

PREPARÉMONOS. LO PEOR ESTA POR VENIR: EL DSM-V: UNA PANDEMIA DE TRASTORNOS MENTALES (Críticas al DSM-V, publicadas por el autor del DSM-IV)

<http://www.wikio.es/news/Allen+Frances>

ABRIENDO LA CAJA DE PANDORA LAS 19 PEORES SUGERENCIAS DEL DSM-V

Por Allen Frances MD (Jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV)

TRADUCCIÓN: Gabriel Vulpara (El Dr. Frances ha sido jefe de la fuerza de tareas del DSM-IV y del departamento de psiquiatría en la Escuela de Medicina de la Universidad Duke. Actualmente es profesor emérito en Duke)

Ya he criticado previamente al proceso DSM-V -por su innecesario secretismo, sus ambiciones riesgosas, sus métodos desorganizados y sus irreales fechas límite (1-6). Ahora, es finalmente tiempo de evaluar el primer borrador del producto DSM-V recientemente posteadado (en www.DSM5.org)

Pobre e inconsistente redacción:

Quizás no debería causar sorpresa que un proceso defectuoso haya logrado un producto defectuoso. El problema más importante es la escritura pobre e inconsistente. Se admitió que los tempranos borradores del Grupo de Trabajo estaban escritos con imprecisión y con calidad variable, pero es sorprendente que el liderazgo del DSM-V haya fallado en editarlos para más claridad y consistencia. Sería un desperdicio de esfuerzo, tiempo y dinero conducir pruebas de campo antes de que los nuevos esquemas de criterios reciban extensa revisión. La pobre redacción es también signo de un mal pronóstico, sugiriendo que las secciones de texto del DSM-V para los variados trastornos podrían eventualmente ser inconsistentes, variables en calidad y a veces incoherentes.

Tasas más altas de trastornos mentales:

En términos de contenido, son más preocupantes las muchas sugerencias que el DSM-V podría dramáticamente incrementar las tasas de trastornos mentales. Esto aparece de dos maneras:

Nuevos diagnósticos que podrían ser extremadamente comunes en la población general (especialmente después del marketing de una siempre alerta industria farmacéutica).

Umbrales diagnósticos más bajos para muchos desórdenes existentes.

El DSM5 podría crear decenas de millones de nuevos mal identificados pacientes “falsos positivos” exacerbando así, en alto grado, los problemas causados por un ya demasiado inclusivo DSM-IV (7). Habría excesivos tratamientos masivos con medicaciones innecesarias, caras, y a menudo bastante dañinas. El DSM-V aparece promoviendo lo que más hemos temido: la inclusión de muchas variantes normales bajo la rúbrica de enfermedad mental, con el resultado de que el concepto central de “trastorno mental” resulta enormemente indeterminado.

Consecuencias imprevistas:

Una tercera debilidad generalizada en las opciones del DSM-V es su insensibilidad al posible mal uso como parámetros forenses. Los miembros del Grupo de Trabajo no pueden esperar anticipar las variadas formas en que los abogados intentarán retorcer sus buenas intenciones, pero es incumbencia del liderazgo del DSM-V establecer una revisión funcional forense a fondo, que pudiera identificar las muchas probables instancias de proposiciones con importantes implicaciones forenses (por ejemplo, la expansión de pedofilia para incluir la atracción hacia adolescentes).

Las restricciones de espacio (tanto como mis propios puntos ciegos y limitaciones en mi saber), hace de ésta una supervisión limitada, tanto en el número de revisiones que discuto, como en la profundidad posible de discusión en cada una. Me gustaría impulsar al campo a identificar los problemas adicionales que requieran corrección.

Nuevos diagnósticos problemáticos:

EL SINDROME DE RIESGO DE PSICOSIS es ciertamente la más preocupante de las sugerencias hechas para el DSM- V. La tasa de falsos positivos sería alarmante, del 70 al 75% en la mayoría de los estudios más cuidadosos, y aparentemente mucho más alta una vez que el diagnóstico sea oficial, para el uso general, y se convierta en un blanco para las compañías farmacéuticas (8). Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos (especialmente, según parece, aquellos incluidos en Medicaid) recibirían una innecesaria prescripción de antipsicóticos atípicos (9) No hay prueba de que los antipsicóticos atípicos prevengan de episodios psicóticos pero, definitivamente sí, causan gran y rápido aumento de peso (ver la reciente advertencia de la FDA) y están asociados a la reducción de la expectativa de vida, por no decir nada sobre su alto costo, otros efectos colaterales y estigmas-.

Esta sugerencia podría llevar a una catástrofe de salud pública y no hay prueba de campo posible que pueda justificar esta inclusión como un diagnóstico oficial. El intento de identificación temprana y tratamiento de individuos en riesgo es bien intencionado, pero peligrosamente prematuro. Debemos esperar hasta que haya un test de diagnóstico específico y un tratamiento seguro.

EL TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD DEPRESIVA toca síntomas no específicos que están ampliamente distribuidos en la población general y podría, de ahí en más, convertirse inmediatamente en uno de los más comunes de los desórdenes mentales en el DSM-V. Naturalmente su rápido encumbramiento a proporciones epidémicas podría ser fácilmente asistida por el marketing farmacéutico. Aparentemente, la medicación no sería mucho más efectiva que el placebo, a causa de la alta respuesta a placebo en desórdenes leves (10).

EL TRASTORNO COGNITIVO MENOR está definido por síntomas inespecíficos de desempeño cognitivo reducido, que son muy comunes (quizás hasta ubicuos) en personas de más de 50 años. Para protegerse contra falsos positivos hay un criterio que requiere una evaluación cognitiva objetiva para confirmar que el individuo ha disminuido su desempeño cognitivo. Pero lograr un punto de referencia significativa es imposible en la mayoría de las instancias, y el umbral ha sido dispuesto para incluir un enorme 13.5% de la población (por ej., el porcentaje de población entre la primera y segunda desviación estándar). Aún más, la sugerencia para tests objetivos será probablemente ignorada en los parámetros de cuidados primarios donde será efectuado .el grueso de los diagnósticos Medicalizar las disminuciones cognitivas que son de esperar a esas edades resultará un muy innecesario tratamiento con prescripciones no efectivas de drogas y remedios de curandero. Esto, sin duda, logrará una gran popularidad, ya que habrá seguramente una alta tasa de respuesta a placebo.

EL TRASTORNO DE ATRACONES (BINGE EATING DISORDER) tendrá en la población general una tasa (estimada de 6%) y ésta probablemente será mucho más alta cuando el diagnóstico se haga popular y sea hecho en los esquemas de atención primaria. Las decenas de millones de personas que se dan estos atracones una vez a la semana por 3 meses podrían, de pronto, tener un “trastorno mental”, sujetándolos al estigma y a medicaciones de probada ineficacia.

EL TRASTORNO DISFUNCIONAL DEL CARACTER CON DISFORIA es una de las más peligrosas y pobremente concebidas sugerencias para el DSM-V y una mal orientada medicalización de los exabruptos del carácter. El “diagnóstico” será muy común en cada edad de la población general y podría promover una gran expansión en el uso de medicaciones antipsicóticas, con todos los serios riesgos descritos arriba para los pacientes. Aparentemente, el Grupo de Trabajo intentaba corregir los excesivos diagnóstico de trastorno bipolar en la infancia - pero su sugerencia está tan pobremente escrita que no podría de ninguna manera lograr ese objetivo, en cambio podría crear un nuevo monstruo. La deficiente aplicación de este diagnóstico proveería de una excusa que permitiría cubrir la responsabilidad personal y llevar a pesadillas forenses. Es una mala forma de comenzar.

EL TRASTORNO COERCITIVO PARAFILICO expandiría el cúmulo de delincuentes sexuales susceptibles de castigo civil indefinido por tener un “trastorno mental” que incluye casos de coerción sexual. Este trastorno fue inicialmente considerado para ser incluido en el DSM III R (bajo el nombre de violación parafilica) pero fue rechazado a causa de que era imposible de diferenciar, en forma válida y confiable, a aquellos violadores cuyas

acciones son el resultado de una parafilia de la gran mayoría de violadores motivados por otros factores (tales como el poder). Dados los hechos (reconocidos en la sección de razonamientos) de que la mayoría de los violadores son suficientemente conscientes como para negar las fantasías sexuales y la no-confiabilidad (y no disponibilidad) de tests de laboratorios. El diagnóstico está inevitablemente basado sólo en el comportamiento de la persona, llevando a una potencialmente alarmante tasa de falsos positivos, con subsecuente castigo erróneo indefinido (11).

EI TRASTORNO DE HIPERSEXUALIDAD será un regalo para los buscadores de excusas en los falsos positivos y un potencial desastre forense. Otro claro punto de partida erróneo.

La categoría de **ADICCIONES CONDUCTUALES** sería incluida en la sección de adicciones a sustancias y podría cobrar vida con un trastorno de **JUEGO PATOLOGICO** (transferido de la sección de trastornos compulsivos). Esto proveería de una cuesta resbaladiza hacia la inclusión por la puerta de atrás de una variedad de estúpidos y potencialmente dañinos diagnósticos (por ej.: “adicciones” a comprar, al sexo, al trabajo, a la tarjeta de crédito y su deuda, a los videojuegos, etc., etc.) bajo la amplia rúbrica de “adicciones conductuales no especificadas de otro modo” . El constructo “adicciones conductuales” representa una medicalización de las elecciones de vida, provee una excusa dispuesta para descargar la responsabilidad personal, y fácilmente sería utilizada erróneamente en esquemas forenses

UMBRALES MÁS BAJOS

El mayor impacto general partiría de la sugerencia de eliminar el criterio de “significación clínica” requerido en el DSM-IV para cada trastorno que tenga un borroso límite con la normalidad (alrededor de los dos tercios de ellos). Fueron incluidos para asegurar la presencia de angustia clínicamente significativa o de impedimentos cuando los síntomas del trastorno en formas benignas puedan ser compatibles con la normalidad. Eliminando este requerimiento se reduciría el papel del juicio clínico transformándolo en un guardián para determinar la presencia o ausencia de trastornos mentales, y así se incrementarían las ya infladas tasas de diagnósticos psiquiátricos.

TRASTORNO DE DEFICIT DE ATENCIÓN CON O SIN HIPERACTIVIDAD. Las definiciones del DSM-IV cambian (junto con un extremadamente marketing activo de las compañías farmacéuticas), contribuyendo a aumentar las tasas de TDAH, acompañado de un generalizado abuso de medicaciones estimulantes para la mejora del desempeño y la emergencia de un gran mercado secundario ilegal.(12) Hay cuatro sugerencias para el DSM-V que empeorarían este existente sobrediagnóstico.

-El primer cambio es el de elevar la edad requerida de comienzo de 7 a 12 (13)

-El segundo es permitir el diagnóstico basado sólo en la presencia de síntomas, no requiriendo discapacidad.

-El tercero es reducir a la mitad el número de síntomas requeridos para adultos.

Estos 3 cambios reducen significativamente la especificidad del diagnóstico de TDAH en adolescentes y adultos y producirán un posterior flujo de falsos positivos y en mal uso resultante de los estímulos para el mejoramiento del desempeño (14).

-El cuarto cambio es permitir el diagnóstico de TDAH en presencia de autismo. Esto podría crear la interacción de dos falsas epidemias, impulsando el uso aumentado de estimulantes en una población especialmente vulnerable.

TRASTORNO DE ADICCION. El DSM-V propone eliminar la distinción entre abuso de sustancia y dependencia de sustancia, bajando el umbral para diagnosticar la nueva categoría de “adicción” que introduciría para reemplazar a ambos. Esta confusión del abuso episódico con el uso compulsivo continuo conduce a perder valiosa información clínica sobre sus muy diferentes tratamientos y sus implicaciones pronósticas. También parece innecesariamente estigmatizante llevando erróneamente a etiquetar con la dura palabra adicción a aquellos cuyo problema está restringido al uso intermitente de sustancias.

TRASTORNO DE ESPECTRO DE AUTISMO El desorden de Asperger colapsaría en esta nueva categoría unificada. Aunque esta consolidación apela a algunos expertos, permanece controvertida y presenta serios problemas. Aquellos con Asperger (que es mucho menos invalidante) serán estigmatizados por su asociación con el desorden autista clásico). Aún más, en la práctica usual diaria conducida por no-expertos, el concepto de espectro alimentará fácilmente la “epidemia” del pobremente definido autismo que ya ha sido disparada por la introducción del Asperger en el DSM-IV (15).

MEDICALIZACION DEL DUELO NORMAL. El DSM-V inutilizaría los 30 años de práctica de diagnóstico de Depresión Mayor, al ser efectuado en aquellos individuos cuya reacción al duelo sintomáticamente recuerda un

Episodio Depresivo Mayor (por ej.: dos semanas de ánimo depresivo, pérdida de interés en actividades, insomnio, pérdida de apetito, y problemas en concentrarse inmediatamente posteriores a la pérdida del cónyuge, serán un trastorno mental). Esto es un sorprendente y radical cambio que podría ayudar a algunos individuos, pero causará un enorme problema de falsos positivos, especialmente desde que hay mucha variabilidad individual y cultural en sobrellevarlo. Por supuesto, el duelo se transforma en un blanco extremadamente invitante para las compañías farmacéuticas.

La PEDOHEBEFILIA es uno de los esquemas de criterios sugeridos más pobremente descritos e inviables. Expandir la definición de pedofilia para incluir púberes medicalizaría el comportamiento criminal y posteriormente llevaría al previamente descrito abuso de la psiquiatría por el sistema legal. Ciertamente, el sexo con víctimas menores debería impactar como una materia importante de políticas públicas, pero esto debería acompañarse de un estatuto legal y penas apropiadas, no mediante un *hágase* de ello un trastorno mental.

BORRAMIENTO DEL SISTEMA MULTIAXIAL Esto produciría la pérdida de mucha información clínica valiosa. El diagnóstico multiaxial provee una disciplinada aproximación para distinguir entre estado y rasgo (eje I versus eje II), para determinar las contribuciones de condiciones médicas (eje III), y de estresores (eje IV) al diagnóstico y tratamiento de trastornos psiquiátricos. La puntuación GAF (eje IV) provee el estimado más conveniente y familiar de funcionamiento global. No se han ofrecidos razonamientos comparativos para hacer un cambio tan radical.

VARIADOS CAMBIOS MENORES Hay numerosos cambios editoriales menores dirigidos a ayudar a clarificar los esquemas de criterios existentes. Algunos de estos parecen ser mejoras, muchos son triviales, y algunos son peores que sus contrapartidas del DSM-IV. Cualquier posible beneficio en los cambios de redacción debe ser sopesada contra los riesgos de que la nueva versión creará su propio esquema de consecuencias imprevistas. Los viejos, probados y verdaderos esquemas de criterios han soportado la prueba del tiempo, a veces por 30 años, sin crear problemas forenses. Aún más, incluso pequeños cambios pueden tener un dramático impacto en la definición de casuística y la tasa de trastornos resultantes, comprometiendo sin necesidad la interpretación de toda la investigación clínica y epidemiológica que se hizo antes, en comparación con la que se haga después del DSM5-V.

VALORACIONES DIMENSIONALES Tres valoraciones dimensionales (para severidad comorbilidad y rasgos de personalidad) son sugeridas para el DSM-V. Las dimensiones son mayormente apropiadas para describir fenómenos distribuidos en forma continuada, que pueden ser reducidos a números. Ha sido ampliamente aceptado por varias décadas que sumar dimensiones ayudaría a resolver el problema del sistema categorial de límites difusos, incrementando la precisión de los diagnósticos psiquiátricos. Desafortunadamente, de todos modos, el campo nunca ha logrado consenso sobre cuáles dimensiones elegir y como medirlas mejor. Aún más, y más crucial, los clínicos encuentran las puntuaciones dimensionales demasiado poco familiares e incómodas para ser usadas en la práctica diaria, y todos los esfuerzos por incluir aún unas pocas puntuaciones dimensionales simples en los previos DSMs han encontrado la resistencia y negación por parte de los clínicos. Las propuestas dimensionales del DSM-V son especialmente problemáticas, ad hoc, inviablemente complejas, vagas, no testadas y prematuras. La introducción, pobremente ejecutada, de abultadas dimensiones en el DSM-V fácilmente le dará mala reputación y envenenará las bases para una necesaria aceptación posterior. Es también posible que el uso de dimensiones pueda crear consecuencias no intencionadas en seguros, discapacidad y determinaciones forenses. La posible introducción de dimensiones por el DSM-V ha sido largamente sobrevenida como un cambio de paradigma. Con unas pocas excepciones, sería probablemente recomendable incluir las puntuaciones dimensionales sugeridas en el apéndice del DSM-V o en un volumen separado de instrumentos diagnósticos.

PUNTUACIONES DE SEVERIDAD MANUFACTURADOS PARA CADA TRASTORNO. De hecho, esta aproximación fue probada para 8 categorías en el DSM III R, pero fue abandonada en el DSM-IV a causa de que los anclajes de puntuación de severidad no fueron validados y el sistema era demasiado abultado para el uso de la rutina clínica. Las puntuaciones de severidad sugeridos para el DSM-V son asombrosamente inconsistentes en los cruces en su formato y calidad y son largamente ad hoc, extremadamente complicados y totalmente impracticables para el uso en condiciones clínicas.

MEDICIONES EN SINTOMAS “CRUZADOS”, que existen entre un número de diferentes diagnósticos para suplementar los diagnósticos categoriales primarios. Tal evaluación puede ser útil en ciertos encuadres, pero es demasiado voluminosa para el uso en la rutina de la práctica clínica.

PUNTUACIONES DIMENSIONALES PARA PERSONALIDAD. Estos tendrían, en teoría, claras ventajas sobre la torpe aproximación de la evaluación de personalidad. En la práctica, de todos modos, los múltiples, complicados, confusos y voluminosos sistemas sugeridos por el DSM-V serían demasiado poco familiares y consumirían demasiado tiempo para ser alguna vez usados por clínicos. Otro efecto colateral será la eliminación, en el manual, de cinco de los trastornos de personalidad (paranoico, narcisista, histriónico, dependiente y esquizoide).

CONCLUSIONES

Posiblemente la dirección del DSM-V alegará que soy excesiva y prematuramente alarmista, que ellos están aún en los primeros pasos del proceso del DSM-V, y que alguna de las sugerencias problemáticas serán eventualmente suprimidas en las pruebas de campo. Esto es poner el carro (la prueba de campo) delante del caballo (por ej.: tener esquemas de criterios útiles para testar) y sigue perdiendo el punto de que el DSM-V ha estado y continúa en serios problemas. Siento que es mi responsabilidad dar claras alarmas ahora a causa de que el pasado desempeño de la conducción del DSM-V no inspira confianza en su futura habilidad para evitar serios errores.

¿Qué me lleva a tan pesimista conclusión? Cada paso en el desarrollo del DSM-V ha sido secreto y desorganizado. La dirección ha establecido una consistente línea de récords en proponer planes irreales e imposibilitados de lograr líneas de tiempo con previsible cursos erráticos y fechas tope repetidamente incumplidas. Yo, por ejemplo, anuncié el último mayo en el encuentro anual de la APA (y en la prensa) que las pruebas de campo del DSM-V iban a comenzar en el verano [boreal] de 2009. Entonces, ocurrió que ninguno de los pasos preparatorios necesarios habían sido cumplidos y que las pruebas de campo debían ser pospuestas por, al menos, un año. Durante los últimos seis meses, ha habido varias objetivos sucesivos de fechas para publicar los proyectos del DSM-V, cada una de las cuales fue incumplida causando demoras inexplicadas. La pobre planificación y ejecución ya han forzado una demora de un año en la fecha proyectada de publicación del DSM-V (a mayo del 2013).

El proceso del DSM-V es ya tres años viejo. Por ahora, un cuidadoso proceso editorial debería producir propuestas refinadas que hayan sido todas plausible, consistente y claramente escritas. Las pruebas de campo son arduas y caras y sólo tienen sentido para testar formulaciones precisas de esquemas criterios que tengan una posibilidad real de incluirse en el manual y no para las pobremente formuladas y desviadas sugerencias que ya han sido publicadas. Parece prudente identificar y arrancar de raíz los problemas ahora, a menos que se deslicen a hurtadillas en lo que aparece como una eventual loca avalancha para completar el DSM-V. Mi temor se sostiene en que, abandonado a sus propios artificios y sin continua presión y asistencia externa, el proceso del DSM-V nunca podría producir un producto de calidad (ni aún con la fecha tope de 2013).

Hay, de todos modos, una crítica del proceso del DSM-V que demanda una clara refutación. Ha sido alegado que aquellos que trabajan en el DSM-V tienen conflictos de intereses financieros y/o profesionales que los llevan a tomar decisiones que incrementen las tasas de diagnósticos psiquiátricos (por ej.: para beneficiar compañías farmacéuticas, o incrementar los fondos de investigación, o expandir las oportunidades de trabajo para los trabajadores de la salud mental). Conozco a la mayoría de los que trabajan en el DSM-V y puedo asegurar que esta acusación es completamente falsa. Ellos tienen la más alta integridad y están haciendo (lo que creo que a menudo es equivocado y hasta peligroso) sugerencias porque ellos sincera y hasta ingenuamente creen que allí es donde la ciencia los está llevando y no por alguna ganancia personal o profesional.

¿Cómo puede gente tan inteligente y escrupulosa hacer tantas malas sugerencias? Ha sido mi experiencia consistente (obtenida trabajando en los tres previos DSMs) que cada Grupo de Trabajo siempre tiene una fuerte (y a menudo irresistible) ansia de expandir los límites de los desórdenes de su sección. Este previsible imperialismo del diagnóstico de los Grupos de Trabajo debe siempre ser reconocido y resistido. Los expertos, concebiblemente, ubican en alto valor el reducir los falsos negativos para sus trastornos favoritos y en anular la necesidad de recurrir a la etiqueta “no especificado de otro modo”. Ellos esperan de esta manera identificar pacientes en curso temprano e instituir tratamientos que serán efectivos en reducir la cronicidad de la enfermedad.

Desafortunadamente, los miembros del Grupo de Trabajo usualmente tienen el punto ciego de dejar de lado que cualquier esfuerzo para reducir las tasa de falsos negativos debe inevitablemente levantar la tasa de falsos positivos (a menudo dramáticamente y con fatales consecuencias). Es inherentemente difícil para los expertos, con su altamente seleccionada experiencia clínica y de investigación, apreciar completamente qué tan pobremente pueden ser generalizados sus resultados de investigación en la práctica diaria, especialmente si ésta es conducida por acosados médicos de atención primaria en un medio ambiente pesadamente influido por el marketing de las compañías farmacéuticas. Ellos pueden consistentemente subestimar los costos y riesgos de tratamientos de medicación cuando es proporcionada a aquellos que no la necesitan realmente. Si alguna vez vamos a lograr la anhelada ventaja de la detección temprana de casos, debemos primero tener pruebas diagnósticas específicas y tratamientos seguros y efectivos. En contraste, las sugerencias del DSM-V demuestran la peculiarmente peligrosa

combinación de diagnósticos no específicos e inadecuados, llevando a no probados y potencialmente dañinos tratamientos.

Quiero enfatizar que los problemas en este proyecto del DSM-V no son todos culpa de los miembros del Grupo de Trabajo que trabajaron bajo muy poco promisorias condiciones. Las opciones del DSM-V están pobremente concebidas y ejecutadas a causa de la interacción de cuatro desafortunadas decisiones hechas por la dirección del DSM-V:

1. Requerimiento de innecesarios acuerdos de confidencialidad, que aislaron los Grupos de Trabajo de la usual y necesaria interacción correctiva con el campo.
2. Fuerte restricción de los consejeros a un pequeño y altamente seleccionado grupo.
3. Establecer al expectativa de que el Grupo de Trabajo debe ser más innovador que consciente de riesgos/beneficios.
4. Proveer a los Grupos de Trabajo con notoriamente escasa orientación, consistencia y asistencia editorial.

A causa de la naturaleza secreta y cerrada del proceso del DSM-V, el previsible entusiasmo de los expertos que integran los Grupos de Trabajo no ha sido balanceado, como debe siempre ser, con el saber de la práctica clínica del mundo real y con un cuidadoso análisis riesgos/beneficios de las posibles consecuencias inesperadas de cada sugerencia.

Sería irresponsable ahora descansar en la complaciente asunción de que todos estos problemas eventualmente serán eliminados. Por sus acciones e inacciones previas, la dirección del DSM-V ha sacrificado cualquier fe de "beneficio de la duda" en que su proceso se corregirá a sí mismo en una forma que garantice la eliminación de todas las posibilidades dañinas.

Hay, sin embargo, alguna causa de medido optimismo respecto del futuro del proceso del DSM-V basada en el hecho de que sí responde, aunque relucientemente, a presión externa. Han habido significantes y alentadoras mejoras durante los meses pasados. Un Comité de Supervisión del DSM-V fue finalmente citado y ha jugado un papel benéfico al corregir los problemas más egregios de los métodos y fechas límite anteriores. El infortunadamente concebido plan de conducir pruebas de campo antes de tener una revisión pública de los criterios fue abandonado y las irreales pruebas de campo y fechas tope para la publicación fueron extendidas en un año. El tiempo adicional provisto por la extensión de fechas tope, si se usa bien, sería suficiente para producir un DSM-V útil.

¿Qué es necesario hacer a continuación? La responsabilidad (y oportunidad) de rescatar el DSM-V cae más pesadamente en el campo y a la larga en el Comité de Supervisión. Ahora que finalmente los borradores del DSM-V están abiertos para una revisión amplia, corresponde al campo ser activo en identificar problemas y proveer la necesaria presión para asegurar que sean corregidos. Mis recomendaciones para el Comité de Supervisión son:

1. Extender el período previsto para revisión pública a tres meses.
2. Usar este tiempo para asegurar la cuidadosa edición de cada palabra de cada ítem de cada esquema de criterios, a fin de proveer claridad y consistencia que ahora es lamentablemente faltante y absolutamente necesaria antes de que cualquier significativa prueba de campo pueda comenzar.
3. Publicar los métodos de las pruebas de campo para revisión pública.
4. Designar tres subcomités que reporten al Comité de Supervisión (responsables, respectivamente de monitorear la revisión forense, el análisis de riesgos/beneficios y las pruebas de campo).
5. Publicar las revisiones de literatura y planes para la armonización con el ICD-11 [CIE-11].

Cada paso futuro en la preparación del DSM-V debería involucrar interacción activa con el campo y con el Comité de Supervisión y sus subcomités. El secretismo innecesario causó los problemas actuales y sólo la total transparencia y apertura hacia el exterior los solucionará.

Tuve el espacio y el conocimiento para identificar sólo los puntos problemáticos del DSM-V que fueran los más obvios para mí. El resto es de ustedes. Por favor, tómense el tiempo para revisar las opciones del DSM-V (al menos en sus áreas de interés) y envíen sus observaciones. Pueden encontrarlo en www.dsm5.org.

Nota:

Le agradecemos a nuestro colega Gabriel Vulpara que ha traducido y nos ha hecho llegar este artículo escrito por el Jefe del Grupo de Tareas del DSM IV, publicado en Psychiatric Times (www.psychiatrictimes.com). versión en inglés en <http://www.psychiatrictimes.com/display/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0> (blog amp)