

**El Trasfondo Biológico y Transdiagnóstico  
Nuevas Taxonomías y sus Límites en la Clínica Actual**

*The Biological and Transdiagnostic Background: New Taxonomies and Their Limitations in Current Clinical Practice*

Santiago Bianchini<sup>1</sup> ORCID: 0000-0001-6723-1979  
Carlos A. Castro Campolongo<sup>1</sup> ORCID: 0009-0004-4640-071X

**Resumen**

Los avances recientes en genética, epigenética, ciencias ómicas y neurociencias han puesto en cuestión los modelos diagnósticos categoriales tradicionales en psiquiatría, al mostrar que la vulnerabilidad, la expresión clínica y la respuesta al tratamiento se organizan de forma predominantemente dimensional y transdiagnóstica. Este trabajo analiza el tránsito conceptual desde la psiquiatría personalizada hacia la psiquiatría de precisión, examinando el trasfondo biológico de las nuevas propuestas taxonómicas y sus límites en la práctica clínica contemporánea. Se revisan los principales marcos dimensionales y transdiagnósticos, como los Research Domain Criteria (RDoC) y la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP), así como los desarrollos recientes en biotipos definidos por patrones de disfunción de circuitos cerebrales. Asimismo, se discuten las razones pragmáticas, institucionales y comunicativas que explican la persistencia del DSM y la CIE como sistemas dominantes, pese a sus limitaciones explicativas. Finalmente, se propone comprender la transición hacia modelos informados por la biología como un proceso gradual, en el que biomarcadores, dimensiones transdiagnósticas y perfiles de circuitos se integran como capas complementarias que enriquecen el juicio clínico sin sustituir abruptamente los sistemas categoriales vigentes.

*Palabras clave:* psiquiatría de precisión, modelos dimensionales, enfoque transdiagnóstico, DSM y CIE, biotipos basados en circuitos.

---

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica Argentina  
Mail de contacto: ccastro1215.cc@gmail.com  
DOI: <https://doi.org/10.46553/rpsi.2026.7148>

Fecha de recepción: 30 de marzo de 2026 - Fecha de aceptación: 16 de abril de 2026

### Abstract

Recent advances in genetics, epigenetics, omics sciences, and neuroscience have increasingly challenged traditional categorical diagnostic models in psychiatry by demonstrating that vulnerability, clinical expression, and treatment response are primarily organized in dimensional and transdiagnostic ways. This paper analyses the conceptual transition from personalized psychiatry to precision psychiatry, focusing on the biological background of emerging taxonomic proposals and their limitations in current clinical practice. The main dimensional and transdiagnostic frameworks, including the Research Domain Criteria (RDoC) and the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP), are reviewed, together with recent developments in neuroscience-based biotypes defined by large-scale brain circuit dysfunctions. In addition, the paper discusses the pragmatic, institutional, and communicative factors that explain the continued dominance of DSM and ICD systems despite their explanatory limitations. Finally, the transition toward biologically informed dimensional models is conceptualized as a gradual and evolutionary process, in which biomarkers, transdiagnostic dimensions, and circuit-based profiles are incorporated as complementary layers that refine and enrich clinical judgment without abruptly replacing existing categorical diagnostic frameworks.

*Keywords:* precision psychiatry, dimensional models, transdiagnostic approach, DSM and ICD, circuit-based biotypes.

### Introducción

La diferenciación entre psiquiatría personalizada, psiquiatría de precisión y práctica clínica habitual puede comprenderse, en rigor, como un continuo en el que se entrelazan de manera diversa la experiencia del clínico, los datos objetivables y el conocimiento disponible acerca de la biología de los trastornos mentales (Fernandes et al., 2017).

La psiquiatría personalizada, heredera de la medicina hipocrática, centra el foco en el paciente concreto considerado como irreductible a cualquier categoría diagnóstica: la biografía, el contexto y los valores de la persona singular, junto con la mirada clínica longitudinal del profesional, serán los factores donde caerá el peso del análisis, más que en la pertenencia a un casillero nosográfico. Desde muy temprano se advirtió que las personas muestran variaciones relativamente estables en su modo de enfermar, por lo que el abordaje terapéutico debía adaptarse a la constitución y al entorno de cada sujeto. A comienzos del siglo XX, Garrod ya insinuaba que esta variabilidad biológica es un eje ineludible de cualquier medicina que aspire a ser verdaderamente individualizada (Fernandes et al., 2017). Esa misma idea se retoma hoy en los desarrollos de la genética, la epigenética y las distintas ciencias ómicas. En efecto, la vulnerabilidad singular de cada persona no depende de un solo gen, sino de la combinación de variantes genéticas de pequeño efecto (como los SNP, polimorfismos de un solo nucleótido) y de patrones epigenómicos moldeados por la experiencia. Estos patrones epigenómicos no

modifican la secuencia del ADN, pero sí su uso: en especial cuando las experiencias ocurren en etapas tempranas, pueden cambiar la metilación del ADN en genes clave del eje del estrés y de la regulación emocional, alterando cuánto se expresan. Al mismo tiempo, experiencias como el trauma, la privación, el enriquecimiento ambiental, la exposición a tóxicos o las variaciones en la dieta inducen patrones específicos de modificaciones de histonas y de pequeños ARN reguladores en circuitos concretos del cerebro. Más allá de los niveles genómico y epigenómico, hoy también es posible identificar firmas transcriptómicas y proteómicas que caracterizan estados biológicos específicos. Las firmas transcriptómicas son perfiles de expresión de ARN mensajero —conjuntos de genes “encendidos” o “apagados”— asociados a fenotipos como inflamación, vulnerabilidad al estrés o respuesta a un tratamiento. De manera análoga, las firmas proteómicas describen patrones de abundancia y modificación de proteínas que distinguen subtipos biológicos de un mismo trastorno o que permiten anticipar su evolución clínica. Estas firmas son como huellas moleculares complejas que, combinadas con la información genética y epigenética, posibilitan una estratificación más precisa de los pacientes y acercan la psiquiatría a un modelo verdaderamente de precisión atravesando las fronteras de las categorías diagnósticas tradicionales (Češková y Šilhán, 2021; Jones y Nemeroff, 2021).

En conjunto, estos hallazgos muestran que la vulnerabilidad y la respuesta al tratamiento emergen de combinaciones de variantes genéticas, patrones epigenómicos y firmas moleculares distribuidas en circuitos cerebrales, más que de alteraciones específicas asociadas de forma exclusiva a un diagnóstico del DSM. Es decir, los mismos mecanismos biológicos pueden participar en cuadros que hoy llamamos depresión, ansiedad, trastorno bipolar o adicciones, y, a la vez, dos personas con el mismo diagnóstico pueden compartir muy poco su arquitectura biológica interna.

Por eso, el deseo de revisar la clasificación diagnóstica no surge de un mero refinamiento metodológico ni de un simple “maquillaje”, sino de la constatación de que la organización biológica de la psicopatología es dimensional y transdiagnóstica, y se resiste a quedar encapsulada en límites categoriales binarios.

### **Camino Desde la Psiquiatría Personalizada a la Psiquiatría de Precisión**

En este marco, la psiquiatría de precisión puede entenderse como un desarrollo ulterior dentro de ese continuo: la adaptación de las intervenciones al paciente deja de apoyarse casi exclusivamente en la intuición y la experiencia clínica para sustentarse explícitamente en mediciones objetivas y en modelos biológicos formales (Comai et al., 2025; Fernandes et al., 2017). Se propone así un desplazamiento hacia una estratificación basada en biomarcadores, técnicas de neuroimagen, datos genómicos y transcriptómicos, así como en parámetros fisiológicos, con el objetivo de definir subgrupos más homogéneos dentro de los diagnósticos actuales y, de este modo, mejorar la capacidad para predecir el curso, la respuesta terapéutica y el riesgo de efectos adversos.

Sin embargo, la práctica clínica contemporánea, en la vida real, continúa apoyándose en marcos diagnósticos categoriales como el DSM5TR y la CIE11, en la entrevista clínica

y en la observación longitudinal, mientras la integración de biomarcadores y algoritmos de estratificación sigue siendo incipiente y desigual (Češková y Šilhán, 2021; First et al., 2022). La acción cotidiana del clínico supone, por una parte, continuar hablando un lenguaje compartido con otros profesionales, las instituciones, los sistemas de seguros y las prepagas y, por otra parte, el deseo de cambio cuando las etiquetas disponibles no alcanzan a dar cuenta de la complejidad dimensional y transdiagnóstica de los problemas mentales. La psiquiatría de precisión encarna en buena medida esta pulsión transformadora, pero su incorporación no implica sustituir de forma abrupta el juicio clínico, sino reconfigurarlo de a poco a la luz de sistemas de medición más precisos, estables y mejor anclados en la biología.

### **Limitaciones de la Psiquiatría de Precisión**

El entusiasmo en torno a la psiquiatría de precisión coexiste con una serie de cuestiones que obligan a matizar las expectativas. En primer lugar, la arquitectura genética de los trastornos mentales se muestra altamente dispersa: participan múltiples variantes, cada una de efecto modesto y con frecuencia compartidas entre diagnósticos distintos. En este contexto, aspirar a contar con “tests” genéticos específicos para un cuadro clínico concreto resulta, al menos hoy en día, difícilmente sostenible (Fernandes et al., 2017; Kas et al., 2025). A nivel epigenético, transcriptómico o de conectividad funcional, se delinearán más bien patrones asociados a dimensiones psicopatológicas (afectividad negativa, disfunción cognitiva, anhedonia, entre otras) que atraviesan múltiples categorías, reforzando la hipótesis transdiagnóstica antes que la lógica categorial. En segundo lugar, los modelos de inteligencia artificial (*Machine Learning* y *Deep Learning*) capaces de integrar datos genéticos, de neuroimagen y clínicos descansan sobre grandes bases de datos y sobre algoritmos cuya complejidad técnica los vuelve opacos para la mayoría de los clínicos (Baldwin et al., 2022; Češková y Šilhán, 2021). Esta opacidad dificulta que el profesional pueda comunicar adecuadamente al paciente el motivo de una decisión clínica. Pero, además, muchos de estos modelos fueron desarrollados en contextos de investigación basados en comparaciones grupocontrol, con métricas aceptables a escala poblacional, pero que no cuentan con una suficiente validación para toma de decisiones en casos particulares. Por último, la implementación clínica enfrenta barreras importantes, entre ellas el costo, la falta de capacitación adecuada, la incertidumbre sobre su utilidad real y los riesgos percibidos en términos de seguridad y equidad (Baldwin et al., 2022).

### **De lo Categorial a lo Dimensional**

La psiquiatría contemporánea se halla, en este contexto, en una verdadera encrucijada epistemológica: por un lado, los sistemas de clasificación categorial, como el DSM y la CIE-11 —que, pese a introducir algunos elementos dimensionales, mantienen un enfoque predominantemente categorial— han estructurado durante décadas la práctica clínica, la investigación y la formación profesional; por otro, la neurociencia, la genética y la neuroimagen

insisten en mostrar que los circuitos cerebrales no respetan las fronteras diagnósticas trazadas en los manuales (Lahey et al., 2022; Lilienfeld y Treadway, 2016).

La investigación taxométrica ha demostrado de manera consistente que la mayoría de los problemas psicológicos se distribuyen de forma dimensional, no dicotómica: los síntomas se organizan a lo largo de continuos de gravedad, en lugar de agruparse alrededor de umbrales “naturales” que separen con claridad lo “normal” de lo “patológico” (Lahey et al., 2022). Esta perspectiva dimensional también puede ayudar a entender dos fenómenos clínicos ampliamente observados: la variabilidad en la respuesta al tratamiento dentro de un mismo diagnóstico y la respuesta similar de pacientes con diagnósticos distintos ante una misma intervención. Ambos hechos sugieren que las categorías del DSM capturan, en última instancia, fenotipos conductuales más que conjuntos homogéneos de mecanismos biológicos subyacentes (Lahey et al., 2022; Maj, 2018). Desde una mirada neurobiológica, la continuidad dimensional de la psicopatología refleja la convergencia de múltiples vías genéticas y epigenéticas sobre circuitos cerebrales que regulan procesos fundamentales como la regulación emocional, la recompensa, la cognición y la interacción social.

La CIE11, por su parte, ha dado pasos significativos hacia una conceptualización más decididamente dimensional, en especial en el terreno de los trastornos de personalidad, donde reemplaza un abanico de categorías discretas por un sistema que evalúa la gravedad de la disfunción y describe rasgos estilísticos en dominios tales como afectividad negativa, desapego, desinhibición, disocialidad y anancastia (Hualparuca-Olivera et al., 2023; Oltmanns y Widiger, 2018). Esta transición supone reconocer que la variación normal y la psicopatología grave forman parte de un mismo continuo, y que la taxonomía clínica debe captar gradientes de afectación antes que compartimentos estancos. No obstante, incluso en la CIE11, la implementación efectiva de estos enfoques dimensionales aún exige que el cambio conceptual se traduzca en transformaciones reales de la práctica cotidiana (Kestel y Reed, 2024).

### **Aproximaciones Transdiagnósticas**

Las aproximaciones transdiagnósticas buscan superar las etiquetas tradicionales para centrarse en procesos y dimensiones que atraviesan múltiples trastornos. El marco de los Research Domain Criteria (RDoC), impulsado por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH), en lugar de partir de categorías diagnósticas para luego buscar correlatos neurobiológicos, comienza por sistemas neurobiológicos fundamentales —valencia negativa, valencia positiva, sistemas cognitivos, procesos sociales, arousal/regulación y sistemas sensoriomotores— y examina cómo su disfunción se despliega a lo largo de un continuo que va desde el funcionamiento saludable hasta la patología grave (Cuthbert, 2014). En esta perspectiva, estos dominios se conciben como grandes clases de funciones adaptativas, implementadas en conjuntos relativamente diferenciables de circuitos cerebrales y mecanismos moleculares, de modo que lo que se intenta clasificar ya no son tanto síndromes como ejes funcionales sustentados en dichos circuitos y procesos biológicos.

Un estudio de Hakak-Zargar y colaboradores (2022) mostró que el marco RDoC resultó más sensible a los criterios del DSM5 en la predicción del desarrollo de trastornos del estado de ánimo o trastornos disruptivos en niños con irritabilidad o pérdida de temperamento, identificando niveles de riesgo elevados incluso en rangos que los criterios categoriales considerarían normativos. Este tipo de hallazgos sugiere que el enfoque dimensional y transdiagnóstico es capaz de detectar vulnerabilidades que los sistemas categoriales tienden a pasar por alto. Con todo, RDoC sigue siendo un marco programático, que afronta desafíos conceptuales (definición y delimitación de constructos), metodológicos (medición fiable a través de múltiples unidades de análisis) y logísticos (integración en los sistemas de salud) antes de poder traducirse en un instrumento de uso clínico habitual (Lilienfeld y Treadway, 2016).

La Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP) representa otro intento de reconstruir la clasificación de los trastornos mentales apoyándose en estructuras empíricamente derivadas más que en el consenso de expertos (Conway et al., 2022; Kotov et al., 2017). HiTOP ordena los fenómenos clínicos en una serie de estratos que se despliegan desde síntomas o componentes específicos y rasgos particulares hasta síndromes, subfactores, espectros y, finalmente, superespectros, lo que permite trabajar con niveles de análisis que van desde lo más concreto hasta dimensiones amplias como los espectros internalizante y externalizante (Kotov et al., 2017). Los estudios disponibles señalan que las medidas dimensionales derivadas de este marco predicen de manera más afinada el curso, el deterioro funcional y la salud física que los diagnósticos categoriales tradicionales, y sugieren que los perfiles dimensionales que de allí se obtienen podrían resultar especialmente útiles para la planificación del tratamiento y la orientación de la intervención clínica, aunque la evidencia empírica sobre su impacto directo en los resultados terapéuticos es todavía incipiente (Conway et al., 2022; Ruggero et al., 2019).

Desde una perspectiva molecular y de neurocircuitos, tanto RDoC como HiTOP pueden entenderse como intentos (en distinto grado) de alinear la taxonomía clínica con la organización funcional del cerebro y con la distribución poligénica de la vulnerabilidad, la cual parece dirigirse no a “trastornos” discretos, sino a dimensiones tales como afectividad negativa, impulsividad, disfunción cognitiva o anomalías de los procesos sociales (Fariás Venegas et al., 2025; Kas et al., 2025).

Por tanto, lo transdiagnóstico deja de ser una mera estrategia clínica de conveniencia para pasar a ser una forma de reflejar la continuidad entre la variación normal, el riesgo subclínico y el trastorno establecido, una continuidad respaldada tanto por la biología como por la observación clínica.

### **Razones para la Persistencia del DSM**

A pesar de las críticas —fundadas— al modelo categorial, el DSM se mantiene como sistema dominante en gran parte del mundo. Esta persistencia no puede explicarse únicamente por la inercia; descansa en razones pragmáticas y estructurales muy concretas. Ante todo, los sistemas de clasificación internacionales, como el DSM y la CIE, están estrechamente entrelazados con los mecanismos de registro y financiamiento de la atención en salud mental: el diagnóstico

formulado en términos DSM suele traducirse a un código CIE para documentar la prestación, habilitar su facturación dentro del sistema de salud y garantizar la trazabilidad administrativa (American Psychiatric Association, 2024; Cube Therapy Billing, 2025). Por tanto, cualquier transformación profunda del sistema debería ofrecer una alternativa operativa igualmente clara para sistemas de salud, aseguradoras y organismos reguladores.

Por otra parte, el DSM cumple la función de ofrecer un lenguaje estandarizado que facilita la comunicación entre clínicos, investigadores, formadores y gestores de salud pública, proporcionando un marco de referencia compartido a través de contextos culturales y organizativos muy diversos (Maj, 2018; Veldmeijer et al., 2024). Este lenguaje permite articular dispositivos asistenciales, realizar estudios epidemiológicos comparables, diseñar políticas de salud mental y estructurar la formación de nuevas generaciones de profesionales (Maj, 2018; Veldmeijer et al., 2024). Sin embargo, la utilidad clínica de las categorías diagnósticas es intrínsecamente limitada y requiere ser complementada con descripciones dimensionales (Maj, 2018). Si bien la CIE11 ha dado un paso significativo al introducir componentes dimensionales dentro de un sistema que, no obstante, conserva categorías por razones pragmáticas y de comunicación global, sigue tratándose de un marco predominantemente categorial (Kestel y Reed, 2024).

La estrategia propuesta para el futuro DSM implicaría un cambio profundo en la forma de evaluar y tratar a los pacientes. Al integrar factores contextuales, biomarcadores, dimensiones transdiagnósticas y categorías diagnósticas tradicionales, el modelo favorece una evaluación más completa y situada, que reconoce la interacción entre biología, ambiente y experiencia subjetiva. Esto permitiría formular diagnósticos menos rígidos y más sensibles a la variabilidad individual, facilitando intervenciones personalizadas, ajustadas al curso longitudinal y al funcionamiento real de cada persona. Además, la incorporación sistemática de “dimensiones transdiagnósticas” mejoraría la detección de patrones clínicos que atraviesan múltiples trastornos, lo que puede optimizar la planificación terapéutica y la comunicación interdisciplinaria. En conjunto, estas transformaciones evidenciarían que el DSM en sus futuras actualizaciones dejaría de ser un catálogo estático y se convierta en una herramienta clínica dinámica, útil y científicamente integrada (Oquendo, et al 2026).

### **Tratamientos Transdiagnósticos y Práctica Clínica**

Los enfoques transdiagnósticos no se restringen al terreno de la taxonomía, sino que han ido permeando de forma progresiva el campo de las intervenciones. Ensayos clínicos han mostrado que programas de terapia cognitivo-conductual (TCC) transdiagnóstica en grupo para los trastornos de ansiedad alcanzan mejorías comparables a las obtenidas con protocolos específicos para pánico, fobia social o ansiedad generalizada, con la ventaja añadida de facilitar la organización de grupos heterogéneos y de favorecer la difusión de intervenciones basadas en la evidencia en contextos con recursos limitados (Dalglish et al., 2020; Norton y Barrera, 2012).

En la práctica cotidiana, los clínicos rara vez aplican de manera rígida protocolos específicos apoyados exclusivamente en la etiqueta diagnóstica; más bien integran técnicas procedentes de distintos modelos, ajustándolas a las necesidades singulares de cada persona y a los procesos que sustentan su malestar (Dalglish et al., 2020). Este modo de proceder pone de relieve una dialéctica, de un lado las categorías diagnósticas operan como marco organizador y lenguaje compartido; de otro, el deseo de cambio hacia una clínica centrada en procesos, dimensiones y trayectorias personales, en la que el diagnóstico opera como referencia, pero no como destino.

### **Biotipos Basados en Circuitos y Marco Biológicamente Informado**

Los desarrollos recientes en neuroimagen funcional y conectómica han impulsado propuestas de “biotipos” definidos por patrones de disfunción en circuitos cerebrales de gran escala. Diversos trabajos, como el de Tozzi y colaboradores (2024), han mostrado que es posible derivar puntuaciones personalizadas de disfunción en redes como el modo por defecto, la red de saliencia, sistemas atencionales, circuitos de afecto negativo/positivo y control cognitivo, identificando biotipos transdiagnósticos que atraviesan las fronteras tradicionales entre depresión y trastornos de ansiedad. Estos biotipos se asocian con diferencias sistemáticas en el perfil sintomático, en el rendimiento cognitivoemocional y en la respuesta a intervenciones farmacológicas y psicoterapéuticas, lo que sugiere que podrían ofrecer una base más sólida para seleccionar tratamientos guiada por circuitos, más que por diagnósticos categoriales. En línea con ello, Ahn y colaboradores (2025) han mostrado que ajustar el tratamiento al biotipo neurobiológico de cada paciente puede, al menos de forma preliminar, incrementar de manera sustancial —en algunos contrastes, aproximándose a duplicarlas— las tasas de remisión en comparación con abordajes no emparejados, un dato especialmente relevante si se considera que sólo una minoría de pacientes alcanza la remisión con el primer tratamiento disponible. Se ha propuesto un marco conceptual en el cual los biotipos se definen por el perfil de extensión y grado de disfunción en grandes circuitos neurales, cruzando las fronteras diagnósticas tradicionales y ofreciendo un posible puente entre la neurociencia de los circuitos y las decisiones terapéuticas del día a día (Williams, 2016)

Kas y colaboradores (2025) han articulado una hoja de ruta internacional para avanzar hacia una psiquiatría de precisión que integre de forma sistemática mediciones biológicas y datos conductuales cuantitativos en la definición de los trastornos mentales, proponiendo un marco en el que el sistema actual, basado en síntomas, sea complementado por marcadores objetivos que describan la biología cerebral y su interacción con el entorno. No se trataría de sustituir de inmediato el DSM, sino de impulsar una transición gradual hacia un marco informado por la biología, capaz de identificar subgrupos más homogéneos dentro de los diagnósticos actuales, optimizar el diseño de los ensayos clínicos y aumentar la probabilidad de respuesta a intervenciones dirigidas a mecanismos específicos (Kas et al., 2025).

### Conclusión

Los datos genéticos, epigenéticos, ómicos y de neurocircuitos convergen en mostrar que los trastornos mentales se distribuyen en dimensiones funcionales que atraviesan las fronteras diagnósticas, mientras que la práctica clínica, las políticas sanitarias y los sistemas de financiación siguen organizándose en torno a categorías discretas que han demostrado su utilidad pragmática, pero también sus límites (Lahey et al., 2022; Maj, 2018; Veldmeijer et al., 2024).

Lo más probable es que la transición hacia sistemas dimensionales informados por la biología sea gradual y evolutiva. Biomarcadores, biotipos de circuitos y marcos transdiagnósticos se irán incorporando a la práctica clínica como capas adicionales de información que enriquecen, matizan y en algunos casos corrigen las categorías existentes. Nos toca hoy en día habitar esa tensión, por un lado preservar la continuidad necesaria para garantizar la comunicación, el acceso y los derechos, y al mismo tiempo asumir los cambios que traen consigo los avances en genética, epigenética y neurociencias.

### Referencias

- American Psychiatric Association. (2024). *Insurance implications of DSM5* [Implicaciones del DSM 5 para los seguros]. American Psychiatric Association Publishing.
- Ahn, J., Foland-Ross, L. C., Akiki, T. J., Boyar, L., Wydler, I., Bostian, C., Zhang, X., Yang, H. J., Ellsay, A., Ma, E. W., Rajasekharan, D., Holtzheimer, P., Lim, K., Madore, M. R., Philip, N. S., Ajilore, O., Ma, J., & Williams, L. M. (2025). Developing clinically interpretable neuroimaging biotypes in psychiatry [Desarrollo de biotipos de neuroimagen clínicamente interpretables en psiquiatría]. *Biological Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2025.08.019>
- Baldwin, H., Loebel-Davidsohn, L., Oliver, D., Salazar de Pablo, G., Stahl, D., Riper, H., & Fusar-Poli, P. (2022). Real-world implementation of precision psychiatry: A systematic review of barriers and facilitators [Implementación en la práctica de la psiquiatría de precisión: una revisión sistemática de barreras y facilitadores]. *Brain Sciences*, 12(7), 934. <https://doi.org/10.3390/brainsci12070934>
- Češková, E., & Šilhán, P. (2021). From personalized medicine to precision psychiatry? [¿De la medicina personalizada a la psiquiatría de precisión?]. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 17, 3663–3668. <https://doi.org/10.2147/NDT.S337814>
- Comai, S., Manchia, M., Bosia, M., Miola, A., Poletti, S., Benedetti, F., Nasini, S., Ferri, R., Rujescu, D., Leboyer, M., Licinio, J., Baune, B. T., & Serretti, A. (2025). Moving toward precision and personalized treatment strategies in psychiatry [Avanzando hacia estrategias de tratamiento personalizadas y de precisión en psiquiatría]. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 28(5), pyaf025. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyaf025>
- Conway, C. C., Forbes, M. K., South, S. C., & HiTOP Consortium. (2022). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) primer for mental health researchers

- [Introducción a la taxonomía jerárquica de la psicopatología (HiTOP) para investigadores en salud mental]. *Clinical Psychological Science*, 10(2), 236–258. <https://doi.org/10.1177/21677026211017834>
- Cube Therapy Billing. (2025, 9 de noviembre). *DSM5 vs ICD10CM: What every therapist needs to understand* [DSM-5 vs. CIE-10-CM: Lo que todo terapeuta necesita comprender]. <https://www.cubetherapybilling.com/dsm-5-vs-icd-10-cm-what-every-therapist-needs-to-understand>
- Cuthbert, B. N. (2014). The RDoC framework: Facilitating transition from ICD/DSM diagnoses to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology [El marco RDoC: Facilitando la transición de los diagnósticos de la CIE/DSM a enfoques dimensionales que integran la neurociencia y la psicopatología]. *World Psychiatry*, 13(1), 28–35. <https://doi.org/10.1002/wps.20087>
- Dagleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions [Enfoques transdiagnósticos para los problemas de salud mental: estado actual y perspectivas futuras]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Farías Venegas, C., Varela Espinoza, L. F., Ramírez Matta, C., Barra Cañas, B., Araneda Maldonado, M., & Sánchez Oñate, A. (2025). New developments in psychiatric classification: A transdiagnostic approach [Nuevos avances en la clasificación psiquiátrica: Un enfoque transdiagnóstico]. *Cureus*, 17(5), e84580. <https://doi.org/10.7759/cureus.84580>
- Fernandes, B. S., Williams, L. M., Steiner, J., Leboyer, M., Carvalho, A. F. & Berk, M. (2017). The new field of “precision psychiatry” [El nuevo campo de la “psiquiatría de precisión”]. *BMC Medicine*, 15, 80. <https://doi.org/10.1186/s12916-017-0849-x>
- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM5TR: Overview of what’s new and what’s changed [DSM-5 TR: Resumen de las novedades y los cambios]. *World Psychiatry*, 21(2), 218–219. <https://doi.org/10.1002/wps.20989>
- Hakak-Zargar, B., Tamrakar, A., Voth, T., Sheikhi, A., Multani, J., & Schütz, C. G. (2022). The Utility of Research Domain Criteria in Diagnosis and Management of Dual Disorders: A Mini-Review [La utilidad de los criterios de dominio de investigación en el diagnóstico y manejo de trastornos duales: una minirevisión]. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 805163. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.805163>
- Hualparuca-Olivera, L., Caycho-Rodríguez, T., Torales, J., & Ramos-Campos, D. (2023). Convergence between the dimensional PD models of ICD11 and DSM5: A meta-analytic approach [Convergencia entre los modelos dimensionales de la enfermedad de Parkinson de la CIE-11 y el DSM-5: un enfoque meta-analítico]. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1325583. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1325583>
- Kas, M. J. H., Penninx, B. W. J. H., Knudsen, G. M., Cuthbert, B., Falkai, P., Sachs, G. S., Ressler, K. J., Bałkowiec-Iskra, E., Butlen-Ducuing, F., Leboyer, M., Marston, H.,

- Luthman, J., & Mantua, V. (2025). Precision psychiatry roadmap: Towards a biology-informed framework for mental disorders [Hoja de ruta de la psiquiatría de precisión: Hacia un marco basado en la biología para los trastornos mentales]. *Molecular Psychiatry*, 30(8), 3846–3855. <https://doi.org/10.1038/s41380-025-03070-5>
- Kestel, D., & Reed, G. M. (2024). Global launch of the ICD11 Clinical Descriptions and Diagnostic Requirements (CDDR) [Lanzamiento mundial de las Descripciones Clínicas y Requisitos Diagnósticos (CDDR) de la CIE-11]. *World Psychiatry*, 23(3), 310–311. <https://doi.org/10.1002/wps.21223>
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Zimmerman, M. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies [La taxonomía jerárquica de la psicopatología (HiTOP): una alternativa dimensional a las nosologías tradicionales]. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Lahey, B. B., Tiemeier, H., & Krueger, R. F. (2022). Seven reasons why binary diagnostic categories should be replaced with empirically sounder and less stigmatizing dimensions [Siete razones por las que las categorías diagnósticas binarias deberían ser reemplazadas por dimensiones empíricamente más sólidas y menos estigmatizantes]. *JCPP Advances*, 2(4), e12108. <https://doi.org/10.1002/jcv2.12108>
- Lilienfeld, S. O., & Treadway, M. T. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM–ICD versus RDoC [Enfoques diagnósticos contrapuestos: DSM-ICD frente a RDoC]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 435–463. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093122>
- Maj, M. (2018). Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them [Por qué la utilidad clínica de las categorías diagnósticas en psiquiatría es intrínsecamente limitada y cómo podemos utilizar nuevos enfoques para complementarlas]. *World Psychiatry*, 17(2), 121–122. <https://doi.org/10.1002/wps.20512>
- Jones, B. D., & Nemeroff, C. B. (2021). The neurobiology of depression: Inroads to treatment and new drug Discovery [La neurobiología de la depresión: avances hacia el tratamiento y el descubrimiento de nuevos fármacos]. *Nature Neuroscience*, 24(12), 1645–1658. <https://doi.org/10.1038/s41593-021-00968-0>
- Norton, P. J., & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial [Terapia cognitivo-conductual transdiagnóstica versus específica para el diagnóstico en trastornos de ansiedad: un ensayo preliminar aleatorizado controlado de no inferioridad]. *Depression and Anxiety*, 29(10), 874–882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- Oltmanns, J. R., & Widiger, T. A. (2018). A self-report measure for the ICD11 dimensional trait model proposal: The Personality Inventory for ICD11 [Una medida de autoinforme para la propuesta del modelo de rasgos dimensionales de la CIE-11: El Inventario de Personalidad para la CIE-11]. *Psychological Assessment*, 30(2), 154–169. <https://doi.org/10.1037/pas0000459>

- Oquendo, M. A., Abi-Dargham, A., Alpert, J. E., Benton, T. D., Clarke, D. E., Compton, W. M., Drexler, K., Fung, K. P., Kas, M. J. H., Malaspina, D., O'Keefe, V. M., Öngür, D., Wainberg, M. L., Yonkers, K. A., Yousif, L., & Gogtay, N. (2026). Initial strategy for the future of DSM [Estrategia inicial para el futuro del DSM]. *American Journal of Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20250878>
- Ruggero, C. J., Kotov, R., Hopwood, C. J., First, M., Clark, L. A., Skodol, A. E., Mullins-Sweatt, S. N., Patrick, C. J., Bach, B., Cicero, D. C., Docherty, A., Simms, L. J., Bagby, R. M., Krueger, R. F., Callahan, J. L., Chmielewski, M., Conway, C. C., De Clercq, B. J., Dornbach-Bender, A., Eaton, N. R., ... Zimmermann, J. (2019). Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice [Integración de la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP) en la práctica clínica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(12), 1069–1084. <https://doi.org/10.1037/ccp0000452>
- Tozzi, L., Zhang, X., Pines, A., Olmsted, A. M., Zhai, E. S., Anene, E. T., Chesnut, M., Holt-Gosselin, B., Chang, S., Stetz, P. C., Ramirez, C. A., Hack, L. M., Korgaonkar, M. S., Wintermark, M., Gotlib, I. H., Ma, J., & Williams, L. M. (2024). Personalized brain circuit scores identify clinically distinct biotypes in depression and anxiety [Las puntuaciones personalizadas de los circuitos cerebrales identifican biotipos clínicamente distintos en la depresión y la ansiedad]. *Nature Medicine*, *30*(6), 1662–1673. <https://doi.org/10.1038/s41591-024-03057-9>
- Veldmeijer, L., Terlouw, G., van Os, J., te Meerman, S., van 't Veer, J., & Boonstra, N. (2024). From diagnosis to dialogue: Reconsidering the DSM as a conversation piece in mental health care: A hypothesis and theory [Del diagnóstico al diálogo: Reconsiderar el DSM como un elemento de conversación en la atención de la salud mental: Una hipótesis y una teoría]. *Frontiers in Psychiatry*, *15*, 1426475. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1426475>
- Williams, L. M. (2016). Defining biotypes for depression and anxiety based on large-scale circuit dysfunction: A theoretical review of the evidence and future directions for clinical translation [Definición de biotipos para la depresión y la ansiedad basados en la disfunción de circuitos neuronales a gran escala: una revisión teórica de la evidencia y perspectivas futuras para la traslación clínica]. *Depression and Anxiety*, *34*, 9-24. <https://doi.org/10.1002/da.22556>