Órgano de Divulgación Académico Científico de la Asociación Psiquiátrica de América Latina
Revista Latinoamericana de PSIQUIATRIA

Rev Latinoam Psiquiatría 2011;10(1):18-25

Artículo de revisión

La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico y su Proceso de Revisión

Ángel Otero,* Javier Saavedra,** Juan E. Mezzich,*** Ihsan Salloum****

RESUMEN

El desarrollo de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico fue una importante contribución a la psiquiatría y salud mental de América Latina. Las aportaciones al diagnóstico y la clasificación de los padecimientos fueron aprobadas en varios congresos y seminarios. Esta guía se ha revisado y actualizado de forma constante con los objetivos de mantener su uso, contribuir a la clasificación y promover el diagnóstico integral en América Latina y en otras regiones.
Palabras clave: Guía latinoamericana, diagnóstico psiquiátrico, revisión.

ABSTRACT

The development of the Latin American Psychiatric Diagnosis Guide was an important contribution to psychiatry and mental health in Latin America. Contributions to the diagnosis and classification of the diseases were passed in several conferences and seminars. This guide has been revised and updated constantly with the objectives of maintaining its use, contribute to the classification and promote comprehensive diagnosis in Latin America and other regions.
Key words: Latin American Guide, diagnostic psychiatry, review.

* Profesor de Psiquiatría de la Universidad de La Habana, Co-Presidente de la Sección WPA de Clasificación y Evaluación Diagnóstica, Coordinador de la Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación, Presidente de los Comités de Dirección del Glosario Cubano de Psiquiatría y del Proyecto de Revisión de la GLADP.Email: gc3glap@infomed.sld.cu.

** Profesor Principal de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Director de la Oficina de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada, Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" del Perú, Secretario de la Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación; Secretario General del Proyecto de Revisión de la GLADP. Email: saavedra@terra.com.pe.

*** Profesor de Psiquiatría, Mount Sinai School of Medicine, New York University; Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría 2005-2008; Presidente del International Network for Person-centered Medicine; Director Académico del Proyecto de Revisión de la GLADP. Email: juan mezzich juanmezzich@aol.com

**** Profesor de Psiquiatría, Miller School of Medicine, University of Miami; Presidente de la Sección WPA de Clasificación y Evaluación Diagnóstica; Asesor Científico del Proyecto de Revisión de la GLADP. Email: ihsansalloum@gmail.com

Recibido: 9 de junio de 2011. Aceptado 01 de septiembre de 2011

Este artículo debe citarse como: Otero A, Saavedra J, Mezzich JE, Salloum I. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico y su Proceso de Revisión. Rev Latinoam de Psiquiatría 2011;11(1):18-25.

La aparición del primer manual de diagnóstico y clasificación psiquiátrica de América Latina fue el resultado del proceso de desarrollo y maduración de la cultura y la psiquiatría de nuestra región.[1,2]

El encuentro entre los habitantes autóctonos de nuestra región y los de procedencia europea y la ulterior conquista y vasallaje de los primeros por los segundos, así como el sojuzgamiento de valores culturales sufrido por la población aborigen desde los albores del siglo XVI, propició el establecimiento en nuestras tierras de una compleja matriz cultural. Esto llevó, con la contribución adicional de elementos africanos y asiáticos, a sintetizar nuestro particular mosaico cultural[3, 4] y con ello el sentimiento de identidad con lo que José Martí llamó la Patria Grande, fundida en el crisol de un largo proceso de emancipación.

Se inició así un proceso de desarrollo (maduración y consolidación) que, en un sentido metafórico, avanza, desde una tutela estrecha en la infancia, a una adolescente rebeldía por obtener un espacio propio, hasta lograr una adultez tratando de integrar todas las ramas del hacer y el saber humanos que, en disciplinas como la psiquiatría y la medicina, sincretizan las contribuciones provenientes de la

filosofía, la antropología, la biología, el arte, la sociología, la psicología, la estadística y la pedagogía.

En nuestro campo específico (el diagnóstico psiquiátrico), sobre un terreno de características económicas, políticas y sociales *sui generis* y abonado por los aportes de notables personalidades de las humanidades y las disciplinas científico-técnicas afines, colegas capacitados total o parcialmente en variadas y prestigiosas escuelas de la especialidad en el mundo, junto con los formados enteramente en su país de origen han dado lugar, como parte del mestizaje cultural que nos caracteriza,[2, 4] a puntos de vista autóctonos pero informados de avances internacionales para encarar creativamente la salud mental local y hacer aportes significativos a la nosología y diagnóstico clínico universales. Estos esfuerzos latinoamericanos podrían estar ubicados en una etapa de aportes aislados y otra de contribuciones regionalmente integradas.

Etapa de contribuciones aisladas

Esta etapa está marcada por significativos aportes a la nosología psiquiátrica en general, así como a la docencia e investigación y a la elaboración, análisis, aplicación y desarrollo de instrumentos taxonómicos,[5] realizados de manera aislada por grupos independientes en distintos momentos y regiones, entre los cuales, a glosa de ejemplo, podríamos mencionar a Jesús Monjarás, quien en San Luis Potosí, México, aplicara por vez primera el código de Bertillón;[6] Orfelio Martínez (1946), que realizó en La Habana una traducción al español de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) añadiéndole un glosario terminológico;[6] José Leme Lópes (1954), que en Rio de Janeiro propuso, con tres ejes, uno de los primeros esquemas mundiales de diagnóstico multiaxial; y Honorio Delgado (1953), magistral ordenador peruano de la semiología y nosología psiquiátricas.[7]

Dos chilenos, José Horwitz y Juan Marconi,[8] fueron precursores en señalar la necesidad del diagnóstico estandarizado y los primeros en el mundo en diseñar, en 1963, criterios diagnósticos específicos y explícitos, aplicándolos al alcoholismo.[9] Horacio Fábrega[10] (1965), de ancestro panameño, contribuyó a sentar las bases antropológicas del diagnóstico psiquiátrico. Efrén Ramírez (1989) creó y puso en marcha en San Juan, Puerto Rico, un sistema octogonal de diagnóstico y registro psiquiátricos.[11]

Etapa de contribuciones regionalmente integradas

Esta segunda fase comienza el 28 de agosto de 1971, cuando el Dr. Eduardo B. Ordaz, entonces director del Hospital Psiquiátrico de La Habana, crea el Comité de Dirección del Primer Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-1), y nombra al profesor Carlos Acosta Nodal como su presidente. En 1975, se publica el GC-1 como la primera anotación al capítulo V de la CIE (específicamente CIE 8) producida en un país con lengua materna no inglesa y la primera producción diagnóstica latinoamericana que integró los esfuerzos de toda una nación.[12]

Le siguieron, en 1985, la segunda edición (GC-2) con el mismo equipo de dirección, y en el 2000 la tercera (GC-3) ya de carácter multiaxial, dirigida por un grupo de discípulos del profesor Acosta. [6,13] Estas publicaciones marcaron la capacidad de nuestra región para pasar de simples importadores y adaptadores de sistemas taxonómicos[14, 15,16] a contribuyentes y coautores de sistemas internacionales de diagnóstico psiquiátrico.

Una emergente madurez científica y la necesidad de contar con un instrumento capaz de adecuar la clasificación internacional (CIE) a nuestra realidad promoviendo al mismo tiempo nuestro patrimonio cultural, crearon las condiciones para la conformación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (tan antigua como la Asociación Mundial de Psiquiatría) y de la primera guía de diagnóstico y clasificación en la unidad geográfica, cultural y multinacional que es Latinoamérica. Este proceso de contribuciones nacional y regionalmente integradas está ilustrado en la Figura 1 con las carátulas de los manuales o guías involucrados.

Desarrollo y estructura de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

En octubre de 1998, durante la realización del Congreso en La Habana de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), la Sección de Diagnóstico y Clasificación de dicha institución asume la tarea de dar forma y cuerpo al arriba mencionado proyecto latinoamericano. En reuniones a tal efecto convocadas, en la que participaron unos 60 colegas en representación de la mayoría de las asociaciones miembros de la APAL se aprueba, por consenso, elaborar un instrumento de diagnóstico y clasificación de la región (denominado más tarde Guía

Figura 1. Carátulas de las tres ediciones del Glosario Cubano de Psiquiatría (GC-1, GC-2, y GC-3) y de la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP)

Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico, GLADP) como anotación del Capítulo V de la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades. Se eligió a un Comité de Dirección del proyecto integrado por Carlos Berganza (Universidad de San Carlos de Guatemala) (Presidente), Miguel Jorge (Universidad Federal de Sao Paulo, Brasil), Ángel Otero (Universidad de La Habana, Cuba), y Juan Enrique Mezzich (Mount Sinai School of Medicine, New York University y Universidad Peruana Cayetano Heredia). También cumplieron tareas prominentes: Carlos Rojas Malpica (Universidad de Valencia, Venezuela) y Sergio Villaseñor (Universidad de Guadalajara, México).

La GLADP la preparó más de un centenar de profesionales vinculados con la salud mental, divididos en 17 grupos de trabajo, con representación de la casi totalidad de las asociaciones psiquiátricas nacionales miembros de la APAL.

El trabajo incluyó aportes y encuestas particulares que se tradujeron en propuestas que se redondearon, enriquecieron y aprobaron por consenso en una serie progresiva de actividades, las más significativas de las cuales se esbozan a continuación.

- Seminarios de diagnóstico y clasificación en prácticamente todos los congresos regionales y generales de la APAL acaecidos entre 1998 y 2004.
- Conferencias mayores en: La Habana, octubre de 1998 (desarrollo del marco conceptual y conformación de grupos de trabajo), Isla Margarita, noviembre de 1999 (presentación de las primeras propuestas), Guadalajara, agosto 2000 (modificaciones de y adiciones a las propuestas iniciales), Guatemala, julio 2002 (finalización de la estructura básica de la GLADP), San Carlos de Sonora, México, junio 2004 (presentación de la primera edición en papel de la GLADP) (Figura 2).

Figura 2. Sentados [izq a der]: A Otero, C Berganza, y JE Mezzich; parados [izq a der]: C Rojas-Malpica, LE Rivero (presidente Asoc. Psiq. Mexicana), I Salazar (presidente APAL), y S Villaseñor, en la presentación de la GLADP, San Carlos de Sonora, México, junio 2004.

Estructura de la GLADP

La GLADP está organizada en términos de: *1)* marco histórico y cultural, *2)* evaluación y formulación diagnósticas y plan de tratamiento, *3)* la clasificación CIE-10 de trastornos mentales complementados por Anotaciones Latinoamericanas y síndromes culturales, y 4) apéndices.

El ***Marco Histórico y Cultural*** de la GLADP presenta una sinopsis de las raíces históricas de nuestro subcontinente y de su composición étnica. Explora la relevancia de este marco para entender los problemas de salud en general y mentales en particular en Latinoamérica.

La ***Formulación Diagnóstica Integral*** de la GLADP es consistente con el modelo diagnóstico de las Pautas Internacionales de Evaluación Diagnóstica publicadas por la Asociación Mundial de Psiquiatría en 2003,[17] ambas se desarrollaron en interacción mutua. Su esquema basado en dos componentes complementarios se esboza a continuación.

A. Formulación Multiaxial Estandarizada

Eje I	Trastornos mentales y médico-generales y problemas relacionados *(Otros motivos de contacto con el equipo de salud* *Síndromes culturales latinoamericanos)*
Eje II	Discapacidades
Eje III	Factores contextuales
Eje IV	Calidad de vida

B. Formulación Ideográfica Personalizada

I. Problemas clínicos contextualizados
II. Factores positivos del paciente
III. Expectativas sobre restauración y promoción de salud

La **Clasificación de Trastornos Mentales** en la GLADP corresponde plenamente a la publicada en la CIE-10 por la OMS. Esta correspondencia incluye la lista de categorías mayores y menores de trastornos mentales y su caracterización básica, incluyendo los Criterios para la Investigación de la CIE-10 que son más redondeados y claros que sus Pautas Clínicas. Esta sección, la más voluminosa de la GLADP, también incluye las *Anotaciones Latinoamericanas* que acompañan a un sustancial número de trastornos mentales para mejorar su aplicabilidad a las poblaciones latinoamericanas. También se incluye un grupo de *Síndromes Culturales Latinoamericanos* que representan formas particulares de dolencia y de requerir apoyo social.

Los ***Apéndices*** de la GLADP incluyen un caso clínico ilustrativo utilizando un formato facilitador de su uso, una lista de padecimientos físicos prevalentes extraídos de otros capítulos de la CIE-10, un diccionario lexicológico, y una serie de propuestas diagnósticas para sistemas diagnósticos futuros.

Actividades de implantación, docencia e investigación con la GLADP

La difusión y docencia con la GLADP se han visto facilitadas por la distribución de muchos ejemplares impresos en múltiples eventos educacionales tras su publicación en 2004. También de gran ayuda ha sido la disponibilidad de la GLADP en las páginas de la Asociación Psiquiátrica Mexicana (APM) www.eomm.com.mx/apal2010, Ministerio de Salud Pública de Cuba (INFOMED) www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/desastres/guia_latinoamerticana_diagn_psiq_gladp.pdf, Asociación Psiquiátrica Latinoamericana (APAL) www.apalweb.org, World Psychiatric Association (WPA) www.wpanet.org, entre otras. Esto ha permitido que muchas sociedades psiquiátricas nacionales y profesionales individuales hayan podido obtenerlas sin costo alguno. En línea con esto, se estima que la Clasificación CIE-10 está mucho más disponible a través de la GLADP que de la edición original de la OMS que se agotó hace mucho tiempo.

Paralelamente a la confección de la Guía y tras su publicación se han desarrollado actividades de docencia, investigación e implantación pertinentes a sus objetivos.[18,19] La GLADP ha sido tema de presentaciones en múltiples foros nacionales e internacionales, incluyendo Congresos Latinoamericanos y Mundiales de Psiquiatría (Yokohama 2002, Cairo 2005, Praga 2008) así como publicaciones en prestigiosas revistas y libros de texto internacionales.[5, 20, 9, 1, 3, 19]

Bases y proceso de revisión de la GLADP

Como consecuencia del trabajo con la GLADP y del contexto internacional en que se desarrolla, se ha hecho evidente que para cumplir a cabalidad con los objetivos trazados no es suficiente producir y publicar la edición original sino revisarla periódicamente. Tres desarrollos hacen del actual el momento propicio para emprender la revisión de la GLADP.

- El proceso de revisión y renovación que se está conduciendo con los principales manuales usados en nuestra región (CIE 10,[16] DSM IV,[21] GC 3[22])
- La agudización del cuestionamiento crítico al que tradicionalmente se ha sometido cuanto sistema de ordenamiento taxonómico ha existido, tanto por sus insuficiencias propias,[23,24] como por sus variadas versiones regionales (china,[25] cubana,[22] norteamericana,[6] latinoamericana[4]), o por la rigidez de pretender "que una única vestimenta resulte adecuada para personas de todas las tallas y en todas las regiones y circunstancias del mundo."[23,24,26,27] No se trata de volver a la situación caótica de clasificaciones aisladas, sino de atender realidades y necesidades locales mediante ordenadas adaptaciones nacionales o regionales de un estándar internacional, tal como ya ocurre con respecto

a la totalidad de la CIE a través de versiones nacionales de Estados Unidos, Canadá, y Australia.

- En tercer lugar está uno de los dilemas paradigmáticos más importantes sobre la salud en el momento actual. Debe la atención a la salud estar focalizada en la enfermedad, que en la práctica frecuentemente reduce al paciente a un portador de trastornos,[28] o estar centrada en la totalidad de la persona a través de un paradigma que promueva una psiquiatría[29] y una medicina[30] de la persona (considerando los aspectos mórbidos y los positivos de la salud), para la persona (asistiéndole a lograr el cumplimiento de su proyecto vital), por la persona (con los clínicos desplegándose como seres humanos científicamente competentes y con elevadas aspiraciones éticas), y con la persona (en respetuosa y apoderada relación con la persona que busca atención clínica). En otras palabras, debemos prestar atención a la unidad biológica, psicológica, social y espiritual, con autonomía y dignidad, que es la persona, o tan solo a su parte enferma?

Significados fundamentales del diagnostico

El dilema paradigmático mencionado se proyecta también al diagnostico, dada la posición decisiva de este concepto y actividad en la atención clínica. El historiador y filósofo de la medicina Pedro Laín Entralgo distingue entre la identificación de enfermedades (diagnóstico nosológico) y el entendimiento de lo que pasa en el cuerpo y la mente de la persona que busca atención clínica (diagnóstico completo).[31] En línea con ello, podemos distinguir los dos siguientes conceptos fundamentales del diagnóstico médico:

1. El *diagnóstico centrado en el trastorno*, que subyace a la mayoría de sistemas diagnósticos actuales (p.ej, CIE-10, DSM-IV) y puede tomar en cuenta las influencias que factores individuales y sociales ejercen en la aparición, manifestaciones y curso de las enfermedades, pero que en la práctica les confiere mucho menos importancia que a las características intrínsecas y presumiblemente generalizables de la noxa diagnosticada. Esta aproximación, implícitamente, excluye de la atención clínica a las acciones de prevención y promoción de salud y sitúa al sujeto tratado como simple continente de un órgano o sistema enfermo al que queda reducido, lo que es científicamente limitado y éticamente inaceptable.
2. El *diagnóstico centrado en la persona,* como la orientación paradigmática de la psiquiatría y la medicina esbozada arriba, involucra un diagnóstico de la persona, para la persona, por la persona y con la persona. Un modelo tal de diagnóstico integral centrado en la persona comenzó su desarrollo a cargo de la Sección de Clasificación de la Asociación Mundial de Psiquiatría en 2005 y en la actualidad lo hace en colaboración con la Asociación Médica Mundial y varias otras organizaciones internacionales de la salud bajo la coordinación de la International Network for Person-centered Medicine[32] con el nombre de *Person-centered Integrative Diagnosis* (PID). Este modelo busca describir los aspectos enfermos y positivos de la salud (incluyendo enfermedades, discapacidades y bienestar, la experiencia y valores de la persona evaluada, y los factores de riesgo y protectores significativos) a través de categorías, dimensiones y narrativas articuladas por una alianza diagnóstica entre el paciente, la familia y los clínicos en pos de un entendimiento diagnóstico compartido, que lleve a un compromiso compartido, también, en la atención clínica.[33]

Objetivos de la revisión de la GLADP

La revisión de la GLADP tiene como objetivos principales:

1. Mantener y promover las actividades de implantación de la GLADP así como las docentes, editoriales e investigadoras relacionadas en interacción con las sociedades psiquiátricas latinoamericanas y sus secciones de diagnóstico, así como con universidades y ministerios de salud de la región.
2. Contribuir a la revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y a su anotación latinoamericana en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y otras entidades pertinentes, manteniendo la integridad de nuestra identidad latinoamericana.
3. Promover el diagnóstico integral centrado en la persona en colaboración con la International Network for Person-centered Medicine y organizaciones médicas y de salud mental relevantes, incluyendo representantes de pacientes y familiares.

4. Organizar la renovación de la GLADP en términos primero de una versión revisada (GLADP-VR) para 2012 usando los códigos diagnósticos de la CIE-10, y luego de una segunda edición de la GLADP (GLADP-2) para 2014-2015 usando los códigos de la futura CIE-11, en colaboración con todas las sociedades psiquiátricas latinoamericanas y otras interesadas, como la Asociación Española de Neuropsiquiatría (que le otorgaría al programa un horizonte iberoamericano).

Organización de la revisión de la GLADP

El Programa de la GLADP ha devenido en una actividad de carácter permanente desde su creación en octubre de 1998 y principal responsabilidad de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL). Ha sido denominado Programa Presidencial de la APAL y se lleva a cabo en coordinación con las varias Secciones Científicas de la APAL. Actualmente, el trabajo de la GLADP se centra en su proceso de renovación, incluyendo una versión revisada (GLADP-VR) para 2012 (usando los códigos diagnósticos de la CIE-10), y una segunda edición (GLADP-2) para 2014-2015 (usando los códigos de la futura CIE-11).

Para planear y coordinar el proceso de revisión de la GLADP se ha establecido un Comité Directivo conformado por el coordinador de la Sección de Diagnóstico y Clasificación de la APAL, que lo preside el secretario de la Sección, que como secretario general de la revisión de la GLADP, y de dos académicos (uno presidente 2005-2008 de la WPA y el otro presidente actual de la Sección de Clasificación de WPA) que actúan, respectivamente, como director académico y asesor científico de la revisión de la GLADP. Estas cuatro personas son los autores de este artículo. El presidente de la APAL y el director de sus Secciones Científicas son asesores generales de la revisión de la GLADP. Complementariamente se está diseñando un Comité Consultivo conformado por distinguidos líderes y expertos latinoamericanos con larga experiencia en el campo.

La labor principal de la revisión de la GLADP se lleva a cabo a través de grupos de trabajo, cuyos miembros son nominados por las sociedades psiquiátricas latinoamericanas en consulta con sus respectivas secciones nacionales de diagnóstico. Cada uno de los Grupos de Trabajo tiene dos coordinadores y una cantidad de miembros variable que, en conjunto, ensamblan a más de 200 colegas que representan a la gran mayoría de países latinoamericanos.

Los temas de estos grupos de trabajo incluyen tres generales (diagnóstico integral personalizado, marco cultural y epidemiología y Salud Pública) y diez correspondientes a las clases mayores del Capítulo de Trastornos Mentales de las CIE-10, como se lista a continuación:

- Diagnóstico integral personalizado
- Marco cultural
- Epidemiología y salud pública
- F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluyendo los sintomáticos
- F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas
- F20-F29 Esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delusivos
- F30-F39 Trastornos del humor (afectivos)
- F40-F48 Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos
- F50-F59 Síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos
- F60-F69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
- F70-F79 Retraso mental
- F80-F89 Trastornos del desarrollo psicológico
- F90-F98 Trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en la adolescencia.

Para la coordinación logística de la revisión de la GLADP se ha establecido un Secretariado General ubicado en el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi del Perú. También importante en proveer apoyo informativo y de comunicación es el Website de la APAL cuyo director es un ex-presidente de esta institución.

Programación de la Revisión de la GLADP

La fase inicial de la programación de la Revisión de la GLADP, en 2009 y la primera mitad de 2010, involucró consultas con las sociedades psiquiátricas latinoamericanas y sus secciones de diagnóstico sobre la GLADP y su revisión en perspectiva, que llevaron a la nominación de miembros de Grupos de Trabajo. También se llevaron a cabo diversas reuniones de consulta aprovechando congresos nacionales y subregionales. Una de ellas fue

la efectuada en Mar del Plata, en abril de 2009, con la participación de un buen número de líderes de la psiquiatría argentina y de países circundantes que esclareció la necesidad de la revisión de la GLADP y afirmó algunas de sus características principales, como guardar una estrecha correlación con la CIE en cuanto a diagnóstico nosológico, promover el diagnóstico centrado en la persona como perspectiva fundamental y mantener la integridad de nuestra identidad latinoamericana.[34] Durante esta fase inicial se han establecido el Comité Directivo y los Grupos de Trabajo para la revisión de la GLADP. También se prepararon los materiales para el lanzamiento formal del proceso de revisión, incluyendo el diseño de una encuesta sencilla sobre experiencia con la GLADP y recomendaciones para su revisión.

La programación de actividades para proseguir y completar la preparación de la GLADP-VR desde la segunda mitad de 2010 hasta fines de 2012 se esboza a continuación:

- Refinamiento de los grupos de trabajo y otras estructuras complementarias
- Conducción y análisis de una encuesta de experiencia con la GLADP original y recomendaciones para su revisión
- Conducción de revisiones bibliográficas críticas por los grupos de trabajo en sus áreas correspondientes
- Preparación del primer borrador de la GLADP-VR
- Encuestas y pruebas de campo para evaluar la solidez y utilidad del borrador de la GLADP-VR
- Preparación del manuscrito final de la GLADP-VR
- Publicación de ediciones en español, portugués e inglés
- Implantación de planes de capacitación, difusión y vigilancia del uso de la GLADP-VR.

CONCLUSIONES

El desarrollo de la primera edición de la GLADP fue una señera contribución de la APAL a la salud mental de nuestra región, complementando la CIE-10 con anotaciones nosográficas latinoamericanas y una perspectiva diagnóstica comprensiva y culturalmente informada. El plan de revisar la GLADP se basa en nuevos desarrollos mundiales y regionales[35] que apuntan a la necesidad de perfeccionar la clasificación de enfermedades (diagnóstico nosológico) y enriquecerla incorporándola a un modelo diagnóstico centrado en la persona, manteniendo nuestra identidad latinoamericana y contribuyendo a la optimización del diagnóstico, la atención clínica y la salud pública en nuestra región y fuera de ella.

REFERENCIAS

1. Otero A, Berganza C. Experience and implications of the Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis. In: Salloum IM, Mezzich JE (eds). Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects. Chichester: John Wiley & Sons, 2009.
2. Otero Ojeda A y col. Anteproyecto del Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 1996.
3. Otero Ojeda A. The Cuban Glossaries of Psychiatry: Historical development and present status. Newsletter, WPA Section on Classification, March 1994.
4. Sección APAL de Diagnóstico y Clasificación: Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP). 1ª ed. Guadalajara, 2004.
5. Berganza CE, Mezzich JE, Otero-Ojeda AA, Jorge MR, et al. The Latin American Guide for Psychiatric Diagnosis: An Overview. The Psychiatric Clinics of North America 2001;24:433-445.
6. Acosta Nodal C y col. Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. 2a ed. La Habana: Editorial Científico Técnica, 1985.
7. Delgado H. Curso de Psiquiatría. 1ª ed. Barcelona: Editorial Científico-Médica, 1953.
8. Horwitz J, Marconi J. El problema de las definiciones en el campo de la salud mental: Definiciones aplicables en estudios epidemiológicos. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1966;60:300-309.
9. Mezzich JE, Kleinman A, Fabrega H, Parron DL. Culture and Psychiatric Diagnosis: A DSM-IV Perspective. American Psychiatric Press, Washington DC, 1996.
10. Fabrega H. Cultural and Historical Foundations of Psychiatric Diagnosis. En: Culture and Psychiatric Diagnosis. Mezzich J. et al (ed). Washington: American Psychiatric Press, 1996.
11. Ramírez E. Sistema octogonal de diagnóstico psiquiátrico. Dirección de Salud Mental de Puerto Rico, 1989.
12. Acosta Nodal C, y col. Glosario Cubano de la Clasificación Internacional de Enfermedades Psiquiátricas. 1ª. ed (GC-1). La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana. 1975.
13. Otero Ojeda A. Third Cuban Glossary of Psychiatry (GC-3): Key features and contributions. Psychopathology 2002;35:181-184.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2th ed. Washington: American Psychiatric Association, 1968.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders. 3ª ed. DSM-III. Washington, DC, 1980.
16. Organización Mundial de la Salud. Capítulo de Trastornos Mentales de la CIE-10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1992.

17. Mezzich JE, Berganza CE, von Cranach M, et al. Essentials of the World Psychiatric Association's International Guidelines for Diagnostic Assessment. British Journal of Psychiatry 2003;182 Suppl. 45.
18. Saavedra JE. Investigacion latinoamericana con la GLADP y sistemas relacionados. Memorias del Congreso de la APAL, Isla Margarita, 2008.
19. Villaseñor S, Mezzich JE, Otero A, et al. Clinical care, educational research and experience with the GLADP. Presentado en el 159º Congreso de la Asociación Psiquiátrica Americana, Toronto, Canadá, 20 de Mayo de 2006.
20. Mezzich JE, Otero Ojeda, AA, Lee S. International Psychiatric Diagnosis. In: Kaplan HI, Sadoak BJ (ed). Comprehensive Textbook of Psychiatry, 7th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 2000.
21. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4a ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
22. Otero Ojeda A, Ravelo Pérez V, Calzadilla Fierro L, Echazabal A, y col. Tercer Glosario Cubano de Psiquiatría. La Habana: Hospital Psiquiátrico de La Habana, 2000.
23. Alonso Álvarez A. Valoración crítica de las actuales clasificaciones de los trastornos mentales. Revista de Psicología 2007;11.
24. Berganza C. La Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico: Perspectivas educativas y de investigación, en: Memorias del V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico y XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española, 2009.
25. Lee S. Cultures in psychiatric nosology: The CCMD-2-R and the International Classification of Mental Disorders. Culture, Medicine and Psychiatry 1996;20:421-472.
26. Otero Ojeda A. Diagnóstico Psiquiátrico: En Memorias del Congreso de la Asociación de Psiquiatras Argentinos, Mar del Plata, Abril 2009.
27. Galindo Jiménez RE. Ramillete de clasificaciones mentales. En: Memorias del V Congreso Internacional de la Asociación Psiquiátrica de Jalisco, Colegio Médico, A y XIV Congreso Internacional del Instituto de Psiquiatras de Lengua Española, 2009.
28. Heath I. Promotion of disease and corrosion of medicine. Canadian Family Physician 2005;51:1320-1322.
29. Mezzich JE. Psychiatry for the Person: articulating medicine's science and humanism. World Psychiatry 2007;6:65-67.
30. Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I. Introduction to Conceptual Explorations on Person-centered Medicine. International Journal of Integrated Care 2010;10(1) Supplement.
31. Lain-Entralgo P. El diagnóstico médico: Historia y Teoría. Barcelona: Salvat, 1982.
32. Mezzich JE, Snaedal J, Van Weel C, Heath I. International Network for Person-centered Medicine: Background and first steps. World Medical Journal 2009;54: 104-107.
33. Mezzich JE, Salloum IM, Cloninger CR, et al. Person-centered Integrative Diagnosis: Conceptual Bases and Structural Model. Canadian Journal of Psychiatry 2010;55:701-708.
34. Saavedra J, Otero A, Mezzich JE. Hacia una identidad latinoamericana en la nosografia psiquiátrica: Reunión de expertos en Mar del Plata, Abril 2009. Informe Técnico, Sección de Diagnóstico y Clasificación, Asociación Psiquiátrica de America Latina, 2010.
35. Mezzich JE. New developments on classification and diagnostic systems (Guest Editorial). Canadian Journal of Psychiatry 2010;55:689-691.