



¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología?¹

Geoffrey M. Reed² (*Organización Mundial de la Salud, OMS, Suiza*), Celia Anaya (*Universidad Autónoma de Madrid, Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital de La Princesa de Madrid y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, España*) y Spencer C. Evans (*University of Kansas, USA*)

RESUMEN. La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de Salud (OMS) es muy poco conocida en el ámbito de la psicología en España, y existe la falsa percepción de que su importancia es escasa en el campo de la salud mental. El propósito de este artículo es familiarizar a los psicólogos y otros profesionales en salud mental con el sistema de clasificación CIE, algo especialmente relevante al encontrarse actualmente en proceso de revisión. La OMS está haciendo un gran esfuerzo para crear una clasificación de trastornos mentales global, multicultural y multidisciplinar, centrándose en mejorar su utilidad clínica. Además, en la actual revisión de la CIE, la OMS ha adoptado el español como segunda lengua de trabajo, lo que da una gran oportunidad a los profesionales de la salud mental de España y otros países hispanohablantes de implicarse activamente en el desarrollo de la próxima

¹ Agradecimientos: Celia Anaya forma parte del programa de Formación de Profesorado Universitario (FPU) financiado por el Ministerio de Educación de España. Los autores también agradecen a Michael C. Roberts y a Suzanne Bennett Johnson por su apoyo de este proyecto. Nota de los autores: los puntos de vista expresados en este artículo reflejan la opinión de sus autores, y en ningún caso representan las posiciones o políticas del Grupo de Trabajo, del Grupo Asesor para la Revisión del capítulo de Trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 o de la Organización Mundial de la Salud.

Nota de los editores: este artículo, de forma excepcional, y por petición expresa de los propios autores con el fin de difundir lo máximo posible la CIE entre los psicólogos hispanohablantes, se publica en español; la versión en inglés se puede encontrar en la web de la revista.

² Correspondencia: Department of Mental Health and Substance Abuse (MER/MSD). World Health Organization. 20, Avenue Appia. CH-1211 Geneva (Switzerland). E-mail: reedg@who.int

versión de la clasificación. Es importante que los psicólogos de países hispanohablantes conozcan la CIE y entiendan los grandes beneficios que pueden aportarles su conocimiento y utilización para integrarse plenamente como profesión sanitaria oficial, así como para equipararse en la práctica de la psicología al resto de Europa y de todo el mundo en términos de diagnóstico y clasificación de los trastornos mentales.

PALABRAS CLAVE. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Organización Mundial de la Salud. DSM. Trastornos mentales. Estudio teórico.

ABSTRACT. The World Health Organization's International Classification for Diseases (ICD) is very little known in the field of psychology in Spain, and there is a false perception that it is not of major importance in mental health. The purpose of this article is to familiarize psychologists and other mental health professionals with the ICD classification system, a discussion that is especially relevant now because the ICD is currently under revision. WHO is making a great effort to create a global, multicultural and multidisciplinary classification system, focusing on improving its clinical utility. Moreover, WHO has adopted Spanish as the second working language in the current ICD revision process. This provides an opportunity for mental health professionals from Spain and other Spanish-speaking countries to be actively involved in the development of the next version of the ICD. It is important for Spanish-speaking psychologists to know about ICD, and to understand how they may be served by greater awareness and use of the ICD as a vehicle for full integration as an official health profession. Use of the ICD will also help psychologists in Spain and in Spanish-speaking countries to achieve greater consistency with the practice of psychology in the rest of Europe and throughout the world in terms of the diagnosis and classification of mental and behavioural disorders.

KEYWORDS. International Classification for Diseases (ICD). World Health Organization. DSM. Mental disorders. Theoretical study.

La situación en de las clasificaciones en salud mental en España

La Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de Salud (OMS) es una gran desconocida en el ámbito de la psicología en España. El propósito de este artículo es intentar que los psicólogos españoles y de otros países hispanohablantes se familiaricen con la CIE, sus características y sus objetivos, la revisión a la que está siendo sometida actualmente y las razones por las cuales el campo de la psicología se vería muy beneficiado por un mayor conocimiento y uso de la CIE. A fin de alcanzar mejor este propósito se decidió escribir este artículo en español. Este artículo sigue a otro publicado en esta revista examinando el proceso y las perspectivas del DSM-5 (Obiols, 2012), con el que está relacionado a nivel tanto temático como conceptual.

En general, los psicólogos españoles reciben la mayoría de su formación en trastornos mentales, así como su entrenamiento, bajo la influencia del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de la Psiquiatría,

el DSM, y el conocimiento de la CIE y su influencia en salud mental quedan en un segundo plano. Así, hay una creencia generalizada dentro del contexto de la psicología en España de que la CIE es una herramienta poco utilizada y de escasa importancia para la clasificación de los trastornos mentales. Si tenemos en cuenta que el sistema nacional de salud de España, en el que está incluido la salud mental, tiene la obligación de consignar sus diagnósticos y aportar datos y estadísticas tomando como referencia la CIE y sus códigos diagnósticos, el desconocimiento de esta clasificación por parte de los psicólogos españoles representa un obstáculo en su intento por tener cada vez una presencia mayor dentro de los contextos oficiales de salud mental, tras su pleno reconocimiento como profesionales sanitarios en septiembre de 2011 con la aprobación de la Disposición Adicional Séptima a la Ley General de Salud Pública 33/2011 (BOE nº 240, de 5 de octubre de 2011).

Por otro lado, en España el sistema oficial de clasificación bajo el cual el Ministerio de Sanidad español actualmente requiere consignar los diagnósticos es la CIE-9-MC (véase Ministerio de Sanidad, Servicio Sociales e Igualdad, 2012), una adaptación de la CIE-9 (World Health Organization, 1979) creada por y para el sistema de salud de Estados Unidos hace veinte años que sigue vigente en ese país por motivos relacionados con intereses económicos y privados. Aparte de la inconveniencia de utilizar un producto adaptado a un contexto de un solo país, esto supone un atraso con respecto al resto de países europeos, en los que mayormente se viene utilizando la última versión internacional publicada de la CIE, la CIE-10 (World Health Organization, 1992), además de suponer una diferencia con respecto al resto de Europa que puede generar complicaciones a la hora de la comunicación entre profesionales de los diferentes países. La CIE-10 es además un sistema de clasificación internacional, que intenta responder a las necesidades de diagnóstico a nivel global, por lo que España, si quiere equipararse al resto de Europa y muchos otros países del mundo, necesitaría dejar de basar su sistema nacional de salud en un antiguo producto americano y adoptar la última versión de la clasificación mundial publicada por la OMS como sistema de clasificación oficial.

Según los resultados de una encuesta realizada por la OMS, en colaboración con la Asociación Mundial de Psiquiatría (WPA), a psiquiatras de todo el mundo (Reed, Correia, Esparza, Saxena y Maj, 2011), en España el uso de la CIE es de los más bajos de Europa, siendo inferior únicamente en Italia (en que un gran porcentaje de psiquiatras no utilizan ningún sistema de clasificación) y Turquía. Así, los datos obtenidos muestran que, mientras que la media en los países europeos de uso de la CIE por parte de los psiquiatras en su práctica clínica diaria es de un 81%, en España es únicamente de un 56%. España es por tanto, un caso inusual en cuanto al uso de la CIE en salud mental. Entre psiquiatras, Estados Unidos es uno de los pocos países en que no se usa la CIE-10. Sin embargo, en Estados Unidos, los profesionales de la salud están obligados a recoger y notificar la información sobre los diagnósticos de acuerdo a la CIE para recibir el reembolso por la prestación de sus servicios. A nivel gubernamental, la CIE es también la clasificación oficial en Estados Unidos, que como el resto de países miembros de la OMS, tiene que comunicar la información sobre salud según sus códigos. Los diagnósticos basados en el DSM, por el contrario, no se consideran como oficiales según las leyes estadounidenses, un problema que, la Asociación Americana

de Psiquiatría ha esquivado utilizando los mismos códigos en el DSM-IV que la OMS había utilizado en la CIE-9. El DSM-5 utilizará los códigos de la CIE-10-MC, que el gobierno de los Estados Unidos ha anunciado ahora que adoptará en 2014, en el momento en el que la publicación de la CIE-11 está muy próxima. Así, la próxima publicación del ICD-11 ofrece una buena oportunidad para que España pase completamente por encima de la CIE-10 y adopte directamente la CIE-11, ajustándose al resto de Europa.

La Organización Mundial de la Salud y la Clasificación Internacional de Enfermedades

La Organización Mundial de la Salud se encuentra en estos momentos inmersa en el proceso de revisión de la CIE, que dará lugar a la aprobación de la CIE-11 por la Asamblea Mundial de la Salud, el máximo órgano de decisión de la OMS, en 2015. La OMS es la agencia de las Naciones Unidas responsable de lograr que las personas de todo el mundo dispongan del máximo nivel de salud posible. La OMS define la salud de una forma amplia dentro de un marco biopsicosocial, como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad. Su actividad primordial consiste en dar asistencia técnica a sus 194 países miembros en cuestiones relacionadas con la salud. El avance hacia una mejora de la salud en el mundo necesita de cooperación internacional en materias como establecer estándares y recoger y dar información estadística. La OMS es la única organización, hoy en día, con la capacidad de asegurar la cooperación global y el acuerdo internacional en estos asuntos, con lo que se encuentra en una posición única para promover los estándares de salud globales. De acuerdo a sus estatutos de constitución, entre las funciones constitucionales de la OMS está: a) establecer y revisar las nomenclaturas de las enfermedades, las causas de muerte y las prácticas en salud pública; y b) estandarizar procedimientos diagnósticos cuando sea necesario (World Health Association, 2007). El objetivo de las clasificaciones de la OMS es servir como herramienta internacional estándar de información sobre salud, para posibilitar la evaluación y el seguimiento de la mortalidad, la morbilidad, la carga global de enfermedades y otros parámetros importantes relacionados con la salud. Todos los países miembros de la OMS acordaron utilizar los sistemas de clasificación de la OMS como referencia para recoger información sobre temas de salud, de forma que pueda ser comparada tanto dentro del país como entre diferentes países. Puesto que la OMS es una entidad gobernada por un tratado internacional, con unos compromisos constitucionales, no existe la posibilidad de que abandone su implicación y sus responsabilidades en los sistemas de clasificación o los derive a otras instituciones. De forma consistente con la intención de la OMS de ser un ente público internacional, la CIE es un recurso gratuito y de libre acceso para la comunidad global, funcionando como una herramienta para clínicos, investigadores, consumidores, administradores y legisladores en su trabajo para comprender e informar en materia de enfermedades, así como para planificar, financiar y evaluar la atención sanitaria.

Dentro del marco de la revisión de la CIE, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS es el responsable de los aspectos técnicos de la

revisión del capítulo de la CIE-10 para los Trastornos Mentales y de la Conducta. Para asistir en todas las fases del proceso de revisión, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias designó un Grupo Asesor Internacional para la Revisión de la CIE-10, con representación global y multidisciplinar. La psicología como disciplina está formalmente representada en el Grupo para la Unión Internacional de la Ciencia Psicológica, y además hay varios psicólogos miembros en el Grupo Asesor. La Psicología cuenta también con representación entre los miembros de los Grupos de Trabajo que aportan información al Grupo Asesor enfocados en áreas específicas de la revisión de la CIE. El coordinador de la revisión del capítulo de la CIE-10 sobre Trastornos Mentales y del Comportamiento es también un psicólogo, concretamente el primer autor de este artículo.

La relación entre la CIE y el DSM

El primer DSM (American Psychiatric Association, 1952) fue publicado como una adaptación de la CIE-6 (World Health Organization, 1949) para uso de los psiquiatras americanos. De forma similar, el DSM-II (American Psychiatric Association, 1968) se publicó como una adaptación de la CIE-8 (World Health Organization, 1967). La Asociación Americana de Psiquiatría estuvo, de hecho, muy implicada en el desarrollo de la CIE-8, pero las orientaciones adicionales incluidas en el DSM-II estaban específicamente orientadas para resultar más útiles en la aplicación de la psiquiatría al contexto americano. Era usual entonces realizar modificaciones y adaptaciones nacionales, y en ese tiempo la clasificación era un apoyo profesional en segundo plano y no un elemento definitorio de la identidad de la Psiquiatría.

Sin embargo, el DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) representó una auténtica revolución en las clasificaciones psiquiátricas, rompiendo con el pasado de conceptualizaciones etiológicas teóricas y estableciendo un sistema basado en descripciones de síntomas y criterios explícitos. El trabajo llevado a cabo por la OMS en la preparación para el desarrollo de la CIE-9 había puesto parte de los cimientos para realizar este cambio, pero no fue hasta la publicación del DSM-III cuando se produjo plenamente (Fulford y Sartorius, 2009). Es posible que este fuera un cambio conceptual demasiado grande para hacerse en un contexto internacional, principalmente dado que los modelos psicoanalíticos continuaban dominando en Europa en aquel momento y que los implicados en el desarrollo del DSM-III habían sufrido un proceso extremadamente controvertido ya solamente a un nivel nacional. El DSM-III no contó apenas con participación internacional ni con participación directa de la OMS. El DSM-III tuvo un gran impacto profesional y éxito comercial, lo que hizo que tanto él como sus sucesores ganaran una gran influencia internacional. Después de esto, existió una intensa colaboración entre los implicados en el desarrollo del DSM-IV y la CIE-10, que tuvo como resultado un aumento de la dominancia del modelo de clasificación psicopatológico establecido por el DSM-III y por tanto un DSM-IV y una CIE-10 bastante similares, aunque no idénticos, como ha señalado First en una detallada comparación de sus criterios diagnósticos publicada en 2009. First encontró que existían diferencias entre ambas clasificaciones en todas las categorías excepto una, considerándolas conceptua-

les en un 22% de 176 categorías existentes (First, 2009). Una cantidad de artículos recientes han abordado en la discusión acerca de la importancia de armonizar las próximas versiones de DSM y CIE. Pero como ha señalado Jablensky (2009), esa similitud entre ambas clasificaciones nunca fue algo pretendido, ya que tienen diferentes objetivos y son desarrolladas dentro de contextos organizacionales completamente diferentes entre sí.

La CIE es una clasificación realizada por una agencia internacional de las Naciones Unidas, un recurso público de libre acceso para servir de herramienta en la salud pública. El DSM, sin embargo, es un sistema producido por una asociación profesional de una única disciplina de un solo país, y en el que la asociación tiene un gran interés comercial. Por otra parte, el desarrollo de la CIE se enmarca dentro de un proceso global y multidisciplinar, y se lleva a cabo en diversas lenguas y teniendo en cuenta la multiculturalidad mundial, mientras que el DSM se genera desde una perspectiva eminentemente estadounidense y anglófona. La CIE tiene como objetivo ser de utilidad a los países miembros de la OMS, así como a los servicios de atención sanitaria de primera línea, mientras que el DSM está mayormente dirigido al campo de la Psiquiatría.

Dentro del debate sobre la existencia paralela de estas dos clasificaciones de trastornos mentales, la OMS es de la opinión de que los cambios sustanciales en las categorías de trastornos y sus definiciones deben realizarse a través de un proceso transparente, internacional, multidisciplinar y multilingüe que incluya la participación directa de un amplio conjunto de las partes implicadas y todo lo libre posible de conflictos de intereses (Reed, Dua y Saxena, 2011). Tal y como han indicado autores como Moynihan (2011), un verdadero proceso multilateral de definición de trastornos no puede ser llevado a cabo legítimamente por una única organización profesional que representa a una única disciplina dentro de la salud, en un contexto de un país concreto y que cuenta con un interés comercial importante en los productos que desarrolla.

Críticas al DSM-5

Actualmente se está desarrollando el borrador final del DSM-5, con fecha prevista de publicación para mayo de 2013. A medida que se ha ido acercado el momento de su aparición, ha habido varios aspectos que han sido objeto de discusión en la literatura tanto psiquiátrica como psicológica. El debate ha ido evolucionando hacia una gran controversia pública que se ha visto reflejada incluso en muchos medios de comunicación. Entre los diversos puntos que han sido criticados durante el desarrollo del DSM-5 están los conflictos de intereses existentes entre los miembros de los grupos de trabajo implicados (Aldhous, 2012; Ledford, 2012); la preocupación por la inclusión de dos nuevos diagnósticos en trastornos de la infancia, concretamente el Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo (Frances, 2011) y el Síndrome de psicosis atenuada (Frances, 2012); y la eliminación del duelo como criterio de exclusión para el diagnóstico de la depresión mayor (Frances, 2010; Granek y O'Rourke, 2012; Szalavitz, 2012). Estas críticas han disparado en algunos ámbitos la insatisfacción popular y profesional con el DSM-5, de lo que se puede encontrar un ejemplo en una reciente petición promulgada por psicólogos americanos expresando diversos puntos de protes-

ta contra algunas de las actuales propuestas para el nuevo manual (Ledford, 2011; Waters, 2011).

El argumento que se desprende de esto es que una revisión no implica necesariamente una mejora. Un cambio basado en información imprecisa puede tener grandes repercusiones en muchos aspectos de la sociedad. De hecho, como ya ha sucedido en el pasado, el cambio de un solo criterio diagnóstico de un trastorno puede llevar a cambios significativos en la prevalencia del diagnóstico de ese trastorno, el número de evaluaciones, tratamientos y prescripciones administrados, el coste para los pacientes, los ingresos de las compañías farmacéuticas y el sector privado de atención clínica e incluso las características, el estigma social y el estatus legal asociado a las personas diagnosticadas (First y Frances, 2008; Frances, 2009). Por otro lado, si estos sistemas no están bien reformulados en los actuales procesos de revisión, el campo de la salud mental pone en peligro la futura concretización de constructos diagnósticos existentes pero que actualmente no cuentan con validez biológica ni nosológica (Hyman, 2010). Dadas las importantes implicaciones, tanto clínicas como sociales y financieras, de los sistemas de clasificación de los trastornos mentales, la pregunta de cómo revisarlos de la mejor manera posible cobra una gran relevancia no sólo para los profesionales relacionados con la salud mental, sino también para el público en general.

El proceso de desarrollo de la CIE-11

La OMS ha establecido unos principios básicos para orientar todo el proceso, entre los que destacan el objetivo principal de ayudar a los países miembros de la OMS a reducir la carga de los trastornos mentales y del comportamiento, estableciendo para ello que ha de ser independiente de conflictos de interés evitando la influencia farmacéutica y comercial, así como abordada en colaboración con todas las partes interesadas, esto es, países, profesionales de la salud, pacientes y familiares.

Otra de las metas de vital importancia para la OMS en esta revisión de la CIE es la de mejorar su utilidad clínica, facilitando la identificación más precisa de los trastornos y las decisiones sobre el tratamiento más eficaz por parte de los profesionales de primera línea de atención sanitaria. La OMS quiere que con esta revisión la clasificación resultante sea lo más internacional y adaptada posible a todas las culturas de los países miembros de la organización, para lo cual se ha requerido una representación de todas las regiones globales de la OMS, incluyendo muchos países de ingresos medios y bajos, tanto en el Grupo Asesor como en todos los Grupos de Trabajo implicados en el desarrollo de la CIE-11.

La OMS ha tomado un número de medidas importantes y concretas con el objetivo de desarrollar un sistema verdaderamente global. La encuesta global a psiquiatras anteriormente mencionada, llevada a cabo por la OMS y la WPA (Reed *et al.*, 2011), incluyó a casi cinco mil psiquiatras de 44 países, con representación de todas las regiones mundiales e incluyendo 27 países de ingresos medios y bajos, y fue realizada en 19 idiomas diferentes. Por otro lado, la OMS ha realizado recientemente también una encuesta internacional en colaboración con la Unión Internacional de Ciencias Psicológicas (IUPsyS), a más de dos mil psicólogos con una participación total de 23 países,

de entre los cuales 10 eran de ingresos medios y bajos, y en 5 idiomas, cuyos resultados están aún pendientes de publicación (Evans *et al.*, 2012).

En el intento por maximizar la utilidad clínica de la CIE-11, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS está llevando a cabo dos tipos de estudios. Por un lado, los estudios de campo formativos, que buscan recopilar información sobre la estructura básica y el contenido de la clasificación. Una vez generado un borrador de la clasificación, se llevarán a cabo estudios de campo evaluativos para valorar diferentes aspectos de la misma, incluyendo si se ha logrado obtener una mayor utilidad clínica. La OMS ha establecido una definición operativa de trabajo según la cual la utilidad clínica de una categoría de un trastorno mental o la conducta depende de: a) su valor como herramienta de comunicación entre clínicos, pacientes, familiares, sistemas administrativos, etc; b) sus características de implementación, como pueden ser la precisión de descripción, la facilidad de uso, o la viabilidad de su utilización; y c) su utilidad para seleccionar pautas de intervención y decisiones clínicas (Reed, 2010).

Se han llevado a cabo dos estudios formativos importantes. Los estudios formativos de campo de la CIE investigan cómo los profesionales de la salud mental conceptualizan las categorías de los trastornos mentales y las relaciones entre éstas, con el objeto de averiguar información sobre cómo deberían organizarse las categorías, qué trastornos o problemas deberían ser incluidos en el sistema diagnóstico a fin de facilitar la identificación y el tratamiento adecuados en cada nivel de atención sanitaria y cómo debería presentarse la información referente a cada trastorno. La idea subyacente es que si las conceptualizaciones de los profesionales en salud mental, basadas en la experiencia clínica directa, son estables y similares en los diferentes países, idiomas y profesiones, se podrá orientar en mayor medida el sistema de clasificación hacia los modelos que usan los clínicos en su práctica diaria.

Por una parte, se realizó a través de Internet un estudio de comparación por pares, una metodología que extrae las dimensiones intuitivas empleadas en la toma de decisiones y con la que se analizaron las percepciones de los profesionales en salud mental de similitud, o diferencia, entre trastornos mentales. En este estudio, llevado a cabo en inglés y español, han participado 1374 psiquiatras y psicólogos procedentes de 64 países, contactados desde los Centros Internacionales para los Estudios de Campo de la OMS en Brasil, China, España, Estados Unidos, India, Japón, Líbano, y Nigeria (Roberts *et al.*, 2012). Esta distribución viene a reflejar el gran esfuerzo que la OMS está desarrollando para generar una clasificación global que incluya información válida en países con diferentes culturas y nivel de ingresos. Hay que tener en cuenta que sólo Brasil, China, India, México y Nigeria ya suponen un 43% de la población mundial, con lo que puede esperarse que los datos obtenidos a través de estos estudios de investigación sean altamente representativos a nivel internacional. Por otra parte, se ha realizado un estudio de taxonomías naturales (Reed *et al.*, 2012), consistente en analizar los agrupamientos de trastornos mentales que suelen realizar los clínicos. En el estudio participaron más de 500 profesionales de la salud, de 8 países incluyendo España y México, y fue efectuado en 5 idiomas diferentes.

Estos estudios han mostrado que las conceptualizaciones desarrolladas por los clínicos sobre los trastornos mentales y las relaciones entre ellos, basadas en su

experiencia diaria, son de tipo racional así como altamente estables entre los clínicos independientemente de su profesión, idioma o nivel de ingresos del país al que pertenecen. Por otra parte, la estructura que ha sido propuesta para la CIE-11 encaja mejor con el modelo basado en el consenso de los profesionales de la salud que la CIE-10 o el DSM-IV. Los estudios también han mostrado que la información recogida sistemáticamente de los clínicos basándose en su calidad de expertos y su experiencia clínica, puede utilizarse para mejorar la utilidad clínica de la CIE sin sacrificar su validez, desde un enfoque científico.

El trabajo de la CIE en lengua española en el desarrollo de la CIE-11

El trabajo de la OMS para que en el desarrollo de la CIE exista una implicación internacional que incluya a países de todas las regiones del mundo lleva asociada la barrera del lenguaje. En el pasado, el desarrollo y las revisiones de la CIE se han venido desarrollando en inglés, realizándose después la traducción a otros idiomas. En el desarrollo del capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-10, se tradujo a varios idiomas el borrador beta de la clasificación, para después realizarse estudios de campo beta en todos ellos. Esto supuso una mejora significativa ante únicamente traducir el producto final, aunque a la hora de hacer los estudios de campo beta ya no existían muchas posibilidades de hacer cambios importantes en la clasificación. Es por esta razón que muchos científicos y profesionales de países donde el inglés no es la lengua habitual en los entornos profesionales encontraban grandes obstáculos para participar en igualdad con respecto a sus colegas de países angloparlantes. Además, cada idioma cuenta con unas características específicas, y el inglés puede no recoger términos o significados que existan en otros idiomas o viceversa. El hecho de que en los países miembros de la OMS coexistan diferentes idiomas oficiales, con sus propias características e idiosincrasias lingüísticas supone un reto a la hora de generar una clasificación de trastornos que recoja los matices de cada lengua en una clasificación global. Con el desarrollo de las revisiones en varios idiomas de forma simultánea, la OMS pretende mejorar el proceso de revisión de la CIE, de forma que todos los países que utilicen de forma habitual el inglés puedan participar y hacer aportaciones en mayor igualdad de condiciones.

Para la revisión del capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS decidió llevar a cabo el proceso en al menos dos idiomas diferentes desde el inicio, con el objetivo de crear un proceso más abierto y representativo. Se consideró entonces el español como la segunda lengua más apropiada para ser utilizada, lo que significaría una mejora muy significativa para la participación de todos los países hispanoparlantes y sus grupos científicos y profesionales.

El desarrollo simultáneo del proceso de revisión de la CIE en varios idiomas supondría una gran mejora, ya que evitaría muchos sesgos de lenguaje en el producto final. Si la OMS contara con los recursos suficientes, el proceso se desarrollaría a la vez en los seis idiomas oficiales de sus países miembros (árabe, chino, inglés, francés, ruso y español). Con todo, existe una importante diferencia entre llevar a cabo la revisión

simultáneamente en un idioma que en dos. Es por ello que la inclusión del español como segunda lengua en la que realizar la revisión de la CIE-11 representa una novedad muy valiosa en el proceso. El español es la lengua nativa de 330 millones de personas en todo el mundo, siendo el idioma oficial en 21 países y utilizado habitualmente en muchos otros. Como ejemplo, solo en Estados Unidos hay cerca de 40 millones de hispanohablantes. La mayoría de países hispanos son países con ingresos medios y bajos, cuya representación e implicación en el desarrollo de la CIE es un objetivo importante para la OMS en su intención de crear una clasificación universal. Además, las similitudes lingüísticas que existen entre el español y otros idiomas de países integrantes de la OMS como el portugués, el francés o el italiano, facilitan la traducción de términos y minimiza problemas de matices lingüísticos. Esto representa un motivo más para considerar un acierto la elección del español como lengua de trabajo además del inglés en el proceso de revisión de la CIE.

La Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental, formada por la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB), ha proporcionado recursos para llevar a cabo en español todas las fases del desarrollo del capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-11, y ya se han publicado artículos en español sobre el proceso de revisión (Reed y Ayuso-Mateos, 2011; Rivas, Reed, First y Ayuso-Mateos, 2011)

Conclusiones

En España existe aún cierta controversia acerca de la identidad profesional de la psicología. Mientras hay quienes abogan por su integración completa como una profesión sanitaria, hay otros preocupados por la posibilidad de que esto suponga renunciar a sus raíces como ciencia experimental. La psicología es una ciencia muy importante, y la completa formación de los psicólogos es lo que les permite situarse en un lugar especial dentro de las disciplinas sanitarias. Por otra parte, esto tampoco implica que todos los psicólogos trabajen exclusivamente en el sistema de salud o en investigación básica. La formación de los psicólogos debe proporcionarles las destrezas y la flexibilidad necesarias para poder implicarse en diversos campos, y tanto nuestra profesión como nuestras organizaciones profesionales deberían trabajar para mantener abierta esa amplitud de posibilidades.

Desde la perspectiva de la OMS en relación a los servicios sanitarios, el apoyo tanto de psicólogos clínicos como investigadores se necesita con urgencia para enfrentar el reto de reducir la carga de enfermedad de los trastornos del comportamiento. La OMS estima que los trastornos mentales suponen hasta un 13% de la carga de enfermedad global, definida como la muerte prematura combinada con los años vividos sufriendo la discapacidad (World Health Organization, 2008). Esta cifra es mayor que ninguna otra de enfermedades no transmisibles. Considerando únicamente la parte de discapacidad de la carga de enfermedad, la proporción atribuible a los trastornos mentales supone más de un tercio del total.

Aún así, a pesar de la existencia de tratamientos eficaces, muchos de ellos intervenciones psicológicas, los trastornos mentales apenas son tratados. La Encuesta

Mundial de Salud Mental de la OMS ha encontrado que más de la mitad de personas con trastornos mentales serios en los países de altos ingresos, y más de tres cuartas partes en los de ingresos bajos y medios, no habían recibido ningún tipo de tratamiento durante el año anterior (WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Esta situación no sería tolerable en ninguna otra área de enfermedad.

A fin de ocupar el lugar que le corresponde como una ciencia y una profesión de salud global, la psicología debe tener un lenguaje común con el que comunicarse con el resto del mundo. La CIE-11 proporcionará un lenguaje común, que será asumido en Europa y en la mayoría de países. Desde nuestro punto de vista, los intereses de los psicólogos en España y en el resto del mundo se verán más beneficiados uniéndose al esfuerzo global y multidisciplinar de la OMS en desarrollar recursos globales para la salud pública que permitiendo ser sometidos por la perspectiva única de los Estados Unidos, la psiquiatría o los intereses comerciales.

Los psicólogos de todo el mundo tienen una oportunidad directa de trabajar con la Organización Mundial de la Salud (OMS) participando en los estudios de campo en español a través de la Red Global de Práctica Clínica de la OMS. Para inscribirse en la Red Global en español sólo tienen que entrar en la siguiente dirección web: http://kuclas.qualtrics.com/SE/?SID=SV_9B7R6myjIIPPgoI&SVID=Prod&Q_lang=ES

Referencias

- Aldhous, P. (2012). Many authors of psychiatry bible have industry ties. *New Scientist*. Recuperado el 15/06/2012 de <http://www.newscientist.com/article/dn21580-many-authors-of-psychiatry-bible-have-industry-ties.html>
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2nd ed.* Washington, DC: Autor.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: Autor.
- Evans, S.C., Reed, G.M., Roberts, M.C., Esparza, P., Watts, A.D., Ritchie, P. L.J, Correia, J.M. y Saxena S. (2012). *Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey*. Manuscrito presentado para publicación.
- First, M.B. (2009). Harmonization of DSM-V and ICD-11: Opportunities and challenges. *British Journal of Psychiatry, 195*, 382-390.
- First, M.B. y Frances, A. (2008). Issues for DSM-V: Unintended consequences of small changes: The case of paraphilias. *American Journal of Psychiatry, 165*, 1240-1241.
- Frances, A. (2009). Whither DSM-V? *The British Journal of Psychiatry, 195*(5), 391-392.
- Frances, A. (2010). Good grief. *The New York Times*. Recuperado el 17/06/2012 de <http://www.nytimes.com/2010/08/15/opinion/15frances.html>
- Frances, A. (2011). DSM-5 approves new fad diagnosis for child psychiatry: Antipsychotic use likely to rise. *Psychiatric Times*. Recuperado el 17/06/2012 de <http://www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1912195>.

- Frances, A. (2012). Predicting psychosis risk is pretty risky. *The Huffington Post*. Recuperado el 17/06/2012 de http://www.huffingtonpost.com/allen-frances/psychosis-risk_b_1289022.html
- Fulford K.W.M. y Sartorius N. (2009). The secret history of ICD and the hidden future of DSM. En M. Broome y L. Bortolotti (Eds.), *Psychiatry as cognitive neuroscience: Philosophical perspectives* (pp. 29-48). Oxford: Oxford University Press.
- Granek, L. y O'Rourke, M. (2012). Is mourning madness? The wrongheaded movement to classify grief as a mental disorder. *Slate*. Recuperado el 18/06/2012 de http://www.slate.com/articles/life/grieving/2012/03/complicated_grief_and_the_dsm_the_wrongheaded_movement_to_list_mourning_as_a_mental_disorder.html
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-79.
- Jablensky, A. (2009). Towards ICD-11 and DSM-V: Issues beyond 'harmonisation'. *British Journal of Psychiatry*, 195, 379-381.
- Ledford, H. (2011). Mental-health guide accused of overreach. *Nature*. Recuperado el 15/06/2012 de <http://www.nature.com/news/2011/111102/full/479014a.html>
- Ledford, H. (2012). Industry ties remain rife on panels for psychiatry. *Nature: News*. Recuperado el 15/06/2012 de <http://www.nature.com/news/industry-ties-remain-rife-on-panels-for-psychiatry-manual-1.10206>
- Ley 33/2011, General de Salud Pública. Disposición adicional séptima. Regulación de la psicología en el ámbito sanitario (Boletín Oficial del Estado nº 240, de 5 de octubre de 2011).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012). Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª Revisión, Modificación Clínica. 8ª Edición. Recuperado el 22/06/2012, de http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CIE9MC_8ed.pdf
- Moynihan R. (2011) A new deal on disease definition. *British Medical Journal*, 342, d2548.
- Obiols, J.E. (2012). DSM-5: Precedents, present and prospects. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 81-90.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's International Classification of Mental Disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457-464.
- Reed, G.M. y Ayuso-Mateos, J.L. (2011). Hacia una clasificación de los Trastornos Mentales de mayor utilidad clínica. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(3), 113-116.
- Reed, G. M., Correia, J.M., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification. *World Psychiatry*, 10, 118-131.
- Reed, G.M., Dua, T. y Saxena, S. (2011). World Health Organization responds to Fiona Godlee and Ray Moynihan [Comment]. *British Medical Journal*, 342, d3830.
- Reed, G.M., Roberts, M.C., Keeley, J.W., Hoopell, C., Matsumoto, C., Sharan, P., Robles, R., Carvalho, H., Wu, C., Leturia, I.L., Gureje, O., Flanagan, E.H., Correia, J.M., Ayuso-Mateos, J.L., Maruta, T., Mari, J. de J., Xiao, Z., Evans, C. y Medina-Mora, M.E. (2012). *Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: Implications for clinical utility of ICD-11 and DSM-5*. Manuscrito presentado para publicación.
- Rivas, M., Reed, G.M., First, M.B. y Ayuso-Mateos, J.L. (2011). Aportaciones de dos clasificaciones psiquiátricas latinoamericanas para el desarrollo de la CIE-11. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 29, 130-137.
- Roberts, M.C., Reed, G.M., Medina-Mora, M.E., Keeley, J.W., Sharan, P., Johnson, D.K., Mari, J. de J., Ayuso-Mateos, J.L., Gureje, O., Xiao, Z., Maruta, T., Khoury, B., Robles, R. y Saxena, S. (2012). *A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11*. Manuscrito presentado para publicación.

- Szalavitz, M. (2012). Good grief! Psychiatry's struggle to define mental illness goes awry. *Time*. Recuperado el 15/06/2012 de <http://healthland.time.com/2012/02/17/good-grief-psychiatrys-struggle-to-define-mental-illness-goes-awry/>
- Waters, R. (2011). Therapists revolt against psychiatry's bible. *Salon*. Recuperado el 15/06/2012 de http://www.salon.com/2011/12/27/therapists_revolt_against_psychiatrys_bible/
- WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291, 2581-2590.
- World Health Organization (1949). *International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 6th revision*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization (1967). *International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 8th revision*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization (1979). *International classification of diseases, injuries and causes of death, 9th rev.* Ginebra: Autor
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: Autor.
- World Health Organization (2007). *Basic documents, 46th ed.* Ginebra: Autor.
- World Health Organization (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Ginebra: Autor.

Received June 29, 2012

Accepted July 10, 2012