLADP incluyó una amplia participación de psiquiatras latinoamericanos y una actualización de sus componentes. Tanto en la versión original de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) como en la presente versión revisada, la evaluación diagnóstica va mucho más allá de una simple taxonomía de los trastornos mentales. Un aspecto fundamental emergente del diagnóstico en psiquiatría y medicina general es la atención al proceso de evaluación diagnóstica y la arquitectura del modelo de diagnóstico que resume y organiza la información obtenida para optimizar la atención al paciente y maximizar su bienestar y calidad de vida.

### *¿Por qué considerar una Adaptación local de la Clasificación Internacional de Enfermedades?*

Las recientes revisiones de las clasificaciones psiquiátricas actuales han puesto en evidencia que todavía estamos lejos de haber alcanzado un ideal en la aproximación diagnóstica psiquiátrica (7,8). Especial consideración ha recibido la validez y confiabilidad del diagnóstico (9) que se han puesto en evidencia nuevamente con el desarrollo del DSM-V de reciente publicación. Por lo tanto debemos continuar con el esfuerzo en forma creativa continuando desarrollando propuestas que intenten mejorar este panorama. Algunos autores han considerado que la creación de adaptaciones locales representa un paso atrás en la búsqueda de una unificación de los criterios desde un punto de vista internacional y en el contexto de posibles presiones socioculturales (10), sin embargo otras consideraciones apoyarían la adaptación regional. Entre las principales está la preservación de entidades locales y el prevenir el forzamiento de la asignación de categorías de la clasificación internacional a manifestaciones locales con implicancias clínicas en el manejo del problema (11, 12), la afectación de la relación médico-paciente derivada de una aproximación mecanicista y rígida hacia el paciente y su problema (13, 14), y la posibilidad de enfrentar mejor la complejidad psicopatológica que trae el paciente que involucra valores, formas de evaluar la realidad y actitudes que pueden afectar los planes terapéuticos (15). Asimismo, dadas las limitaciones que tiene todavía la nosología psiquiátrica en el mundo, las adaptaciones locales pueden servir de semilleros de propuestas innovadoras que sean relevantes para otras regiones o países (16). Claramente estas adaptaciones locales deben mantener completa compatibilidad con los sistemas clasificatorios existentes de tal manera que reduzcan la posibilidad de interferencias sociopolíticas o de consideraciones muy particulares de expresiones psicopatológicas (17).

### *La GLADP y sus antecedentes históricos*

La psiquiatría latinoamericana ha aportado en forma significativa a la nosología psiquiátrica desde hace 60 años con los trabajos de Leme López en 1954 y las primeras propuestas multiaxiales (18), de Horacio Fábrega (19) y su elucidación de las bases históricas y culturales del diagnóstico psiquiátrico en 1965, de

Horwitz y Marconi pioneros en la creación y proposición de un modelo estandarizado de diagnóstico para el alcoholismo (20), así como Efrén Ramírez y el diseño y puesta en práctica de un sistema octogonal de información psiquiátrica (21). Los antecedentes del GLADP tienen como inspiración el desarrollo de los tres Glosarios Cubano de Psiquiatría en el 1975 (22), 1986 (23) y 2000 (24). En Octubre de 1998, durante la realización del congreso de la Asociación de Psiquiatría de América Latina (APAL), en la Habana, con la participación de unos 60 colegas en representación de la mayoría de las asociaciones APAL, se aprobó, por consenso, dar inicio a la elaboración de un instrumento de Diagnóstico y Clasificación de la región (más tarde denominado Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico). En la confección de la GLADP participaron más de 100 profesionales involucrados con la salud mental, (psiquiatras, psicólogos y antropólogos), de casi todas las naciones latinoamericanas, organizadas en 17 grupos de trabajo. Se publicó en la Universidad de Guadalajara, México en el 2004 (25).

La Guía se ha inspirado de los aportes de Lain Entralgo quien había argumentado de manera convincente, que el diagnóstico es más que la identificación de una enfermedad (diagnóstico nosológico) o distinguir una enfermedad de otra (diagnóstico diferencial) (3), el diagnóstico es además entender lo que sucede en el cuerpo y la mente de la persona que solicita atención médica. Asimismo, consideró importante no sólo la inclusión de los criterios diagnósticos operacionales y la descripción de la conducta anormal, sino también, y en especial, el entendimiento de la persona considerando elementos culturales así como la atención de aspectos de cada paciente en virtud de su experiencia única en el contexto que le toca vivir. Aún más, con el fin de obtener un diagnóstico de la salud de acuerdo con la definición de salud de la OMS (26), la Guía incluyó lo referente al contexto socio-cultural y consideraciones acerca del bienestar y la calidad de vida. Asimismo, esta Guía incluyó aspectos narrativos que intentaban obtener la perspectiva de la persona y su familia entorno al mal que le aqueja. Estas aproximaciones han ampliado el ámbito de preocupación del cuidado y diagnóstico médico a otros aspectos contextuales del paciente vinculados con conceptos de atención centrada en la persona, que involucran no sólo aspectos de enfermedad o aspectos “negativos” de la salud sino también aspectos que han sido denominados salud positiva (27).

## La revisión de la GLADP

La revisión de la GLADP consideró como marco de trabajo los planes de revisión de las clasificaciones internacionales vigentes, en particular la CIE-11, y la necesidad de brindar contribuciones desde el punto de vista latinoamericano. El grupo de trabajo estuvo liderado por la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la APAL y sus miembros incluyeron psiquiatras nominados por las distintas sociedades psiquiátricas de Latinoamérica. La revisión incluyó la formación de grupos de trabajo en torno a las grandes categorías diagnósticas de la CIE-10 para la discusión nosológica, interacción entre los grupos a través de comunicaciones vía internet, estudio de la literatura y elaboración de artículos científicos, teleconferencias y sesiones de discusión cara cara, así como la realización de una encuesta que exploró tópicos concernientes a la clasificación en Latinoamérica y sobre la utilidad y prospectos de la misma (28). Los grupos de trabajo revisaron y actualizaron todo el texto con especial consideración de las anotaciones latinoamericanas e incluyeron aportes adicionales así como nuevos capítulos y propuestas para las nuevas clasificaciones. También se incluyó una revisión exhaustiva del modelo diagnóstico multiaxial el cual expondremos más adelante.

## Hacia un diagnóstico personalizado

El diagnóstico intenta establecer un modelo de la realidad que nos ayude a comunicar y a resolver en forma ideal problemas muy complejos, cómo los que se presentan en psiquiatría. Siguiendo la ruta de las enfermedades físicas, las primeras clasificaciones psiquiátricas enfatizaban mucho el aspecto etiológico, lo que ocasionaba desacuerdos entre los profesionales de la salud mental, pues cada uno aplicaba su propio marco teórico. Esto se puso en evidencia con el informe de Stengel en 1959, quien sugirió que algunas de las dificultades creadas por la falta de conocimientos en patología y etiología podrían superarse con el uso de criterios más descriptivos u operacionales para describir los trastornos mentales en las clasificaciones (29). Sin embargo, pasaron muchos años hasta que las proposiciones de Stengel fueran tomadas en cuenta. Este interés se acentuó en los años 70 (30) y se hizo evidente por la aparición de los criterios diagnósticos de Feighner en 1972 (31), la escala para trastornos

afectivos y esquizofrenia (SADS) de Endicott y Spitzer (32), los criterios diagnósticos de investigación (RDC) de Spitzer y colaboradores (33) y, finalmente la aparición del DSM-III (34) con la inclusión de criterios operacionales al lado de un enfoque multiaxial que incluía 5 ejes. Este afronte multiaxial permitiría una visión más personalizada e integral del individuo y sus capacidades y potencialidades descriptivas se aplicarían a dos aspectos: La complejidad de la enfermedad y la condición clínica como un todo (35). El DSM III-R, el DSM IV y el CIE10 han continuado proponiendo esquemas multiaxiales en la formulación diagnóstica que ha incluido al lado de los trastornos clínicos la consideración de factores contextuales o problemas psicosociales y la evaluación de la discapacidad o el funcionamiento global (36, 37) (Tabla 1).

**Tabla 1.** CIE-10 y DSM-IV Sistemas de Diagnóstico Psiquiátrico Multiaxial CIE-10 DSM-IV

CIE-10	DSM-IV
I. Trastornos Clínicos	I. Trastorno Mental y otras condiciones II. Trastorno de Personalidad y Retardo mental III. Trastornos médicos generales
II. Discapacidades	IV. Problemas Ambientales y Psicosociales
III. Factores Contextuales	V. Evaluación del Funcionamiento Global

Sin embargo, estos enfoques más descriptivos del diagnóstico psiquiátrico no dejaron de crear nuevos problemas pues implicaba buscar objetividad en los síntomas, en un área enriquecida de aspectos subjetivos, por lo tanto se sacrificaba validez por confiabilidad criticados tanto al DSM-III como a clasificaciones posteriores (38). Asimismo, en el caso de la formulación multiaxial se ha cuestionado su utilidad por su poca utilización y por problemas en la validez de algunos de sus ejes (39). Así el DSM-5 ha regresado a un sistema de evaluación no axial y recomienda la consideración independiente de los problemas psicosociales y ambientales a través de los códigos Z de la CIE-10 y en el caso del funcionamiento el uso del WHODAS (40). En este sentido, la GLADP considera que el uso de sistemas de diagnóstico debe ir dirigidos no sólo para fines de comunicación y propósitos etiológicos, sino también para la atención clínica. Este

enfoque está cambiando el concepto de validez diagnóstica, pasando de la validez etiopatológica convencional a la validez por la utilidad clínica (41, 42). Esta propuesta también favorece al clínico que se aproxima al paciente como individuo y no sólo a los investigadores biológicamente como lo hacen los sistemas diagnósticos tradicionales según argumentan algunos autores (43).

Para enfrentar estas limitaciones la Asociación Mundial de Psiquiatría y la APAL, a través de la GLADP, propusieron modelos diagnósticos más holísticos orientados a una perspectiva más personalizada del trabajo clínico (44). La GLADP propone que el proceso de diagnóstico debe enmarcarse dentro de las circunstancias en las que opera el clínico y en el contexto sociocultural del paciente y que por lo tanto el diagnóstico es principalmente un proceso clínico, que podrá ser complementado con procedimientos adicionales, en función de los recursos técnicos disponibles. La GLADP original incluía un modelo de diagnóstico integral que consta de componentes estandarizados e idiográficos sobre la base de la Guía Internacional para la Evaluación Diagnóstica (IGDA), desarrollado por la Asociación Mundial de Psiquiatría. La estructura de este modelo de diagnóstico se presenta más adelante. Luego el grupo de trabajo de la GLADP-VR ha incluido una nueva propuesta de un modelo diagnóstico integral centrado en la persona que es una iniciativa originalmente propuesta por el Programa Institucional de Psiquiatría Centrada en la Personas de la Asociación Mundial de Psiquiatría.

### Modelo de diagnóstico integrativo (PID) centrado en la persona

El Diagnóstico Integrativo (PID) Centrado en la Persona ha sido desarrollado bajo los auspicios del Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona, y está inscrito dentro de un esfuerzo paradigmático para colocar al total de la persona en el centro de la medicina y la atención de la salud (45). El modelo PID articula la ciencia y el humanismo, al obtener un diagnóstico *de la persona* (de la totalidad de la salud de la persona, tanto en sus aspectos negativos y positivos), *por la persona* (con los clínicos entendiéndose y extendiéndose a sí mismos como seres humanos completos y científicamente competentes, y con altas aspiraciones éticas), *para la persona* (ayudar a la rea-

lización de las aspiraciones de la salud de la persona y proyecto de vida ), y *con la persona* (en una relación de respeto y potenciación de la persona que se presenta para la evaluación y la atención) (46). Esta noción de diagnóstico va más allá del concepto más restringido en los diagnósticos nosológicos y diferenciales. El modelo de diagnóstico Integrativo centrado en la persona es definido por tres características fundamentales:

- a. amplios dominios informativos, que cubren tanto la enfermedad como la salud positiva a lo largo de tres niveles: el estado de salud, los factores contribuyentes de la salud y la experiencia de la salud y los valores (*ver tabla 2*);
- b. procedimientos descriptivos pluralistas (categorías, dimensiones y narrativas) y
- c. evaluaciones en asociación con médicos, pacientes y familias.

La evolución de la investigación sobre el PID incluye una validación conceptual de sus elementos básicos (47). También hay planes para desarrollar bajo los auspicios del Colegio Internacional de Medicina Centrada en la Persona, una guía práctica del PID, destinada a ser empleada en la medicina general.

### GLADP – VR: Formulación diagnóstica

El proceso de evaluación clínica está dirigido a obtener la información necesaria para hacer una formulación diagnóstica integral y, más recientemente, para establecer una base común a partir de la cual, el diagnóstico sea una forma de entendimiento común entre médicos, pacientes y sus familias, lo cual pueda

resultar en la toma de decisiones clínicas compartidas (48, 49). Este proceso debe ser organizado de manera competente para obtener información confiable y válida y debe llevarse a cabo en un ambiente de respeto y fortalecimiento de la persona evaluada, con la participación familiar y una atmósfera terapéutica. La evaluación diagnóstica en lugar de un ejercicio puramente taxonómico, representa el primer paso del proceso de atención clínica cuyo objetivo principal es la restauración y la promoción de la salud de las personas que se presentan para la atención y el enriquecimiento de su calidad de vida.

Los pasos clave en el proceso de una evaluación diagnóstica integral, como se describe en las Pautas Internacionales de Evaluación Diagnóstica (IGDA) de la Asociación Mundial de Psiquiatría son los siguientes:

- a. *Entrevista con el Paciente* que asegure un ambiente tranquilo y razonablemente cómodo donde los pacientes y sus familias sean recibidos con cordialidad y respeto con la finalidad de desarrollar una relación terapéutica cercana y la formulación conjunta de un diagnóstico integral inicial;
- b. *Uso de fuentes de información adicionales*, que pueden incluir miembros de la familia, y otras personas significativas, tales como empleados en el cuidado personal del paciente, maestros y trabajadores sociales, quienes han referido el paciente y conocen sus circunstancias familiares y personales;
- c. *Evaluación de la Psicopatología a través de los síntomas*, dirigida a determinar sistemáticamente la presencia y la gravedad de la psicopatología;

Tabla 2. El Diagnóstico Integrativo (PID) Centrado en la Persona

NIVELES	SALUD ENFERMA	SALUD POSITIVA
I. Estado de la Salud	<b>Enfermedad y sus límites</b> a) Trastornos b) Discapacidades	<b>Bienestar</b> a) Recuperación/Bienestar b) Funcionamiento
II. Factores influyentes sobre la salud	<b>Contribuyentes de la Enfermedad</b> (Fc. Intrínsecos/ Extrínsecos: Biológicos, Psicológicos y Sociales)	<b>Contribuyentes de la Salud</b> (Fc. Intrínsecos/ Extrínsecos: Biológicos, Psicológicos y Sociales)
III. Experiencias y expectativas sobre la salud	<b>Experiencia de Enfermedad</b> por ejemplo: sufrimiento, valores, percepción, entendimiento y significado de la enfermedad	<b>Experiencia de Salud</b> Por ejemplo: identidad, contenido y realización

- d. *Evaluaciones bio-psico-sociales complementarias*, que incluyen investigaciones detalladas, a menudo a través de protocolos o instrumentos específicos, que complementan la exploración psicopatológica básica de acuerdo a las necesidades percibidas en cada caso y los recursos disponibles;
- e. *Formulación Diagnóstica Integral*, fase organizativa y sintetizadora de la información obtenida a través de los pasos anteriores, según un modelo diagnóstico, coherente y comprensivo centrado en la persona que articule el diagnóstico y el plan de atención clínica y organice del material clínico (50).

El modelo de diagnóstico elaborado y publicado por la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (51) es el núcleo de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP -VR) (figura 1), se

construyó a partir de la GLADP original (25) incorporando en gran medida los elementos básicos del Modelo de Diagnóstico Integrativo (PID) Centrada en la Persona (46). La principal diferencia entre el modelo de PID y el esquema GLADP -VR es que el primero tiene Experiencia de Salud como el segundo nivel del dominio informacional, mientras que la GLADP-VR tiene la experiencia de la Salud como el tercer nivel. (Tabla 3).

Los dominios o niveles de información claves del esquema de diagnóstico GLADP-VR se resumen a continuación (Figura 2):

### Estado de salud

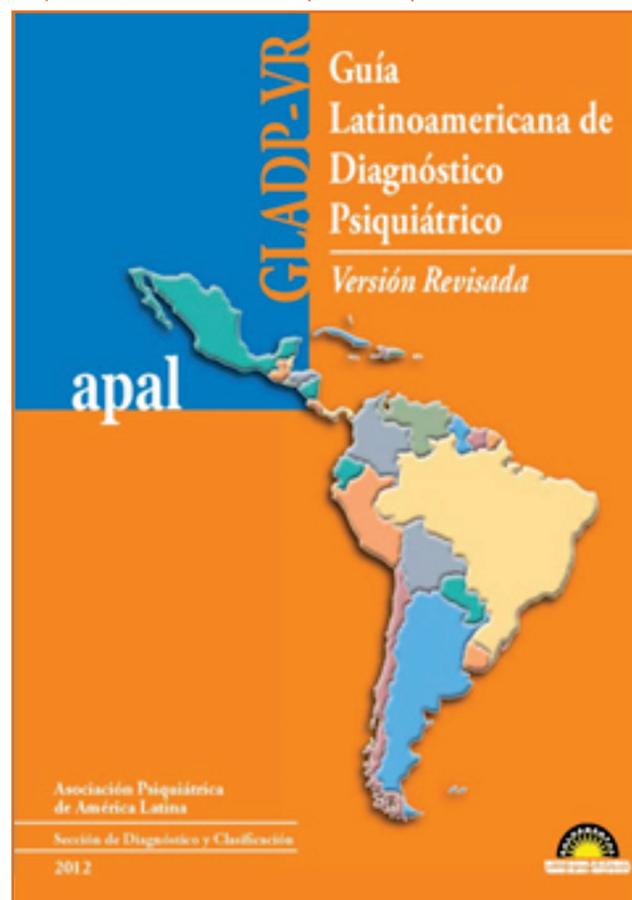
Primer componente de este modelo. Esto incluye la cobertura estandarizada de los aspectos patológicos y positivos de la salud. Como lo muestra la Formulación Diagnóstica personalizada de la GLADP-VR/PID, este componente se inicia con un listado de los trastornos

**Tabla 3.** Estructura del modelo diagnóstico de la GLADP 2004

1ER. COMPONENTE: Formulación diagnóstica multiaxial estandarizada		
Eje I	Trastornos Clínicos	Estos incluyen tanto los trastornos mentales y las enfermedades médicas formuladas en las secciones especificados y codificados según la CIE-10.
Eje II	Discapacidades	Evaluada dimensionalmente en cuatro áreas separadas (cuidado personal, funcionamiento laboral, familiar y social en general) de acuerdo a una combinación de la intensidad y la frecuencia de su presencia reciente.
Eje III	Factores Contextuales	Estos incluyen principalmente los problemas psicosociales o ambientales que son relevantes para la presentación, curso y tratamiento de los trastornos del paciente. Pueden ser denotados con los códigos Z de la CIE-10.
Eje IV	Calidad de Vida	La evaluación debe basarse principalmente en la percepción de la persona de que se trate, sobre el nivel de su bienestar físico y emocional, su funcionamiento, apoyo social y satisfacción con sus aspiraciones personales y espirituales a través de instrumentos como el Instrumento de calidad de vida (52) o el Índice multicultural de Calidad de Vida (53).
2DO. COMPONENTE: Formulación idiográfica personalizada		
Eje I	Problemas clínicos y su Contextualización	Se incluyen trastornos y problemas basados en la Formulación Multiaxial Estandarizada, en lenguaje compartido por el clínico, el paciente y su familia, así como información complementaria clave, mecanismos y explicaciones desde las perspectivas biológicas, psicológicas sociales y culturales.
Eje II	Factores positivos del Paciente	Se incluyen recursos pertinentes al tratamiento y promoción de la salud.
Eje III	Expectativas sobre Restauración y Promoción de la Salud	Se incluyen expectativas específicas sobre los tipos y resultados del tratamiento y aspiraciones sobre el estado de salud y calidad de vida en el futuro previsible.

mentales, de los trastornos médicos generales y otras condiciones clínicas significativas. Estos trastornos y afecciones se codificarán de acuerdo con los diversos capítulos de la CIE- 10, según los criterios diagnósticos de investigación, incluyendo, además de los códigos de enfermedades estándar, los códigos Z, para condiciones que no son clasificadas como enfermedades, que requieren atención clínica. La GLADP-VR incluye una lista de condiciones seleccionadas de capítulos de la CIE-10 frecuentemente asociadas con alteraciones mentales y del comportamiento que incluye los códigos Z.

**Figura 1.** Portada de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión Revisada (GLADP-VR)



Luego viene la evaluación del Funcionamiento Personal en las áreas de cuidado personal, ocupacional, familiar y actividades sociales, cada una, medida con una escala de 10 puntos marcados de la siguiente manera:

- 0: funcionamiento pésimo,
- 2: funcionamiento mínimo,
- 4: funcionamiento marginal,
- 6: funcionamiento aceptable,
- 8: funcionamiento substancial,
- 10: funcionamiento óptimo.

Por último, el componente de Estado de Salud evalúa el grado de bienestar percibido por la persona, de pésimo a excelente, marcando directamente en la línea de 10 puntos que aparece en el formulario o con la ayuda de un instrumento estandarizado apropiado. Esta evaluación se basa principalmente en el juicio de la persona implicada, modulado en colaboración con las percepciones de los clínicos y familiares.

### **Factores Contribuyentes de la Salud**

Segundo componente de la Formulación Diagnóstica Personalizada. Estos incluyen Factores de Riesgo, así como Factores de Protección y Promoción de la Salud. La evaluación en cada caso se inicia con la identificación de los factores relevantes de la lista presentada en el formulario. Estos factores provienen de la tarjeta de Mejoramiento de la Salud, elaborada por la Alianza Mundial de Profesionales de la Salud la cual contiene indicaciones para la reducción de enfermedades no transmisibles, complementado con algunos factores de especial relevancia para la salud mental, como son antecedentes familiares psiquiátricos, trauma infantil severo, y estrés duradero o severo (54). Continúa con una formulación narrativa de datos adicionales sobre los factores identificados y otros que también podrían ser encontrados.

### **Experiencias y Expectativas de Salud**

El tercer componente de la Formulación de Diagnóstico Personalizado evalúa la Experiencia y Expectativas sobre la Salud. Esto se basa en la combinación de elementos de la Formulación Cultural, descrita en forma de experiencial (55, 56) y de las necesidades y preferencias del paciente (57, 58). Esta valoración se obtiene a través de la presentación narrativa de los siguientes tres puntos: a) Identidad personal y cultural conciencia de sí mismo y de sus potencialidades y limitaciones); b) Sufrimiento (su reconocimiento, lenguaje y expresiones de malestar y ayuda y creencias sobre la enfermedad); y c) Experiencias y expectativas relacionadas con la atención de salud (59).

### **GLADP –VR: Plan de atención clínica**

La incorporación del Plan de la Atención Clínica (además de un formato para su preparación y registro) como parte de la elaboración diagnóstica, se basa en el entendimiento de que el propósito principal del diagnóstico (además de otros, tales como reflejar las consideraciones etiopatogénicas y facilitar la comunicación profesional) es la atención, el tratamiento y la promo-

ción de la salud de la persona que consulta a un profesional (Figura 3). Según Miranda Sá, el diagnóstico psicopatológico tiene entre sus objetivos y funciones: constituir un área de conocimiento y un instrumento para la comunicación, que permita una predicción (pronóstico), y sirva como base para una actividad o intervención (atención clínica o tratamiento) (60).

El acoplamiento de la formulación diagnóstica y planificación del tratamiento es consistente con la reorientación del concepto de validez diagnóstica hacia la validez clínica, y no sólo orientarse a la naturaleza de la patología o a las necesidades de comunicación entre profesionales (61). El hacer énfasis en la atención clínica como principal papel del diagnóstico se ha asociado a menudo con la atención centrada en la persona (48), y esta su vez se ha asociado a: respeto a la individualidad y valores, alianza terapéutica, atención a los contextos sociales y las relaciones, la integración de la salud y el bienestar, la responsabilidad de la participación activa en el plan de tratamiento, la comunicación sensible e interactiva, autonomía y la participación del profesional como persona (62).

Figura 2. Formulación Diagnóstica Integral de la GLADP-VR

**FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL**  
(GLADP-VR, PID. 24 Agosto 2012)

Nombre: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Estado Civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

**I ESTADO DE SALUD**  
**Trastornos Clínicos y Problemas Relacionados** (como se clasifican en la CIE-10).  
 A. Trastornos Mentales (trastornos mentales en general, de personalidad y desarrollo, y problemas personales relacionados):  

	Códigos
--	---------

  
 B. Condiciones Médico-Generales:  

	Códigos
--	---------

**Funcionamiento de la Persona** (Use la escala siguiente para evaluar cada una de las áreas de funcionamiento)  
 Péximo    Mínimo    Marginal    Aceptable    Sustancial    Óptimo  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Áreas de Funcionamiento	Puntaje									
A Cuidado personal	0	2	4	6	8	10	7			
B Ocupacional (empleado, estudiante, etc.)	0	2	4	6	8	10	7			
C Con la familia	0	2	4	6	8	10	7			
D Social en general	0	2	4	6	8	10	7			

**Grado de Bienestar** (Indicar el nivel percibido por la persona, de pésimo a excelente, marcando uno de los 10 puntos en la línea de abajo directamente o con la ayuda de un instrumento apropiado).  
 Péximo    Excelente  
 0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

**II FACTORES INFLUYENTES SOBRE LA SALUD**  
**Factores de Riesgo:**  
 Peso Anormal     Hiper-colesterolemia     Hiperglicemia     Hipertensión     Tabaco     Alcohol  
 Antecedentes familiares psiquiátricos     Trauma infantil severo     Estrés duradero o severo  
 Información adicional: \_\_\_\_\_

**Factores Protectores/Promotores:**  
 Dieta saludable     Actividad física     Actividad creativa     Participación social  
 Información adicional: \_\_\_\_\_

**III EXPERIENCIAS Y EXPECTATIVAS SOBRE LA SALUD**  
 Identidad personal y cultural: \_\_\_\_\_  
 Sufrimiento (reconocimiento, expresiones de malestar, creencias sobre la enfermedad): \_\_\_\_\_  
 Experiencias y expectativas sobre atención a la salud: \_\_\_\_\_

Figura 3. Formato para plan de atención clínica

**FORMATO PARA PLAN DE ATENCIÓN CLÍNICA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Récord N°: \_\_\_\_\_ Fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: M  F  Estado civil: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
 Clínicos involucrados: \_\_\_\_\_  
 Servicio: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:**  
 Bajo **Problemas** liste, como objetos de atención clínica, trastornos clínicos importantes, discapacidades y problemas contextuales presentados en la formulación diagnóstica. Mantenga esa lista tan simple y corta como sea posible. Consolide en un término abarcativo todos aquellos problemas que compartan la misma intervención.  
 En **Intervenciones** debe listar los estudios diagnósticos, los tratamientos y las actividades de promoción de la salud pertinentes a cada problema. Sea lo más específico posible en señalar las modalidades de intervención planeadas, dosis y esquemas, cantidades y marcos de referencia temporal, así como los respectivos clínicos responsables de cada intervención.  
 El espacio para **Observaciones** puede usarse de manera flexible según sea necesario. Por ejemplo, podría incluir fechas anticipadas para la resolución del problema respectivo, fechas planeadas para reevaluación, o notas que indiquen que un problema específico se ha resuelto o se ha tomado inactivo.

PROBLEMAS	INTERVENCIONES	OBSERVACIONES

Siguiendo las normas habituales, este Plan de Atención Clínica implica los siguientes elementos:

- **Problemas.** Estos indican trastornos clínicos o problemas que requieren ser señalados y atendidos con acciones coordinadas.
- **Las intervenciones.** Estas incluyen, además acciones de diagnóstico, terapéuticas y de promoción de salud relevantes para hacer frente a los problemas y asuntos clínicos identificados.
- **Observaciones.** Estas representan los mecanismos de seguimiento en relación con las reevaluaciones previstas de la situación clínica y el resultado terapéutico.

### Próximos pasos de la GLADP-VR

En este sentido la Sección de Diagnóstico y Clasificación de APAL ha dividido sus acciones futuras en tres tipo de actividades:

- a. Actividades docentes y de difusión, que tiene entre sus objetivos continuar promoviendo la difusión de la GLADP-VR a través de talleres regionales

auspiciados no sólo por APAL sino también otras instituciones de prestigio, continuar con la distribución de la GLADP-VR entre psiquiatras y otros profesionales de la salud tanto en medio impreso como electrónico;

- b. Actividades investigativas, se tiene proyectadas dos investigaciones. La primera concierne al desarrollo de encuestas sobre la utilidad y aplicabilidad de la GLADP-VR. Para este propósito serán incluidos psiquiatras miembros de las 14 sociedades de psiquiatría afiliadas a APAL con interés en el área de Diagnóstico y Clasificación, seleccionados a través de correos electrónicos a quienes se les aplicará una encuesta para evaluar el uso, utilidad, exactitud y pertinencia de la GLADP-VR en sus experiencias clínicas docentes y de investigación. La información obtenida será consolidada en una base de datos y luego analizada. Se realizarán análisis de frecuencia y proporciones. Las respuestas narrativas serán analizadas buscando grupos de ideas que serán organizadas y recodificadas en categorías amplias. La segunda investigación buscará estimar validez y confiabilidad de la GLADP-VR, a través de un estudio descriptivo transversal. Se elegirá una muestra cuasi aleatoria de 80 pacientes, 20 de cada centro de ciudades sedes de la secretarías de la Sección Clasificación y Diagnóstico de APAL, que acudan por una atención a consulta externa en servicios de psiquiatría de las ciudades de Lima, Medellín, la Habana, y Asunción. El instrumento a evaluar será el Formulario de Diagnóstico Integral utilizando los lineamientos de la GLADP-VR. La confiabilidad será evaluada a través de la concordancia entre evaluadores de los componentes del GLADP-VR y la validez sobre la utilidad clínica para lograr una atención personalizada y efectiva. Se realizarán análisis de frecuencias y proporciones. Se utilizará el estadístico kappa para evaluar la concordancia inter-evaluador.
- c. Desarrollo de nuevas versiones de la GLADP-VR, relativas a la traducción a otros idiomas, desarrollo de una versión de bolsillo.

## Conclusiones

La GLADP-VR busca promover el desarrollo del diagnóstico de salud y la nosología psiquiátrica latinoamericana en el convencimiento de que Latinoamérica

tiene mucho que aportar por su riqueza cultural, social y clínica y su historial de contribuciones clínicas significativas. Por tal motivo es necesario desarrollar conciencia entre nuestros clínicos e investigadores sobre la importancia de asumir un rol más activo en el campo de la nosología. A la vez tenemos la oportunidad de impulsar la incorporación de estrategias que fomenten aproximaciones hacia la atención de la salud con un enfoque que se acerque a la persona sufre y que promueva el avance científico y tecnológico al servicio del humanismo. Aparte de contribuir al mejoramiento de la atención clínica en Latinoamérica, estaremos aportando al desarrollo a nivel internacional de un modelo Diagnóstico Integrativo Centrado en la Persona (PID) y más, en forma general, al cultivo de una medicina y psiquiatría centradas en la persona.

## Reconocimientos y Aclaraciones

*Nuestra gratitud a las autoridades de la APAL y colegas de las sociedades psiquiátricas nacionales en Latinoamérica por su apoyo e interés en el desarrollo de la GLADP-VR.*

## Referencias Bibliográficas

1. CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe: División de Estadística y Proyecciones Económicas. Unidad de Estadísticas Sociales, sobre la base de tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de los respectivos países. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=14&idioma=e>. Accedido el 22 abril 2010.
2. Robichaud JB, Guay L., Colin C, Pothier M Les liens entre la pauvreté et la santé mentale: de l'exclusion à l'équité. Montreal: Gaëtan Morin Editeur; 1994. p. 93-98.
3. Laín Entralgo, P. El Diagnóstico Médico. Barcelona: Salvat; 1982.
4. Delgado, H. Curso de Psiquiatría. 1ra Edición. Editorial Científico-Médica, Barcelona; 1953.
5. Otero Ojeda A,A, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L, Echazabal A, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. 1ed. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana; 2000.
6. Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico 1 Ed. Guadalajara: APAL; 2004.
7. Carroll BJ. Lessons for ICD-11 coming after DSM-5. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry; 2014; 48(1):90-91.
8. Goldberg JF. What should ICD-11 do that DSM-5 did not. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 2014; 48(1): 87-93.

9. Vaillant, GE. The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 542-545.
10. Lopez-Ibor, JJ. Cultural Adaptations of Current Psychiatric Classifications: Are They the Solution? *Psychopathology* 2003; 36: 114-119.
11. Nakane Y & Nakane H. Classification Systems for Psychiatric Diseases Currently Used in Japan. *Psychopathology* 2002; 35: 191-194.
12. Lee S. Diagnosis postponed: Shenjing Shuairuo and the transformation of Psychiatry in Post-Mao China. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1999; 23: 349-380.
13. Andreasen NC. DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin* 2007; 33(1): 108-112.
14. Reiser MF. Are psychiatric educators "losing the mind"? *American Journal of Psychiatry* 1988; 145: 148-153.
15. Mundt C. Common Language and Local Diversities of Psychopathological Concepts-Alternatives or Complements? *Psychopathology* 2003; 36: 111-113.
16. Saavedra JE, Otero, Mezzich JE, Salloum IM. The Revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP): a person-centered approach to international classification. *The International Journal of Person Centered Medicine* 2011; 1(3): 440-445.
17. Cox JL. Commentary Towards a More Integrated International System of Psychiatric Classification. *Psychopathology* 2002; 35: 195-196.
18. Leme Lopes J. *As Dimensões do Diagnóstico Psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Agir; 1954.
19. Fabregas H. Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis: En Culture and Psychiatric Diagnosis. Mezzich J. et al Editor. Washington D.C.: American Psychiatric Press, inc. 1996.
20. Horwitz J, Marconi J. El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1966; 60: 300-309.
21. Ramírez E. Sistema octagonal de diagnóstico psiquiátrico. Dirección de Salud Mental de Puerto Rico, 1989.
22. Acosta Nodal C, Mignagaray R, Duarte Castañeda F, Noriega G, Magriñat JM. *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas (GC-1)*. 1ra. ed. Hospital Psiquiátrico de la Habana. 1975.
23. Acosta Nodal C, Mignagaray R, Nogueira G, Duarte FD, Magriñat JM. *Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. (GC-2)* 2da. ed. La Habana: Editorial Científico Técnica; 1986.
24. Otero Ojeda AA, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L, Echazabal A, Duarte Castañeda F, Magriñat Fernández JM, Acosta Nodal C. *Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría*. 1ed. La Habana: Hospital Psiquiátrico de la Habana; 2000.
25. Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. APAL: Guadalajara; 2004.
26. World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization*. Geneva: Author; 1946.
27. Mezzich JE. Positive Health: Conceptual Place, Dimensions and Implications. *Psychopathology* 2005; 39:177-179.
28. Saavedra JE, Mezzich JE, Otero A, Salloum IM. The revision of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP) and an initial survey on its utility and prospects *The International Journal of Person Centered Medicine* 2012; 2(2): 214-221.
29. Stengel E. Classification of Mental Disorders. *Bull WHO* 1959; 21: 601-663.
30. Klerman G. Approaches to the Phenomena of Comorbidity. In: Maser JD, Cloninger CR, eds. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington: American Psychiatric Press; 1990. p 13-37.
31. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Munoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry* 1972; 26: 57-63.
32. Endicott J & Spitzer RL. A diagnostic interview: the schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 1978; 35: 837-844.
33. Spitzer RL, Endicott J, Robins E. Research Diagnostic Criteria. Rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry* 1978; 35:773-783.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington D.C.: American Psychiatric Press; 1980.
35. Mezzich JE. Multiaxial Diagnosis: Purposes and Challenges. In: Mezzich JE; Honda Y; Kastrup MC eds. *Psychiatric Diagnosis. A World perspective*. Springer-Verlag: New York; 1994.
36. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., (DSM-IV)*. Washington, D. C.: Author; 1994.
37. World Health Organization. *Multiaxial Presentation of ICD-10 for Adults*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press; 1997.
38. Vaillant GE. The disadvantages of DSM-III outweigh its advantages. *American Journal of Psychiatry* 1984; 141: 542-545.
39. Shaya EK, ChidiacFJ, Daya NK, Kverno KS. DSM-5 Drops the 5 Axes of Mysticism: A Supportive Survey. *Prim Care Companion CNS Disord* 2014; 16(2); doi:10.4088/PCC.13101585.
40. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5)*. Arlington, Virginia: Author; 2013.
41. Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and the utility of psychiatric diagnoses. *American J Psychiatry* 2003; 160: 4-12.

42. Schaffner KF. The validity of psychiatric diagnosis: Etiopathogenic and clinical approaches. In: Salloum IM, Mezzich JE (eds): *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell; 2009.
43. Phillips J. Idiographic Formulations, Symbols, Narratives, Context and Meaning. *Psychopathology* 2005; 38: 180-184.
44. IGDA Workgroup, WPA. IGDA. Introduction. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182 (Supplement 45), s37-s 39.
45. Mezzich JE, Snaedal J, van Weel C, Heath I. The International Network for Person-centered Medicine: Background and First Steps. *World Medical Journal* 2009; 55: 104-107.
46. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer L, Banzato CE, Wallcraft J, & Botbol M. Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010; 55: 701-708.
47. Salloum IM, Mezzich JE. Conceptual appraisal of the Person-centered Integrative Diagnosis Model. *International Journal of Person Centered Medicine* 2011; 1: 39-42.
48. Adams N, Grieder DM. *Treatment Planning for Person-Centered Care*. Amsterdam: Elsevier; 2005.
49. Mezzich JE, Salloum IM. Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2007; 116: 1-5.
50. Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M, Jorge MR, Kastrup MC, Murthy RC, Okasha A, Pull C, Sartorius N, Skodol AE, & Zaudig M. Essentials of the WPA International Guidelines for Diagnostic Assessment (IGDA). *British Journal of Psychiatry* 2003; 182 Suppl. 45: 37-39.
51. Asociación Psiquiátrica de América Latina, Sección de Diagnóstico y Clasificación. *Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, Versión revisada (GLADP-VR)*. Lima: Asociación Psiquiátrica de América Latina; 2012.
52. Orley J & Kuyken W. *The WHO Quality of Life Instrument*. Geneva: World Health Organization; 1994.
53. Mezzich JE, Cohen NL, RUIPÉREZ MA, Pérez C, Yoon G, Liu J, & Mahmud S. The Spanish version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2000; 138: 301-305.
54. Seyer J. Development of the Health Improvement Card developed by the World Health Professions Alliance. Paper presented at the 5th Geneva Conference on Person-centered Medicine. International College of Person Centered Medicine, May 2012; Ginebra, Suiza; 2012.
55. Mezzich JE, Caracci G, Fabrega H & Kirmayer LJ. Cultural Formulation Guidelines. *Transcultural Psychiatry* 2009; 46: 383-405.
56. Kirmayer LJ, Thombs BD, Jurcik T, Jarvis GE & Guzder J. Use of an expanded version of the DSM-IV outline for cultural formulation on a cultural consultation service. *Psychiatric Services* 2008; 59: 683-686.
57. Fulford KWM. *Moral Theory and Medical Practice*. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
58. Fulford KWM, Christodoulou GN & Stein DJ. Values and ethics: Perspectives on psychiatry for the person. *International Journal of Person Centered Medicine* 2011; 1: 131-133.
59. Mezzich JE. Towards a Health Experience Formulation for Person-centered Integrative Diagnosis. *International Journal of Person Centered Medicine* 2012; 2: 188-192.
60. Miranda Sá LS. *Psicopatologia e Propedêutica* (). Rio de Janeiro: Livraria Atheneu; 1984. p. 274-275.
61. Schaffner KF. The validity of psychiatric diagnosis: Etiopathogenic and clinical approaches. In: Salloum IM, Mezzich JE (eds): *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Wiley-Blackwell, Chichester, UK; 2009.
62. Hughes JC, Bamford C, May C. Types of centredness in health care: themes and concepts. *Med Health care and Philos* 2008; 11:455-463.