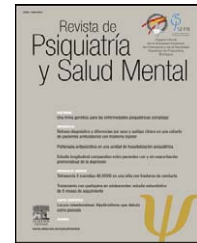




Revista de Psiquiatría y Salud Mental

www.elsevier.es/saludmental



EDITORIAL

Hacia una clasificación Internacional de los Trastornos Mentales de la OMS de mayor utilidad clínica[☆]

Towards a more clinically useful International World Health Organisation classification of Mental Disorders

Geoffrey M. Reed^{a,*} y José Luis Ayuso-Mateos^b

^a Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza

^b Departamento de Psiquiatría, Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Universitario de la Princesa, Universidad Autónoma de Madrid, CIBERSAM, Madrid, España

El enfoque descriptivo, basado en criterios de diagnóstico, que caracteriza a la CIE-10¹ y al DSM-IV² ha mejorado notablemente la identificación y el tratamiento de los trastornos mentales en todo el mundo. Pero incluso quienes han desarrollado estos sistemas reconocen que su principal logro ha sido la mejora en fiabilidad del diagnóstico³. Estos beneficios son más evidentes en el ámbito de la investigación, donde los criterios explícitos de diagnóstico pueden aplicarse a través de largas, complejas y costosas entrevistas diagnósticas estandarizadas. No hay evidencia de una mejora correspondiente en la fiabilidad del diagnóstico en la práctica clínica diaria⁴. La OMS considera la actual revisión de la CIE como una oportunidad para abordar varios problemas importantes presentes en las clasificaciones actuales de los trastornos mentales, pero otorga una mayor importancia a la mejora de su utilidad clínica para los profesionales.

Cuatro décadas de investigación no han podido demostrar que la nosología vigente para los trastornos mentales se base en enfermedades morbosas validas^{5,6}. Se esperaba que las mejoras en la fiabilidad, posibles gracias a una clasificación descriptiva basada en los síntomas, allanaría el camino a las correspondientes ganancias en validez basadas en los

resultados de la investigación clínica, de las aportaciones de las neurociencias y de la genética. Esto no ha ocurrido ni tan rápido ni tan ampliamente como la comunidad científica esperaba.

Los avances en la investigación no han proporcionado hasta la fecha una estructura clara ni un conjunto coherente de principios de organización para un sistema de diagnóstico estandarizado. Tampoco han dado lugar a la validación de las entidades diagnósticas individuales o a la clarificación de sus criterios. Basándonos en la evidencia disponible actualmente, es prudente afirmar que cualquier aumento en la validez de la clasificación de la CIE-11 y el DSM-5 será modesto y gradual, como se puede esperar de un proceso reiterativo de aproximaciones sucesivas. De hecho, Hyman —Presidente del Grupo Consultivo Internacional para la revisión del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 de la OMS y miembro del Task Force del DSM-5— ha afirmado recientemente que la validez del sistema de clasificación no se puede lograr simplemente perfeccionando los criterios para los trastornos existentes o mediante el añadido de nuevos trastornos³.

Si bien la demostración concluyente de la validez de los actuales sistemas de diagnóstico sigue siendo difícil, existe una preocupación creciente entre los expertos sobre el hecho de que éstos tienen graves problemas de utilidad clínica⁷⁻⁹. En la literatura se destacan varios problemas principales. En primer lugar, una alta proporción de diagnósticos de los trastornos mentales se registran como «no especificado» (el término utilizado en la CIE)

[☆] Las opiniones expresadas en este editorial son las de los autores y no representan necesariamente las opiniones de la Organización Mundial de la Salud.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: reedg@who.int (G.M. Reed).

o «no especificado en otro lugar» (el término correspondiente en el DSM). Esto sugiere que los profesionales de la salud encuentran las categorías actuales difíciles de usar o imprecisas a la hora de describir a sus pacientes, o no encuentran útiles en su práctica clínica los matices introducidos por los subtipos diagnósticos de las clasificaciones. En segundo lugar, una alta proporción de personas con problemas de salud mental cumplen los criterios para dos o más trastornos^{10,11}. En la mayor parte de los casos, tales diagnósticos múltiples pueden ser considerados un artefacto del sistema de clasificación, que identifica por separado diferentes aspectos de una misma enfermedad subyacente. Esto sugiere que los sistemas existentes no están capturando adecuadamente la naturaleza de los trastornos mentales. Simultáneamente, otras categorías diagnósticas se caracterizan por una heterogeneidad significativa que puede tener repercusiones importantes sobre el tratamiento.

En tercer lugar, con mucha frecuencia un mismo tratamiento psicológico o farmacológico es efectivo para distintos trastornos mentales^{12,13}. Esto no quiere decir que la clasificación deba ser organizada según la respuesta al tratamiento o que la existencia de un tratamiento específico deba ser la prueba de fuego para la inclusión de una categoría. Pero es evidente que en la actualidad se hacen muchas distinciones diagnósticas en la clasificación que no tienen relevancia para la práctica clínica¹⁴⁻¹⁶. Para algunos trastornos, es posible que dos personas con el mismo diagnóstico no compartan ninguna de las características clínicas. Por ejemplo, el diagnóstico DSM-IV de trastorno de la conducta requiere la presencia de tan solo 3 de 15 posibles criterios, y el diagnóstico de dependencia de sustancias requiere la presencia de solo 3 de 7 de los síntomas. Por último, las categorías diagnósticas son malos predictores de las necesidades de tratamiento, sobre todo para las personas con las formas más graves de los trastornos mentales. Es decir, los actuales sistemas de diagnóstico no ayudan al uso eficiente de los limitados recursos de tratamiento a nivel clínico o poblacional.

Uno de los factores que determinan la escasa utilidad clínica de los actuales sistemas de diagnóstico es su extraordinaria complejidad, la inclusión, en cada revisión, de un mayor número de categorías y de subtipos centrados en distinciones cada vez más finas¹⁷. El aumento del nivel de definición y complejidad de los actuales sistemas de diagnóstico de los trastornos mentales ha sido impulsado en parte por la naturaleza misma del proceso de revisión: incremental, enmarcado por el sistema de diagnóstico existente, y centrado en la participación de investigadores con experiencia en grupos diagnósticos específicos. Watson y Clark¹⁸ señalan que la utilidad clínica no es tenida en cuenta por algunos expertos en psicopatología, ya que no se enfrentan a la toma de decisiones diarias de tratamiento de pacientes individuales. Tienen acceso a técnicas estadísticas multivariantes cada vez más sofisticadas, que pueden ajustar complejos modelos jerárquicos con una amplia gama de variables de predicción. No quieren renunciar al poder explicativo potencial en el desarrollo de un sistema con mayores matices que a la larga pueda dilucidar los mecanismos y vías de la enfermedad y abordar los problemas de comorbilidad y la heterogeneidad. La naturaleza de los actuales enfoques diagnósticos ha beneficiado algunos aspectos específicos de la investigación, en particular el ensayo de tratamientos far-

macológicos específicos para un número cada vez mayor de trastornos mentales bien reconocidos¹⁹, pero ha limitado otras áreas de investigación como el estudio de los mecanismos comunes a distintos cuadros psicopatológicos o de la eficacia de los tratamientos a lo largo de agrupaciones de trastornos^{3,20}.

Una de las consecuencias del uso de clasificaciones que introducen especificaciones detalladas en la definición de los trastornos es que suponen que los profesionales sanitarios tengan que considerar generalmente entre 20 y 35 elementos de información para el diagnóstico de un trastorno mental²¹. Pero, como han detectado diversos estudios, son muy pocos los médicos residentes y de atención primaria que pueden recordar los síntomas principales de los trastornos mentales^{22,23}. Puede que deba esperarse que los profesionales de salud mental tengan un conocimiento más detallado de los síntomas de los trastornos mentales, pero teniendo en cuenta la extremadamente baja tasa de consultas de tratamiento especializado para la mayoría de las personas con trastornos mentales en todo el mundo²⁴, en la mayoría de los contextos asistenciales es mucho más importante dedicar el tiempo disponible en la consulta para la elección y la explicación de la estrategia de manejo terapéutico más conveniente que a detalladas entrevistas de diagnóstico. De hecho, hay estudios que nos muestran que el nivel de detalle inherente a las definiciones y a los criterios de los trastornos mentales puede no ser tan necesario. Dos trabajos recientes han demostrado que casi la mitad de los criterios existentes para la depresión mayor pueden ser eliminados conservando casi por completo su poder explicativo^{21,25}. Es probable que se obtuvieran resultados similares para otros trastornos, pero para ello sería necesario llevar a cabo un programa sistemático de investigación clínica y epidemiológica.

A la vista de los problemas reseñados, la OMS ha decidido que la mejora de la utilidad clínica debe ser un principio orientador de la actual revisión de la CIE-10. La utilidad clínica es importante para los profesionales, ya que afecta a su actividad cotidiana.

Los trastornos mentales y neurológicos representan una mayor proporción de carga de enfermedad y discapacidad que cualquier otra categoría de enfermedades no transmisibles²⁶. Más del 75% de la carga de morbilidad de los trastornos mentales recae en los países de ingresos bajos y medios, que se enfrentan a los mayores dilemas de cómo priorizar y asignar los recursos sanitarios. La gran mayoría de las personas con trastornos mentales no recibe ningún tratamiento o recibe un tratamiento inadecuado. La encuesta mundial de Salud Mental encontró que, en los países desarrollados, entre el 35,5 y el 50,3% de las personas con trastornos mentales graves no habían recibido ningún tratamiento en el último año, mientras que este porcentaje fue de entre el 76,3 y el 85,4% de esos casos en los países en desarrollo²⁷. La brecha existente entre los que necesitan tratamiento y los que lo reciben oscila entre el 32 y el 78%, dependiendo del trastorno²⁸.

Las implicaciones de la utilidad clínica para la salud pública han dado forma al enfoque de la OMS para la revisión de la CIE en varios aspectos importantes. En primer lugar el desarrollo de la CIE-11 debe ser global. Asegurar una fuerte participación de los países en desarrollo es un reto y un requisito. Un sistema de diagnóstico de utilidad clínica

para estos países que pueda ser una herramienta para ayudar a reducir la carga de enfermedad no se puede crear simplemente mediante la modificación de una clasificación desarrollada previamente por y para especialistas en salud mental trabajando en países desarrollados.

Una segunda cuestión, relacionada estrechamente con la anterior, es que el proceso de revisión y los productos de la misma deben ser multilingües. Muchas de las características específicas de las perspectivas culturales y nacionales están incorporadas en el lenguaje, y si no hay atención a la traducción y equivalencia lingüísticas durante todo el proceso de desarrollo de la clasificación, la reducción de la utilidad clínica de las versiones en lengua no inglesa es un resultado previsible. Las actividades específicas de la OMS relacionadas con el desarrollo de la clasificación CIE-11 de los trastornos mentales y del comportamiento se están llevando a cabo en más de 20 idiomas. Los estudios de campo llevados a cabo hasta la fecha destinados a identificar la estructura general de la clasificación han sido realizados en su totalidad simultáneamente en dos idiomas, inglés y español.

En tercer lugar, el esfuerzo de revisión debe ser multidisciplinar. Como se ha señalado, la gran mayoría de las personas con trastornos mentales en todo el mundo nunca verán a un psiquiatra. Con el fin de poder desarrollar una herramienta que permita contribuir a reducir la carga de la enfermedad en el mundo, la clasificación CIE-11 de los trastornos mentales y del comportamiento tendrá que ser utilizada por una amplia gama de profesionales sanitarios y, en particular, por personal de los equipos de atención primaria de salud.

Por todo lo anterior, en el proceso de desarrollo de la CIE-11 impulsado por la OMS la utilidad clínica viene definida por los siguientes factores:

- Su papel como instrumento de comunicación (entre los clínicos, a los pacientes, a los familiares, a los administradores sanitarios).
- Características necesarias para su implementación en la práctica clínica, como la precisión de la descripción, su facilidad de uso y la viabilidad de manejo en distintos dispositivos asistenciales.
- Su utilidad en la selección de intervenciones y su papel en la toma de decisiones para el manejo clínico.

También consideramos que se debería tener en cuenta si los cambios propuestos en las categorías diagnósticas contribuyen a mejorar los resultados clínicos tanto a nivel individual como poblacional.

Para la OMS, este esfuerzo de revisión de la clasificación debería conducir al desarrollo de un nuevo instrumento más orientado a las necesidades de la práctica clínica cotidiana en diversos ámbitos asistenciales y debería sentar las bases para un modelo integrado de atención a la salud mental en el futuro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. World Health Organization. *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: VHO; 1992.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical 234 manual of mental disorders*. 4.^a ed. [tex. rev.]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Hyman SE. The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010;6:155-79.
4. Garb H. Clinical judgment and decision making. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005;1:167-95.
5. Beutler LW, Malik ML, editores. *Rethinking the DSM: A psychological perspective*. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
6. Charney DS, Barlow DH, Botteron K, Cohen JD, Goldman D, Gur RE, et al. Neuroscience research agenda to guide development of a pathophysiologically based classification system. En: Kupfer DE, First MB, Regier DA, editores. *A research agenda for DSM-V*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002. p. 31-83.
7. Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: An example of unintended consequences. *Schizophr Bull*. 2007;33:108-12.
8. First MB. Clinical utility in the revision of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM). *Professional Psychology: Research and Practice*. 2010;41:465-73.
9. Kendall R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry*. 2003;160:4-12.
10. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.
11. Krueger RF, Chentsova-Dutton YE, Markon KE, Goldberg D, Ormel J. A cross-cultural study of the structure of comorbidity among common psychopathological syndromes in the general health care setting. *J Abnorm Psychol*. 2003;107:216-27.
12. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*. 2004;35:205-30.
13. Gorman JM, Kent JM. SSRIs and SNRIs: Broad spectrum of efficacy beyond major depression. *J Clin Psychiatry*. 1999;60:33-9.
14. Brinkley CA, Newman JP, Widiger TA, Lynam DR. Two approaches to parsing the heterogeneity of psychopathy. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2004;11:69-94.
15. Parker G, Fletcher K, Hyett M, Hadzi-Pavlovic D, Barrett M, Synnott H. Measuring melancholia: the utility of a prototypic symptom approach. *Psychol Med*. 2008;39:989-98.
16. Tackett JL, Krueger RF, Iacono WG, McGue M. Symptom-based subfactors of DSM-defined conduct disorder: Evidence for etiological distinctions. *J. Abnorm Psychol*. 2005;114:483-7.
17. Watson D. Subtypes, specifiers, epicycles, and eccentrics: Toward a more parsimonious taxonomy of psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10:233-8.
18. Watson D, Clark LA. Clinical diagnosis at the crossroads. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2006;13:210-5.
19. Mays R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *J Hist Behav Sci*. 2005;41:249-67.
20. Insel T, Cuthbert B, Garvey M, Heinssen R, Pine DS, Quinn K, et al. Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *Am J Psychiatry*. 2010;167:748-51.
21. Andrews G, Anderson T, Slade T, Sunderland M. The classification of anxiety and depressive disorders: Problems and solutions. *Depress Anxiety*. 2008;25:274-81.

22. Krupinski J, Tiller JWG. The identification and treatment of depression by general practitioners. *Aust N Z J Psychiatry*. 2001;35:827–32.
23. Medow A, Borowsky SJ, Dysken S, Hillson SD, Woods S, Wilt TJ. Internal medical resident's ability to diagnose and characterise major depression. *West J Med*. 1999;17:35–40.
24. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: Results from 17 countries in the WHO world mental health (WMH) surveys. *Lancet*. 2007;370:841–50.
25. Zimmerman M, Chelminski I, McGlinchey JB, Young D. Diagnosing Major Depressive Disorder: X. Can the utility of the DSM-IV symptom criteria be improved? *Journal of Nervous and Mental Disorders*. 2006;194:893–7.
26. World Health Organization. *The global burden of disease: 2004 update*. Ginebra, Suiza: WHO; 2008.
27. World Health Organization World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *JAMA*. 2004;291:2581–90.
28. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. Treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. 2004;82:858–66.