

## EDITORIAL

### Avances Recientes en Sistemas Clasificatorios y Diagnósticos.

Estamos presenciando un nuevo ciclo de revisiones de sistemas de clasificación de enfermedades y al mismo tiempo el desarrollo de planteamientos innovadores sobre el concepto y alcances del diagnóstico en psiquiatría. Tras breves consideraciones históricas y metodológicas, se resumen estos avances y se plantea una perspectiva integradora.

#### *Antecedentes históricos y metodológicos*

Desde los albores de la humanidad hay indicaciones de interés sobre clasificación en general [Raven et al, 1971]. Temkin [1965] ha señalado que los orígenes de las clasificaciones de las enfermedades nos remontan a un pasado remoto, donde son tratados primero solo como conceptos folklóricos y después organizados de acuerdo a metodología científica. A lo largo de los siglos, el trabajo innovador taxonómico sobre plantas y animales de Carolus Linnaeus estimuló el desarrollo de monumentales nosologías compuestas de numerosas especies de enfermedades, ordenadas en clases, órdenes y géneros. Pero no fue sino hasta finales del Siglo XIX que el Instituto Estadístico Internacional (en ese momento la única entidad multinacional preocupada por el estudio de la salud) diseñó colaborativamente un procedimiento para una valoración comparativa de la salud a través del mundo [Kramer, 1988]. Esa clasificación internacional inaugural establecida en 1893 sobre la base de causas de muerte, se fue actualizando a través de revisiones diligentes cada diez años. Esta tarea cíclica fue asumida como responsabilidad estatutaria por la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde su fundación al final de la Segunda Guerra Mundial. Interesantemente, la definición amplia de salud como un estado de bienestar completo y no solamente la ausencia de enfermedad consagrada en la constitución de la OMS [1946], coincidió con la preparación de la Sexta Revisión (1948) de la entonces llamada Clasificación Internacional de Enfermedades, Lesiones y Causas de Muerte que por primera vez incluía una sección separada sobre trastornos mentales.

Un influyente estudio encargado por la Organización Mundial de la Salud a Stengel [1959] sobre el estado de la clasificación de trastornos mentales a través del mundo llegó a la conclusión de que no era nada menos que caótico. Esto impactó grandemente el campo y estimuló una serie de desarrollos metodológicos con el objetivo de mejorar la claridad y confiabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Considerable atención se prestó a incrementar la sistematización de la colección

de datos [Goldberg, 1972] y a la definición explícita de categorías diagnósticas [Horwitz & Marconi, 1966; Berner, 1969; Feighner et al, 1972]. Esto condujo a un sustantivo reforzamiento de la confiabilidad de las designaciones clasificatorias y a una nueva era en la epidemiología psiquiátrica, así como a la incorporación de estos avances en los sistemas diagnósticos más usados actualmente en psiquiatría, la CIE-10 [WHO, 1992] y la DSM - IV [American Psychiatric Association, 1994].

Otra preocupación metodológica ha sido la estrechez y la insuficiencia del trastorno mental como base informativa para una adecuada atención clínica, lo que llevó a la exploración de varias formas de diagnóstico comprensivo, a menudo bajo el término de evaluación diagnóstica multiaxial [Strauss, 1975; Rutter et al, 1975; Mezzich, 1979], las cuales fueron incluidas en la CIE-10 y el DSM - IV. Mientras la puesta en práctica de la evaluación multiaxial, como la de otras innovaciones clínicas, ha tenido un proceso lento, un estudio de la Asociación Americana de Psiquiatría [Mezzich et al, 2005] ha documentado la utilidad del sistema multiaxial para la atención clínica, la enseñanza, la investigación y los propósitos administrativos.

Un adicional tema metodológico crucial para el diseño de sistemas diagnósticos es el de la validez diagnóstica. Su significado más convencional involucra la competencia para reflejar fielmente la identidad y la naturaleza de una enfermedad dada [Robins & Guze, 1970]. A pesar de los sólidos avances recientes en neurociencia, la mayoría de los expertos [Hyman, 2005] concuerdan en que tal información no ha madurado lo suficiente para sustentar una revisión de los sistemas descriptivos actuales. Insel y colaboradores [2010] han propuesto reorientar las exploraciones biológicas hacia nuevos sistemas diagnósticos basándolas en conceptos neuropsicológicos más elementales (Research Domain Criteria). Como una alternativa a lo anterior, una nueva forma de validez diagnóstica enfocada en el planeamiento del tratamiento está apareciendo [Kendell & Jablensky, 2003; First, 2005]. Schaffner [2009] ha propuesto sobre una base epistemológica los términos de validez etiopatogénica y validez clínica para referirse a los dos conceptos de validez diagnóstica señalados arriba.

Un análisis fundamental relacionado lidia con el significado mismo del diagnóstico. El historiador y filósofo de la medicina Laín-Entralgo [1982] arguye que la identificación y la clasificación de la enfermedad corresponde a lo que él denomina diagnóstico nosológico, mientras que el diagnóstico cabal involucra el conocimiento de lo que sucede en el cuerpo y la mente de la persona que busca atención médica. De acuerdo a esta perspectiva, el diagnóstico nosológico o centrado en la enfermedad es el involucrado en los sistemas diagnósticos estándar como la CIE-10 y el DSM-IV, mientras que su significado más pleno estaría com-

prendido por términos como diagnóstico comprensivo y, más recientemente, diagnóstico centrado en la persona. Este último término inscribe este modelo diagnóstico como elemento de un enfoque paradigmático que sitúa a la persona como un todo en el centro de la psiquiatría, la medicina y la atención de la salud, un enfoque que está siendo considerado con interés por un creciente grupo de organizaciones internacionales médicas y de salud [Mezzich, 2007; Mezzich, Snaedal, van Weel, & Heath, 2010].

### *Revisión actual de las Clasificaciones de Enfermedades*

Y esto nos trae a la revisión cíclica en curso de la Clasificación Internacional de Enfermedades por la Organización Mundial de la Salud y trabajos relacionados como los preparativos para la DSM-5 por la American Psychiatric Association [Regier, Narrow, Kuhl & Kupfer, 2009] y la revisión de la Guía Latinoamericana para el Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) por la Asociación Psiquiátrica de América Latina [Otero & Berganza, 2009].

Los preparativos de la CIE-11 empezaron con plenitud en 2007 bajo la coordinación de la Oficina de Clasificaciones de la OMS [Ustun & Jakob, 2009]. Como sus ediciones previas, la CIE-11 cubrirá la mortalidad, la morbilidad y los problemas de salud relacionados con todas las áreas de la enfermedad humana, a través de la actualización de categorías y definiciones. Como una innovación, la construcción de la nueva clasificación enfatizará terminologías formales y ontológicas. Por lo tanto, será consistente con las emergentes aplicaciones digitales tales como los registros electrónicos de salud. Una plataforma de colaboración basada en el internet apoyará el proceso de revisión general con enlaces semánticos a bancos informáticos existentes. El capítulo sobre los trastornos mentales está siendo desarrollado por un Grupo Consultivo Temático (Saxena & Saraceno, 2009). Particular atención se está prestando a la definición de los trastornos mentales, a una agrupación eficiente de los síndromes psicopatológicos, al uso de la clasificación en la atención primaria y en especialidades, a la armonización con el DSM-5 en evolución y otras adaptaciones nacionales y regionales de la CIE-11, y a las implicancias para la salud pública. Se espera que la versión final de la CIE-11 esté lista para su uso en el 2015.

Los preparativos para el DSM-5 empezaron en 1999 con el desarrollo de un programa de investigación que resultó en una agenda de trabajo [Kupfer, First & Regier, 2002]. Esto fue seguido entre 2004 y 2008 por un grupo de reuniones de planificación investigativa [First, 2008], y luego, más recientemente, por el nombramiento de un comité ejecutivo y grupos de trabajo. Tras haber desestimado el uso de bases genéticas y neurobiológicas como prematuras para un replantea-

miento de la clasificación de trastornos mentales, la principal estrategia parece ser refinar la clasificación de enfermedades con el fin de promover la atención clínica. Aparte de posibles modificaciones en las categorías diagnósticas y sus definiciones, se planea promover una aproximación dimensional complementando la categorial tradicional.

Una creciente madurez científica y la necesidad de contar con un instrumento capaz de adecuar la clasificación internacional (CIE) a la realidad latinoamericana promoviendo al mismo tiempo su patrimonio cultural, establecieron las condiciones para la creación por la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) de la primera guía de diagnóstico y clasificación en la unidad geográfica, cultural y multinacional que es Latinoamérica (APAL, 2004). El actual programa de trabajo sobre la GLADP ha devenido en una actividad de carácter permanente desde su creación en 1998 y principal responsabilidad de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina. Esta iniciativa ha sido denominada Programa Presidencial de la APAL y se lleva a cabo en coordinación con sus varias Secciones Científicas. La Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN) ha expresado interés en participar activamente en este proyecto que entonces devendría en iberoamericano. El trabajo de la GLADP se centra actualmente en su proceso de renovación, incluyendo una Versión Revisada (GLADP-VR) para 2012 (usando aun los códigos diagnósticos de la CIE-10), y una Segunda Edición (GLADP-2) para 2014-2015 (usando los códigos de la futura CIE-11).

### *Diagnóstico Integrativo Centrado en la Persona*

El desarrollo de este modelo diagnóstico empezó en el 2005 dentro del seno de la Asociación Mundial de Psiquiatría y en particular de su Sección de Clasificación y Evaluación Diagnóstica. Ha ido tomando forma a través de colaboración con las mayores organizaciones internacionales médicas y de la salud conectadas con la International Network for Person Centered Medicine. El modelo representa un proyecto conceptual en el proceso de construcción de una psiquiatría y medicina centradas en la persona. Como tal, se enfatiza el sinergismo entre la ciencia y el humanismo, un amplio marco teórico incorporando perspectivas biológicas, psicológicas, sociales, culturales y espirituales para cubrir tanto la salud enferma como la positiva, la promoción de la autonomía, responsabilidad y dignidad de cada persona involucrada, el cultivo de relaciones a todo nivel, en particular entre los clínicos, el paciente y la familia, y la articulación entre una medicina clínica centrada en la persona y una salud pública centrada en la gente.

El delineamiento inicial del modelo ha estado a cargo de un grupo internacional de expertos, incluyendo clínicos, investigadores y un usuario de servicios psiquiátricos (Mezzich, Salloum, Cloninger, Salvador, Kirmayer, Banzato, Wallcraft & Botbol, 2009). Sus características estructurales fundamentales incluyen la cobertura del estado de salud con sus aspectos de enfermedad y bienestar, la experiencia y los valores de la persona y los factores contribuyentes en términos de riesgo y de protección para la salud. Se contempla para la descripción diagnóstica el uso de categorías, dimensiones y narrativas, así como basar el proceso diagnóstico en la relación entre paciente, familia, y clínicos en pos de lograr un entendimiento diagnóstico compartido y decisiones clínicas conjuntas.

Se anticipa que este modelo diagnóstico se plasmará en una Guía de Diagnóstico Integral Centrado en la Persona pertinente al campo de la salud mental bajo la égida del International Network for Person Centered Medicine. Esta organización está también auspiciando el desarrollo de similares guías diagnósticas para su uso en medicina general. La Asociación Psiquiátrica de América Latina ha decidido también incorporar el modelo en su próxima revisión de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP-VR).

### *Colofón*

El futuro próximo nos ofrece a través de los desarrollos conceptuales e investigativos mencionados arriba la posibilidad de mejorar el diagnóstico nosológico en términos de las clasificaciones estándar de enfermedades (CIE-11, DSM-5, GLADP-VR) y el poner en práctica el diagnóstico integrativo centrado en la persona. De esta manera podremos responder científica, humanística y éticamente a los desafíos que enfrentamos para colocar a la persona entera del paciente en el centro del trabajo clínico y así optimizar el tratamiento y prevención de las enfermedades y la promoción de la salud.

***Juan Enrique Mezzich, M.D., Ph.D.***

*Profesor de Psiquiatría y Director, División de Epidemiología Psiquiátrica y del Centro Internacional para la Salud Mental, Mount Sinai School of Medicine, New York University, Nueva York, USA; Presidente 2005-2008 de la Asociación Mundial de Psiquiatría; Presidente Honorario de la Sección de Clasificación y Evaluación Diagnóstica de la Asociación Mundial de Psiquiatría; Presidente de la International Network for Person Centered Medicine.*

## BIBLIOGRAFÍA:

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition (DSM-IV). Washington, D.C.: Author, 1994.

Berner P: Der lebensabend der Paranoiker. *Wiener Zeitschrift für Nervenheilkunde* 27: 115-161, 1969.

Feighner JP, Robins E, Guze S: Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Arch Gen Psychiatry* 26:57-63, 1972.

First M: Phase 2: Refining the Research Agenda for DSM-5: NIH Conference Series. <http://www.psych.org/MainMenu/Research/DSMIV/DSMV/DSMRevisionActivities/ResearchPlanningatHigherMagnification.aspx>; 2008.

First M: Clinical Utility: A Prerequisite for the Adoption of a Dimensional Approach in DSM. *Journal of Abnormal Psychology* 114:560-4, 2005.

Goldberg D: *The Detection of Mental Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press, 1972.

Horwitz J, Marconi J: El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. *Boletín Sanitario Panamericano* 60: 300-309, 1966.

Hyman S: Can neuroscience be integrated into the DSM-V? *Nat Rev Neurosci* 8:725-732, 2008.

Insel T, Cuthbert B, Garvey M et al: Research Domain Criteria: Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiat* 167: 748-751, 2010.

Kendell R, Jablensky A: Distinguishing between the validity and the utility of psychiatric diagnoses. *American J Psychiatry* 160: 4-12, 2003.

Kramer M: Historical roots and structural bases of the International Classification of Diseases. In: Mezzich JE, von Cranach M (eds): *International Classification in Psychiatry: Unity and Diversity*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 1988.

Kupfer D, First M, Regier D (eds): *A Research Agenda for DSM-V*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc., 2002.

Laín-Entralgo P: *El Diagnóstico Médico: Historia y Teoría*. Barcelona: Salvat, 1982.

Mezzich JE, Banzato CM, Cohen P, Cloninger CR et al: Report of the American Psychiatric Association Committee to Evaluate the DSM Multiaxial System. Presented to the APA Assembly, Atlanta, 21 May, 2005.

Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I: Introduction to Conceptual Explorations on Person-centered Medicine. *International Journal of Integrated Care*, 10: Supplement, 2010.

Mezzich JE: Patterns and issues in multiaxial psychiatric diagnosis. *Psychological Medicine* 9: 125-137, 1979.

Mezzich JE: Psychiatry for the Person: Articulating medicine's science and humanism. *World Psychiatry* 6:2:1-3, 2007.

Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, Salvador-Carulla L, Kirmayer LJ, Banzato CE, Wallcraft J, Botbol M: Person-centred integrative diagnosis: conceptual bases and structural model. *Canadian Journal of Psychiatry* 55: 701-708, 2010.

Otero AA, Berganza CE: Experience and implications of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis. In: Salloum IM, Mezzich JE (eds): *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2009.

---

**EDITORIAL**

Raven PH, Berlin B, Breedlove DE: The origins of taxonomy. *Science* 1971, 174: 1210-1213, 1971.

Regier D, Narrow W, Kuhl E, Kupfer D: The conceptual development of DSM-5. *Am J Psychiatry* 166:645-50, 2009.

Robins E, Guze S. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 126:983-7. 1970.

Rutter M, Shaffer D, Shepherd M: *A Multiaxial Classification of Child Psychiatric Disorders*. Geneva: WHO, 1975.

Saxena S, Saraceno B: The revision of the ICD Classification of mental and Behavioral Disorders. In: Salloum IM, Mezzich JE (eds): *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2009.

Schaffner KF: The validity of psychiatric diagnosis: Etiopathogenic and clinical approaches. In: Salloum IM, Mezzich JE: *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Wiley-Blackwell, Chichester, UK, 2009.

Stengel E: Classification of Mental Disorders. *Bulletin of the World Health Organization* 21: 601-663, 1959.

Strauss J: A comprehensive approach to psychiatric diagnosis. *Am J Psychiatry* 132: 1193-1197, 1975.

Temkin O: The history of classification in the medical sciences. In: Katz J, Cole J, Barton W (eds): *Classification in Psychiatry and Psychopathology*. Washington, DC: Government Printing Office, 1965.

Ustun TB, Jakob R: The overall development of ICD-11. In: Salloum IM, Mezzich JE (eds): *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell, 2009.

WHO: *Tenth Revision of the International Classification of Diseases*. Geneva: WHO, 1992.

WHO: *World Health Organization Constitution*. Geneva: Author, 1946.