

Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11¹

Mar Rivas Rodríguez,²
Geoffrey M. Reed,³ Michael B. First⁴
y José Luis Ayuso-Mateos²

Forma de citar: Rivas Rodríguez M, Reed GM, First MB, Ayuso-Mateos JL. Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. *Rev Panam Salud Publica.* 2011;29(2):130–7.

SINOPSIS

Dentro del marco del análisis de la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Asociados (CIE-10), se realizó una comparación código a código entre las categorías diagnósticas de dos clasificaciones latinoamericanas —el Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-3) y la Guía Latinoamericana para el Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)— y el capítulo de “Trastornos mentales y del comportamiento” de la CIE-10. El objetivo fue ayudar a definir qué categorías de la clasificación actual deberían ampliarse y qué nuevas categorías podrían añadirse a la futura CIE-11 para lograr una mayor aplicabilidad local en contextos socioculturales y clínicos distintos del estadounidense y del europeo, cuyas perspectivas han dominado la CIE históricamente. Se espera que el resultado contribuya a los esfuerzos que se están llevando a cabo para desarrollar un sistema clasificatorio que sea genuinamente internacional.

Palabras clave: clasificación internacional de enfermedades; salud mental; trastornos mentales; América Latina.

La *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico* (GLADP) y el *Tercer glosario cubano de psiquiatría* (GC-3) representan el máximo exponente dentro de América Latina en los intentos por adaptar el capítulo sobre “Trastornos mentales y del comportamiento” de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Asociados, 10ª Revisión (CIE-10), a las realidades sociopsicológicas particulares de esta región (1–3). Berganza y colaboradores (4) destacan que la idiosincrasia de América Latina se ha configurado en un contexto dominado por las consecuencias de la colonización y la militarización, con una alta tasa de pobreza y de desarraigo social, con un gran número de personas refugiadas que tienen que abandonar sus hogares y desplazarse a otros países en busca de trabajo y con las dificultades añadidas de las numerosas catástrofes naturales que año tras año asolan al continente. Además, en los países de esta región se reconoce ampliamente la presencia de los llamados “síndromes culturales”, con una probable relevancia clínica y epidemiológica, que necesitan una mejor conceptualización dentro de las clasificaciones internacionales para su adecuado diagnóstico y tratamiento. A partir de esta realidad emerge la conciencia de que los sistemas clasificatorios, si han de ser genuinamente internacionales, deben prestar mayor atención a los entornos regionales y locales e incorporar sus aportaciones en las versiones futuras.

La universalidad de las categorías específicas de trastornos mentales es un hecho asumido implícitamente en las clasificaciones actuales para el diagnóstico psiquiátrico, como la CIE-10 y el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, 4ª Edición (DSM-IV, por sus siglas en inglés) (5). Pese a que esta universalidad no está demostrada, se sigue considerando a la cultura como una fuente de error, sin tener en cuenta las llamadas de atención acerca de su importancia por parte de varios autores (6–8). No se ha prestado el suficiente interés al examen de las discrepancias entre los marcos nosológicos históricamente dominantes y otros sistemas clasificatorios, y se ha pasado por alto el hecho de que estas discrepancias no pueden ser atribuidas simplemente al folklore o a la superstición, sino que son fruto de un proceso deliberativo que se alimenta del consenso entre distintos expertos, las realidades del sistema sanitario local e incluso los resultados de la investigación.

El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS) está a cargo del trabajo técnico de la revisión del capítulo sobre “Trastornos mentales y del comportamiento” de la CIE-10. La primera prioridad del Departamento es apoyar a los países miembros de la OMS para conseguir reducir la carga de las enfermedades

¹ Este estudio recibió el apoyo del “Programa Propio para la Formación del Profesorado Universitario” de la Universidad Autónoma de Madrid, España.

² Departamento de Psiquiatría, Universidad Autónoma de Madrid, Hospital Universitario de la Princesa, España; Centro de Investigación en Red de Salud Mental (CIBERSAM), España. La correspondencia se debe dirigir a Geoffrey M. Reed, reedg@who.int

³ Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

⁴ Departamento de Psiquiatría, Universidad de Columbia, Estados Unidos; Instituto Psiquiátrico del Estado de Nueva York, Estados Unidos.

mentales y la discapacidad que traen aparejadas, sobre todo en los países en desarrollo. El Departamento considera que una manera de avanzar hacia esta meta sería que la CIE-11 fuera de mayor utilidad clínica y ayuda concreta a los profesionales sanitarios a la hora de identificar las personas que necesitan atención de salud mental, así como para seleccionar los servicios adecuados.

A partir del supuesto de que las modificaciones regionales de la CIE-10 son un reflejo de la utilidad clínica, la validez y la aplicabilidad local de este sistema, además de una forma de obtener información valiosa para futuras revisiones, en el presente trabajo se ha llevado a cabo una comparación *código a código* entre las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la CIE-10 y el GC-3 por un lado, y la GLADP por otro.

Desarrollo histórico del GC-3 y la GLADP

Como indican Berganza y colaboradores (9), los intentos por adaptar la Clasificación Internacional de Enfermedades a la realidad de la sociedad cubana comenzaron con el trabajo de un grupo de profesionales de la salud mental, liderado por Carlos Acosta Nodal, que dio lugar en 1975 a la publicación del *Primer glosario cubano de psiquiatría*, el cual incluía 69 adaptaciones sobre la CIE-8 (9). A esta obra le siguió en 1983 el *Segundo glosario cubano de psiquiatría*, también dirigido por Acosta Nodal, que contenía 90 ajustes sobre la CIE-9. Finalmente, en 1998 vio la luz una tercera versión, supervisada por Ángel Otero Ojeda, donde se introdujeron 100 modificaciones sobre la CIE-10.

Los principios que guiaron la preparación de estos glosarios se basaron en la incorporación de las necesidades locales en el diagnóstico psiquiátrico, pero respetando el sistema de codificación de la CIE-10 y considerando a tales ajustes como una adaptación de dicho código (2, 10).

En cuanto al desarrollo de la *Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico* (9), el esfuerzo llevado a cabo en Cuba inspiró la creación en 1994 de un grupo de trabajo para desarrollar una adaptación de la CIE-10 específicamente para América Latina, el cual contó con más de 100 psiquiatras, psicólogos y antropólogos organizados en 17 subgrupos de trabajo. En 1994 se realizó una encuesta a 572 psiquiatras de siete países latinoamericanos, 91,4% de los cuales notificaron que usaban en su práctica clínica habitual un sistema diagnóstico basado en criterios (DSM-III-R o CIE-9). Posteriormente se organizaron tres conferencias para estructurar el trabajo que estaba teniendo lugar. La primera, cuyo propósito fue identificar aspectos históricos y culturales que sirvieran de marco para el desarrollo de esta clasificación, tuvo lugar en 1998 en La Habana (Cuba) y contó con la presencia de alrededor de 40 expertos de América Latina, Estados Unidos y Europa. En la segunda conferencia, celebrada en 1999 en Isla Margarita (Venezuela) se presentó el primer borrador de la GLADP, mientras que en la tercera, en 2000 en Guadalajara (México), se examinaron las principales revisiones al texto. La GLADP fue publicada en

2004 por la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (1).

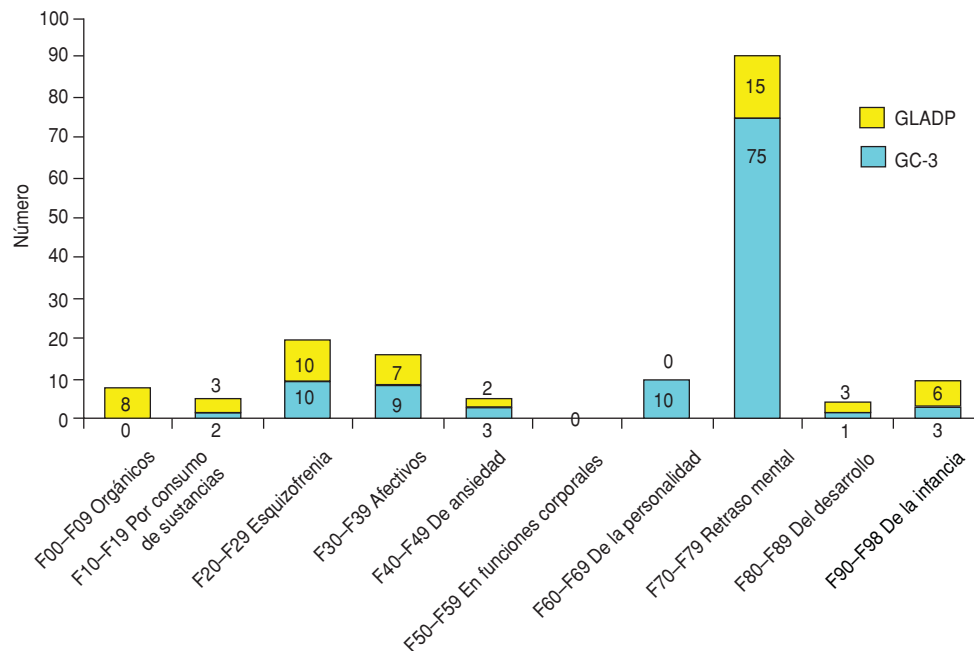
Principales diferencias con la CIE-10

Como indica el GC-3 en su introducción, el objetivo del manual era mantener lo más fielmente posible la estructura, el sistema de códigos y las descripciones diagnósticas de la CIE-10. No obstante, hay algunas diferencias en cuanto a la terminología utilizada. Por ejemplo, el término "psicótico" se emplea en el GC-3 en un sentido más amplio, sin referirse a la causa que genera tal nivel de funcionamiento. Al término "trastorno", utilizado ampliamente en la CIE-10, se le añaden en el GC-3 los de "síndrome" y "enfermedad", con menor carga peyorativa. El GC-3 distingue entre "delirium" (trastorno de base orgánica) y "delirio" (ideas delirantes de cualquier origen), mientras que la CIE-10, para evitar la confusión que podría generar la palabra "delirio" con esta segunda acepción, se refiere a ellas como "ideas delirantes". Además de estas diferencias conceptuales, el GC-3 incorpora frases calificativas para distintas categorías (por ejemplo, "con complicaciones sociales", *F1x.08*), introduce pautas para el diagnóstico en ciertas categorías (por ejemplo, en F95, Trastorno de tics) y añade nuevas categorías y subcategorías (como es el caso del "consumo riesgoso" de sustancias, *F1x.81*). Por otra parte, aun con la premisa de respetar en lo posible los términos de la CIE-10, el GC-3 incorpora algunos cambios semánticos, como son la sustitución de "juego patológico" por "ludopatía" o "uso" por "consumo".

Comparación entre los códigos de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la CIE-10, y el GC-3 y la GLADP

La comparación entre los dos sistemas latinoamericanos de diagnóstico psiquiátrico y la CIE-10 se centra en el análisis de los códigos del GC-3 y la GLADP, que son novedosos respecto a la CIE-10 porque constituyen una posible fuente de información respecto a qué categorías podrían modificarse para que la futura clasificación recoja el mayor número de aportaciones de otros sistemas diagnósticos. En la figura 1 se refleja el número de modificaciones introducidas por el GC-3 y la GLADP para cada una de las categorías *F* del capítulo *V* de la CIE-10.

En primer lugar, dentro de los trastornos orgánicos solo aparece una diferencia que se manifiesta en ocho códigos novedosos, dado que la GLADP propone en el diagnóstico de las demencias especificar si aparecen sin síntomas, con predominio de ideas delusivas, de alucinaciones o de síntomas depresivos. Por otro lado, cuando se refiere a los trastornos por consumo de otras sustancias psicoactivas, el GC-3 codifica si aparecen complicaciones sociales y crea la categoría de "consumo riesgoso" para los casos en que el consumo todavía no llega a ser perjudicial, pero supone un primer paso en la cadena de dependencia. La GLADP también hace referencia a la presencia de complicacio-

FIGURA 1. Códigos de trastornos de 4 y 5 cifras que aparecen de forma novedosa en el GC-3 y la GLADP y que no se recogen en la CIE-10 (categoría F)

Fuente: elaboración de los autores.

Nota: CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Asociados, 10ª Revisión. GC-3: Tercer glosario cubano de psiquiatría. GLADP: Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico.

nes sociales en la intoxicación aguda. Dentro del capítulo dedicado a la esquizofrenia y los trastornos psicóticos, ambas guías latinoamericanas recogen, a diferencia de la CIE-10, la categoría “episódica, en fase prodrómica”. Este diagnóstico no se refiere a la “esquizofrenia prodrómica”, sino que se aplica a quienes hayan presentado episodios psicóticos previos y en los que se puedan identificar signos de otro incipiente, aunque esos síntomas por sí mismos no cumplan los criterios diagnósticos de un episodio psicótico. Ambas clasificaciones —la GLADP y el GC-3— se refieren también a la “esquizofrenia crónica indiferenciada” cuando se trata del diagnóstico de aquellos pacientes que no pueden ser categorizados dentro de ningún tipo de esquizofrenia y que, sin embargo, presentan síntomas fundamentalmente negativos que afectan al funcionamiento global del individuo y se constituyen como una manera estable de vivir.

En el apartado dedicado a los trastornos del estado de ánimo, en los casos en que haya ideas delirantes, las dos guías proponen determinar si estos síntomas psicóticos son congruentes o no con el estado de ánimo. Cuando se trata de la categoría de otros trastornos bipolares, son partidarias de señalar si la fase prodrómica es de tipo maniaco o depresivo. Por su parte, en el GC-3 es posible codificar si el episodio depresivo grave es de tipo reactivo o no, y crea la categoría “distimia con desarrollo neurótico”, equivalente a la antigua categoría “neurosis depresiva”. En cuanto a la GLADP, se incluye de forma novedosa respecto a otras clasificaciones la categoría “trastorno depresivo recurrente en fase prodrómica” que, análogamente al

código para el trastorno psicótico recién comentado, se refiere a los casos en que los síntomas de un episodio depresivo incipiente pueden ser identificados pero no cumplen los criterios diagnósticos, en aquellas personas que han sufrido previamente un episodio depresivo. Desde el punto de vista de la práctica clínica, se trata de una categoría útil para la intervención precoz en los pacientes que han sufrido cuadros de depresión recurrente y que, estando en remisión, vuelven a presentar pródomos del trastorno.

Dentro del capítulo dedicado a los trastornos de ansiedad, en ambas clasificaciones aparecen diferencias con la CIE-10 respecto al trastorno de pánico. El GC-3 permite graduar la intensidad de las manifestaciones de pánico como moderadas o graves. En la GLADP, el trastorno de pánico moderado se define con presencia de al menos cuatro ataques en un período de cuatro semanas. En cuanto al trastorno mixto ansioso-depresivo, ambas clasificaciones permiten codificarlo con manifestaciones mínimas o con manifestaciones leves.

En el capítulo de trastornos de personalidad, el GC-3 propone para todos ellos la categoría “en estructuración” para indicar que —el trastorno— se presenta en pacientes menores de 18 años, cuya personalidad está aún en formación.

En cuanto a los trastornos de comienzo en la infancia, la GLADP —dentro de la categoría de “autismo atípico” (secundario a otro trastorno)— permite reseñar si lo es por la edad de comienzo, por los síntomas o por ambos motivos. Dentro de “otros trastornos emocionales de la niñez”, la GLADP y el GC-3 especifican el “trastorno de ansiedad generalizada de la

niñez” y la “inadaptación neurótica en la niñez”, cuando aparecen en los primeros años de vida uno o varios síntomas neuróticos sin una estructura definida, como ansiedad, onicofagia, inquietud motora, etc. El GC-3 incluye en la categoría de “otros trastornos del desarrollo de habilidades escolares” el trastorno específico de la expresión escrita. Dentro del trastorno por movimientos estereotipados, el GC-3 y la GLADP permiten tipificar si es con autolesiones, sin autolesiones o mixto. En cuanto a la enuresis, la GLADP admite codificar si es solo nocturna, diurna o de los dos tipos. Respecto a la encopresis, los códigos se refieren a si hay un fracaso en el control esfinteriano o si las deposiciones ocurren en lugares inadecuados.

El apartado donde aparecen más diferencias entre la CIE-10 y el GC-3 y la GLADP es el que codifica los diferentes tipos de retraso mental. El GC-3 añade distintos códigos que permiten definir con más detalle el tipo de dificultades presentes: por falta de autocontrol, por comportamiento disocial o antisocial, por validismo deficiente o nulo, por comportamiento inadecuado en el seno familiar, con dificultades en varias áreas, con dificultades importantes no especificadas o sin alusión a la existencia de dificultades. Además, dentro de estos códigos crea subcódigos de cinco dígitos que permiten precisar aún más de qué tipo son las dificultades presentes. Por su parte, la GLADP crea categorías intermedias entre los tipos de retraso mental propuestos en la CIE-10: retraso mental leve a moderado, moderado a grave y grave a profundo. Estas categorías tienen una mayor utilidad en contextos donde el diagnóstico estandarizado de la discapacidad intelectual no es posible, bien sea por ausencia de recursos o por falta de pruebas de evaluación culturalmente adecuadas.

En el cuadro 1 se presenta un análisis cuantitativo de las diferencias registradas entre ambas guías y la CIE-10. Como se puede observar, en el proceso de comparación código a código entre la CIE-10 y el GC-3, por una parte, y la GLADP por otra, se codifica en primer lugar si el GC-3 ó la GLADP adoptan códigos de tres o cuatro cifras que no están incluidos en la CIE-10 y que son novedosos en ambos sistemas. La OMS distingue entre códigos de tres y cuatro cifras, obligatorios para el uso de la CIE-10, y los de cinco cifras cuyo uso, aunque recomendado, es opcional. En el caso del GC-3 se contabilizaron 63 códigos novedosos de tres o cuatro cifras (p. ej. *F7x.2 Con dificultades (fundamentalmente) por falta de autocontrol* en personas con discapacidad intelectual). En la GLADP, la cifra es mucho menor, 16 incorporaciones de 3 ó 4 cifras (p. ej. *F74 Retraso mental leve a moderado*).

En segundo lugar, se comprobó si había diferencias en la terminología bajo un mismo código —más allá de la mera traducción de las categorías— entre los términos de la CIE-10 y los de los dos sistemas latinoamericanos estudiados. Al respecto, en el GC-3 se encontró que en 62 ocasiones los términos utilizados tenían significados diferentes (p. ej. *F64.1 Transvestismo no fetichista* frente a *F64.1 Dual-role transvestism* en la CIE-10), mientras que en la GLADP esto ocurrió en 18 casos

CUADRO 1. Resultados de la comparación entre las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico de la CIE-10 y el GC-3 y la GLADP

Aspectos comparados	GC-3	GLADP
Incorporaciones de entidades diagnósticas novedosas de 3 ó 4 cifras	63	16
Entidades diagnósticas que usan terminología distinta (más allá de la traducción)	62	18
Entidades diagnósticas reseñadas que no coinciden con la CIE-10	15	1
Traducción de nombres de entidades diagnósticas distinta a la CIE-10 en español	51	48
Entidades diagnósticas de 5 cifras recomendadas por la CIE-10 e incluidas	40	54
Entidades diagnósticas de 5 cifras recomendadas por la CIE-10 y no incluidas	6	0
Incorporaciones de entidades diagnósticas novedosas de 5 cifras	60	33
Incorporaciones de entidades diagnósticas novedosas de 6 cifras	0	6

Fuente: elaboración de los autores.

Nota: CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Asociados, 10ª Revisión. GC-3: Tercer glosario cubano de psiquiatría. GLADP: Guía latinoamericana de diagnóstico psiquiátrico.

(p. ej. *F91 Trastornos disociales* frente a *F91 Conduct disorders* en la CIE-10).

En cuanto a la asignación de entidades diagnósticas distintas bajo el mismo código, en el GC-3 se contabilizaron 15 casos en que las entidades diagnósticas reseñadas no coinciden con las de la CIE-10 (p.ej. *F71.1 Con dificultades (fundamentalmente) en la esfera sexual o competencia social* frente a *F71.1 Significant impairment of behaviour requiring attention or treatment* en la CIE-10), mientras que en la GLADP tal disparidad se observó en un solo caso (*F20.80 Esquizofrenia infantil* frente a *F20.80 Other schizophrenia, Continuous* en la CIE-10).

También se reflejan en la comparación realizada aquellos casos en que el GC-3 o la GLADP utilizan una traducción —al español— de las categorías diagnósticas distinta de la propuesta en la CIE-10, cuando su significado no difiere sustancialmente. En el GC-3, tal diferencia se observó en 51 casos (p.ej. *F73.0 Trastornos de conducta mínimos o ausentes* frente a *F73.0 No, or minimal impairment of behaviour* en la CIE-10), mientras que en la GLADP sucedió en 48 ocasiones (p.ej. *F44.4 Trastornos disociativos del movimiento* frente a *F44.4 Dissociative Motor Disorders* en la CIE-10). Aunque estas diferencias parezcan menores, son importantes dado el compromiso de crear un sistema realmente internacional, por lo que se debe utilizar un lenguaje que se entienda claramente en todos los países de habla hispana.

En la comparación también se indagó si el GC-3 o la GLADP han adoptado los códigos de cinco cifras recomendados por la CIE-10 para los subtipos en algunas entidades diagnósticas. En este sentido, se pudo ver que el GC-3 adopta estos códigos de cinco cifras en 40 casos (p. ej. *F06.30 Trastorno maniaco orgánico*) y la GLADP en 54 (p. ej. *F23.00 No secundario a situación estresante aguda*).

Se averiguó también si había códigos de cinco cifras de la CIE-10 que no aparecían en el GC-3 o en la

GLADP. En cuanto al GC-3, esto sucede en seis casos (p. ej. *F70.9 Without mention of impairment or behaviour*), mientras que la GLADP recoge en todas las ocasiones las categorías de cinco cifras propuestas por la CIE-10. En algunos casos, son el GC-3 o la GLADP los que incorporan códigos de cinco cifras de forma novedosa, sin que aparezcan en la CIE-10. En el GC-3 esto sucede en 60 ocasiones (p. ej. *F20.07 Episódica en fase prodrómica*), frente a 33 de la GLADP (p. ej. *F30.20 Con síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo*). La GLADP además incluye códigos de seis cifras, de forma también novedosa respecto a la CIE-10, en seis ocasiones (p. ej. *F1x.240 Sin síntomas somáticos*).

Organización y sistemas multiaxiales en la GLADP y el GC-3

La CIE-10 original no es, ni nunca ha sido, un sistema multiaxial (3). En su conjunto comprende la clasificación de todos los tipos de enfermedades y condiciones de salud relacionadas, incluyendo los trastornos mentales y del comportamiento, y no es posible insertar en su estructura un sistema multiaxial para los trastornos mentales y del comportamiento que sea distinto del resto del sistema. Las presentaciones multiaxiales de la CIE-10 se publicaron en 1996 para los trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia, y en 1997 para los trastornos psiquiátricos en el adulto (11, 12). De forma similar, es factible que la OMS publique las presentaciones multiaxiales correspondientes una vez que el desarrollo de la clasificación principal haya concluido. Sin embargo, esta tarea no forma parte del trabajo actual de revisión de la CIE-10.

Los autores del GC-3 y la GLADP han enfatizado la importancia de la naturaleza multiaxial de estos sistemas para la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico, dado que consideran a los ejes adicionales como las piedras angulares para proporcionar una guía más práctica en varios aspectos del diagnóstico psiquiátrico. La CIE, en cambio, no pretende ofrecer una guía para el diagnóstico psiquiátrico ni de cualquier otro tipo, sino simplemente una clasificación de trastornos y enfermedades.

De allí que parte de la presente comparación se centre en las diferencias en las categorías diagnósticas entre la CIE-10, el GC-3 y la GLADP. Un mejor entendimiento de estas diferencias podría ayudar a construir las categorías diagnósticas de la CIE-11, en tanto que el examen de los ejes adicionales que podrían servir mejor a la clasificación de los trastornos mentales y conductuales sería un proyecto a desarrollar más adelante. No obstante, a continuación se ofrece una breve descripción de los ejes propuestos en la versión multiaxial de la CIE-10 para adultos, desarrollada con posterioridad a la publicación de la CIE-10 original, el GC-3 y la GLADP.

El GC-3 basa su organización en el sistema multiaxial de la CIE-10, pero al incorporar tres nuevos ejes (IV, V y VI) presenta un total de seis ejes sobre los que se realiza el diagnóstico (10):

- Eje I: Diagnóstico clínico, incluye tanto trastornos mentales como no mentales.
- Eje II: Discapacidades, tanto en cuidado personal como en funcionamiento social ocupacional y familiar. Recoge cualquier tipo de discapacidad mediante la metodología recomendada por la OMS, teniendo en cuenta opiniones de amigos, compañeros de trabajo, familia y otros. Aunque definido de forma distinta, este eje es conceptualmente similar al eje II de la presentación multiaxial de la CIE-10 (11).
- Eje III: Factores ambientales y personales adversos, presentes tanto en la infancia como en el momento actual, referidos a la esfera familiar y social del sujeto. De nuevo, este eje es definido de forma más amplia que en la clasificación multiaxial de la CIE-10.
- Eje IV: Otros factores psicoambientales, donde se incluyen características de la personalidad normal, como ser "romántico" o muy aficionado a una determinada actividad.
- Eje V: Comportamientos desadaptativos y mecanismos psicológicos anormales, como por ejemplo una comunicación ambivalente o un mal manejo de la hostilidad.
- Eje VI: Otros factores significativos, como el resultado de investigaciones complementarias, datos biográficos de interés o situaciones de riesgo.

Citando tesis doctorales llevadas a cabo en La Habana, Otero-Ojeda indica que a la hora de realizar el diagnóstico, el eje I es usado en todos los casos, mientras que los ejes III, V y VI lo son en tres de cada cuatro casos estudiados (10). Los ejes II y IV son usados de forma más infrecuente.

La GLADP, por su lado, se divide en cuatro partes: la primera comprende el marco histórico y cultural, la segunda incluye el proceso de diagnóstico y formulación, la tercera trata de la nosología psiquiátrica y la cuarta recoge los apéndices. En consonancia con su apuesta por un diagnóstico comprensivo, la GLADP propone cuatro ejes para el diagnóstico, de los cuales los tres primeros también están en la CIE-10 y el último es una aportación original:

- Eje I: Trastornos clínicos, codificados de acuerdo con la CIE-10.
- Eje II: Discapacidades, evaluadas en cuatro áreas: cuidado personal, funcionamiento familiar, funcionamiento académico u ocupacional y funcionamiento social. Este eje es conceptualmente similar al eje II del GC-3 y de la presentación multiaxial de la CIE-10.
- Eje III: Factores contextuales, referidos al entorno ambiental y psicosocial, similares a los "Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud," codificados en el capítulo Z de la CIE-10.
- Eje IV: Calidad de vida, basada en la propia percepción del paciente acerca de su bienestar físico y emocional, su nivel de funcionamiento, el apoyo social

que recibe y el cumplimiento de sus aspiraciones personales.

Además, la GLADP incorpora de forma innovadora para un diagnóstico comprensivo la “formulación ideográfica”, que consiste en una afirmación que sintetiza el punto de vista del paciente, de su familia y del clínico en aquello que es relevante para el manejo de ese caso concreto.

Síndromes de difícil localización —o síndromes culturales

Tanto el GC-3 como la GLADP parten del compromiso de desarrollar un sistema clasificatorio local que incorpore las realidades socioculturales propias de América Latina. A su vez, se interesan especialmente por las distintas percepciones acerca de la enfermedad y la muerte, recogiendo aquellos síndromes que epidemiológica y socialmente tienen una gran importancia pero que, por su carácter cultural, no se especifican con suficiente precisión en las clasificaciones internacionales. Como señalan Guarnaccia y Rogler, la tendencia general siempre ha sido “encajar” los síntomas culturales en las categorías psiquiátricas contempladas en los sistemas internacionales, en lugar de investigar estos síntomas como una entidad propia (13). Este hecho viene a reflejar el sesgo universalista que se encuentra latente en la consideración de los síndromes culturales como expresiones “patoplásticas” de la misma “patogenia” subyacente (14). Ejemplos de estos síndromes, que figuran en el apartado “Síndromes culturales latinoamericanos” de la GLADP, son el *ataque de nervios*, el *susto* y el *mal de ojo*. Lo que hace distintos a los síndromes culturales no es tanto la peculiaridad de sus síntomas, ya que en muchos casos se corresponden con los descritos para los trastornos de la CIE-10, sino las interpretaciones y las implicaciones sociales y culturales que tienen para los habitantes de América Latina, reflejo de particularidades en las representaciones simbólicas de los modos de vida.

En cuanto a la forma en que estos trastornos se adaptan a las etiquetas diagnósticas existentes en los sistemas internacionales, sirva de ejemplo el *ataque de nervios*, recogido en la GLADP, que se caracteriza por la presencia de palpitaciones, temblores, desmayos, sensación de calor y demás, y aparece en situaciones culturalmente adecuadas demandando apoyo de la red social. Para este trastorno se sugiere el código CIE-10 *F48.8*, correspondiente a “otros trastornos neuróticos, especificados”. Con respecto a las consecuencias que los síndromes culturales tienen para las personas y que van más allá del propio diagnóstico psiquiátrico, relacionándose con las interpretaciones de la enfermedad, la GLADP recoge la creencia en ciertos países de América Latina de que algunos niños están causando un daño a otros familiares, especialmente a un hermano, creencia denominada *abiciú*, y que tiene importantes efectos psicológicos y sociales para esos niños y sus “víctimas”. Aunque para la GLADP estas condiciones no requieran categorías distintas en la classifica-

ción, las creencias sobre la naturaleza y las causas de tales enfermedades tienen gran importancia para la evaluación y el tratamiento, lo que debe reflejarse como parte de la clasificación.

Hay que resaltar que el GC-3 prefiere el término “síndromes de difícil localización” frente a “síndromes culturales”, para evitar el etnocentrismo que subyace al segundo término, aspecto sobre el que también se está trabajando en la GLADP.

Aportaciones para el desarrollo de la CIE-11

Los dos sistemas clasificatorios expuestos comparan el presupuesto de que sus aportes a los sistemas clasificatorios internacionales no pueden limitarse a la mera descripción de los síndromes culturales y de cómo dichos sistemas pueden incorporarlos, ni tampoco ser adaptaciones de la CIE a las realidades de los países latinoamericanos, sino que de algún modo deben enriquecer esas clasificaciones internacionales. Alertan por ello de forma especial acerca del error que supone separar el diagnóstico del contexto psicosocial en el que aparecen los distintos trastornos, al usar un lenguaje descriptivo e impersonal basado en un enfoque biológico que infravalora otros aspectos del ser humano.

En primer lugar, estas adaptaciones locales aportan información muy valiosa sobre el uso de las clasificaciones internacionales y las necesidades que se presentan en el día a día, información que puede servir para incrementar la utilidad clínica de los sistemas internacionales en futuras versiones. Esto aparece reflejado en las adaptaciones y modificaciones sobre los códigos y etiquetas diagnósticas de la CIE-10, ya comentadas en el presente trabajo.

La propuesta de estos sistemas para aumentar la utilidad clínica de un diagnóstico integral es la inclusión de nuevos ejes que recojan la complejidad de las realidades psicosociales presentes en el desarrollo de cualquier enfermedad. En el GC-3 se intentan recoger en el eje IV, que incide en la individualidad del sujeto, el eje V, centrado en los mecanismos psicopatogénicos, y el eje VI, que incluye las situaciones de riesgo para esos individuos. Por tanto, una propuesta extrapolable al desarrollo de la Clasificación internacional de enfermedades sería la implementación de una futura versión multiaxial de la CIE-11, que en cualquier caso se desarrollará con posterioridad a la versión principal actualmente en preparación. El objetivo sería ampliar el diagnóstico para incorporar la importancia del contexto donde aparece la enfermedad. La perspectiva del clínico sobre la enfermedad tiene que complementarse con la del paciente y su familia. Un tema que merece una exploración más profunda es si estos ejes realmente se usan en el trabajo clínico cotidiano y si se reflejan en las percepciones de los usuarios sobre las contribuciones a los servicios habituales de salud mental.

El objetivo, a la hora de realizar el diagnóstico, sería la búsqueda de lo idiosincrásico para cada paciente. La GC-3 y la GLADP toman la postura de que tal diag-

nóstico debería reflejar lo que es único para cada caso concreto, convirtiéndose en una gestalt de toda la información disponible (15). Por otro lado, al momento de ofrecer un marco para la evaluación clínica, el GC-3 y la GLADP tienen una propuesta más amplia que la de la CIE-10, ya que esta última se presenta solamente como sistema de clasificación y no como una guía para estructurar el trabajo de los profesionales sanitarios.

Los futuros sistemas clasificatorios internacionales deberían estar, por tanto, basados en conceptos universales pero también gozar de cierta flexibilidad para tener en cuenta los factores contextuales —individuales, sociales y culturales— en la expresión sintomática y en la etiología de las enfermedades mentales.

El proceso de revisión de la CIE-10 que se está llevando a cabo en la actualidad aspira a que la futura CIE-11 tenga mayor validez y utilidad global que los sistemas clasificatorios precedentes. Con el análisis de las modificaciones regionales del capítulo sobre “trastornos mentales y del comportamiento” de la CIE-10 se pretende determinar qué elementos de la clasificación actual no resultan lo suficientemente válidos en entornos culturales distintos del occidental dominante, y qué categorías deberían ampliarse —o añadirse— en la CIE-11 para imprimirle mejor aplicabilidad local y mayor universalidad. Es de esperar entonces que dicho aumento en su validez repercuta reduciendo la necesidad de sistemas clasificatorios locales, ya que las realidades psicosociales y clínicas de las regiones que tradicionalmente se han visto relegadas —en las clasificaciones internacionales— tendrían así cabida en este nuevo sistema.

La contribución del presente trabajo a la consecución de los propósitos mencionados en el párrafo anterior se ve limitada por el hecho de basarse en una comparación descriptiva y cuantitativa de los códigos de ambas clasificaciones latinoamericanas respecto a la CIE-10, por lo que falta información sobre la aplicabilidad en la práctica clínica habitual de los códigos que se han modificado, con qué frecuencia se recurre a estas modificaciones y si son consideradas útiles por los clínicos. Esta información es necesaria para valorar hasta qué punto son relevantes y en qué medida reflejan verdaderamente las particularidades de la práctica clínica en América Latina.

El desarrollo de la CIE-11 se está llevando a cabo de forma multilingüe, a diferencia de lo ocurrido con la CIE-10, en cuyo desarrollo las traducciones se realizaron casi al final y apenas si se pudieron introducir modificaciones. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, con el apoyo de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, ha

decidido que los estudios y las pruebas de campo, así como los borradores, se desarrollen simultáneamente en inglés y español como mínimo y, en la medida de lo posible, vayan incorporando el resto de los idiomas oficiales de la OMS (árabe, chino, francés y ruso). La prioridad del español en el desarrollo multilingüe de la CIE-11 responde a que es la lengua oficial en 21 países y el idioma común de casi 500 millones de personas. El examen de los distintos sistemas de clasificación de los trastornos mentales en español es por lo tanto una parte formal del proceso de revisión. Los resultados de este análisis y una información más detallada de las diferencias encontradas serán directamente facilitados al grupo de expertos que se encuentra trabajando en cada área correspondiente. A estos grupos se les pedirá que consideren las modificaciones hechas por el GC-3 y la GLADP, las razones por las que fueron realizadas y la posibilidad de incorporar estas perspectivas a la CIE-11. El plan de desarrollo de la CIE-11 también incluye un examen sistemático de la aplicabilidad cultural de sus categorías, lo que se llevará a cabo con referencia específica a América Latina.

SYNOPSIS

Contributions from two Latin American psychiatric classifications to the development of ICD-11

In the context of the updating of the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10), this study conducted a code-by-code comparison between the ICD-10 chapter “Mental and Behavioural Disorders” and the diagnostic categories of two Latin American classification schemes: the Third Cuban Psychiatric Glossary (GC-3) and the Latin American Guide to Psychiatric Diagnosis (GLADP). The objective was to help define what categories in the current classification should be broadened and what new categories might be added to the future ICD-11 to make it more applicable in local sociocultural and clinical contexts that differ from those found in regions whose perspectives have historically dominated the ICD, namely, the United States and Europe. It is hoped that the results will contribute to the efforts under way to develop a genuinely international classification system.

Key words: international classification of diseases; mental health; mental disorders; Latin America.

REFERENCIAS

1. Asociación Psiquiátrica de América Latina. Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico. México: Editorial de la Universidad de Guadalajara; 2004.
2. Otero-Ojeda A. Tercer glosario cubano de psiquiatría. Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana; 1998.
3. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision. Geneva: World Health Organization; 1992.
4. Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, Villasenor-Bayardo SJ,

- Rojas-Malpica C. The Latin American guide for psychiatric diagnosis. A cultural overview. *Psychiatr Clin North Am.* 2001;24(3):433-46.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4.^a ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 6. Patel V, Winston M. 'Universality of mental illness' revisited: assumptions, artefacts and new directions. *Br J Psychiatry.* 1994;165(4):437-40.
 7. Kleinman A, Cohen A. Psychiatry's global challenge. *Sci Am.* 1997;276(3): 86-9.
 8. Kirmayer LJ. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis. *Psychopathology.* 2005;38(4):192-6.
 9. Berganza CE, Mezzich JE, Jorge MR. Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis (GLADP). *Psychopathology.* 2002;35(2-3):185-90.
 10. Otero-Ojeda A. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): key features and contributions. *Psychopathology.* 2002; 35(2-3):181-4.
 11. World Health Organization. Multiaxial Presentation of Child and Adolescent Psychiatric Disorders: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders in Children and Adolescents. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.
 12. World Health Organization. Multiaxial Presentation of the ICD-10 for Use in Adult Psychiatry. Cambridge: Cambridge University Press; 1997.
 13. Guarnaccia PJ, Rogler LH. Research on culture-bound syndromes: new directions. *Am J Psychiatry.* 1999;156(9): 1322-7.
 14. Kleinman A. Anthropology and psychiatry. The role of culture in cross-cultural research on illness. *Br J Psychiatry.* 1987;151:447-54.
 15. Mezzich JE, Salloum IM. Towards innovative international classification and diagnostic systems: ICD-11 and person-centered integrative diagnosis. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(1):1-5.

Manuscrito recibido el 25 de mayo de 2010. Aceptado para publicación, tras revisión, el 21 de octubre de 2010.