

**Revista de
Neuro - Psiquiatría**

Revista de Neuro-Psiquiatría

ISSN: 0034-8597

revista.neuro.psiquiatria@oficinas-
upch.pe

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Perú

Alarcón G., Renato D.

DSM-5 y la Psiquiatría Latinoamericana

Revista de Neuro-Psiquiatría, vol. 76, núm. 2, 2013, pp. 61-62

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=372036944001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

DSM-5 y la Psiquiatría Latinoamericana

Renato D. Alarcón G.*

El evento central del Congreso Anual de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) el pasado mes de mayo fue, indudablemente, la presentación oficial de la quinta versión del Manual Diagnóstico y Estadístico (más conocido como DSM-5) luego de más de una década de trabajo por parte de casi 400 especialistas (25 % de ellos no-estadounidenses) distribuidos en 16 grupos de trabajo y seis grupos de estudio. La fase final, que culminó con la aprobación del documento por la Asamblea General de Delegados y el *Board of Trustees* de la organización, incluyó la revisión final de las propuestas de los diferentes grupos, a cargo de tres Comités especialmente nombrados para el efecto y con responsabilidades especificadas por sus nombres: Revisión Científica, Clínico y de Salud Pública y Forense. De hecho, varias de las propuestas fueron rechazadas de plano o admitidas solo en la Sección III del nuevo Manual, denominada “Modelos y mediciones emergentes” y destinada para temas en necesidad de investigaciones ulteriores. En su versión final, el DSM-5 consta de 947 páginas distribuidas en tres otras secciones además de la III, mencionada arriba: Sección I (Conceptos básicos), Sección II (Criterios y códigos diagnósticos) y Apéndice.

No es exagerado afirmar que jamás en la historia de la nosología psiquiátrica (o de la nosología médica, en general) un documento de esta naturaleza ha sido objeto de más debates y controversias que el DSM-5. Prácticamente desde el primer anuncio de los trabajos iniciales para la preparación del documento, se alzaron voces críticas cuestionando no solo su necesidad (a pesar de que la anterior versión se publicó en 1994) sino también la “transparencia” del proceso en su totalidad: por ejemplo, el Presidente del Comité que condujo el desarrollo y publicación del DSM-IV, “predijo”, entre otras cosas, que el nuevo Manual sería solo el producto de un “club de amigos” o de un manido “consenso de expertos”. Otros críticos puntualizaron que la industria farmacéutica ejercería presión para que el Comité y los grupos propusieran nuevos diagnósticos y muchos cambios destinados a beneficiarla, o que la APA solo hacía esto a fin de coleccionar millones de dólares para sus cofres. En el curso del largo proceso, emergieron también rivalidades entre diversos grupos de investigación, aquéllos cuyas contribuciones no iban a ser incluidas “denunciando” favoritismos hacia otros que, en su opinión, contaban con la simpatía de miembros de los grupos de trabajo o de estudio. Finalmente, la comunidad psiquiátrica internacional ingresó también en el territorio de los debates con pronunciamientos de todo tipo: favorables, neutros, críticos y —en no pocos casos— virulentas denuncias contra una nueva muestra del “imperialismo” científico o cultural y su insaciable ambición capitalista. El papel actual y futuro de otras clasificaciones como la CIE-11 de la Organización Mundial de la Salud o el *Research Domain Criteria (RDoC)* del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos fue también invocado en el contexto de las variadas reacciones ante la inminencia del DSM-5.

La APA intentó responder mesuradamente a todas y cada una de estas observaciones u objeciones. Pidió a todos los potenciales miembros del Comité que, como condición previa a su nombramiento, presentaran documentación precisa de sus declaraciones de impuestos en los últimos cinco años. Abrió un *website* con información actualizada respecto al trabajo del Comité y urgió a psiquiatras, otros profesionales de la salud mental, organizaciones científicas, de familiares o de pacientes y al público en general a que emitiera sus opiniones y sugerencias abiertamente. Existe acuerdo en que, aparte de la adición de algunos nuevos diagnósticos, los debates más intensos se centraron en el llamado espectro autista, trastornos de personalidad, depresión ansiosa, trastorno neurocognitivo leve y la eliminación de la exclusión de duelo como condición clínica. Y no cabe duda que los debates han de continuar en el futuro previsible.

* Titular de la Cátedra Honorio Delgado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú; Profesor Emérito de Psiquiatría, Mayo Clinic College of Medicine, Rochester, MN., Estados Unidos; Editor Invitado, Volumen celebratorio de las Bodas de Diamante, *Revista de Neuro-Psiquiatría*, Lima, Perú.

Uno de los elementos dominantes en relación a la presencia del DSM-5 es, sin duda, la vigencia de un innegable impacto global. Bien o insuficientemente justificado, apropiado o no, este efecto se extiende con multicolor atuendo por todas las regiones y los países del mundo, convirtiéndolo no solo en el *best seller* más exitoso de la literatura psiquiátrica sino en punto de referencia obligado en toda labor clínica, docente, administrativa, legal o heurística a nivel universal. Nada de ello, sin embargo, significa que el Manual carezca de deficiencias, problemas, dificultades o afirmaciones cuestionables. Tiempo habrá para que muchos autores –entre ellos el suscrito, que fue miembro de dos Grupos dentro del Comité– puedan emitir opiniones y juicios deseablemente objetivos, maduros y balanceados, libres de tintes dogmáticos, interesados o viscerales.

Como ejemplo práctico del alcance internacional del DSM-5, es importante resaltar su eventual presencia en la psiquiatría latinoamericana y en la peruana, en particular. Un primer punto es el de la necesidad de utilizarlo en conjunción o en comparación con otros sistemas diagnósticos, específicamente CIE-10, y con glosarios regionales como la Guía Latinoamericana de Diagnóstico Psiquiátrico (GLADP) que requieren adecuada validación clínica. No se trata solamente de estudios epidemiológico-descriptivos sino de adecuada investigación clínica en muestras apropiadas y escenarios clínicos diversos, a fin de chequear confiabilidad y validez de manera objetiva. Examinar si los cambios en DSM-5 son no solo aplicables a la realidad latinoamericana (criterios diagnósticos, dimensiones de severidad, variantes regionales o locales de entidades clínicas, nuevos diagnósticos, etc.) es también acción pertinente, como lo es la posible estructuración de instrumentos adecuados a nuestro medio. Esto último tiene que ver con varios de los temas propuestos en la Sección III: uso de instrumentos como la auto-medición de “puntos de corte” de síntomas en niños, adolescentes y adultos o WHO-DAS (*Disability Assessment Schedule*) para especificación de rendimiento en diferentes dominios de funcionamiento personal; indagación de validez y pertinencia de la propuesta de un nuevo modelo diagnóstico para Trastornos de Personalidad y exploración de una lista de cuadros en necesidad de más investigación clínica.

Sin embargo, el área en la cual la psiquiatría latinoamericana puede tener un mayor impacto a nivel universal, sería la utilización de la Entrevista para la Formulación Cultural (EFC o *Cultural Formulation Interview, CFI*) también incluida en la Sección III. Resultado del trabajo de casi tres años por parte de un subgrupo *ad-hoc* nombrado dentro del Grupo de Estudio de Género y Temas Transculturales del Comité, la EFC (cuyo estudio de campo tuvo a Lima como una de sus sedes, al lado de otros once centros en siete países de cuatro continentes) es un instrumento ágil que da valor cualitativo y cuantitativo a importantes aspectos del encuentro clínico tales como la identidad cultural del paciente, modalidades de búsqueda de ayuda, modelos causales de índole cultural, etc. Su aplicación sistemática a pacientes de diferentes segmentos sociales o étnico-culturales en nuestro vasto continente podría resultar en nuevas formas de incorporar lo cultural a la labor clínica cotidiana (algo que se practica *de facto* pero que requiere formalizaciones e instrumentalización adecuadas), delineación de síndromes culturales, modismos culturales de discomfort o distrés o atribuciones causales de innegable valor psicoterapéutico y preventivo.

Tal, el reto que, entre muchas de sus contribuciones, nos plantea la aparición del DSM-5 en el mundo. Está allí para ser puesto a prueba porque sin ello no habrá progreso en nuestra disciplina. Y una vez más, Latinoamérica puede ingresar por la puerta grande al terreno de debates alturados y trascendentes.