

Clasificación Internacional de Enfermedades, Organización Mundial de la Salud. Décima Versión CIE-10

Martha Ontiveros Uribe*

Summary

This article reviews the reasons for which taxonomy has reached a new boom in the psychiatry's field. The article points out the requirements that an International Classification of Mental Disorders must have and describes the work of the World Health Organization in the creation of the Fifth Chapter Psychiatric Disorders from the Eighth to the Tenth International Classification of Diseases (ICD), from 1965. To this date this article describes the differences between ICD-9 and ICD-10, and between ICD-10 and the Diagnostic Statistics Manual, fourth edition (DSM-IV).

Resumen

En este artículo se revisan las razones por las que la taxonomía ha tenido un nuevo auge en el campo de la psiquiatría. Se mencionan los requisitos que debe tener una Clasificación Internacional de Trastornos Mentales. Y se reseña el trabajo de la Organización Mundial de la Salud, en la creación del Capítulo V. Trastornos psiquiátricos, de la Octava a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de 1965 a la fecha. Se describen las diferencias entre la CIE-9 y la CIE-10 y entre ésta última y el Manual Diagnóstico y Estadístico versión IV (DSM-IV).

Una clasificación es una forma de ver el mundo. Clasificar significa crear, definir o confirmar límites entre los conceptos.

La mayoría de las clasificaciones que sirven para organizar nuestros conocimientos acerca del mundo están en armonía y en un estado de interdependencia dinámica; si unas cambian, otras cambian también. Las clasificaciones de las enfermedades psiquiátricas, no son la excepción, pues dependen y se desarrollan dentro y fuera de la psiquiatría (11).

Hay algunas razones que han dificultado el establecimiento de un sistema clasificatorio en el campo de la psiquiatría:

1. El que aún no se haya logrado crear un conexión coherente entre síntomas clínicos, factores causales específicos, modelos patogénicos y pronóstico en la mayoría de los trastornos mentales.

Los numerosos hallazgos de las neurociencias sobre el funcionamiento del cerebro se han ido acumulando muy rápidamente y no han llevado a avanzar en el conocimiento de la forma en la que las estructuras o procesos del cerebro se traducen en el funcionamiento mental. Aún no hay una respuesta completa a la pregunta: ¿cómo se relaciona el cerebro con la mente?

2. La gran divergencia en los puntos de vista acerca de la naturaleza de las alteraciones psiquiátricas.
 - a) Algunos consideran que los trastornos psiquiátricos son similares a los de la medicina general y, por lo tanto, deben definirse como enfermedades con causas, síntomas, curso y pronóstico específicos.
 - b) Otros tienen la convicción de que los problemas psiquiátricos son respuestas a causas no específicas, por lo que no hay un sistema apropiado que clasifique estas entidades.

Esta no es una controversia nueva, ha existido por lo menos durante 2500 años. Platón y sus discípulos sostenían que las entidades llamadas enfermedades existían, por lo tanto podrían ser descritas y clasificadas, y correspondían a *ideas con una existencia real* independiente del observador. De manera opuesta, Aristóteles, y luego Hipócrates, afirmaban que la observación metódica de los pacientes daría las bases para una clasificación en la que *las clases e ideas abstractas* sólo eran armas de la mente humana sin una existencia independiente.

Una posición útil para lograr una clasificación razonable debe descansar en la evidencia empírica de la discontinuidad entre las clases y en la demostración de que la frecuencia de las clases "representativas" es mayor que la frecuencia de los trastornos que tienen características de más de una clase. Desafortunadamente, en psiquiatría a menudo se presentan condiciones limítrofes entre dos síndromes.

3. Hay una reticencia cultural a aceptar los sistemas de diagnóstico y clasificación. Las culturas tienen diferente tolerancia a los conflictos no resueltos y a las contradicciones; hay quienes prefieren mantener una posición indeterminada a aceptar trabajar con clasificaciones que requieren de la asignación inmediata a una clase, en base a información incompleta. También hay renuencia a aceptar las cla-

* División de Servicios Clínicos. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Calzada México-Xochimilco 101. San Lorenzo Huipulco, México, 14370 D.F.

sificaciones basadas en la dicotomía mente-cuerpo, que viene del siglo XIX y que actualmente es de dudosa utilidad.

4. La creciente diversidad de servicios y, al mismo tiempo, la creciente separación de sus sistemas de administración, ha llevado al desarrollo de diferentes lenguajes y diferentes esquemas de clasificación (11).

Afortunadamente se ha avanzado recientemente en el campo de la salud mental, lo que ha influido en el desarrollo de una clasificación psiquiátrica:

1. Se le ha asignado una mayor prioridad a los programas de salud mental en muchos países, sobre todo en los países en desarrollo. Esto se debe a:
 - a. Que se ha redefinido el enfoque de los programas de salud mental, que cubren con mayor frecuencia los aspectos conductuales y psicosociales tanto de la salud como de la enfermedad mental. Se ha dado una gran preocupación en el sector público por el abuso de drogas, la delincuencia juvenil y la desintegración familiar.
 - b. El surgimiento de una nueva doctrina de salud mental que establece un enlace con el sistema primario de salud, y propone la participación activa de los diferentes sectores sociales.
 - c. La demostración de que es posible prevenir y tratar los trastornos mentales, lo cual puede hacerse usando una tecnología efectiva de bajo costo.
 - d. El aumento en todo el mundo de los problemas relacionados con el abuso de sustancias.
2. El esfuerzo que se ha hecho para incorporar la salud mental al sistema primario de salud en cada vez más países ha obligado a simplificar las técnicas de tratamiento y a mejorar la definición y clasificación de los trastornos de la personalidad, de los trastornos neuróticos y de los síndromes con múltiples quejas, que a menudo se presentan en el primer nivel de atención médica.
3. Los logros en la tecnología radiológica y de radioisótopos, los avances en clinimetría y el uso de computadoras han facilitado la investigación en grandes grupos homogéneos de pacientes; así como los estudios transculturales, lo que ha permitido validar las clasificaciones.
4. El mejoramiento de la comunicación con los psiquiatras del tercer mundo ha aumentado el respeto por sus opiniones. Han salido a la luz los problemas no resueltos en las clasificaciones psiquiátricas de los países industrializados, por ejemplo, los casos de psicosis agudas indiferenciadas, con razonable buen pronóstico, que representan una amplia proporción de las consultas en los servicios de emergencias y que parecen ajustarse a condiciones como las psicosis psicógenas, las psicosis cicloides y las psicosis reactivas.
5. Se han tenido que desarrollar clasificaciones que reflejen adecuadamente las diversas características de los individuos que acuden a consulta; la mayor contribución al respecto ha sido el esquema de clasificación multiaxial.

6. Muchos países han hecho revisiones completas de sus sistemas de clasificación; por ejemplo, los Estados Unidos elaboraron el Manual Diagnóstico y Estadístico, versión III (DSM-III) y los Criterios Diagnósticos de Investigación (RDC). Desafortunadamente, la creación nacional y subnacional de sistemas clasificatorios ha tenido consecuencias negativas, pues los clínicos e investigadores que usan los diferentes sistemas no acaban de ponerse de acuerdo.
7. Un factor poderoso que ha hecho que aumente el interés en los sistemas de clasificación ha sido la industria farmacológica, debido a los requisitos que piden las agencias reguladoras de fármacos a los investigadores para que especifiquen el sistema diagnóstico utilizado en los ensayos clínicos (11).

Norman Sartorius, Director de la División de Salud Mental de la OMS, propone los siguientes requisitos para una Clasificación Internacional de Trastornos Mentales:

1. Para que una clasificación sea útil y pueda analizarse, debe estar basada en los puntos de acuerdo entre los profesionales de la salud mental, y entre éstos y otros usuarios de la clasificación.
2. La clasificación debe ser lo suficientemente sencilla y comprensible para usarla.
3. Debe servir más que dominar, a las clasificaciones con que contamos. Una clasificación internacional no debe estar dirigida a invalidar, competir o reemplazar a las clasificaciones locales o regionales, las cuales, a menudo, son valiosas y están bien adoptadas a sus circunstancias.
4. Debe ser conservadora y poco teórica para que resulte aceptable a una amplia variedad de usuarios con diferentes orientaciones y conocimientos.
5. Debe ser estable y atenerse a la regla de que sólo pueden introducirse cambios cuando se tengan disponibles los suficientes datos científicos para apoyar el cambio y facilitar su aceptación.
6. Debe tomarse en cuenta tanto el idioma del cual se tradujo como los idiomas a los que se traducirá.
7. Debe prever una cierta continuidad en las revisiones sucesivas, tanto por razones científicas como económicas.

Estos principios son los que se han tomado en cuenta en la elaboración de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (11).

El papel de la Clasificación Internacional de Enfermedades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene la responsabilidad de elaborar una Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), de la cual el Capítulo V corresponde a los trastornos psiquiátricos.

El principal objetivo de la CIE es el reporte estadístico de la morbilidad y de la mortalidad nacional e internacional, por lo que necesariamente tiene la forma de una clasificación estadística: tiene un número finito de categorías y cada categoría o subcategoría debe

tener un código numérico único que muestre su lugar dentro de la clasificación.

Para que sea internacionalmente aceptada se requiere de un proceso extenso de consulta a los miembros de las organizaciones profesionales de los diferentes países, para que en la versión final estén representados los diversos puntos de vista prácticos y compatibles. Debe presentarse claramente, con la descripción y la explicación adecuadas para cada categoría, de tal manera que la CIE sea un instrumento internacional de gran importancia para la comunicación, educación e investigación (4).

El capítulo V de la CIE-8, 9 y 10 *ha sido* el resultado de una amplia consulta internacional en el curso de casi 30 años.

Haremos una revisión de la evolución de la clasificación de la octava a la décima versión.

La CIE-8 constaba de 17 secciones o capítulos. En ocho de ellos, el eje principal era topográfico, por ejemplo, se agrupaban las enfermedades del sistema respiratorio. Con menos frecuencia, el eje era etiológico, por ejemplo, se hacía referencia a las enfermedades infecciosas, o el eje era situacional y se hablaba de complicaciones del embarazo. Esto reflejaba la intención de que la CIE fuera una clasificación pragmática que pudiera ser utilizada para varios propósitos, no únicamente para el estadístico.

En 1965, la OMS inició un programa cuyo objetivo era mejorar la estandarización del diagnóstico, la clasificación y la estadística psiquiátrica. Este programa consistió en una serie de seminarios anuales en los que los expertos de más de 40 países, que representaban diversas escuelas de psiquiatría, discutieron los diferentes tipos de trastornos mentales.

En cada seminario se le repartía a los participantes una serie de historias o casos clínicos, usualmente preparados por el país anfitrión. Los participantes evaluaban el caso, hacían un diagnóstico y lo clasificaban de acuerdo con la CIE-8. Posteriormente, se les daba una segunda parte del caso clínico que contenía información sobre la evolución y se les preguntaba si querían mantener o enmendar su diagnóstico con base en los datos adicionales que se les habían proporcionado.

En los seminarios se contaba con una entrevista videograbada del paciente, para evaluar el grado en el que estaban de acuerdo con los psiquiatras participantes. *También se analizaba el no acuerdo* debido a sus diferentes observaciones e interpretaciones de la conducta del enfermo.

Basándose en los resultados de los ejercicios mencionados se discutía el diagnóstico y la clasificación de diferentes condiciones psiquiátricas.

En el cuadro 1 se mencionan las fechas, los lugares y los trastornos mentales analizados en cada uno de los ocho seminarios realizados.

Este programa contribuyó a proporcionar conocimientos acerca del proceso diagnóstico y a hacer que los psiquiatras y otros trabajadores públicos de la salud estuvieran más inclinados a aceptar una clasificación internacional.

Los dos principales resultados de este programa fueron:

1. La propuesta para el capítulo de trastornos mentales de la CIE-9.
2. Un glosario internacional que acompañará a este capítulo.

El primer borrador del glosario fue escrito por Sir Aubrey Lewis, quien tomó en cuenta la mayoría de los glosarios ya existentes. Un grupo de consultores discutió el borrador en varias ocasiones y lo envió a los miembros del Panel Consultivo de Expertos de Salud Mental de la OMS en 60 países. Cada apartado se discutió en detalle, y la versión final del documento contenía el texto con el cual estuvieron de acuerdo la mayoría de los expertos.

Se trató de describir la conducta y los síntomas, más que la etiología y la patogénesis de las condiciones propias de cada categoría, con el propósito de que, independientemente de la escuela a la que el psiquiatra perteneciera, aceptara y utilizara el glosario en su trabajo diario así como para elaborar reportes estadísticos.

Otra razón por la que se insistió en una clasificación descriptiva basada en los síndromes, fue que en el futuro estuviera disponible para desarrollar una clasificación en la que los trastornos del paciente se des-

CUADRO 1
Seminarios de la Organización Mundial de la Salud

<i>Año</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Tema</i>
1965	Londres	Psicosis funcionales
1966	Oslo	Psicosis funcionales
1967	París	Trastornos mentales en la infancia, cubriendo los ejes: clínico, intelectual y etiológico
1968	Moscú	Trastornos de la senectud
1969	Washington	Retraso mental, considerando los factores sociales y culturales
1970	Basilea	Neurosis y trastornos psicósomáticos
1971	Tokio	Trastornos de la personalidad y dependencia a las drogas
1976	Génova	Revisión del trabajo realizado en el programa e indicaciones para el trabajo futuro

cribieran basándose en varios ejes, por ejemplo: en el eje sindromático, el eje etiológico, el eje de incapacidad, etc. En el seminario de París, en 1967, se había propuesto una clasificación triaxial para los trastornos mentales de la infancia: el eje del síndrome clínico, el del nivel intelectual y el de los factores etiológicos. Y en el seminario de Washington se sugirió el eje asociado con los factores sociales y culturales (10).

Finalmente, la CIE-9 quedó integrada por 30 categorías; de la 290 a la 319, ubicadas por códigos numéricos dentro de la clasificación. En el glosario se daba una descripción del trastorno, enumerando las condiciones que quedaban incluidas y excluidas (5).

En el cuadro 2 se anotaron los 16 grupos de trastornos del capítulo V de la CIE-9. El orden de la lista tiene un arreglo tradicional que simplemente refleja la forma en que los clínicos tienden a pensar acerca de las enfermedades psiquiátricas. Este orden puede ser considerado como una secuencia de ideas que es útil cuando uno se enfrenta con un paciente psiquiátrico por primera vez, y coincide con el grado de conocimiento acerca de la etiología y la rapidez con que se debe actuar.

Si una enfermedad tiene una causa orgánica conocida, entonces lo primero es identificarla y, de ser posible, eliminarla. Si no hay una causa orgánica específica, la siguiente prioridad es identificar si se trata de esquizofrenia, y de ser así hay que instituir el tratamiento. Lo mismo se aplica para el trastorno maniaco-depresivo, pero tradicionalmente éste se clasifica después de la esquizofrenia porque se le considera menos severo y peligroso. Luego se colocan los trastornos neuróticos, que continúan con el mismo gradiente, de acuerdo a como disminuyendo su severidad y el conocimiento acerca de su etiología específica, y va aumentando la dificultad para definirlos. Esto es más notable cuando se trata de trastornos de la personalidad, que además se encuentran en la categoría de "no enfermedad" dentro de la lista. Los trastornos de la personalidad, y otros trastornos y síndromes que le siguen, representan el aumento del interés y de las actividades de la psiquiatría en las áreas que se encuentran en los límites entre lo que es normal o anor-

mal, y entre lo que es médico, legal o social. Finalmente, se da la lista de los trastornos de la infancia y la adolescencia, que refleja el desarrollo de la paidopsiquiatría como una subespecialidad (4).

En 1976, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó la CIE-9, que fue introducida en la mayoría de los países en 1979 y 1980. Y desde entonces se empezó a trabajar en la décima revisión de la CIE (2).

La reunión preparatoria sobre la CIE-10 tuvo lugar en Génova, en 1983, y la primera reunión del Comité de Expertos se efectuó en San Francisco, en 1984. Se llevaron a cabo estudios de campo multicéntricos, que empezaron en abril de 1987 y terminaron a principios de 1988, en los que participaron 194 centros de 55 países (2,3).

Los principales objetivos de estos estudios de campo eran evaluar si la nueva clasificación era:

1. Factible: Si las pautas diagnósticas se entendían y se podían usar por los clínicos.
2. Apropiaada o adecuada: Si las pautas diagnósticas se ajustaban a los pacientes de la práctica clínica cotidiana. Se consideró especialmente importante determinar si había grandes grupos de pacientes que cayeran en categorías residuales o no específicas.
3. Confiable: Se estimó el grado en que estuvieron de acuerdo los distintos entrevistadores para asignar una categoría diagnóstica (confiabilidad inter-entrevistador) (3).

El diseño de los estudios de campo constó de 6 etapas que llevó a cabo cada centro durante 20 semanas:

1. Traducción: se tradujo y se retradujo el Capítulo V de la CIE-10, por expertos en los idiomas oficiales de la OMS: alemán, árabe, chino, español, francés, inglés, portugués y ruso; y a otros idiomas, como el italiano y el japonés.
2. Familiarización: En cada centro, *en las semanas 1 y 2, los participantes realizaron un proceso de aprendizaje del capítulo V. Empezaron a usarlo entre 5 y 10 casos preparados localmente para discutir las*

CUADRO 2
Grupos de trastornos, capítulo V, CIE-9

1. Demencias y estados confusionales
2. Psicosis debidas a las drogas y al alcohol
3. Otras condiciones psicóticas orgánicas
4. Psicosis esquizofrénicas
5. Psicosis afectivas
6. Paranoia y otras psicosis no orgánicas
7. Psicosis de la infancia
8. Trastornos neuróticos
9. Trastornos de la personalidad
10. Trastornos y desviaciones sexuales
11. Dependencia y abuso de alcohol y drogas
12. Trastornos fisiológicos debidos a factores mentales
13. Síndromes especiales
14. Estrés agudo y reacciones de ajuste
15. Trastornos de conducta y emocionales relacionados con la infancia y la adolescencia
16. Retraso mental

categorías de la CIE-10. Luego, cada participante evaluó en forma independiente a 5 pacientes que conocía bien y discutió con el grupo su evaluación.

3. Preparación de viñetas clínicas (casos sumarios): De la semana 3 a la 6, cada centro preparó cuatro viñetas clínicas, seleccionado dos casos "típicos" y dos casos que presentaran dificultad diagnóstica. Se estandarizó la forma de presentar las viñetas mediante instrucciones precisas y un ejemplo.
4. Evaluación conjunta de pacientes: De la semana 7 a la 16, los centros efectuaron la prueba principal del acuerdo diagnóstico entre los clínicos participantes.

Los clínicos trabajaron en pares, alternándose como entrevistador y observador. Cada uno llenaba una forma de evaluación para cada paciente entrevistado. La entrevista no era estructurada, pero se debían evaluar todas las categorías de la CIE-10, sin omitir ninguna, cubriendo el episodio actual, el examen mental y los antecedentes personales y familiares médicos y psiquiátricos. El trabajo también podía hacerse en grupo, con un entrevistador y los demás clínicos como observadores.

Cada participante debía llenar una forma de evaluación por lo menos para 20 pacientes.

5. Evaluación de las viñetas clínicas: En las semanas 17 y 18 cada centro recibió por lo menos 10 viñetas preparadas por miembros de otros centros. Esta etapa tenía el objetivo de evaluar la confiabilidad entre los centros, poniendo especial atención en los trastornos menos atendidos en la etapa anterior.
6. Comentarios y discusión: El director de cada centro elaboró las conclusiones del estudio de campo, resumiendo la experiencia, reportando los problemas, especificando los apartados especiales y sugiriendo revisiones a la clasificación. Esta etapa se efectuó en las semanas 19 y 20 (3).

Con los datos anteriores se elaboró, en 1988, el borrador de descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.

Posteriormente, la OMS publicó, en 1992, la CIE-10, Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico (Libro Azul).

Diferencias entre la CIE-9 y la CIE-10

La CIE-10 es tres veces más extensa que su antecesora.

El código que se utiliza en la CIE-10 es alfa numérico, es decir, el primer carácter es una letra seguida de un número. La clasificación está constituida por diez categorías de dos caracteres (letra y número) y de cien categorías de tres caracteres (una letra y dos números) (4,5).

En el cuadro 3 aparecen las diez principales categorías de la CIE-10.

Otras diferencias importantes son:

- a. La distinción tradicional entre psicosis y neurosis que se mantenía en la CIE-9 (aunque con reservas respecto a su utilidad) no persiste en la CIE-10 como principio fundamental de organización, aunque para aquellos que deseen retener estos conceptos, se ha procurado, dentro de lo posible, que los trastornos tradicionalmente considerados como neurosis o psicosis puedan ser fácilmente identificados (3,4).

El término "neurótico" persiste para un uso ocasional, por ejemplo, en el encabezado del grupo F40 a 49 "Trastornos Neuróticos, Relacionados al Estrés y Somatoformes".

"Psicótico" se ha mantenido como término descriptivo, en particular en el grupo F23, Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios, sin que el recurrir a él presuponga nada sobre posibles mecanismos psicodinámicos, capacidad de introspección o juicio de realidad. El concepto se usa simplemente para indicar la presencia de alucinaciones, de ideas delirantes o de un número limitado de comportamientos claramente anormales, tales como gran

CUADRO 3
Categorías principales del CIE-10

F0	Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos
F1	Trastornos mentales y de conducta debidos al uso de sustancias psicoactivas
F2	Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos delirantes
F3	Trastornos del estado de ánimo (afectivos)
F4	Trastornos neuróticos relacionados con el estrés y somatoformes
F5	Trastornos mentales y síndromes conductuales relacionados con disfunción fisiológica
F6	Trastornos de la personalidad y conducta del adulto
F7	Retraso mental
F8	Trastornos del desarrollo
F9	Trastornos del desarrollo y de la conducta cuyo inicio usualmente ocurre en la infancia o en la adolescencia

excitación o hiperactividad, aislamiento social grave y prolongado no debido a depresión o ansiedad, marcada inhibición psicomotriz y manifestaciones catatónicas (8).

- b. El abandonar la división tradicional neurosis-psicosis ha llevado a que los trastornos se agrupen de acuerdo con temas y propiedades comunes o con la semejanza diagnóstica. Por ejemplo, la personalidad ciclotímica está dentro de los trastornos afectivos, así como el trastorno esquizotípico está dentro de "Esquizofrenia", en lugar de estar dentro de los trastornos de la personalidad. Otro ejemplo es que todos los trastornos debidos al abuso de drogas y alcohol están dentro de un mismo grupo (F1) que está subdividido de acuerdo con la sustancia de la que se abusa y de acuerdo con el tipo de uso (3,4,8).
- c. En la CIE-10 se usa mucho el término "Trastorno", que aunque no es preciso, señala la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo. Se evita utilizar términos como "enfermedad", que implica conocer su etiología "*padecimiento*" que se refiere a la experiencia subjetiva del paciente, y "síndrome", que se refiere a un conjunto de síntomas y signos (3,4,8).
- d. Se planeó que el capítulo V de la CIE-10 se presentara en diferentes versiones para diferentes propósitos. El código alfanumérico y los títulos de los trastornos serán exactamente los mismos en todas las versiones, pero el estilo y el detalle de la presentación se adaptarán a los propósitos de la misma (3,4).

En el cuadro 4 se describen brevemente las diferentes versiones de la CIE-10 (8,9).

- e. Los párrafos descriptivos breves de la CIE-9 se han extendido en "Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico", de la CIE-10 (Libro Azul):
 - dan una descripción más comprensible del concepto clínico de cada trastorno.
 - mencionan las entidades con las que se debe hacer el diagnóstico diferencial.
 - enuncian las pautas diagnósticas, las cuales no son criterios diagnósticos detallados o precisos para la investigación, por lo que no deben usarse para tal fin, pero indican el número y tipo de los síntomas principales que usualmente deben estar

presentes para hacer un diagnóstico presuncional en la práctica clínica (3,4).

Registro del diagnóstico

El diagnóstico debe registrarse anotando el código y el texto diagnóstico correspondiente.

Se recomienda que los clínicos sigan la regla general de anotar todos los diagnósticos que se necesiten para abarcar todo el cuadro clínico. Cuando se registre más de un diagnóstico, es conveniente escoger uno de ellos como diagnóstico principal, quedando los demás como secundarios o adicionales.

Debe darse prioridad a los diagnósticos más relevantes en relación con el motivo por el cual se anotan. En la práctica clínica éste suele corresponder al trastorno que motivó la consulta. En muchos casos será el trastorno por el que el paciente ingresó al hospital, o por el que está en seguimiento ambulatorio o en una unidad de hospital de día.

En otros casos, desde el punto de vista de la trayectoria vital del enfermo, el diagnóstico más importante puede corresponder al trastorno que este padece a lo largo de los años, el cual puede ser distinto de aquel que motiva la consulta actual, por ejemplo, un enfermo con esquizofrenia crónica que acude por presentar síntomas agudos de ansiedad.

Cuando hay dudas acerca del orden en que deben registrarse varios diagnósticos, una regla simple consiste en registrarlos en el orden numérico en el que éstos aparecen en la clasificación.

Se recomienda usar otros capítulos de la CIE-10 para registrar los diagnósticos de trastornos sistémicos. El capítulo V (F) de la CIE-10 consta de un anexo con una lista y un resumen de los capítulos más relevantes relacionados con la salud mental. Por ejemplo, el Capítulo VI (G), Enfermedades del Sistema Nervioso, Capítulo XVII (Q), malformaciones, deformaciones y anomalías cromosómicas congénitas, etc. (8).

Sistema multiaxial de la clasificación

La OMS ha mostrado un gran interés en la preparación de un esquema de diagnóstico multiaxial para pacientes psiquiátricos. Este esquema consiste en la formulación sistemática de un grupo de aspectos o va-

CUADRO 4
Otras versiones del capítulo V (F) de la CIE-10

1.	Criterios Diagnósticos para la Investigación (Libro Verde), desarrollados por los mismos expertos y directamente a partir de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico (Libro Azul).
2.	Glosario Breve, de formato y tamaño similares al glosario del Capítulo V del CIE-9. Se incluirá en el volumen general de la CIE-10 para utilizarse por codificadores no profesionales, con el fin de hacer comparaciones para la asistencia primaria.
3.	Clasificación Simplificada para la Asistencia Primaria
4.	Sistema Multiaxial para la Descripción de Enfermos y Diagnósticos.

Estas versiones serán publicadas por separado y se someterán próximamente a estudios de campo internacionales.

CUADRO 5
Esquema multiaxial propuesto para la CIE-10

<i>Facetas</i>	<i>Ejes</i>
Psicopatológica	I. Trastornos Psiquiátricos Generales II. Trastornos del Desarrollo: A. Trastornos de la Personalidad B. Retraso Mental C. Trastornos del Desarrollo Específicos y Persistentes
Física	III. Condiciones Físicas Concomitantes
Social	IV. Situaciones Psicosociales Anormales V. Incapacidades para el cuidado personal, ocupacionales, en las relaciones familiares y sociales en general

riables que nos dan mucha información sobre las condiciones del paciente, de tal forma que no se elaboraría sólo el diagnóstico del trastorno, sino que se conocerían otros aspectos del paciente, por ejemplo, su relación con el medio ambiente social.

Desde hace entre 5 y 10 años, la OMS ha conducido varios estudios internacionales colaborativos que han valorado una variedad de instrumentos que evalúan problemas psicológicos, sociales, alteraciones psicológicas e incapacidades sociales (3,4).

En el cuadro 5 se muestra el esquema propuesto por Mezzich, del "Sistema Multiaxial" para la CIE-10.

El esquema se compone de 5 ejes básicos, relacionados con 3 facetas. Estas últimas tienen una relación heurística con la Clasificación Internacional de Problemas de Salud (física, mental y social) en la Atención Primaria (7).

Instrumentos derivados de la CIE-10

Del trabajo de los grupos de expertos que han configurado la CIE-10 se han derivado otras investigacio-

nes con el propósito de desarrollar instrumentos de diagnóstico clínico, de los que podemos mencionar:

- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (CIDI). Es adecuada para llevar a cabo estudios epidemiológicos sobre los trastornos mentales en los grupos de población general de los diferentes países.
- Escala de Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (SCAN). Se utiliza en la práctica clínica.
- Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE). Evalúa los trastornos de la personalidad (8).

Diferencias entre la CIE-10 y el DSM-IV

- La CIE-10 mantiene el rubro de "Trastornos Mentales Orgánicos", que en el DSM-IV se titulan "Demencia, *Delirium*, Trastornos Amnésicos y Cognitivos". En el DSM-IV se evitó la distinción orgánico/no orgánico porque se consideró que implicaba el dualismo mente/cuerpo (6,12).
- La CIE-10 incluye en el código F2 al "Trastorno

CUADRO 6
Diferencias en la clasificación de los trastornos de la personalidad, entre CIE-10 y DSM-IV

	<i>CIE-10</i>	<i>DSM-IV</i>
F60.0	Paranoide	Cluster A - Excéntricos
F60.1	Esquizoide	Paranoide
F60.2	Antisocial	Esquizoide
F60.3	Inestabilidad emocional	Esquizotípico
.30	Tipo impulsivo	Cluster B - Dramáticos
.31	Tipo límite	Antisocial
F60.4	Histriónico	Limitrofe
F60.5	Anancástico	Histriónico
F60.6	Ansioso (conducta de evitación)	Narcisista
F60.7	Dependiente	Cluster C - Ansiosos
F60.8	Otros trastornos específicos de la personalidad	Evitativo
F60.9	Trastorno de la personalidad sin especificación	Dependiente Obsesivo
		Trastornos de la personalidad no especificados

Esquizotípico" dentro del grupo de "Esquizofrenia y Trastornos Delirantes", que en el DSM-IV queda en el grupo de "Trastornos de la Personalidad" (1,8).

- Otras diferencias respecto a los trastornos de la personalidad son que la CIE-10 habla del trastorno de inestabilidad emocional, subdividiéndolo en tipo impulsivo y tipo límite, y en el DSM-IV sólo se considera el trastorno límite. En la CIE-10 al evitativo se le llama ansioso y se menciona entre paréntesis conducta de evitación; y al obsesivo se le denomina anancástico. En el DSM-IV se considera al trastorno narcisista, que no aparece en la CIE-10.

Una diferencia importante en la clasificación de los trastornos de la personalidad es que el DSM-IV agrupa a los trastornos en tres grupos o *clusters*, de acuerdo con una característica común: Cluster A, Excéntricos; Cluster B, Dramáticos; Cluster C, Ansiosos (1,8, 13).

En el cuadro 6 se anotaron los trastornos de la personalidad considerados en la CIE-10 y en el DSM-IV.

- La CIE-10 maneja dentro del mismo grupo F40 a 49 los "Trastornos Neuróticos, relacionados con el Es-trés y Somatoformes". y en DSM-IV cada uno de es-

tos trastornos representa un capítulo independiente: Trastornos de Ansiedad, Trastornos Disociativos y Trastornos Somatoformes (1,8)

- Lo mismo sucede en la CIE-10 con el grupo F50 a 59: "Trastornos Mentales y Síndromes Conductuales asociados a Disfunción Fisiológica", que incluye: conducta alimentaria, sueño, disfunción sexual y trastornos mentales del puerperio, y que en el DSM-IV se manejan como capítulos independientes: Trastornos en la Alimentación, del Sueño y Sexuales (1,8).

Estas diferencias deben considerarse más de forma que de fondo, porque realmente lo que se pretende es disminuir las diferencias entre estas dos clasificaciones, que son las más representativas en el campo de la psiquiatría.

Finalmente, hay que mencionar que la OMS ha anunciado su intención de dejar de revisar la clasificación cada 10 años, como se viene llevando a cabo regularmente, debido a que el formato de la CIE-10 puede experimentar extensiones y adiciones sin que se produzcan cambios mayores en su estructura básica, por lo que se espera que no se requiera de una *revisión mayor* en los próximos 20 años (4)

REFERENCIAS

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Cuarta edición, Washington.
2. BRAMER GR: Tenth revision of the International Classification of Diseases. In Progress. *British Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl. 1):29-32, 1988.
3. BURKE Jr JD: Field trials of the 1987 draft of chapter V (F) of ICD-10. *British Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl. 1):33-37, 1988.
4. COOPER JE: The structure and presentation of contemporary psychiatric classifications with special reference to ICD-9 and 10. *British Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl. 1):21-28, 1988.
5. COOPER JE: An overview of the prospective ICD-10 Classification of Mental Disorders. *British Journal of Psychiatry*, 152 (suppl. 4):21-23, 1988.
6. LIPOWSKI ZJ: Organic mental disorders and DSM-IV. *Am J Psychiatry*, 147:947, 1990.
7. MEZZICH JE: On developing a psychiatric multiaxial schema for ICD-10. *British Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl. 1): 38-43, 1988.
8. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Criterios Diagnósticos de Investigación*. Meditor. Madrid. 1993.
9. SARTORIUS N: Clasificación. An international perspective. *Psychiatric Annals*, 6:22-35, 1976.
10. SARTORIUS N: International perspectives of psychiatric classification. *British Journal of Psychiatry*, 152 (Suppl. 1): 9-14, 1988.
11. SPITZER RL, FIRST MB, WILLIAMS JBW, KENDLER K, PINCUS HA, TUCHER G: Now is the time to retire the term "Organic Mental Disorders". *Am J Psychiatry*, 149: 240-244, 1992.
12. WIDIGER TA, FRANCES A, SPITZER RL, WILLIAMS JBW: The DSM-III-R personality disorders. An overview. *Am J Psychiatry*, 145:786-795, 1988.