

¿Hacia la globalización de los sistemas diagnósticos en psiquiatría?

Renato D. Alarcón*

Editorial

Los próximos cuatro o cinco años serán, sin duda, decisivos en el desarrollo de la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales* (DSM-V) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) y de la décimo-primer Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), a cargo de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Comités y grupos de trabajo de ambas organizaciones laboran activamente en las fases iniciales de estas nuevas versiones. Sin embargo, a diferencia de los procesos que dieron lugar a los volúmenes precedentes (DSM-IV y CIE-10), la APA y la OMS han desplegado intensos esfuerzos de colaboración en reuniones, conferencias internacionales y declaraciones de sus líderes con el explícito mensaje de que los productos finales de estas deliberaciones serán significativamente compatibles, comparables y utilizables a nivel global. Si tales propósitos se materializan, estaríamos históricamente mucho más cerca de un sistema diagnóstico global, al tiempo que muchos se plantearían entonces una pregunta elemental: si la globalización se presenta como un objetivo de los sistemas diagnósticos y taxonómicos, ¿por qué se despliegan tantos esfuerzos y recursos por parte de dos entidades poderosas, y por qué, al final, contaremos con dos documentos, un DSM y una CIE? Las respuestas se pueden dar a diversos niveles, con variados énfasis de precisión, interpretación y, probablemente, sinceridad.

En primer término se dan las diferencias entre APA y OMS en tanto que organizaciones con estructura, funciones, alcances y membresía, obviamente diferentes. La APA es una organización profesional que agrupa a los psiquiatras de un solo país —que resulta ser, sin embargo, el más poderoso de la tierra—, opera en un sistema de salud nominalmente pluralista pero en el que predominan la práctica privada y un creciente sector de «manejo gerenciado» con influencia indirecta pero significativa de entidades como las compañías de seguros o el sistema judicial. Organizadora del congreso psiquiátrico nacional más grande del mundo, la cuarta parte de cuyos participantes proceden de numerosos países, la APA se ha movido también exitosamente en áreas de investigación y de alta productividad financiera. Tal como su casa editora, la American

Psychiatric Publishing, Inc., cuyas arcas se han incrementado sustancialmente a lo largo de los años con publicaciones masivas de libros y textos, entre las cuales las dos últimas ediciones del DSM y sus iteraciones menores han sido innegablemente exitosas. Por último, Estados Unidos es, en el momento actual, escenario de un fascinante proceso demográfico con un creciente número de inmigrantes y de cambios socio-estructurales subsecuentes en el contexto de la llamada diversidad etno-cultural. El DSM-V y sus sucesores no podrán negar esta realidad que, por otro lado, amplía los linderos de su necesidad, pertinencia y utilidad. La APA puede aducir que su DSM puede tener, en verdad, aplicación global.

Por su parte, la OMS es básicamente el resultado de un acuerdo político a nivel internacional, agrupa y mantiene representaciones en todas las regiones y en muchos países del mundo, provee fundamentalmente de información y de apoyo técnico, epidemiológico y operativo en áreas generales y específicas de salud y de atención en salud. Como resultado de todo ello, su acción está guiada por una burocracia cuya estructura y funciones tienden a perdurar y están sujetas, en todo caso, a la voluntad de los países miembro. A diferencia de la APA la OMS no funciona con base en votaciones, elecciones o en función de renovaciones anuales de su liderazgo. Es claro que la salud mental no es precisamente su prioridad fundamental, aunque en lustros recientes ha dado muestras de creciente y justificada atención a su situación e implicaciones. Posee una sección o división de salud mental, porción inmersa en una agencia de más amplio nombre y cobertura dentro del organigrama. Por tal razón, y por el carácter y fines mismos de la OMS, la capacidad financiera de la sección de salud mental es limitada; ello no obstante, es esta sección la encargada de fomentar y liderar todos los esfuerzos destinados a la revisión del contenido del Capítulo V, Enfermedades Mentales, de la CIE, la cual, merced a los mismos acuerdos internacionales es el sistema oficial a ser reconocido y utilizado en y por todos los países del mundo. Con ponderado pragmatismo, APA y OMS se pusieron de acuerdo hace casi dos décadas, en la elaboración de «equi-

* Profesor de Psiquiatría, Escuela de Medicina de la Clínica Mayo.

valencias» entre entidades diagnósticas y sus respectivos códigos en ambas clasificaciones ya que, por una variedad de razones, parecería que el DSM, un sistema nacional, era utilizado a nivel global, con mayor frecuencia que su contraparte internacional.

Tales, las (posibles) explicaciones políticas de una potencial «globalización» de los modelos o sistemas diagnósticos en psiquiatría. Desde la perspectiva puramente clínica y heurística, sin embargo, las preguntas planteadas arriba son tanto o más relevantes. Para muchos, el fenómeno de globalización es una razón más que suficiente para buscar las compatibilidades que configuren un sistema diagnóstico global. Las descripciones fenomenológicamente basadas en el modelo diagnóstico categorial exhiben, en el caso de una variedad de entidades nosológicas, semejanzas suficientes en sintomatología nuclear; sus deficiencias podrían ser subsanadas con el uso de un modelo diagnóstico dimensional cubierto por conceptos tales como «espectros», dominios o *clusters*. Esto, a su vez, facilitaría la posibilidad del uso de «marcadores biológicos», que no por incipientes, dejan de tener el atractivo homogenizador de una neurobiología en marcha y de una aspiración de cobertura global. Instrumentos de medición clínica o psicométrica, debidamente validados, otorgarían validez cuantitativa a procesos evaluativos debidamente pautados por cuestionarios y otras herramientas. Hay quienes sostienen que la estrategia fundamental para una globalización diagnóstica deberá ser la reducción de la dependencia en el tradicional «juicio clínico», con un énfasis en aquellos *tests* y en el desarrollo de criterios alternativos para áreas clínicas de menor complejidad tales como atención primaria.

Las brechas entre DSM-V y CIE-11 pueden reducirse mediante mejores definiciones de criterios de exclusión (también revaluados merced al modelo dimensional), la detección de errores o inconsistencias de procedimiento, o el estudio de estimaciones de desacuerdo en el uso de instrumentos auto-administrados. *Last but not least*, investigaciones colaborativas a nivel internacional en áreas de diag-

nóstico, curso clínico y resultados (*outcomes*) contribuirían a la circulación y aceptación global del sistema, apoyado por espectaculares avances neurobiológicos (en genética, farmacogenómica, bioquímica, modelos animales, neuroimágenes, estudios post-mortem) y ciber-tecnológicos.

Si la globalización de sistemas diagnósticos en psiquiatría parece ya al alcance de las profesiones envueltas en su elaboración y uso, ¿existen acaso obstáculos, inconvenientes, objeciones o cuestionamientos a tal proceso? De momento, surge una respuesta que abarca sin duda, una multitud de áreas. No sorprende que ella provenga de las canteras de la psiquiatría cultural o, mejor, de la perspectiva cultural en el proceso diagnóstico. Y en realidad, la respuesta es otra serie de preguntas: ¿es deseable tener tal tipo de manual?, ¿tendrá un sistema diagnóstico que intenta usarse en todo el mundo, la capacidad y validez de cubrir todas las variaciones, diferencias, peculiaridades y características propias de diversas culturas, grupos sociales, regiones geográficas o enclaves étnicos?, ¿será posible elaborar criterios (o dimensiones) que abarquen percepciones, creencias, interpretaciones o explicaciones de psicopatologías, basadas en creencias, tradiciones, factores de riesgo y protección, o modalidades de tratamiento de diverso origen socio-cultural?, ¿es factible diagnosticar con certeza un cuadro bipolar o una personalidad antisocial en pacientes de la estepa siberiana, de los andes sudamericanos, o de las ultramodernas capitales del primer mundo, utilizando el mismo enfoque o las mismas preguntas?

Una respuesta afirmativa a estas interrogantes entraña riesgos de homogenización apresurada (cuando no forzada), con su correspondiente sanción reificadora y absolutista. Una respuesta negativa puede generar, por otro lado, reediciones de «negligencia benigna», postergación indefinida o reiteración de críticas sutiles a la «suavidad» o a la ausencia de investigaciones culturales suficientemente persuasivas. Tal, el escenario del más grande desafío intelectual, epistemológico y clínico a resolverse en los años por venir.