

## CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES, DECIMA REVISION (CIE-10) CAPITULO V: ESTUDIO DE CAMPO (LIMA, PERU)\*

Cecilia SOGI\*\*, Alberto PERALES\*\* & Dante WARTHON\*\*

PALABRAS CLAVE : *Clasificación Psiquiátrica - Estudio de campo.*

KEY WORDS : *Psychiatric classification - Field Study.*

*El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi" participó como centro colaborador de la OMS, en el estudio de campo de la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ma Revisión (CIE-10), Capítulo V. El proceso comprendió: revisión de la traducción, adiestramiento en el uso de la CIE-10, preparación de resúmenes de casos, evaluación conjunta de pacientes, evaluación de resúmenes de casos y, finalmente, comentarios adicionales y discusión. Se presentan los resultados de la concordancia diagnóstica interevaluador de los investigadores participantes, así como sus comentarios y sugerencias propuestos para la nueva versión de la clasificación.*

### INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, 10th REVISION, CHAPTER V: FIELD STUDY (LIMA, PERU)

*The National Institute of Mental Health "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi", as a collaborator of WHO project, participated in the field study of the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10), Chapter V. The process comprised: the review of the translation, training in ICD-10, preparation of case summaries, interrater assessment of patients, assessment of case summaries, and finally additional comments and discussion. The results of interrater diagnostic concordance among researchers and the comments and suggestions proposed for the new version of the classification are presented.*

---

\* Estudio realizado como Centro Colaborador de la Organización Mundial de la Salud en el estudio de campo del borrador de la Décima Revisión de la CIE.

\*\* Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguchi"

## INTRODUCCION

La clasificación en psiquiatría, en los términos de Gelder et al (1989) "intenta establecer un orden dentro de la diversidad de fenómenos observados en la práctica clínica. Su propósito es identificar grupos de pacientes, que compartan características clínicas similares, de modo tal que pueda planificarse el tratamiento debido y predecir, en lo posible, su curso evolutivo". Así, la clasificación se constituye en un instrumento de comunicación entre psiquiatras, aspecto nuclear que ya ha sido señalado por Stengel en 1954 (Jablensky, 1985).

A pesar del escepticismo existente en torno a la confiabilidad adjudicada a la clasificación psiquiátrica, resulta instrumento imprescindible, pues, como dice Sartorius (1988) "si nuestras clasificaciones de las cosas y las gentes del mundo que nos rodea se hundieran, el mundo dejaría de existir como un entorno coherente y organizado y se convertiría en una nebulosa aglomeración de desechos: materia, personas y cosas fuera de lugar".

En la última década, el desarrollo de una clasificación válida y confiable de los trastornos mentales a la par que la elaboración de criterios diagnósticos explícitos, ha sido el objeto de esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma Revisión, CIE-10) y de la Asociación Psiquiátrica Americana (Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, IV Versión, DSM-IV).

Como se sabe, el diagnóstico es el proceso de identificación y ubicación de un trastorno dentro de una categoría diagnóstica en un sistema de clasificación, basado en síntomas y signos.

Sin embargo, en Psiquiatría, el modelo médico ha sido objeto de críticas, por obviar la comprensión antropológica y sociológica en el razonamiento diagnóstico (Good & Delvecchio-Good, 1981), así como por su reduccionismo biológico (Engels, 1980). A diferencia de otras especialidades médicas, dice Kendell (1975) "en psiquiatría la importancia del diagnóstico no es evidente, porque las implicancias terapéuticas y pronósticas de los diagnósticos son relativamente débiles, y los mismos diagnósticos son relativamente poco confiables". Esta misma dificultad ha sido observada por Barcia y Pozo (1988), quienes a modo de ejemplo citan a Berner y colab. (1986), sobre los criterios diagnósticos para la esquizofrenia y las psicosis afectivas, en donde se citan 15 sistemas diagnósticos para la primera y 9 para la segunda. Estos mismos autores señalan que "los conceptos diagnósticos sólo pueden ser considerados como hipótesis cuya validez depende de criterios extrínsecos, como el curso y la evolución, los datos genéticos, la respuesta al tratamiento y los resultados de la investigación biológica".

Mezzich (1987) en un análisis de la literatura sobre el sistema diagnóstico americano dice: "casi todos ellos identifican dos características como las más importantes del DSM-III. Una es el uso de claras definiciones de trastornos psi-

quiátricos en forma de criterios operacionales o criterios diagnósticos explícitos. La otra es el empleo de una formulación diagnóstica multiaxial”.

Los sistemas de clasificación resultan de escaso valor a menos que aumenten la posibilidad de concordancia clínica de los psiquiatras, cuando procuran un diagnóstico. En las últimas tres décadas se ha observado un creciente interés en investigar la amplitud y las causas del desacuerdo diagnóstico entre psiquiatras. Así, en Philadelphia, Ward et al (1962) concluyeron que, en general, el desacuerdo diagnóstico obedece a las siguientes razones: 1) Inconsistencia del paciente, 5%; 2) Técnica de entrevista inadecuada, 33%; y 3) Uso de criterios diagnósticos inadecuados, 62% (Sogi et al, 1987) Los esfuerzos tendientes a mejorar la confiabilidad diagnóstica se han orientado hacia: 1) Las técnicas de entrevista. Las diferencias en la obtención de los síntomas pueden disminuirse si los psiquiatras son adiestrados para usar cuestionarios de entrevista estandarizados tales como el Present State Examination (PSE, Wing et al, 1974), the Schedule for Affective Disorder and Schizophrenia (SADS, Endicott & Spitzer, 1978), y otros. 2) Uso de criterios diagnósticos que mejoren la confiabilidad del diagnóstico. La CIE-10 proporciona una definición clara y el DSM-IV definiciones operacionales para cada categoría de trastorno mental. 3) Uso de programas de computadora para generar diagnósticos que se basan en un árbol de decisiones lógicas o en modelos estadísticos, como el DIAGNO (Spitzer & Endicott, 1978), y el CATEGO

(Wing et al, 1974).

Además de la indispensable confiabilidad, un sistema de clasificación para ser válido, debe contener categorías que coincidan con la experiencia clínica (validez aparente). La categoría debe ser capaz de predecir el curso evolutivo de los trastornos psiquiátricos (validez predictiva), e, idealmente, debe, también, señalar asociaciones entre trastornos psiquiátricos y variables independientes, tales como las mediciones bioquímicas (validez de constructo).

Sobre la Clasificación Internacional de Enfermedades dice Cooper (1988) “La necesidad adicional de ser internacionalmente aceptable implica un proceso amplio de consultas con los Estados miembros y sus organizaciones profesionales, por lo que, en la versión final, se presentan tantos puntos de vista como resulten practicables y compatibles. Los esfuerzos dedicados a hacer que la CIE sea internacionalmente aceptable significan que, siempre que se presente de una manera clara y con una descripción y explicación adecuada, tenga en potencia una gran importancia como instrumento de investigación, educación y comunicación internacional”.

El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (INSM) colaboró como Centro de Estudio de Campo del Borrador del Capítulo V de la CIE-10. La finalidad del estudio fue evaluar la aplicabilidad y confiabilidad en el uso de la nueva revisión. El diseño incluyó: revisión de la traducción, familiarización con el uso

de la CIE-10, preparación de resúmenes de casos, evaluación conjunta del enfermo, evaluación de resúmenes de casos, comentarios adicionales y discusión de la clasificación.

### *MATERIAL Y METODO*

Se utilizó el protocolo de investigación para estudios de campo del Capítulo V (borrador) de la CIE-10; y las descripciones clínicas y directrices diagnósticas, versión española de junio de 1987.

La CIE-10 hace uso de muchos de los avances conceptuales y taxonómicos incorporados en el DSM-III (APA, 1980). Incluye: 1) un sistema multiaxial; 2) un glosario con nomenclatura y un breve resumen de las características clínicas, y notas sobre su diagnóstico diferencial; 3) criterios diagnósticos para investigación. Esta última será una versión aparte de la clasificación, con los criterios diagnósticos redactados en forma de criterios operacionales precisos.

El objetivo del estudio de campo fue evaluar la aplicabilidad y confiabilidad en el uso de la CIE-10. El diseño del estudio de campo fue el siguiente:

1. Traducción.- Se revisó la versión española de junio de 1987.
2. Adiestramiento en el uso de la clasificación: semanas 1 y 2.
3. Preparación de resúmenes de casos.- Dos casos típicos y dos problemas diagnósticos "difíciles", semanas 3 a 6.

4. Evaluación conjunta de enfermos.- Las instrucciones establecían que la evaluación diagnóstica debía ser completa sin limitarse al Capítulo V. Con anamnesis, exploración psicopatológica y antecedentes personales, familiares, médicos y psiquiátricos, de 45 minutos de duración, semanas 7 a 16.
5. Evaluación de resúmenes de casos: semanas 17 al 18.
6. Comentarios adicionales y discusión: semanas 19 a 20.

El Centro Coordinador del estudio (Madrid) envió formularios específicos para los Centros de estudio de campo.

### *RESULTADOS*

En la fase de familiarización y adiestramiento en el uso, y evaluación conjunta de pacientes se evaluaron un total de 34 pacientes. El 50% fueron hombres y el otro 50% mujeres. Los menores de 20 años, 21%; 20-29 años, 37%; 30-39 años, 28% 40-49 años, 3.5% y 50 años a más, 10.5%.

Los resultados de la confiabilidad interevaluador (Índices Kappa) de los tres investigadores (AP, CS y DW), en la evaluación de los 34 pacientes fueron:  $k = 0.62$  (CS y AP) y  $k = 0.55$  (CS y DW), considerando solamente el diagnóstico principal.

**Comentarios generales y sugerencias.-** El consenso del grupo de investigado-

res sobre el Capítulo V en su conjunto fue que era clínicamente útil aunque requería de algunos cambios importantes. Los investigadores opinaron que la presente versión es un avance con respecto a su predecesora, pues las descripciones clínicas y la guía diagnóstica permitían clarificar los límites conceptuales sobre los trastornos mentales.

El grupo opinó que reducir a 10 la lista de categorías principales no era adecuado, pues las categorías se han establecido usando puntos de vista diferentes: etiológico, clínico y terapéutico.

Las sugerencias propuestas a la clasificación fueron las siguientes:

En F2, ESQUIZOFRENIA, ESTADOS ESQUIZOTÍPICOS Y TRASTORNOS DELIRANTES (DELUSIVOS).- Los trastornos delusionales debieran ser desagregadas del grupo de esquizofrenias hasta contar con mayores datos que sustenten su ubicación en dicho grupo.

En F4, TRASTORNOS NEUROTICOS, DEBIDOS A ESTRESSES Y DE SOMATIZACION.- El término neurosis conduce a dificultades conceptuales. Podría emplearse la denominación de trastornos mentales o del comportamiento vinculados a disfunciones psicológicas para homogenizar con los de F5, vinculados a "disfunciones fisiológicas".

En F0, TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS INCLUIDOS LOS SINTOMATICOS.- Los cuadros psicóticos, afectivos y ansiosos pueden desencade-

narse o coexistir con síndromes orgánicos; asimismo, los síndromes primariamente orgánicos, infecciosos, metabólicos y nutricionales, pueden presentar, entre sus manifestaciones, síndromes psiquiátricos. Esto debe ser precisado en la introducción a la sección. En demencias hay que considerar las debidas a deficiencias nutricionales.

En F10, TRASTORNOS CONSECUTIVOS AL CONSUMO DE ALCOHOL.- Si un paciente es alcohólico crónico, además de la dependencia ¿es necesario especificar cada una de las complicaciones físicas y mentales (desde .4 hasta .8)?, dado que caben otras complicaciones como: abstinencia, psicosis, amnesia etc.

En F20, ESQUIZOFRENIA.- En la definición general puntualizar, enfáticamente, que la sintomatología debe presentarse en estado de plena lucidez de conciencia; deben incluirse los síntomas prodrómicos en la definición, o en caso contrario, una subcategoría que considere la progresión de un trastorno de personalidad hacia un subtipo de esquizofrenia.

El síndrome depresivo puede, clínicamente, presentarse en cualquier momento del trastorno esquizofrénico y no debiera clasificarse como un subtipo de esquizofrenia, hasta que no dispongamos de datos que sustenten su ubicación definitiva.

En esquizofrenia residual sería importante considerar subcategorías, con y sin psicosis, por su relevancia en el

manejo clínico.

El término "indiferenciado", aunque refleja el concepto clínico, no figura como vocablo en la última edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.

En F3, TRASTORNOS DEL HUMOR.- En manía y depresión es importante considerar subcategorías, con y sin síntomas psicóticos, por su utilidad en la práctica clínica.

En F45, TRASTORNO SOMATOMORFOS.- Debe añadirse una subcategoría de trastorno de somatización simple, p.ej., la "cefalea tensional".

En F45.3, DISFUNCION VEGETATIVA (AUTONOMICA) PSICOGENA.- Debiera ubicarse en F5: disfunción fisiológica asociada a factores mentales o conductuales.

En F41.2, TRASTORNO MIXTO DE ANGUSTIA Y DEPRESION.- Es importante el reconocimiento del trastorno mixto ansioso-depresivo, pero su deslinde con F31.1, trastorno depresivo leve es impreciso.

En F5, TRASTORNOS MENTALES O DEL COMPORTAMIENTO VINCULADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS.- Sería conveniente crear una subcategoría relacionada con trastornos vinculados al embarazo, parto y puerperio, que podría ser ubicado como F53, y el estrés psicológico relacionado al ciclo menstrual pasaría a F54. Un ejemplo es la Hiperemesis Gravídica, sobre

la cual existe bibliografía nacional respecto a su co-causalidad psicógena, y la efectividad del tratamiento psicoterapéutico.

En F6, ANOMALIAS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DE LA EDAD ADULTA.- Deben incluirse los trastornos de personalidad narcicista y limítrofe.

En F66, PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DEL DESARROLLO Y ORIENTACION SEXUALES.- Debe incluir la homosexualidad ego-sintónica.

En F70, RETRASO MENTAL.- Se sugiere incluir diagnóstico diferencial en la definición.

En F85.3, TRASTORNO HIPERCINETICO CON MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS.- Su ubicación en este grupo no es adecuado.

En F90, TRASTORNOS EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE COMIENZO POR LO GENERAL EN LA INFANCIA O ADOLESCENCIA.- Si bien tiene novedades no refleja todos los avances últimos en la clínica de la depresión infantil.

OTROS COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.- Para fines de confiabilidad del diagnóstico, en la metodología aplicada en el trabajo de campo, es importante considerar el procedimiento seguido en la obtención de la información: la experiencia clínica del evaluador, las condiciones en las que se lleva a cabo

el juicio clínico etc. Así, en nuestra experiencia, basarse sólo en la información clínica sin entrevistar al paciente, no siempre permite lograr una idea cabal del trastorno. Asimismo, los resúmenes de casos utilizados de manera general no siempre permiten una decisión diagnóstica adecuada. Finalmente, se sugiere añadir sinonimias con lista de denominaciones locales, regionales o tradicionales para facilitar las equivalencias clínicas.

### COMENTARIO FINAL

El borrador del Capítulo V de la CIE-10 fue traducido a 8 lenguas, como paso previo a su distribución entre clínicos e investigadores de 57 países para la realización del estudio de campo. Participado 17 centros coordinadores y 145 centros de estudio de campo, aproxima-

damente 1,500 investigadores a nivel mundial. Los resultados del estudio multicéntrico de la CIE-10, reflejan, en forma adecuada, la amplia consulta realizada que, a juicio de los autores del presente informe, constituye un avance como sistema de clasificación psiquiátrica, particularmente útil en el trabajo clínico y para la comunicación científica entre psiquiatras.

Los resultados de la experiencia peruana, aunque limitada, nos permiten señalar que la nueva versión representa un claro progreso con respecto a su versión anterior (CIE-9). Como es de esperar en estos casos, el proceso de perfeccionamiento que habrá de derivarse del circuito establecido a través de la amplia consulta, adecuará, cada vez más, la clasificación al conocimiento que se venga alcanzando en psiquiatría.

### REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition (DSM-III). APA. Washington D.C.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition (DSM-IV). APA. Washington D.C.
- BARCIA D & POZO P. (1988) El diagnóstico en psiquiatría: El signo clínico y la prueba funcional. En Diagnóstico en Psiquiatría editado por J. Guimón, JE Mezzich & GE Berrios. Salvat. Barcelona pp 20-28
- COOPER JE. (1988) Perspectivas para la CIE-10, capítulo 5(F). En Diagnóstico en Psiquiatría editado por J. Guimón, JE. Mezzich & GE. Berrios. Salvat. Barcelona. pp 80-83
- ENDICOTTJ & SPITZER RL. (1978) A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 35:837-844
- ENGEL GL. (1980) The clinical application of the Biopsychosocial Model. Am. J. Psychiatry, 137:535-544
- GELDER M, GATH D & MAYOU R. (1989) Oxford Textbook of Psychiatry. Second Edition. Oxford University Press. Oxford

- GOOD BJ & DELVECCHIO-GOOD MJ (1981) The meaning of symptoms: A cultural hermeneutic model for clinical practice. En *The Relevance of Social Science for Medicine* edited by L. Eisenberg & A. Kleinman Reidel Publishing Co. Dordrecht Holanda pp 165-196
- JABLENSKY A. (1985) World Health Organization: An overview of the prospect for ICD-10 (document)
- KENDELL RE. (1975) *The Roles of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publication. Oxford
- MEZZICH JE. (1987) International use and impact of DSM-III. In an annotated bibliography of DSM-III A.E. Skodol & R.L. Spitzer (ed.) American Psychiatric Press. Washington D.C.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1994) *Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Revisión (CIE-10) Capítulo V*.
- PERALES A. (1959) *Psicodinamia y Psicoterapia de la Hiperemesis Gravidica*. Tesis de Bachiller N°. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- SOGI C, WARTHON D, MEZZICH JE, LOPEZ MERINO I, CASTRO J & TEJADA K. (1987) Formato de evaluación inicial (versión 1982). Traducción y adaptación a lengua española. *Acta Psiquiatr. Psicol. Am. Lat.* 33:123-130
- SARTORIUS N. (1988) Perspectivas de las clasificaciones psiquiátricas. En *Diagnóstico en Psiquiatría*, editado por J. Guimón, JE. Mezzich & GE. Berrios. Salvat. Barcelona pp 9-19
- WING JK, COOPER J & SARTORIUS N. (1974) *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms. An Instruction Manual for the PSE and CATEGO Program*. Cambridge University press. London

#### AGRADECIMIENTO:

*Los autores agradecen al Dr. Luis Matos, Psiquiatra Infantil del INSM "HD-HN" por sus comentarios y sugerencias a la sección de Niños y Adolescentes de la clasificación.*

#### Dirección Postal:

*Instituto Nacional de Salud Mental "HD-HN"  
Av. Alameda Palao s/n.  
Lima 31*



**PRUEBA DE CONOCIMIENTOS**

**14. El propósito de la clasificación en psiquiatría es:**

- a) Identificar grupos de pacientes homogéneos.
- b) Hacer el diagnóstico diferencial.
- c) Mejorar la comunicación entre clínicos e investigadores.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

**15. Ward et al. señalaron que el desacuerdo diagnóstico en psiquiatría obedece a:**

- a) Inconsistencia del paciente
- b) Técnica de entrevista inadecuada
- c) Uso de criterios diagnósticos inadecuados.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores.

**16. El Present State Examination (PSE), el Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) y otros, intentan mejorar:**

- a) Las variaciones en la condición del paciente
- b) La técnica de entrevista.
- c) La relación médico-paciente.
- d) El pronóstico.
- e) Ninguna de las anteriores.

**17. El estudio de campo de la CIE-10 comprendió:**

- a) Revisión de la traducción.
- b) Preparación y evaluación de resúmenes de casos.
- c) Evaluación conjunta de pacientes.
- d) Todas las anteriores.
- e) Ninguna de las anteriores.

**18. Un buen sistema de clasificación debe facilitar:**

- a) La investigación.
- b) La educación.
- c) La comunicación entre clínicos e investigadores.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Todas las anteriores.