

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 17, Número 1



2019

EDITORIAL

Salvando la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU - de sí misma
P.S. APPELBAUM

ARTÍCULOS ESPECIALES

Innovaciones y cambios en la clasificación de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la ICD-11
G.M. REED, M.B. FIRST, C.S. KOGAN Y COL.

Tratamientos psicológicos administrados por internet: de la innovación a la implementación
G. ANDERSSON, N. TITOV, B.F. DEAR Y COL.

PERSPECTIVAS

Crecimiento personal en la psicosis
M. SLADE, L. BLACKIE, E. LONGDEN

Evaluación y factores que determinan la satisfacción del paciente con la atención a la salud mental
S. PRIEBE, E. MIGLIETTA

Alternativas extrahospitalarias a ingresos hospitalarios en psiquiatría
B. LLOYD-EVANS, S. JOHNSON

Drop-out en psicoterapia: un cambio de perspectiva
F. LEICHSENRING, L. SARRAR, C. STEINERT

FÓRUM – TOMA DE DECISIONES POR REPRESENTACIÓN EN PSIQUIATRÍA: DECLARACIONES POR ÓRGANOS DE LAS NACIONES UNIDAS Y SUS IMPLICACIONES PRÁCTICAS

“Capacidad”, “mejores intereses”, “voluntad y preferencias” y la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidades de las Naciones Unidas
G. SZMUKLER

Comentarios

Salud mental y derechos humanos en el siglo XXI
D. PŪRAS, P. GOODING

Estrategias prácticas para acabar con las prácticas coercitivas en los servicios de salud mental
M. FUNK, N. DREW

La interpretación de “voluntad y preferencias” por el comité de la ONU puede violar los derechos humanos
T. STEINERT

El Artículo 12 de la CRPD, los límites de enfoques reduccionistas en aspectos complejos y la búsqueda necesaria de concertación
J.M. CALDAS DE ALMEIDA

La Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU: grandes oportunidades e interpretaciones peligrosas
S. GALDERISI

Voluntad y preferencias en el proyecto global de CRPD
P. BARTLETT

El rechazo de las evaluaciones de capacidad a favor del respeto por la voluntad y las preferencias: la promesa radical de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades de la ONU
E. FLYNN

La Convención de la ONU: perspectiva de un usuario de servicio
C. SUNKEL

ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN

El efecto de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para mejorar los desenlaces de salud física en personas con esquizofrenia: meta-revisión de metaanálisis de estudios aleatorizados controlados
D. VANCAMPFORT, J. FIRTH, C.U. CORRELL Y COL.

Dimensiones transdiagnósticas de la psicosis en la Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios (B-SNIP)
U. REININGHAUS, J.R. BÖHNKE, U. CHAVEZ-BALDINI Y COL.

Estimación del riesgo de PTSD en sobrevivientes de trauma reciente: resultados del Consorcio Internacional para Predecir PTSD (ICPP)
A.Y. SHALEV, M. GEVONDEN, A. RATANATHARATHORN Y COL.

REEVALUACIÓN

El modelo de reducción de síntomas a nivel de grupo basado en evidencia como el principio organizador para la atención psiquiátrica: ¿es tiempo de cambiar?
J. VAN OS, S. GULOKSUZ, T.E. VIJN Y COL.

PUNTOS DE VISTA

Hacia un consenso en torno a las normas para smartphone apps y salud mental digital
J. TOROUS, G. ANDERSSON, A. BERTAGNOLI Y COL.

Tratamiento con avatares: un nuevo enfoque promisorio para las voces angustiantes persistentes
T.K.J. CRAIG

Divorcio o separación de los padres y salud mental de los hijos
B. D'ONOFRI, R. EMERY

Resiliencia desde una perspectiva de sistemas de desarrollo
A.S. MASTEN

CARTAS AL EDITOR

NOTICIAS DE LA WPA

World Psychiatry

Edición en Español

REVISTA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN MUNDIAL DE PSIQUIATRÍA (WPA)

Volumen 17, Número 1  2019

Traducción íntegra de la Edición Original
Publicación imprescindible para todos los psiquiatras y profesionales de la salud mental que necesiten
una puesta al día en todos los aspectos de la Psiquiatría

EDICIÓN ORIGINAL

Editor: M. Maj (Italy)

Editorial Board: H. Herrman (Australia), A. Javed (UK/Pakistan), R.A. Kallivayalil (India), A. Soghoyan (Armenia), M. Takeda (Japan), R. Ng (Hong-Kong-China), M. Botbol (France), T.G. Schulze (Germany).

Advisory Board: H.S. Akiskal (USA), R.D. Alarcón (USA), D. Bhugra (UK), J.A. Costa e Silva (Brazil), J. Cox (UK), M. Jorge (Brazil), H. Katschnig (Austria), F. Lieh-Mak (Hong Kong-China), F. Lolas (Chile), J.E. Mezzich (USA), D. Moussaoui (Morocco), P. Munk-Jorgensen (Denmark), F. Njenga (Kenya), A. Okasha (Egypt), J. Parnas (Denmark), V. Patel (India), P. Ruiz (USA), N. Sartorius (Switzerland), A. Tasman (USA), S. Tyano (Israel), J. Zohar (Israel).

EDICIÓN ESPAÑOLA

Comité Consultor: E. Baca (España), E. Belfort (Venezuela), C. Berganza (Guatemala), J. Bobes (España), E. Camarena-Robles (México), A. Cia (Argentina), F. Chicharro (España), R. Cordoba (Colombia), R. González-Menéndez (Cuba), E. Jadresic (Chile), M. Jorge (Brasil), C. Leal (España), R. Montenegro (Argentina), N. Noya Tapia (Bolivia), A. Perales (Perú), M. Rondon (Perú), L. Salvador-Carulla (España)

©Copyright World Psychiatric Association

©Traducción al castellano Ergon

ISSN: 1697-0683

Reservados todos los derechos.

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita del editor, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta publicación por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo públicos.

Traducción: TransMed, LLC

World Psychiatry está indexada en PubMed, Current Contents/Medicina Clínica, Current Contents/Ciencias Sociales y del Comportamiento y Science Citation Index.



Barcelona · Madrid · Buenos Aires · México D.F.

Bolivia · Brasil · Colombia · Costa Rica · Ecuador · El Salvador · Estados Unidos · Guatemala · Honduras
Nicaragua · Panamá · Paraguay · Perú · Portugal · Puerto Rico · República Dominicana · Uruguay · Venezuela

Salvando la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU - de sí misma

La Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es un niño problemático de la ley internacional de derechos humanos. Al igual que la niña con un pequeño rizo exactamente en medio de su frente, immortalizada en verso por H.W. Longfellow, cuando está bien, está muy, muy bien, y cuando está mal, es horrible¹. Al consagrar los derechos de personas con discapacidades a accesibilidad, educación, salud, privacidad y otras condiciones que probablemente fomenten su florecimiento, la CRPD ofrece esperanza a las personas en todo el mundo cuyas discapacidades han sido la base de su exclusión de las aspiraciones habituales en la vida. Sin embargo, al promover restricciones en el Artículo 12 sobre las capacidades de los gobiernos para intervenir a fin de proteger los intereses y derechos de personas discapacitadas, la CRPD –al menos según la interpreta el Comité sobre Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU (el Comité), establecido para vigilar su implementación²– puede terminar dañando precisamente a las personas que pretende ayudar.

Como lo señala Szmukler en su análisis detallado de este tema en la revista³, la CRPD está siendo interpretada por el Comité como una iniciativa que impide cualquier intervención involuntaria dirigida a personas con discapacidades. En consecuencia, según el punto de vista de la CRPD, las personas ancianas con demencia que ya no pueden atender sus propias necesidades pero están dispuestas a aceptar la gestión de sus finanzas, salud o situaciones de vida por un guardián, no podrían ser obligadas a hacerlo. Las personas que tienen la intención de acabar con sus vidas como resultado de depresión mayor no podrían hospitalizarse en contra de su voluntad, ni podrían hacerlo las personas que sufren de psicosis que se rehúsan a comer porque creen que su comida está envenenada. Alguien en la etapa maníaca del trastorno bipolar tendría la libertad para disipar los ahorros de su familia o arruinar su negocio. En nombre de la protección de estas personas con discriminación, tendrían la libertad para destruir sus propias vidas y arruinar las vidas de sus seres queridos.

He considerado en otra parte cómo llegamos a este estado⁴. En suma, la culpa es de un proceso de borrador que fue capturado por algunos de los elementos más radicales del movimiento de derechos de los pacientes, que están dispuestos a sacrificar el bienestar de personas con discapacidades para lograr lo que ellos ven como sus metas políticas a largo plazo. También corresponde a muchos gobiernos de todo el mundo que descuidadamente ratificaron la CRPD sin considerar sus implicaciones. Aquí, no obstante, quiero centrarme en estrategias para abordar los problemas planteados por la CRPD en lo sucesivo. Por lo que puedo ver, hay tres alternativas: ignorar la CRPD, reinterpretarla o enmendarla.

Ignorar la CRPD, o por lo menos esas partes de la misma que son muy problemáticas, podría no parecer una alternativa viable, dado que la gran mayoría de los países en el mundo –177

en el último recuento⁵, con Estados Unidos como una excepción mayor– han ratificado el documento. Sin embargo, en la práctica esto puede no ser el caso. Szmukler cita una decisión reciente del tribunal europeo de derechos humanos que él caracteriza como una reinterpretación de la CRPD, pero que igualmente podría considerarse simplemente haber ignorado el artículo 12 y sus limitaciones. El tribunal sostuvo que “la asignación de una persona representante para tomar decisiones por una persona con discapacidades intelectuales, era proporcional y ajustada a las circunstancias del solicitante, y estaba sujeta a análisis por juzgados locales competentes, independientes e imparciales. La medida tomada también fue en consonancia con el objetivo legítimo de proteger la salud del solicitante, en un sentido más amplio de su bienestar”⁶. En un tenor similar, Dawson⁷ señala, varios países ratificaron la Convención con las reservas de que negarían los aspectos más restrictivos del artículo 12, o en sus informes bianuales simplemente han afirmado que están apegándose cuando claramente no lo están.

Reinterpretar la CRPD en formas que son diferentes al enfoque adoptado por el Comité es otra forma de lidiar con los problemas. Estos esfuerzos han incluido argumentos de que proteger a las personas vulnerables no constituye discriminación; de hecho, ignorar su vulnerabilidad puede ser discriminatorio^{4,7}; que cuando los derechos protegidos por la CRPD están en conflicto, por ejemplo, preservación de la vida frente a ejercicio de capacidad legal, debe tener preferencia el derecho más importante⁸; y que incluso el lenguaje del Artículo 12 parece reconocer que pueden ser necesarias las limitaciones a la capacidad de toma de decisiones de una persona⁷. El análisis de Szmukler sobre las formas en las cuales “voluntad” y “preferencia” –términos clave en la CRPD– pueden estar en conflicto, y la lógica de privilegiar la voluntad sostenida con respecto a las preferencias a corto plazo queda en esta categoría también. Desde mi punto de vista, todas estas críticas al Artículo 12, que es una disposición profundamente defectuosa e internamente incongruente son convincentes. Sin embargo, dada la baja probabilidad de que el comité se vea orillado por estas críticas a modificar su interpretación, la eficacia de los argumentos probablemente dependerá de persuadir a los países para ignorar los aspectos contraproducentes de la CRPD o procurar un remedio más radical, es decir, la enmienda de la CRPD.

Enmendar la CRPD puede ser la solución más eficaz a largo plazo a los problemas que tantos gobiernos y comentaristas han identificado. No será un proceso fácil. El proceso de la CRP requirió un esfuerzo de aproximadamente cinco años, que implicó puntuaciones de organizaciones no gubernamentales y centenares de individuos⁹. Sin embargo, la propia CRPD (Artículo 47) visualiza un proceso menos arduo según el cual se puedan hacer enmiendas, permitiendo a cualquier estado que sea parte de la CRPD proponer una enmienda, que pueda considerarse con el apoyo de un tercio de los países y adoptarse por un voto de dos

tercios. Puede preverse la resistencia del Comité y las partes más radicales del movimiento de derechos de discapacidad que inicialmente tuvo éxito para captar el proceso del proyecto; de ahí que, el éxito dependerá de la movilización de organismos gubernamentales, organizaciones profesionales, académicos, organizaciones familiares y las propias personas discapacitadas para defender ante sus gobiernos la necesidad de cambio. Solo la enmienda del Artículo 12 puede revertir definitivamente la interpretación extrema del Comité y retirar el espectro de la condena internacional de cualquier país que no logre apearse a su enfoque.

Hasta que esto ocurra, podemos prever que los gobiernos y otros responsables del bienestar de las personas que se vuelven vulnerables por sus discapacidades ignorarán -y deberían hacerlo- la Convención cuando interfiera en un enfoque de sentido común para proteger a los ciudadanos que de una u otra manera son incapaces de protegerse a sí mismos. Para el futuro, la enseñanza a aprender es la importancia decisiva de la participación de representantes de los países, organizaciones profesionales y expertos individuales que representen las posturas tradicionales en el proceso de poner en proyecto documentos internacionales cruciales.

Paul S. Appelbaum

Department of Psychiatry, Columbia University, and New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA

1. Longfellow HW. There was a little girl. <https://www.poetryfoundation.org/poems/44650/there-was-a-little-girl>.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
3. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18:34-41.
4. Appelbaum PS. Psychiatr Serv 2016;67:366-8.
5. Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations. Status of ratification interactive dashboard. <http://indicators.ohchr.org/>.
6. European Court on Human Rights. AM-V v Finland ECHR 273, 2017.
7. Dawson J. Int J Law Psychiatry 2015;40:70-9.
8. Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM et al. Lancet Psychiatry 2015;2:844-50.
9. Sabatello M, Schulze M (eds). Human rights and disability advocacy. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 2014.

DOI:10.1002/wps.20583

Innovaciones y cambios en la clasificación de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la ICD-11

GEOFFREY M. REED^{1,2}, MICHAEL B. FIRST^{2,3}, CARY S. KOGAN⁴, STEVEN E. HYMAN⁵, OYE GUREJE⁶, WOLFGANG GAEBEL⁷, MARIO MAJ⁸, DAN J. STEIN⁹, ANDREAS MAERCKER¹⁰, PETER TYRER¹¹, ANGELICA CLAUDINO¹², ELENA GARRALDA¹¹, LUIS SALVADOR-CARULLA¹³, RAJAT RAY¹⁴, JOHN B. SAUNDERS¹⁵, TARUN DUA¹, VLADIMIR POZNYAK¹, MARÍA ELENA MEDINA-MORA¹⁶, KATHLEEN M. PIKE², JOSÉ L. AYUSO-MATEOS¹⁷, SHIGENOBU KANBA¹⁸, JARED W. KEELEY¹⁹, BRIGITTE KHOURY²⁰, VALERY N. KRASNOV²¹, MAYA KULYGINA²¹, ANNE M. LOVELL²², JAIR DE JESUS MARI¹², TOSHIMASA MARUTA²³, CHIHIRO MATSUMOTO²⁴, TAHILIA J. REBELLO^{2,3}, MICHAEL C. ROBERTS²⁵, REBECA ROBLES¹⁶, PRATAP SHARAN²⁶, MIN ZHAO²⁷, ASSEN JABLENSKY²⁸, PICHET UDOMRATN²⁹, AFARIN RAHIMI-MOVAGHAR³⁰, PER-ANDERS RYDELIUS³¹, SABINE BÄHRER-KOHLER³², ANN D. WATTS³³, SHEKHAR SAXENA³⁴

¹Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ²Department of Psychiatry, Columbia University Medical Center, New York, NY, USA; ³New York State Psychiatric Institute, New York, NY, USA; ⁴School of Psychology, University of Ottawa, Ottawa, ON, Canada; ⁵Stanley Center for Psychiatric Research, Broad Institute of Harvard and Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, MA, USA; ⁶Department of Psychiatry, University of Ibadan, Ibadan, Nigeria; ⁷Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical Faculty, Heinrich-Heine University, Düsseldorf, Germany; ⁸Department of Psychiatry, University of Campania "L. Vanvitelli", Naples, Italy; ⁹Department of Psychiatry, University of Cape Town, and South African Medical Research Council Unit on Risk and Resilience in Mental Disorders, Cape Town, South Africa; ¹⁰Department of Psychology, University of Zurich, Zurich, Switzerland; ¹¹Centre for Mental Health, Imperial College, London, UK; ¹²Department of Psychiatry, Universidade Federal de Sao Paulo (UNIFESP/EPM), Sao Paulo, Brazil; ¹³Research School of Population Health, Australian National University, Canberra, ACT, Australia; ¹⁴National Drug Dependence Treatment Centre, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; ¹⁵Centre for Youth Substance Abuse Research, University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia; ¹⁶National Institute of Psychiatry Ramón de la Fuente Muñiz, Mexico City, Mexico; ¹⁷Department of Psychiatry, Universidad Autónoma de Madrid; Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM); Instituto de Investigación Sanitaria La Princesa, Madrid, Spain; ¹⁸Department of Neuropsychiatry, Kyushu University, Fukuoka, Japan; ¹⁹Department of Psychology, Virginia Commonwealth University, Richmond, VA, USA; ²⁰Department of Neuropsychiatry, American University of Beirut Medical Center, Beirut, Lebanon; ²¹Moscow Research Institute of Psychiatry, National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russian Federation; ²²Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale U988, Paris, France; ²³Health Management Center, Seitoku University, Matsudo, Japan; ²⁴Japanese Society of Psychiatry and Neurology, Tokyo, Japan; ²⁵Office of Graduate Studies and Clinical Child Psychology Program, University of Kansas, Lawrence, KS, USA; ²⁶Department of Psychiatry, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India; ²⁷Shanghai Mental Health Center and Department of Psychiatry, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, People's Republic of China; ²⁸Centre for Clinical Research in Neuropsychiatry, University of Western Australia, Perth, WA, Australia; ²⁹Department of Psychiatry, Prince of Songkla University, Hat Yai, Thailand; ³⁰Iranian National Center for Addiction Studies, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ³¹Department of Child and Adolescent Psychiatry, Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; ³²International Federation of Social Workers, Basel, Switzerland; ³³Entabeni Hospital, Durban, South Africa; ³⁴Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

Después de la aprobación de la ICD-11 por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2009, los países miembros de la Organización Mundial de la Salud (WHO) cambiarán de la ICD-10 a la ICD-11, y la notificación de las estadísticas de salud se basará en el nuevo sistema a partir del 1 de enero de 2022. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la WHO publicará Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas (CDDG) para Trastornos Mentales, de la Conducta y el Neurodesarrollo de la ICD-11 tras la aprobación de la ICD-11. El desarrollo de las CDDG de la ICD-11 de la última década, basada en los principios de utilidad clínica y aplicabilidad global, ha sido el proceso más ampliamente internacional, multilingüe, multidisciplinario y participativo de revisión que se haya implementado para una clasificación de los trastornos mentales. Las innovaciones en la ICD-11 comprenden la aportación de información congruente y sistemáticamente caracterizada, la adopción de un enfoque que abarca el curso de la vida y guía relacionada con la cultura para cada trastorno. Los enfoques dimensionales se han incorporado en la clasificación, sobre todo para el trastorno de la personalidad y los trastornos psicóticos primarios, en formas que son congruentes con la evidencia actual, son más compatibles con los enfoques basados en el restablecimiento, eliminan comorbilidad artificial y captan de manera más efectiva los cambios en el curso del tiempo. Aquí describimos cambios importantes a la estructura de la clasificación de los trastornos mentales de la ICD-11 en comparación con la ICD-10, y el desarrollo de dos nuevos capítulos en la ICD-11 que son relevantes a la práctica psiquiátrica. Ilustramos una serie de nuevas categorías que se han añadido a la ICD-11 y presentamos el fundamento para su inclusión. Por último, proporcionamos una descripción de los cambios importantes que se han realizado en cada agrupamiento de trastornos de la ICD-11. Se pretende que esta información sea útil para profesionales clínicos e investigadores por igual y los oriente en torno a la ICD-11 y en la preparación para la implementación en sus propios contextos profesionales.

Palabras clave: Clasificación Internacional de las Enfermedades, ICD-11, trastornos mentales, utilidad clínica, enfoques dimensionales, guía relacionada con la cultura.

(World Psychiatry (2019);17:3–19)

En junio de 2018, la Organización Mundial de la Salud (WHO) aprobó su versión prefinal de la 11ª revisión de la Clasificación de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (ICD-11) para estadísticas de mortalidad y morbilidad en

sus 194 países miembros, para su análisis y preparación para la implementación¹. La Asamblea Mundial de la Salud, que comprende los ministerios de salud de todos los estados integrantes, se espera que aprueben la ICD-11 en su próxima reunión, en

mayo de 2019. Después de la aprobación, los países miembros comenzarán un proceso de transición de la ICD-10 a la ICD-11, y la notificación de las estadísticas de salud a la WHO utilizando la ICD-11 comenzará el 1 de enero de 2022².

El Departamento de Salud Mental y de Uso de Sustancias de la WHO se ha encargado de coordinar el desarrollo de cuatro capítulos de la ICD-11: trastornos mentales, conducta y neurodesarrollo; sueño-vigilia; enfermedades del sistema nervioso; y trastornos relacionados con la salud sexual (en conjunto con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones de la WHO).

El capítulo de trastornos mentales de la ICD-10, la versión actual de la ICD, es con mucho la clasificación de los trastornos mentales más ampliamente utilizada en todo el mundo³. Durante el desarrollo de la ICD-10, el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la WHO consideró que tendrían que producirse diferentes versiones de la clasificación para satisfacer las necesidades de sus usuarios diversos. La versión de la ICD-10 para la notificación estadística contiene definiciones breves en forma de glosario para cada categoría de trastorno, pero esto se consideró insuficiente para uso por profesionales de la salud mental en contextos clínicos⁴.

El Departamento desarrolló para los profesionales de la salud mental las Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas (CDDG) de los Trastornos Mentales y de la Conducta de la ICD-10⁴ informalmente conocidas como el “libro azul”, que tienen como finalidad su uso clínico general educativo y de servicio. Para cada trastorno se proporcionó una descripción de las principales manifestaciones clínicas y asociadas, seguida de guías diagnósticas más operacionalizadas que fueron diseñadas para ayudar a los profesionales clínicos de la salud mental a establecer un diagnóstico seguro. La información de una encuesta reciente⁵ indica que los profesionales clínicos con regularidad utilizan el material de las CDDG y a menudo lo revisan sistemáticamente al establecer un diagnóstico inicial, lo cual se contrapone a la creencia generalizada de que los profesionales clínicos solo utilizan la clasificación con el fin de obtener códigos diagnósticos para fines administrativos y de facturación. El Departamento publicará una versión equivalente a las CDDG para la ICD-11 lo más pronto posible después de la aprobación del sistema general por la Asamblea Mundial de la Salud.

Ha transcurrido más de una década de investigación intensiva en el desarrollo de las CDDG de la ICD-11. Ha involucrado a centenares de expertos en contenido como miembros de Grupos de Asesores y de Trabajo y consultores, así como una amplia colaboración con los países miembros de la WHO, organismos financiadores y sociedades profesionales y científicas. El desarrollo de las CDDG de la ICD-11 ha sido el proceso de revisión más global, multilingüe, multidisciplinaria y participativa que alguna vez se haya implementado para una clasificación de trastornos mentales.

GENERACIÓN DE LAS CDDG DE LA ICD-11: PROCESO Y PRIORIDADES

Claramente describimos la importancia de la utilidad clínica como un principio organizador en el desarrollo de las CDDG de la ICD-11^{6,7}. Las clasificaciones de salud representan la interfaz entre encuentros de salud e información de salud. Un sistema que no proporciona información clínicamente útil a nivel de encuentro de salud no será implementado fielmente por los profesionales

clínicos y por tanto no puede proporcionar una base válida para los datos de encuentro de salud sumarios que sirvan a la toma de decisiones del sistema de salud, a nivel nacional y global.

Por consiguiente, se resaltó mucho la utilidad clínica en las instrucciones proporcionadas a una serie de Grupos de Trabajo, organizados en general según agrupamiento de trastorno, asignados por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la WHO para hacer recomendaciones relacionadas con la estructura y el contenido de las CDDG de la ICD-11.

Desde luego, además de tener utilidad clínica y ser globalmente aplicable, la ICD-11 debe ser válida desde el punto de vista científico. Por consiguiente, a los grupos de trabajo también se les pidió que analizaran la evidencia científica disponible de relevancia para sus campos de trabajo como una base para el desarrollo de sus propuestas para la ICD-11.

La importancia de la aplicabilidad global⁶ también se enfatizó sobremanera a los Grupos de Trabajo. Todos los grupos tuvieron representantes de todas las regiones globales de la WHO –África, los países de América, Europa, Mediterráneo Oriental, Sudeste de Asia y Pacífico Occidental– y una proporción sustancial de individuos de países con bajos y medianos ingresos, los cuales contribuyen con más de un 80% a la población mundial⁸.

Una desventaja de las CDDG de la ICD-10 fue la falta de congruencia en el material proporcionado para los diferentes agrupamientos de trastornos⁹. Para las CDDG de la ICD-11, se les pidió a los Grupos de Trabajo que proporcionaran sus recomendaciones como “formas de contenido”, incluyendo información congruente y sistemática para cada trastorno que proporcionara la base para las guías diagnósticas.

Hemos publicado previamente una descripción detallada del proceso operativo y la estructura de las guías diagnósticas de la ICD-11⁹. El desarrollo de las CDDG de la ICD-11 ocurrió durante un periodo que se superpuso sustancialmente a la producción de DSM-5 por la American Psychiatric Association, y muchos Grupos de Trabajo de la ICD-11 incluyeron membresía traslapada con grupos correspondientes que trabajaron en el DSM-5. A los Grupos de Trabajo de la ICD-11 se les pidió que consideraran la utilidad clínica y la aplicabilidad global del material que se estaba desarrollando para DSM-5. Una meta fue minimizar las diferencias aleatorias o arbitrarias entre la ICD-11 y el DSM-5, aunque se permitieron diferencias conceptuales justificadas.

INNOVACIONES EN LAS CDDG DE LA ICD-11

Una característica muy importante de las CDDG de la ICD-11 es su estrategia para describir las manifestaciones esenciales de cada trastorno que representan estos síntomas o características que un profesional clínico pudiera esperar aceptablemente encontrar en todos los casos del trastorno. Aunque las listas de manifestaciones esenciales en las guías semejan superficialmente los criterios diagnósticos, en general se evitan umbrales arbitrarios y requisitos precisos relacionados con los números de síntomas y su duración, a menos que se hayan establecido empíricamente en diferentes países y culturas o exista un motivo convincente para incluirlos.

Este enfoque tiene como propósito ajustarse a la forma en que los profesionales clínicos establecen diagnósticos en la práctica, con el ejercicio flexible del criterio clínico, y aumentar la utilidad clínica al permitir variaciones culturales en la presentación lo mismo que factores contextuales y de sistemas de salud que puedan

afectar la práctica diagnóstica. Esta estrategia flexible es congruente con resultados de encuestas entre psiquiatras y psicólogos llevadas a cabo en una etapa temprana del proceso de desarrollo de la ICD-11 en relación con las características convenientes de un sistema de clasificación de los trastornos mentales^{3,10}. Estudios de campo en contextos clínicos en 13 países han confirmado que los profesionales clínicos consideran muy valiosa la utilidad clínica de este enfoque¹¹. Es importante señalar que la fiabilidad diagnóstica de las guías de la ICD-11 al parecer es tan alta como la obtenida utilizando el enfoque basado en criterios estrictos¹².

También se introdujeron otras innovaciones en las CDDG de la ICD-11 por medio del templete proporcionado a los Grupos de Trabajo para hacer sus recomendaciones (esto es, la “forma de contenido”). Como parte de la estandarización de la información proporcionada en las guías, se dedicó atención en cada trastorno a la caracterización sistemática de los límites con la variación normal y a la expansión de la información proporcionada en los límites con otros trastornos (diagnóstico diferencial).

El enfoque que abarca el curso de la vida adoptado para la ICD-11 significó la eliminación del agrupamiento separado de trastornos de la conducta y emocionales, cuyo inicio por lo general ocurre en la infancia y la adolescencia, y estos trastornos se distribuyeron a otros agrupamientos con los cuales compartían síntomas. Por ejemplo, el trastorno por ansiedad de separación se movió al grupo de trastornos por ansiedad y relacionados con temor. Además, las CDDG de la ICD-11 proporcionan información para cada trastorno o agrupamiento donde se contó con datos que describían variaciones en la presentación del trastorno entre niños y adolescentes y también entre adultos de edad avanzada.

La información relacionada con la cultura se incorporó sistemáticamente con base en un análisis de la literatura sobre influencias culturales en la psicopatología y su expresión para cada agrupamiento diagnóstico de la ICD-11 así como un análisis detallado del material culturalmente pertinente en las CDDG de la ICD-10 y el DSM-5. En la Tabla 1 se proporciona como un ejemplo la guía cultural para el trastorno por pánico.

Tabla 1. Consideraciones culturales para el trastorno por pánico

- La presentación de los síntomas de ataques de pánico puede variar entre las culturas, y está sujeta a la influencia de atribuciones culturales respecto a su origen o fisiopatología. Por ejemplo, individuos de origen camboyano pueden resaltar los síntomas de pánico atribuidos a la desregulación de *khyal*, una sustancia parecida al viento en la etnofisiología camboyana tradicional (por ejemplo, mareos, acúfenos, molestia en el cuello).
- Hay varios conceptos culturales notables de angustia relacionados con el trastorno por pánico, que vinculan pánico, temor o ansiedad con las atribuciones etiológicas en relación con influencias sociales y ambientales específicas. Son ejemplos las atribuciones relacionadas con conflicto interpersonal (por ejemplo, ataque de nervios entre personas latinoamericanas), esfuerzo y ortostasis (*khyal cap* entre los camboyanos) y viento atmosférico (*trúng gió* entre individuos vietnamitas). Estas denominaciones culturales pueden aplicarse a presentaciones de síntomas diferentes a los del pánico (por ejemplo, paroxismos de ira, en el caso de *ataque de nervios*) pero a menudo constituyen episodios de pánico o presentaciones con imbricación fenomenológica parcial con ataques de pánico.
- Esclarecer las atribuciones culturales y el contexto de la experiencia de síntomas puede fundamentar si los ataques de pánico se han de considerar esperados o inesperados, como sería el caso de trastorno de pánico. Por ejemplo, los ataques de pánico pueden implicar focos específicos de aprehensión que son mejor explicados por otro trastorno (por ejemplo, situaciones sociales en el trastorno de ansiedad social). Además, el vínculo cultural de la aprehensión se centra en exposiciones específicas (por ejemplo viento o frío y *trúng gió* ataques de pánico) pueden señalar que se espera ansiedad aguda cuando se considera en el marco de referencia cultural del individuo.

Otra innovación importante de la clasificación de la ICD-11 ha sido la incorporación de enfoques dimensionales dentro del contexto de un sistema explícitamente categórico con limitaciones taxonómicas específicas. Este esfuerzo fue estimulado por la evidencia de que la mayor parte de los trastornos mentales puede describirse mejor en una serie de dimensiones de síntomas interactivos en vez de en categorías definidas^{13,15}, y se ha facilitado por las innovaciones en la estructura de codificación para la ICD-11. El potencial dimensional de la ICD-11 se cumple más claramente en la clasificación de los trastornos de la personalidad^{16,17}.

En los contextos no especializados, la evaluación dimensional de la gravedad para los trastornos de la personalidad en la ICD-11 ofrece mayor simplicidad y utilidad clínica que la clasificación de los trastornos de la personalidad específicos de la ICD-10, mejor diferenciación de pacientes que necesitan tratamientos complejos en comparación con más sencillos, y un mejor mecanismo para dar seguimiento a los cambios en el curso del tiempo. En contextos más especializados, la gama de rasgos de la personalidad individual puede fundamentar estrategias de intervención específicas. El sistema dimensional elimina la comorbilidad artificial de los trastornos de la personalidad y los diagnósticos de trastornos de la personalidad no especificados, y proporciona una base para la investigación en dimensiones subyacentes e intervenciones en diversas manifestaciones del trastorno de personalidad.

Asimismo, se ha introducido una serie de calificativos dimensionales para describir las manifestaciones sintomáticas de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios¹⁸. En vez de enfocarse en subtipos diagnósticos, la clasificación dimensional se centra en aspectos relevantes de la presentación clínica actual en formas que son mucho más congruentes con los enfoques de rehabilitación psiquiátrica basados en el restablecimiento.

Más adelante en este artículo se describen con más detalle en las secciones respectivas los enfoques dimensionales para los trastornos de la personalidad y las manifestaciones sintomáticas de trastornos psicóticos primarios.

ESTUDIOS DE CAMPO PARA LA ICD-11

El programa de estudios de campo para la ICD-11 también representa un área de innovación importante. Este programa de trabajo ha incluido el uso de métodos novedosos para estudiar la utilidad clínica de las guías diagnósticas en borrador, incluida su precisión y congruencia de aplicación por los profesionales clínicos en comparación con la ICD-10, así como los elementos específicos causantes de alguna confusión observada¹⁹. Una fortaleza clave del programa de investigación ha sido que casi todos los estudios se han realizado en un marco de tiempo que permite que sus resultados proporcionen una base para la revisión de las guías a fin de abordar cualquier debilidad observada²⁰.

La participación global ha sido también una característica definitoria del programa de estudios de campo de las CDDG para la ICD-11. Se estableció la Red de Práctica Clínica Global (GCPN) para permitir a profesionales de la salud mental y médicos de atención primaria de todo el mundo participar directamente en el desarrollo de las CDDG de la ICD-11 a través de estudios de campo con base en Internet.

Con el tiempo, la CGPN se ha expandido para incluir casi 15.000 profesionales clínicos de 155 países. Todas las regiones globales de la WHO están representadas en proporciones que en gran

parte consignan la disponibilidad de profesionales de la salud mental por región, siendo las proporciones más altas en Asia, Europa y los países de América (aproximadamente divididos en igual proporción entre Estados Unidos y Canadá por un lado y Latinoamérica por el otro). Más de la mitad de los miembros de la GCPN son médicos, predominantemente psiquiatras, y 30% son psicólogos.

Hasta la fecha se han completado alrededor de una docena de estudios en la GCPN, la mayor parte centrados en comparaciones de las guías diagnósticas propuestas de la ICD-11 con las guías de la ICD-10 en términos de precisión y congruencia de las formulaciones diagnósticas de los profesionales clínicos, utilizando material de casos estandarizados manipulado para evaluar diferencias clave^{19,21}. Otros estudios han analizado el incremento progresivo de calificativos diagnósticos²² y cómo los profesionales clínicos realmente utilizan las clasificaciones⁵. Se han llevado a cabo estudios en la GCPN en chino, francés, japonés, ruso y español, además del inglés, y han incluido un examen de resultados según región e idioma para identificar potenciales dificultades en la aplicabilidad global o cultural, así como problemas en la traducción.

Se han realizado estudios basados en el aspecto clínico a través de una red de centros de estudios de campo internacionales para evaluar la utilidad clínica y la aplicabilidad de las guías diagnósticas propuestas para la ICD-11 en condiciones naturales, en contextos en los cuales se pretende que se utilicen¹¹. En estos estudios también se evaluó la fiabilidad de los diagnósticos que representan la mayor proporción de la morbilidad y utilización de los servicios de salud mental¹². Los estudios de campo internacionales se realizaron en 14 países de todas las regiones globales de la WHO, y se efectuaron entrevistas con los pacientes para los estudios en el idioma local de cada país.

ESTRUCTURA GLOBAL DEL CAPÍTULO SOBRE TRASTORNOS MENTALES, DE LA CONDUCTA Y DEL NEURODESARROLLO EN LA ICD-11

En la ICD-10, el número de agrupamientos de trastornos se limitó artificialmente por el sistema de codificación decimal utilizado en la clasificación, de manera que solo fue posible tener un máximo de diez agrupamientos principales de trastornos en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento. En consecuencia, se crearon agrupamientos diagnósticos que no estaban basados en la utilidad clínica o en evidencia científica (por ejemplo, los trastornos por ansiedad se incluyeron como parte del agrupamiento heterogéneo de trastornos neuróticos, relacionados con estrés y somatiformes). El uso de una estructura de codificación alfanumérica flexible en la ICD-11 permitió un mucho mayor número de agrupamientos, haciendo posible desarrollar agrupamientos diagnósticos basados más estrechamente en evidencia científica y en las necesidades de la práctica clínica.

A fin de proporcionar datos para ayudar al desarrollo de una estructura organizativa que fuese más clínicamente útil, se realizaron dos estudios de campo formativos^{23,24} para analizar las conceptualizaciones que sostienen los profesionales de salud mental en todo el mundo en torno a las relaciones entre los trastornos mentales. Estos datos fundamentaron decisiones sobre la estructura óptima de la clasificación. La estructura organizativa de la ICD-11 también estuvo sujeta a la influencia de esfuerzos por la WHO y la American Psychiatric Association para armonizar

la estructura global del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la ICD-11 con la estructura del DSM-5.

La organización del capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la ICD-10 reflejó en gran parte la organización de capítulos originalmente utilizados en el libro de texto de psiquiatría de Kraepelin, que comenzó con trastornos orgánicos, seguidos de psicosis, trastornos neuróticos y trastornos de la personalidad²⁵. Los principios que guiaron la organización de la ICD-11 consistieron en tratar de ordenar los agrupamientos diagnósticos siguiendo una perspectiva del desarrollo (por consiguiente, los trastornos del neurodesarrollo aparecen primero y los trastornos neurocognitivos al último en la clasificación) y el agrupamiento de trastornos juntos con base en factores etiológicos y fisiopatológicos putativos compartidos (por ejemplo, trastornos específicamente asociados a estrés) así como fenomenología compartida (por ejemplo, trastornos disociativos). En la Tabla 2 se proporciona una lista de los agrupamientos diagnósticos en el capítulo sobre trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la ICD-11.

La clasificación de trastornos del sueño en la ICD-10 se basó en la separación ahora obsoleta entre trastornos orgánicos y no orgánicos, dando lugar a que trastornos del sueño “no orgánicos” se incluyeran en el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la ICD-10, y los trastornos del sueño “orgánicos” se incluyeran en otros capítulos (es decir, enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema respiratorio y trastornos endocrinos, nutricionales y metabólicos). En la ICD-11, se ha creado un capítulo separado para los trastornos de sueño-vigilia que abarca todos los diagnósticos relevantes relacionados con el sueño.

La ICD-10 también abarcó una dicotomía entre orgánico y no orgánico en el campo de las disfunciones sexuales, en la que las disfunciones sexuales “no orgánicas” son incluidas en el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento y las disfunciones sexuales “orgánicas” en su mayor parte enumeradas en el capítulo sobre enfermedades del sistema genitourinario. Un nuevo capítulo integrado para los trastornos relacionados con la salud sexual se

Tabla 2. Agrupamientos de trastornos en el capítulo sobre trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la ICD-11

Trastornos del neurodesarrollo
Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios
Catatonía
Trastornos afectivos
Trastornos relacionados con ansiedad y temor
Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados
Trastornos específicamente asociados a estrés
Trastornos disociativos
Trastornos de la alimentación y de la conducta alimentaria
Trastornos de la eliminación
Trastornos de angustia corporal y experiencia corporal
Trastornos debidos a uso de sustancia y conductas adictivas
Trastornos de control de impulsos
Trastornos de conducta disruptiva y disocial
Trastornos de la personalidad
Trastornos parafilicos
Trastornos ficticios
Trastornos neurocognitivos
Trastornos mentales y conductuales asociados a embarazo, parto y puerperio
Factores psicológicos y conductuales que afectan a trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
Síndromes mental o conductual asociados a trastornos o enfermedades clasificados en otra parte

ha añadido a la ICD-11 para alojar una clasificación unificada de disfunciones sexuales y trastornos que cursan con dolor sexual²⁶ así como cambios en la anatomía masculina y femenina. Además, los trastornos de identidad de género de la ICD-10 se han renombrado como “incongruencia de género” en la ICD-11 y se han movido del capítulo de trastornos mentales al nuevo capítulo sobre salud sexual²⁶, lo que significa que una identidad transgénero ya no se considera un trastorno mental. Incongruencia de género no se propone para eliminación en la ICD-11 porque en muchos países el acceso a servicios de salud relevantes depende de un diagnóstico calificativo. Las guías de la ICD-11 explícitamente declaran que la conducta variante de género y las preferencias por sí mismas no son suficientes para establecer un diagnóstico.

NUEVOS TRASTORNOS MENTALES, DEL COMPORTAMIENTO Y DEL NEURODESARROLLO EN LA ICD-11

Con base en un análisis de la evidencia disponible sobre validez científica, y una consideración de la utilidad clínica y aplicabilidad global, se ha añadido una serie de trastornos nuevos al capítulo de ICD-11 sobre trastornos mentales, del comportamiento y el neurodesarrollo. Se proporciona a continuación una descripción de estos trastornos según se definen en las guías diagnósticas de la ICD-11 y el fundamento de su inclusión.

Catatonía

En la ICD-10, la catatonía se incluyó como uno de los subtipos de esquizofrenia (es decir, esquizofrenia catatónica) y como uno de los trastornos orgánicos (es decir, trastorno catatónico orgánico). En reconocimiento del hecho de que el síndrome de catatonía puede ocurrir asociado a diversos trastornos mentales²⁷, en la ICD-11 se ha añadido un nuevo agrupamiento diagnóstico para la catatonía (en el mismo nivel jerárquico que los trastornos afectivos, trastornos por ansiedad y relacionados con temor, etc.).

La catatonía se caracterizó por la presentación de varios síntomas como estupor, catalepsia, flexibilidad cérea, mutismo, negativismo, posturas, manierismos, estereotipos, agitación psicomotriz, gesticulaciones, ecolalia y ecopraxia. Se incluyeron tres trastornos en el nuevo agrupamiento diagnóstico: a) catatonía asociada a otro trastorno mental (por ejemplo un trastorno afectivo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico primario, o trastorno del espectro autista); b) catatonía inducida por sustancias psicoactivas, incluidos medicamentos (por ejemplo, medicamentos antipsicóticos, anfetaminas, fenciclidina); y c) catatonía secundaria (es decir, causada por un trastorno médico como cetoacidosis diabética, hipercalcemia, encefalopatía hepática, homocistinuria, neoplasia, traumatismo craneal, enfermedad cerebrovascular o encefalitis).

Trastorno bipolar de tipo II

El DSM-IV introdujo dos tipos de trastorno bipolar. El trastorno bipolar de tipo I se aplica a presentaciones caracterizadas por al menos un episodio maníaco, mientras que el trastorno bipolar de tipo II exige por lo menos un episodio hipomaniaco más un mínimo de un episodio depresivo mayor, sin un antecedente de episodios maníacos. La evidencia que respalda la validez de la diferenciación entre estos dos tipos comprende

diferencias en la respuesta a monoterapia antidepressiva²⁸, medidas neurocognitivas^{28,29}, efectos genéticos^{28,30} y hallazgos en neuroimágenes^{28,31,32}.

Dada esta evidencia, y la utilidad clínica de diferenciar entre estos dos tipos²³, el trastorno bipolar en la ICD-11 también se ha subdividido en trastorno bipolar de tipo I y tipo II.

Trastorno dismórfico corporal

Individuos con trastorno dismórfico corporal se preocupan persistentemente por uno o más defectos o deficiencias en su aspecto corporal que no son notorias o solo son un poco notorias para otros³⁴. La preocupación se acompaña de conductas repetitivas y excesivas, que incluyen examen repetido del aspecto o gravedad del defecto o deficiencia que se percibe, intentos excesivos por camuflar o alterar el defecto percibido, o la evitación marcada de situaciones sociales o factores desencadenantes que aumentan la ansiedad sobre el defecto o deficiencia percibidos.

Originalmente llamado “dismorfofobia”, este trastorno se incluyó inicialmente en el DSM-III-R. Apareció en la ICD-10 como un término integrado pero de inclusión incongruente bajo el apartado de hipocondría, pero se indicaba a los profesionales clínicos diagnosticarlo como un trastorno delirante en casos en los cuales las creencias asociadas se consideraban delirantes. Esto creó un potencial para que al mismo trastorno se le asignaran diferentes diagnósticos sin reconocer toda la gama de gravedad del mismo, que puede consistir en creencias que parecen delirantes y debido al grado de convicción o inflexibilidad con la que se mantienen.

En reconocimiento de su sintomatología distintiva, la prevalencia en la población general y similitudes con trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados (OCD), el trastorno dismórfico corporal se ha incluido en este último agrupamiento en la ICD-11³⁵.

Trastorno de referencia olfativa

Este trastorno se caracteriza por una preocupación persistente en la creencia de que se está emitiendo un mal olor o un olor corporal o del aliento ofensivo percibido, que no es notorio o solo un poco notorio para los demás³⁴.

En respuesta a su preocupación, los individuos se enfrascan en conductas repetitivas y excesivas como verificación repetida del olor del cuerpo o verificación de la fuente percibida del olor; búsqueda repetida de tranquilización; intentos excesivos por camuflar, alterar o evitar el olor percibido; o evitación marcada de situaciones sociales o factores desencadenantes que aumentan la ansiedad en torno al mal olor u olor ofensivo percibido. Los individuos afectados suelen temer o están convencidos de que otros que noten el olor los rechazarán o humillarán³⁶.

El trastorno de referencia olfativa se incluye en el agrupamiento de OCD de la ICD-11, pues comparte similitudes fenomenológicas con otros trastornos en este agrupamiento por lo que respecta a la sensación de preocupaciones intrusivas persistentes y conductas repetitivas asociadas³⁵.

Trastorno por acumulación

El trastorno por acumulación se caracteriza por la acumulación de posesiones, debido a su adquisición excesiva o a dificultad para desecharlas, independientemente de su valor real^{35,37}. La adquisición

excesiva se caracteriza por deseos repetitivos o conductas relacionadas con la acumulación o adquisición de objetos. La dificultad para eliminar cosas se caracteriza por una necesidad percibida de guardar objetos y una ansiedad asociada a desecharlos. La acumulación de posesiones da lugar a espacios de convivencia que se vuelven abarrotados al grado que se compromete su uso o la seguridad.

Aunque las conductas de acumulación pueden manifestarse como una parte de una amplia gama de trastornos mentales y del comportamiento y otros trastornos –incluyendo trastorno obsesivo-compulsivo, trastornos depresivos, esquizofrenia, demencia, trastornos del espectro del autismo y síndrome de Prader-Willi– es insuficiente la evidencia que respalda el trastorno de acumulación como un trastorno diferente y singular³⁸.

Los individuos afectados por el trastorno de acumulación no se reconocen ni se tratan bien, lo cual representa un argumento para una perspectiva de salud pública en su inclusión en la ICD-11³⁹.

Trastorno por excoiación

Se ha añadido al agrupamiento de OCRD un nuevo subgrupo diagnóstico, los trastornos de conducta repetitiva centrada en el cuerpo. Incluye tricotilomanía (que fue incluida en el agrupamiento de trastornos de hábitos y de impulsos en la ICD-10) y un nuevo trastorno, el trastorno de excoiación (también conocido como dermatilomanía).

El trastorno por excoiación se caracteriza por pellizcarse repetidamente la propia piel, lo que da lugar a lesiones cutáneas, acompañadas de tentativas infructuosas por disminuir o detener la conducta. El pellizcado de la piel debe ser tan grave que origine angustia importante o alteración en el funcionamiento. El trastorno por excoiación (y la tricotilomanía) son diferentes a otros OCRD por cuanto la conducta raras veces va precedida de fenómenos cognitivos como pensamientos intrusivos, obsesiones o preocupaciones, pero en cambio pueden ir precedidos de experiencias sensitivas.

Su inclusión en el agrupamiento de OCRD se basa en fenomenología, patrones de agregación familiar y mecanismos etiológicos compartidos con otros trastornos en este agrupamiento^{35,40}.

Trastorno por estrés postraumático complejo

El trastorno por estrés postraumático complejo (PTSD complejo)⁴¹ más típicamente acompaña a factores estresantes graves de índole prolongada, o eventos adversos múltiples o repetidos de los cuales es difícil o imposible escapar, como tortura, esclavitud, campañas de genocidio, violencia doméstica prolongada o abuso sexual o físico repetido en la infancia.

Las características sintomáticas consisten en tres manifestaciones centrales de PTSD (es decir, revivir el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de recuerdos intrusivos vívidos, reviviscencias o pesadillas; evitación de pensamientos y memorias del evento o actividades, situaciones o personas reminiscentes del evento; percepciones persistentes de amenaza actual acentuada), que se acompañan de alteraciones persistentes, constantes y duraderas adicionales en la regulación del afecto, el concepto de sí mismo y el funcionamiento relacional.

La adición de PTSD complejo a la ICD-11 está justificada con base en la evidencia de que individuos con el trastorno tie-

nen un pronóstico más desfavorable y se benefician de diferentes tratamientos en comparación con individuos con PTSD⁴². El PTSD complejo reemplaza a la categoría superpuesta en la ICD-10 de cambio persistente de personalidad después de experiencia catastrófica⁴¹.

Trastorno por duelo prolongado

El trastorno por duelo prolongado describe respuestas al duelo anormalmente persistentes y discapacitantes⁴¹. Después del fallecimiento de una pareja, progenitor, hijo u otra persona cercana al afligido, hay una respuesta de duelo persistente y constante caracterizada por la nostalgia por el difunto o la preocupación persistente por el difunto, acompañada de dolor emocional intenso. Los síntomas pueden consistir en tristeza, culpa, ira, negación, reproches, dificultad para aceptar la muerte, sensación de que se ha perdido una parte de sí mismo, incapacidad para experimentar ánimo positivo, embotamiento afectivo y dificultad para realizar actividades sociales o de otra índole. La respuesta de duelo debe persistir durante un periodo atípicamente prolongado después de la pérdida (más de seis meses) y claramente exceder las normas sociales, culturales o religiosas esperadas para la cultura y el contexto del individuo.

Aunque la mayoría de las personas refieren al menos remisión del dolor del duelo agudo alrededor de los seis meses después de la pérdida, las que continúan experimentando reacciones de duelo graves tienen más probabilidades de presentar alteraciones importantes en su funcionamiento. La inclusión del trastorno por duelo prolongado en la ICD-11 es una respuesta a la evidencia creciente de un trastorno distintivo y debilitante que no se describe adecuadamente en los diagnósticos actuales de la ICD-10⁴³. Su inclusión y diferenciación del episodio de duelo y depresión culturalmente normal es importante, debido a las diferentes implicaciones de selección de tratamiento y pronósticos de estos últimos trastornos⁴⁴.

Trastorno alimentario compulsivo

El trastorno alimentario compulsivo se caracteriza por episodios frecuentes y recurrentes de alimentación compulsiva o atracones (por ejemplo, una vez a la semana o más durante un periodo de varios meses). Un episodio de alimentación compulsiva es un periodo distintivo durante el cual el individuo experimenta una pérdida subjetiva del control en relación con las comidas, come notablemente más o de manera diferente a lo habitual y se siente incapaz de dejar de comer o de limitar el tipo o cantidad de alimento ingerido.

La alimentación compulsiva se experimenta como muy angustiante y suele acompañarse de emociones negativas como culpa o disgusto. Sin embargo, a diferencia de la bulimia nerviosa, los episodios de alimentación compulsiva no van seguidos con regularidad de conductas compensadoras inadecuadas dirigidas a prevenir el aumento de peso (por ejemplo, vómito autoinducido, uso incorrecto de laxantes o enemas, ejercicio extenuante). Aunque el trastorno por alimentación compulsiva suele asociarse a aumento de peso y obesidad, estas características no son un requisito y el trastorno puede presentarse en individuos con peso normal.

Añadir el trastorno alimentario compulsivo en la ICD-11 se basa en investigación extensa que ha surgido en los últimos 20 años y que respalda su validez y utilidad clínica^{45,46}. Individuos que refieren episodios de alimentación compulsiva sin conductas

compensadoras inadecuadas representan el grupo más común entre los que reciben diagnóstico de otro trastorno de la conducta alimentaria especificado o no especificado en la ICD-10, de manera que se espera que incluir el trastorno alimentario compulsivo reduzca estos diagnósticos⁴⁷.

Trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos

El trastorno por evitación o restricción de la ingesta de alimentos (ARFID) se caracteriza por conductas alimentarias o de alimentación anormal que dan lugar a la ingesta de una cantidad o variedad de alimento insuficientes para satisfacer las necesidades energéticas o nutricionales adecuadas. Esto da lugar a una pérdida de peso importante e incapacidad para aumentar de peso según lo esperado en la infancia o en el embarazo, deficiencias nutricionales clínicamente significativas, dependencia en suplementos nutricionales orales o alimentación por sonda, o efectos por lo demás negativos en la salud del individuo, o da lugar a una alteración funcional significativa.

El ARFID se distingue de la anorexia nerviosa por la falta de inquietudes en torno al peso o forma del cuerpo. Su inclusión en la ICD-11 puede considerarse una expansión de la categoría de la ICD-10 “trastorno de la alimentación en la lactancia y la infancia” y probablemente mejore la utilidad clínica en el curso de la vida (es decir, a diferencia de su contraparte en la ICD-10, ARFID se aplica a niños, adolescentes y adultos) y también para conservar la congruencia con el DSM-5^{45,47}.

Disforia de integridad del cuerpo

La disforia de integridad del cuerpo es un trastorno raro caracterizado por el deseo persistente de tener una discapacidad física específica (por ejemplo, amputación, paraplejía, ceguera, sordera) que comienza en la infancia o al inicio de la adolescencia⁴⁸. El deseo puede manifestarse de diversas maneras, lo que comprende fantasear en torno a tener la discapacidad física deseada, involucrarse en conducta “de pretensión” (por ejemplo, pasando horas en una silla de ruedas o utilizando dispositivos ortopédicos en las piernas para simular tener debilidad en las piernas), e invertir tiempo en la búsqueda de formas de lograr la discapacidad deseada.

La preocupación por el deseo de tener la discapacidad física (incluso el tiempo invertido en pretenderlo) interfiere significativamente en productividad, actividades de ocio o funcionamiento social (por ejemplo, la persona no está dispuesta a tener relaciones cercanas porque se le dificultaría fingir). Además, para una minoría importante de individuos con este deseo, su preocupación va más allá de la fantasía, y procuran la realización del deseo a través de medios quirúrgicos (es decir, procurando una amputación electiva de una extremidad por lo demás sana) o autolesionándose una extremidad a un grado en el cual la amputación es la única opción terapéutica (por ejemplo, congelar una extremidad en hielo seco).

Trastorno por juego patológico

A medida que el juego en Internet ha aumentado considerablemente en popularidad en los últimos años, se han observado

problemas relacionados con el enfrascamiento excesivo en el juego. El trastorno por juego patológico se ha incluido en un agrupamiento diagnóstico recién añadido llamado “trastornos debidos a conductas adictivas” (que también contiene el trastorno por juego patológico) en respuesta a inquietudes globales en torno al efecto del juego problemático, sobre todo la forma virtual⁴⁹.

El trastorno por juego patológico se caracteriza por un patrón de conducta de juego con conexión o sin conexión persistente o recurrente (“juego digital” o “videojuegos”) que se manifiesta por alteración del control de la conducta (por ejemplo, incapacidad para limitar la cantidad de tiempo invertido en el juego), otorgando una prioridad creciente al juego al grado en que asume mayor prioridad que otros intereses en la vida y actividades cotidianas; y continuación o incremento progresivo del juego pese a sus consecuencias negativas (por ejemplo, ser despedido repetidamente de trabajos debido a ausencias excesivas a consecuencia del juego). Se diferencia de la conducta de juego no patológica por la angustia clínicamente significativa o alteración en el funcionamiento que produce.

Trastorno de conducta sexual compulsiva

El trastorno de conducta sexual compulsiva se caracteriza por un patrón persistente de imposibilidad para controlar impulsos o deseos sexuales repetitivos, lo que da lugar a una conducta sexual repetitiva durante un periodo prolongado (seis meses o más) que produce angustia notable o alteración en los dominios personal, familiar, social, educativo, laboral u otros importantes del funcionamiento.

Las posibles manifestaciones del patrón persistente comprenden: actividades sexuales repetitivas que se vuelven un interés central de la vida del individuo al punto de descuidar la salud y el cuidado personal u otros intereses, actividades y responsabilidades; el individuo hace numerosos esfuerzos infructuosos por controlar o reducir significativamente la conducta sexual repetitiva; el individuo continúa enfrascándose en conducta sexual repetitiva pese a consecuencias adversas como las rupturas repetidas de relaciones; y el individuo continúa enfrascándose en conductas sexuales repetitivas aun cuando ya no derive ninguna satisfacción de las mismas.

Aunque esta categoría desde el punto de vista fenomenológico se parece a la dependencia a sustancias, se incluye en la sección de trastornos de control de los impulsos en la ICD-11 en reconocimiento a la falta de información definitiva con respecto a si los procesos implícitos en el desarrollo y mantenimiento del trastorno son equivalentes a los observados en trastornos por uso de sustancias y adicciones de la conducta. Su inclusión en la ICD-11 ayudará a abordar las necesidades insatisfechas de pacientes que buscan tratamiento, y posiblemente reducirá la vergüenza y la culpa asociadas a la búsqueda de ayuda entre los individuos con la afección⁵⁰.

Trastorno explosivo intermitente

El trastorno explosivo intermitente se caracteriza por episodios breves repetidos de agresión verbal o física o destrucción de propiedad que representan un fracaso para controlar impulsos agresivos, y la intensidad del arrebato o el grado de agresividad es burdamente desproporcional a la provocación o los factores estresantes psicosociales desencadenantes.

Dado que tales episodios pueden ocurrir en otros trastornos diversos (por ejemplo, trastorno por oposición desafiante, trastorno de la conducta, trastorno bipolar), no se establece el diagnóstico si los episodios son explicados mejor por otro trastorno mental, de conducta o del neurodesarrollo.

Aunque el trastorno explosivo intermitente se introdujo en el DSM-III-R, apareció en la ICD-10 únicamente como un término de inclusión bajo “otros trastornos de hábitos e impulsos”. Se incluye en la sección de trastornos de control de los impulsos en la ICD-11 en reconocimiento a la evidencia sustancial de su validez y utilidad en contextos clínicos⁵¹.

Trastorno disfórico premenstrual

El trastorno disfórico premenstrual (PMDD) se caracteriza por diversos síntomas afectivos, somáticos o cognitivos graves que comienzan varios días antes del inicio de la menstruación, comienzan a mejorar al cabo de unos días y se vuelven mínimos o desaparecen en aproximadamente una semana después del inicio de las menstruaciones.

Más específicamente, el diagnóstico exige un patrón de síntomas afectivos (ánimo deprimido, irritabilidad), síntomas somáticos (letargia, artralgias, sobrealimentación), o síntomas cognitivos (dificultades en la concentración, tendencia al olvido) que han ocurrido durante gran parte de los ciclos menstruales en el último año. Los síntomas son tan graves que producen angustia importante o alteración importante en áreas personal, familiar, social, educativa, laboral u otras importantes del funcionamiento, y no representan la exacerbación de otro trastorno mental.

En la ICD-11, el PMDD se distingue del síndrome de tensión premenstrual mucho más común, por la gravedad de los síntomas y el requisito de que produce ansiedad o alteración importantes⁵². La inclusión del PMDD en los apéndices de investigación del DSM-III-R y el DSM-IV estimuló mucha investigación que ha establecido su validez y fiabilidad⁵²⁻⁵³, conduciendo a su inclusión en la ICD-II y en el DSM-5. Aunque su ubicación primaria en la ICD-11 está en el capítulo sobre enfermedades del sistema genitourinario, el PMDD se enumera también en el subagrupamiento de trastornos depresivos a consecuencia de la prominencia de los síntomas afectivos.

RESUMEN DE CAMBIOS SEGÚN AGRUPAMIENTO DEL TRASTORNO EN LA ICD-11

En las siguientes secciones se resumen los cambios introducidos en cada uno de los agrupamientos de trastornos principales del capítulo sobre trastornos mentales, del comportamiento y el neurodesarrollo de la ICD-11 además de las nuevas categorías descritas en la sección previa.

Estos cambios se han hecho con base en un análisis de la evidencia científica disponible según Grupos Operativos de la ICD-11 y consultores expertos, consideración de la utilidad clínica y aplicabilidad global y, cuando es posible, los resultados de estudios de campo.

Trastornos del neurodesarrollo

Los trastornos del neurodesarrollo son aquellos que implican dificultades importantes en la adquisición y ejecución de funciones intelectuales, motoras, de lenguaje o sociales específicas

con inicio durante el periodo del desarrollo. Los trastornos del neurodesarrollo de la ICD-11 comprenden los agrupamientos de retraso mental y trastornos del desarrollo psicológico de la ICD-10, con adición del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD).

Los cambios principales en la ICD-11 fueron el renombramiento de trastornos del desarrollo intelectual con respecto al retraso mental en la ICD-10, que era un término obsoleto y estigmatizante que no captaba adecuadamente la gama de formas y causas relacionadas con este trastorno⁵⁴. Los trastornos del desarrollo intelectual siguen definiéndose con base en limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa, idealmente determinadas por medidas estandarizadas, apropiadamente normalizadas y administradas a nivel individual. En reconocimiento a la falta de acceso a medidas estandarizadas localmente apropiadas o personal capacitado para administrarlas en muchas partes del mundo, y dada la importancia de determinar la gravedad para la planeación del tratamiento, las CDDG de la ICD-11 también proporcionan una serie exhaustiva de tablas indicadoras de conductas⁵⁵.

Tablas separadas para el funcionamiento intelectual y los dominios de funcionamiento adaptativo y de conducta (conceptual, social, práctico) se organizan de acuerdo con tres grupos de edad (infancia temprana, infancia/adolescencia y edad adulta) y cuatro niveles de gravedad (leve, moderada, grave, profunda). Los indicadores de la conducta describen las destrezas y habilidades que típicamente se observarían dentro de cada una de esas categorías y se espera mejoren la fiabilidad de la caracterización de la gravedad y mejoren los datos de salud pública relacionados con la morbilidad de trastornos del desarrollo intelectual.

El trastorno del espectro autista en la ICD-11 incorpora el autismo en la infancia y el síndrome de Asperger de la ICD-10 bajo una categoría individual caracterizada por deficiencias en la comunicación social y patrones restringidos, repetitivos e inflexibles de conducta, intereses o actividades. Las guías para el trastorno del espectro autista se han actualizado sustancialmente para reflejar la literatura actual, que comprende presentaciones en todo el curso de la vida. Se proporcionan calificativos para el grado de alteración en el funcionamiento intelectual y capacidades de lenguaje funcional para captar toda la gama de presentaciones del trastorno del espectro autista de manera más dimensional.

El ADHD ha reemplazado a los trastornos hiperkinéticos de la ICD-10 y se ha movido al agrupamiento de trastornos del neurodesarrollo debido a su inicio en el desarrollo, alteraciones características en las funciones intelectual, motora y social y la presentación concomitante común con otros trastornos del neurodesarrollo. Este cambio también aborda las debilidades conceptuales de visualizar el ADHD como una entidad más íntimamente relacionada con conducta disruptiva y trastornos sociales, dado que los individuos con ADHD no suelen ser intencionalmente disruptivos.

La ADHD puede caracterizarse en la ICD-11 utilizando calificativos para el tipo predominantemente inatento, predominantemente hiperactivo-impulsivo o el tipo combinado, y se describe para todo el curso de la vida.

Por último, los trastornos de tics crónicos, como el síndrome de Tourette, se clasifican en el capítulo de enfermedades del sistema nervioso de la ICD-11, pero se enumeran también en el agrupamiento de trastornos del neurodesarrollo debido a su alta presentación simultánea (por ejemplo, con ADHD) e inicio típico durante el periodo de desarrollo.

Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios

El agrupamiento de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios en la ICD-11 reemplaza al agrupamiento de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y delirantes de la ICD-10. El término “primario” indica que los procesos psicóticos son una característica central, en contraste con los síntomas psicóticos que pueden ocurrir como un aspecto de otras formas de psicopatología (por ejemplo, trastornos afectivos)¹⁸.

En la ICD-11, los síntomas de esquizofrenia en gran parte se han mantenido sin cambio con respecto a la ICD-10, aunque se ha restado énfasis a la importancia de los síntomas de primer orden schneiderianos. El cambio más significativo es la eliminación de todos los subtipos de esquizofrenia (por ejemplo, paranoide, hebefrénica, catatónica), debido a su falta de validez predictiva o utilidad en la selección del tratamiento. En lugar de los subtipos, se ha introducido una serie de descriptores dimensionales¹⁸. Estos comprenden: síntomas positivos (delirios, alucinaciones pensamiento y conducta desorganizados, experiencias de pasividad y control); síntomas negativos (afecto limitado, embotado o plano, alogia o escasez de lenguaje, avoliación, anhedonia); síntomas afectivos depresivos; síntomas afectivos maníacos; síntomas psicomotores (agitación psicomotriz, retraso psicomotor, síntomas catatónicos); y síntomas cognitivos (sobre todo déficit en la velocidad de procesamiento, atención, concentración, orientación, criterio, abstracción, aprendizaje verbal o visual y memoria de trabajo). Estas mismas calificaciones de síntomas también se pueden aplicar a otras categorías en el agrupamiento (trastorno psicoafectivo, trastorno psicótico agudo y transitorio, trastorno delirante).

El trastorno esquizoafectivo en la ICD-11 todavía exige la presencia casi simultánea del síndrome de esquizofrenia y un episodio afectivo. Se supone que el diagnóstico refleja el episodio actual de enfermedad y no está conceptualizado como longitudinalmente estable.

El trastorno psicótico agudo y transitorio en la ICD-11 se caracteriza por inicio súbito de síntomas psicóticos positivos cuya naturaleza e intensidad fluctúan rápidamente durante un periodo breve y persisten por no más de tres meses. Esto se corresponde únicamente con la forma “polimorfa” del trastorno psicótico agudo en la ICD-10, que es la presentación más común y que no es indicativa de esquizofrenia^{56,57}. Los subtipos no polimorfos de trastorno psicótico agudo en la ICD-10 se han eliminado y en cambio se clasificarían en la ICD-11 como “otro trastorno psicótico primario”.

Al igual que en la ICD-10, en este agrupamiento se clasifica el trastorno esquizotípico y no se considera un trastorno de la personalidad.

Trastornos afectivos

A diferencia de la ICD-10, los episodios afectivos de la ICD-11 no son trastornos independientemente diagnosticables, sino más bien se utiliza su patrón en el curso del tiempo como base para determinar cuál trastorno afectivo encaja mejor en la presentación clínica.

Los trastornos afectivos se subdividen en trastornos depresivos (que incluyen trastorno depresivo de un solo episodio, trastorno depresivo recurrente, trastorno distímico y trastorno

depresivo y por ansiedad mixto) y trastornos bipolares (que comprenden trastorno bipolar de tipo I, trastorno bipolar de tipo II y ciclotimia). La ICD-11 subdivide al trastorno afectivo bipolar de la ICD-10 en trastorno bipolar de tipo I y de tipo II. Se ha eliminado el subagrupamiento separado en la ICD-10 de trastornos afectivos persistentes que consisten en distimia y ciclotimia⁵⁸.

Las guías diagnósticas para el episodio depresivo son uno de los pocos lugares en la ICD-11 donde se necesita un número mínimo de síntomas. Esto se debe a la tradición prolongada de investigación y clínica de conceptualizar la depresión de esta manera. Se requiere un mínimo de cinco de diez síntomas en vez de cuatro de nueve posibles síntomas estipulados en la ICD-10, por lo que aumenta la congruencia con el DSM-5. Las CDDG de la ICD-11 organizan los síntomas depresivos en tres agrupamientos –afectivo, cognitivo y neurovegetativo– para ayudar a los profesionales clínicos a conceptualizar y recordar toda la gama de síntomas depresivos. La fatiga es parte del agrupamiento de síntomas neurovegetativos pero ya no se considera suficiente como un síntoma a nivel inicial; más bien, se requiere el ánimo deprimido casi diariamente o una disminución de interés en las actividades que dure al menos dos semanas. La desesperanza se ha añadido como un síntoma cognitivo adicional debido a fuerte evidencia de su valor predictivo para el diagnóstico de trastornos depresivos⁵⁹. Las CDDG de la ICD-11 proporcionan guía clara en la diferenciación entre las reacciones de duelo culturalmente normativas y los síntomas que justifican consideración como un episodio depresivo en el contexto de duelo⁶⁰.

Para muchos episodios, la ICD-11 exige la presentación del síntoma a nivel inicial de mayor actividad o experiencia subjetiva de mayor energía, además de euforia, irritabilidad o expansividad. El propósito de esto es salvaguardar contra los casos positivos falsos que pudieran caracterizarse mejor como fluctuaciones normativas en el estado de ánimo. Los episodios hipomaniacos de la ICD-11 se conceptualizan como una forma atenuada de episodios maníacos, ante la falta de alteración funcional significativa.

Los episodios mixtos se definen en la ICD-11 de una manera que es conceptualmente equivalente a la ICD-10, con base en la evidencia de la validez de este enfoque⁶¹. Se proporciona guía en relación con los síntomas contrapares típicos que se observan cuando predominan los síntomas maníacos o depresivos. La presentación de un episodio mixto indica un diagnóstico bipolar de tipo I.

La ICD-11 proporciona diversos calificativos para describir el episodio afectivo actual o estado de remisión (es decir, en remisión parcial o completa). Los episodios depresivos, maníacos y mixtos pueden describirse como entidades con o sin síntomas psicóticos. Los episodios depresivos actuales en el contexto de trastornos depresivo o bipolar pueden caracterizarse además por la gravedad (leve, moderada o grave) o un calificativo de manifestaciones melancólicas que tiene una relación directa con el concepto de síndrome somático en la ICD-10; y por un calificativo para identificar episodios persistentes de más de dos años de duración. Todos los episodios afectivos en el contexto de trastornos depresivos o bipolares pueden además describirse utilizando un calificativo de síntomas de ansiedad prominentes, un calificativo que indica la existencia de ataques de pánico; y un calificativo para identificar un patrón estacionario. También se dispone de un calificativo para los ciclos rápidos en el caso de diagnósticos de trastorno bipolar.

La ICD-11 incluye la categoría de trastorno depresivo y por ansiedad mixto debido a su importancia en los contextos de atención primaria^{62,63}. Esta categoría se ha movido de trastornos por ansiedad en la ICD-10 a trastornos depresivos en la ICD-11, debido a su imbricación con síntomas afectivos⁶⁴.

Trastornos por ansiedad y relacionados con temor

La ICD-11 integra juntos trastornos con ansiedad o temor como la manifestación clínica principal en este nuevo agrupamiento⁶⁵. En congruencia con un enfoque que abarca toda la vida en la ICD-11, este agrupamiento también incluye trastorno de ansiedad por separación y mutismo selectivo, que se ubicaron entre los trastornos de la infancia en la ICD-10. La diferenciación en la ICD-10 entre trastornos por ansiedad fóbicos y otros trastornos por ansiedad se ha eliminado en la ICD-11 a favor del método más clínicamente útil de caracterizar cada trastorno relacionado con ansiedad y temor de acuerdo con su centro de aprehensión⁶⁶; es decir, el estímulo informado por el individuo como el factor desencadenante de su ansiedad, la hiperactividad física excesiva y respuestas conductuales de inadaptación. El trastorno por ansiedad generalizada (GAD) se caracteriza por aprensión general o preocupación que no está restringida a ningún estímulo específico.

En la ICD-11, el GAD tiene una serie más elaborada de manifestaciones esenciales, que reflejan avances en la comprensión de su fenomenología singular; en concreto, se añade la preocupación a la aprehensión general como una manifestación central del trastorno. Contrario a la ICD-10, las CDDG de la ICD-11 especifican que la GAD puede presentarse simultáneamente con trastornos depresivos siempre y cuando haya síntomas independientes de episodios afectivos. Asimismo, también se eliminaron ocho reglas de exclusión jerárquica de la ICD-10 (por ejemplo, no se puede diagnosticar GAD junto con trastorno por ansiedad fóbica o trastorno obsesivo-compulsivo), debido a la mejor delimitación de la fenomenología del trastorno en la ICD-11 y la evidencia de que estas reglas interfieren en la detección y el tratamiento de trastornos que exigen atención clínica específica por separado.

En la ICD-11, la agorafobia se conceptúa como temor o ansiedad marcados y excesivos que ocurren, o en anticipación a múltiples situaciones de las que podría ser difícil escapar o no disponer de ayuda. El interés de la aprehensión es el temor de los resultados negativos específicos que serían incapacitantes o vergonzosos en esas situaciones, lo cual es diferente del concepto más estrecho en la ICD-10 de temor a espacios abiertos y situaciones relacionadas, como multitudes, en los que puede ser difícil el escape a un lugar seguro.

El trastorno por pánico se define en la ICD-11 como ataques de pánico inesperados recurrentes que no están restringidos a estímulos o situaciones específicas. Las CDDG de la ICD-11 indican que los ataques de pánico que ocurren completamente en respuesta a la exposición o previsión del estímulo temido en un determinado trastorno (por ejemplo, hablar en público en el trastorno por ansiedad social) no justifica un diagnóstico adicional de trastorno por pánico. Más bien, se puede aplicar un calificativo de “con ataques de pánico” a otro diagnóstico de trastorno por ansiedad. El calificativo “con ataques de pánico” también se puede aplicar en el contexto de otros trastornos en los que la ansiedad es una manifestación prominente aunque no definitoria (por ejemplo, en algunos individuos durante un episodio depresivo).

El trastorno por ansiedad social en la ICD-11, definido como la base del temor a la evaluación negativa por otros, reemplaza a las fobias sociales en la ICD-10.

Las CDDG de la ICD-11 específicamente describen el trastorno de ansiedad por separación en adultos, donde puede centrarse en una pareja romántica o en un hijo.

Trastorno obsesivo-compulsivo y afines

La introducción del agrupamiento de OCDR en la ICD-11 representa una desviación importante de la ICD-10. La justificación para crear un agrupamiento de OCDR diferente a los trastornos por ansiedad y relacionados con temor, a pesar de la imbricación fenomenológica, se basa en la utilidad clínica de reunir trastornos con síntomas compartidos de pensamientos indeseables repetitivos y conducta repetitiva relacionada como la principal manifestación clínica. La coherencia diagnóstica de este agrupamiento proviene de evidencia emergente de los validadores compartidos entre trastornos incluidos proveniente de estudios por imágenes, genéticos y neuroquímicos³⁵.

El OCDR en la ICD-11 incluye trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno dismórfico del cuerpo, trastorno de referencia olfativa, hipocondría (trastorno de ansiedad por enfermedad) y trastorno por acumulación. Categorías equivalentes que existen en la ICD-10 están ubicadas en grupos dispares. También se incluye en el OCDR un subagrupamiento de trastornos de la conducta repetitivos centrados en el cuerpo que incluyen tricotilomanía (trastorno de arrancamiento del cabello) y trastorno por excoriación (dermatilomanía), pues ambos comparten la manifestación central de una conducta repetitiva sin el aspecto cognitivo de otros OCDR. El síndrome de Tourette, una enfermedad del sistema nervioso en la ICD-11, se enumera también en el agrupamiento de OCDR debido a su presentación simultánea frecuente con trastorno obsesivo-compulsivo.

La ICD-11 retiene las manifestaciones centrales del trastorno obsesivo-compulsivo de la ICD-10, es decir, obsesiones persistentes o compulsiones, pero con algunas modificaciones importantes. La ICD-11 amplía el concepto de las obsesiones más allá de los pensamientos intrusivos para incluir imágenes indeseadas y deseos e impulsos. Además, el concepto de compulsiones se expande para incluir conductas encubiertas (por ejemplo, recuento repetido) así como manifestas.

Aunque la ansiedad es la experiencia afectiva relacionada con obsesiones, la ICD-11 explícitamente menciona otros fenómenos comunicados por pacientes, como disgusto, vergüenza, una sensación de “estado incompleto”, o intranquilidad de que las cosas no se ven o se sienten “bien”. Se eliminaron subtipos de OCD en la ICD-10, pues la mayoría de los pacientes refieren obsesiones y compulsiones, y porque carecen de validez predictiva para la respuesta al tratamiento. La prohibición de la ICD-10 contra el diagnóstico de trastorno obsesivo-compulsivo junto con trastornos compulsivos se eliminó en la ICD-11, reflejando la alta tasa de presentación simultánea de estos trastornos y la necesidad de tratamientos diferentes.

La hipocondría (trastorno por ansiedad en torno a la salud) se ubica en OCDR más que entre trastornos relacionados con ansiedad y temor, aun cuando las preocupaciones en torno a la salud a menudo se asocian con ansiedad y temor, debido a la fenomenología compartida y patrones de agregación familiar con

el OCRD⁶⁷. Sin embargo, la hipocondría (trastorno por ansiedad en torno a la salud) está enumerada también en el agrupamiento de trastornos por ansiedad y relacionados con temor en reconocimiento de algún traslape fenomenológico.

El trastorno dismórfico del cuerpo, el trastorno de referencia olfativa y el trastorno por acumulación son nuevas categorías en la ICD-11 que se han incluido en el agrupamiento OCRD.

En los OCRD que tienen un componente cognitivo, las creencias pueden mantenerse con tal intensidad o inflexibilidad que parecen ser delirantes. Cuando estas creencias sean inflexibles con la fenomenología de OCRD, ante la falta de otros síntomas psicóticos, se ha de utilizar el calificativo “con poca o nula introspección”, y no se debe asignar un diagnóstico de trastorno delirante. Se pretende que ayude a proteger contra el tratamiento inadecuado de la psicosis en individuos con OCRD³⁵.

Trastornos específicamente relacionados con estrés

El agrupamiento de trastornos específicamente asociados a estrés en la ICD-11 reemplaza a las reacciones al estrés grave y los trastornos de ajuste en la ICD-10, para destacar que estos trastornos comparten el requisito etiológico necesario (pero no suficiente) para la exposición a un evento importante, y para distinguir trastornos incluidos de los otros diversos trastornos mentales que se originan como una reacción a factores estresantes (por ejemplo, trastornos depresivos)⁴¹. El trastorno de apego reactivo en la ICD-10 en la infancia y el trastorno de apego desinhibido de la infancia se reclasifican en este agrupamiento debido al enfoque de la ICD-11 que abarca toda la vida y en reconocimiento de los factores estresantes relacionados con el apego específico inherentes a estos trastornos. La ICD-11 incluye varias actualizaciones conceptuales importantes en la ICD-10 así como la introducción de PTSD complejo y trastorno por duelo prolongado, que no tienen equivalente en la ICD-10.

Se define el PTSD por tres características que deberían presentarse en todos los casos y deben causar alteración importante. Ellos son: reviviscencia del suceso traumático en el presente; evitación deliberada de recuerdos que probablemente produzcan la reviviscencia; y percepciones persistentes de una mayor amenaza actual. Se espera que la inclusión del requisito de reviviscencia de aspectos cognitivos, afectivos o fisiológicos del trauma en el aquí y ahora más que solo recordar el evento resuelva el bajo umbral diagnóstico para el PTSD en la ICD-10⁴².

El trastorno por ajuste en la ICD-11 se define con base en la manifestación central de la preocupación por un factor estresante en la vida o sus consecuencias, mientras que en la ICD-10 el trastorno se diagnosticó si los síntomas que ocurrían en respuesta a un factor vital estresante no cumplían los requisitos definitorios de otro trastorno.

Por último, la reacción al estrés agudo ya no se considera un trastorno mental en la ICD-11 sino más bien se comprende que es una reacción normal a un factor estresante extremo. En consecuencia, se clasifica en el capítulo de la ICD-11 en “factores que influyen en el estado de salud o contacto con los servicios de salud”, pero también se enumera en el agrupamiento de trastornos específicamente relacionados con el estrés para ayudar al diagnóstico diferencial.

Trastornos disociativos

El agrupamiento de trastornos disociativos de la ICD-11 corresponde a los trastornos disociativos (conversión) en la ICD-10 pero se ha reorganizado y simplificado en grado significativo, para reflejar hallazgos empíricos recientes y para mejorar la utilidad clínica. La referencia al término “conversión” se eliminó del título del agrupamiento⁶⁸. El trastorno con síntomas neurológicos disociativos en la ICD-11 es conceptualmente congruente con los trastornos disociativos del movimiento y la sensación en la ICD-10, pero se presenta como un trastorno simple con 12 subtipos definidos sobre la base del síntoma neurológico predominante (por ejemplo, alteración visual, convulsiones no epilépticas, alteración del lenguaje, parálisis o debilidad). La amnesia disociativa en la ICD-11 incluye un calificativo para indicar si está presente la fuga disociativa, un fenómeno que se clasifica como un trastorno separado en la ICD-10.

La ICD-11 divide el trastorno de trance y posesión de la ICD-10 en los diagnósticos separados de trastorno de trance y trastorno de trance y posesión. La separación refleja la característica distintiva en el trastorno de trance y posesión en el que el sentido usual de la identidad personal es reemplazado por una identidad “poseedora” externa atribuida a la influencia de un espíritu, poder, deidad u otra entidad espiritual. Además, un mayor rango de conductas más complejas puede manifestarse en el trastorno de trance y posesión, mientras que el trastorno de trance específicamente implica la repetición de un pequeño repertorio de conductas más simples.

El trastorno de identidad disociativo en la ICD-11 corresponde al concepto del trastorno de personalidad múltiple en la ICD-10 y se renombra para ser congruente con la nomenclatura actualmente utilizada en contextos clínicos de investigación. La ICD-11 también introduce el trastorno de identidad disociativo parcial, que refleja el hecho de que la preponderancia de trastornos disociativos no especificados en la ICD-10 es explicable por las presentaciones en las cuales los estados de personalidad no dominante no asumen en forma recurrente el control ejecutivo de la conciencia y funcionamiento del individuo.

El trastorno de despersonalización y desrealización, ubicado en otros agrupamientos de trastornos neuróticos en la ICD-10, se movió al agrupamiento de trastornos disociativos en la ICD-11.

Trastornos de la conducta alimentaria y la alimentación

El agrupamiento de trastornos de la conducta alimentaria y la alimentación en la ICD-11 integra los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de alimentación en la infancia de la ICD-10, en reconocimiento de la interconectividad de estos trastornos en el curso de la vida, y refleja también la evidencia de que estos trastornos pueden aplicarse a individuos en una amplia gama de edades^{45,47}.

La ICD-11 proporciona conceptualización actualizada de la anorexia nerviosa y bulimia nerviosa para incorporar evidencia reciente, que elimina la necesidad de categorías “atípicas” de la ICD-10. También incluye las nuevas entidades de trastorno alimentario compulsivo, que se introduce basándose en el apoyo empírico por su validez y utilidad clínica, y la ARFID, que es una expansión del trastorno de alimentación en la lactancia y la infancia que aparece en la ICD-10.

La anorexia nerviosa en la ICD-11 elimina el requisito en la ICD-10 de la existencia de un trastorno endocrino generalizado, pues la evidencia indica que esto no ocurre en todos los casos y, aun cuando se presenta, es una consecuencia del peso corporal bajo, más que una característica definitoria distintiva del trastorno. Además, casos sin trastorno endocrino en gran parte fueron la causa de diagnósticos de anorexia atípica. El umbral para el bajo peso corporal en la ICD-11 aumenta de 17,5 kg/m² a 18 kg/m², pero las directrices permiten situaciones en las cuales el índice de masa corporal puede no reflejar adecuadamente un agravamiento del cuadro clínico (por ejemplo, pérdida de peso precipitada en el contexto de otras manifestaciones del trastorno). La anorexia nerviosa no necesita “fobia a la grasa” como en la ICD-10, para tomar en cuenta la gama completa de causas culturalmente diversas de la renuencia a ingerir alimentos y las expresiones de preocupación por el cuerpo.

Se proporcionan calificativos para caracterizar la gravedad de peso subnormal, dado que el índice de masa corporal extremadamente bajo se asocia a más riesgo de morbilidad y mortalidad. Se incluye un calificativo que describe el patrón de conductas asociadas (es decir, patrón restrictivo, patrón de compulsión alimentaria).

La bulimia nerviosa en la ICD-11 puede diagnosticarse independientemente del peso actual del individuo, siempre y cuando el índice de masa corporal no sea tan bajo que cumpla los requisitos definitorios para la anorexia nerviosa. En vista de las frecuencias específicas de la alimentación compulsiva mínima que, de hecho, no están respaldadas por evidencia, la ICD-11 proporciona una guía más flexible. Un diagnóstico de bulimia nerviosa no requiere atracones “objetivos” si se puede diagnosticar con base en los atracones “subjetivos” en los cuales el individuo come más o diferente que lo habitual y experimenta una pérdida de control en torno a la alimentación que se acompaña de ansiedad, independientemente de la cantidad de alimento que suele consumir. Se espera que este cambio reduzca el número de diagnósticos del trastorno de la alimentación y de la conducta alimentaria no especificado.

Trastornos de eliminación

Se eliminó el término “no orgánico” de los trastornos de eliminación de la ICD-11, que incluyen enuresis y encopresis. Estos trastornos se diferencian de los que pueden explicarse mejor por otro trastorno de salud o los efectos fisiológicos de una sustancia.

Trastornos de angustia corporal y experiencia corporal

Los trastornos de angustia corporal y experiencia corporal en la ICD-11 comprenden dos entidades: el trastorno de angustia corporal y disforia de integridad corporal. El trastorno de angustia corporal en la ICD-11 reemplaza a los trastornos somatomorfos en la ICD-10 y también incluye el concepto de neurastenia de la ICD-10. La hipocondría de la ICD-10 no se incluye y en cambio se reasigna al agrupamiento de OCRD.

El trastorno de angustia corporal se caracteriza por la presentación de síntomas corporales que son angustiantes para el individuo y una atención excesiva dirigida a los síntomas, que

puede manifestarse por el contacto repetido con profesionales sanitarios⁶⁹. El trastorno se conceptúa como entidad que existe en un proceso continuo de gravedad y puede calificarse en forma correspondiente (leve, moderada o grave) dependiendo del efecto sobre el funcionamiento. Lo que es importante, el trastorno de angustia corporal se define de acuerdo con la presentación de características esenciales, como angustia y pensamientos excesivos y conductas, más que en base a la falta de explicaciones médicas para los síntomas problemáticos, como los trastornos somatomorfos en la ICD-10.

La disforia de integridad corporal en la ICD-11 es un diagnóstico recién introducido que se incorporó en este agrupamiento⁴⁸.

Trastornos debidos a uso de sustancias y conductas adictivas

El agrupamiento en la ICD-11 de trastornos debidos al consumo de sustancias y conductas adictivas abarca trastornos que se desarrollan como resultado del uso de sustancias psicoactivas, incluidos medicamentos, y trastornos debidos a conductas adictivas que sobrevienen como resultado de recompensa repetitiva específica y conductas de reforzamiento.

La organización de los trastornos debidos al consumo de sustancias en la ICD-11 es congruente con el enfoque adoptado en la ICD-10, según el cual los síndromes clínicos se clasifican de acuerdo con clases de sustancias⁷⁰. Sin embargo, la lista de sustancias en la ICD-11 se expandió para reflejar la disponibilidad actual y los patrones de uso contemporáneo de sustancias. Cada sustancia o clase de sustancia puede asociarse a síndromes clínicos primarios mutuamente exclusivos: un episodio único de consumo de sustancias dañinas o un patrón dañino de consumo de sustancias, lo que representa un refinamiento del consumo dañino de la ICD-10; y dependencia a sustancias. La intoxicación por sustancias y la abstinencia de sustancias puede diagnosticarse junto con síndromes clínicos primarios o de manera independiente como un motivo para la administración de servicios de salud cuando se desconoce el patrón de uso o la posibilidad de dependencia.

Dada la morbilidad global extremadamente alta de trastornos debidos al consumo de sustancias, se ha revisado el agrupamiento para posibilitar óptimamente la captura de información de salud que será útil en múltiples contextos, apoyan la vigilancia y la notificación precisas y fundamentan tanto la prevención como el tratamiento⁷⁰. La adición de un solo episodio de consumo de sustancia dañina en la ICD-11 representa una oportunidad para intervención temprana y prevención del incremento del consumo y daño, mientras que los diagnósticos de patrón dañino de consumo de sustancia y dependencia de sustancia indica la necesidad de intervenciones cada vez más intensivas.

La ICD-11 expande el concepto de daño a la salud debido al consumo de sustancias para abarcar el daño a la salud de otras personas, lo cual puede incluir daño físico (por ejemplo, debido a conducir en estado de ebriedad) o daño psicológico (por ejemplo, aparición de PTSD después de un accidente automovilístico).

La ICD-11 incluye trastornos mentales inducidos por sustancias como síndromes caracterizados por síntomas mentales o conductuales clínicamente significativos que son similares a los de otros trastornos mentales pero que se desarrollan debido al consumo de sustancias psicoactivas. Los trastornos inducidos por sustancias pueden relacionarse con intoxicación por

sustancias o abstinencia de sustancias, pero la intensidad o la duración de los síntomas son sustancialmente excesivas a las que son características de intoxicación o abstinencia debida a las sustancias específicas.

La ICD-11 también incluye categorías de uso de sustancias peligrosas que no se clasifica como trastornos mentales sino más bien están situadas en el capítulo sobre “factores que influyen en el estado de salud o contacto con servicios de salud”. Estas categorías se pueden utilizar cuando un patrón de uso de sustancias aumenta el riesgo de consecuencias dañinas para la salud física o mental para el usuario u otras personas en un grado que justifica atención y asesoría de profesionales sanitarios, pero todavía no ha ocurrido daño manifiesto. Se pretende que son oportunidades que señalan intervenciones tempranas y breves, sobre todo en contextos de atención primaria.

Los trastornos debidos a conductas adictivas en la ICD-11 comprenden dos categorías diagnósticas: el trastorno de juego (juego patológico en la ICD-10) y la ludopatía, que recién se introdujo⁴⁹. En la ICD-10, el juego patológico se clasificaba como un trastorno de hábitos e impulsos. Sin embargo, evidencia reciente apunta a las similitudes fenomenológicas importantes entre los trastornos debidos a conductas adictivas y trastornos por consumo de sustancias, inclusive su mayor presentación simultánea lo mismo que la característica común de ser inicialmente placenteros y acompañarse luego de la progresión a la pérdida del valor hedónico y necesidad de aumentar su uso. Además, los trastornos debidos a consumo de sustancias y los trastornos debidos a conductas adictivas al parecer comparten neurobiología similar, sobre todo activación y neuroadaptación dentro de los circuitos neurales de recompensa y motivación⁷¹.

Trastornos de control de impulsos

Los trastornos de control de impulsos de la ICD-11 se caracterizan por la imposibilidad repetida para resistir a un fuerte impulso, deseo o necesidad de realizar un acto que recompense a la persona, al menos a corto plazo, pese al daño a más largo plazo para el individuo o para otras personas.

Este agrupamiento incluye piromanía y cleptomanía, que se clasifica en la ICD-10 bajo el apartado de trastornos de hábitos e impulsos.

La ICD-11 introduce el trastorno explosivo intermitente y reclasifica el impulso sexual excesivo en la ICD-10 en este agrupamiento como trastorno de conducta sexual compulsivo en la ICD-11^{50,72,73}.

Trastornos de conducta disruptiva y disocial

El agrupamiento de trastornos de conducta disruptiva y disocial en la ICD-11 reemplaza a trastornos de la conducta de la ICD-10. El nuevo término refleja mejor la gama completa de gravedad de las conductas y la fenomenología que se observan en los dos trastornos incluidos en este agrupamiento: trastorno por oposición desafiante y trastorno de conducta disocial. Un cambio importante introducido en la ICD-11 es que los dos trastornos se pueden diagnosticar en el curso de la vida, mientras que la ICD-10 los conceptúa como trastornos de la infancia.

Además, la ICD-11 introduce calificativos que caracterizan subtipos de conducta disruptiva y trastornos disociales cuya finalidad es mejorar la utilidad clínica (por ejemplo, desde el punto de vista del pronóstico).

El trastorno por oposición desafiante en la ICD-11 es conceptualmente similar a su categoría equivalente en la ICD-10. Sin embargo, se proporciona un calificativo “con irritabilidad crónica e ira” para caracterizar las presentaciones del trastorno en que prevalece un estado de ánimo irritable o iracundo persistente. Se reconoce que esta presentación aumenta significativamente el riesgo de depresión y ansiedad subsiguientes. La conceptualización de esta presentación en la ICD-11 como una forma de trastorno por oposición desafiante concuerda con la evidencia actual y discrepa del enfoque en el DSM-5 de introducir un nuevo trastorno, el trastorno de desregulación afectiva disruptiva⁷⁴⁻⁷⁶.

El trastorno de la conducta en la ICD-11 consolida los tres diagnósticos separados de trastorno de la conducta clasificados en la ICD-10 (es decir, confinado al contexto de la familia, no socializado, socializado). La ICD-11 reconoce que la conducta disruptiva y los trastornos disociales a menudo se asocian a entornos psicosociales problemáticos y factores de riesgo psicosocial, como rechazo de compañeros, influencias de grupos de compañeros descarriados y trastorno mental parental. Una diferenciación clínicamente significativa entre el inicio del trastorno en la infancia y la adolescencia puede indicarse con un calificativo, basado en la evidencia de que el inicio más temprano se asocia a trastorno más grave y evolución más desfavorable del trastorno.

Se puede asignar un calificativo para indicar emociones psicosociales escasas tanto a los trastornos de conducta disruptiva como disocial. En el contexto de un diagnóstico de trastorno por oposición desafiante, esta presentación se asocia a un patrón más estable y extremo de conductas de oposición. En el contexto de trastorno de conducta disocial, se asocia a una tendencia a un patrón de conducta antisocial más grave, agresiva y estable.

Trastornos de la personalidad

Algunos de los problemas con la clasificación de diez trastornos de la personalidad específicos en la ICD-10 fueron el infradiagnóstico sustancial en relación con su prevalencia entre individuos con otros trastornos mentales, el hecho de que se registraron solo dos de los trastornos de la personalidad específicos (trastorno de personalidad emocionalmente inestable, trastorno de tipo límite y trastorno disocial de la personalidad) con alguna frecuencia en las bases de datos públicamente disponibles, y que las tasas de presentación simultánea fueron extremadamente elevadas, de manera que la mayoría de individuos con trastornos graves cumplieron los requisitos para trastornos de personalidad múltiple^{16,17}.

Las CDDG de la ICD-11 piden al profesional clínico que determine primero si la presentación clínica del individuo cumple los requisitos diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad. El profesional clínico luego determina si es apropiado un diagnóstico de trastorno de la personalidad leve, moderado o grave, con base en: a) el grado y la generalización de las alteraciones en el funcionamiento de aspectos del yo (por ejemplo, estabilidad y coherencia de identidad, autovalía, precisión del propio punto de vista, capacidad para autodirección); b) el grado

y generalización de la disfunción interpersonal (por ejemplo, comprender las perspectivas de otros, desarrollar y mantener relaciones íntimas, manejar el conflicto) en diversos contextos y relaciones; c) la generalización, gravedad y cronicidad de las manifestaciones emocionales, cognitivas y conductuales de disfunción de la personalidad; y d) el grado en el cual estos patrones se asocian a angustia o alteración psicosocial.

Los trastornos de la personalidad se describen luego con más detalle indicando la presencia de rasgos de personalidad de inadaptación característicos. Se incluyeron cinco dominios de rasgo: afectividad negativa (la tendencia a experimentar una amplia gama de emociones negativas); el desprendimiento (la tendencia a mantener la distancia social e interpersonal de otros); la disocialidad (la falta de respeto a los derechos y sentimientos de otros, que abarca tanto el egocentrismo como la falta de empatía); desinhibición (la tendencia a actuar de manera impulsiva en respuesta a estímulos internos o ambientales inmediatos sin considerar consecuencias a más largo plazo); y anancastia (una atención reducida a la norma rígida de perfección de una persona y de lo correcto e incorrecto y a controlar la propia conducta y la de los demás, para asegurar la conformidad con tales normas). Muchos de estos dominios de rasgo pueden asignarse como parte del diagnóstico y se consideran prominentes y que contribuyen al trastorno de la personalidad y su gravedad.

Además, se proporciona un calificativo opcional para el “patrón límite”. Este calificativo pretende asegurar la continuidad de la atención durante la transición de la ICD-10 a la ICD-11 y puede mejorar la utilidad clínica al facilitar la identificación de individuos que pueden responder a determinados tratamientos psicoterapéuticos. Se necesitará investigación adicional para determinar si proporciona información que sea diferente a la proporcionada por los dominios de rasgo.

La ICD-11 también incluye una categoría para la dificultad en la personalidad, lo cual no se considera un trastorno mental, sino más bien se enumera en el agrupamiento de problemas asociados a interacciones interpersonales en el capítulo sobre “factores que influyen en el estado de salud o en el contacto con los servicios de salud”. La dificultad en la personalidad designa características de personalidad pronunciadas que pueden afectar al tratamiento o la prestación de servicios de salud, pero no aumentan al nivel de gravedad que justifique un diagnóstico de trastorno de la personalidad.

Trastornos parafilicos

El agrupamiento de trastornos parafilicos en la ICD-11 reemplaza al agrupamiento de trastornos de preferencia sexual de la ICD-10, en congruencia con la terminología contemporánea utilizada en los contextos de investigación y clínico. La característica central de los trastornos parafilicos es que implican factores de excitabilidad sexual que se centran en otros sin su consentimiento⁷⁷.

Los trastornos parafilicos de la ICD-11 incluyen trastorno exhibicionista, trastorno voyerista y trastorno pedofílico. Las categorías recién introducidas son trastorno por sadismo sexual coercitivo, trastorno froturístico y otro trastorno parafilico que involucra a individuos que no dan su consentimiento. También se incluye una nueva categoría de otro trastorno parafilico que involucra la conducta solitaria o individuos que brindan su consentimiento, lo cual puede asignarse cuando pensamientos, fantasías, deseos o conductas sexuales se asocian a angustia sustancial (pero no como consecuencia del rechazo o temor al rechazo

al patrón de excitabilidad por otros) o confieren riesgo directo de lesión o muerte (por ejemplo, asfixofilia).

La ICD-11 distingue entre trastornos que son relevantes a la salud pública y psicopatología clínica y los que solo reflejan conducta privada, y por ese motivo se han eliminado de la ICD-10 las categorías de sadomasoquismo, fetichismo y travestismo fetichista²⁶.

Trastornos ficticios

La ICD-11 introduce un nuevo agrupamiento de trastornos ficticios que comprende trastorno ficticio impuesto a sí mismo y trastorno ficticio impuesto a otro. Este agrupamiento es conceptualmente equivalente al diagnóstico de producción intencional o simulación de síntomas o discapacidades de la ICD-10, sean físicas o psíquicas (trastorno ficticio), pero se extendieron para incluir la situación clínica en que un individuo finge, falsifica o intencionalmente induce o agrava signos y síntomas médicos, psicológicos o conductuales en otro individuo (por lo general un niño).

Las conductas no solamente están motivadas por recompensas o incentivos externos evidentes, y con base en esto se distinguen de la simulación, que no se clasifica como un trastorno mental, conductual o del neurodesarrollo, sino más bien aparece en el capítulo sobre “factores que influyen en el estado de salud o el contacto con servicios de salud”.

Trastornos neurocognitivos

Los trastornos neurocognitivos en la ICD-11 son trastornos adquiridos caracterizados por disfunciones clínicas primarias en la función cognitiva, y comprenden la mayoría de los trastornos que se clasifican entre los trastornos mentales orgánicos de la ICD-10, inclusive los sintomáticos. En consecuencia, el agrupamiento incluye delirio, trastorno neurocognitivo leve (llamado trastorno neurocognitivo leve en la ICD-10), trastorno amnésico y demencia. El delirio y el trastorno amnésico pueden clasificarse como debidos a un trastorno médico clasificado en otras partes, debido a una sustancia o una medicación, o debido a múltiples factores etiológicos. La demencia puede clasificarse como leve, moderada o grave.

Las características sindrómicas de la demencia asociada a diferentes causas (por ejemplo, demencia debida a enfermedad de Alzheimer, demencia debida al virus de la inmunodeficiencia humana) que se clasifican y describen en el capítulo sobre trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo, mientras que las causas fundamentales se clasifican utilizando categorías del capítulo sobre enfermedades del sistema nervioso u otras secciones de la ICD, según sea apropiado⁷⁸. El trastorno neurocognitivo leve también puede identificarse junto con un diagnóstico etiológico, lo que refleja mejores métodos de detección para la disfunción cognitiva temprana, lo que representa una oportunidad para proporcionar tratamiento a fin de retrasar el avance de la enfermedad. Por consiguiente, la ICD-11 claramente reconoce los componentes cognitivo, conductual y emocional de los trastornos neurocognitivos así como sus causas fundamentales.

CONCLUSIONES

El desarrollo de las CDDG de la ICD-11 para los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo y su clasi-

ficación estadística subyacente representa la primera revisión importante de la clasificación principal de los trastornos mentales en el mundo en casi 30 años. Ha implicado un nivel sin precedente y de rango de participación global, multilingüe y multidisciplinaria. Se han realizado cambios sustanciales para aumentar la validez científica a la luz de la evidencia actual y para mejorar la utilidad clínica y aplicabilidad global, con base en un programa sistemático de estudios de campo.

Ahora, la versión del capítulo de la ICD-11 que van a utilizar los países miembros de la WHO para las estadísticas de salud y las CDDG por igual para uso en contextos clínicos por los profesionales de la salud mental está sustancialmente completa. A fin de que la ICD-11 logre su potencial en el mundo, la atención de la WHO se dirigirá al trabajo con los países miembros y con los profesionales sanitarios para la implementación y capacitación.

La implementación de un nuevo sistema de clasificación implica la interacción de la clasificación con leyes, políticas, sistemas de salud e infraestructura de información de cada país. Se deben desarrollar múltiples modalidades para la capacitación de una vasta gama de profesionales sanitarios internacionales. Esperamos continuar nuestra colaboración muy productiva con la WPA y trabajar con los países miembros, centros académicos, organizaciones profesionales y científicas y con las sociedades civiles en esta siguiente fase del trabajo.

AGRADECIMIENTOS

Los autores son los únicos responsables de los puntos de vista expresados en este artículo y no necesariamente representan las decisiones, política o puntos de vista de la Organización Mundial de la Salud. Los autores expresan su gratitud a los siguientes individuos que contribuyeron sustancialmente al desarrollo de la clasificación de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo de la ICD-11: G. Baird, J. Lochman, L.A. Clark, S. Evans, B.J. Hall, R. Lewis-Fernández, E. Nijenhuis, R.B. Krueger, M.D. Feldman, J.L. Levenson, D. Skuse, M.J. Tassé, P. Caramelli, H.G. Shah, D.P. Goldberg, G. Andrews, N. Sartorius, K. Ritchie, M. Rutter, R. Thara, Y. Xin, G. Mellsoy, J. Mezzich, D. Kupfer, D. Regier, K. Saeed, M. van Ommeren y B. Saraceno. También agradecen a miembros adicionales de los Grupos de Trabajo y consultores de la ICD-11, demasiado numerosos para nombrar aquí (sírvese ver una lista más completa en http://www.who.it/mental_health/evidence/ICD_11_contributors).

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018 version. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
2. World Health Organization. Classification of diseases (ICD). <http://www.who.int/classifications/icd/en/>.
3. Reed GM, Correia JM, Esparza P et al. The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes towards mental disorders classification. *World Psychiatry* 2011;10:118-31.
4. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization, 1992.
5. First MB, Rebelló TJ, Keeley JW et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry* 2018;17:187-95.
6. International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders. A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2011;10:86-92.
7. Reed GM. Toward ICD-11: improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Prof Psychol Res Pr* 2010;41:457-64.
8. World Bank. World bank country and lending groups. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-andlending-groups>.
9. First MB, Reed GM, Hyman SE et al. The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry* 2015;14:82-90.
10. Evans SC, Reed GM, Roberts MC et al. Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS global survey. *Int J Psychol* 2013;48:177-93.
11. Reed GM, Sharan P, Rebelló TJ et al. Clinical utility of ICD-11 diagnostic guidelines for high-burden mental disorders: results from mental health settings in 13 countries. *World Psychiatry* 2018;17:306-15.
12. Reed GM, Sharan P, Rebelló TJ et al. The ICD-11 developmental field study of reliability of diagnoses of high-burden mental disorders: results among adult patients in mental health settings of 13 countries. *World Psychiatry* 2018;17:174-86.
13. Clark LA, Cuthbert B, Lewis-Fernandez R et al. ICD-11, DSM-5, and RDoC: three approaches to understanding and classifying mental disorder. *Psychol Sci Publ Int* 2017;18:72-145.
14. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry* 2018;17:282-93.
15. Markon KE. Modeling psychopathology structure: a symptom-level analysis of axis I and II disorders. *Psychol Med* 2010;40:273-88.
16. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. *Lancet* 2015;385:717-26.
17. Reed GM. Progress in developing a classification of personality disorders for ICD-11. *World Psychiatry* 2018;17:227-9.
18. Gaebel W. Status of psychotic disorders in ICD-11. *Schizophr Bull* 2012;38:895-8.
19. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: field study strategies for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Am Psychol* 2016;71:3-16.
20. First MB. The importance of developmental field trials in the revision of psychiatric classifications. *Lancet Psychiatry* 2016;3:579-84.
21. Keeley JW, Reed GM, Roberts MC et al. Disorders specifically associated with stress: a case-controlled field study for ICD-11 mental and behavioural disorders. *Int J Clin Health Psychol* 2016;16:109-27.
22. Keeley JW, Gaebel W, First MB et al. Psychotic disorder symptom rating scales: are dichotomous or multi-point scales more clinically useful? An ICD-11 field study. *J Schizophr Res* (in press).
23. Roberts MC, Reed GM, Medina-Mora ME et al. A global clinicians' map of mental disorders to improve ICD-11: analysing meta-structure to enhance clinical utility. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:578-90.
24. Reed GM, Roberts MC, Keeley J et al. Mental health professionals' natural taxonomies of mental disorders: implications for the clinical utility of the ICD-11 and the DSM-5. *J Clin Psychol* 2013;69:1191-212.
25. Kraepelin E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Barth, 1899.
26. Reed GM, Drescher J, Krueger R. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry* 2016;15:205-21.
27. Chakrabarti S. Psychotic and catatonic presentations in bipolar and depressive disorders. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1):59-64.
28. Vieta E, Suppes T. Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disord* 2008;10:163-78.

29. Solé B, Martínez-Arán A, Torrent C et al. Are bipolar II patients cognitively impaired: a systematic review. *Psychol Med* 2011;41:1791-803.
30. Wang Z, Li Z, Chen J et al. Association of BDNF gene polymorphism with bipolar disorders in Han Chinese population. *Genes Brain Behav* 2012;11:524-8.
31. Chou Y-H, Wang S-J, Lin C-L et al. Decreased brain serotonin transporter binding in the euthymic state of bipolar I but not bipolar II disorder: a SPECT study. *Bipolar Disord* 2010;12:312-8.
32. Ha TH, Ha K, Kim JH et al. Regional brain gray matter abnormalities in patients with bipolar II disorder: a comparison study with bipolar I patients and healthy controls. *Neurosci Lett* 2009;456:44-8.
33. Strakowski S. Bipolar disorders in ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1):31-6.
34. Veale D, Matsunaga H. Body dysmorphic disorder and olfactory reference disorder: proposals for ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(Suppl. 1):14-20.
35. Stein DJ, Kogan CS, Atmaca M et al. The classification of obsessive-compulsive and related disorders in the ICD-11. *J Affect Disord* 2016;190:663-74.
36. Suzuki K, Takei N, Iwata Y et al. Do olfactory reference syndrome and jikoshu-kyofu (a subtype of taijin-kyofu) share a common entity? *Acta Psychiatr Scand* 2004;109:150-5.
37. Fontanelle LF, Grant JE. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(Suppl. 1):28-39.
38. Timpano KR, Exner C, Glaesmer H et al. The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. *J Clin Psychiatry* 2011;72:780-6.
39. Mataix-Cols D, Fernandez de la Cruz L. Hoarding disorder has finally arrived, but many challenges lie ahead. *World Psychiatry* 2018;17:224-5.
40. Grant JE, Stein DJ. Body-focused repetitive behavior disorder in ICD-11. *Rev Bras Psiquiatr* 2014;36(Suppl. 1):59-64.
41. Maercker A, Brewin CR, Bryant RA et al. Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2013;12:198-206.
42. Brewin CR, Cloitre M, Hyland P. A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clin Psychol Rev* 2017;58:1-15.
43. Bryant RA. Grief as a psychiatric disorder. *Br J Psychiatry* 2012;201:9-10.
44. Shear K, Frank E, Houck PR et al. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005;293:2601-8.
45. Uher R, Rutter M. Classification of feeding and eating disorders: review of evidence and proposals for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11:80-92.
46. Wonderlich SA, Gordon KH, Mitchel JE et al. The validity and clinical utility of binge eating disorder. *Int J Eat Disord* 2009;42:687-705.
47. Al-Adawi S, Bax B, Bryant-Waugh R et al. Revision of ICD: status update on feeding and eating disorders. *Adv Eat Disord* 2013;1:10-20.
48. First MB, Fisher CE. Body-integrity identity disorder: the persistent desire to acquire a physical disability. *Psychopathology* 2012;45:3-14.
49. Saunders JB, Hao W, Long J et al. Gaming disorder: its delineation as an important condition for diagnosis, management, and prevention. *J Behav Addict* 2017;6:271-9.
50. Kraus SW, Krueger RB, Briken P et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 2018;17:109-10.
51. Coccaro EF. Intermittent explosive disorder as a disorder of impulsive aggression for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012;169:577-88.
52. Figueira ML, Dias V. Postpartum depression and premenstrual dysphoric disorder: options for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1):73-6.
53. Epperson CE, Steiner M. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012;169:465-75.
54. Salvador-Carulla L, Reed GM, Vaez-Azizi LM et al. Intellectual developmental disorders: towards a new name, definition and framework for "mental retardation/intellectual disability" in ICD-11. *World Psychiatry* 2011;10:175-80.
55. Tassé M, Balboni G, Navas P et al. Identifying behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive behaviour for ICD-11 disorders of intellectual development. *J Intellect Disabil Res* (in press).
56. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. *Psychiatr Danub* 2012;24(Suppl. 3):311-5.
57. Udomratn P, Burns J, Farooq S. Acute and transient psychotic disorders: an overview of studies in Asia. *Int Rev Psychiatry* 2012;24:463-6.
58. Paykel E, Andrade LH, Njenga F. Changes needed in the classification of depressive disorders: options for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1):37-42.
59. McGlinchey JB, Zimmerman M, Young D et al. Diagnosing major depressive disorder VIII: are some symptoms better than others? *J Nerv Ment Dis* 2006;194:785-90.
60. Maj M. Differentiating depression from ordinary sadness: contextual, qualitative and pragmatic approaches. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1):43-7.
61. Maj M. Mixed states and rapid cycling: conceptual issues and options for ICD-11. *World Psychiatry* 2012;11(Suppl. 1):65-8.
62. Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE et al. Public health significance of mixed anxiety and depression: beyond current classification. *Br J Psychiatry* 2008;192:171-7.
63. Goldberg DP, Lam TP, Minhas F et al. Primary care physicians' use of the proposed classification of common mental disorders for ICD-11. *Fam Pract* 2017;34:574-80.
64. Zibold C, Goldberg DP, Reed GM et al. Dimensional analysis of depressive, anxious and somatic symptoms presented by primary care patients and their relationship with ICD-11 PHC proposed diagnoses. *Psychol Med* (in press).
65. Kogan CS, Stein DJ, Maj M et al. The classification of anxiety and fear-related disorders in the ICD-11. *Depress Anxiety* 2016;33: 1141-54.
66. Brown TA, Barlow DH. Classification of anxiety and mood disorders. In: Barlow DH (ed). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*, 2nd ed. New York: Guilford, 2002:292-327.
67. Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA et al. Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychol Med* 2012;42:1-13.
68. Brown RJ, Cardeña E, Nijenhuis E et al. Should conversion disorder be reclassified as a dissociative disorder in DSM V? *Psychosomatics* 2007;48:369-78.
69. Gureje O, Reed GM. Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects. *World Psychiatry* 2016;15:291-2.
70. Poznyak V, Reed GM, Medina-Mora ME. Aligning the ICD-11 classification of disorders due to substance use with global service needs. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2018;27:212-8.
71. Fauth-Bühler M, Mann K, Potenza MN. Pathological gambling: a review of the neurobiological evidence relevant for its classification as an addictive disorder. *Addict Biol* 2017;22:885-97.
72. Stein DJ, Billieux J, Bowden-Jones H et al. Balancing validity, utility and public health considerations in disorders due to addictive behaviours. *World Psychiatry* 2018;17:363-4.
73. McLaughlin KA, Green JG, Hwang I et al. Intermittent explosive disorder in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:1131-9.
74. Lochman JE, Evans SC, Burke JD et al. An empirically based alternative to DSM-5's disruptive mood dysregulation disorder for ICD-11. *World Psychiatry* 2015;14:30-3.
75. Evans SC, Burke JD, Roberts MC et al. Irritability in child and adolescent psychopathology: an integrative review for ICD-11. *Clin Psychol Rev* 2017;53:29-45.

76. Leibenluft E. Irritability in children: what we know and what we need to learn. *World Psychiatry* 2017;16:100-1.
77. Krueger RB, Reed GM, First MB et al. Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Eleventh Revision (ICD-11). *Arch Sex Behav* 2017;46:1529-45.
78. Gaebel W, Jessen F, Kanba S. Neurocognitive disorders in ICD-11: the debate and its outcome. *World Psychiatry* 2018;17:229-30.

DOI:10.1002/wps.20611

Tratamientos psicológicos administrados por internet: de la innovación a la implementación

GERHARD ANDERSSON^{1,2}, NICKOLAI TITOV^{3,4}, BLAKE F. DEAR^{3,4}, ALEXANDER ROZENTAL^{2,5}, PER CARLBRING^{6,7}

¹Department of Behavioural Sciences and Learning, Linköping University, Linköping, Sweden; ²Department of Clinical Neuroscience, Division of Psychiatry, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³MindSpot Clinic, Macquarie University, Sydney, Australia; ⁴CentreClinic, Department of Psychology, Macquarie University, Sydney, Australia; ⁵Institute of Child Health, University College London, London, UK; ⁶Department of Psychology, Stockholm University, Stockholm, Sweden; ⁷Department of Psychology, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

Las intervenciones por internet, y en particular la terapia cognitiva conductual administrada por internet (ICBT), han existido durante un mínimo de 20 años. Aquí analizamos el método de tratamiento y la base de evidencia, argumentando que la ICBT puede verse como un vehículo para la innovación. La ICBT se ha desarrollado y evaluado para varios trastornos psiquiátricos y somáticos, y estudios comparativos directos indican que la ICBT guiada por terapeuta es más eficaz que una lista de espera para trastornos por ansiedad y depresión, y tiende a tener la misma eficacia que la CBT en persona. Se analizan también estudios sobre posibles efectos dañinos de la ICBT; una minoría importante de personas experimenta efectos negativos, aunque las tasas de deterioro al parecer son similares a las comunicadas para los tratamientos en persona y más bajas que para las condiciones de control. Analizamos además estudios sobre mecanismos de cambio y concluimos que en el mejor de los casos se han identificado pocos moderadores congruentes y mediadores de cambio. Se considera una tendencia reciente a centrarse en la adquisición de conocimiento, y se presenta una descripción de las posibilidades y dificultades de implementar la ICBT. Esto último comprende hallazgos que indican que las actitudes hacia la ICBT pueden no ser tan positivas como cuando se utiliza tecnología de información moderna como un complemento al tratamiento en persona (es decir, tratamiento combinado). Por último, analizamos las orientaciones futuras, entre ellas, el rol que desempeña la tecnología y el aprendizaje automático, el tratamiento combinado, la adaptación del tratamiento a minorías y contextos no occidentales, otros enfoques terapéuticos diferentes a la ICBT (lo que incluye psicoterapia psicodinámica interpersonal administradas a través de internet así como terapia de aceptación y de compromiso), regulaciones emergentes y la importancia de comunicar los intentos fallidos.

Palabras clave: Intervenciones por internet, terapia cognitiva conductual, innovación, trastornos por ansiedad, depresión, moderadores y mediadores, efectos negativos, tratamiento combinado, implementación.

(*World Psychiatry* 2019;17:20–28)

La tecnología de información moderna ha cambiado el mundo y la forma en que interactuamos unos con otros¹. Se utilizaron ordenadores en una etapa temprana de la investigación de psicoterapia² y, con el advenimiento de internet, el uso de ordenadores en la investigación y en la práctica aumentó con rapidez³.

La psicología clínica y la psiquiatría han estado sujetas a la influencia de estos avances tecnológicos. No solo se ha contado con intervenciones por internet, sino también hay sitios web que proporcionan información sobre trastornos psiquiátricos⁴, procedimientos de evaluación⁵ y foros sociales relacionados con diagnósticos psiquiátricos⁶. En tiempos más recientes, los teléfonos inteligentes han facilitado la recolección de datos⁷, aumentando el alcance y la difusión de ayuda terapéutica. Hay en la actualidad literalmente millares de aplicaciones para teléfono inteligente que se ocupan de problemas de salud mental, como depresión y estrés^{8,9}.

Este análisis se centra en los tratamientos psicológicos administrados por internet^{10,11}. Los primeros de estos tratamientos fueron desarrollados, evaluados y administrados como parte del tratamiento habitual a mediados de la década de 1990¹². Posteriormente, el número de estudios controlados de tratamientos psicológicos administrados por internet ha crecido a un ritmo mucho más rápido que los estudios de psicoterapia en general. La mayor parte de los programas y la investigación sobre los tratamientos administrados por internet han implicado diferentes formas de terapia cognitiva conductual (CBT), a menudo referida como ICBT¹³.

MÉTODO DE TRATAMIENTO

Se dispone de numerosas versiones diferentes de ICBT pero todas precisan una plataforma de software de tratamiento para administrar y gestionar la intervención. Esta plataforma presenta

instrumentos de evaluación, materiales de tratamiento y tecnología para facilitar interacciones entre un profesional clínico y un usuario¹⁴. Los programas de tratamiento pueden administrar contenido en forma de texto, video o audio, que se presentan en la plataforma junto con las asignaciones de tareas, y las interacciones con un profesional clínico o funciones de apoyo automático (sobre todo en el caso de tratamientos autoguiados). La disposición de páginas en la plataforma puede ser completamente reactiva, adaptándose al tamaño de la pantalla y asegurando una experiencia del usuario completamente funcional independientemente de si se obtuvo acceso a la plataforma utilizando un ordenador de escritorio, un teléfono móvil (teléfono inteligente) o una tableta¹⁴.

Otras características importantes de las plataformas de software para tratamientos son que necesitan poder administrar con regularidad cuestionarios de síntomas, los cuales se pueden utilizar para monitorizar el progreso, la gravedad de los síntomas y posiblemente el riesgo de autolesión¹⁵. Es crucial la seguridad de datos¹⁶, en particular cuando hay una interacción entre un cliente y un terapeuta a través de texto o video-chat y se intercambia información sensible, y para registrar notas clínicas.

Los requisitos legales para la gestión de la privacidad de datos relacionados con la salud están rápidamente evolucionando, pero los requisitos de seguridad en general son similares a los que se utilizan en industrias que implican transmisión electrónica de datos sensibles, como banca por internet (por ejemplo, cuando se pagan las cuentas por internet), lo que incluye encriptación del tráfico de datos y un procedimiento de doble autenticación al registrarse para acceso¹⁴.

Muchos programas incluyen todos los componentes de una intervención psicológica basada en evidencia¹⁷: por ejemplo, las instrucciones para exposición en el caso de trastornos por an-

siedad y activación de la conducta en el caso de depresión. Por consiguiente, algunos programas pueden incluir el equivalente a 150 páginas de texto, aun cuando el material se presente por internet y con las características interactivas como un cuestionario.

Ha sido posible transferir una gran proporción de técnicas de CBT comunes al formato de internet, y los primeros programas compartían similitudes estrechas con la biblioterapia¹⁸, mientras que los actuales son más fácilmente leíbles en la pantalla o en la forma de presentaciones de diapositivas que presentan los principios de la CBT a través de texto e imágenes¹⁹.

Aunque la CBT ha sido el modelo dominante de terapia utilizado en las intervenciones por internet hasta ahora, se han explorado y se están explorando diferentes modelos, entre ellos, terapia de aceptación y compromiso²⁰, enfoques psicodinámicos²¹, psicoterapia interpersonal²², actividad física²³, atención plena²⁴ y programas basados en capacitación para modificar el sesgo de atención²⁵.

Una gran proporción de los estudios y varias implementaciones implican que un profesional clínico guíe al cliente a través del programa, proporcione retroalimentación en asignaciones de tarea y también apoyo general y respuestas a las preguntas del cliente¹⁷. En muchos estudios se ha investigado el rol que desempeña el profesional clínico en la ICBT: en general, los programas de ICBT guiada tienden a ser más eficaces que la ICBT autoguiada²⁶, aun cuando algunos estudios en los cuales se incluye el contacto administrativo tiendan a mostrar que los tratamientos autoguiados también pueden producir mejoras clínicamente significativas^{27,28}.

Aunque todavía hay pocos estudios, hay indicaciones de que puede ser suficiente un apoyo práctico y técnico²⁹, y que los profesionales clínicos novatos pueden ser tan eficaces como los profesionales clínicos que tienen más experiencia con la ICBT³⁰. Por otra parte, estudios también muestran que lo que hace el terapeuta no es irrelevante³¹ y que la respuesta permisiva del terapeuta a asignaciones de tareas no cumplidas puede asociarse a menos mejora en la ICBT para el trastorno por ansiedad generalizada³². Además, respuestas reafirmativas a correos electrónicos de pacientes pueden asociarse a mejores desenlaces en la ICBT para depresión, y lo mismo pare ocurrir si el terapeuta se da a conocer³³, por solo mencionar dos ejemplos. Para aumentar la fidelidad y la eficacia del terapeuta, se pueden desarrollar y seguirse guías que facilitan la investigación y la capacitación clínica³⁴.

En varios estudios se ha investigado el rol que desempeña la lealtad terapéutica en la ICBT³⁵, con atención al acuerdo relacionado con las tareas y metas así como el vínculo entre el terapeuta y el cliente³⁶. Aunque algunos estudios muestran una asociación pequeña pero estadísticamente significativa entre las tasas de lealtad temprana y el pronóstico en la ICBT³⁷, otros estudios no han demostrado esto³⁸. En general, se han comunicado altas tasas de lealtad, lo que indica que los pacientes desarrollan una relación con su terapeuta en línea. Sin embargo, hay problemas con esta investigación, por cuanto es probable que la lealtad se califique en relación con todo el programa y no solo las interacciones relativamente menores entre el paciente y el terapeuta³⁹. Además, con la excepción de un estudio sobre CBT en persona e ICBT⁴⁰, los estudios no han implicado lealtad evaluada por observador.

INNOVACIÓN

Un aspecto de las intervenciones administradas por internet, incluida la ICBT, es la posibilidad de innovación clínica rápida, un dato distintivo de la ciencia ya que suele haber espacio para mejorar la investigación del tratamiento⁴¹. La investigación de la psicoterapia muy probablemente ha padecido los altos costos implícitos en llevar a cabo estudios controlados, y una ventaja de realizar estudios por internet es la de menos costos y periodos de estudio más breves.

En primer lugar, el reclutamiento suele ser mucho más rápido que en los estudios clínicos ordinarios, en parte porque no están confinados geográficamente. En segundo lugar, los procedimientos diagnósticos se suelen realizar desde una distancia, y las entrevistas telefónicas estructuradas complementan los datos autonotificados recopilados a través del empleo de cuestionarios en línea validados⁴². En tercer lugar, mediante el empleo de materiales en internet que proporcionan una proporción significativa del contenido terapéutico, el tiempo real dedicado a cada paciente es mucho menor que en la investigación de tratamiento en persona, con un promedio de 10 minutos por paciente y semana frente a las sesiones semanales tradicionales de 45 minutos. No es necesario un espacio para el tratamiento y los pacientes no necesitan esperar el mismo tiempo que en un estudio en persona. Otras ventajas son la posibilidad de repetir una lesión/modulo y el acceso más rápido a apoyos si es necesario.

Investigadores en este campo a menudo comienzan llevando a cabo un estudio aleatorizado controlado (RCT), a veces referido como un "RCT piloto"⁴³, pero que no necesariamente tiene muestras más pequeñas que en estudios de psicoterapia más antiguos, los cuales a menudo tenían infrapotencia⁴⁴, algunos investigadores realizan estudios piloto abiertos antes de llevar a cabo un estudio controlado⁴⁵, pero como un estudio controlado tiene más probabilidades de brindar respuestas más claras en relación con los efectos, y todavía no cuesta más que un estudio piloto, hay una tendencia a omitir esta prueba abierta una vez que se ha implementado el tratamiento.

Los estudios abiertos de fase IV sin grupos de control desempeñan un rol importante en la investigación de la eficacia clínica⁴⁶, cuando no es factible o incluso posible aleatorizar a pacientes. Investigaciones de las intervenciones a través de internet también pueden utilizar métodos cualitativos, como entrevistas de individuos que han completado el tratamiento⁴⁷. Estos estudios están aumentando. Sin embargo, se carece de descripciones detalladas de casos y, a nuestro mejor entender, se dispone de muy pocos estudios de caso sobre intervenciones por internet⁴⁸.

Dados los tamaños de muestra considerables que se pueden obtener en la investigación de intervenciones por internet, ha surgido la posibilidad de llevar a cabo estudios de diseño factorial en vez de los estudios ordinarios de tratamiento frente a control. En los diseños de investigación factorial, es posible dar respuesta a más de una pregunta, ya que se evalúan dos o más variables independientes (o factores) dentro del mismo estudio, lo que conduce a dos o más efectos principales y posibles efectos de interacción entre las condiciones. Como mínimo, esto conduce a un diseño con cuatro condiciones experimentales (o grupos). Por ejemplo, podrían compararse dos diferentes formas de ICBT para depresión (activación conductual frente a terapia

cognitiva) al igual que dos diferentes formas de proporcionar apoyo (programado frente a demanda).

Se dispone de diversas versiones de diseños factoriales⁴⁹, y varios de estos estudios están en curso^{50,51}. El empleo de diseños factoriales probablemente acelere el desarrollo de nuevas intervenciones y componentes de tratamiento. Sin embargo, incluso la investigación actual sobre intervenciones por internet puede considerarse como un aparato para la innovación, desarrollándose tratamientos y evaluándose directamente para administrarlos por internet en vez de evaluarlos primero como un tratamiento en persona. Uno de estos ejemplos es un tratamiento recién desarrollado para la postergación⁵².

La posibilidad de reclutar a pacientes sin obstáculos geográficos también plantea oportunidades para evaluar psicoterapia en personas con trastornos y problemas (por ejemplo, lesión de la médula espinal, epilepsia) que pueden ser muy discapacitantes y a la vez tienen una prevalencia relativamente baja, por lo que se vuelven muy difíciles de estudiar de manera factible en estudios en persona⁵³.

BASE DE EVIDENCIA HASTA LA FECHA

La base de evidencia para ICBT, y para las intervenciones por internet en general, ha aumentado rápidamente, por lo que se vuelven necesarios análisis sistemáticos separados para diferentes trastornos. Se dispone en la actualidad de hasta 300 estudios controlados de intervenciones por internet (incluidos estudios no publicados), para diferentes trastornos y poblaciones elegidas como objetivo, y el número continúa aumentando.

Los primeros análisis tendían a centrarse más ampliamente en los efectos de la ICBT⁵⁴, o en las intervenciones computarizadas en general⁵⁵. Todavía es común mezclar diferentes tecnologías en los análisis, lo cual puede ser problemático, ya que existen diferencias entre tratamientos computarizados administrados en una clínica e ICBT que implica contacto a una distancia.

Algunos análisis contemporáneos se enfocan en los efectos de las intervenciones por internet para trastornos o problemas específicos, diferentes poblaciones elegidas como objetivo y en formas específicas de tratamientos psicológicos, como, por ejemplo, terapia de aceptación y compromiso⁵⁶. Otra tendencia reciente es llevar a cabo metanálisis de datos de participantes individuales, combinando los datos burdos de diferentes grupos de investigación, lo que facilita análisis por moderador⁵⁷.

Un problema común al analizar la literatura sobre intervenciones por internet, incluida la ICBT, es el uso de diferentes términos para describir las intervenciones, por ejemplo terapia digital, intervenciones por internet y psicoterapia computarizada. También se suelen utilizar otros términos como psicoterapia basada en la Web y psicoterapia en línea. A esto se le ha denominado “caos en la terminología”⁵⁸, y no hay señales de que se resolverá dado que, por ejemplo, la administración por teléfono inteligente y la realidad virtual a veces ahora se combinan sutilmente con el formato de internet más estándar⁵⁹.

Por lo que respecta a los trastornos por ansiedad, se dispone de varios análisis sistemáticos y metanálisis, y uno de los más recientemente actualizados es un análisis de Cochrane sobre la ICBT administrada por terapeuta⁶⁰. Este incluyó estudios aleatorizados controlados de ICBT apoyada por terapeuta en comparación con una lista de espera, atención, información o grupo de debate en

línea; CBT sin guía; o CBT en persona. Se incluyeron estudios en adultos con trastorno por pánico, agorafobia, fobia social, trastorno por estrés postraumático (PTSD), trastorno por estrés agudo, trastorno por ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo o fobia específica, definidos de acuerdo con DSM-III/III-R/IV/IV-TR o ICD-9/10. La diferencia de medias estandarizada (SMD) para los síntomas de ansiedad específica de trastorno (22 estudios, 1.573 participantes) y síntomas de ansiedad general (14 estudios, 1.004 participantes) en el tratamiento posterior favoreció a la ICBT apoyada por terapeuta en relación con la lista de espera, atención, información o sólo grupo de debate en línea (respectivamente, SMD = -1,12; IC del 95%: -1,39 a -0,85 para síntomas de ansiedad específica de trastorno; y SMD = -0,79; IC del 95%: -1,10 a -0,48 para síntomas de ansiedad general). Sin embargo, la calidad de la evidencia se evaluó como baja. No hubo diferencia significativa entre la ICBT apoyada por terapeuta y la CBT en persona para los síntomas de ansiedad específica de trastorno (6 estudios, 424 participantes, SMD = 0,09; IC del 95%: -0,26 a 0,43) o síntomas de ansiedad general (5 estudios, 317 participantes, SMD = 0,17; IC del 95%: -0,35 a 0,69) después del tratamiento. De nuevo, la calidad de la evidencia se evaluó como baja.

Esto es congruente con un análisis más reciente realizado por Andrews et al⁶¹, en el cual la *g* de Hedges para la ICBT o la CBT computarizada (cCBT) en comparación con tratamiento habitual, lista de espera, control de información, placebo psicológico o placebo en píldora fue 1,31 (IC del 95%: 0,85 a 1,76; 12 estudios) para trastorno por pánico, 0,92 (IC del 95%: 0,76 a 1,08; 11 estudios) para trastorno por ansiedad social, y 0,70 (IC del 95%: 0,39 a 1,01; 9 estudios) para trastorno por ansiedad generalizada. En nueve estudios se comparó ICBT con CBT en persona (568 sujetos en total), y la diferencia no fue significativa (*g*=0,14 a favor de CBT en persona, IC del 95%: -0,04 a 0,32).

En general, estos datos parecen indicar que la ICBT apoyada por terapeuta es más eficaz que las condiciones de control para los trastornos por ansiedad, y no significativamente diferente a la CBT en persona, aunque se necesita más evidencia de una mejor calidad.

Se han publicado varios análisis diferentes acerca de, por ejemplo, PTSD⁶², en los cuales la magnitud de efecto intergrupar combinada con el tratamiento en comparación con control en lista de espera fue *g*=0,71, con base en 10 estudios y 1.139 participantes. También hay un análisis reciente sobre los efectos de la ICBT para niños y adolescentes⁶³, que incluyó 24 estudios y mostró una magnitud de efecto moderada en comparación con condiciones de control (*g*=0,62).

Por lo que respecta a la depresión, Andrews et al⁶¹ encontraron una *g* de Hedges para ICBT o cCBT en comparación con tratamiento habitual, lista de espera, control de información, placebo psicológico o placebo en píldora de 0,67 (IC del 95%: 0,51 a 0,81), con base en 32 estudios. Josephine et al⁶⁴, en un análisis sistemático y metanálisis centrado en intervenciones por internet y basada en teléfonos móviles en adultos con depresión diagnosticada en comparación con lista de espera o placebo de atención, mostró que solo 19 estudios eran elegibles para inclusión (es decir, incluyó pacientes con depresión mayor diagnosticada). Las intervenciones por internet y basadas en teléfono móvil tuvieron un efecto significativamente mayor sobre la gravedad de la depresión que la lista de espera al final del tratamiento (*g*=-0,90; IC del 95%: -1,07 a -0,73).

En un metanálisis reciente de datos de participantes individuales⁶⁵ se logró obtener los datos brutos de 13 estudios aleatorizados controlados (3.876 participantes) en los cuales la ICBT autoguiada se comparó con una condición de control (tratamiento habitual, lista de espera o control de atención) en individuos con síntomas de depresión. La ICBT autoguiada fue significativamente más eficaz que las condiciones de control sobre la gravedad de los síntomas depresivos ($g=0,27$) y la respuesta a tratamiento (cociente de probabilidades = 1,95; IC del 95%: 1,52 a 2,50). Estas magnitudes de efecto parecen confirmar los resultados de análisis previos que indican que la ICBT autoguiada tiende a ser menos eficaz que la ICBT guiada por terapeuta⁶⁶.

Una estrategia para la ICBT es adaptar la intervención de acuerdo con las características del paciente, lo cual es una forma de manejar la comorbilidad entre trastornos. Una alternativa es utilizar una estrategia transdiagnóstica dirigida a los mecanismos subyacentes de varios trastornos (por ejemplo, evitación). Los dos enfoques se han evaluado en la investigación de ICBT, y un metanálisis de estudios relacionados con ansiedad y depresión, que incluyó a 19 estudios controlados y 2.952 participantes, mostró una magnitud de efecto promedio en comparación con condiciones de control de $g=0,82$ (IC del 95%: 0,58 a 1,05) para la ansiedad y $g=0,79$ (IC del 95%: 0,59 a 1,00) para la depresión. No hubo diferencias sustanciales entre los tratamientos transdiagnósticos y específicos de trastorno⁶⁷.

Además de estudios sobre trastornos psiquiátricos, hay una amplia literatura sobre diversos problemas de salud, como dolor crónico⁶⁸, insomnio⁶⁹, acúfenos⁷⁰ y estrés⁷¹, por solo mencionar algunos ejemplos. Así mismo, hay estudios sobre adicciones⁷².

Muchos estudios apuntan en la dirección de efectos equivalentes de intervenciones por internet guiadas y tratamientos en persona, pero esta cuestión solo puede abordarse mediante comparaciones directas. En un metanálisis actualizado de un análisis previo⁷³, se incluyeron 20 estudios en los cuales participantes se habían aleatorizado a ICBT guiada para trastornos psiquiátricos y somáticos o CBT en persona⁷⁴. La magnitud de efecto de intergrupar combinada después del tratamiento fue $g=0,05$, lo que indica que la CBT y el tratamiento en persona producen efectos equivalentes.

Aunque estudios iniciales de ICBT sin guía adolecieron de altas tasas de deserción (un promedio ponderado del 31% de los participantes desertó del tratamiento en 19 estudios de programas de tratamiento basados en internet para trastornos psicológicos)⁷⁵, un metanálisis reciente de ICBT para la depresión del adulto⁷⁶, que incluyó 24 estudios, mostró que los participantes en ICBT guiada completaron un promedio de 80,8% de su tratamiento, lo cual no fue significativamente diferente a los participantes en CBT en persona (83,9%, $p = 0,59$). Sin embargo, el porcentaje de los que terminaron (intervención total) fue significativamente más elevado en la CBT en persona (84,7%) que en la ICBT guiada (65,1%; $p < 0,001$).

También se dispone de estudios en los cuales se han investigado los efectos de la ICBT a largo plazo. Un análisis reciente incluyó 14 estudios en los cuales se habían recolectado datos durante un periodo de seguimiento de 2 años o más después de completar el tratamiento. Los estudios incluidos tenían un periodo de seguimiento promedio de 3 años⁷⁷. Eran estudios de resultados a largo plazo sobre el trastorno por pánico, trastorno por ansiedad social, trastorno por ansiedad generalizada, depresión, ansiedad y depresión mixtas, trastorno obsesivo-compul-

sivo, juego patológico, estrés y fatiga crónica. La magnitud de efecto previa y posterior al seguimiento tuvo una $g=1,52$.

En suma, está creciendo la literatura sobre intervenciones por internet e ICBT, la ICBT guiada tiende a ser más eficaz que la ICBT en persona y los efectos probablemente se mantienen en el curso del tiempo.

EFFECTOS DAÑINOS

Aunque difícilmente se notan (y tal vez incluso se descartaron por mucho tiempo), la posibilidad de efectos negativos durante y después de la psicoterapia más recientemente fue investigada en relación con la ICBT⁷⁸. Los efectos negativos se documentan cada vez más en asociación con estudios controlados de ICBT, pero también hay estudios separados de efectos negativos.

Un ejemplo, es un metanálisis a nivel de paciente⁷⁹, que incluyó 2.866 pacientes de 26 estudios clínicos de ICBT. Utilizando el Índice de Cambio Fiable, la tasa de deterioro fue 5,8% en las condiciones de tratamiento y 17,4% en las condiciones de control (cociente de probabilidades = 3,10; IC del 95%: 2,21 a 4,34). Tener una relación de pareja, ser mayor de edad y tener por lo menos un grado universitario, se asociaron a menores probabilidades de deterioro, pero solo en pacientes asignados a la condición de tratamiento.

Otro metanálisis a nivel de paciente se centró en los tratamientos basados en internet autoguiados para la depresión⁸⁰, y mostró que, de los 3.805 participante analizados, un 5,8% en los grupos de tratamiento y un 9,1% en los grupos de control se habían deteriorado (cociente de probabilidades = 0,62; $p < 0,001$). Ninguno de los moderadores analizados se asoció significativamente a la tasa de deterioro.

En un análisis similar a nivel de paciente sobre la ICBT guiada⁸¹ (18 estudios, 2,079 participantes), la tasa de deterioro fue 3,36% en los grupos de tratamiento y 7,60% en los grupos de control (riesgo relativo = 0,47; IC del 95%: 0,29 a 0,75). Pacientes con un menor nivel educativo presentaron más riesgo de deterioro que aquellos con un nivel educativo más alto.

En general, estas tasas de deterioro al parecer son similares a las comunicadas en los tratamientos en persona⁷⁸. Sin embargo, es importante señalar que nuestros métodos para explorar los efectos negativos todavía son limitados y, por ejemplo, se sabe relativamente poco sobre las causas (por ejemplo, la intervención en sí, factores ajenos a la intervención) de los efectos negativos observados durante las intervenciones por internet. También pueden presentarse efectos negativos además del deterioro de los síntomas en la ICBT y se han de documentar, por ejemplo utilizando preguntas abiertas o escalas de autonotificación que abarquen eventos adversos e indeseables⁷⁹.

MECANISMOS DE CAMBIO Y PREDICTORES DE PRONÓSTICO

Como se esperaría por la literatura sobre psicoterapias en persona⁸², no hay predictores congruentes o mecanismos de cambio comunicados en la investigación sobre intervenciones por internet. Hemos analizado antes la literatura sobre la lealtad terapéutica, en la cual los resultados han sido variables. Además, se han realizado estudios sobre variables genéticas, pero los hallazgos no han sido promisorios⁸³.

En un estudio⁸⁴ se planteó la hipótesis de que una mayor flexibilidad cognitiva proporcionaría mejor fundamento para el aprendizaje y la implementación de técnicas de reestructuración cognitiva utilizadas en ICBT, lo que conduce a mejores desenlaces de tratamiento. Se utilizaron datos de tres muestras que incluyeron pacientes con depresión, trastorno por ansiedad social y acúfenos. Antes del tratamiento se administró el Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST) de 64 cartas. No hubo relación significativa entre errores perseverativos sobre la WCST y ventajas de tratamiento en cualquier grupo.

Sin embargo, otro estudio⁸⁵, realizado en 66 adultos mayores con depresión por ansiedad mixta aleatorizados a ICBT o condiciones de control, a los que se les administró WCST (errores perseverativos) y el Cuestionario de Fallos Cognitivos antes del tratamiento, informó un efecto intergrupar moderado sobre el criterio principal de valoración, el Inventario Beck de Ansiedad ($d=0,50$), favoreciendo al grupo de tratamiento. Los autores llegaron a la conclusión de que se debería investigar más el rol que desempeña el funcionamiento cognitivo en el desenlace de la ICBT.

Tal vez más promisorios, pero todavía muy preliminares, son los estudios sobre imágenes del cerebro. Un estudio⁸⁶ demostró que el resultado de la ICBT a largo plazo para el trastorno por ansiedad social podía predecirse por las respuestas dependientes de la concentración de oxígeno en la sangre (BOLD) a la crítica autorreferencial en las regiones de la corteza cingulada anterior dorsal y la amígdala que expresan el temor antes del tratamiento, analizadas utilizando un método de aprendizaje automático de vectores de apoyo. Otro estudio⁸⁷ mostró que el mayor volumen de la corteza cingulada anterior rostral derecha antes del tratamiento era un factor predictor significativo de mayor mejoría de los síntomas depresivos con ICBT, aun después del control con respecto a variables demográficas y clínicas previamente vinculadas a la respuesta al tratamiento.

Se han investigado también diversas características demográficas, con hallazgos mixtos. Es común encontrar que variables como edad, género, estado conyugal, destrezas en la computadora, nivel educativo y tener hijos no tiene valor predictivo significativo⁸⁸.

Hay otros posibles mediadores del desenlace más directamente relacionados con el proceso de tratamiento real, y factores que probablemente influyen en la implementación y el apego al tratamiento. Por ejemplo, se ha informado que la terapia por internet es más eficaz cuando el tratamiento es fácil de poner en práctica y no demasiado avanzado desde el punto de vista técnico, y se proporciona una fecha límite clara para la duración del tratamiento⁸⁹. Además, se ha visto que ventajas súbitas (es decir, mejoras considerables y estables que ocurren entre dos sesiones de tratamiento consecutivas (predicen mayores mejoras en el seguimiento después de tratamiento y a 1 año en pacientes que reciben ICBT por ansiedad intensa en relación con la salud⁹⁰). Las características de diseño de la ICBT podrían también ser importantes: un análisis sistemático⁹¹ reveló que elementos de “tecnología persuasiva” (como el empleo amplio de apoyo con diálogo) predecía significativamente mejor cumplimiento del tratamiento.

Así mismo, se ha conceptualizado la ICBT como una forma de aleccionamiento al paciente. Estudios han investigado si la ICBT influye en la adquisición de conocimiento en el trastorno por ansiedad social³⁰, trastornos de la conducta alimentaria⁹² y, más

recientemente, en adolescentes con depresión⁹³. Los estudios demuestran que ocurren mejoras en el conocimiento después de la ICBT. Se necesita más investigación en este dominio, por ejemplo, para evaluar si la adquisición de conocimiento puede estar sujeta a la influencia directa en el tratamiento (mediante el empleo de métodos de la ciencia educacional).

Otro conjunto de investigaciones recientes y relacionadas indica que la utilización de las destrezas de CBT por el cliente puede predecir cambio en los síntomas y satisfacción con la vida⁹⁴. Esta dirección promisoriosa del trabajo indica que la práctica de tales habilidades puede ser un mecanismo importante de cambio, pero requiere una replicación a gran escala.

En suma, aunque se dispone de estudios observacionales sobre los mecanismos de cambio en la ICBT, hay pocos hallazgos congruentes en torno a moderadores y mediadores. La investigación teórica y experimental con medición repetida de variables de proceso podría ayudar a identificar qué investigar, ya que gran parte de la investigación se ha fundamentado en la investigación de la psicoterapia tradicional más que en los aspectos singulares de la ICBT.

IMPLEMENTACIÓN

La ICBT y las intervenciones por internet en general datan de hace casi 20 años³, pero los esfuerzos de implementación han tenido un éxito variable. Además, estos esfuerzos raras veces se han documentado bien desde una perspectiva de la ciencia de implementación.

Sin embargo, se han publicado varios estudios de eficacia, con datos de contextos de práctica clínica a sistemática, para diversos trastornos y problemas⁹⁵. Una aplicación temprana en la asistencia sanitaria general fue la clínica de acúfenos en Uppsala, Suecia, que comenzó aplicando CBT para acúfenos a través de internet hacia finales de 1999, y publicó datos sobre eficacia en una etapa temprana⁹⁶. Otro ejemplo temprano fue el programa de Interapy de los Países Bajos, que inicio en la década de 1990 y después publicó datos sobre eficacia en pacientes adultos con síntomas de depresión, trastorno por pánico, PTSD o desgaste profesional⁹⁷. El Moodgym públicamente disponible en Australia es otro ejemplo temprano con datos publicados de usuarios de la población⁹⁸.

Dos ejemplos contemporáneos de informes de eficacia provienen de la MindSpot Clinic en Australia¹⁹ y la unidad de psiquiatría por internet en Suecia^{46,99}. Los dos grupos han publicado datos de su práctica clínica sistemática, que indican que la ICBT funciona cuando se administra como una intervención regular con clientes ordinarios. Un estudio reciente describió la implementación de ICBT en cinco países: Australia, Canadá, Noruega, Suecia y Dinamarca¹⁰⁰. Los autores también incluyeron referencias a los estudios de eficacia publicados sobre desenlaces de sus clínicas, que demostraron una gran mejora clínica, bajas tasas de deterioro y altos niveles de satisfacción del paciente.

Aunque todavía se encuentra en una etapa temprana, datos publicados claramente indican que la ICBT puede funcionar en contextos regulares, incluso como una estrategia escalonada¹⁰¹. Sin embargo, en la mayoría de los casos la implementación ha sido manejada por clínicas especializadas y centralizadas por contraposición a la diseminación en amplia escala en todo un país en el que participen varias clínicas.

Un obstáculo potencial para implementar las intervenciones por internet y la ICBT son las actitudes negativas entre clientes, profesionales clínicos y otros interesados (como las compañías de seguros). Se llevó a cabo una encuesta entre interesados en 8 países europeos con 175 organizaciones participantes¹⁰². Los resultados mostraron mayor aceptabilidad del tratamiento combinado (la integración de sesiones en persona y por internet en el mismo protocolo de tratamiento) en comparación con los tratamientos por internet independientes. Por ejemplo, para la depresión leve, un 46,5% recomendaría ICBT únicamente y un 69,8% tratamiento combinado, pero para la depresión moderada, las cifras correspondientes fueron un 15,7% y un 57,2%, una diferencia notable. La misma discrepancia se encontró para la depresión grave, de manera que el 1,9% recomendaba la ICBT y el 27% los tratamientos combinados. En consecuencia, los interesados todavía titubean en recomendar la ICBT como una intervención independiente, en particular para la depresión más grave. Otro ejemplo es un estudio de Estados Unidos llevado a cabo en un contexto de atención primaria, que demostró que los pacientes se interesaban menos en participar en ICBT que en el tratamiento en persona¹⁰³.

Esta literatura debería interpretarse con cierta cautela, ya que probablemente existen diferencias entre los países y en un mismo país y contexto. Dada la observación de que los profesionales clínicos pueden no saber lo que es la ICBT, también desempeña un papel el aleccionamiento para facilitar la difusión¹⁰⁴. No obstante, el beneficio de las intervenciones por internet posiblemente sea que brindan una oportunidad para atender a las personas que no pueden o no desean acceder a tratamiento en persona, más que a las personas que se presentan y desean tratamiento en persona.

ORIENTACIONES FUTURAS

Es difícil predecir cómo se desarrollará la tecnología, y también si se adaptará nueva tecnología para uso clínico. Un ejemplo es el uso de sensores para medir la actividad fisiológica y las conductas como el sueño a través de teléfonos inteligentes⁸. Tal tecnología ya está disponible, pero es necesario investigar si puede avanzar el tratamiento de alguna manera. Otro ejemplo es el del juego patológico importante y otros formatos de administración diferentes a solo texto e imágenes¹⁰⁵. La realidad virtual es otra técnica que se ha vuelto menos costosa y que puede integrarse con ICBT¹⁰⁶. Por último, en vista de la capacidad para generar grandes cantidades de datos, posiblemente aumente el papel que desempeña el aprendizaje automático, y un estudio inicial indica que la predicción del resultado del tratamiento puede beneficiarse de este enfoque¹⁰⁷.

Una segunda posible dirección futura en la investigación es expandir el alcance de la ICBT a otros idiomas o culturas que suelen abordarse en la investigación de la psicoterapia (por ejemplo, inmigrantes). Como un ejemplo de esto, se han realizado estudios controlados en idioma árabe¹⁰⁸ lo mismo que en chino¹⁰⁹. Un proyecto dirigido a difundir el tratamiento en diferentes idiomas y culturas implicó la traducción de un programa de ICBT en sueco para el trastorno por ansiedad social en rumano¹¹⁰.

Un tercer avance, ya señalado antes, es el desarrollo y las pruebas de psicoterapias administradas por internet diferentes

a la CBT. Son ejemplos la terapia psicodinámica²¹, la terapia interpersonal¹¹¹ y los programas de tratamiento que implican capacitación en la atención¹¹². Es probable que esto aumente, junto con la posible integración de técnicas terapéuticas. También esperamos más investigación sobre modelos de atención fusionada, según se describió antes.

Un cuarto avance tiene que ver con los diseños de investigación y el sesgo de publicación. Por lo que respecta a los diseños de investigación, consideramos que el diseño de tratamiento estándar frente a control puede ser menos necesario que los diseños factoriales más refinados que evalúan simultáneamente varias preguntas para investigación⁵¹. El sesgo de publicación es un problema en la investigación básica y aplicada, pero consideramos que ocurrían cambios. Los intentos “fallidos” de la ICBT ya se están comunicando¹¹³, lo mismo que los intentos con hallazgos negativos²⁵.

Un quinto avance probable es la creación de regulaciones y normas que rijan la implementación de la ICBT en el tratamiento sistemático. Reconocemos que los servicios de salud administrados a través de internet deben cumplir las mismas normas de seguridad y calidad que modelos tradicionales, pero también cumplir normas adecuadas para la seguridad y protección de datos sensibles relacionados con la salud. Como una consecuencia del creciente interés de la ICBT por financiadores de salud y organismos reguladores, esperamos un considerable debate futuro con respecto a cómo regular mejor tales servicios, cuales normas deberían cumplir y como se deberían acreditar^{114,115}.

CONCLUSIONES

La ICBT y otras formas de intervenciones por internet tienen perspectivas favorables como una forma para aumentar el acceso al tratamiento psicológico basado en evidencia. También pueden servir de vehículos para la innovación, que después fundamentarán los tratamientos en persona.

Aun cuando la ICBT se está implementando gradualmente, el proceso es lento y es necesario documentarlo mejor. Aunque la intervención ha resultado ser rentable¹¹⁶, hay varias dificultades profesionales al avanzar de los modelos de servicio tradicional. Muy probablemente, los enfoques combinados, que conservan ventajas de los métodos en persona y basados en la tecnología, adquirirán más popularidad en el futuro.

AGRADECIMIENTOS

G. Andersson agradece a la Linköping University, al Swedish Council for Working and Life Research, y a la Swedish Foundation for Humanities and Social Sciences por su apoyo económico para esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Krotoski A. Untangling the web. What the internet is doing to you. London: Guardian Books, 2013.
2. Marks IM, Shaw S, Parkin R. Computer-assisted treatments of mental health problems. *Clin Psychol Sci Pract* 1998;5:51-170.
3. Andersson G. Internet interventions: past, present and future. *Internet Interv* 2018;12:181-8.
4. Khazaal Y, Fernandez S, Cochand S et al. Quality of web-based information on social phobia: a cross-sectional study. *Depress Anxiety* 2008;25:461-5.

5. Epstein J, Klinkenberg WD. From Eliza to Internet: a brief history of computerized assessment. *Comp Human Behav* 2001;17:295-314.
6. Griffiths KM, Christensen H. Quality of web based information on treatment of depression: cross sectional survey. *BMJ* 2000;321:1511-5.
7. Mohr DC, Zhang M, Schueller SM. Personal sensing: understanding mental health using ubiquitous sensors and machine learning. *Annu Rev Clin Psychol* 2017;13:23-47.
8. Firth J, Torous J, Nicholas J et al. The efficacy of smartphone-based mental health interventions for depressive symptoms: a meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry* 2017;16:287-98.
9. Chandrashekar P. Do mental health mobile apps work: evidence and recommendations for designing high-efficacy mental health mobile apps. *mHealth* 2018;4:6.
10. Andersson G. Internet-delivered psychological treatments. *Annu Rev Clin Psychol* 2016;12:157-79.
11. Andersson G, Titov N. Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry* 2014;13:4-11.
12. Ruwaard J, Lange A, Schriecken B et al. Efficacy and effectiveness of online cognitive behavioral treatment: a decade of interapy research. *Stud Health Technol Inform* 2011;167:9-14.
13. Andersson G, Carlbring P, Lindefors N. History and current status of ICBT. In: Lindefors N, Andersson G (eds). *Guided internet-based treatments in psychiatry*. Cham: Springer, 2016:1-16.
14. Vlaescu G, Alasjö A, Miloff A et al. Features and functionality of the Iterapi platform for internet-based psychological treatment. *Internet Interv* 2016;6: 107-14.
15. Nielssen O, Dear BF, Staples LG et al. Procedures for risk management and a review of crisis referrals from the MindSpot Clinic, a national service for the remote assessment and treatment of anxiety and depression. *BMC Psychiatry* 2015;15:304.
16. Bennett K, Bennett AJ, Griffiths KM. Security considerations for e-mental health interventions. *J Med Internet Res* 2010;12:e61.
17. Andersson G. *The internet and CBT: a clinical guide*. Boca Raton: CRC Press, 2015.
18. Andersson G, Bergström J, Buhrman M et al. Development of a new approach to guided self-help via the Internet. The Swedish experience. *J Technol Human Serv* 2008;26:161-81.
19. Titov N, Dear BF, Staples L et al. The first 30 months of the MindSpot Clinic: evaluation of a national e-mental health service against project objectives. *Aust N Z J Psychiatry* 2017;51:1227-39.
20. Dahlin M, Andersson G, Magnusson K et al. Internet-delivered acceptance-based behaviour therapy for generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Behav Res Ther* 2016;77:86-95.
21. Johansson R, Ekbladh S, Hebert A et al. Psychodynamic guided self-help for adult depression through the Internet: a randomised controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e38021.
22. Dagöö J, Persson Asplund R, Andersson Bsenko H et al. Cognitive behavior therapy versus interpersonal psychotherapy for social anxiety disorder delivered via smartphone and computer: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2014;28:410-7.
23. Ström M, Uckelstam C-J, Andersson G et al. Internet-delivered therapist-guided physical activity for mild to moderate depression: a randomized controlled trial. *PeerJ* 2013;1:e178.
24. Boettcher J, Åström V, Pålsson D et al. Internet-based mindfulness treatment for anxiety disorders: a randomised controlled trial. *Behav Ther* 2014;45:241-53.
25. Carlbring P, Apelstrand M, Sehlin H et al. Internet-delivered attention training in individuals with social anxiety disorder – a double blind randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2012;12:66.
26. Baumeister H, Reichler L, Munzinger M et al. The impact of guidance on Internet-based mental health interventions – a systematic review. *Internet Interv* 2014;1:205-15.
27. Dear BF, Staples LG, Terides MD et al. Transdiagnostic versus disorderspecific and clinician-guided versus self-guided internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder and comorbid disorders: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2015;36:63-77.
28. Titov N, Dear BF, Staples LG et al. Disorder-specific versus transdiagnostic and clinician-guided versus self-guided treatment for major depressive disorder and comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2015;35:88-102.
29. Titov N, Andrews G, Davies M et al. Internet treatment for depression: a randomized controlled trial comparing clinician vs. technician assistance. *PLoS One* 2010;5:e10939.
30. Andersson G, Carlbring P, Furmark T, on behalf of the SOFIE Research Group. Therapist experience and knowledge acquisition in Internet-delivered CBT for social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2012;7:e37411.
31. Schneider LH, Hadjistavropoulos HD, Faller YN. Internet-delivered cognitive behaviour therapy for depressive symptoms: an exploratory examination of therapist behaviours and their relationship to outcome and therapeutic alliance. *Behav Cogn Psychother* 2016;44:625-39.
32. Paxling B, Lundgren S, Norman A et al. Therapist behaviours in Internet-delivered cognitive behaviour therapy: analyses of e-mail correspondence in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother* 2013;41:280-9.
33. Holländare F, Gustafsson SA, Berglind M et al. Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interv* 2016;3:1-7.
34. Hadjistavropoulos HD, Schneider LH, Klassen K et al. Development and evaluation of a scale assessing therapist fidelity to guidelines for delivering therapist-assisted Internet-delivered cognitive behaviour therapy. *Cogn Behav Ther* 2018;47:447-61.
35. Pihlaja S, Stenberg JH, Joutsenniemi K et al. Therapeutic alliance in guided internet therapy programs for depression and anxiety disorders – a systematic review. *Internet Interv* 2018;11:1-10.
36. Horvath AO, Del Re AC, Fluckiger C et al. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 2011;48:9-16.
37. Bergman Nordgren L, Carlbring P, Linna E et al. Role of the working alliance on treatment outcome in tailored internet-based cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: randomized controlled pilot trial. *JMIR Res Protoc* 2013;2:e4.
38. Andersson G, Paxling B, Wiwe M et al. Therapeutic alliance in guided Internet-delivered cognitive behavioral treatment of depression, generalized anxiety disorder and social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2012;50:544-50.
39. Berger T. The therapeutic alliance in internet interventions: a narrative review and suggestions for future research. *Psychother Res* 2017;27:511-24.
40. Vernmark K, Hesser H, Topooco N et al. Working alliance as a predictor of change in depression during blended cognitive behavior therapy. *Cogn Behav Ther* (in press).
41. Clark DM. Developing new treatments: on the interplay between theories, experimental science and clinical innovation. *Behav Res Ther* 2004;42:1089-104.
42. van Ballegooijen W, Riper H, Cuijpers P et al. Validation of online psychometric instruments for common mental health disorders: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2016;16:45.
43. Lundgren JG, Dahlström Ö, Andersson G et al. The effect of guided web-based cognitive behavioral therapy on patients with depressive symptoms and heart failure: a pilot randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2016;18:e194.
44. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245-58.
45. Andersson E, Ljótsson B, Hedman E et al. Internet-based cognitive behavior therapy for obsessive compulsive disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry* 2011;11:125.

46. Hedman E, Ljótsson B, Kaldø V et al. Effectiveness of Internet-based cognitive behaviour therapy for depression in routine psychiatric care. *J Affect Disord* 2014;155:49-58.
47. Bendelin N, Hesser H, Dahl J et al. Experiences of guided Internet-based cognitive-behavioural treatment for depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry* 2011;11:107.
48. Pugh NE, Hadjistavropoulos HD, Klein B et al. A case study illustrating therapist-assisted internet cognitive behavior therapy for depression. *Cogn Behav Pract* 2014;21:64-77.
49. Collins LM, Dziak JJ, Kugler KC et al. Factorial experiments: efficient tools for evaluation of intervention components. *Am J Prev Med* 2014;47:498-504.
50. Murray E, Hekler EB, Andersson G et al. Evaluating digital health interventions: key questions and approaches. *Am J Prev Med* 2016;51:843-51.
51. Watkins E, Newbold A, Tester-Jones M et al. Implementing multifactorial psychotherapy research in online virtual environments (IMPROVE-2): study protocol for a phase III trial of the MOST randomized component selection method for internet cognitive-behavioural therapy for depression. *BMC Psychiatry* 2016;16:345.
52. Rozental A, Forsell E, Svensson A et al. Internet-based cognitive behavior therapy for procrastination: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2015;83:808-24.
53. Gandy M, Karin E, Fogliati VJ et al. A feasibility trial of an Internet-delivered and transdiagnostic cognitive behavioral therapy treatment program for anxiety, depression, and disability among adults with epilepsy. *Epilepsia* 2016;57:1887-96.
54. Spek V, Cuijpers P, Nyklicek I et al. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med* 2007;37:319-28.
55. Cuijpers P, Marks I, van Straten A-M et al. Computer-aided psychotherapy for anxiety disorders: a meta-analytic review. *Cogn Behav Ther* 2009;38:66-82.
56. Brown M, Glendenning A, Hoon AE et al. Effectiveness of web-delivered Acceptance and Commitment Therapy in relation to mental health and wellbeing: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2016;18:e221.
57. Karyotaki E, Ebert DD, Donkin L et al. Do guided Internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2018;63:80-92.
58. Barak A. Concepts, definitions, and applications: the terminology chaos of Internet-supported psychotherapeutic interventions. Presented at the 6th Meeting of the International Society for Research on Internet Interventions, Chicago, May 2013.
59. Lindner P, Miloff A, Fagernäs S et al. Therapist-led and self-led one-session virtual reality exposure therapy for public speaking anxiety with consumer hardware and software: a randomized controlled trial. *J Anxiety Disord* 2018;51:153-8.
60. Olthuis JV, Watt MC, Bailey K et al. Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;3:CD011565.
61. Andrews G, Basu A, Cuijpers P et al. Computer therapy for the anxiety and depression disorders is effective, acceptable and practical health care: an updated meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2018;55:70-8.
62. Sijbrandij M, Kunovski I, Cuijpers P. Effectiveness of internet-delivered cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Depress Anxiety* 2016;33:783-91.
63. Vigerland S, Lenhard F, Bonnert M et al. Internet-delivered cognitive behavior therapy for children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2016;50:1-10.
64. Josephine K, Josefine L, Philipp D et al. Internet and mobile-based depression interventions for people with diagnosed depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017;223:28-40.
65. Karyotaki E, Riper H, Twisk J et al. Efficacy of self-guided internet-based cognitive behavioral therapy in the treatment of depressive symptoms: a meta-analysis of individual participant data. *JAMA Psychiatry* 2017;74:351-9.
66. Andersson G, Cuijpers P. Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2009;38:196-205.
67. Păsărelu C, Andersson G, Bergman Nordgren L et al. Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2017;46:1-28.
68. Bührman M, Gordh T, Andersson G. Internet interventions for chronic pain including headache: a systematic review. *Internet Interv* 2016;4:17-34.
69. Seyffert M, Lagisetty P, Landgraf J et al. Internet-delivered cognitive behavioral therapy to treat insomnia: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11:e0149139.
70. Andersson G. Clinician-supported internet-delivered psychological treatment of tinnitus. *Am J Audiol* 2015;24:299-301.
71. Heber E, Ebert DD, Lehr D et al. The benefit of web and computer-based interventions for stress: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 2017;19:e32.
72. Riper H, Blankers M, Hadiwijaya H et al. Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9:e99912.
73. Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behaviour therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:288-95.
74. Carlbring P, Andersson G, Cuijpers P et al. Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: an updated systematic review and meta-analysis. *Cogn Behav Ther* 2018;47:1-18.
75. Melville KM, Casey LM, Kavanagh DJ. Dropout from Internet-based treatment for psychological disorders. *Br J Clin Psychol* 2010;49:455-71.
76. van Ballegooijen W, Cuijpers P, van Straten A et al. Adherence to Internet-based and face-to-face cognitive behavioural therapy for depression: a meta-analysis. *PLoS One* 2014;9:e100674.
77. Andersson G, Rozental A, Shafraan R et al. Long-term effects of Internet-supported cognitive behavior therapy. *Expert Rev Neurother* 2018;18:21-8.
78. Rozental A, Castonguay L, Dimidjian S et al. Negative effects in psychotherapy: commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych Open* 2018;4:307-12.
79. Rozental A, Magnusson K, Boettcher J et al. For better or worse: an individual patient data meta-analysis of deterioration among participants receiving Internet-based cognitive behavior therapy. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:160-77.
80. Karyotaki E, Kemmerer L, Riper H et al. Is self-guided Internet-based cognitive behavioural therapy (iCBT) harmful? An individual participant data meta-analysis. *Psychol Med* 2018;48:2456-66.
81. Ebert DD, Donkin L, Andersson G et al. Does Internet-based guided-self-help for depression cause harm? An individual participant data meta-analysis on deterioration rates and its moderators in randomised controlled trials. *Psychol Med* 2016;46:2679-93.
82. Kazdin AE. Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychother Res* 2009;19:418-28.
83. Andersson E, Rück C, Lavebratt C et al. Genetic polymorphisms in monoamine systems and outcome of cognitive behavior therapy for social anxiety disorder. *PLoS One* 2013;8:e79015.
84. Lindner P, Carlbring P, Flodman E et al. Does cognitive flexibility predict treatment gains in Internet-delivered psychological

- treatment of social anxiety disorder, depression, or tinnitus? *PeerJ* 2016;4:e1934.
85. Silfvernagel K, Westlinder A, Andersson S et al. Individually tailored internet-based cognitive behaviour therapy for older adults with anxiety and depression: a randomised controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2018;47:286-300.
 86. Månsson KN, Frick A, Boraxbekk CJ et al. Predicting long-term outcome of Internet-delivered cognitive behavior therapy for social anxiety disorder using fMRI and support vector machine learning. *Transl Psychiatry* 2015;5:e530.
 87. Webb CA, Olson EA, Killgore WDS et al. Rostral anterior cingulate cortex morphology predicts treatment response to internet-based cognitive behavioral therapy for depression. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging* 2018;3:255-62.
 88. Hedman E, Andersson E, Lekander M et al. Predictors in Internet-delivered cognitive behavior therapy and behavioral stress management for severe health anxiety. *Behav Res Ther* 2015;64:49-55.
 89. Andersson G, Carlbring P, Berger T et al. What makes Internet therapy work? *Cogn Behav Ther* 2009;38:55-60.
 90. Hedman E, Lekander M, Ljótsson B et al. Sudden gains in Internet-based cognitive behavior therapy for severe health anxiety. *Behav Res Ther* 2014;54:22-9.
 91. Kelders SM, Kok RN, Ossebaard HC et al. Persuasive system design does matter: a systematic review of adherence to web-based interventions. *J Med Internet Res* 2012;14:e152.
 92. Strandskov WS, Ghaderi A, Andersson H et al. Effects of tailored and ACTInfluenced Internet-based CBT for eating disorders and the relation between knowledge acquisition and outcome: a randomized controlled trial. *Behav Ther* 2017;48:624-37.
 93. Berg M, Rozental A, Johansson S et al. The role of knowledge in Internet-based cognitive behavioural therapy for adolescent depression: results from a randomised controlled study. *Internet Interv* (in press).
 94. Terides MD, Dear BF, Fogliati VJ et al. Increased skills usage statistically mediates symptom reduction in self-guided internet-delivered cognitivebehavioural therapy for depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Cogn Behav Ther* 2018;47:43-61.
 95. Andersson G, Hedman E. Effectiveness of guided Internet-delivered cognitive behaviour therapy in regular clinical settings. *Verhaltenstherapie* 2013;23:140-8.
 96. Kaldo-Sandström V, Larsen HC, Andersson G. Internet-based cognitive-behavioral self-help treatment of tinnitus: clinical effectiveness and predictors of outcome. *Am J Audiol* 2004;13:185-92.
 97. Ruwaard J, Lange A, Schriecken B et al. The effectiveness of online cognitive-behavioral treatment in routine clinical practice. *PLoS One* 2012;7:e40089.
 98. Christensen H, Griffiths K, Groves C et al. Free range users and one hit wonders: community users of an Internet-based cognitive behaviour therapy program. *Aust N Z J Psychiatry* 2006;40:59-62.
 99. El Alaoui S, Hedman E, Kaldo V et al. Effectiveness of internet-based cognitive behavior therapy for social anxiety disorder in clinical psychiatry. *J Consult Clin Psychol* 2015;83:902-14.
 100. Titov N, Dear B, Nielssen O et al. ICBT in routine care: a descriptive analysis of successful clinics in five countries. *Internet Interv* 2018;13:108-15.
 101. Nordgreen T, Haug T, Öst L-G et al. Stepped care versus direct face-to-face cognitive behavior therapy for social anxiety disorder and panic disorder: a randomized effectiveness trial. *Behav Ther* 2016;47:166-83.
 102. Topooco N, Riper H, Araya R et al. Attitudes towards digital treatment for depression: a European stakeholder survey. *Internet Interv* 2017;8:1-9.
 103. Mohr DC, Siddique J, Ho J et al. Interest in behavioral and psychological treatments delivered face-to-face, by telephone, and by internet. *Ann Behav Med* 2010;40:89-98.
 104. Hadjistavropoulos HD, Thompson MJ, Klein B et al. Dissemination of therapist-assisted internet cognitive behaviour therapy: development and open pilot study of a workshop. *Cogn Behav Ther* 2012;41:230-40.
 105. Sardi L, Idri A, Fernandez-Aleman JL. A systematic review of gamification in e-Health. *J Biomed Inform* 2017;71:31-48.
 106. Lindner P, Miloff A, Hamilton W et al. Creating state of the art, next-generation Virtual Reality exposure therapies for anxiety disorders using consumer hardware platforms: design considerations and future direction. *Cogn Behav Ther* 2017;46:404-20.
 107. Lenhard F, Sauer S, Andersson E et al. Prediction of outcome in internetdelivered cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: a machine learning approach. *Int J Methods Psychiatr Res* 2018;27:e1576.
 108. Knaevelsrud C, Brand J, Lange A et al. Web-based psychotherapy for posttraumatic stress disorder in war-traumatized Arab patients: randomized controlled trial. *J Med Internet Res* 2015;17:e71.
 109. Choi I, Zou J, Titov N et al. Culturally attuned Internet treatment for depression amongst Chinese Australians: a randomised controlled trial. *J Affect Disord* 2012;136:459-68.
 110. Tulbure BT, Szentagotai A, David O et al. Internet-delivered cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in Romania: a randomized controlled trial. *PLoS One* 2015;10:e0123997.
 111. Donker T, Bennett K, Bennett A et al. Internet-delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: randomized controlled noninferiority trial. *J Med Internet Res* 2013;15:e82.
 112. Boettcher J, Berger T, Renneberg B. Internet-based attention training for social anxiety: a randomized controlled trial. *Cogn Ther Res* 2012;36:552-36.
 113. Lindh-Åstrand L, Spetz Holm A-C, Sydsjö G et al. Internet-delivered applied relaxation for vasomotor symptoms in postmenopausal women: lessons from a failed trial. *Maturitas* 2015;80:432-4.
 114. Borgueta AM, Purvis CK, Newman MG. Navigating the ethics of Internetguided self-help interventions. *Clin Psychol Sci Pract* 2018;25:e12235.
 115. Dever Fitzgerald T, Hunter PV, Hadjistavropoulos T et al. Ethical and legal considerations for internet-based psychotherapy. *Cogn Behav Ther* 2010;39:173-87.
 116. Donker T, Blankers M, Hedman E et al. Economic evaluations of Internet interventions for mental health: a systematic review. *Psychol Med* 2015; 45:3357-76.

DOI:10.1002/wps.20610

Crecimiento personal en la psicosis

El restablecimiento es un nuevo paradigma para los sistemas de salud mental a nivel mundial. Una implicación es un mayor énfasis en la experiencia subjetiva: ¿Cómo es padecer esquizofrenia y otras psicosis?

Un análisis sistemático de la experiencia de restablecimiento reveló que el efecto de la psicosis es más combinado que lo que implicarían los modelos habituales de enfermedad¹. El proceso de restablecimiento se caracterizó como una experiencia activa y de cambio de vida, que implica dificultades y que ocurre con y sin intervención profesional. Sin embargo, la práctica clínica suele mantenerse centrada en mitigar el déficit a través de tratamiento, en vez de apoyar estos procesos activos de cambio que intervienen en desarrollar una identidad como una “persona en restablecimiento”.

El trauma es causa² y a la vez efecto de psicosis, y la investigación acerca del trauma ha identificado una gama de procesos de crecimiento y adaptación post-traumáticos que son relevantes para las personas que padecen psicosis. La investigación sobre el crecimiento post-traumático se enfoca en el grado en el cual la dificultades para superar el trauma pueden hacer las veces de un catalizador para el crecimiento y desarrollo personal. En el proceso de adaptarse a experiencias angustiantes, lo que implica darles sentido y atribuir significado a estas experiencias, los individuos pueden cuestionar y modificar algunas de sus creencias pre-traumáticas. Por ejemplo, aspectos de la personalidad, relaciones con otros y creencias en torno al mundo pueden cambiar de una manera que el individuo lo considere positivo y un reflejo del crecimiento personal.

El perfil de estos cambios positivos varía entre los individuos, pero ha surgido un consenso en torno a cinco dominios de crecimiento post-traumático en los cuales por lo general ocurren estos cambios: sentimientos de fuerza personal acentuados; relaciones más íntimas con seres queridos; reconocimiento de nuevas posibilidades o direcciones en el propósito de la vida de la persona; mayor apreciación de la vida y cuestionamientos espirituales y existenciales sobre la naturaleza y el significado de la vida³.

El crecimiento post-traumático tiene relevancia clínica. Un metanálisis de poblaciones que experimentaron una amplia gama de sucesos traumáticos reveló que el crecimiento post-traumático era un proceso adaptativo y clínicamente beneficioso⁴. El mayor crecimiento post-traumático se asoció a menores grados de depresión y mayores grados de bienestar. Por consiguiente, el crecimiento post-traumático puede considerarse como un proceso que ayuda al restablecimiento al posibilitar al individuo a encontrar significado de una lucha dolorosa y recalibrar su identidad y propósito en la vida a la luz de sus experiencias.

El crecimiento post-traumático en la psicosis es posible y apoya al restablecimiento. Un análisis general de la evidencia relacionada con el primer episodio de psicosis identificó varias formas de crecimiento post-traumático: desarrollo de rasgos de carácter positivo, establecimiento de cambios positivos en el estilo de vida, desarrollo de relaciones más sólidas, mayor apreciación de la vida y la espiritualidad, e integración de la experiencia del primer episodio de psicosis en la identidad de la persona⁵.

Están surgiendo factores predictores del crecimiento post-traumático en la psicosis. Un estudio de 34 participantes con primer episodio de psicosis en Inglaterra reveló que a mayores grados de crecimiento post-traumático precedían niveles más bajos de síntomas de trastorno por estrés post-traumático, mayo-

res niveles de conducta expresiva y mayor restablecimiento auto-notificado⁶. Así mismo, un estudio de 121 usuarios de servicios de rehabilitación en la población con psicosis en Israel reveló que el crecimiento post-traumático es mediado por la apreciación de la autoeficacia para adaptarse y por darle sentido a la vida⁷.

En relación con darle sentido a la vida, un aspecto importante del crecimiento post traumático en la psicosis es la oportunidad para la validación y la identidad colectiva que ofrecen redes de apoyo por compañeros. Por ejemplo, el Movimiento Internacional de los que Escuchan Voces (HBM) ha trabajado en asociación con academias y profesionales clínicos durante los últimos 30 años para promover perspectivas más aceptadoras y empoderadoras en lo que tradicionalmente ha sido una experiencia en extremo estigmatizada y marginalizada.

Un aspecto de este enfoque es ayudar a los miembros a desarrollar una identidad positiva como alguien que escucha voces. Una filosofía central del movimiento HVM ha sido que el escuchar e interpretar voces siempre pertenece al individuo que escucha la voz. En forma correspondiente, se pone más énfasis al testimonio personal y al proceso de darle sentido a la experiencia, en el cual los individuos angustiados reciben el apoyo para encontrar modelos explicativos que sean subjetivamente útiles y significativos. En consecuencia, aunque se han promovido fuertemente modelos psicosociales dentro del movimiento HVM, incluidos los vínculos entre el trauma y el escuchar voces⁸, no están privilegiados; modelos explicativos alternativos, como espirituales o culturales, se ven como igualmente válidos.

La perspectiva de HVM es que incluso los periodos más devastadores de los trastornos mentales en última instancia pueden ser una fuente de desarrollo personal. Muchas descripciones por los miembros del HVM muestran cómo las crisis psiquiátricas han inducido, por ejemplo, a una mayor capacidad para el activismo político, la comprensión emocional, la creatividad, el coraje y la compasión por sí mismo y por los demás.

La idea de reubicar el escuchar voces desde ser un síntoma de enfermedad no significativo a un suceso personalmente significativo que puede fundamentar y guiar el camino al restablecimiento de una persona ha tenido resonancia en muchos usuarios de servicios psiquiátricos. Ha habido una expansión rápida de las redes de HVM en toda Europa, Australasia y Norteamérica, y en la actualidad están surgiendo iniciativas en Asia, África y Sudamérica: “El HVM una alternativa atractiva para quienes escuchan voces que no han recibido ayuda completa con las estrategias habituales, que están buscando mayor comprensión y aceptación de sus experiencias, o que sienten que sus historias no ha sido escuchadas o reconocidas”.

Identificamos tres implicaciones clínicas. En primer lugar, la evaluación clínica ha de incluir el trauma y sus efectos. Un concepto que aclara HVM es que puede ser útil para descubrir “¿Qué te ocurrió?” “¿Qué es lo que te pasa?”. En segundo lugar, promover el crecimiento post-traumático es un método para respaldar el restablecimiento. Los cinco dominios establecidos de fortalezas, relaciones, posibilidades en la vida, apreciación y espiritualidad representan un modelo de referencia de evaluación que puede tener utilidad clínica, al fomentar el optimismo terapéutico de que es posible un futuro más positivo lo mismo que al identificar aspectos de intervención.

Por último, el apoyo a las personas que padecen psicosis para darle sentido personalmente significativo a sus experiencias es una habilidad diferente para promover la comprensión y puede precisar nuevos enfoques clínicos que eviten imponer modelos clínicos explicativos. El conocimiento de organizaciones como el HBM puede ser necesario en el sistema de salud mental.

Mike Slade¹, Laura Blackie², Eleanor Longden³

¹School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK; ²School of Psychology, University of Nottingham, Nottingham, UK; ³Psychosis Research Unit, Greater Manchester Mental Health NHS Foundation Trust, Manchester, UK

1. Leamy M, Bird V, Le Bouillier C et al. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.

2. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis J et al. *World Psychiatry* 2018;17:49-66.
3. Jayawickreme E, Blackie L. *Eur J Personality* 2014;28:312-31.
4. Helgeson V, Reynolds K, Tomich P. *J Consult Clin Psychol* 2006;74:797-816.
5. Jordan G, Pope M, Lambrou A et al. *Early Interv Psychiatry* 2017;11:187-99.
6. Pietruch M, Jobson L. *Psychosis* 2012;4:213-23.
7. Mazor Y, Gelkopf M, Mueser K et al. *Front Psychiatry* 2016;7:202.
8. Pilton M, Varese F, Berry K et al. *Clin Psychol Rev* 2015;40:138-55.
9. Corstens D, Longden E, McCarthy-Jones S et al. *Schizophr Bull* 2014;40 (Suppl. 4):S285-94.

DOI:10.1002/wps.20585

Evaluación y factores que determinan la satisfacción del paciente con la atención a la salud mental

El grado de satisfacción de los pacientes con la atención que reciben se considera en general como una variable de proceso importante e indicador de calidad en la atención psiquiátrica.

Es un proceso variable, pues predice en qué medida puede lograrse el objetivo de la atención, es decir, el alivio o la superación del problema mental. Diversos estudios han demostrado que pacientes más satisfechos se apegan más al tratamiento y –aun cuando no haya diferencia en el cumplimiento– se benefician más del tratamiento que los pacientes menos satisfechos. Además, la satisfacción del paciente pronostica resultados desde las etapas iniciales de tratamiento, por ejemplo, cuando se evalúa en los primeros dos días de la atención hospitalaria¹. También es un indicador de calidad, pues todos los tratamientos deben adaptarse al paciente en la medida de lo posible, independientemente de cualquier efecto sobre los desenlaces en la salud y sociales.

Desde la década de 1960 se han utilizado numerosas escalas para medir la satisfacción del paciente en la atención psiquiátrica, también denominada satisfacción con el tratamiento, satisfacción con el servicio o satisfacción del consumidor. Un análisis sistemático reciente indica que las escalas varían significativamente en cuanto a su estructura, extensión, interés y calidad². No hay un consenso con respecto a cómo exactamente se debiera medir la satisfacción del paciente y, en las diferentes escalas, se pide a los pacientes que evalúen su satisfacción con 19 diferentes aspectos de la asistencia. Pese a una literatura considerable, el análisis identificó solo cuatro escalas que se han utilizado en más de 15 estudios y por tanto pueden considerarse como más establecidas.

El Cuestionario de Satisfacción del Cliente³ para el tratamiento ambulatorio y la Escala de Evaluación de Tratamiento por el Cliente⁴ para el tratamiento intrahospitalario son escalas breves de 8 y 7 apartados, respectivamente, que proporcionan puntuaciones globales. La Escala de Satisfacción de los Servicios de Verona⁵ y el Cuestionario de Autoevaluación de la Satisfacción del Paciente⁶ son escalas mucho más extensas y tienen subescalas en diferentes aspectos del tratamiento además de una puntuación global.

La satisfacción con la atención, según se mide en tales escalas, puede estar sujeta a la influencia de características de los pacientes y aspectos de la atención que reciben⁷.

Se ha sugerido una serie de características sociodemográficas como género, grupo étnico, posición socioeconómica y estado conyugal como factores determinantes de la satisfacción con la atención, pero las interrelaciones suelen ser débiles y los hallazgos en los diferentes estudios son incongruentes. La única característi-

ca sociodemográfica que invariablemente se vincula a una mayor satisfacción del paciente con la atención es la edad avanzada, que, no obstante, conlleva mayor satisfacción con la vida en general.

Se han observado correlaciones más sustanciales con características clínicas y resultados comunicados por el paciente, como calidad de vida subjetiva. Pacientes con niveles de síntomas altos, sobre todo más síntomas depresivos, con trastornos de la personalidad y con una calidad de vida subjetiva más baja tienden a expresar menos satisfacción con su tratamiento⁸.

Se ha visto que solo algunos aspectos suelen repercutir en la satisfacción del paciente. El tratamiento coercitivo y la percepción de una relación terapéutica negativa están muy relacionados con la menor satisfacción con el tratamiento, lo cual podría no obstante considerarse como hallazgo muy esperado. Así mismo, al parecer hay una tendencia a que los pacientes estén más satisfechos con el tratamiento en la población que en los hospitales⁹.

Cuando se obtienen puntuaciones de satisfacción para la evaluación de diferentes tratamientos y servicios, se ha de tomar en cuenta los factores determinantes antes señalados –por ejemplo, edad, el estado legal del tratamiento y la gravedad de la enfermedad o los síntomas, en particular los síntomas depresivos– como posibles factores de confusión. Ajustar las puntuaciones tomando en cuenta estos factores de confusión minimiza el riesgo de que evaluaciones positivas o negativas se atribuyan falsamente a una forma específica de tratamiento cuando de hecho reflejan tendencias generales de un grupo de pacientes con características específicas. Por ejemplo, pacientes con un estado de ánimo depresivo marcado tienen más probabilidades de expresar menos satisfacción con alguna forma de tratamiento.

El ajuste con respecto a la edad y el estado legal del tratamiento debería por lo general ser factible en los servicios psiquiátricos, pues tales datos están disponibles en casi todos los sistemas de documentación sistemática de datos. En muchos estudios de investigaciones solo se pueden obtener evaluaciones de los síntomas por observador o por el propio paciente, incluido los síntomas depresivos. Cuando los pacientes evalúan su satisfacción en la atención sistemática, no obstante, no suele ser posible evaluar sus niveles de síntomas al mismo tiempo. Aun así, sería útil considerar alguna calificación general de la gravedad de los síntomas.

Como se debería evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento psiquiátrico en la investigación y en la práctica depende principalmente del alcance y el propósito de la eva-

luación. Las puntuaciones cuantitativas según se proporcionan en las escalas establecidas pueden ser útiles, si es posible un ajuste con respecto a los factores de confusión. Algunas escalas son breves y sencillas de utilizar, y proporcionan puntuaciones útiles para estudios de investigación y evaluaciones más amplias de servicios o tratamientos. Sin embargo, cuando se utilizan las escalas también se podría desear tomar en cuenta sus limitaciones.

Cuando se obtienen puntuaciones de satisfacción para evaluar servicios, es improbable que ocurran diferencias sustanciales de tales puntuaciones entre servicios o cambios significativos con el tiempo, cuando se consideran todos los factores de confusión. Por tanto, la medición frecuente de las puntuaciones de satisfacción puede no aportar mucha información. Así mismo, diferencias en las puntuaciones cuantitativas por sí solas no serán una guía precisa respecto a cuales aspectos del tratamiento se deberían mejorar para aumentar la satisfacción de los pacientes. Para esto, se puede desear analizar subescalas o apartados individuales de escalas. Sin embargo, estas puntuaciones tienen limitaciones, ya que ninguna escala abarca todos los aspectos del tratamiento, y las puntuaciones de baja satisfacción no necesariamente indican lo que exactamente debería realizarse para que los pacientes queden más satisfechos.

Mejor que las escalas cuantitativas, las preguntas abiertas acerca de en qué aspectos están satisfechos o insatisfechos específicamente los pacientes proporcionan información sobre una amplia gama de aspectos del tratamiento que pueden ser relevantes en un contexto determinado y que los profesionales pueden implementar. Por ejemplo, si los pacientes expresan insatisfacción con la conducta de un miembro del personal específico o con el horario de las consultas en el domicilio o con la dosis de su medicación,

los profesionales clínicos pueden cambiar estos aspectos de la asistencia y mejorar así directamente la satisfacción del paciente.

Por último, ninguna escala o encuesta puede reemplazar el procedimiento más importante para evaluar la satisfacción del paciente con el tratamiento en la práctica, que es una comunicación directa y abierta entre pacientes y profesionales clínicos sobre experiencias, evaluaciones y deseos de los pacientes. Esto puede facilitar el análisis continuado de estas experiencias y puntos de vista en la planeación de tratamiento compartido y el desarrollo del servicio.

Stefan Priebe¹, Elisabetta Miglietta²

¹Unit for Social and Community Psychiatry, Queen Mary University of London, London, UK; ²Section of Psychiatry, Department of Neuroscience, Biomedicine and Movement Science, University of Verona, Verona, Italy

1. Priebe S, Barnicot K, McCabe R et al. *Eur Psychiatry* 2011;26:408-13.
2. Miglietta E, Belessiotis-Richards C, Ruggeri M et al. *J Psychiatr Res* 2018;100:33-46.
3. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA et al. *Eval Progr Plann* 1979;2:197-207.
4. Richardson M, Katsakou C, Torres-González F et al. *Psychiatry Res* 2011;118:156-60.
5. Ruggeri M, Lasalvia A, Dall'Agnola R et al. *Br J Psychiatry* 2000;177(Suppl. 39):s41-8.
6. Hansson L, Höglund E. *Nord J Psychiatry* 1995;49:257-62.
7. Woodward S, Berry K, Bucci S. *J Psychiatr Res* 2017;92:81-93.
8. Reininghaus U, Priebe S. *Br J Psychiatry* 2012;201:262-7.
9. Ruggeri M, Lasalvia A, Bisoffi G et al. *Schizophr Bull* 2003;29:229-45.

DOI:10.1002/wps.20586

Alternativas extrahospitalarias a ingresos hospitalarios en psiquiatría

El propósito de tratar a las personas que presentan una crisis de salud mental en contextos diferentes a las salas de hospitalización no es nuevo¹. Hace 700 años, en Geel, Bélgica, se estableció un sistema de atención familiar para las personas con problemas de salud mental en tiempos necesarios. En la década de 1930, A. Querido estableció un sistema de derivación de ingreso para tratamiento en el domicilio en Ámsterdam, Países Bajos. En la década de 1970, P. Polak desarrolló en Colorado una red de servicios para crisis e incluía ubicaciones en familias, camas para crisis, una unidad para días agudos y tratamiento por equipos psiquiátricos móviles. El primer equipo de tratamiento en el domicilio para resolución de crisis multidisciplinaria moderno reconocible fue fundado por L. Stein en Colorado en la década de 1970.

Lo atractivo de evitar el ingreso hospitalario cuando es posible resulta evidente. La atención intrahospitalaria es muy costosa. Algunos de los posibles daños para los pacientes que conlleva la hospitalización son: internación en centros asistenciales y dependencia; angustia por la cercanía social forzada con otros, o por la separación de amigos y familia; daño por otros pacientes o el personal; pérdida de empleo o de alojamiento; el desarrollo de estrategias de adaptación no útiles; estigma². Algunos de estos daños pueden mitigarse mediante la provisión alternativa de atención residencial a la crisis. El tratamiento en el domicilio durante una crisis ofrece oportunidades positivas: identificar y modificar factores sociales y ambientales desencadenantes de la crisis, reclutar el apoyo de la familia, desarrollar habilidades de adaptación aplicables al contexto

social normal de las personas y ofrecer una base más equitativa para las relaciones colaborativas entre personal y los pacientes.

Los pacientes tienden a recomendar fuertemente que se disponga de alternativas al ingreso hospitalario. La prestación de una gama de servicios ante crisis, entre los que los pacientes y el personal pudieran seleccionar en forma colaborativa la mejor opción, parece ser evidentemente conveniente. Ahora una serie de modelos de servicios extrahospitalarios tienen evidencia derivada de pruebas como alternativas viables al ingreso hospitalario para muchos pacientes. Los hospitales para días agudos pueden tener la capacidad para tratar hasta a uno de cada cinco pacientes que por lo demás serían ingresados a salas de agudos con resultados equivalentes³. Los equipos para reducción de crisis pueden reducir el ingreso hospitalario y aumentar la satisfacción con la asistencia aguda⁴. Las casas para crisis residencial pueden lograr más satisfacción del paciente y costos más bajos que el ingreso intrahospitalario, con una eficacia equivalente⁵.

Pese a esta evidencia promisoriosa, las alternativas a crisis en la población han hecho lo posible por integrarse plenamente en los sistemas de atención aguda nacionales. Los equipos de resolución de crisis probablemente son el modelo más ampliamente adoptado, pero solo se han implementado a nivel nacional en Inglaterra y Noruega. Los modelos de crisis extrahospitalaria, aun cuando efectivamente hacen las veces de una alternativa al ingreso hospitalario, conllevan el riesgo de ser designados como un lujo y son vulnerables a recortes.

Es improbable que algún día las alternativas extrahospitalarias reemplacen por completo a los hospitales psiquiátricos; algunos pacientes pueden siempre no estar dispuestos a aceptar tratamiento, o plantean un riesgo tan alto que se necesita un alojamiento seguro. Ninguna alternativa para las crisis ha demostrado algún efecto sobre las tasas de ingreso hospitalario obligatorio.

Se pueden identificar cuatro dificultades para las alternativas a la crisis extrahospitalaria con el fin de mejorar los sistemas de salud mental modernos, según se detalla a continuación.

Respuesta rápida. En muchos países, la falta de disponibilidad de camas puede dar lugar a retrasos en los ingresos, o que los pacientes sean ingresados lejos de su domicilio. En principio, no obstante, las vías de remisión a salas de hospitalización son claras y se puede aceptar rápidamente en cualquier momento nuevos pacientes. Las alternativas extrahospitalarias, para proporcionar un servicio ante crisis genuino, deben tratar de equipar esto. Sin embargo, en Inglaterra, por ejemplo, los objetivos en tiempo de respuesta de los equipos de resolución de crisis para la evaluación inicial de pacientes remitidos en crisis varían desde una hora hasta una semana⁶.

Gestión de la agudeza. Aunque las alternativas extrahospitalarias deben establecer límites responsables a los niveles de riesgo que pueden manejarse con seguridad, es esencial una capacidad para aceptar a pacientes agudos y angustiados, aun cuando existan algunos riesgos. Los procesos de remisión, los niveles de personal y la mezcla de habilidades, el entorno físico, y la cultura organizacional se han identificado como barreras modificables al tratamiento exitoso de la agudeza en servicios extrahospitalarios para la atención de crisis⁷.

Claridad del rol. Las alternativas extrahospitalarias pueden ofrecer tratamiento equivalente al de las salas de hospitalización en un contexto alternativo o atención distintivamente diferente del hospital psiquiátrico. Los equipos para la resolución de crisis suelen resaltar los primeros, proporcionando tratamiento clínico por un equipo multidisciplinario para todos en quienes pudiera evitarse la hospitalización. Las casas para crisis residenciales pueden buscar un rol más de nicho, proporcionar diferente tratamiento innovador y potencialmente más adecuado para un grupo demográfico o clínico específico. El modelo de casas soteria para crisis representa el mejor ejemplo conocido de esto. Desarrollado en California en la década de 1970, las casas soteria ofrecen contexto de tratamiento con uso mínimo de medicación residencial no jerárquico para las personas con psicosis de primer inicio en crisis⁸. Ser percibido por comisionados locales y planeadores de servicios como alguien que desempeña un rol claramente definido es un factor clave que influye en la sustentabilidad y la supervivencia de alternativas a la crisis⁷.

Implementación. Las alternativas a las crisis extrahospitalarias afrontan la dificultad común de reducir los beneficios observados por los primeros adaptadores y evaluaciones iniciales, cuando se incrementa. La experiencia inglesa de implementar equipos de resolución de crisis a nivel nacional ejemplifica esto.

La reducción en las hospitalizaciones anticipadas de estudios no se han reproducido de manera uniforme⁹ y la implementación de guías de política nacional solo ha sido parcial⁶. Pueden necesitarse la especificación de alto modelo, la evaluación rigurosa del cumplimiento y programas para respaldar la implementación a fin de maximizar los beneficios de alternativas ante la crisis.

También se han de valorar las posibles consecuencias imprevistas de alternativas a la crisis. Los resultados de eventos adversos raros como suicidios no son bien evaluados mediante estudios individuales. Las alternativas extrahospitalarias pueden atraer personal capacitado y alejarlo de salas de hospitalización, y al aceptar a los pacientes con menos riesgo y más apegados al tratamiento pueden aumentar los niveles globales de trastornos y de agudeza en la sala de agudos. Aumentar la complejidad de los sistemas de atención aguda locales presenta retos para mantener la continuidad del tratamiento. La duración de la hospitalización general en la atención aguda podría aumentar, si las alternativas a las crisis se utilizaran comúnmente como una disposición de "reducción gradual" de las salas de hospitalización.

Las alternativas extrahospitalarias para la atención a las crisis, que representan un recurso más económico que la hospitalización, así como una experiencia potencialmente menos atemorizante, estigmatizadora y socialmente separadora, desempeñan un rol positivo en mantener la atención a los pacientes fuera de centros asistenciales. Sin embargo, hay escaso consenso en los países y entre ellos sobre las configuraciones óptimas para los servicios agudos. El siguiente reto para los investigadores es ir más allá de evaluar modelos de servicio individuales hasta la evaluación a nivel de sistema, lo cual puede identificar componentes de servicio y configuraciones que proporcionen los mejores resultados para pacientes dentro de los sistemas de atención aguda psiquiátrica.

Brynmor Lloyd-Evans, Sonia Johnson

Division of Psychiatry, University College London, London, UK

1. Johnson S. *Adv Psychiatr Treat* 2013;19:115-23.
2. Bowers L, Chaplin R, Quirk A et al. *J Ment Health* 2009;18:316-25.
3. Marshall M, Crowther R, Sledge W et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;12:CD004026.
4. Murphy S, Irving C, Adams C et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;12:CD001087.
5. Lloyd-Evans B, Slade M, Jagielska D et al. *Br J Psychiatry* 2009;195:109-17.
6. Lloyd-Evans B, Lamb D, Bamby J et al. *BJPsych Bull* 2018;42:146-51.
7. Morant N, Lloyd-Evans B, Gilbert H et al. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2012;21:175-85.
8. Bola JR, Mosher LR. *J Nerv Ment Dis* 2003;191:219-29.
9. Jacobs R, Barrenho E. *J Ment Health Pol Econom* 2011;14:S13.

DOI:10.1002/wps.20587

Drop-out en psicoterapia: un cambio de perspectiva

Investigación que incluye casi a 84.000 pacientes adultos de psicoterapia de 669 estudios aleatorizados controlados y no controlados muestra que casi un 20% de los pacientes suspende prematuramente tratamientos de psicoterapia, sin diferencias en las tasas de deserción entre los diferentes métodos (por ejemplo, cognitivo-conductual, humanista o psicodinámico)¹.

Al parecer no existen diferencias entre grupos diagnósticos, excepto por los trastornos de la personalidad y de la conduc-

ta alimentaria que muestran las mayores de tasas de deserción. También se encontró que las tasas eran más elevadas en pacientes que no recibían su tratamiento preferido en tratamientos que no son limitados en tiempo o manualizados, en psicoterapia realizada por profesionales en formación, en estudios de efectividad (por contraposición a estudios de eficacia) y en pacientes más jóvenes¹. Un metanálisis reciente mostró que casi un 29% de niños y adolescentes desertaba de la terapia cognitiva conductual².

Hay diferentes formas de medir en la práctica la deserción¹. En estudios aleatorizados controlados, pacientes que de manera unilateral no terminan el protocolo de tratamiento prescrito suelen considerarse desertores. En términos más generales la suspensión prematura o deserción ocurre cuando un paciente decide suspender el tratamiento antes de llegar a una reducción suficiente de los problemas que inicialmente lo condujeron a buscar terapia^{1,3}.

En comparación con los pacientes que terminan el tratamiento, los que desertan de la psicoterapia muestran resultados más deficientes en el tratamiento⁴. En consecuencia, es importante abordar este fenómeno.

Tomando en cuenta los hallazgos de la investigación^{1,3,5}, varias estrategias pueden ser útiles para abordar el problema de las deserciones. La mayor parte de estas estrategias no solo son aplicables a psicoterapia, sino también a la farmacoterapia. Un primer grupo de estrategias incluye medidas que los psicoterapeutas ya aplican en la actualidad. Un segundo grupo comprende problemas que se han de abordar en la investigación futura.

Primero que nada, la deserción del tratamiento está relacionada con problemas en las expectativas del paciente y la lealtad terapéutica⁵. Por consiguiente, preparar mejor al paciente para la psicoterapia puede reducir las tasas de deserción. En una entrevista de socialización, por ejemplo, los pacientes han de estar informados sobre el trastorno y el tratamiento, lo que incluye los roles que desempeña el paciente y el terapeuta. Esos son pasos importantes para establecer y fomentar una alianza terapéutica. La toma de decisiones compartida también contribuye a fomentar la lealtad. Las rupturas en la lealtad necesitan abordarse en forma adecuada⁶.

Varias estrategias adicionales que fomentan la lealtad terapéutica pueden ayudar a evitar la deserción del tratamiento, por ejemplo, transmitir un sentido de comprensión, aceptación y respeto, establecer metas, transmitir esperanzas realistas, analizar lo que ya se ha alcanzado, reconocer que el paciente ha hecho algún progreso hacia las metas establecidas en forma conjunta, o que está adquiriendo más capacidad para utilizar las “herramientas” del tratamiento (por ejemplo, cogniciones difíciles en la terapia a cognitiva conductual o en los temas de relación conflictual central en la terapia psicodinámica)⁷.

Abordar la ambivalencia, las dudas y la resistencia hacia el tratamiento en una etapa temprana del tratamiento es otra estrategia promisoriosa, un enfoque congruente con las entrevistas motivacionales. Además, se han de tomar en cuenta las preferencias del paciente por los tratamientos⁵. El riesgo de falta de respuesta y de deserción también se puede reducir mediante la retroalimentación continua al avance del paciente⁵.

Todas estas estrategias pueden ser muy importantes para pacientes más jóvenes, residentes y pacientes con trastornos de la personalidad o de la conducta alimentaria. En el trabajo psicoterapéutico con niños y adolescentes, es esencial tomar en cuenta el concepto de la relación de trabajo dual (es decir, la relación del terapeuta con los pacientes al igual que con sus progenitores), para evitar las expectativas inadecuadas de estos últimos así como un conflicto de lealtades para los pacientes, factores que pueden incrementar la deserción de la psicoterapia.

En los pacientes más jóvenes, también es importante tomar en cuenta la adaptabilidad y la competencia de los progenitores para apoyar el desarrollo del niño durante el tratamiento psicoterapéutico; los padres pueden justificar una deserción aduciendo que es una “buena decisión” y “a favor” de la familia aun cuando las consecuencias para el paciente puedan ser negativas. Por

consiguiente, temores potenciales, ambivalencia y resistencia de los progenitores son un aspecto importante de la psicoterapia con los pacientes más jóvenes. En el caso de pacientes adolescentes, los deseos de aumentar la autonomía también pueden ser un motivo para la deserción.

Se necesita más investigación en este campo. Se deben explorar más a fondo los motivos para la deserción y es necesario identificar de manera más exhaustiva las características del paciente asociadas a la deserción. Para este fin, las entrevistas cualitativas pueden ser útiles. Además, hasta el momento, se desconoce qué ocurre a los pacientes que desertan del tratamiento, ya que por lo general se pierden en las evaluaciones de seguimiento. Se pueden diseñar estudios futuros en que se ofrezcan tratamientos alternativos (los llamados estudios de cambio) a los participantes que no responden al tratamiento o que están en riesgo de deserción^{8,9}.

Hasta ahora, la deserción del tratamiento ha tenido una connotación negativa. Un cambio en la perspectiva puede ser útil: en investigación, los resultados inesperados a veces tienen particular interés. Las deserciones inspiran y nos obligan a desarrollar tratamientos que funcionen para una gama más amplia de pacientes. Además, ya que solo cerca de un 50% de los pacientes responde a la psicoterapia e incluso menos pacientes muestran una remisión, por lo menos algunos pueden haber tomado una buena decisión al suspender un tratamiento que al parecer no parece resultarles útil. Además, puede ser útil analizar la relación entre deserciones y efectos secundarios; los últimos representan otro aspecto descuidado en psicoterapia.

Las deserciones representan un reto para la psicoterapia (y la farmacoterapia). Vistas desde una perspectiva diferente, proporcionan una oportunidad para aprender más sobre nuestros tratamientos, en quiénes funcionan y en quiénes no, por qué y cómo funcionan y por qué no. Pueden informarnos sobre limitaciones y factores no curativos de la psicoterapia. Por estos motivos, puede ser necesario un cambio de paradigma, considerando las deserciones (y a quienes no responden al tratamiento) como informantes importantes.

Falk Leichsenring¹, Lea Sarrar^{2,3}, Christiane Steinert^{1,2}

¹Department of Psychosomatics and Psychotherapy, Justus-Liebig-University, Giessen, Germany; ²Department of Psychology, Medical School Berlin, Berlin, Germany; ³Department of Audiology and Phoniatrics, Charité-University Medicine Berlin, Berlin, Germany

1. Swift JK, Greenberg RP. *J Consult Clin Psychol* 2012;80:547-59.
2. Fernandez E, Salem D, Swift JK et al. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83:1108-22.
3. Swift JK, Greenberg RP, Tompkins KA et al. *Psychotherapy* 2017; 54:47-57.
4. Cahill J, Barkham M, Hardy G et al. *Br J Clin Psychol* 2003;42:133-43.
5. Swift JK, Greenberg RP, Whipple JL et al. *Prof Psychol Res Pr* 2012;43:79-87.
6. Muran JC, Safran JD, Gorman BS et al. *Psychotherapy* 2009; 46:233-48.
7. Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books, 1984.
8. Markowitz JC, Milrod BL. *Lancet Psychiatry* 2015;2:186-90.
9. Steinert C, Kruse J, Leichsenring F. *Psychother Psychosom* 2016;85:235-7.

DOI:10.1002/wps.20588

“Capacidad”, “mejores intereses”, “voluntad y preferencias” y la Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidades de las Naciones Unidas

GEORGE SZMUKLER

Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

La Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es el instrumento legal internacional más actualizado en torno a los derechos de personas con discapacidades. Estas personas son aquellas con trastornos mentales importantes. De acuerdo con una interpretación autorizada de un Artículo crucial (Artículo 12 - Reconocimiento igual ante la ley) por el Comité de la CRPD de la ONU, la reclusión y el tratamiento involuntarios de personas con discapacidades en la salud mental están prohibidos de acuerdo con la Convención. Se considera que la ley de salud mental convencional y la ley “basada en la capacidad” violan la Convención. Sin embargo, algunos de los organismos de la ONU no están en completo acuerdo (por ejemplo, el Comité de Derechos Humanos de la ONU y el Subcomité sobre Prevención de Torturas y otro Tratamiento o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante), mientras que otros son menos explícitamente absolutistas (por ejemplo, el Consejo de Derechos Humanos). Además, en diversos ámbitos académicos se han planteado críticas fuertes a la postura del Comité de la CRPD. Estas críticas se centran en si se puede ignorar el papel que desempeña la capacidad de una persona para tomar una decisión, sin importar las circunstancias. Gran parte del debate anterior gira en torno al concepto de “capacidad legal” y el precepto ahora repetido con frecuencia de que siempre se ha de respetar “voluntad y preferencias” de la persona con una discapacidad. Sin embargo, “voluntad y preferencias” siguen sin definirse. En este Artículo, ofrezco un análisis de “voluntad y preferencias” que puede esclarecer intervenciones que pueden ser aceptables o no aceptables en términos de la Convención de la ONU.

Palabras clave: Convención de las Naciones Unidas, derechos humanos, personas con discapacidad, Comité de la CRPD de la ONU, trastornos mentales, tratamiento involuntario, ley de salud mental, capacidad legal, capacidad mental, voluntad, preferencias, mejores intereses, toma de decisiones por representación.

(World Psychiatry 2019;17:34-41)

La Convención sobre Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD) de la Organización de las Naciones Unidas (ONU)¹ es el instrumento legal internacional más actualizado específicamente adaptado para estipular los derechos de personas con discapacidades. Se considera que tales personas incluyen a las que tienen trastornos mentales importantes.

Interpretaciones autorizadas recientes emitidas por el Comité de la ONU se establecieron para vigilar la implementación de la convención (Comité de la CRPD) y condujeron a una insistencia de que está prohibida la reclusión y el tratamiento involuntarios de personas con discapacidades en salud mental (o “psicosociales”).

Por ejemplo, el Comentario General No. 1 en el Artículo 12 (Reconocimiento igual ante la ley) de la Convención² por el Comité comprende las siguientes declaraciones:

“El apoyo en el ejercicio de la capacidad legal debe respetar derechos, voluntad y preferencias de personas con discapacidades y nunca debe sustituir la toma de decisiones.” (Párrafo 17)

“Los países miembros deben analizar las leyes que permitan la custodia y el fideicomiso, y tomen acciones para desarrollar leyes y políticas que replacen

regímenes de toma de decisiones por representación mediante la toma de decisiones que respete la autonomía, voluntad y preferencias de la persona”. (Párrafo 26)

“La negación de la capacidad legal de personas con discapacidades y su reclusión en instituciones sin su voluntad, ya sea sin su consentimiento o con el consentimiento de un representante que tome la decisión, constituye privación arbitraria de la libertad y viola los artículos 12 y 14 de la Convención”. (Párrafo 40)

Además, la Declaración del Comité sobre el Artículo 14 (Libertad y seguridad de la persona) de la Convención³ declara que:

“El Comité ha pedido a los países miembros que protejan la seguridad e integridad personal de individuos con discapacidades que son privados de su libertad, lo que incluye eliminar el uso de tratamiento forzado, reclusión y diversos métodos de restricción en instalaciones médicas, inclusive restricciones físicas, químicas y mecánicas”. (Párrafo 12)

“La reclusión involuntaria de personas con discapacidades con base en el riesgo de peligrosidad, supuesta necesidad de atención o tratamiento u otros motivos vinculados a diagnóstico de alteración de la salud es contrario al derecho de la

libertad, y representa privación arbitraria de la libertad”. (Párrafo 13)

Estas aseveraciones difíciles obedecen a la postura del Comité de que el Artículo 12 de la Convención implica que todas las personas, independientemente de su capacidad para la toma de decisiones, deben gozar de “capacidad legal” sobre una “base igual con otros”. La capacidad legal implica el derecho a ser reconocido como persona ante la ley, así como el derecho a agencia legal, es decir, a que se reconozcan legalmente las decisiones del individuo –por ejemplo, en torno a la atención sanitaria y social, dónde y cómo vivir, finanzas–. La “capacidad legal” se considera fundamental para la dignidad humana igualitaria y para la ciudadanía plena^{4,5}.

La interpretación del Comité² afirma que “capacidad legal” y “capacidad mental” son diferentes: la primera es un concepto legal, la segunda es uno psicológico. Contrario a las cláusulas virtualmente universales en la ley de salud mental y la ley basada en capacidad, el Comité sostiene que la existencia de discapacidad (con base en alteraciones físicas, mentales, sensoriales o psicosociales) nunca debe ser la base para negar capacidad legal o para la imposición de “toma de decisiones por representación”; es decir,

una decisión tomada por otra persona en lugar de la persona con una discapacidad (no asignada por la persona, realizada en contra de su voluntad y no basada en su propia “voluntad y preferencias”).

El Comité insiste en que la preservación de la “capacidad legal” significa que “debemos respetar derechos, voluntad y preferencia de la persona con discapacidades”. Con el apoyo apropiado (en términos estrictos para el ejercicio de la “capacidad legal”, y que el Estado está obligado a proporcionar), las personas con discapacidades podrán expresar su “voluntad y preferencias”. Cuando una persona tenga dificultad para comunicar esto en forma directa, el Comité declara que se debe lograr una “mejor interpretación” de la “voluntad y preferencias” de la persona, involucrando a quienes conocen a la persona.

El Artículo 14 de la CRPD afirma que “la existencia de una discapacidad en ningún caso debe justificar una privación de la libertad”¹. De acuerdo con la interpretación del Comité², incluso cuando hay un riesgo para la persona o para otros en relación con la discapacidad, las medidas involuntarias incumplen no obstante la Convención. En consecuencia, claramente se descarta la ley de salud mental convencional, con base en el diagnóstico de alguna forma de “trastorno mental” más el riesgo para sí mismo o para otros.

Esta interpretación del Artículo 12 (junto con la del Artículo 13 - Acceso a la justicia) también tiene implicaciones importantes para la práctica forense, lo que incluye una posible prohibición de las defensas del “trastorno mental” - “incapacidad para ser juzgado” y “no culpable por motivo de locura” - basándose en que las defensas deben ser “neutrales en cuanto a la incapacidad”⁶⁻⁹

Un factor de fondo importante en el énfasis en la capacidad legal en la CRPD es el abuso generalizado de los derechos de personas con discapacidades. En muchos lugares esto ha representado una pérdida de casi todos los derechos civiles, a veces denominada una “defunción civil”.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA CONVENCION?

La Convención, adoptada en 2006, adquirió fuerza en 2008. Aunque no crea derechos que ya no existan en los tratados de derechos humanos universales, especifica la manera en que los principios de digni-

dad humana, igualdad y no discriminación, autonomía y participación social plena e inclusión se aplican en el caso de personas con discapacidades. Tiene como propósito asegurar que tales personas sean tratadas sobre una base equitativa con otros.

La Convención puede considerarse como representativa de un “cambio de paradigma” en el concepto legal de “discapacidad”^{10,11}. Las personas con discapacidades “incluyen las que tienen alteraciones físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que en interacción con diversos obstáculos puede dificultar su participación plena y efectiva en la sociedad sobre una base igual con otros”. Esta no es una definición exhaustiva. Casi todas las autoridades (pero no todos los usuarios de servicios) aceptan que se incluya a las personas con un trastorno mental tratadas en el sistema de salud mental. La Convención establece un “modelo social” de discapacidad: es el nivel de acomodación establecido por una sociedad lo que determina el grado en el cual la alteración de una persona se convierte en una discapacidad. Es en este sentido que “la toma de decisiones con apoyo” puede ser necesaria para una persona con una discapacidad en salud mental, a fin de facilitar la expresión de su “voluntad y preferencias”.

Cuando se redactó este escrito, 177 países habían ratificado la Convención. La ratificación señala la disposición de un país para promover los derechos y obligaciones legales especificados. Dependiendo de la jurisdicción, la Convención puede o no incorporarse automáticamente en la ley nacional una vez que se ratifica. En muchos países con leyes comunes (como el Reino Unido), se incorpora en la ley nacional solo cuando es legislado directamente.

OTRAS INTERPRETACIONES DE LA ONU

La ONU en la actualidad tiene diez organismos “con base en tratados” establecidos para monitorizar los instrumentos legales de derechos humanos específicos como la CRPD. También está el Consejo de Derechos Humanos “basado en estatutos” de la ONU, con sus diversos “procedimientos especiales”, tales como informes por “relatores especiales”, “expertos independientes” y grupos de trabajo. Una estructura general “plana” significa que puede haber diferen-

cias significativas en la interpretación de aspectos similares entre estos organismos básicamente independientes.

La prohibición absoluta del Comité de la CRPD en torno a la reclusión y el tratamiento involuntarios está respaldada por el Relator Especial en Discapacidad¹², el primer Relator Especial sobre los Derechos de Personas con Discapacidades¹³, el Grupo de Trabajo sobre Reclusión Arbitraria¹⁴, y el Alto Comisionado en Derechos Humanos de la ONU¹⁵.

Sin embargo, hay declaraciones de otros cuerpos de la ONU que no respaldan la interpretación del Comité, al menos en su forma absolutista.

Algunas posturas son claramente variables. En 2014, el Comité de Derechos Humanos publicó un Comentario General (No. 35) sobre el Artículo 9 del Convenio Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, que declara¹⁶:

“La existencia de una discapacidad por sí misma no ha de justificar una privación de libertad sino más bien cualquier privación de la libertad debe ser necesaria y proporcionada, para el propósito de proteger al individuo en cuestión contra el daño grave o evitar la lesión a otros. Se debe aplicar solo como una medida de último recurso y por el periodo más breve que sea adecuado, y se debe acompañar de salvaguarda de procedimiento y sustantivas adecuadas según lo establece la ley. Los procedimientos deben garantizar el respeto por los puntos de vista del individuo y asegurar que cualquier representante represente genuinamente y defienda los deseos e intereses del individuo”.

Una postura similar ha sido adoptada por el Subcomité de Prevención de Tortura y Otro Tratamiento o Castigo Cruel, Inhumano o Degradante¹⁷.

Otras posturas de los organismos de la ONU son menos explícitas sobre una prohibición absoluta a las intervenciones involuntarias, pero están enmarcadas en términos que apoyan un rol central para la “voluntad y preferencias”. Hacen un llamado por una necesidad urgente de desarrollar alternativas a intervenciones coercitivas.

Una importante Resolución sobre Derechos de Salud Mental y Derechos Humanos del Consejo de Derechos Humanos de la ONU¹⁸ exige a los países que “abandonen todas las prácticas que no respeten derechos, voluntad y preferencias de todas las

personas, sobre una base igualitaria”, y que “proporcionen servicios de salud mental a personas con trastornos de salud mental o discapacidades psicosociales sobre la misma base que para aquellos que no tienen discapacidades lo que incluye sobre la base del consentimiento libre e informado”.

Un informe del Relator Especial de la ONU sobre el derecho de toda persona a disfrutar de la norma más alta alcanzable en salud física y mental¹⁹ señala la falta de consenso sobre la obligación dentro de los órganos de la ONU. El Relator se ofrece a trabajar con otros para llegar a uno. Señala que la discriminación todavía es evidente en los servicios de salud mental, por ejemplo, al privar a usuarios de los derechos a rehusarse a tratamiento, a la capacidad legal y a la privacidad, así como otros derechos civiles y políticos. Insiste en que es necesaria la acción para reducir radicalmente la coerción y facilitar una tendencia hacia un término final a todo tratamiento psiquiátrico forzado.

Un informe del Relator Especial de la ONU sobre tortura y otro tratamiento o castigo cruel, inhumano o degradante²⁰ parece ambiguo en que si pueden estar alguna vez justificadas medidas involuntarias.

Vale la pena hacer notar a este punto una decisión reciente del Tribunal Europeo de Derechos Humanos²¹, que, aunque aborda el Artículo 12 de la CRPD, concluyó que estaba justificado no acceder a la “preferencia” expresada de un hombre con una discapacidad intelectual en torno a dónde debería vivir, pues “la discapacidad fue de una clase que, en términos de sus efectos sobre las habilidades cognitivas del solicitante, lo volvía incapaz de comprender adecuadamente la significación y las implicaciones de la decisión específica que deseaba tomar”, y que, por tanto, “el bienestar y los intereses del solicitante exigían que el mentor [en efecto, un representante para tomar decisiones] y el arreglo con él debían mantenerse”. En consecuencia, la interpretación del Artículo 12 por el Tribunal no coincidió con la del Comité de la CRPD.

CRÍTICAS A LA INTERPRETACIÓN DEL ARTÍCULO 12 POR EL COMITÉ DE LA CRPD

No es sorprendente que la postura absolutista del Comité de la CRPD, tan dramáticamente contraria a siglos de aceptación legal de la reclusión y tratamiento involuntarios, reciba duras críticas.

Un grupo internacional de profesionales clínicos²² argumenta que la interpretación del Comité amenaza minar los derechos decisivos difícilmente logrados para las personas con discapacidades en salud mental: el derecho a la norma más alta alcanzable de salud, a la vida o al acceso a justicia. Además, temen que también queden amenazados los derechos de otros, la familia y el público, con un incremento consecutivo en el estigma de salud mental. Se describe un rol central necesario de la capacidad de toma de decisiones de una persona (aunque, desde luego, en la mayor parte de jurisdicciones, la capacidad no desempeña un papel formal en los regímenes de servicio civil). Los autores lamentan la evidente capacidad limitada del Comité en relación con las enfermedades mentales, la falta de participación de profesionales clínicos y la incapacidad del Comité para considerar los puntos de vista de una amplia población de usuarios de servicios, de los cuales una proporción significativa respalda el tratamiento involuntario, al menos como un último recurso.

Dawson²³, desde una perspectiva legal, critica la interpretación del Comité porque no ofrece guía adecuada sobre la manera en que esto se pueda resolver, cuando surgen situaciones en las que entran en conflicto derechos explicados en la CRPD. Esto es muy importante pues el texto relevante de la CRPD, sostiene, es ambiguo. Un concepto clave en muchos sistemas legales, en establecer el equilibrio entre imperativos competitivos, es una prueba funcional de la capacidad de toma de decisiones. Esto apunta a si —en un caso específico— la autonomía, por una parte, o la protección de los intereses de una persona vulnerable, por la otra, debería prevalecer.

Además, Dawson señala que la ley en general está plagada de conceptos mentales, desaconsejados por el Comité como no objetivos, como intención, comprensión o predicción. Una negación de la capacidad legal en un dominio específico, argumenta, no necesariamente es una negación de los derechos humanos intrínsecos. A las personas ciegas no se les permite conducir; el aspecto clave a considerar es si la persona tiene una alteración de las funciones relevantes, físicas o mentales, necesarias para actuar sin riesgo en ese dominio. Dawson critica la comprensión por el Comité del significado de “discriminación”, aduciendo que no necesariamente es impropio tratar a

personas de manera diferente si existen diferencias relevantes entre sus situaciones incluso después que se ha proporcionado apoyo adecuado y se han hecho las adaptaciones adecuadas.

Scholten y Gather²⁴ aducen que el punto de vista del Comité, si se acepta, daría lugar a una serie de consecuencias adversas importantes para las personas con discapacidades de salud mental. Sería importante un efecto serio sobre la “autonomía” y el bienestar. Por “autonomía” lo que quieren decir es “la capacidad para vivir la propia vida de acuerdo con la propia concepción de lo bueno”. Señalan: “Cuando se altera sustancialmente la competencia de toma de decisiones de una persona, la persona no suele estar en la mejor postura para evaluar cuál opción de tratamiento será más conducente a su bienestar y congruente con su concepción de lo bueno. En tales casos, la práctica del consentimiento informado pierde su sentido”.

Aducen además que las propuestas del Comité dificultarían determinar si una persona que apoya a la persona discapacitada ha ejercido “influencia indebida”. “Será más difícil para el personal médico vigilar las acciones de personas de apoyo pues los intereses del paciente y de la persona que lo apoya se vuelven difusos”. En relación con este problema, sostienen, sería la asignación formal de responsabilidad sobre una decisión exclusivamente para la persona con una discapacidad mental. Las personas de apoyo supuestamente se dejarán sin alguna responsabilidad formal.

Las tres críticas antes señaladas tienen en común una objeción clave. Preguntan si se puede ignorar el rol que desempeña la capacidad de una persona para tomar una decisión, no importa la circunstancia. Si todos los esfuerzos para apoyo han fracasado, o si la persona se rehúsa a recibir apoyo, pero todavía tiene incapacidad para comprender los hechos pertinentes a la decisión en cuestión, o para apreciar su relevancia o uso, o para utilizar, ponderar o razonar la información en términos de lo que es importante para esa persona, para sus creencias y valores, para sus metas de vida personal o concepción personal de lo bueno, ¿se ha de aceptar no obstante su elección?

La capacidad para la toma de decisiones en la actualidad se construye ampliamente como el punto decisivo en torno al cual se buscan justificaciones para interferir en la vida de una persona en los intereses de restablecer la capacidad

de la persona y para decidir por tanto su bienestar. O, como lo propone Dawson, la base sobre la cual tratamos de resolver situaciones serias en las que los derechos se contraponen entre sí, por ejemplo, el derecho a la autodeterminación frente al derecho a la vida o a la norma más alta de atención médica, o a estar libre de violencia y explotación.

Todas estas críticas también plantean la pregunta relacionada de cómo hemos de comprender “instrucciones por anticipado”. En Tiempo 1, una persona con capacidad de toma de decisiones no cuestionada puede predecir que, debido a un episodio futuro previsto que implica lo que la persona reconoce como una alteración en su capacidad (Tiempo 2), expresará una preferencia diferente contradictoria, que la persona afirma no ha de considerarse como lo que ella verdaderamente “o en forma autónoma” desea. Si ocurre el episodio temido, ¿cuál preferencia se debería respetar? El Comité de la CRPD no proporciona una guía explícita sobre esta cuestión. ¿Es la preferencia de Tiempo 2, desaprobada en el Tiempo 1 la que se ha de seguir? Si tal es el caso, ¿qué caso tiene tal instrucción por anticipado?

Dado que las críticas importantes de la interpretación del Comité activan la noción de la capacidad de toma de decisiones, planteó que podría ser fructífero un análisis de cómo este concepto pudiera relacionarse con el “respeto a los derechos, voluntad y preferencias” de la CRPD. Tal debate tendrá un fuerte efecto sobre dos principios clave subyacentes a la CRPD: apoyo para la autonomía y eliminación de la discriminación.

CAPACIDAD DE TOMA DE DECISIONES, UNA LEY NEUTRAL EN DISCAPACIDAD Y DISCRIMINACIÓN

Antes que el Comité de la CRPD pudiese emitir su interpretación, mis colegas y yo presentamos un argumento de que se podría formular una ley “neutral en discapacidad” que fuera no discriminatoria hacia las personas con discapacidades en salud mental^{25,26}. Tal ley permitiría el tratamiento involuntario cuando hubiesen fracasado todos los intentos de apoyo para ayudar a la persona a tomar una decisión que se pudiera considerar autónoma.

Tal ley, propusimos –al igual que los críticos antes señalados– se basaría escuetamente en la capacidad de toma de

decisiones. Esta no es una incapacidad “de sábana” sino que es específica de una decisión de tratamiento en particular en un determinado momento. Personas con enfermedades mentales no tienen una alteración de tal capacidad para casi todas, o de hecho para todas las decisiones, y durante la mayor parte del tiempo. Si hubiese una alteración significativa de esta capacidad, el tratamiento involuntario estaría solamente justificado si fuese en los “mejores intereses” de la persona. Calificamos el término “mejores intereses”, como mejores intereses “subjetivos” –es decir, uno que otorga importancia primordial a las creencias y valores profundos de la persona, o lo que podría denominarse la “voluntad y preferencias” de una persona.

También señalamos que la capacidad de toma de decisiones en sí podría conceptuarse en términos de las creencias y valores de una persona. Una evaluación de la capacidad de toma de decisiones de la persona iría más allá de los elementos más convencionales, llamados “cognitivos”, al analizar la coherencia de una decisión de tratamiento de la persona con sus creencias profundas, valores y compromisos relevantes. Se observó una similitud con la descripción influyente de Bach y Kerzner sobre cómo se podría evaluar la “voluntad y preferencias” en vista de la capacidad de una persona para expresar una intención (o voluntad) y su coherencia con un sentido de una identidad personal en el curso del tiempo^{27,28}.

Además, argumentamos que era esencial que la ley fuese “genérica”. Para evitar discriminación, tenía que aplicarse a todas las personas de igual manera, sin importar la causa de la alteración de su capacidad de toma de decisiones, si fue un trastorno “mental” o “físico”, y si tenían o no una “discapacidad”. La capacidad para la toma de decisiones, argumentamos, es conceptualmente diferente a una “discapacidad” y puede ocurrir en personas con o sin una discapacidad.

Dawson y yo habíamos propuesto antes tal ley genérica, que denominamos una “ley de fusión”, como una réplica a la legislación convencional en salud mental. Planteamos que la ley convencional es injustamente discriminatoria contra las personas con enfermedad mental, y que su autonomía o derecho a la autodeterminación no fue acordado con el mismo respeto que se dio a todos los demás pacientes en medicina general o cirugía.

Algunos, incluido el Comité de CRPD, critican la ley basada en la capacidad – incluso una ley genérica aplicable a todos– como discriminatoria, pues se juzgaría que un número desproporcionado de personas con discapacidades en salud mental carecen de capacidad para la toma de decisiones, aun cuando tal carencia sea específica de un momento y una decisión. Ciertamente, esto constituiría un “efecto desproporcionado”. Sin embargo, un efecto desproporcionado no implica automáticamente discriminación –en tales casos, “discriminación indirecta”–. Por ejemplo, una persona con una discapacidad intelectual raras veces es aceptada para capacitarse como un médico. Dado que las calificaciones para ingresar no excluyen explícitamente a personas con una discapacidad intelectual, no hay “discriminación directa”. Sin embargo, los criterios para entrar, por lo general requieren resultados de exámenes de clase superior en sujetos académicos, tienen un efecto desproporcionado en personas con una discapacidad intelectual. No obstante, afirmamos que estos discriminan injustamente a personas con discapacidad intelectual.

Esto se debe a que se acepta, ciertamente en ley internacional, que un efecto desproporcionado no representa discriminación indirecta, siempre y cuando su fundamento tenga tres atributos: a) tiene un objetivo legítimo, b) los criterios que dieron lugar al efecto son objetivos, y c) los criterios son aceptables tomando en cuenta ese objetivo²⁹.

El “objetivo”, en los casos que nos interesan, debería verse en términos de los principios fundamentales de la CRPD: respeto a la “dignidad inherente de la persona, y autonomía individual, incluida la libertad para tomar las propias decisiones”. El objetivo es básicamente asegurar que las personas que experimentan una dificultad seria para tomar una decisión importante sean apoyadas para actuar en forma autónoma (de acuerdo con sus creencias personales profundas y valores, su concepción personal de lo “bueno” o “voluntad y preferencias”), y que a estos valores se les otorga efecto a través de la facilitación de otros hasta que se restablece la autonomía de la persona.

Un conjunto considerable de investigación sobre los criterios estándar para “capacidad de toma de decisiones” –según se define, por ejemplo, en el trabajo de Grisso y Appelbaum³⁰– muestra un nivel de acuerdo entre asesores indepen-

dientes, un índice fuerte de “objetividad”, que es muy alto³¹.

“Razonabilidad” opera independientemente de la base de que el tratamiento diferencial avance en el propósito legítimo. ¿Es un medio aceptable y proporcional para lograr este objetivo? La “autonomía” de una persona —en el sentido antes señalado— está necesariamente relacionada con alguna clase de capacidad de toma de decisiones. Si una persona no puede tomar una decisión que refleje o que aumente su concepción de lo bueno, pese a todas las medidas de apoyo, esto plantea un obstáculo para actuar en forma autónoma.

¿Bajo qué circunstancias podría una persona tener dificultades para tomar una decisión de tratamiento que sea coherente con su concepción individual de lo bueno, o con sus creencias y valores profundos? Lo que el Comité de la CRPD no ha considerado directamente es una situación común a las personas con una enfermedad mental grave, como la psicosis: es decir, un cambio significativo, a menudo espectacular en las preferencias de la persona. De hecho, lo mismo puede ocurrir en personas que no tienen una enfermedad mental, por ejemplo, con un síndrome orgánico del cerebro causado por una lesión cerebral o una reacción adversa a un medicamento.

Un análisis de los términos “voluntad y preferencias” tal vez pueda ayudar a aclarar los elementos que entran en tal situación; y cómo podríamos responder a ellos de manera supuestamente congruente con la CRPD y que a la vez permitiese una intervención “involuntaria”.

EL SIGNIFICADO DE “VOLUNTAD Y PREFERENCIAS”: “VOLUNTAD” FRENTE A “PREFERENCIA”

De acuerdo con el Artículo 12, Cláusula 4 de la CRPD, “Los países integrantes han de garantizar que todas las medidas relacionadas con el ejercicio de la capacidad legal proporcionen salvaguardas adecuadas y eficaces para prevenir el abuso de acuerdo con la ley internacional de derechos humanos. Tales salvaguardas han de garantizar que las medidas relacionadas con el ejercicio de la capacidad legal respecto a los derechos, la voluntad y preferencias de la persona, estén exentas de conflicto de intereses y de influencia indebida, sean proporcionales y ajustadas a las circunstancias de la persona, se apliquen por el periodo más breve posible y

estén sujetas a revisión periódica por una autoridad competente, independiente e imparcial, u organismo judicial”.

Al parecer hay ambigüedad en este texto, nacido del compromiso. Algunas autoridades han interpretado que esta cláusula permite la toma de decisiones por representación, pero solo con las salvaguardas declaradas¹¹. Sin embargo, como hemos visto, el Comité de la CRPD mantiene que el ejercicio de la capacidad legal prohíbe la toma de decisiones por representación e insiste en que en todo momento debemos “respetar los derechos, voluntad y preferencias” de personas con discapacidades (como supuestamente lo hacemos para todos los demás)². La expresión “voluntad y preferencias”, según se señaló antes, aparece en muchas declaraciones de los órganos de las Naciones Unidas, incluso en las que no prohíben explícitamente la toma de decisiones por representación.

Aunque suele repetirse la expresión “voluntad y preferencias”, ninguna autoridad ha proporcionado una definición de su significado. No he encontrado una entre los “trabajos preparatorios”. ¿Por qué se eligieron estas dos palabras, “voluntad” y “preferencia”? “Preferencia” tiene un significado relativamente simple: el diccionario Inglés Oxford la define como “un mayor gusto por una alternativa en comparación con otra”. Por otra parte, el significado de “voluntad” nos mueve hacia un territorio mucho más difícil.

En el lenguaje ordinario, “voluntad” tiene un sentido de fuerza más potente o una resolución de actuar de una manera específica de lo que lo hace una “preferencia”. Además, el término “voluntad” tiene un largo historial en la filosofía de la mente. No es sorprendente que los puntos de vista expresados por filósofos en torno a su significado revelen diferencias significativas. De hecho, en una obra reciente en que se aborda el tema, el autor describe el “deceso incompleto” de la “teoría moderna de la voluntad” que ha dominado desde Descartes hasta el Siglo XIX que fue objeto de feroz ataque en el Siglo XX³².

Una descripción del Siglo XVII podría ver la “voluntad” como un factor que ocupa una especie de rol causal entre el deseo y el acto dirigido a satisfacer tal deseo. Se suele establecer una diferencia entre la “voluntad” y un deseo (o “preferencia”) en la literatura filosófica. Ha sido influyente el concepto de “voluntad” de Kant, resumido útilmente como: “La voluntad, entonces, como algo

diferente de la capacidad para escoger, es la capacidad para transformar los anhelos o deseos sentidos con fuerza causal hacia razones motivadoras para la acción con validez justificada. Por consiguiente, poseer una voluntad también es poder evaluar deseos para ver si pueden o no pueden validarse como razones”³³. La “voluntad” de Kant forma parte de una descripción más amplia que incluye la elección de “fines”, pero esto no es relevante a nuestros propósitos.

Pertinente a esta descripción, y comparada con una serie de descripciones recientes, está la idea de “voluntad” como una clase de estructura motivadora de orden superior que determina cuáles deseos se traducirán en actos. Puede verse como tener “una fuerza que da la razón” especial³⁴, o como un mecanismo de autocontrol de orden superior, uno en el cual los “valores” desempeñan un papel clave en el que los deseos están sujetos a formas de deliberación dentro de “normativas” de orden superior que se extienden en el tiempo y que expresan compromisos hacia fines que encarnan valores³⁵.

En congruencia con este modelo, podemos desarrollar una descripción de “voluntad” y “preferencia” que resulte útil para comprender cuándo podemos preocuparnos de que se horadó la toma de decisiones a una persona³⁶. Se puede establecer una diferencia entre la “voluntad” —como una función de autocontrol de orden superior— por contraposición a deseos o inclinaciones o “preferencias”, expresadas en el presente. La “voluntad”, desde este punto de vista, es una manifestación de creencias, valores, compromisos y profundamente arraigados y coherentes de una persona y su concepción de lo bueno. Es lo que debemos comprender que caracteriza la “autonomía” personal. En este sentido, no es lo mismo que un deseo, inclinación o “preferencia” actualmente sostenida, incluso una fuertemente expresada.

En condiciones normales, “voluntad” y “preferencias” en gran parte van juntas. Cuando la “voluntad” y una “preferencia” divergen o son contradictorias, y una persona necesita tomar una decisión seria, es cuando puede surgir un problema.

DONDE UNA “PREFERENCIA” ES INCONGRUENTE CON LA “VOLUNTAD”: NO TODAS LAS PREFERENCIAS SON CREADAS IGUAL

Para un modelo instructivo podemos recurrir a “instrucciones por anticipado”, citadas como problemáticas en las críticas

de la interpretación del Artículo 12 por el Comité de la CRPD. Observando la diferencia entre la “voluntad” de la persona (y sus preferencias asociadas) en Tiempo 1, por contraposición a las “preferencias” que la persona prevé se expresarán en Tiempo 2 —y que la persona pide que se ignoren— se explica por qué generalmente respetamos la “voluntad” del Tiempo 1 de la persona y no la “preferencia” en el Tiempo 2. Si la persona tuviese la “voluntad” en Tiempo 1 de que el tratamiento sobre una base involuntaria ante un rechazo persistente previsto en Tiempo 2 (habiendo fracasado como un último recurso todas las tentativas de apoyo), el argumento es sólido en el sentido de que se debe descartar la renuencia del Tiempo 2. Estamos a favor de la instrucción del Tiempo 1 pues refleja la “voluntad” de la persona: sus creencias y valores relativamente estables, profundamente arraigados, y concepción personal de lo bueno.

Honar la preferencia en tiempo 2 es minar la “voluntad” o, en esencia, la “autonomía” de la persona. Es difícil ver cómo esto sería congruente con el primer “principio general” de la CRPD: “Respecto por la dignidad inherente, la autonomía individual que incluye la libertad para hacer las propias elecciones, e independencia de las personas”.

Si se acepta este análisis, se deduciría que actuaríamos de modo similar si la persona no hubiese redactado una instrucción por escrito, pero hubiese expresado, a través de varias declaraciones y opciones en la vida, los mismos valores (o “voluntad”) y las “preferencias” asociadas, según lo ponen de manifiesto personas que conocen bien a la persona, por ejemplo, parientes y amigos. Aun cuando la persona previamente no haya expresado deseos claros sobre el tratamiento, su “voluntad” previamente manifiesta, según se evidencia en sus compromisos de valor, opciones y metas en la vida, tendría que contar bastante para decidir si respetar o no una “preferencia” presente”.

En congruencia con el espíritu de la CRPD —pese a una intervención involuntaria— la necesidad de desarrollar una relación dirigida a facilitar la expresión de la voluntad de esa persona lo más pronto posible²⁷.

Este análisis de “voluntad y preferencias” añade una dimensión adicional a la conceptualización de la “capacidad de toma de decisiones” y “mejores intereses”, sino es que una formulación importante.

La capacidad de toma de decisiones del tratamiento se ve dañada cuando hay una divergencia grave entre la “voluntad” de la persona y una “preferencia” de tratamiento actualmente expresada; aunque los “mejores intereses” de una persona se cumplen al actuar de manera que se dé cumplimiento a la “voluntad” de la persona. Una instrucción por anticipado ofrece el modelo más claro. El argumento para una intervención involuntaria es más sólido, cuanto mayor sea la amenaza a la “voluntad” de la persona que resultaría de que la persona decretara una “preferencia” contradictoria.

¿Qué tan bien podemos determinar cuáles son las creencias profundas, valores o concepción personal de lo bueno que tiene una persona? La herramienta que utilizamos es llamada por los filósofos “interpretación”³⁷⁻³⁹, que no se ha de confundir con la versión psicoanalítica. La interpretación implica una forma de psicología “folclórica” o “sentido común” para comprender y predecir la conducta de otras personas en términos cotidianos de estados mentales como creencias y deseos. Dennett⁴⁰ caracterizó esta capacidad de la manera siguiente: “Con todas sus imperfecciones, accidentes y perplejidades, la psicología tradicional o folclórica es una fuente extraordinariamente poderosa de predicción. No es solo prodigiosamente poderosa sino notablemente fácil de utilizar por los seres humanos. Somos explotadores virtuosos de un oficio que no es tan teórico”. Cuando se emplea en colaboración con el paciente, y con personas que conocen bien al paciente, se esperaría un grado adecuado de “objetividad” en la evaluación.

Sin duda el lector habrá visto algunas dificultades potenciales en este enfoque de “voluntad y preferencias”. Aquí señalo algunas brevemente.

¿Puede la “voluntad” de una persona (y las preferencias que conlleva) cambiar sin que esto sea un signo de que se ha minado esta “voluntad”? Aunque hay descripciones de un cambio “cuántico” súbito en las creencias y valores profundos de una persona, al parecer son raros⁴¹. Suelen ser de índole de revelaciones espirituales, y el resultado del cambio al parecer es una concepción en gran parte coherente general de lo “bueno”, a menudo de índole religiosa. Con más frecuencia, un cambio en la “voluntad” es gradual y comprensible, implicando por lo general un trabajo a través de conflictos de valor: se mantiene la “coherencia” en un

sentido interpretativo. Otro caso en que una nueva “voluntad” puede verse como “auténtica” puede ocurrir en una persona con psicosis crónica, y que la persona ha cambiado significativamente, pero en la que existe un grado suficiente de estabilidad y coherencia en las nuevas creencias, valores y concepción de lo bueno de la persona, con una correspondencia aceptable con el mundo real.

¿Debiera uno siempre privilegiar la “voluntad” ante una “preferencia” conflictiva? Cuando la alteración de la toma de decisiones se debe a una causa reversible, por lo general es sencillo hacerlo. Sin embargo, cuando es irreversible, por ejemplo en la demencia, es discutible que la persona ahora no es “la misma persona” que tiene la “voluntad” previa. El que esa “voluntad” debiera respetarse en vez de una “preferencia” fuertemente sostenida pero divergente en el presente, planteo, debería determinarse en forma individual, involucrando a aquellos con un interés cercano en el bienestar de una persona³⁹.

Existen situaciones en las que puede ser imposible saber cuál pudiera ser la “voluntad” de una persona —por ejemplo, una persona que está inconsciente o en un estado confusional orgánico y no se dispone de alguien que conozca a la persona; o una persona con una discapacidad intelectual grave que puede no haber tenido la capacidad para expresar claramente una “voluntad” coherente (aunque puede haber fragmentos de conducta observada y afirmaciones que apuntan a lo que ha sido importante para la persona que ofrecen una indicación). En tales casos, se ha propuesto que la posición por defecto podría ser considerar los derechos humanos relevantes a la situación como la guía para tomar la decisión⁴².

¿RESPECTO POR «DERECHOS» Y «VOLUNTAD» Y «PREFERENCIAS»?

Así como “voluntad” y “preferencias” pueden apuntar en diferentes direcciones, lo mismo puede ocurrir con la “voluntad” y los “derechos”. Cuando un “derecho” debería soslayar una “voluntad” claramente formulada constituye un predicamento con el que estamos más familiarizados, por lo general enmarcado como “protección” frente a “autonomía”.

Un ejemplo es si un derecho a disfrutar de libertad de explotación debiera predominar sobre la “voluntad” de una persona

para vivir sola en una situación en que se amenaza tal derecho. Su resolución podría depender de una “mejor interpretación” de si la “voluntad” de la persona para vivir en forma independiente —a juzgar sobre la base de sus creencias, valores y concepción de lo bueno— sería congruente con aceptar el nivel de riesgo al cual se exponería a la persona (después que se proporcionarían los servicios de apoyo apropiados).

Con base en la discusión previa, será evidente que la palabra “respeto” en la frase “se deben respetar los derechos, voluntad y preferencias” de la persona, no puede significar que uno debe cumplir o acceder a estos tres elementos. Si apuntan en diferentes direcciones, esto es lógicamente imposible.

CONCLUSIONES

La CRPD de la ONU es un instrumento legal importante que especifica claramente los derechos de personas con discapacidades. Si deciden implementarla los países ratificantes, transformará espectacularmente la posición en la sociedad de tales personas. Esto será muy bienvenido.

Sin embargo, la interpretación del Artículo 12 por el Comité de la CRPD que prohíbe “la toma de decisiones por representación”, aunque respaldada en algunos círculos, no ha sido aprobada cabalmente en declaraciones de algunos de los órganos de la ONU, y ha sido objeto de fuertes críticas por expertos legales y clínicos.

Una prohibición absoluta sobre el tratamiento involuntario, al menos en el presente, no es creíble. No obstante, a los países integrantes constantemente se les recuerda la postura del Comité en sus observaciones concluyentes, publicadas después de análisis periódicos del avance de cada país en la implementación de la convención⁴³. Casi invariablemente, se pide a los países que replacen los regímenes de “toma de decisiones por representación” con regímenes de “toma de decisiones apoyadas”.

Aunque es probable que las innovaciones de servicio dirigidas a reducir medidas coercitivas puedan reducir sustancialmente su frecuencia, siempre habrá casos —por ejemplo, debidos a estados de confusión orgánicos o trastornos neurodegenerativos— en los que puedan hacerse las justificaciones éticamente persuasivas para tales medidas, por lo menos en circunstancias que conlleven consecuencias graves. Además, las encuestas revelan que una

proporción significativa de personas que involuntariamente se han tratado de una enfermedad mental señalan que tal medida puede ser apropiada como último recurso⁴⁴⁻⁴⁶. Esto indica que la reforma a la ley debe involucrar a los que más directamente están afectados y tomar en cuenta la diversidad de puntos de vista en este grupo⁴⁷.

Sería un estado de situaciones lamentable si se minara la observancia de la CRPD con la interpretación del Comité. Ha de hacerse notar que, aunque esta interpretación es “autorizada”, no obstante no es “legalmente obligatoria” en la ley internacional²⁹.

Pese a estas inquietudes, es bienvenido el rol del Comité en atraer la atención a la reclusión y el tratamiento involuntarios. Lamentablemente, esta ha sido un área que se ha descuidado en la atención psiquiátrica. Preferimos no explayarnos en lo que puede ser una experiencia angustiante y humillante para los pacientes (y perturbadora para los profesionales clínicos). La discriminación contra las personas con una enfermedad en una ley de salud mental tradicional se reconoce cada vez más, planteando interrogantes fundamentales sobre justificaciones para la obligatoriedad.

El objetivo del Comité de eliminar la discriminación evidente contra personas con discapacidades en salud mental y prestar especial atención o consideración primordial a las creencias y valores profundos de tales personas (o concepción personal de lo bueno o “voluntad” y “preferencias”) es muy recomendable. Sin embargo, al no analizar el significado de la frase normalmente aceptada “respeto por la voluntad y preferencias”, sobre todo en casos en los que hay un cambio radical en las “preferencias” de una persona, la interpretación del Comité es incompleta.

AGRADECIMIENTOS

El autor agradece a G. Richardson por sus comentarios sobre el manuscrito y a S. Gurbai y W. Martin por su ayuda con el seguimiento de las declaraciones de los órganos de las Naciones Unidas.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: United Nations, 2006. <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/con-voptprot-e.pdf>.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on

Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/ GC/1. 2014.

3. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Statement on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. CRPD/C/12/2, Annex IV. 2014.
4. Quinn G. Personhood and legal capacity: Perspectives on the paradigm shift of Article 12 CRPD. http://www.nuigalway.ie/cdlp/staff/gerard_quinn.html.
5. Flynn E, Arstein-Kerslake A. Legislating personhood: realising the right to support in exercising legal capacity. *Int J Law in Context* 2014; 10:81-104.
6. Slobogin C. Eliminating mental disability as a legal criterion in deprivation of liberty cases: the impact of the Convention on the Rights of Persons with Disability on the insanity defense, civil commitment, and competency law. *Int J Law Psychiatry* 2015;40:36-42.
7. Gooding P, O'Mahony C. Laws on unfitness to stand trial and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: comparing reform in England, Wales, Northern Ireland and Australia. *Int J Law, Crime and Justice* 2015; 44:122-45.
8. Peay J. Mental incapacity and criminal liability: redrawing the fault lines? *Int J Law Psychiatry* 2015;40:25-35.
9. Craigie J. Against a singular understanding of legal capacity: criminal responsibility and the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry* 2015;40:6-14.
10. Bartlett P. The United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and mental health law. *Mod Law Rev* 2012;75:752-78.
11. Richardson G. Mental disabilities and the law: from substitute to supported decision-making? *Current Legal Problems* 2012;65:333-54.
12. Chalklen S. Urgent request to amend the Human Rights Committee's draft version of General Comment No. 35 (CCPR/C/107/R.3) on Article 9 (Right to liberty and security of person) bringing it in line with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. May 27, 2014.
13. Devandas-Aguilar C. Report of the Special Rapporteur on the rights of persons with disabilities on her mission to the Republic of Moldova. February 2, 2016.
14. United Nations Working Group on Arbitrary Detention. Guideline 20 Specific measures for persons with disabilities. In: *Basic Principles and Guidelines on Remedies and Procedures on the Right of Anyone Deprived of His or Her Liberty by Arrest or Detention to Bring Proceedings Before Court*. A/HRC/30/37. 2015:23-5.
15. United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. Report of the United Nations

- High Commissioner for Human Rights. A/ HRC/34/32. 2017.
16. United Nations Human Rights Committee. General Comment No. 35 Article 9: Liberty and Security of Person. CCPR/C/ GC/35. 2014.
 17. United Nations Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Approach of the Subcommittee on Prevention of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment regarding the rights of persons institutionalized and treated medically without informed consent. CAT/OP/27/2. 2016.
 18. United Nations Human Rights Council. Resolution on Mental Health and Human Rights. A/ HRC/36/L.25. 2017.
 19. Pūras D. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. A/HRC/35/2. 2017.
 20. Méndez JE. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment. A/ HRC/22/53. 2013.
 21. European Court on Human Rights. AM-V v Finland. ECHR 273, 2017.
 22. Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry* 2015;2:844-50.
 23. Dawson J. A realistic approach to assessing mental health laws' compliance with the UNCRPD. *Int J Law Psychiatry* 2015;40:70-9.
 24. Scholten M, Gather J. Adverse consequences of article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities for persons with mental disabilities and an alternative way forward. *J Med Ethics* 2017;4:226-33.
 25. Dawson J, Szmukler G. Fusion of mental health and incapacity legislation. *Br J Psychiatry* 2006; 188:504-9.
 26. Szmukler G, Daw R, Callard F. Mental health law and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Int J Law Psychiatry* 2014; 37:245-52.
 27. Bach M, Kerzner L. A new paradigm for protecting autonomy and the right to legal capacity. *Law Commission of Ontario*, 2010:196.
 28. Szmukler G, Bach M. Mental health disabilities and human rights protections. *Glob Ment Health* 2015;2:e20.
 29. Martin W, Michalowski S, Jutten T et al. Achieving CRPD compliance: an Essex autonomy project position paper. Colchester: University of Essex, 2015.
 30. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals. New York: Oxford University Press, 1998.
 31. Okai D, Owen G, McGuire H et al. Mental capacity in psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry* 2007;191:291-7.
 32. Hyman J. Action, knowledge and will. Oxford: Oxford University Press, 2015.
 33. Schneewind JB. Kant on the will. In: Pink T, Stone MWF (eds). *The will and human action: from antiquity to the present day*. London: Routledge, 2004:154-72.
 34. Watson G. The work of the will. In: Stroud S, Tappolet C (eds). *Weakness of will and practical irrationality*. Oxford: Oxford University Press, 2003:172-200.
 35. Bratman M. Valuing and the will. In: Tomberlin J (ed). *Philosophical perspectives: action and freedom*, Vol. 14. Chichester: Wiley-Blackwell, 2000:249-65.
 36. Szmukler G. The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: 'Rights, will and preferences' in relation to mental health disabilities. *Int J Law Psychiatry* 2017;54:90-7.
 37. Banner N, Szmukler G. 'Radical interpretation' and the assessment of decision-making capacity. *J Appl Philos* 2014;30:379-74.
 38. Glover J. *Alien landscapes? Interpreting disordered minds*. Cambridge: Harvard University Press, 2014.
 39. Szmukler G. *Men in white coats: treatment under coercion*. Oxford: Oxford University Press, 2018.
 40. Dennett D. Two contrasts: folk craft vs folk science and belief vs opinion. In: Greenwood JD (ed). *The future of folk psychology*. Cambridge: Cambridge University Press, 1991:136-48.
 41. C' de Baca J, Wilbourne P. Quantum change: ten years later. *J Clin Psychol* 2004;60:531-41.
 42. Australian Law Reform Commission. *Equality, capacity and disability in Commonwealth laws*. ALRC Report 124, 2014.
 43. UN Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Concluding observations. http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=4&DocTypeID=5.
 44. Mental Welfare Commission Scotland. *Seeking your views consultation*. 2016. http://www.mwscot.org.uk/media/371015/capacity_detention_supported_decision_making_and_mental_ill_health.pdf.
 45. South Africa Federation for Mental Health. *Mental health care user engagement. Report on Involuntary mental health care*. 2016. <http://www.safmh.org.za/>.
 46. Mental Health Alliance. *A mental health act fit for tomorrow: an agenda for reform*. 2017. <http://www.mentalhealthalliance.org.uk/news/2017-a-mental-health-act-fit-for-tomorrow.html>.
 47. Plumb A. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: out of the frying pan into the fire? *Mental health service users and survivors aligning with the disability movement*. In: Spandler H, Anderson J, Sapey B (eds). *Madness, distress and the politics of disablement*. Bristol: Policy Press, 2015:183-98.

DOI:10.1002/wps.20584

Salud mental y derechos humanos en el siglo XXI

La salud mental está surgiendo de las sombras. Los derechos humanos están a la orden del día y los partidarios cada vez más hacen llamados a la igualdad en la financiación para la salud general y una reducción de la brecha de tratamiento para personas en crisis, sobre todo en países con ingresos bajos y medianos. Hay un acuerdo de alto nivel sobre los componentes clave de las buenas políticas de salud mental, desde promoción hasta prevención, tratamiento y rehabilitación.

Sin embargo, persisten desacuerdos importantes con respecto a cómo invertir recursos. Ha surgido un punto muerto, y conlleva el riesgo de endurecerse en una disputa. La controversia tiene que ver con conexiones complejas entre la salud mental y los derechos humanos, se resume en torno a una sola pregunta: ¿violán las intervenciones psiquiátricas involuntarias la ley internacional de derechos humanos?

La coerción en psiquiatría y en los servicios de salud mental en general está aumentando en todo el mundo. Este hecho exige no solo discusión sino acción. La Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD) ofrece una posibilidad de que todos los interesados reconsideren las creencias generalizadas, aborden desequilibrios crónicos del poder e implementen prácticas innovadoras.

Las ansiedades en relación con el cambio no deben obstaculizar el diálogo o la acción política. La CRPD proporciona una oportunidad singular para liberar no solo a usuarios de los servicios de salud mental sino a todo el campo de salud mental del legado de estigma, desesperanza y discriminación. La instrucción de la CRPD para aceptar un modelo de discapacidad social o “derechos humanos” y alejarse de un “modelo médico” de discapacidad tiene ventajas estratégicas, entre ellas, esclarece los múltiples factores sociales, políticos y económicos que crean discrepancias graves para las personas con trastornos de salud mental o discapacidad psicosocial.

Puede ser tentador centrarse en los casos más excepcionales, que parecen no manejables sin coerción. Sin embargo, es más importante la necesidad de reducir sustancialmente la coerción mediante la implementación de formas de brindar apo-

yo alternativas, compatibles con los derechos humanos. La psiquiatría puede y debe ser uno de los líderes en esta dirección, no solo entre los que se resisten al cambio.

Las violaciones de los derechos humanos en el contexto de la salud mental siguen siendo importantes en todo el mundo, incluso en países con ingresos altos, medianos y bajos. La prevalencia del abuso de los derechos no puede explicarse por una mera falta de recursos. En la región europea relativamente rica, por ejemplo, siguen invirtiéndose fondos para la renovación y expansión de instituciones residenciales y psiquiátricas a gran escala^{1,2}. Estos centros perpetúan un ciclo vicioso de exclusión y desesperanza. El aumento de la intervención psiquiátrica involuntaria en hospitales y hogares en otras partes también indica que algo está mal.

Reconocemos los argumentos serios de profesionales que advierten contra una prohibición del tratamiento forzado. Insisten en retener permiso legal para tratar a individuos con trastornos graves de salud mental de manera involuntaria en circunstancias especiales en formas que preserven la dignidad y la autonomía, incluso el derecho a la vida. Quienes se oponen argumentan que la imposición no consensual de fármacos que alteran la mente y el cuerpo con base en concepciones estrechas de alteración, afirmaciones mal fundamentadas sobre “riesgo” y “necesidad”, y una gama limitada de alternativas, es incompatible con la dignidad y la autonomía.

Académicos en campos diversos, como filosofía, neurociencia, psicología y economía, cada vez cuestionan más las bases para las “excepciones” que legitiman la coerción en la atención psiquiátrica. La CRPD ha elevado este cuestionamiento al nivel de ley internacional de derechos humanos. De hecho, la CRPD cuestiona siglos de prejuicio legalmente sancionado. Sin embargo, persisten “excepciones” a nivel doméstico en leyes, política y práctica, y se filtran en la norma, fomentando asimetrías del poder, la sobreutilización de intervenciones biomédicas y la falta de empoderamiento de una población ya marginada. Siguen las violaciones sistémicas. Este status quo, que puede observarse a una escala global, ya no es aceptable.

Para psiquiatras y todas las profesiones curativas, un giro hacia los derechos humanos exigiría poner a un lado “toma de decisión por representación” y ofrecer apoyo de acuerdo con la “voluntad y preferencias” de una persona, y cuando se desconocen, la “mejor interpretación” de su voluntad, preferencias y derechos.

El artículo de Szmukler³ hace una contribución sustancial a esta iniciativa. Dilucida algunos de los requisitos prácticos y conceptuales implícitos en una tendencia hacia un “marco de referencia de voluntad y preferencias” y plantea seriamente lo que significa la CRPD para el futuro de la psiquiatría, y para la gobernanza de la salud global a un nivel más general.

Sin embargo, una de sus afirmaciones plantea algunas inquietudes: es decir, la propuesta para evaluar la incapacidad en la toma de decisiones en la forma de evaluaciones funcionales de la capacidad mental cuando la voluntad y las preferencias de una persona no están claras o parecen entrar en conflicto.

En torno a este tema, está justificada la cautela. Szmukler menciona que muchos críticos de las evaluaciones funcionales de la capacidad mental, a quienes se podrían añadir los autores del Modelo de Derechos de Calidad de la Organización Mundial de la Salud⁴. Sin embargo, sus esfuerzos para asegurar la oposición a la discriminación o una replicación de los desequilibrios de poder imperantes por tanto tiempo no convencerá a muchos (incluidos nosotros mismos). Sin embargo, está en lo correcto por cuanto se necesitan respuestas de urgencia y el diálogo debe continuar para encontrar fundamentos para la intervención en formas que sean justas.

Este Fórum en World Psychiatry, y el Modelo de Derechos de Calidad de la Organización Mundial de la Salud, son ejemplos de esta búsqueda constante. Se necesitan respuestas creativas que fomenten las relaciones terapéuticas basadas en confianza y en empoderamiento, y en formas que eviten las deficiencias del pasado. Avanzar en esta dirección abre espacio y crea urgencia para desarrollar prácticas innovadoras, algunas de las cuales surgen orgánicamente cuando se suspenden las intervenciones involuntarias o se restrin-

gen considerablemente (como parece haber ocurrido en Alemania, por ejemplo)⁵.

La psiquiatría académica –como lo pone eminentemente en claro el propio trabajo de Szmukler– será esencial para este cambio. Investigadores clínicos pueden continuar este esfuerzo haciendo llamados para la reinversión de los vastos recursos actualmente destinados a la investigación biomédica estrecha, cambiando las financiaciones en cambio a estudios sociales, clínicos y de la población, dentro de un marco humanístico⁶. Es necesario fortalecer los vínculos entre psiquiatría, salud pública y ciencias sociales.

No hay soluciones simples. Los debates pueden ser incómodos, pero podrían abrir nuevas oportunidades y roles para la psiquiatría. El cambio disminuiría el “poder formal” actualmente asignado a los psiquiatras. No obstante, podría haber múltiples beneficios en cambiar la profe-

sión desde un rol tutelar a uno facilitador, incluyendo destrabar fondos actualmente utilizados para coerción y abordar aspectos importantes de imagen y reputación. Sería del interés de la psiquiatría como una profesión médica, reducir sustancialmente su dependencia en la coerción, y difundir tal mensaje a sus miembros en todo el mundo.

Un enfoque basado en los derechos puede proporcionar una vía al futuro de la atención psiquiátrica que queremos para todos. La CRPD se puede utilizar para promover la inversión de recursos humanos y económicos en una amplia gama de apoyo, a fin de reducir drásticamente medidas no consensuales con una vista a su eliminación. Ofrece un marco de referencia para lograr justicia social, alcanzar la norma más alta de la atención médica y fortalecer la gobernanza de los servicios de salud y sociales.

Dainius Pūras^{1,2}, Piers Gooding³

¹United Nations Special Rapporteur on the Right to Physical and Mental Health; ²Clinic of Psychiatry, Faculty of Medicine, Vilnius University, Vilnius Lithuania; ³Melbourne Social Equity Institute, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia

1. World Health Organization. Mental health, human rights and standards of care. Assessment of the quality of institutional care for adults with psychosocial and intellectual disabilities in the WHO European Region. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Winkler P, Krupchanka D, Roberts T et al. *Lancet Psychiatry* 2017;4:634-42.
3. Szmukler G. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
4. World Health Organization. Protecting the right to legal capacity in mental health and related services (pilot version). Geneva: World Health Organization, 2018.
5. Zinkler M. *Laws* 2016;5:15.
6. Kleinman A. *Br J Psychiatry* 2012;201:421-2. DOI:10.1002/wps.20599

Estrategias prácticas para acabar con las prácticas coercitivas en los servicios de salud mental

La salud mental se ha convertido en un imperativo global. Es crucial aumentar la cobertura de las opciones de tratamiento y servicios de apoyo. Sin embargo, sin una reflexión profunda y cambio en el paradigma sobre los tipos de servicios que se proporcionan, nos arriesgamos a reproducir algunos de los resultados deficientes e insatisfacción que vemos en los países con altos ingresos, derivados de la sobremedicación, el uso excesivo e inadecuado de medicamentos (y sus repercusiones negativas, por ejemplo, en lo que respecta a alteraciones metabólicas, disfunción sexual, mortalidad prematura) y violaciones a los derechos humanos asociadas al ingreso involuntario, tratamiento forzado, reclusión y restricción¹⁻³.

Promover los derechos humanos en salud mental debe ir de la mano con iniciativas para aumentar los servicios en países, y las estrategias e intervenciones en salud mental deben cimentarse firmemente en un enfoque en los derechos humanos⁴.

La Convención sobre los Derechos Humanos de Personas con Discapacidades (CRPD) establece obligaciones clave a los países para acabar con las prácticas basadas en la fuerza, la coerción y la toma de decisiones por representación en salud mental, y en cambio exige que las prácticas se basen en la voluntad y preferencia

de las personas o en la mejor interpretación de su voluntad y preferencias^{5,6}.

Las prácticas coercitivas son muy difíciles de cambiar, pues suelen ser aceptadas en la sociedad, observadas como necesarias para proteger a las personas de daño, y están firmemente cimentadas y sancionadas en la ley y la política de todos los países. Esto ocurre a pesar de la falta de evidencia de su eficacia, y la evidencia disponible que demuestra que prácticas como la reclusión y la restricción activamente producen daño a la salud física y mental, y pueden dar por resultado muerte⁷.

G. Szmukler⁸ argumenta que hay excepciones en las que, en el interés por promover la autonomía de las personas, se vuelve necesario utilizar intervenciones involuntarias, y que la capacidad de una persona para tomar una decisión debe ser un factor decisivo de determinar si el ingreso forzado y el tratamiento es una respuesta legítima. A continuación, planteamos nuestro desacuerdo con esta postura y también abordamos algunos puntos específicos planteados por el autor.

En primer lugar, negar a una persona ciega el derecho a conducir no es lo mismo que negar a una persona, cuya capacidad de toma de decisiones está alterada, el derecho a decidir sobre su ingreso hospitalario y tratamiento. Una persona ciega

lo está de manera objetiva, y no puede conducir un automóvil. Por otra parte, determinar que la toma de decisión de una persona está alterada es algo subjetivo. Asimismo, no hay forma objetiva de que un profesional sanitario o de otro campo pueda saber qué es mejor para la persona, pues las preferencias en sí son subjetivas. El profesional no tiene la misma historia, experiencia o conocimiento que la persona interesada sobre lo que le resulta útil en su restablecimiento.

El problema fundamental en el escenario descrito por Szmukler no es la negación del derecho a conducir, sino más bien comprender que la función de conducir es primero y antes que nada la posibilidad de ir de un lugar A a un lugar B. A una persona ciega le interesará primordialmente la libertad de movimiento que proporciona la conducción más que el acto de conducir en sí. En consecuencia, aunque el acto de conducir puede no ser un derecho garantizado, creando las adaptaciones necesarias para posibilitarlo de ir del lugar A al lugar B, sobre una base igual con otros, es una obligación de acuerdo con la ley internacional de derechos humanos.

Asimismo, en el caso de una persona cuya toma de decisiones se ve afectada, la obligación es apoyarla a tomar sus propias decisiones sobre una base igualitaria

con otros. Este apoyo puede significar ayudar a la persona a obtener acceso a información relevante, comprender y ponderar los beneficios y efectos negativos del tratamiento, y apoyarla a afirmar y comunicar sus decisiones y elecciones.

Si una persona no puede comunicar directamente sus decisiones, éstas deberían basarse en la mejor interpretación de su voluntad y preferencias. La mejor interpretación puede determinarse, por ejemplo, recurriendo a una persona de apoyo confiable o red que ayude a interpretar lo que la persona desearía en la situación actual, con base en lo que ya se sabe sobre ella (por ejemplo, sus puntos de vista, creencias, valores en la vida)⁹.

Como alternativa, se puede consultar la instrucción por anticipado de una persona, que contiene información sobre su voluntad y preferencias, en caso de que no pueda comunicar decisiones en algún momento en el futuro. Sin embargo, existen casos en los cuales una persona, que expresó un deseo específico en el tiempo 1, exprese una voluntad y preferencia contrarias en un tiempo ulterior. En tales circunstancias, Sz mukler cuestiona cuál preferencia debería respetarse. De hecho, las instrucciones por anticipado pueden incluir una “cláusula de Ulises”, que permite a las personas afirmar que cualquier objeción que puedan expresar “en el momento” debería prevalecer a favor de la instrucción escrita. Esto también permite opciones para las personas que utilizan servicios que informen que están a favor del tratamiento involuntario. Sin embargo, aun con una cláusula de Ulises, es importante consultar una red de apoyo para validar la decisión final cuando hayan surgido discrepancias.

En situaciones en las que no se cuenta con personas de apoyo o instrucciones por anticipado (o cuando no está clara una instrucción por anticipado), se ha de permitir tiempo suficiente para que una persona tome su decisión en un entorno seguro, no coercitivo. Si no hay una urgencia potencialmente letal para la situación, entonces pueden diferirse las decisiones a un momento en que la persona pueda expresar su voluntad y preferencia. E incluso cuando hay urgencia, todavía se tiene la obligación de interpretar lo que la voluntad y preferencia de la persona pudieran ser, basándose en información que tenga a la mano.

En estas situaciones es posible que se cometan errores, y que las decisiones

basadas en la mejor interpretación resulten no ser congruentes con la voluntad y preferencia de una persona. En estas circunstancias es esencial que la experiencia sirva como una oportunidad de aprendizaje para lograr una comprensión más profunda de los deseos de la persona, como apoyarla mejor a que continúe adelante y prevenir la recidiva de tales incidentes. Ante tales situaciones, es útil alentar a la persona a que elabore o actualice instrucciones por anticipado y ayudarla a identificar personas o redes de confianza que la apoyen, interpretando su voluntad y preferencias en el futuro si es necesario.

Además de alcanzar el cambio sostenible a largo plazo, las normativas y las leyes habrán de reflejar los cambios en la práctica descritos antes. Muchas leyes recién formuladas en torno a la salud mental contienen provisiones sustanciales sobre “gestión” del uso “excepcional” del ingreso involuntario y tratamiento, así como de reclusión y restricciones. Sin embargo, el sistema de excepciones no ha funcionado incluso cuando ha habido reglas estrictas y restricciones sobre su uso. Además, el debate interminable en torno a lo que es “excepcional” ha dificultado los avances y el diálogo productivo en los niveles nacional e internacional. Las energías deberían en cambio concentrarse en analizar un camino para avanzar y estrategias y soluciones para promover el derecho de las personas a recibir atención de calidad y apoyo en congruencia con la CRPD.

Se necesitarán cambios en múltiples niveles, lo que incluye conocimiento, actitudes y prácticas de profesionales, familias y otras personas para apoyar a las personas en su toma de decisiones, proporcionar servicios que operen sin fuerza, que promuevan derechos, restablecimiento y atención y apoyo centrados en la persona, y redefinir normativas y leyes de manera que éstas vayan más allá de un enfoque biomédico estrechamente enfocado para abarcar completamente una estrategia de derechos humanos que aborde los factores sociales determinantes de la salud mental, y resalte el apoyo desde la coerción.

Derechos a la Calidad de la WHO ha desarrollado herramientas para capacitación y guía que permiten a los interesados nacionales integrar los derechos de la CRPD en sus prácticas¹⁰. La iniciativa también está desarrollando guía sobre las mejores prácticas para identificar y proporcionar la evidencia para los servicios basados

en la población que operen sin coerción, respondan a las necesidades de las personas, apoyen el restablecimiento y promuevan la autonomía e inclusión. La iniciativa también se halla en las etapas iniciales de describir nueva guía para las normativas y leyes orientadas a los derechos humanos en congruencia con la CRPD.

Michelle Funk, Natalie Drew

Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Las autoras son miembros del personal de la WHO. Ellas solas son responsables de los puntos de vista expresados en este comentario y no necesariamente representan las decisiones, normativa o puntos de vista de la WHO.

1. United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32. 2017.
2. Maslej MM, Bolker BM, Russell MJ et al. *Psychother Psychosom* 2017;86:268-82.
3. Young SL, Taylor M, Lawrie SM. *J Psychopharmacol* 2015;29:353-62.
4. UN Human Rights Council. Resolution on Mental Health and Human Rights. A/HRC/36/L.25. 2017.
5. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
6. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Guidelines on Article 14 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities: the right to liberty and security of persons with disabilities. Adopted during the Committee's 14th session, September 2015.
7. US Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The business case for preventing and reducing restraint and seclusion use. Rockville: US Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011.
8. Sz mukler G. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
9. World Health Organization. Realising supported decision making and advance planning – WHO QualityRights training to act, unite and empower for mental health (pilot version). Geneva: World Health Organization, 2017.
10. World Health Organization. QualityRights guidance and training tools (pilot versions). Geneva: World Health Organization, 2017.

DOI:10.1002/wps.20600

La interpretación de “voluntad y preferencias” por el comité de la ONU puede violar los derechos humanos

En las controversias con el Comité de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para la implementación de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CRPD), G. Szmukler¹ resalta un punto importante de enfocarse en lo que realmente significa la noción múltiples veces citada de “voluntad y preferencias” de una persona.

Plantea que la “voluntad” debería considerarse como “una clase de estructura motivadora de orden superior que determina cuáles deseos se van a traducir en actos”, reflejando las “creencias profundamente arraigadas”, mientras que “preferencias” deberían considerarse como deseos más momentáneos y superficiales que pueden tener un cambio rápido, por ejemplo, por enfermedades mentales. Por consiguiente, la “voluntad” según se declara en una instrucción por anticipado debería invalidar las «preferencias» expresadas más tarde, pues de lo contrario no tendrían sentido las instrucciones por anticipado.

No estoy realmente convencido de que esta interpretación añada “una dimensión adicional en la conceptualización de la capacidad de toma de decisiones y mejores intereses”, como lo afirma. Dudo que “voluntad” y “preferencias” puedan diferenciarse sin utilizar conceptos psiquiátricos o normativos, los cuales serían rechazados desde la perspectiva radical del Comité como discriminatorios.

He tratado de reconciliar la ética psiquiátrica con la CRPD de la ONU². Sin embargo, creo que no es posible encontrar una base común con la interpretación radical del comité, ya que las consecuencias clínicas y legales son irreconciliables.

Consideremos dos ejemplos clínicos. El primero es el caso de un paciente con depresión delirante y una fuerte intención suicida; el segundo caso es el de una paciente con anorexia nerviosa grave y un índice de masa corporal que pone en peligro su vida. El primer paciente desea cometer suicidio pues está profundamente convencido que es el demonio mismo y poder salvar al mundo tan solo con su muerte. La otra paciente ha demostrado en el curso de los años que su valor máximo parece ser comer lo menos posible, aun a costa de su muerte.

¿Cómo podemos afirmar que estos deseos son solo “preferencias” y no la verdadera “voluntad” de los pacientes? Cualquiera de los dos al puntualizar que conocemos un número importante de personas en situaciones similares que habían cambiado sus intenciones por completo después de tratamiento psiquiátrico, tal vez con alguna coerción inicial, y continuaron viviendo durante décadas aun sin tratamiento y sin ninguna intención de morir. Este es el concepto de “enfermedad mental”. Si se niega este concepto y se desea disuadir a estas personas de morir, no obstante, tiene que suponer que su voluntad “real” es vivir, compartiendo los deseos de la mayoría de las personas: vivir con buena salud mental y física, en condiciones satisfactorias y con buenas relaciones con las personas cercanas a ellas. En otras palabras, significa disfrutar de sus derechos humanos. Sin embargo, eso es normativo y está muy íntimamente relacionado con el concepto de “mejor interés”.

De acuerdo con la postura del Comité, los dos conceptos antes señalados son engañosos. El Comité invoca una nueva legislación que para estos dos pacientes daría lugar a la consecuencia de la muerte. Esto ciertamente violaría algunos de sus derechos más importantes: el derecho a la vida (CRPD de la ONU, párrafo 10) y el derecho a la salud (CRPD de la ONU, párrafo 25).

De un modo similar a los principios éticos, los derechos humanos son individualmente no absolutos, pero su grado de cumplimiento está sujeto a su compatibilidad con otros derechos humanos. Un ejemplo típico es la circuncisión en niños recién nacidos, que induce a un conflicto entre la libertad de religión (de los padres) y el derecho a la integridad física (del bebé). Deliberaciones similares son necesarias en estos casos. Por ejemplo, en el caso de pacientes con trastornos psicóticos que pueden vivir en la comunidad con medicación pero que terminan aislados en un cuarto o en un hospital forense sin medicación, parece miope enfocarse solo en el párrafo 12 de la CRPD de la ONU (igual reconocimiento ante la ley), sin tomar en cuenta el párrafo 19 (vivir de manera independiente y ser incluido en la comunidad), que también es importante para tales personas extremadamente vulnerables.

En mi país (Alemania), no tenemos una ley común sino una constitución, siendo el Tribunal Constitucional Federal (FCC) la institución más alta y ampliamente respetada. Esto tiene la ventaja de que se cuenta con una autoridad legal renombrada que es competente para aclarar aspectos legales controvertibles como última instancia. En 2011, el FCC publicó dos decisiones trascendentales sobre el tema del tratamiento involuntario³. De acuerdo con el FCC, el tratamiento con el uso de coerción solo es admisible bajo condiciones muy restrictivas. Sin embargo, el FCC puntualizó que, en caso de falta de capacidad, puede ser necesario incluso el tratamiento involuntario para proteger el derecho a la libertad del paciente. En este contexto, el FCC hizo distinciones claras entre la “libre voluntad” (que corresponde a “voluntad” en el artículo de Szmukler) y la “voluntad natural” (que corresponde a “preferencia” en el artículo de Szmukler).

Además, el FCC abordó con detalle la cuestión de que el concepto de tratamiento involuntario va acorde con la CRPD de la ONU, y confirmó que así es. Asimismo, el FCC en 2017 tomó una decisión en el caso de una mujer con cáncer de mama y un trastorno psicótico que se había rehusado a la operación necesaria debido a que negaba estar enferma. Puesto que el tratamiento involuntario fue solo legal en combinación con la reclusión involuntaria en un hospital psiquiátrico, su decisión para mantenerse voluntariamente implicaba que no podía ser tratada, y en consecuencia murió. En retrospectiva, el FCC decidió que el estado tenía un “deber de proteger” en tales casos y exigió que se modificara la ley, permitiendo el tratamiento contra la voluntad de un paciente también en hospitales generales. Esta es una deliberación cuidadosa de derechos humanos conflictivos y coincide completamente con la ética médica².

Los derechos humanos pertenecen a las ideas más universales y preciadas de la humanidad. Si el Comité de la CRPD de la ONU dice que son defensores únicos de la perspectiva de derechos humanos y que todos nosotros los profesionales psiquiátricos en conjunto con nuestras leyes nacionales deberíamos, al menos moralmente sentarnos en el banquillo debido a la tortura, esto no es solo una perspectiva

“incompleta”, como dice Szmukler, sino sorprendente e inaceptable.

Deberíamos atrevernos a expresar esto. Las exageraciones a veces son necesarias para lograr las metas políticas, pero las exageraciones en moralidad y medicina pueden tener consecuencias mortales. No obstante, la CRPD de la ONU en sí,

como resalta Szmukler, es muy bienvenida y merece altos esfuerzos para implementarla de una manera adecuada.

Tilmen Steinert

Clinic for Psychiatry and Psychotherapy I, Ulm University, Centers for Psychiatry Suedwuerttemberg, Ravensburg, Germany

1. Szmukler G. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
2. Steinert T. *Psychiatr Serv* 2017;68:291-4.
3. German Constitutional Court. http://www.bverfg.de/entscheidungen/rs20110323_2bvr088209.html.

DOI:10.1002/wps.20601

El Artículo 12 de la CRPD, los límites de enfoques reduccionistas en aspectos complejos y la búsqueda necesaria de concertación

La Convención de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD)¹ fue recibida con grandes expectativas por todos los interesados en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales. Para casi todos los sectores de la comunidad de la salud mental, al parecer era una oportunidad única para dar un salto hacia adelante en el desarrollo de leyes que promuevan los derechos de este grupo de personas y faciliten el desarrollo de la atención psiquiátrica basada en la población y orientada a los derechos humanos.

¿Es posible que el Comentario No. 1 del Comité General sobre el Artículo 12 de la Convención de la ONU² haya creado una situación en la cual todas estas expectativas estén en peligro? Lamentablemente, el peligro es real. Un gran número de los países integrantes que han ratificado la Convención también han expresado su desacuerdo con la interpretación del Comité, en particular en relación con la prohibición absoluta de la toma de decisiones por representación. Un número creciente de expertos en derechos humanos, médicos y profesionales clínicos han señalado su convicción de que esta interpretación, si se acepta, daría lugar a consecuencias adversas graves en personas con trastornos de la salud mental y discapacidades psicosociales, y minaría algunos de los derechos decisivos difícilmente alcanzados para estas personas³. Aunque muchas organizaciones de usuarios de servicios de salud mental apoyan la prohibición del ingreso y tratamiento involuntarios, hay indicadores que muestran que este punto de vista no es compartido por todas las personas con trastornos mentales y por la mayoría de los

membros de la familia. En este contexto, debemos concluir que la posibilidad de que los gobiernos modifiquen sus leyes de salud mental de acuerdo con las instrucciones del Comité parece bastante remota.

¿Cómo llegamos a esta situación? La participación limitada de algunos sectores relevantes (por ejemplo, profesionales clínicos) en el proyecto del Comentario del Comité, y un debate insuficiente en torno a las implicaciones y la implementación de la CRP, fueron factores importantes. Sin embargo, en mi opinión, la ambigüedad del texto de la cláusula 4 del Artículo 12, puntualizada por Szmukler⁴, ciertamente tuvo una influencia muy importante en este proceso. Fue esta ambigüedad, en la cual es difícil no ver una concertación imperfecta entre los enfoques conflictivos, que el Comité ha intentado superar, a costa de una interpretación radical y reduccionista, que no es compatible con la complejidad del tema en cuestión.

De acuerdo con la interpretación del Comité, cualquier forma de toma de decisiones por representación se considera una violación de la garantía de la conveniencia de la capacidad legal sobre una base igualitaria. Eso significa que, ante una persona con un trastorno mental que no acepte un tratamiento considerado indispensable y que tenga una falta grave de capacidades para la toma de decisiones, a un psiquiatra no se le ha de permitir recurrir a un tratamiento involuntario en ninguna circunstancia. Dado que, para preservar la capacidad legal, es necesario respetar los derechos, la voluntad y las preferencias de la persona, en tal situación el psiquiatra tendría que basarse únicamente en el apoyo que el Estado está obligado a proporcionar a la persona que se vuelve incapaz de expresar su voluntad y preferencias.

Este enfoque adolece de varias fragilidades y contradicciones. Una de ellas tiene que ver con los argumentos utilizados por el Comité para justificar por qué la falta de habilidades para la toma de decisiones no puede ser la base de cualquier forma de decisión por representación. De hecho, uno de estos argumentos –que la evaluación de estas habilidades sería imposible– no está confirmado por la evidencia disponible⁵, mientras que el otro –que es que su determinación sería discriminatoria– ha sido refutado por varios expertos, quienes han aducido que la evaluación de la capacidad para la toma de decisiones no necesita ser de naturaleza discriminatoria y se puede aplicar a todas las personas por igual^{4,6}.

Otro ejemplo es la idea según la cual, con el apoyo apropiado, la mayoría de las personas con discapacidades podrán expresar su voluntad y preferencias, una suposición que ignora el hecho de que, en muchas situaciones, no es posible garantizar este apoyo, mientras que en muchas otras situaciones este apoyo no será eficaz. Por último, negar a las personas con trastornos mentales graves el tratamiento que necesitan, en casos en los que se ha demostrado que carecen de la capacidad para tomar decisiones respecto a sus necesidades de tratamiento, y hacer lo mismo en nombre de la “libertad para tomar riesgos”, es, en mi opinión, muy debatible desde el punto de vista ético.

Pese a todas las objeciones que pueden enumerarse en contra del Comentario del Comité, no deberíamos olvidar, como acertadamente subraya Szmukler⁴ que la publicación de este comentario ha tenido varios méritos importantes. Ha estimulado un debate, aunque éste ha sido manifiestamente insuficiente hasta ahora. Ha dirigido la atención al hecho de que, para

muchas personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, el ingreso hospitalario y tratamiento involuntarios pueden ser una experiencia muy dolorosa y traumática. Por último, ha representado un fuerte reto a cumplir mediante el desarrollo de nuevas aportaciones que puedan ayudar a construir un consenso muy necesario.

La propuesta de Szmukler y Dawson^{4,7} va en esa dirección y demuestra que es posible formular una ley que sea genérica, no discriminativa hacia las personas con discapacidades en salud mental, basadas en la capacidad para la toma de decisiones en relación con una decisión de tratamiento específica en un determinado momento, y que permite el tratamiento involuntario cuando todas las tentativas de apoyo han fracasado para ayudar a la persona a tomar una decisión que podría considerarse autónoma.

La propuesta de un enfoque más subjetivo para el concepto de mejores intereses al igual que para la evaluación de la capacidad de toma de decisiones de la persona, podría también ayudar a garantizar que creencias y valores profundos (en otras palabras, voluntad y preferencias) de la persona sean tomados en cuenta⁴. Aunque diferentes a este enfoque en varios aspectos específicos, las propuestas planteadas por Freeman et al³ y Scholten y Gather⁸ comparten algunos de estos principios.

Persisten diferencias importantes entre estas propuestas y el punto de vista del Comité. Sin embargo, todas representan contribuciones valiosas a la construcción de una formulación que tome en cuenta la complejidad de lo que está en juego y que tenga verdaderas oportunidades de incorporarse en las leyes sobre salud mental de casi todos los países.

Para que esto ocurra, son necesarias varias cosas: a) promover todas las formas de debate que puedan ayudar a construir un nuevo consenso; b) asegurar la participación en el debate de una gama mucho más amplia de interesados (por ejemplo, diferentes grupos de personas con discapacidades mentales, familiares, profesionales de salud mental con experiencia clínica y expertos en legislación y política en salud mental); c) aclarar la definición y relaciones entre conceptos relevantes (por ejemplo, trastornos mentales, incapacidades, discapacidades psicosociales); d) admitir que, más que concentrar nuestros esfuerzos en “una prohibición absoluta al tratamiento involuntario que es, por lo menos en el presente, no creíble”⁴, deberíamos “dedicar más tiempo a reflexionar en cómo lograr que la práctica esencial de la toma de decisiones por sustituto sea lo más respetuosa posible”⁹; y e) invertir más en

reformular servicios y prácticas, sin lo cual no ocurrirá ningún cambio significativo en la protección de los derechos humanos de personas con trastornos mentales.

José Miguel Caldas de Almeida

Lisbon Institute of Global Mental Health, Chronic Diseases Research Center, Nova Medical School/Nova University of Lisbon, Lisbon, Portugal

1. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
2. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
3. Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM et al. *Lancet Psychiatry* 2015;2:844-50.
4. Szmukler G. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
5. Appelbaum PS. *N Engl J Med* 2007;357:1834-40.
6. Szmukler G, Daw R, Callard F. *Int J Law Psychiatry* 2014;37:245-52.
7. Dawson J, Szmukler G. *Br J Psychiatry* 2006;188: 504-9.
8. Scholten M, Gather J. *J Med Ethics* 2018; 44:226- 33.
9. Burch M. *J Appl Philos* 2017;34:389-402.

DOI:10.1002/wps.20602

La Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades de la ONU: grandes oportunidades e interpretaciones peligrosas

El artículo de G. Szmukler¹ proporciona un análisis detallado de algunos aspectos decisivos de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD) de la Organización de las Naciones Unidas (UN) que vuelve problemática su implementación en las leyes y disposiciones de la atención psiquiátrica.

De 177 estados integrantes que ratiificaron la convención, solo 92 firmaron el Protocolo Opcional, y varios de ellos expresaron reservas sobre la Convención o explícitamente plantearon su interpretación de algunos artículos².

En realidad, como lo señala acertadamente el artículo de Szmukler¹, los aspectos más decisivos no se derivan directamente del texto de la Convención, sino de las interpretaciones proporcionadas por el Comité de la ONU establecido para vigi-

lar la implementación de la Convención (Comité de la CRPD)³.

Los Artículos 12 y 14 representan los mejores ejemplos. El texto de estos artículos exige medidas apropiadas por los países integrantes para garantizar a las personas con discapacidades el apoyo que puedan necesitar para ejercer su capacidad legal. Sin embargo, en la interpretación proporcionada por el Comité, estos artículos impedirían todo tratamiento no consensual y toma de decisiones por representación de parte de las personas con trastornos mentales.

Szmukler se enfoca en tres conceptos que probablemente subyacen a las interpretaciones incorrectas de varios artículos de la Convención y generan problemas en su implementación en las leyes de salud mental: capacidad legal, voluntad y preferencias.

La postura adoptada por el Comité sobre el tema de la capacidad legal es un reto para el sentido común. Se basa en la suposición de que la capacidad mental y la capacidad legal son independientes entre sí aunque ambas (en particular la capacidad legal en lo que respecta a agencia legal) implican procesos de toma de decisiones. En consecuencia, una persona puede carecer de la capacidad de tomar decisiones, pero se considerará que puede hacerlo desde un punto de vista legal, a fin de evitar la discriminación y negación de derechos humanos.

Esta suposición conlleva múltiples riesgos para múltiples entidades. El reconocimiento de la capacidad legal completa privaría a la persona con trastorno mental de cualquier derecho a beneficiarse del reconocimiento de un trastorno mental como una fuente de defensa. Ante la falta de capaci-

dad de decisión, una persona con trastorno mental grave (por ejemplo, trastorno psicótico o demencia) puede no tener la capacidad para proteger sus propios intereses y puede ser víctima de explotación por otros. Quienes atienden a personas con trastornos mentales saben que esto ocurre y, lamentablemente, no es un fenómeno infrecuente.

También conviene que recordemos que algunas personas están dispuestas a suicidarse cuando están profundamente deprimidas. Sin embargo, al restablecerse de la depresión, las mismas personas están muy agradecidas con los médicos que las tratan (aun bajo un esquema de tratamiento coercitivo) por estar todavía vivas.

Desde luego, no se cuestiona la necesidad de apoyar a las personas a participar activamente en las decisiones relevantes a sus tratamientos, alojamiento o finanzas, y se han de alentar las iniciativas dirigidas a identificar y difundir las mejores prácticas relevantes. De hecho, el cambio de un enfoque de bienestar clásico a uno que se centra en la autonomía y la total integración de las personas con discapacidades en la sociedad es más que bienvenida, según lo demuestra la ratificación de la Convención por tantos Países Miembros.

Sin embargo, un enfoque rígido, como el que recomienda el Comentario No. 1 del Comité General en el Artículo 12, no brindaría alguna salvaguarda en caso de que el apoyo fracasara para habilitar la participación activa e informada de la persona en el proceso de toma de decisiones, y dejaría espacio para la explotación y decisiones irreversibles extremas. Como se resaltó en el artículo de Szmukler, las interpretaciones rígidas de la convención pueden dar lugar a una situación paradójica en la cual la persona con discapacidad mental lo mismo que sus cuidadores no oficiales pueden experimentar más desventajas que ventajas.

La confianza en la voluntad y preferencias de la persona para asegurar el ejercicio de la capacidad legal señala una falta de conocimiento clínico y de participación de la Convención en la redacción. En va-

rios trastornos neurológicos, psiquiátricos y de medicina interna, como los que implican alteraciones cuantitativas y cualitativas de la conciencia, la posibilidad de evaluar la voluntad y preferencias de la persona “coherente con un sentido de identidad personal”¹ es muy limitada. Durante un episodio maniaco, por ejemplo, una persona puede preferir comportarse en formas que, fuera de ese episodio, le ocasionarían profunda vergüenza, preocupación o incluso culpabilidad. Cuando se restablece, la persona podría preguntar a quienes la rodean por qué nadie hizo algo para evitar que ocasionara tantos problemas. Cuando una persona está en delirio agudo puede desear donar todos sus bienes a alguien. Más tarde, cuando ya no está en estado delirante, sentirse desesperada por haber arruinado a sí misma y a toda su familia. Los conflictos entre diferentes voluntades en diferentes momentos e incluso entre diferentes derechos, claramente están presentes aquí; en estos casos, como lo señala Szmukler, ¿debiera el derecho a disfrutar de libertad de explotación anular el derecho a actuar de acuerdo con las propias preferencias actuales?

A pesar de las desventajas subrayadas por Szmukler, las instrucciones por anticipado podrían ser un recurso importante. Sin embargo, es necesario un análisis detallado entre todos los interesados para identificar los mejores procedimientos relevantes y validarlos en diferentes contextos culturales.

En vista de las consecuencias potencialmente dañinas de interpretaciones rígidas, no es sorprendente que varios Países Miembros, si bien ratificaron la Convención de la ONU, expresaron reservas en algunos de sus artículos (en particular los Artículos 12, 14 y 19) y no firmaron el Protocolo Opcional. Tampoco es sorprendente que, como lo resalta Szmukler, otros órganos de la ONU no respalden las interpretaciones proporcionadas por el Comité de la CPRD⁴. La cuestión de las discapacidades mentales es muy compleja, y exige normas éticas de excelencia, capacitación apropiada, así como

servicios de atención mental con recursos estructurales y humanos adecuados.

A pesar de los aspectos decisivos resaltados en el artículo de Szmukler, la Convención ha impulsado un debate intenso sobre temas candentes malamente descuidados que, por contraposición a la tendencia a los atajos y las sobresimplificaciones que son característicos del Comité de la CPRD y el reporte del Relator Especial, parecen requerir pruebas precisas de diferentes modelos y una evaluación neutral de sus resultados.

Mientras tanto, un acuerdo general podría y debería alcanzarse con base en los siguientes aspectos: a) la determinación de incapacidad nunca debería basarse solo en el diagnóstico, y ningún trastorno mental altera la capacidad de toma de decisiones por definición; b) en cada País Miembro, se han de identificar procedimientos para las instrucciones por anticipado e incluirse en las leyes de salud mental después de la validación adecuada; c) se ha de proporcionar en los registros clínicos del paciente una documentación cuidadosa de las tentativas para establecer una alianza terapéutica y para apoyar al paciente en el proceso de toma de decisiones relevante a su tratamiento, alojamiento, finanzas, etc.

Silvana Galderisi

Department of Psychiatry, University of Campania L. Vanvitelli, Naples, Italy

1. Szmukler G. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
2. United Nations. Treaty Series 2515:3. https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-15&chapter=4&lang=en&clang=en.
3. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.
4. United Nations High Commissioner for Human Rights. Mental health and human rights. Report of the United Nations High Commissioner for Human Rights. A/HRC/34/32. 2017.

DOI:10.1002/wps.20603

Voluntad y preferencias en el proyecto global de CRPD

El artículo de G. Szmukler¹ debe comprenderse en el contexto de la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD) como un todo y qué es lo que la CRPD pretende lograr.

La motivación para la CRPD fue un reconocimiento de que los enfoques legales y normativos, tanto en los niveles internacional como nacional, no estaban proporcionando derechos humanos a personas con discapacidades². Como esto se relacio-

na con personas que tienen discapacidades mentales, no es probable que sea rebatido por los lectores de esta revista. Todos estamos al tanto de los sistemas institucionales en los cuales las personas con discapacidades mentales pueden invertir gran parte

de sus vidas en condiciones que son francamente deplorables. Los países del norte global a veces se representan a sí mismos como algo por encima de esto, pero la lectura de los informes del Comité Europeo para la Prevención de la Tortura indica que ninguno de nosotros tiene mucho de qué alardear³.

La vida en la sociedad no suele ser mucho mejor. La pobreza es endémica, sin duda reflejando en parte las tasas de empleo risibles de personas con discapacidades mentales. El alojamiento en la comunidad suele estar por debajo de lo estándar. Hay escasa evidencia de integración social significativa, pero ciertamente evidencia de ser las víctimas de violencia, explotación y abuso⁴. Estos problemas son internacionales: todos debemos tenerlos pues se relacionan con nuestros propios países, donde quiera que estemos.

En ese sentido, la CRPD es un intento por tratar de cambiar las cosas. Trata de crear un inicio fresco en la ley internacional de derechos humanos, visualizando un mundo en que personas con discapacidades disfruten de los derechos y las vidas significativas que el resto de nosotros damos por sentado². Cuando los comentaristas dicen que la CRPD introduce un “nuevo paradigma”, esto es lo que se quiere decir: es un reconocimiento de que la forma en que hemos abordado los derechos humanos de personas con discapacidades desde la Segunda Guerra Mundial (y tal vez durante siglos antes) necesita una reconsideración fundamental.

Fundamental para esto es un reto para reconsiderar el papel que desempeña el estado y su relación con las personas con discapacidades. Tradicionalmente, el rol del estado ha sido uno de control. Las discapacidades mentales proporcionan un ejemplo muy claro de esto. Hemos encerrado a personas con discapacidades mentales debido a la peligrosidad percibida o “por su propio bien” o para apartarlos de la mirada pública o permitir que sus familiares cuidadores trabajen. Cuando hemos establecido programas comunitarios para ellos, se ha esperado que trabajadores sociales y profesionales similares mantengan vigilando sus vidas. Por lo general esto se ha realizado con buenas intenciones, pero ha creado una ciudadanía de segunda clase, en la que los derechos son contingentes en una forma no experimentada por el resto de la sociedad.

La CRPD no es antigobierno o libertaria. Más bien, proyecta al estado, no

como un gestor de las personas con discapacidades, sino en un papel de apoyo. Si las personas con discapacidades disfrutan de las vidas significativas que el resto de nosotros esperamos, los apoyos deben implementarse para lograr esto, y esto exige la provisión de servicios por los estados o servicios proporcionados bajo la regulación del estado. Sin embargo, los servicios no tienen que ser como las personas con discapacidades desean. No debiera exigirse a estas personas como una cuestión de política del estado que acepten lo que se les ofrece, no más que cualquier otro ciudadano. La CRPD visualiza un mundo en el que personas con discapacidades logran las mismas opciones que el resto de nosotros.

Szmukler está en lo correcto de que órganos internacionales de derechos humanos han sido lentos para captar esto, pero esto es apropiadamente una crítica de estos órganos. Es difícil ver cómo los sistemas existentes de derechos humanos que estos organismos perpetúan puedan proporcionar cambios legales, culturales, de política e ideológicos que son necesarios para que los derechos humanos sean reales para personas con discapacidades. El fracaso de estos sistemas existentes para personas con discapacidades fue el motivo por el cual la CRPD fue percibida como necesaria, y los órganos internacionales de derechos humanos señalados por Szmukler necesitan apropiarse de esa verdad.

Esto no necesariamente significa que la postura del comité de la CRPD se tome sin críticas o sea intocable. Esto quiere decir que los problemas que la CRPD pretende abordar son reales, y los críticos de la postura de la CRPD deberían cuestionarse para que proporcionen alternativas positivas, en vez de descartar los enfoques del pasado que han resultado insuficientes.

¿Qué significa todo esto para el análisis de Szmukler? Tres puntos tienen especial relevancia.

El primero es que en el análisis de Szmukler, al igual que en otras partes de la literatura, los debates en torno a capacidad, toma de decisiones apoyada frente a los mejores intereses y el Comentario General No. 1⁵ del comité de la CRPD tenga lugar en aislamiento del panorama más grande de lo que necesita cambiar para las personas con discapacidades. No es sorprendente que los médicos consideren estos problemas a través de la óptica de la medicina y los efectos en su práctica. Casi ciertamente esto será solo una pequeña pieza de lo que es necesario.

Además, la toma de decisiones solo es relevante cuando hay opciones entre las cuales escoger. Los cambios necesarios para lograr la ambición de la CRPD sin duda incluirán las mejores normas disponibles de salud, pero también serán fundamentales las provisiones de ejemplo concerniente a estructuras de asistencia y beneficio sociales, alojamiento e integración en la sociedad. Todos deberíamos trabajar con las personas que tienen discapacidades para articular estos cambios más amplios en formas que sean relevantes a sus propios países. El debate de cómo deberían tomarse las decisiones en “casos duros” debe ocurrir en esta serie más amplia de contextos, no solo dentro del tratamiento clínico.

El segundo problema es qué tanto el análisis de Szmukler realmente difiere del enfoque del comité de la CRPD en el Comentario General No. 1. El autor parece señalar que la influencia de la voluntad y las preferencias de una persona con discapacidad para determinar una decisión deberían ser directamente proporcionales a la claridad y fiabilidad de esa voluntad y preferencias. Esto ya parece estar avanzando considerablemente desde la división dura de la ley actual de capacidad/incapacidad.

Szmukler podría muy bien estar de acuerdo en que se ofrezca el apoyo apropiado a la persona con discapacidad para alcanzar y articular puntos de vista. Aunque no utiliza la frase, su punto de vista parecería ser ese. En casos duros, las decisiones deberían basarse en la “mejor aproximación” de la voluntad y preferencias de la persona: el enfoque del comité de la CRPD. Hay indudablemente alguna divergencia respecto a lo que constituye casos duros, pero la similitud en la posición de Szmukler con la del comité es notable. Ciertamente, versiones del enfoque de Szmukler podrían significar un alejamiento considerable del ethos de manejo del sistema actual, y esto es muy congruente con la CRPD.

Por último, está la duda de quién debería apoyar a la persona con discapacidad para articular su voluntad y preferencias, y decidir qué peso debería otorgarse a puntos de vista divergentes expresados por la persona. Los psiquiatras, al igual que muchos otros profesionales de la salud, durante generaciones han estado en el centro de la cultura que establece que personas con discapacidades han de ser controladas por el estado: el antiguo paradigma. Para que

los psiquiatras proporcionen un enfoque de voluntad y preferencias de forma no controladora y para que tengan la confianza de las personas con discapacidades de que proporcionarán el apoyo en expresar la voluntad y preferencias, la psiquiatría tendrá que romper el antiguo paradigma de control. No está claro si la psiquiatría como profesión está lista para hacer tal cambio.

Peter Bartlett

School of Law and Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK

1. Szmukler G. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
2. MacKay D, Syracuse J. *Int'l L & Com* 2006-7;34:323-31.

3. European Committee for the Prevention of Torture. <https://www.coe.int/en/web/cpt/states>.
4. Bartlett P, Schulze M. *Int J Law Psychiatry* 2017; 53:2-14.
5. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law. CRPD/C/GC/1. 2014.

DOI:10.1002/wps.20604

El rechazo de las evaluaciones de capacidad a favor del respeto por la voluntad y las preferencias: la promesa radical de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidades de la ONU

G. Szmukler¹ está en pro de una interpretación de “voluntad y preferencias” que permita la determinación de la capacidad de la toma de decisiones, en la forma de evaluaciones funcionales de la capacidad mental, para utilizarse con el fin de interpretar las decisiones de quienes parecen manifestar voluntad y preferencias conflictivas.

En este comentario, me centraré en tres aspectos centrales que surgen del enfoque de Szmukler: el problema de la discriminación indirecta en evaluaciones funcionales de la capacidad mental, el dilema de las decisiones por anticipado, y la necesidad de una respuesta apegada a los derechos humanos en una situación en que las preferencias del individuo parecen estar en conflicto con su voluntad.

Por lo que respecta a la primera cuestión, Szmukler plantea que la aplicación de las evaluaciones funcionales de la capacidad de toma de decisiones no se debería considerar como discriminación legal, pues sirven a un propósito legítimo, las evaluaciones son de naturaleza objetiva, y cumplen los criterios de racionalidad y proporcionalidad en la consecución de su propósito legítimo.

Aun cuando se acepte la noción de un propósito legítimo –proteger la totalidad de los derechos humanos de la persona–, es mucho menos seguro que las evaluaciones funcionales de la capacidad pueden considerarse de naturaleza objetiva, o una respuesta adecuada y proporcionada a resolver un conflicto de derechos percibido. Szmukler cita el análisis que hacen Grisso y Appelbaum de medidas utilizadas para evaluar la competencia² en apoyo al argumento para la objetividad,

pero esto de ninguna manera significa una posición no debatida en la literatura.

Por ejemplo, Morgan y Veitch³ critican la supuesta objetividad de las evaluaciones de la capacidad mental. Argumentan que “la verdadera importancia de las pruebas legales para la capacidad mental parece ser no evaluar algún futuro proyectado o, de hecho, la capacidad previa para tomar una decisión... sino evaluar si la persona que toma la decisión puede fundamentar un argumento convincente de por qué llega a la norma de la ‘capacidad’ que la ley espera en tales circunstancias”.

En apoyo a este argumento, Haidt⁴ e Iyengar y Lepper⁵ demostraron que los individuos solo evocan razones para sus decisiones cuando se les pide que lo hagan, y estas razones raras veces se correlacionan con su verdadero proceso de toma de decisiones en el momento de la decisión original, sino más bien reflejan la explicación más persuasiva que la persona puede encontrar para su decisión.

Estos estudios indican que el proceso de evaluar la capacidad mental de un individuo, incluso sobre una base funcional, es inherentemente subjetivo e impregnado de valor. Por consiguiente, el curso de tales evaluaciones para restringir o negar la capacidad legal viola el requisito de objetividad que exigen las normas de derechos humanos a fin de evitar la categorización de la discriminación basada en discapacidad.

También está claro que el empleo de evaluaciones funcionales de la capacidad mental para reconciliar conflictos percibidos de derechos, voluntad y preferencias no cumple los criterios de razonabilidad y proporcionalidad. Dada la evidencia creciente de la efectividad y alternativas para

la toma de decisiones por representación⁶, basarse en evaluaciones de la capacidad mental como un factor detonante para intervenciones (potencialmente coercitivas) parece cada vez menos aceptable. Mientras existan medidas alternativas menos intrusivas que se pudieran utilizar para reconciliar la voluntad y preferencias conflictivas percibidas, no puede ser proporcional imponer toma de decisiones por representación con base en una evaluación funcional de alguien externo que tome la decisión de la capacidad mental de un individuo para tomar una decisión específica.

El segundo aspecto que deseo abordar tiene que ver con las instrucciones por anticipado. Tales instrucciones, que están enumeradas en el Comentario General No. 1 del Comité sobre los Derechos de Personas con Discapacidades⁷ como un ejemplo importante de apoyo a ejercer capacidad legal, puede fácilmente reenmarcarse alejado del paradigma de capacidad/incapacidad para brindar a quien toma la decisión mucha más flexibilidad para determinar cuándo la instrucción se vuelve operativa. En otras palabras, la falta percibida de capacidad funcional no debería ser el factor legal detonante automático de una instrucción que entrara en vigencia. Más bien quien establece la instrucción debiera especificar las circunstancias en las cuales desea que su instrucción surta efecto.

Una persona que establece una instrucción, por ejemplo, especifica que la instrucción debe operar una vez que comience a mostrar determinadas conductas, o cuando se ha ingresado al hospital, o cuando una serie de apoyadores confiables nombrados en la instrucción, estén de acuerdo en que se halla ahora en crisis o no puede comuni-

carse. Esto garantiza que el poder se mantenga en la persona que elabora la instrucción para establecer las condiciones bajo las cuales la instrucción surtirá efecto legal.

En cuanto a la cuestión espinosa de las cláusulas de Ulises, desde mi punto de vista debería ser posible que los individuos las incluyeran en las instrucciones si optan por hacerlo. En la práctica, preveo que el uso de tales cláusulas sería muy frecuente, pues la mayoría de las personas no querrán fijar sus seres futuros a una situación que luego no puedan revertir. Sin embargo, dado que esta es una opción de apoyo importante que algunos individuos desean tener, debería estar disponible para las personas con discapacidades sobre una base igualitaria con otros.

El aspecto final que deseo abordar es cómo una respuesta apegada a los derechos humanos puede desarrollarse cuando percibimos que la voluntad y las preferencias de un individuo están en conflicto y son imposibles de reconciliar. Como lo he argumentado con anterioridad⁸, cuando entran en conflicto la voluntad y las preferencias, se puede utilizar una serie de estrategias. Primero que nada, lo que un extraño pudiera percibir como un conflicto entre voluntad y preferencias puede no ser percibido como problemático por el individuo que toma las decisiones, podría reflejar un cambio de enfoque con respecto a decisiones pasadas con base en la experiencia, una nueva perspectiva o simplemente el hecho de que la persona ha cambiado de parecer.

Un enfoque apegado a derechos humanos para resolver estos conflictos percibidos implica inmiscuirse en todas las formas de

comunicación con la persona, y hablar con aquellas que la persona indica como apoyadores confiables para informar la interpretación de su voluntad y preferencias en esta situación específica. Puede ocurrir durante este proceso que la voluntad y las preferencias de la persona resulten claras. Si voluntad y preferencia de la persona siguen siendo no claras después de todos los esfuerzos, y todavía es necesario tomar una decisión, el intérprete tendrá que tomar una decisión informada por la “mejor interpretación” de la voluntad y las preferencias de la persona a la que llegue, dada toda la información disponible sobre los deseos de la persona.

Otros han señalado que una “mejor interpretación” significa “la interpretación de la conducta de un adulto o la comunicación que parece más aceptablemente justificada en las circunstancias”, y que “quienes apoyan la toma de decisión deben poder proporcionar una explicación aceptable de cómo se llegó a esta interpretación”⁹.

El proceso de llegar a una “mejor interpretación” de la voluntad y preferencias es inevitablemente difícil y está plagado de incertidumbre pero, si el nuevo paradigma presagiado por la Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad (CRPD) va a significar algo, debe entenderse que este proceso es radicalmente diferente a cómo se han llevado a cabo en el pasado las determinaciones de la capacidad para la toma de decisiones.

Por consiguiente, contrario a lo que Szmukler propone, mi parecer —en congruencia con la jurisprudencia del Comité de la CRPD— es que las evaluaciones

funcionales de la capacidad mental no se pueden utilizar para determinar si una preferencia específica debiera asumir preferencia respecto a lo que otros perciben como la voluntad del individuo, o si las interpretaciones de la voluntad de una persona por terceras partes pueden justificar ignorar la preferencia claramente expresada por el individuo.

Eilionóir Flynn

Centre for Disability Law and Policy, National University of Ireland Galway, Galway, Ireland

1. Szmukler G. *World Psychiatry* 2019;18:34-41.
2. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing competence to consent to treatment: a guide for physicians and other health professionals*. New York: Oxford University Press, 1998.
3. Morgan D, Veitch K. *Sydney Law Rev* 2004;26: 107-30.
4. Haidt J. *Psychol Rev* 2001;108:814-34.
5. Iyengar SS, Lepper MR. *J Pers Soc Psychol* 2000; 79:995-1006.
6. Davidson G, Brophy L, Campbell J et al. *Int J Law Psychiatry* 2012;44:30-40.
7. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. *General Comment No. 1 on Article 12: Equal recognition before the law*. CRPD/C/GC/1. 2014.
8. Arstein-Kerslake A, Flynn E. *Int J Human Rights* 2016;20:471-90.
9. Canadian Association of Community Living. *A statutory framework for the right to legal capacity and supported decision making*. Oshawa: Canadian Association of Community Living, 2012.

DOI:10.1002/wps.20605

La Convención de la ONU: perspectiva de un usuario de servicio

La Convención de los Derechos de Personas con Discapacidades (CRPD)¹ de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha desencadenado bastante debate global en torno a los Artículos 12 (Reconocimiento de igualdad ante la ley) y 14 (Libertad y seguridad de la persona), y su relación con la hospitalización y el tratamiento involuntarios.

En vista de esta controversia, la Federación Sudafricana para Salud Mental (SAFMH) ha realizado un ejercicio de compromiso con los usuarios de atención psiquiátrica que habían experimentado hospitalización involuntaria. Setenta y un por ciento de los participantes indicaron que estaban a favor del tratamiento involuntario, y especificaron que su pre-

ferencia se debía al reconocimiento de que habían ocurrido intervalos durante la recaída en los que no podían actuar en observancia a su mejor interés.

Los participantes consideraron que la práctica de tratamiento involuntario los “protegia” de su propia conducta en un tiempo de recaída en que podían no tener control de sus acciones y que en consecuencia podían dar lugar a daño personal o a otros (daño no específicamente definido como físico sino también daño psicológico).

Sin embargo, los participantes hicieron hincapié en que con más frecuencia no habían intervenido en toma de decisiones por lo que respecta a las opciones de tratamiento. Señalaron que sus experiencias con la hospitalización involun-

taria habían ocurrido sin consulta, y que se percataron de lo que estaba ocurriendo únicamente cuando llegaba la ambulancia o la policía. Además, hicieron notar que la hospitalización involuntaria en la mayoría de los casos no hubiese sido necesaria si se les hubiese consultado y hubiesen estado de acuerdo en ir voluntariamente al hospital para recibir tratamiento.

El paternalismo tiene un largo historial en psiquiatría², a veces con la mejor de las intenciones, pero es el componente desempoderador del sistema de asistencia psiquiátrica, donde otros instintivamente tienden a asumir una función de toma de decisiones. El paternalismo niega la oportunidad de tomar una decisión informada a través de un proceso de consulta (o a

través de un proceso de toma de decisiones con apoyo cuando es necesario) para permitir que se reconozcan, se respeten y se ejecuten la voluntad y las preferencias de los usuarios de atención psiquiátrica.

A menudo se hacen suposiciones intuitivamente con respecto a la capacidad de toma de decisiones del usuario de atención psiquiátrica, sin determinar si la persona de hecho no puede o puede tomar una decisión informada o necesita apoyo para hacerlo. Además, la toma de decisiones paternalista puede reforzar el autoestigma y dar lugar a desenlaces de salud más insatisfactorios³.

Los sistemas de asistencia psiquiátrica deben adoptar pasos temerarios y rediseñar estratégicamente la forma en que se proporcionan los servicios, para garantizar la congruencia con las normas internacionales de derechos humanos y las intervenciones basadas en evidencia, con énfasis en el empoderamiento, restablecimiento y participación del usuario de asistencia psiquiátrica en la evaluación del sistema. Un ejemplo de un sistema de asistencia psiquiátrica que logró transformación considerable es el sistema de “Puerta Abierta - No restricción” en Italia⁴, que se centró en la recuperación y la ciudadanía, donde los usuarios de asistencia psiquiátrica están en el centro de la prestación del servicio.

Aparte de alejarse de descartar bruscamente la voluntad y preferencias de los usuarios de servicio por lo que respecta a opciones de tratamiento, el cambio prestaría atención seria al entorno en el cual se proporcionan los servicios. Los centros psiquiátricos a menudo se parecen y funcionan más como prisiones que como lugares de asistencia y restablecimiento. El estado de dilapidación de tales centros repercute en los principios bioéticos que deberían promover el respeto por la autonomía, buena intención, beneficencia y justicia.

Los centros psiquiátricos y servicios de salud mental se han caracterizado como entornos en los cuales es más factible que ocurran violaciones a los derechos humanos⁵, y en los que a menudo se silencian las voces de los usuarios del servicio. Por consiguiente, es una expectativa lógica que una persona se rehúse a ingresar en tales centros si el entorno que debería ayudar y cuidarlo, lo expone a un tratamiento degradante y no digno, sumándose a la angustia que puede experimentar en ese momento.

En Sudáfrica, las personas que se rehúsan al tratamiento en el hospital pueden mostrar resistencia no por la disminución de la capacidad legal o mental (no importa cómo se perciba), sino por el conocimiento de lo que ocurre en esos centros.

En el ejercicio de la encuesta llevada a cabo por SAFMH, la palabra “dignidad” surgió varias veces cuando los participantes explicaban cómo el sistema de asistencia psiquiátrica había violado sus derechos. Palabras que describían sus experiencias eran “devastado”, “atemorizado”, “confundido”, “vejado”, “violado”, “criminalizado”, “tratado en forma inhumana”, “campo de concentración nazi” y “sujetado como un perro”.

Mi propia experiencia de la hospitalización involuntaria fue más traumática que los síntomas devastadores que experimenté con mi esquizofrenia diagnosticada. Me rehusé a la hospitalización voluntaria con base en la experiencia previa de condiciones no favorables y abusivas dentro del hospital. Aun cuando mi voluntad y preferencias tuvieran como propósito obtener tratamiento, solamente no en ese entorno, no obstante se consideró que tenía menor capacidad para toma de decisiones y que no podía reconocer lo que redundaba en mi propio mejor interés.

Por otra parte, la interpretación de los Artículos 12 y 13 de la Convención por parte del Comité de la CRPD, lo cual significaría que “el alegato de locura” se descartaría por lo que respecta a “sin aptitud para ser juzgado” y “no culpable por motivos de locura”, puede tener consecuencias que repercuten en una persona con un trastorno mental que entra en el sistema de justicia. Un estudio de caso en Sudáfrica con el que lidié en mi trabajo de defensa aclara esto.

Una persona con un diagnóstico de esquizofrenia que en un estado psicótico produjo daño a propiedad, en respuesta a voces que le ordenaban hacerlo, fue detenida y sometida a juicio sin que en ningún momento su defensa hiciera referencia a su diagnóstico. En consecuencia, se le encontró culpable y tuvo una sentencia de encarcelamiento. Al ser puesto en libertad, no pudo obtener empleo simplemente por su antecedente delictivo. En el escenario alternativo en el que pudiera haberse encontrado “no culpable por motivo de locura”, no hubiera tenido un registro delictivo que ahora le impide obtener empleo y en última instancia, independencia. La interrogante

es: ¿Fue un juicio justo si no se consideraron las circunstancias en torno a sus acciones en el día del daño a la propiedad?

Los sistemas penitenciarios a menudo no están equipados o no cuentan con recursos suficientes para atender y proteger a las personas con trastornos mentales de la victimización y abuso, o pueden no tener la capacidad para proporcionar una norma adecuada de atención a la salud mental y servicios a esta población. Incluso en un país con más recursos como Estados Unidos, los prisioneros con trastornos mentales “tienen más probabilidades que otros prisioneros de ser mantenidos en alimento solitario, ser explotados económicamente, agredidos física y sexualmente, cometer suicidio o ser intencionalmente autodestructivos”⁶.

Cualquier persona, tenga o no un trastorno mental o discapacidad, en algún momento puede no tener la capacidad para tomar una decisión informada (por cualquier motivo) y, en el que la voluntad y preferencia están en contradicción, debe haber un mecanismo que proteja al individuo.

Para evitar la estigmatización y la discriminación, apoyo la recomendación de Szmukler⁷ de una ley que esté basada únicamente en la capacidad para la toma de decisiones, con una definición clara de voluntad y preferencia, derechos humanos y procesos de mejor interés que se tomen en cuenta en forma individual, por contraposición a una ley que esté dirigida a personas con trastornos mentales.

Charlene Sunkel

South African Federation for Mental Health, Global Mental Health Peer Network, Randburg West, South Africa

1. United Nations. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations, 2006.
2. Pelto-Piri V, Engström K, Engström I. BMC Med Ethics 2013;14:49.
3. Hamann J, Buhner M, Rusch N. Psychiatr Serv 2017;68:783-8.
4. Mezzina R. J Nerv Ment Dis 2014;202:440-5.
5. Drew N, Funk M, Tang S et al. Lancet 2011;378: 1664-75.
6. Pittaro M. The challenges of incarcerating mentally ill inmates. In Public Safety, December 7, 2015.
7. Szmukler G. World Psychiatry 2019;18:34-41.

DOI:10.1002/wps.20606

El efecto de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas para mejorar los desenlaces de salud física en personas con esquizofrenia: meta-revisión de metaanálisis de estudios aleatorizados controlados

DAVY VANCAMPFORT^{1,2}, JOSEPH FIRTH^{3,5}, CHRISTOPH U. CORRELL⁶⁻⁸, MARCO SOLMI⁹, DAN SISKIND^{10,11}, MARC DE HERT^{2,12}, REBEKAH CARNEY⁴, AI KOYANAGI^{13,14}, ANDRÉ F. CARVALHO^{15,16}, FIONA GAUGHRAN^{17,18}, BRENDON STUBBS^{17,18}

¹KU Leuven Department of Rehabilitation Sciences, Leuven, Belgium; ²University Psychiatric Centre KU Leuven, Kortenberg, Belgium; ³NICM Health Research Institute, Western Sydney University, Westmead, Australia; ⁴Division of Psychology and Mental Health, University of Manchester, Manchester, UK; ⁵Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia; ⁶Hofstra Northwell School of Medicine Hempstead, New York, NY, USA; ⁷Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, New York, NY, USA; ⁸Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité Universitätsmedizin, Berlin, Germany; ⁹Department of Neurosciences, University of Padua, Padua, Italy; ¹⁰Metro South Addiction and Mental Health Service, Brisbane, Australia; ¹¹School of Medicine, University of Queensland, Brisbane, Australia; ¹²KU Leuven Department of Neurosciences, Leuven, Belgium; ¹³Research and Development Unit, Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Fundació Sant Joan de Déu, Barcelona, Spain; ¹⁴Instituto de Salud Carlos III, Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM, Madrid, Spain; ¹⁵Centre for Addiction and Mental Health, Toronto, Ontario, Canada; ¹⁶Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada; ¹⁷South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, UK; ¹⁸Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

Resumimos y comparamos metanálisis de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a los desenlaces de salud física en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Se realizaron búsquedas en bases de datos importantes hasta el 1 de junio de 2018. De 3.709 aciertos en buscadores, se incluyeron 27 metanálisis, que representan 128 estudios metanalizados y 47.231 participantes en estudios. Aunque los metanálisis en general tuvieron una calidad adecuada o alta, los estudios metanalizados la tuvieron en menor grado. Las intervenciones más eficaces para la reducción de peso fueron el asesoramiento en el estilo de vida individual (diferencia de medias estandarizada, DME = -0,98) y las intervenciones de ejercicio (DME = -0,96), y le siguieron psicoeducación (DME = -0,77), aumento de la dosis de aripiprazol (DME = -0,73), topiramato (DME = -0,72), d-fenfluramina (DME = -0,54) y metformina (DME = -0,53). En relación con la reducción del perímetro de la cintura, el aumento de la dosis de aripiprazol (DME = -1,10) y topiramato (DME = -0,69) demostró la mejor evidencia, y después las intervenciones dietéticas (DME = -0,39). Las intervenciones dietéticas fueron las únicas en mejorar significativamente la presión arterial diastólica (DME = -0,39). El cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol (DME = -0,71) y metformina (DME = -0,65) demostró más eficacia para reducir las cifras de glucosa, seguido de agonistas de receptor de péptido glucagónico de tipo 1 (DME = -0,39), intervenciones dietéticas (DME = -0,37) y aumento de la dosis de aripiprazol (DME = -0,34), mientras que la resistencia a la insulina mejoró más con metformina (DME = -0,75) y rosiglitazona (DME = -0,44). Topiramato tuvo la máxima eficacia para triglicéridos (DME = -0,68) y colesterol de lipoproteína de baja densidad (LDL) (DME = -0,80), en tanto que metformina tuvo los máximos efectos beneficiosos sobre el colesterol total (DME = -0,51) y el colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL) (DME = 0,45). Las intervenciones en el estilo de vida generaron efectos pequeños para triglicéridos, colesterol total y colesterol de LDL (DME = -0,35 a -0,37). Solo las intervenciones de ejercicio incrementaron la capacidad de ejercicio (DME = 1,81). Pese a las frecuentes comorbilidades físicas y la mortalidad prematura principalmente debida a estos mayores riesgos para la salud física, la evidencia actual para las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en personas con esquizofrenia para prevenir y tratar estos trastornos todavía es escasa y se necesitan urgentemente más estudios y a mayor escala.

Palabras clave: Esquizofrenia, psicosis, salud física, peso corporal, presión arterial, glucosa, insulina, triglicéridos, colesterol, asesoría en estilo de vida, intervenciones de ejercicio, intervenciones alimentarias, metformina, topiramato, cambio de antipsicótico.

(World Psychiatry 2019;17:53-66)

Las personas con esquizofrenia tienen una salud física sustancialmente más deficiente que la población general¹⁻⁴, lo cual suele atribuirse a una interacción entre circunstancias sociales, factores relacionados con el estilo de vida y efectos del tratamiento⁵. Por ejemplo, la investigación de la conducta ha demostrado que las personas con esquizofrenia realizan menos actividad física y muestran una conducta más sedentaria que la población general⁶, tienen una mayor cantidad pero menor calidad de ingesta de alimentos⁷, y más conductas relacionadas con salud adversa, como tabaquismo⁸. Asimismo, el tratamiento psiquiátrico con antipsicóticos y otros compuestos farmacológicos que se suelen prescribir, como estabilizadores afectivos y antidepresivos, incrementa más el riesgo de trastornos de la salud física^{9,10}. En consecuencia, los individuos con esquizofrenia con más frecuencia presentan enfermedades cardiometabólicas¹¹⁻¹³, enfermedades respiratorias¹⁴, dolor crónico¹⁵,

fracturas¹⁶ y una menor aptitud física^{17,18} que la población general.

Este incremento del riesgo somático conlleva una menor salud física relacionada con la calidad de vida^{19,20}, pero pese a este aumento del riesgo, el acceso a vigilancia, los cuidados de la salud física y la intervención en quienes padecen esquizofrenia no son óptimas en comparación con la población general^{21,22}. Por consiguiente, las personas con esquizofrenia tienen una brecha de 10 a 20 años en la esperanza de vida, lo cual se debe principalmente a esta salud física más deficiente^{13,23}. Además, las desigualdades en la salud física que presentan personas con esquizofrenia se han observado en todo el mundo²⁴ y no han mejorado con el tiempo²⁵.

Dada esta burda desigualdad, ha habido un incremento sustancial en las iniciativas para mejorar la salud física de esta población con riesgo^{5,26}. Con el fin de abordar la discrepancia en salud física, diversos metanálisis individuales han dado lugar

a recomendaciones basadas en evidencia a nivel nacional e internacional en pro o en contra de opciones de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas específicas²⁷⁻³⁴.

Pese a esta rápida expansión de la evidencia metanalítica sobre las intervenciones para atacar las deficiencias en la salud física de personas con esquizofrenia, no existe un resumen de este alto nivel de evidencia, ni se cuenta con una comparación cuantitativa directa de la evidencia entre todas las estrategias farmacológicas y no farmacológicas individual o combinada. Además, la calidad de estos metanálisis y los estudios incluidos no se ha evaluado en forma exhaustiva, lo cual es un paso indispensable para poder establecer recomendaciones de tratamiento más rigurosas de manera fiable.

Con el propósito de abordar esta brecha en la literatura, nos propusimos combinar la evidencia de alto nivel existente derivada de los metanálisis más grandes y más recientes publicados de estudios aleatorizados de intervenciones en salud física, a fin de determinar la calidad comparativa de la evidencia y la magnitud de la eficacia para las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas dirigidas a los desenlaces de salud pública en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia.

MÉTODOS

Búsquedas

Cuatro autores de manera independiente entre sí realizaron búsquedas en las bases de datos MEDLINE/PubMed, PsycINFO, EMBASE y Cochrane, desde sus fechas de inicio respectivas hasta el 1 de junio de 2018 y sin restricción de idioma, de metanálisis de estudios aleatorizados controlados en personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia en los que las mejoras en la salud física fueron la variable principal.

Los términos de búsqueda fueron (“metanálisis” O “análisis sistemático”) Y (“aleatorizados*” O “placebo” O “control*”) Y (“esquizofrenia” O “esquizoafectivo” O “esquizofreniforme” O “psicosis” O “psicótico” O “enfermedad mental grave”) Y (“salud física” O “cardio*” O “metabol” O “respir*” O “*peso” O “dolor” O “somático”). Realizamos una búsqueda de listas bibliográficas de todos los artículos incluidos.

Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión se organizaron de acuerdo con población, intervenciones, comparaciones, variables y contexto/diseño de estudio (PICOS) que informaron estructura (Tabla 1).

Extracción de datos, variables y síntesis de datos

En relación con la eficacia y las reacciones adversas a fármacos, extrajimos manualmente datos de magnitud de efecto (con intervalos de confianza de 95%, CI) para todas las variables relevantes, y el número de participantes en los grupos de intervención y de control para cada magnitud de efecto. Específicamente, se extrajeron datos de magnitudes de efecto de variables continuas o se recalcularon como diferencia media estandarizada (DME), la cual expresa la diferencia media entre los grupos de intervención y de control en unidades de desviación estándar, con IC del 95%. En general, una DME de menos de 0,2 se con-

Tabla 1 Aplicación de la estrategia de investigación PICOS

Población – Personas con trastornos del espectro de la esquizofrenia, que consta de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o esquizofreniforme o psicosis de primer episodio, confirmados a través de medidas de evaluación validadas (por ejemplo, DSM, ICS). Solo se incluyeron estudios realizados con un subgrupo con enfermedad mental grave (por ejemplo, que incluye también trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor) y la muestra de trastorno del espectro de la esquizofrenia fue ≥ 70 por ciento.

Intervenciones – Incluimos todas las intervenciones farmacológicas que tenían un objetivo primario de mejorar los desenlaces de salud física. Las intervenciones no farmacológicas incluyeron todas las intervenciones educativas, psicoterapéuticas, sociales y físicas, excluyendo terapias alternativas. Específicamente, incluimos intervenciones relacionadas con el estilo de vida (por ejemplo, actividad física, dieta, cese de tabaquismo).

Comparaciones – Se incluyeron todas las intervenciones de control relevantes (por ejemplo, placebo, tratamiento habitual o cuidados habituales, lista de espera, ningún tratamiento).

Desenlaces – Consideramos cualesquiera desenlaces de salud física explorados, incluidos los siguientes: a) cualquier marcador de salud física, como peso corporal, proporción con sobrepeso u obesidad, niveles aleatorios o en ayunas de glucosa y parámetros de metabolismo de lípidos, proporción con anomalías en glucosa y parámetros de metabolismo de lípidos, enfermedad cardiovascular (por ejemplo, infarto miocárdico, accidente cerebrovascular, ataque isquémico transitorio, embolia pulmonar), enfermedades respiratorias (cáncer de pulmón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica); b) parámetros de aptitud física (por ejemplo, captación de oxígeno máxima o pico, fuerza muscular); c) cualesquiera biomarcadores investigados (hemoglobina A1c, proteína C reactiva u otros marcadores en sangre y suero); d) cualquier conducta de salud física investigada (niveles de actividad física, conducta de tabaquismo, patrones de dieta, asistir a consulta para salud física, tasas de asistencia); e) calidad de vida relacionada con la salud física; f) efectos secundarios (por ejemplo, reacciones adversas a fármacos).

Contexto – Consideramos cualquier contexto: hospital (intrahospitalario o ambulatorio), población o a distancia (por ejemplo, utilizando tecnología digital).

Diseño de estudio – Se incluyeron metanálisis fundamentados mediante análisis sistemático que incluyeron estudios aleatorizados controlados (RCT). Un artículo se clasificó como un análisis sistemático y metanálisis si se cumplieron los siguientes criterios: criterios de inclusión claros, una estrategia de búsqueda sistemática, un procedimiento de detección para identificar estudios relevantes, extracción de datos sistemáticos y procedimientos de metanálisis para RCT. Se brindaron metanálisis que cumplieron los criterios de inclusión si hubo un metanálisis más recientemente actualizado para la mínima estrategia de combinación y resultado siempre y cuando más de 75% de los estudios metanalizados se solaparan y la muestra combinada fuese mayor que la intervención específica y desenlace. Se excluyeron resúmenes de conferencias.

sidera insignificante, una DME de entre 0,2 y menos de 0,5 es pequeña, una DME de entre 0,5 y menos de 0,8 es mediana y una DME de un mínimo de 0,8 es grande³⁵. Los cocientes de riesgo (RR) se utilizaron para variables categóricas. Si se informaron cocientes de probabilidades (odds ratios), se recalcularon como RR. Para los dos tipos de variables, hicimos seguimiento a las decisiones de los autores originales en torno a modelos de efectos fijos frente a aleatorios.

Evaluación de calidad de los estudios metanalizados

Los metanálisis incluidos se evaluaron utilizando una “herramienta de medición para evaluar análisis sistemáticos” (AMSTAR) (rango 0-11, en el que una puntuación de 8 o más indicaba alta calidad)³⁶.

Aunque AMSTAR es una herramienta fiable y válida para medir la calidad metodológica de los metanálisis, su puntuación no capta indicadores de calidad de los estudios metanalizados, lo cual podría sesgar los resultados combinados. Por ejemplo, un metanálisis que cumpla todos los criterios de calidad desde el punto de vista metodológico, pero que metanaliza estudios potencialmente sesgados tendría una calidad metodológica satisfactoria, pero una calidad de contenido deficiente.

En consecuencia, para una evaluación más exhaustiva de la validez del contenido de metanálisis incluidos, utilizamos una serie de seis puntos de calidad adicionales previamente desarrollados, cada uno de los cuales fluctuó entre 0 y 1 o 2, que captara la calidad del contenido de los estudios metanalizados (AMSTAR-Plus-Contenido, rango 0-8, en el que una puntuación de 4 o más indica alta calidad)³⁷.

Análisis estadístico

Analizamos datos que se extrajeron directamente de metanálisis publicados o, si fue necesario, después que se convirtieron en variables estandarizadas utilizando metanálisis exhaustivos (CMA, versión 3) (Biostat). Para comparar las DME de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas experimentales en comparación con intervenciones de control, llevamos a cabo metanálisis de efectos aleatorios separados para cada variable utilizando el programa CMA.

Se utilizaron, cuando fue posible, puntuaciones en AMSTAR y AMSTAR-Plus-Contenido y tamaños de muestra en los análisis de meta-regresión, los cuales se realizaron por separado para estrategias farmacológicas y no farmacológicas. De ser posible, también llevamos a cabo análisis de meta-regresión y de subgrupos para examinar factores putativos que pueden influir en las magnitudes de efecto para cada desenlace de salud física individual, incluyendo características de participante (por ejemplo, edad promedio, distribución de género) y de diseño intervencional (duración de tratamiento en semanas, administrado por personal psiquiátrico frente a personal de salud física, contexto clínico, porcentaje de sesiones a las que se asistió o que se cumplieron, tratamiento de grupo frente a individual).

La heterogeneidad se cuantificó utilizando el estadístico de la Q e I^2 , en el que puntuaciones de < 25%, 25%-50% y > 50% indicaron heterogeneidad baja, moderada y alta, respectivamente³⁸. Si no fue posible extraer datos de la magnitud de efecto para el metanálisis comparativo, informamos los resultados a nivel de análisis individual en una síntesis descriptiva.

RESULTADOS

Resultados de la búsqueda sistemática

De 3,709 aciertos en la búsqueda, se incluyeron 27 metanálisis³⁹⁻⁶⁵, lo que representa un total de 128 estudios metanalizados y 47.231 participantes en estudio.

Hubo datos metanalíticos para 17 diferentes intervenciones farmacológicas: intensificación de aripiprazol^{42,47,53,55}, fluoxetina⁵⁵, metformina^{46,48,49,54,55,61,62}, nizatidina^{54,55}, antagonistas de receptor de NMDA como amantadina y memantina^{45,55,57,60}, ranitidina⁴², topiramato³⁹, dextroanfetamina⁶⁴, d-fenfluramina⁶⁴, famotidina⁶⁴, metformina en combinación con sibutramina⁶⁴, orlistat⁶⁴, rosiglitazona⁶⁴, fluvoxamina⁶⁴, antagonistas de receptor de péptido glucagonoide-1 (GLP-1 RA)⁴⁰ y cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol⁶⁵.

Se contó con datos metanalíticos para seis diferentes intervenciones no farmacológicas: asesoramiento en estilo de vida individual^{58,59,63}, asesoría en estilo de vida de grupo^{58,59,63}, terapia cognitiva conductual^{58,59}, psicoeducación⁵⁸, ejercicio^{50,56,58} e intervenciones dietéticas^{44,58}. En un metanálisis se investigó el efecto combinado de una intervención de estilo de vida y metformina combinada⁴¹.

En total, se investigaron 17 diferentes desenlaces en salud física: peso, índice de masa corporal, perímetro de la cintura, cociente cintura/cadera, presión arterial diastólica y sistólica, glucemia en ayunas, insulina, evaluación del modelo homeostático de resistencia a la insulina, hemoglobina A1c, triglicéridos en ayunas, colesterol total, colesterol de lipoproteínas de alta densidad (HDL), colesterol de lipoproteínas de baja densidad (LDL), cociente androide/ginecoide (es decir, porcentaje de cociente de adiposidad definida como adiposidad androide dividida entre adiposidad ginecoide), adiposidad visceral y capacidad de ejercicio funcional.

Las intervenciones de control consistieron en placebo, tratamiento psicoactivo continuado o tratamiento habitual para estudios farmacológicos y tratamiento habitual para estudios no farmacológicos.

El número de estudios para una variable de salud específica fluctuó de uno a 29, con una mediana de cinco ensayos (rango intercuartílico = 5). Los ensayos duraron seis a 72 semanas. Cuando se comunicó, la media de edad de los participantes fue $34,9 \pm 2,0$ años, y 58,4% eran hombres.

Evaluación de la calidad de los metanálisis incluidos

La puntuación media en AMSTAR fue $8,8 \pm 1,0$ en toda la muestra, $8,9 \pm 0,9$ en las intervenciones farmacológicas, y $8,7 \pm 1,0$ en las intervenciones no farmacológicas. Veinticuatro (89%) estudios metanalizados tuvieron una puntuación de AMSTAR de 8 o más, pero solo dos^{42,65} (4%) tuvieron la máxima puntuación en AMSTAR de 11. La puntuación media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $3,4 \pm 1,5$ en la muestra total, $3,2 \pm 1,6$ en las intervenciones farmacológicas, y $3,7 \pm 1,1$ en las intervenciones no farmacológicas. Ninguno tuvo la puntuación máxima de 8.

Solo 11 metanálisis (41%) fueron evaluados como de alta calidad con base en los estudios metanalizados. Siete de los 27 metanálisis incluyeron solo estudios a doble ciego (26%). En 16 metanálisis (59%), el total de la muestra combinada fue de menos de 500 casos, mientras que solo cinco metanálisis (18%) tuvieron una muestra total de más de 1.000 participantes. Solo dos metanálisis^{49,53} (7%) incluyeron un estudio con un mínimo de 200 participantes. Por último, siguiendo los criterios de AMSTAR-Plus-Contenido, se observó una heterogeneidad significativa para 12 metanálisis (44%) y en 18 (67%) no se pudo descartar el sesgo de publicación.

Tabla 2. Resultados de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la salud física antropométrica de personas con esquizofrenia

Resultados	Intervención	DME	IC del 95%	N. de estudios	N. de participantes	AMSTAR	AMSTAR Plus Contenido	Magnitud de efecto	P intergrupala
Reducción de peso									<0,001
	Asesoría en estilo de vida individual	-0,98***	-1,15 to -0,81	14	411	8,3	3,7	Considerable	
	Intervenciones de ejercicio	-0,96***	-1,27 to -0,66	4	183	8,0	2,5	Considerable	
	Psicoeducación	-0,77***	-0,98 to -0,55	8	345	8,0	3,0	Mediano	
	Aumento de aripiprazol	-0,73***	-0,97 to -0,48	9	813	8,3	3,0	Mediano	
	Topiramato	-0,72***	-1,56 to -0,33	15	783	10,0	3,0	Mediano	
	d-fenfuramina	-0,54***	-1,07 to -0,02	1	16	7,0	6,0	Mediano	
	Metformina	-0,53***	-0,69 to -0,38	29	1,279	8,2	3,6	Mediano	
	Intervención dietética	-0,50***	-0,66 to -0,34	22	1,576	8,5	3,5	Mediano	
	Antagonistas de receptor de NMDA	-0,47***	-0,62 to -0,32	5	309	8,0	4,5	Pequeño	
	Metformina + intervención en estilo de vida	-0,44***	-0,69 to -0,19	3	122	9,0	1,0	Pequeño	
	RA de GLP-1	-0,44***	-0,60 to -0,28	3	168	9,0	1,0	Pequeño	
	Asesoría en estilo de vida de grupo	-0,39***	-0,54 to -0,23	19	883	8,3	3,7	Pequeño	
	Amantadina	-0,30*	-0,57 to -0,03	3	205	8,5	3,5	Pequeño	
	Terapia cognitiva conductual	-0,37*	-0,55 to -0,18	11	546	8,3	3,7	Pequeño	
	Nizatidina	-0,12*	-0,24 to 0,00	4	357	8,0	3,0	Insignificante	
	Ranitidina	-0,24	-0,67 to 0,20	4	260	11,0	1,0	No significativa	
	Metformina + sibutramina	-0,24	-0,62 to 0,13	1	28	7,0	6,0	No significativo	
	Orlistat	-0,21	-0,46 to 0,04	1	63	7,0	6,0	No significativo	
	Rosiglitazona	0,14	-0,21 to 0,52	1	29	7,0	6,0	No significativo	
	Fluoxetina	0,14	-0,09 to 0,36	2	60	7,0	3,0	No significativo	
	Dextroanfetamina	0,11	-0,33 to 0,56	1	20	7,0	6,0	No significativo	
	Cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol	-0,11	-0,23 to 0,03	2	287	11,0	3,0	No significativo	
Reducción del índice de masa corporal									<0,001
	Topiramato	-0,56***	-1,54 to -0,22	11	449	10,0	3,0	Mediano	
	Asesoría en estilo de vida individual	-0,49***	-0,77 to -0,22	4	202	8,3	3,7	Pequeño	
	RA de GLP-1	-0,41***	-0,57 to -0,26	3	168	9,0	1,0	Pequeño	
	Terapia cognitiva conductual	-0,34*	-0,67 to -0,07	6	308	8,0	3,7	Pequeño	
	Asesoría en estilo de vida de grupo	-0,28*	-0,54 to 0,00	4	202	8,3	3,7	Pequeño	
	Metformina	-0,41	-0,93 to 0,10	23	1,228	9,0	3,7	No significativo	
	Intervenciones de ejercicio	-0,25	-0,56 to 0,06	8	231	8,0	2,5	No significativo	
	Ranitidina	-0,23	-0,44 to 0,00	5	312	11,0	1,0	No significativo	

Tabla 2. Resultados de las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la salud física antropométrica de personas con esquizofrenia (continuación)

Resultados	Intervención	DME	IC del 95%	N. de estudios	N. de participantes	AMSTAR	AMSTAR Plus Contenido	Magnitud de efecto	P intergrupar
Reducción del perímetro de la cintura	Cambio de olanzapina a quetiapina	-0,12	-0,29 to 0,05	1	129	11,10	3,0	No significativo	<0,001
	Intensificación de aripiprazol	-1,10**	-1,42 to -0,79	3	174	10,0	2,0	Considerable	
	Topiramato	-0,69*	-0,93 to -0,45	8	310	10,0	3,0	Mediano	
	Intervenciones dietéticas	-0,39***	-0,56 to -0,22	11	858	8,5	3,5	Pequeño	
	Intervenciones en el estilo de vida	-0,37**	-0,60 to -0,13	10	705	8,0	5,0	Pequeño	
	RA de GLP-1	-0,34***	-0,50 to -0,18	3	167	9,0	1,0	Pequeño	
	Metformina	-0,01	-0,68 to 0,65	12	721	9,0	6,0	No significativo	
Reducción del cociente cintura/cadera	Topiramato	-0,69**	-0,90 to 0,27	5	123	10,0	3,0	Mediano	0,07
	Metformina	-0,32	-1,15 to 0,51	3	133	8,0	5,0	No significativo	
	RA de GLP-1	0,03	-0,13 to 0,18	3	163	9,0	1,0	No significativo	
	RA de GLP-1	-0,03	-0,20 to 0,13	3	131	9,0	1,0	No significativo	
Androide/ginecoide	RA de GLP-1	-0,03	-0,20 to 0,13	3	131	9,0	1,0	No significativo	
Reducción de tejido adiposo visceral	RA de GLP-1	-0,37*	-0,46 to -0,06	3	97	9,0	1,0	Pequeño	

*p < 0,05; ** p < 0,01; ***p 0,001

DME, diferencia de medias estandarizada; RA de GLP-1, agonistas de receptor de péptido glucagonoide de tipo 1; AMSTAR, puntuaciones medias en una herramienta de medición para evaluar análisis sistemáticos.

Asimismo, examinamos la relación entre la magnitud de efecto para las intervenciones no farmacológicas y farmacológicas por igual frente a las condiciones de control con las medidas de evaluación de calidad (AMSTAR y AMSTAR-Plus-Contenido). Las DME para intervenciones farmacológicas y no farmacológicas no se correlacionaron significativamente con la calidad metodológica de los metanálisis según se midió mediante AMSTAR ($p = 0,37$ a $0,52$), ni con la calidad de contenido de los metanálisis según se midió mediante AMSTAR-Plus-Contenido ($p = 0,17$ a $0,97$).

Resultados de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la salud física

En la Tabla 2 (resultados antropométricos) y la Tabla 3 (resultados en presión arterial, metabólicos y capacidad de ejercicio), se presenta un panorama de diferentes resultados en la salud física tras intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en personas con esquizofrenia con base en las DME y la calidad de los estudios metanalizados según se evaluó mediante las puntuaciones en AMSTAR y AMSTAR-Plus.

Peso corporal

Intervenciones no farmacológicas

En seis metanálisis se investigaron intervenciones no farmacológicas para peso corporal (78 estudios, $N = 3.944$). La puntuación media en AMSTAR fue $8,2 \pm 0,2$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $3,3 \pm 0,4$.

El asesoramiento en estilo de vida individual fue la intervención más eficaz (DME = $-0,98$; IC del 95%: $-1,15$ a $-0,81$, $p < 0,001$; 14 estudios, $N = 411$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0,5$, es decir, efecto considerable), siguiéndole las intervenciones de ejercicio solo (SMA = $-0,96$, IC del 95%: $-1,27$ a $-0,66$, $p < 0,001$; cuatro estudios, $N = 183$, $I^2 = 0$, $Q = 0$, es decir, efecto considerable).

Las intervenciones de psicoeducación centradas en promover un estilo de vida sano mostraron un efecto mediano (DME = $-0,77$; IC del 95%: $-0,98$ a $-0,55$, $p < 0,001$; 8 estudios, $N = 345$, $I^2 = 0$, $Q = 0$). Este fue también el caso para las intervenciones alimentarias solas (DME = $-0,50$; IC del 95%: $-0,66$ a $-0,34$; $p < 0,001$; 22 estudios, $N = 1576$, $I^2 = 94\%$, $Q = 15,8$).

Tabla 3. Resultados de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en presión arterial, salud física metabólica y capacidad de ejercicio en personas con esquizofrenia

Resultados	Intervención	DME	IC del 95%	N. de estudios	N. de participantes	AMSTAR	AMSTAR Plus Contenido	Magnitud de efecto	P intergrupar
Reducción de la presión arterial sistólica									0,14
	Metformina	-0,24	-0,53 to 0,05	3	176	9,0	4,0	No significativa	
	Intervenciones en estilo de vida	-0,22	-0,49 to 0,05	7	615	8,0	5,0	No significativa	
	RA de GLP-1	-0,09	-0,24 to 0,06	3	160	9,0	1,0	No significativa	
	Intervenciones dietéticas	0,05	-0,18 to 0,28	7	655	8,5	3,5	No significativa	
Reducción de presión arterial diastólica									<0,001
	Intervenciones dietéticas	-0,39**	-0,56 to -0,22	6	654	8,5	3,5	Pequeño	
	Metformina	-0,24	-0,53 to 0,05	3	176	9,0	4,0	No significativo	
	RA de GLP	-0,12	-0,28 to 0,03	3	160	9,0	1,0	No significativo	
	Intervenciones en el estilo de vida	-0,08	-0,57 to 0,41	3	171	8,0	5,0	No significativa	
Reducción de la glucemia									<0,001
	Cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol	-0,71***	-0,85 to -0,58	2	280	11,0	3,0	Mediano	
	Metformina	-0,65***	-0,94 to -0,35	17	1,281	9,6	3,7	Mediano	
	RA de GLP-1	-0,39***	-0,54 to -0,23	3	166	9,0	1,0	Pequeño	
	Intervenciones dietéticas	-0,37*	-0,69 to -0,05	6	422	8,5	3,5	Pequeño	
	Incremento de aripiprazol	-0,34***	-0,47 to -0,20	10	710	9,3	3,5	Pequeño	
	Topiramato	-0,43	-1,00 to 0,14	6	369	10,0	3,0	No significativo	
	Intervenciones en estilo de vida	-0,27	-0,59 to 0,05	8	688	8,0	5,0	No significativa	
Reducción en el nivel de insulina									<0,001
	Rosiglitazona	-0,42*	-0,80 to 0,00	1	29	7,0	6,0	Pequeño	
	Intervenciones en estilo de vida	-0,28*	-0,55 to 0,00	6	481	8,0	5,0	Pequeño	
	Metformina	-0,37	-0,81 to 0,07	15	1,007	9,5	4,5	No significativo	
	Intervenciones dietéticas	-0,19	-0,42 to 0,04	11	787	8,5	3,5	No significativo	
Mejora en HOMA-IR									<0,001
	Metformina	-0,75***	-1,10 to -0,40	11	680	9,0	6,0	Mediano	
	Rosiglitazona	-0,44*	-0,82 to -0,06	1	29	7,0	6,0	Pequeño	
	RA de GLP-1	-0,08	-0,23 to 0,08	3	163	9,0	1,0	No significativo	
Reducción de HbA1c									<0,001
	Metformina	-0,38*	-0,69 to -0,07	4	383	9,0	6,0	Pequeño	
	RA de GLP-1	-0,38*	-0,53 to -0,22	3	166	9,0	1,0	Pequeño	
Reducción de triglicéridos									<0,001
	Topiramato	-0,68*	-1,23 to -0,13	5	268	10,0	3,0	Mediano	
	Intervenciones en estilo de vida	-0,37***	-0,54 to -0,20	8	659	8,0	5,0	Pequeño	
	Metformina	-0,28***	-0,45 to -0,11	11	856	9,0	4,0	Pequeño	

Tabla 3. Resultados de intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en presión arterial, salud física metabólica y capacidad de ejercicio en personas con esquizofrenia (*continuación*)

Resultados	Intervención	DME	IC del 95%	N, de estudios	N, de participantes	AMSTAR	AMSTAR Plus Contenido	Magnitud de efecto	P intergrup
Reducción del colesterol total	Intensificación de aripiprazol	-0,17**	-0,30 to -0,04	9	631	9,5	3,5	Insignificante	0,02
	RA de GLP-1	-0,15*	-0,31 to -0,02	3	166	9,0	1,0	Insignificante	
	Intervenciones dietéticas	-0,15	-0,30 to 0,00	7	611	8,5	3,5	No significativo	
	Metformina	-0,51***	-0,81 to -0,20	8	628	9,0	6,0	Mediano	
	Intervenciones en estilo de vida	-0,35**	-0,54 to -0,16	7	590	8,0	5,0	Pequeño	
	Intensificación de aripiprazol	-0,32***	-0,47 to -0,17	10	692	9,3	3,5	Pequeño	
	Topiramato	-0,75	-1,57 to 0,07	3	187	10,0	3,0	No significativo	
	Intervenciones dietéticas	-0,13	-0,29 to 0,03	7	621	8,5	3,5	No significativo	
Elevación del colesterol HDL	Metformina	0,45*	0,00 to 0,90	7	542	9,0	6,0	Pequeño	<0,001
	Intervenciones en estilo de vida	0,28	-0,16 to 0,72	8	627	8,0	5,0	No significativo	
	RA de GLP-1	-0,04	-0,19 to 0,11	3	166	9,0	1,0	No significativo	
	Topiramato	-0,07	-0,57 to 0,43	4	247	10,0	3,0	No significativo	
	Intervenciones dietéticas	-0,09	-0,24 to 0,06	7	547	8,5	3,5	No significativo	
	Intensificación de aripiprazol	-0,27	-0,44 to 0,01	8	544	9,3	3,5	No significativo	
	Topiramato	-0,80***	-1,06 to -0,53	4	247	10,0	3,0	Considerable	
Reducción de colesterol de LDL	Intervenciones en estilo de vida	-0,36**	-0,60 to -0,12	5	590	8,0	5,0	Pequeño	
	RA de GLP-1	-0,17*	-0,32 to -0,02	3	162	9,0	1,0	Insignificante	
	Metformina	-0,11	-0,31 to 0,09	5	433	9,0	6,0	No significativo	
	Intensificación de aripiprazol	-0,01	-0,18 to 0,15	8	540	9,3	3,5	No significativo	
	Intervenciones de ejercicio	1,81**	0,59 to 3,03	1	13	8,0	2,0	Considerable	

*p < 0,05, **p 0,01, ***p < 0,001

DME, diferencia de medias estandarizada; RA de GLP-1, antagonistas de receptores de péptido glucagonoide de tipo 1; AMSTAR, puntuaciones medias en una herramienta de medición para evaluar análisis sistemáticos; HbA1c, hemoglobina A1c; HOMA-IR, evaluación de modelo homeostático de resistencia a la insulina; HDL, lipoproteína de alta densidad; LDL, lipoproteína de baja densidad,

Se observó un efecto pequeño para la terapia cognitiva conductual centrada en promover un estilo de vida sano (DME = -0,37; IC del 95%: -0,55 a -0,18; p = 0,022; 11 estudios, N = 546, I² = 0%; Q = 0,2) y asesoramiento en estilo de vida de grupo (DME = -0,39; IC del 95%: -0,54 a -0,23; p < 0,001; 19 estudios, N = 883; I² = 28%; Q = 2,8).

Con respecto a la prevención del incremento de peso, el asesoramiento multidisciplinario en estilo de vida/conductual demostró un efecto mediano (DME = -0,69; IC del 95%: < 0,84 a < 0,54; p < 0,001; 14 estudios; N = 694; I² = 0%; Q = 1,4%).

Intervenciones farmacológicas

En conjunto, en 14 metanálisis se investigaron intervenciones farmacológicas para el peso corporal (82 estudios; N = 4.691). La puntuación media en AMSTAR fue 8,1±1,3 y la media de AMSTAR-Plus-Contenido fue 4,0±1,7.

Se observó una magnitud de efecto mediana para la intensificación de aripiprazol (DME=-0,73; IC del 95%: -0,97 a -0,48; p < 0,001; 9 estudios, N = 813; I² = 68%; Q=6.2), topiramato (DME = -0,72; IC del 95%: -1,56 a -0,33; p < 0,001; 15 estudios, N = 783, I² = 92,7%, Q = 13,7), d-fenfluramina (DME =

-0,54; IC del 95%: -1,07 a -0,02; $p < 0,001$; un estudio, $N = 16$) y metformina (DME = -0,53; IC del 95%: -0,69 a -0,38, $p < 0,001$; 29 estudios, $N = 1,279$, $I^2 = 39,4\%$; $Q = 1,6$).

Se demostró un pequeño efecto significativo con los antagonistas de receptor de NMDA (DME = -0,47; IC del 95%: -0,62 a -0,32, $p < 0,001$; 5 estudios, $N = 309$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0,1$), RA de GLP-1 (DME = -0,44; IC del 95%: -0,60 a -0,28; $p < 0,001$; 3 estudios, $N = 168$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0,1$) y amantadina (DME = -0,30; IC del 95%: -0,57 a -0,03; $p = 0,03$; 3 estudios, $N = 205$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0$). Nizatidina mostró un efecto insignificante (DME = -0,12; IC del 95%: -0,24 a 0,00; $p = 0,02$; 4 estudios; $N = 357$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0,4$).

Ninguna pérdida de peso significativa en comparación con la condición de control se observó para fluoxetina (DME = 0,14; IC del 95%: -0,09 a 0,36, $p = 0,22$; 2 estudios; $N = 60$, $I^2 = 0\%$; $Q = 0$), dextroanfetamina (DME = 0,11; IC del 95%: -0,33 a 0,56; $p = 0,60$; un estudio, $N = 20$), ranitidina (DME = -0,24; IC del 95%: -0,67 a 0,20; $p = 0,05$; 4 estudios, $N = 260$), famotidina (DME = -0,02; IC del 95%: -0,48 a 0,43; $p = 0,91$; un estudio, $N = 14$), la combinación de metformina con sibutramina (SM = -0,24; IC del 95%: -0,62 a 0,13, $p = 0,19$; un estudio, $N = 28$), orlistat (DME = -0,21; IC del 95%: -0,46 a 0,04, $p = 0,09$; un estudio, $N = 63$) y rosiglitazona (DME = 0,14; IC del 95%: -0,21 a 0,52, $p = 0,19$; un estudio, $N = 29$). El cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol no alcanzó tampoco la significación estadística (DME = -0,11, IC del 95%: -0,23 a 0,03, $p = 0,06$; 2 estudios, $N = 287$).

Intervenciones farmacológicas y no farmacológicas combinadas

La combinación de metformina con una intervención en el estilo de vida se exploró en un metanálisis y demostró un efecto pequeño (DME = -0,44; IC del 95%: -0,69 a -0,19; $p < 0,001$; tres estudios, $N = 122$; $I^2 = 0$; $Q = 0$).

Índice de masa corporal

Intervenciones no farmacológicas

En cuatro metanálisis se investigaron intervenciones no farmacológicas para índice de masa corporal (42 estudios, $N = 2157$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,7 \pm 0,8$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $2,2 \pm 1,2$.

Se observó un efecto pequeño para el asesoramiento en estilo de vida de grupo (DME = -0,28; IC del 95%: -0,54 a 0,00; $p = 0,04$; cuatro estudios, $N = 202$, $I^2 = 0\%$; $Q = 0$), asesoramiento en estilo de vida individual (DME = -0,49; IC del 95%: -0,77 a -0,22; $p < 0,001$; 4 estudios, $N = 202$; $I^2 = 0\%$; $Q = 0$), y terapia conductual cognitiva enfocada en promover estilos de vida saludables (DME = -0,34; IC del 95%: -0,67 a -0,07; $p = 0,02$; 6 estudios, $N = 308$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0,2$).

No se observó ninguna reducción significativa en el índice de masa corporal en comparación con la condición de control para las intervenciones de ejercicio (DME = -0,25; IC del 95%: -0,56 a 0,06; $p = 0,11$; 8 estudios, $N = 231$; $I^2 = 0\%$; $Q = 0,4$).

Intervenciones farmacológicas

En seis metanálisis se investigaron intervenciones farmacológicas para índice de masa corporal (81 estudios, $N = 4.533$).

La media en la puntuación en AMSTAR fue $8,1 \pm 1,3$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $4,0 \pm 1,9$.

Topiramato (DME = -0,56, IC del 95%: -1,54 a -0,22, $p < 0,001$; 11 estudios, $N = 449$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0$) tuvo un efecto reductor mediano, mientras que RA de GLP-1 mostraron un efecto pequeño (DME = -0,41, IC del 95%: -0,57 a -0,26, $p < 0,001$; 3 estudios, $N = 168$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

No se observó reducción significativa del índice de masa corporal con metformina (DME = -0,41, IC del 95%: -0,93 a 0,10; $p = 0,10$; 23 estudios, $N = 1.228$; $I^2 = 90\%$, $Q = 20,0$), ranitidina (DME = -0,23; IC del 95%: -0,44 a 0,00; $p = 0,55$; 5 estudios, $N = 312$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0$), y cambio de olanzapina a quetiapina (DME = -0,12; IC del 95%: -0,29 a 0,05; $p = 0,16$, un estudio, $N = 129$).

Perímetro de la cintura

Intervenciones no farmacológicas

En tres metanálisis se investigaron intervenciones no farmacológicas para la reducción del perímetro de la cintura (24 estudios, $N = 1.709$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,3 \pm 0,5$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $4,0 \pm 0,8$.

Se observó un efecto pequeño de reducción del perímetro de la cintura en comparación con el tratamiento habitual para las intervenciones alimentarias (DME = -0,39; IC del 95%: -0,56 a -0,22; $p < 0,001$; 11 estudios, $N = 858$; $I^2 = 0\%$; $Q = 0$) e intervenciones multidisciplinares en estilo de vida y conducta (DME = -0,37; IC del 95%: -0,60 a -0,13; $p = 0,002$; 10 estudios, $N = 705$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

Intervenciones farmacológicas

En siete metanálisis se investigaron intervenciones farmacológicas para reducir el perímetro de la cintura (32 estudios, $N = 1.755$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,3 \pm 0,7$ y la media en AMSTAR Plus-Contenido fue $2,8 \pm 1,6$.

En comparación con la condición de control, la intervención más eficaz fue intensificación de aripiprazol (DME = -1,10; IC del 95%: -1,42 a -0,79; $p = 0,001$; 3 estudios, $N = 174$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$, es decir, efecto considerable).

Topiramato tuvo un efecto mediano (DME = -0,69; IC del 95%: -0,93 a -0,45; $p < 0,05$; 8 estudios, $N = 310$, $I^2 = 0\%$; $Q = 0$). Los RA de GLP-1 tuvieron un efecto pequeño (DME = -0,34; IC del 95%: -0,50 a -0,18, $p < 0,001$; 3 estudios, $N = 167$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$). No se observó ninguna reducción significativa en el perímetro de la cintura en comparación con la condición de control de placebo para metformina (DME = -0,01; IC del 95%: -0,68 a 0,65, $p = 0,97$; 12 estudios, $N = 721$, $I^2 = 82\%$, $Q = 17,1$).

Cociente cadera/cintura

En tres metanálisis se investigaron los efectos de intervenciones farmacológicas sobre el cociente cadera/cintura (11 estudios, $N = 419$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,3 \pm 0,5$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $3,3 \pm 2,0$.

Se observó una reducción pequeña en el cociente cintura/cadera en comparación con la condición de control para topiramato (DME = -0,69; IC del 95%: -0,90 a 0,27, $p = 0,009$; 5 estudios, $N = 123$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$) y metformina (DME = -0,32; IC del 95%: -1,15

a 0,51; $p = 0,29$; 3 estudios, $N = 133$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$). Los RA de GLP-1 no mostraron algún efecto significativo (DME = 0,03; IC del 95%: -0,13 a 0,18; $p = 0,39$; 3 estudios, $N = 163$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

Cociente androide/ginecoide

Con base en los datos de un metanálisis, los RA de GLP-1 no fueron mejores que la condición de control en relación con el efecto sobre el cociente androide/ginecoide (DME = -0,03; IC del 95%: -0,20 a 0,13; $p = 0,46$; tres estudios, $N = 131$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

Adiposidad visceral

Con base en datos de un metanálisis los RA de GLP-1 tuvieron un efecto pequeño en reducir la adiposidad visceral (DME = -0,37; IC del 95%: -0,46 a -0,06; $p = 0,02$; tres estudios; $N = 97$; $I^2 = 0\%$; $Q = 0$).

Presión arterial

Intervenciones no farmacológicas

En cuatro metanálisis se investigaron intervenciones no farmacológicas para reducir la presión arterial (23 estudios, $N = 2.095$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,0 \pm 0,0$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $4,5 \pm 0,5$.

Al analizar únicamente las intervenciones alimentarias, se observó una reducción pequeña en la presión arterial diastólica por contraposición al tratamiento habitual (DME = -0,39; IC del 95%: -0,56 a -0,22; $p < 0,01$; 6 estudios, $N = 654$; $I^2 = 0$; $Q = 0$).

En comparación con el tratamiento habitual, no se observó una reducción significativa en la presión arterial sistólica (DME = -0,22; IC del 95%: -0,49 a 0,05; $p = 0,11$; 7 estudios, $N = 615$, $I^2 = 0$; $Q = 0$) y presión arterial diastólica (DME = -0,08, IC del 95%: -0,57 a 0,41; $p = 0,74$; 3 estudios, $N = 171$, $I^2 = 0$, $Q = 0$) para las intervenciones multidisciplinarias en el estilo de vida y conducta.

Intervenciones farmacológicas

En dos metanálisis se investigaron intervenciones farmacológicas para presión arterial (6 estudios, $N = 336$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,5 \pm 0,5$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $1,5 \pm 0,5$.

En comparación con la condición de placebo, no se observó reducción significativa en la presión arterial sistólica y la diastólica para la metformina y para los RA de GLP-1.

Glucosa

Intervenciones no farmacológicas

En tres metanálisis se investigaron intervenciones no farmacológicas para las glucemias en ayunas (16 estudios, $N = 1.256$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,3 \pm 0,5$ y la media en AMSTAR-Plus-Content fue $4,0 \pm 0,8$.

Las intervenciones dietéticas mostraron un pequeño efecto de reducción en las glucemias (DME = -0,37; IC del 95%: -0,69 a -0,05; $p = 0,03$; 6 estudios, $N = 422$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

No se observó reducción significativa en las glucemias en comparación con el tratamiento habitual para las intervenciones multidisciplinarias en estilo de vida y conducta (DME = -0,27; IC del 95%: -0,59 a 0,05; $p = 0,10$; 8 estudios, $N = 688$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

Intervenciones farmacológicas

En siete metanálisis se investigó el efecto de las intervenciones farmacológicas sobre los valores de glucemia (54 estudios, $N = 3.617$). La media en la puntuación AMSTAR fue $9,6 \pm 0,6$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $3,1 \pm 1,9$.

Se observó un efecto mediano de reducción de la cifra de glucosa en ayunas para el cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol (DME = 0,71; IC del 95%: -0,85 a -0,58; $p < 0,001$; 2 estudios, $N = 280$), y para metformina (DME = -0,65; IC del 95%: -0,94 a -0,35; $p < 0,001$; 17 estudios; $N = 1281$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

El efecto fue pequeño para la intensificación de aripiprazol (DME = -0,34; IC del 95%: -0,47 a -0,21; $p < 0,001$; 10 estudios, $N = 710$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$) y RA de GLP-1 (DME = -0,39; IC del 95%: -0,54 a -0,23, $p < 0,001$; 3 estudios; $N = 166$, $I^2 = 0\%$; $Q = 0$).

No se observó reducción significativa en las glucemias en comparación con la condición de placebo para topiramato (DME = -0,43; IC del 95%: -1,00 a 0,14; $p = 0,14$; 6 estudios; $N = 369$, $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

Insulina

Intervenciones no farmacológicas

En dos metanálisis se investigó el efecto de intervenciones no farmacológicas sobre los valores de insulina (9 estudios, $N = 1.268$). La puntuación media en AMSTAR fue $9,0 \pm 0,0$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $4,5 \pm 0,7$.

Las intervenciones multidisciplinarias en estilo de vida y conductual, tuvieron un efecto pequeño para mejorar la sensibilidad a la insulina (DME = -0,28; IC del 95%: -0,55 a 0,00; $p = 0,04$; 6 estudios, $N = 481$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$). Las intervenciones dietéticas solas no tuvieron mejores resultados que la condición de control (DME = -0,19; IC del 95%: -0,42 a 0,04, $p = 0,10$; 11 estudios, $N = 787$; $I^2 = 0\%$, $Q = 0$).

Intervenciones farmacológicas

En cinco metanálisis se investigó el efecto de intervenciones farmacológicas sobre las cifras de insulina (23 estudios, $N = 1479$). La puntuación media en AMSTAR fue $8,4 \pm 1,2$ y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue $4,2 \pm 2,2$.

Rosiglitazona tuvo un efecto pequeño (DME = -0,42; IC del 95%: -0,80 a 0,00; $p = 0,03$; un estudio, $N = 29$). La metformina no tuvo mejores resultados que la condición de control (DME = -0,37; IC del 95%: -0,81 a 0,07; $p = 0,10$; 15 estudios, $N = 1.007$; $I^2 = 79,2\%$, $Q = 4,8$).

Evaluación del modelo homeostático de la resistencia a la insulina

Intervenciones farmacológicas

En cinco metanálisis se investigó el efecto de intervenciones farmacológicas sobre la evaluación del modelo homeostático de

la resistencia a insulina (19 estudios; N = 1.158). La puntuación media en AMSTAR fue 8,4±1,2 y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue 4,2±2,2.

Metformina (DME = -0,75; IC del 95%: -1,10 a -0,40; p <0,001; 11 estudios, N = 680, I² = 0%, Q = 0, es decir, efecto mediano) y rosiglitazona (DME = -0,44; IC del 95%: -0,82 a -0,06; p = 0,02; un estudio, N = 29, es decir, efecto pequeño) tuvieron resultados significativamente mejores que la condición de control, mientras que los RA de GLP-1 no lo tuvieron (DME = -0,08; IC del 95%: -0,23 a 0,08; p = 0,10; 3 estudios, N = 163, I² = 0%, Q=0).

Hemoglobina A1c

En dos metanálisis se investigaron intervenciones farmacológicas sobre hemoglobina A1c (7 estudios, N = 549). La puntuación media en AMSTAR fue 9,0±0,0 y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue 3,5±3,5.

Metformina (DME = -0,38; IC del 95%: -0,69 a -0,07; p = 0,016; 4 estudios, N = 383; I² = 0%, Q = 0) y Ra de GLP-1 (DME = -0,38; IC del 95%: -0,53 a -0,22; p = 0,02; 3 estudios, N = 166; I² = 0%, Q = 0) tuvieron mejor desempeño que la condición de placebo y mostraron un efecto pequeño.

Triglicéridos

Intervenciones no farmacológicas

En cuatro metanálisis se investigó el efecto de intervenciones no farmacológicas sobre triglicéridos (22 estudios, N = 1.671). La puntuación media en AMSTAR fue 8,7±1,1 y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue 4,2±0,8.

Las intervenciones multidisciplinarias en estilo de vida y conducta tuvieron un efecto pequeño en comparación con el tratamiento habitual (DME = -0,37; IC del 95%: -0,54 a -0,20; p <0,001; 8 estudios, N = 659, I² = 40,0%, Q = 1,7). Las intervenciones dietéticas no tuvieron mejor resultado que el tratamiento habitual (DME = -0,15; IC del 95%: -0,30 a 0,00; p = 0,06; 7 estudios, N = 611, I² = 0%, Q = 0).

Intervenciones farmacológicas

En siete metanálisis se investigó el efecto de intervenciones farmacológicas sobre triglicéridos (36 estudios, N = 2.564). La puntuación media en AMSTAR 9,1±1,0 y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue 3,6±1,9. El efecto en comparación con la condición de control fue mediano para topiramato (DME = -0,68; IC del 95%: -1,23 a -0,13, p = 0,016; 5 estudios, N = 268; I² = 0%, Q = 0), pequeño para metformina (DME = -0,28, IC del 95%: -,45 a -0,11, p <0,001; 11 estudios, N = 856, I² = 5%, Q = 2.1), e insignificante para el aumento de aripiprazol (DME = -0,17; IC del 95%: -0,30 a -0,04; p = 0,009; 9 estudios, N = 631, I² = 0%, Q = 0) y RA de GLP-1 (DME = -0,15, IC del 95%: -0,31 a -0,02; p = 0,04; 3 estudios, N = 166, I² = 0%, Q = 0).

Colesterol

Intervenciones no farmacológicas

En tres metanálisis se investigaron intervenciones no farmacológicas para las cifras de colesterol (56 estudios, N = 4.288).

La puntuación media en AMSTAR fue 8,5±1,0 y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue 4,5±0,7.

En relación con el colesterol total, las intervenciones multidisciplinarias en estilo de vida y conducta tuvieron un beneficio pequeño (DME = -0,35; IC del 95%: -0,54 a -0,16; p = 0,003; 7 estudios, N = 590; I² = 0%, Q = 0,3), mientras que las intervenciones dietéticas solas no tuvieron mejores resultados que el tratamiento habitual (DME = -0,13; IC del 95%: -0,29 a 0,03; p = 0,10; 7 estudios, N = 621, I² = 0%, Q = 0).

En relación con el colesterol de LDL, las intervenciones multidisciplinarias en estilo de vida y conducta mostraron un beneficio pequeño (DME = -0,36; IC del 95%: -0,60 a -0,12; p = 0,003; 5 estudios, N = 590, I² = 0%, Q = 0,2).

No se encontraron efectos significativos sobre los incrementos de colesterol de HDL con las intervenciones en estilo de vida o dietéticas

Intervenciones farmacológicas

En 15 metanálisis se investigaron las intervenciones farmacológicas para las cifras de colesterol (74 estudios, N = 5.295). La puntuación media en AMSTAR 9,4±0,8 y la media en AMSTAR-Plus-Contenido fue 3,3±1,8.

Con respecto al colesterol total, metformina (DME = -0,51; IC del 95%: -0,81 a -0,20; p <0,001; 8 estudios, N = 628; I² = 0%, Q = 0) demostró un efecto mediano, mientras que el aumento de aripiprazol tuvo un efecto pequeño (DME = -0,32; IC del 95%: -0,47 a -0,17; p <0,001; 10 estudios, N = 692; I² = 0%, Q = 0). No se observó reducción significativa en comparación con la condición de control para topiramato (DME = -0,75; IC del 95%: -1,57 a 0,07; p = 0,07; 3 estudios, N = 187; I² = 0%, Q = 0).

En relación con el colesterol de LDL, topiramato (DME = -0,80; IC del 95%: -1,06 a -0,53; p <0,001; 4 estudios, N = 247; I² = 0%, Q = 0) y los RA de GLP-1 (DME = -0,17; IC del 95%: -0,32 a -0,02; p = 0,04; 3 estudios, N = 162; I² = 0%, Q = 0) tuvieron mejores resultados que la condición de control, aunque para el último, el efecto fue insignificante. No se observaron reducciones significativas en comparación con la condición de control para el aumento de aripiprazol (DME = -0,01; IC del 95%: -0,18 a 0,15; p = 0,88; 8 estudios, N = 540; I² = 0%, Q = 0) y para metformina (DME = -0,11; IC del 95%: -0,31 a 0,09; p = 0,29; 5 estudios, N = 433; I² = 0%, Q = 0,2).

Por lo que respecta al colesterol de HDL, solo metformina tuvo un efecto pequeño (DME = 0,45; IC del 95%: 0,00 a 0,90; p = 0,049; 7 estudios, N = 542; I² = 0%, Q = 0), mientras que el aumento de aripiprazol, topiramato y RA de GLP-1 no fue diferente de la condición de control.

Capacidad de ejercicio funcional

Con base en los datos de un metanálisis, el ejercicio tuvo mejores resultados que el tratamiento habitual (DME = 1,81; IC del 95%: 0,59 a 3,03; p = 0,004; un estudio; N = 13; I² = 0%, Q = 0, es decir, efecto considerable).

Reacciones adversas a medicamentos

En comparación con placebo, aripiprazol tuvo tasas más altas de ansiedad (número necesario para dañar, NNH = 8; IC del 95%: 5 a

20; $p < 0,001$)⁴⁷ y agitación/acatisia (RR = 7,59; IC del 95%: 1,43 a 40,18; $p = 0,02$)⁵³. Amantadina se asoció a tasas más elevadas de insomnio (RR = 3,83; IC del 95%: 1,41 a 10,38; $p = 0,008$, NNH = 9)⁵⁷ y molestia abdominal (no se proporcionaron datos cuantitativos)⁶⁰. Los RA de GLP-1 se asociaron a mayores tasas de náuseas (NNH = 3,8; IC del 95%: 2,4 a 9,7; $p < 0,5$)⁴⁰ Entre los antagonistas de receptores H2, famotidina y ranitidina no se asociaron a tasas más altas de reacciones adversas, mientras que nizatidina tuvo tasas más altas de sequedad de la boca (RR = 4,89; $p = 0,04$; NNH = 17; $p = 0,03$) y depresión (RR = 5,00; $p = 0,03$; NNH = 17; $p = 0,02$).

De los seis metanálisis incluidos sobre metformina, en cinco no se comunicó diferencia en las tasas de reacciones adversas^{41,46,48,54,62}, mientras que en uno se informaron tasas más altas de náuseas/vómitos (NNH = 16; IC del 95%: 10 a 50; $p = 0,01$) y diarrea (NNH = 6; IC del 95%: 3 a 25; $p = 0,01$)⁴⁹. Aunque no hubo diferencia en la tasa de deserciones para orlistat, la diarrea fue el principal motivo para suspender este fármaco⁴⁸.

Sibutramina más metformina se asociaron a un incremento de síntomas psicóticos. Topiramato se asoció a una tasa más alta de parestesias (RR = 2,31; IC del 95%: 1,17 a 4,56; $p < 0,05$)³⁹. No se contó con datos para dextroanfetamina, d-fenfluramina y rosiglitazona. El cambio de antipsicótico (olanzapina a quetiapina) se asoció a tasas más elevadas de eventos adversos psiquiátricos⁵⁴.

En ninguno de los metanálisis se informó sobre efectos adversos de intervenciones no farmacológicas.

Análisis de metarregresión

Debido a escasos datos, no se pudo realizar análisis de metarregresión o de subgrupos para examinar si la duración del tratamiento o la enfermedad, la administración de la intervención por personal psiquiátrico frente a personal de salud física, contexto clínico, porcentaje de sesiones a las que se asistió o cumplimiento del tratamiento, podían explicar la varianza en los resultados de las intervenciones.

La varianza a nivel de estudio en cuanto a edad y género no explicó la varianza en peso, índice de masa corporal o valores de triglicéridos después de intervenciones farmacológicas o no farmacológicas.

DISCUSIÓN

A nuestro entender, esta revisión de metanálisis es el primero en comparar de manera sistemática y cuantitativa las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas que se han investigado para mejorar los desenlaces de salud física en personas con esquizofrenia. Nuestros datos esclarecen los campos en los que existe o no existe evidencia para mejorar la salud física en estas personas, y debería ayudarnos a guiar la práctica clínica y señalar dónde se deberían enfocar futuras prioridades para investigación.

Al analizar tratamientos no farmacológicos, el asesoramiento en estilo de vida del individuo mostró un considerable efecto de reducción de peso. Para las intervenciones dietéticas, la magnitud de efecto de reducción de peso fue mediana, y los efectos de reducción de la presión arterial diastólica y de las cifras de glucosa fueron pequeños. El ejercicio demostró considerables efectos de reducción de peso e importantes efectos sobre la ca-

pacidad funcional para el ejercicio, aunque la evidencia para esto último se limitó a un estudio a pequeña escala.

Las características de las intervenciones en el estilo de vida se examinaron para proporcionar directrices para la práctica clínica futura. Un hallazgo clave fue que las intervenciones de estilo de vida individualizadas mostraron considerables efectos para reducir el peso corporal, mientras que se observó solo un efecto pequeño para las estrategias basadas en grupo. Al parecer, los beneficios de una estrategia individual, como asesoría personal y atención, cumplir las necesidades específicas de pacientes y un plan de acción adaptado, superan los beneficios de las sesiones basadas en grupo, como el aprendizaje interpersonal, la conducta imitativa, el reconocimiento de similitudes en otros miembros del grupo, la cohesividad del grupo y el apoyo de compañeros⁶⁶. Sin embargo, en investigación futura se debería explorar si un enfoque combinado, que abarque sesiones de grupo y a la vez aborde necesidades específicas de pacientes con un plan de acción adaptado, sería más eficaz.

Intervenciones conductuales cognitivas enfocadas en reducción de peso y psicoeducación demostraron, respectivamente, efectos de reducción de peso pequeños y medianos.

De las 17 estrategias farmacológicas, 12 tuvieron mejores resultados que la condición de control en varios desenlaces de salud física. No se encontraron efectos beneficiosos para fluoxetina, ranitidina, orlistat, dextroanfetamina y famotidina para cualquier desenlace en la salud física.

Topiramato mostró un efecto considerable sobre el colesterol de LDL y un efecto mediano sobre peso, índice de masa corporal, perímetro de la cintura y triglicéridos. La metformina demostró un efecto mediano sobre peso, colesterol total, cifras de glucosa en ayunas y evaluación de modelo homeostático de resistencia a la insulina; y un efecto pequeño sobre hemoglobina A1c, triglicéridos y colesterol de HDL.

El cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol mostró un efecto reductor de la glucemia en ayunas mediano, mientras que el efecto de la intensificación de aripiprazol sobre esta variable fue pequeño. La intensificación de aripiprazol también tuvo un efecto considerable sobre el perímetro de la cintura y un efecto mediano sobre el peso corporal.

Se observó un efecto reductor de peso pequeño para los antagonistas de receptor de NMDA. Los RA de GLP-1 mostraron efectos pequeños sobre perímetro de la cintura, glucemia y hemoglobina A1c. Rosiglitazona tuvo un pequeño efecto de mejora en la evaluación del modelo homeostático de la resistencia a la insulina. Por último, se observaron efectos insignificantes para la intensificación de aripiprazol y los RA de GLP-1 sobre triglicéridos, y para los RA de GLP-1 sobre el colesterol de LDL.

En resumen, con base en las DME y la calidad metodológica elevada en general de los metanálisis originales (pero con menos calidad de contenido metanalizado), la asesoría en el estilo de vida individual y las intervenciones de ejercicio mostraron el efecto de reducción de peso más importante, y le siguieron psicoeducación, intensificación de aripiprazol, topiramato, difenfluramina y metformina. Con respecto al perímetro de la cintura, la intensificación de aripiprazol y topiramato demostraron el mejor efecto, seguida de intervenciones dietéticas. Las intervenciones dietéticas fueron las únicas en mejorar significativamente la presión arterial diastólica.

El cambio de olanzapina a quetiapina o aripiprazol y metformina demostró la mejor evidencia para las reducciones en las

glucemias, seguida de RA de GLP-1, intervenciones dietéticas e intensificación de aripiprazol. La hemoglobina A1c se redujo significativamente con metformina y RA de GLP-1. La evaluación del modelo homeostático de resistencia a la insulina mejoró significativamente con metformina y rosiglitazona.

La reducción de las concentraciones de triglicéridos fueron las más altas con topiramato, y luego con intervenciones multidisciplinarias en el estilo de vida y la conducta, metformina, intensificación de aripiprazol y RA de GLP-1. El colesterol total se redujo con metformina, intervenciones en el estilo de vida e intensificación de aripiprazol, mientras que las reducciones de colesterol LDL fueron significativas con topiramato, intervenciones en el estilo de vida y RA de GLP-1. El colesterol de HDL solo aumentó significativamente con metformina. Por último, solo las intervenciones de ejercicio fueron metanalizadas como un medio para mejorar la capacidad de ejercicio, generando la magnitud de efecto más importante de todas las intervenciones en este análisis para cualquier desenlace (DME = 1,81), aunque esto solo se basó en un estudio.

Considerados en conjunto, nuestros datos ofrecen a profesionales clínicos alguna perspectiva sobre los posibles mejores métodos para abordar problemas de salud física específicos en personas con esquizofrenia. En resumen, para la reducción de peso, los profesionales clínicos deberían considerar el asesoramiento en estilo de vida del individuo como la principal intervención no farmacológica. Hay alguna evidencia de que las intervenciones de ejercicio también ayudan a reducir el peso corporal, aunque podríamos solo incluir cuatro estudios. Las intervenciones dietéticas también mostraron perspectivas favorables. En lo relacionado con intervenciones farmacológicas, los profesionales clínicos podrían considerar el uso complementario de topiramato, aunque esto se debe sopesar tomando en cuenta el posible surgimiento de parestesias y efectos adversos cognitivos (estos últimos insuficientemente estudiados). Los hallazgos para la metformina fueron un poco heterogéneos, ya que esta medicación tuvo un efecto mediano sobre el peso corporal pero ningún efecto sobre el índice de masa corporal, aunque esto último probablemente se debió al número más pequeño de estudios que analizaron este desenlace. La metformina puede asociarse a náuseas y diarrea. Se necesita más investigación para determinar los efectos de combinar estas estrategias.

Con respecto a otros marcadores de salud metabólica y riesgo cardiovascular, hay buena evidencia de que los profesionales clínicos pueden utilizar metformina para reducir las glucemias, evaluación del modelo homeostático de resistencia a la insulina y colesterol total, mientras que solo hay un efecto pequeño para triglicéridos, hemoglobina A1c y colesterol de HDL. Para las personas con esquizofrenia que reciben olanzapina, el cambio a aripiprazol o quetiapina también ha mostrado efectos de reducción de la glucemia medianos. Cabe hacer notar que solo las intervenciones dietéticas mejoraron significativamente la presión arterial diastólica.

Nuestros datos debieran considerarse tomando en cuenta algunas limitaciones. En primer lugar, aunque los metanálisis incluidos fueron los más actualizados o extensos para cada estrategia específica y desenlace, no se pudieron añadir estudios individuales publicados desde la última fecha de investigación de metanálisis incluidos. En segundo lugar, dados los datos limitados de las características de participantes y diseños de intervención, no fue posible llevar a cabo metanálisis de regresión.

En tercer lugar, aunque la calidad de los métodos de los metanálisis en general fue satisfactoria o muy satisfactoria, el contenido de los estudios metanalizados a menudo careció de calidad. En cuarto lugar, con base en las puntuaciones en AMSTAR-Plus-Contenido, el sesgo de publicación fue problemático para casi la mitad de los metanálisis, sobreestimando potencialmente las magnitudes de efecto combinadas. Por último, plantea una dificultad la preponderancia de estudios con tamaños de muestra pequeños en los cuales efectos considerables fueron estadísticamente significativos.

En conclusión, pese al alto riesgo de comorbilidades físicas en personas con esquizofrenia, y el escándalo de su mortalidad prematura principalmente debido a estos mayores riesgos para la salud física, la evidencia existente para las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en la prevención y el tratamiento de estos trastornos todavía es escasa. Por consiguiente, son esenciales estudios clínicos aleatorizados individuales cualitativamente excelentes y suficientemente grandes.

Además, el campo se debería desplazar de metanálisis a nivel de estudio a metanálisis a nivel de paciente, ya que esto proporcionaría un panorama más personalizado de los efectos del tratamiento para los individuos, derivado de análisis de moderadores, mediadores y subgrupos adecuadamente potenciados. También sería conveniente comparar intervenciones farmacológicas y no farmacológicas en el mismo estudio, y existe la necesidad de investigaciones a gran escala de esquemas de combinación (es decir, utilizar cambio de antipsicótico y prescripción auxiliar junto con intervenciones en el estilo de vida), así como intervenciones preventivas (es decir, las dirigidas a prevenir comorbilidades físicas, antes de su desarrollo).

AGRADECIMIENTOS

B. Stubbs tiene una cátedra clínica financiada por Health Education England y el National Institute for Health Research (NIHR) Integrated Clinical Academic Programme (ICACL-2017-03-001). B. Stubbs y F. Gaughran son apoyados en parte por la Maudsley Charity y la NIHR Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care South London at King's College Hospital NHS Foundation Trust. Los puntos de vista expresados en este artículo son de los autores y no necesariamente de las entidades antes señaladas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vancampfort D, Wampers M, Mitchell A et al. A metaanalysis of cardiometabolic abnormalities in drug naïve, first-episode and multi-episode patients with schizophrenia versus general population controls. *World Psychiatry* 2013;12:24050.
2. Stubbs B, De Hert M, Sepehry A et al. A metaanalysis of prevalence estimates and moderators of low bone mass in people with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2014;130:47086.
3. Stubbs B, Koyanagi A, Veronese N et al. Physical multimorbidity and psychosis: comprehensive cross sectional analysis including 242,952 people across 48 low-and-middle-income countries. *BMC Med* 2016;14:189.
4. Vancampfort D, Stubbs B, Mitchell AJ et al. Risk of metabolic syndrome and its components in people with schizophrenia and related psychotic disorders, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2015;14:33947.

5. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry* 2017;16: 3040.
6. Vancampfort D, Firth J, Schuch FB et al. Sedentary behavior and physical activity levels in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a global systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry* 2017;16:30815.
7. Firth J, Stubbs B, Teasdale SB et al. Diet as a hot topic in psychiatry: a population scale study of nutritional intake and inflammatory potential in severe mental illness. *World Psychiatry* 2018;17:3656.
8. Schroeder SA. Smoking cessation should be an integral part of serious mental illness treatment. *World Psychiatry* 2016;15:1756.
9. Correll C, Detraux J, De Lepeleire J et al. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry* 2015;14:11936.
10. Galling B, Roldán A, Nielsen RE et al. Type 2 diabetes mellitus in youth exposed to antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73:24759.
11. Vancampfort D, Correll CU, Galling B et al. Diabetes mellitus in people with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder: a systematic review and large scale metaanalysis. *World Psychiatry* 2016;15:16674.
12. De Hert M, Schreurs V, Vancampfort D et al. Metabolic syndrome in people with schizophrenia: a review. *World Psychiatry* 2009;8:1522.
13. Correll CU, Solmi M, Veronese N et al. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large -scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls. *World Psychiatry* 2017;16:16380.
14. Schoepf D, Uppal H, Potluri R et al. Physical comorbidity and its relevance on mortality in schizophrenia: a naturalistic 12-year follow-up in general hospital admissions. *Eur Arch Clin Neurosci* 2014;264:328.
15. Stubbs B, Koyanagi A, Thompson T et al. The epidemiology of back pain and its relationship with depression, psychosis, anxiety, sleep disturbances, and stress sensitivity: data from 43 low- and middle-income countries. *Gen Hosp Psychiatry* 2016;43:63-70.
16. Stubbs B, Gaughran F, Mitchell AJ et al. Schizophrenia and the risk of fractures: a systematic review and comparative metaanalysis. *Gen Hosp Psychiatry* 2015;37:12633.
17. Vancampfort D, Rosenbaum S, Probst M et al. Promotion of cardiorespiratory fitness in schizophrenia: a clinical overview and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:13143.
18. Vancampfort D, Rosenbaum S, Schuch F et al. Cardiorespiratory fitness in severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Sports Med* 2017;47:34352.
19. Vancampfort D, Guelinckx H, Probst M et al. Health-related quality of life and aerobic fitness in people with schizophrenia. *Int J Ment Health Nurs* 2015;24:394402.
20. Vancampfort D, Probst M, Scheewe T et al. Lack of physical activity during leisure time contributes to an impaired health related quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2011;129:1227.
21. Saxena S, Maj M. Physical health of people with severe mental disorders: leave no one behind. *World Psychiatry* 2017;16:12.
22. Mitchell AJ, Delaffon V, Vancampfort D et al. Guideline concordant monitoring of metabolic risk in people treated with antipsychotic medication: systematic review and meta-analysis of screening practices. *Psychol Med* 2012;42:12547.
23. Zhuo C, Tao R, Jiang R et al. Cancer mortality in patients with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2017;211:713.
24. Hjorthøj C, Stürup AE, McGrath JJ et al. Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2017;4:295301.
25. Oakley P, Kisely S, Baxter A et al. Increased mortality among people with schizophrenia and other nonaffective psychotic disorders in the community: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res* 2018;102:24553.
26. Moore S, Shiers D, Daly B et al. Promoting physical health for people with schizophrenia by reducing disparities in medical and dental care. *Acta Psychiatr Scand* 2015;132:10921.
27. De Hert M, Cohen D, Bobes J et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry* 2011;10:13851.
28. Lambert TJ, Reavley NJ, Jorm AF et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists expert consensus statement for the treatment, management and monitoring of the physical health of people with an enduring psychotic illness. *Aust N Z J Psychiatry* 2017;51:32237.
29. Cooper SJ, Reynolds GP, Barnes T et al. BAP guidelines on the management of weight gain, metabolic disturbances and cardiovascular risk associated with psychosis and antipsychotic drug treatment. *J Psychopharmacol* 2016;30: 71748.
30. Bobes-García J, Saiz-Ruiz J, Bernardo-Arroyo M et al. Delphi consensus on the physical health of patients with schizophrenia: evaluation of the recommendations of the Spanish Societies of Psychiatry and Biological Psychiatry by a panel of experts. *Actas Esp Psiquiatr* 2012;40:11428.
31. Chaudhry I, Jordan J, Cousin FR et al. Management of physical health in patients with schizophrenia: international insights. *Eur Psychiatry* 2010;25:S3740.
32. Saravane D, Feve B, Frances Y et al. Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness. *Encephale* 2009;35:3309.
33. De Hert M, Dekker JM, Wood D et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Psychiatry* 2009;24:41224.
34. Marder SR, Essock SM, Miller AL et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2004;161:133449.
35. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum, 1988.
36. Shea BJ, Hamel C, Wells GA et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. *J Clin Epidemiol* 2009;62:101320.
37. Correll CU, Rubio JM, InczedyFarkas G et al. Efficacy of 42 pharmacologic cotreatment strategies added to antipsychotic monotherapy in schizophrenia: systematic overview and quality appraisal of the meta-analytic evidence. *JAMA Psychiatry* 2017;74:67584.
38. Higgins JPT, Thompson SG, Deeks JJ et al. Measuring inconsistency in metaanalyses. *BMJ* 2003;327:55760.
39. Goh KK, Chen CH, Lu ML. Topiramate mitigates weight gain in antipsychotic-treated patients with schizophrenia: meta-analysis of randomised controlled trials. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2018:119.
40. Siskind D, Hahn M, Correll CU et al. Glucagonlike peptide1 receptor agonists for antipsychotic-associated cardiometabolic risk factors: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Diabetes Obes Metab* (in press).
41. Zheng W, Zhang QE, Cai DB et al. Combination of metformin and lifestyle intervention for antipsychotic-related weight gain: a metaanalysis of randomized controlled trials. *Pharmacopsychiatry* (in press).
42. Gu XJ, Chen R, Sun CH et al. Effect of adjunctive ranitidine for antipsychotic-induced weight gain: a systematic review of randomized placebocontrolled trials. *J Int Med Res* 2018;46:2232.

43. Galling B, Roldán A, Hagi K et al. Antipsychotic augmentation vs. monotherapy in schizophrenia: systematic review, meta-analysis and meta-regression analysis. *World Psychiatry* 2017;16:7789.
44. Teasdale SB, Ward PB, Rosenbaum S et al. Solving a weighty problem: systematic review and meta-analysis of nutrition interventions in severe mental illness. *Br J Psychiatry* 2017;210:1108.
45. Zheng W, Wang S, Ungvari GS et al. Amantadine for antipsychotic-related weight gain: meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *J Clin Psychopharmacol* 2017;37:3416.
46. Siskind DJ, Leung J, Russell AW et al. Metformin for clozapine associated obesity: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2016;11:e0156208.
47. Zheng W, Zheng YJ, Li XB et al. Efficacy and safety of adjunctive aripiprazole in schizophrenia: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Clin Psychopharmacol* 2016;36:62836.
48. Zimbron J, Khandaker GM, Toschi C et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of treatments for clozapine-induced obesity and metabolic syndrome. *Eur Neuropsychopharmacol* 2016;26:135365.
49. Zheng W, Li XB, Tang YL et al. Metformin for weight gain and metabolic abnormalities associated with antipsychotic treatment: meta-analysis of randomized placebocontrolled trials. *J Clin Psychopharmacol* 2015;35:499509.
50. Firth J, Cotter J, Elliott R et al. A systematic review and meta-analysis of exercise interventions in schizophrenia patients. *Psychol Med* 2015;45:134361.
51. Bruins J, Jörg F, Bruggeman R et al. The effects of lifestyle interventions on (long-term) weight management, cardiometabolic risk and depressive symptoms in people with psychotic disorders: a meta-analysis. *PLoS One* 2014; 9:e112276.
52. Kishi T, Iwata N. Efficacy and tolerability of histamine2 receptor antagonist adjunction of antipsychotic treatment in schizophrenia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Pharmacopsychiatry* 2015;48:306.
53. Srisurapanont M, Suttajit S, Maneeton N et al. Efficacy and safety of aripiprazole augmentation of clozapine in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *J Psychiatr Res* 2015;62:3847.
54. Gierisch JM, Nieuwsma JA, Bradford DW et al. Pharmacologic and behavioral interventions to improve cardiovascular risk factors in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2014;75:e42440.
55. Mizuno Y, Suzuki T, Nakagawa A et al. Pharmacological strategies to counteract antipsychotic-induced weight gain and metabolic adverse effects in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2014; 40:1385403.
56. Pearsall R, Smith DJ, Pelosi A et al. Exercise therapy in adults with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2014; 14:117.
57. Kishi T, Iwata N. NMDA receptor antagonists interventions in schizophrenia: meta-analysis of randomized, placebo-controlled trials. *J Psychiatr Res* 2013;47:11439.
58. Bonfioli E, Berti L, Goss C et al. Health promotion lifestyle interventions for weight management in psychosis: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMC Psychiatry* 2012;12:78.
59. Caemmerer J, Correll CU, Maayan L. Acute and maintenance effects of nonpharmacologic interventions for antipsychotic associated weight gain and metabolic abnormalities: a meta-analytic comparison of randomized controlled trials. *Schizophr Res* 2012;140:159-68.
60. Prahara SK, Sharma PSVN. Amantadine for olanzapine-induced weight gain: a systematic review and meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Ther Adv Psychopharmacol* 2012;2:151-6.
61. Björkhem-Bergman L, Asplund AB, Lindh JD. Metformin for weight reduction in non-diabetic patients on antipsychotic drugs: a systematic review and meta-analysis. *J Psychopharmacol* 2011;25:299-305.
62. Prahara SK, Jana AK, Goyal N et al. Metformin for olanzapine-induced weight gain: a systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2011;71:377-82.
63. Alvarez-Jimenez M, Hetrick SE, GonzalezBlanch C et al. Non-pharmacological management of antipsychotic-induced weight gain: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Br J Psychiatry* 2008;193:101-7.
64. Maayan L, Vakhrusheva J, Correll CU. Effectiveness of medications used to attenuate antipsychotic-related weight gain and metabolic abnormalities: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology* 2010;35:1520-30.
65. Mukundan A, Faulkner G, Cohn T et al. Antipsychotic switching for people with schizophrenia who have neuroleptic-induced weight or metabolic problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;12:CD006629.
66. Yalom ID. *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books, 1983.

DOI:10.1002/wps.20614

Dimensiones transdiagnósticas de la psicosis en la Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios (B-SNIP)

ULRICH REININGHAUS¹⁻³, JAN R. BÖHNKE^{4,5}, UNYOUNG CHAVEZ-BALDINI², ROBERT GIBBONS⁶, ELENA IVLEVA⁷, BRETT A. CLEMENTZ⁸, GODFREY D. PEARLSON⁹, MATCHERI S. KESHAVAN¹⁰, JOHN A. SWEENEY¹¹, CAROL A. TAMMINGA⁷

¹Central Institute of Mental Health, Medical Faculty Mannheim, University of Heidelberg, Mannheim, Germany; ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; ³Centre for Epidemiology and Public Health, Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ⁴Dundee Centre for Health and Related Research, School of Nursing and Health Sciences, University of Dundee, Dundee, UK; ⁵Department of Health Sciences, University of York, York, UK; ⁶Department of Medicine and Public Health Sciences, University of Chicago, Chicago, IL, USA; ⁷Department of Psychiatry, UT Southwestern University, Dallas, TX, USA; ⁸Departments of Psychology and Neuroscience, Bio-Imaging Research Center, University of Georgia, Athens, GA, USA; ⁹Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, CT, USA; ¹⁰Beth Israel Hospital, Harvard University, Boston, MA, USA; ¹¹Department of Psychiatry and Behavioral Neuroscience, University of Cincinnati, Cincinnati, OH, USA

Se ha debatido la validez de la clasificación de las psicosis no afectivas y afectivas como entidades distintas, pero a pesar de los llamados a estrategias alternativas para definir síndromes de psicosis, hay escasez de estudios empíricos para identificar fenotipos transdiagnósticos de la psicosis. Nuestro propósito fue investigar la validez y la utilidad de las dimensiones de síntomas generales y específicos de la psicosis abarcando esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar I con psicosis. Se llevó a cabo un modelo multidimensional de respuesta a apartados de evaluaciones de síntomas de la Escala de Síndrome Positivo y Negativo, Escala de Young para Evaluación de la Manía y Escala de Montgomery-Åsberg para Evaluación de la Depresión en el Consorcio Multicéntrico Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios (B-SNIP), que incluyó 933 pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia (N=397), trastorno esquizoafectivo (N=224) o trastorno bipolar de tipo I con psicosis (N=312). Un modelo de dos factores con una dimensión de síntomas generales, dos dimensiones diferentes de psicosis no afectiva y afectiva y cinco dimensiones de síntomas específicos negativos, de desorganización, maníacos y depresivos proporcionó el mejor ajuste del modelo. Hubo evidencia adicional sobre la utilidad de dimensiones de síntomas para predecir biotipos de psicosis en B-SNIP con mayor precisión que los diagnósticos categóricos del DSM. Las puntuaciones de dimensiones de síntomas generales, positivos, negativos y de desorganización fueron más altas en estadounidenses de ascendencia africana que en pacientes caucásicos. Las dimensiones de síntomas clasificaron con precisión a pacientes en diagnósticos categóricos del DSM. Este estudio proporciona evidencia de la validez y utilidad de dimensiones transdiagnósticas de síntomas de psicosis que trascienden los límites diagnósticos tradicionales de los trastornos psicóticos. Los hallazgos demuestran además caminos promisorios para la investigación de la interfaz de fenotipos psicopatológicos dimensionales y dimensiones neurobiológicas básicas de los trastornos mentales.

Palabras clave: Psicosis, fenotipos transdiagnósticos, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar con psicosis, dimensiones de síntomas generales, dimensiones de síntomas específicos, biotipos.

(World Psychiatry 2019;17:67-76)

La validez de la clasificación categórica en psiquiatría es debatida, pues son dudosos los límites clínicos y neurobiológicos de los trastornos¹⁻¹⁷. Por consiguiente, ha habido llamados para estrategias alternativas en la clasificación psiquiátrica que se fundamenten de manera empírica y psicométrica a través de la investigación de mecanismos neurales y psicológicos que trascienden los síndromes actuales^{3,18,19}.

Algunos proyectos abordan las deficiencias de la clasificación psiquiátrica clásica como el modelo de Criterios de Dominios de Investigación (RDoC), que integra muchos niveles de información (desde genes hasta la autonotificación) para mejorar nuestra comprensión de las dimensiones básicas del funcionamiento entre los trastornos^{6,7,20,21}. El Consorcio Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios (B-SNIP)^{22,23} aborda la imbricación entre los síndromes de psicosis al analizar una amplia gama de endofenotipos. En tiempos recientes, el consorcio Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP) ha surgido como una iniciativa de investigación que cuantifica trastornos de acuerdo con varios niveles de psicopatología, que comprende espectros, síndromes y componentes de síntomas, y los caracteriza a nivel dimensional²⁴. Sin embargo, hasta la fecha, es escasa la evidencia sobre el vínculo en dimensiones transdiagnósticas de fenotipos clínicos y biomarcadores básicos basados en el cerebro.

En la psicosis, la imbricación de síntomas entre categorías diagnósticas es muy prevalente, lo que conduce a una gran comorbilidad según se observa con la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno bipolar^{25,26}. Aunque la dicotomía kraepeliniana consideraba la demencia precoz/esquizofrenia y la enfermedad depresiva maniaca como entidades diagnósticas diferentes, la investigación reciente ha cuestionado esta dicotomía^{4,5} y ubica a la esquizofrenia y al trastorno bipolar en un espectro transdiagnóstico de psicosis⁴, en el que el trastorno esquizoafectivo es un categoría diagnóstica intermedia²². Esta imbricación puede ser un resultado de factores etiológicos genéticos y ambientales compartidos^{4,27-29}. Sin embargo, los hallazgos también demuestran factores genéticos y ambientales no compartidos^{4,27,29}, lo que respalda la heterogeneidad de los trastornos psicóticos.

Sigue habiendo una escasez de investigaciones empíricas para identificar un fenotipo transdiagnóstico de psicosis. El modelo pentagonal con cinco dimensiones de síntomas positivos, síntomas negativos, desorganización cognitiva, manía y depresión ha recibido apoyo en la investigación analítica de factores previa³⁰. Sin embargo, investigación reciente ha demostrado evidencia de un modelo bifactor, en el que un factor de psicosis general abarca síntomas no afectivos y afectivos en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y bipolar, así como

cinco dimensiones de psicosis específica de síntomas positivos, negativos, de desorganización, maníacos y depresivos^{4,5}.

Este modelo resultó adaptarse mejor a datos de síntomas empíricos que un modelo pentagonal^{4,5} y un modelo que toma en cuenta factores de psicosis no afectiva y afectiva diferentes³¹. Proporciona apoyo para un espectro de la psicosis que fluctúa desde el trastorno bipolar hasta el trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia. Además, en este modelo bifactor, factores etiológicos compartidos pueden asociarse al factor de psicosis general, mientras que factores etiológicos no compartidos podrían contribuir a dimensiones de psicosis más específicas^{4,5}. Este enfoque también podría perfeccionar el proceso diagnóstico al ubicar a los pacientes ampliamente en espectro de psicosis y utilizar las dimensiones de síntomas específicos para utilizarlos en diagnósticos específicos^{4,5}.

Aunque se ha encontrado apoyo inicial para la utilidad diagnóstica de estas dimensiones utilizando el sistema de criterios operacionales⁴, tales modelos transdiagnósticos y su utilidad diagnóstica deben evaluarse con más detalle mediante medidas más detalladas de psicosis, manía y depresión, e intervalarse a través de un consorcio multicéntrico amplio, como B-SNIP. Esto permitiría comprender mejor la utilidad de estas dimensiones no solo por el diagnóstico en investigación y atención clínica, sino también en relación con constructos neurobiológicos básicos como los tres biotipos de psicosis en B-SNIP recién identificados³², en un intento por conectar fenotipos psicopatológicos dimensionales con mecanismos neurobiológicos^{12,14,24}.

Este estudio tuvo como objetivo investigar dimensiones transdiagnósticas de trastornos del espectro de psicosis abarcando síntomas no afectivos y afectivos en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar I psicótico, utilizando medidas ampliamente establecidas para evaluar psicosis, manía y depresión en el consorcio de B-SNIP.

Nuestro propósito fue investigar: a) si existe una dimensión general de trastornos del espectro de la psicosis subyacente a todos los síntomas psicóticos afectivos y no afectivos; b) si está justificada la formación de dimensiones de síntomas específicos (síntomas positivos, negativos, de desorganización, depresivos y maníacos) y dimensiones distintivas de psicosis afectiva y no afectiva además de una dimensión de psicosis general; c) asociaciones de variables sociodemográficas y clínicas con dimensiones de síntomas generales, afectivos, no afectivos y específicos; y d) la utilidad de estas dimensiones para clasificar a pacientes en diagnósticos categóricos del DSM de los trastornos psicóticos y los biotipos de B-SNIP.

MÉTODOS

Muestra y medidas

En este estudio se utilizaron datos recolectados como parte del consorcio multicéntrico B-SNIP²². Específicamente, pacientes con un diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar I psicótico (confirmado a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV, SCID-I³³) fueron reclutados en cinco centros en Estados Unidos a través de publicidad regional y en clínicas de pacientes internos y ambulatorios. Los pacientes se encontraban en un estado de síntomas no agudos, clínicamente estables y proporcionaron conocimiento informado.

Se valoró ampliamente a los participantes para determinar sus características sociodemográficas y clínicas (que comprendieron edad, género, grupo étnico y diagnóstico según DSM) con diversos instrumentos^{22,23}. En este estudio, se investigaron las respuestas de tres instrumentos diagnósticos bien establecidos: la Escala de Síndrome Positivo y Negativo (PANSS)³⁴, que es una entrevista clínica de 30 apartados que mide la gravedad de síntomas psicóticos en una escala de 1 a 7; la Escala de Young para la Evaluación de la Manía (YMRS)³⁵, una escala de 11 apartados para evaluar síntomas maníacos; y la Escala de Montgomery-Åsberg para la Evaluación de la Depresión (MADRS)³⁶, una medida de 10 apartados para evaluar síntomas depresivos. El funcionamiento social se midió utilizando la Escala de Funcionamiento Social de Birchwood (SFS)³⁷.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo el modelado de respuesta a apartados multidimensionales con el paquete "MIRT" (multidimensional ítem response theory) del entorno R (es decir, el algoritmo Metropolis-Hastings Robbins-Monro³⁸) para la estimación del modelo. El ajuste del modelo se analizó utilizando la probabilidad logarítmica (LL), el criterio de información de Akaike (AIC), el criterio de información Bayesiano (BIC) y el BIC ajustado al tamaño de la muestra (SABIC)³⁹. Un mejor ajuste del modelo se indica con valores inferiores que para el modelo de comparación.

Puesto que no hay evidencia definitiva sobre la estructura factorial de PANSS, analizamos primero las evaluaciones de síntomas en PANSS y comparamos 18 soluciones de factor previamente publicadas⁵. Luego estimamos tres modelos alternativos de respuesta a apartados: a) un modelo unitario (unidimensional) con un factor general que explica todas las calificaciones de síntomas para reflejar una dimensión general del espectro de la psicosis (modelo A); b) un modelo pentagonal (multidimensional) para reflejar dimensiones específicas de síntomas positivos, negativos, de desorganización, depresivos y maníacos (modelo B); y c) un modelo bifactor con un factor general independiente de cinco factores específicos no correlacionados (ortogonal) (modelo C; que corresponde al modelo bifactor en nuestro estudio previo^{5,40}). Dado que este es un método de probabilidad completa, se supuso que los datos faltaban al azar.

Utilizando el modelo de mejor ajuste a PANSS identificado en este paso inicial, realizamos luego el análisis primario para investigar dimensiones de síntomas generales y específicos con base en todas las medidas para evaluar psicosis, manía y depresión (es decir, PANSS, YMRS y MADRS) comparando modelos A-C, tomando en cuenta además cargas de factor para apartados de YMRS y MADRS en el factor general así como en factores de síntomas maníacos y depresivos específicos, respectivamente. Para investigar si estaba justificada la formación de dimensiones diferentes para la psicosis afectiva y no afectiva además de una dimensión general y cinco dimensiones de síntomas específicos, la comparación del modelo del análisis primario incluyó también: d) un modelo bifactor con una dimensión general de psicosis, cinco factores específicos no correlacionados (dimensiones de síntomas positivos, negativos, de desorganización, depresivos y maníacos) y dos factores no correlacionados para reflejar dimensiones diferentes de psicosis afectiva y no afectiva (modelo D); y e) un modelo con cinco factores específicos no correlacionados (dimensiones de síntomas positivos, negativos, de desorganización, depresivos y maníacos) y dos factores no correlacionados

(dimensiones de psicosis afectiva y no afectiva diferentes) pero sin un factor general (modelo E). Para garantizar la estimación del modelo estable, la prevalencia de respuestas por categoría por apartado se estableció en un mínimo de 10% de la muestra. Debido a la baja cobertura en las categorías más graves, se colapsaron las respuestas en tres categorías para PANSS, YMRS y MADRS.

La asociación de características sociodemográficas (es decir, edad, género, grupo étnico) diagnóstico según DSM y funcionamiento social (como variables independientes) con puntuaciones de factor de dimensiones de psicosis general y específica (como variables de desenlaces) fueron analizadas utilizando regresión lineal.

Se llevó a cabo análisis multinomial de la curva de eficacia diagnóstica (ROC)⁴¹ en Stata versión 14⁴² para investigar el grado en el cual puntuaciones de factores de dimensiones generales, afectivas, no afectivas y específicas permiten la clasificación precisa de pacientes en diagnósticos categóricos del DSM de trastornos psicóticos y los biotipos de B-SNIP.

RESULTADOS

Características básicas de la muestra

Las características básicas de la muestra total de B-SNIP (N=933) y la muestra de B-SNIP utilizada para estimar modelos de respuesta a apartados, que incluyeron todo los vectores de respuesta con un mínimo de una respuesta a los apartados de PANSS, YMRS y MADRS (N=860), fueron casi idénticos (Tabla 1). La media de edad cuando se efectuó la entrevista fue 36 años, y aproximadamente la mitad era de género masculino. La muestra consistió principalmente en pacientes de grupo étnico caucásico o estadounidense de ascendencia africana. El diagnóstico más frecuente fue esquizofrenia, seguido de trastorno bipolar I psicótico y trastorno esquizoafectivo.

Dimensionalidad de trastornos psicóticos

El análisis inicial de evaluaciones de síntomas en la PANSS indicó que un modelo bifactor con factor general y cinco factores

específicos se equiparaban mejor con los datos de la muestra de B-SNIP (AIC=53209.8, BIC=53920.0, SABIC=53443.7). A partir de este paso inicial, comparamos luego modelos de respuesta a apartados para las evaluaciones de síntomas en todas las medidas para la evaluación de psicosis, manía y depresión (es decir, PANSS, YMRS y MADRS). Esto demostró que el modelo bifactor con factores generales, no afectivos, afectivos y cinco específicos (es decir, modelo D) proporcionó mejor ajuste del modelo, según lo indicó el AIC más bajo, BIC y SABIC (AIC=65988.4, BIC=67201.4, SABIC=66391.6) en comparación con modelos alternativos (Tabla 2).

Los hallazgos en el modelo de mejor ajuste demostraron que el máximo grado de varianza en los apartados fue explicable por la dimensión de psicosis general ($\omega_H=0,67$), seguida de las dimensiones de síntomas negativos ($\omega_S=0,45$), depresivos ($\omega_D=0,38$) y positivos ($\omega_P=0,30$) (Tabla 3).

En general, las cargas de factor fueron heterogéneas en magnitud entre las dimensiones de síntomas. Las cargas de factor para la dimensión de psicosis general fueron moderadas a fuertes para la mayor parte de las evaluaciones de síntomas positivos, negativos, de desorganización, maníacos y depresivos en los apartados de PANSS y YMRS, pero más débiles para los apartados en MADRS (Tabla 4). Las dimensiones de psicosis no afectivas mostraron las cargas de factor más potentes para las evaluaciones de síntomas negativos y de desorganización en la PANSS. Las cargas de factores para la dimensión de psicosis afectiva fueron más fuertes para las calificaciones de síntomas depresivos en MADRS y, en menor grado, las calificaciones de síntomas maníacos en YMRS. Dimensiones de síntomas positivos y negativos específicos demostraron cargas de factor moderado a fuerte para casi todos los apartados de la PANSS, mientras que cargas de factor para la dimensión de síntomas de desorganización específicos fueron solo débiles a moderadas en el mejor de los casos. Las cargas de factor para factores de síntomas maníacos y depresivos específicos fueron más potentes para YMRS y MADRS, respectivamente.

Los perfiles de síntomas demostraron que, en comparación con trastorno bipolar I psicótico, las puntuaciones de factor en las dimensiones de síntomas generales, no afectivos, afectivos, positivos, negativos, de desorganización y depresivos fueron más altas para el trastorno esquizoafectivo ($p < 0,05$ para todos) (Tabla 4). En cambio, puntuaciones de factor en la dimensión de síntomas maníacos específicos fueron más bajas para trastorno esquizoafectivo que para trastorno bipolar I psicótico ($p < 0,001$). Además, las puntuaciones de factor en las dimensiones de síntomas no afectivos, positivos, negativos y de desorganización fueron más altas, y las puntuaciones de factor en las dimensiones de síntomas afectivos y maníacos más bajas, para la esquizofrenia que para el trastorno bipolar I psicótico ($p < 0,001$ para todos).

La Tabla 4 muestra además que las puntuaciones de factor para la dimensión de psicosis general fueron significativamente más altas en pacientes de grupo étnico estadounidense de ascendencia africana que caucásico ($p=0,001$) y con funcionamiento social más bajo ($p < 0,001$). Asimismo, las puntuaciones de factor para la dimensión de psicosis no afectiva fueron más bajas en mujeres ($p < 0,001$), pero más altas en pacientes más jóvenes ($p = 0,001$) y con funcionamiento social más bajo ($p = 0,023$). Las puntuaciones de factor para la dimensión de psicosis afectiva aumentaron conforme aumentó la edad ($p = 0,017$) y fueron más altas en pacientes femeninos ($p < 0,001$) y en aquellos con funcionamiento social más bajo ($p=0,020$). Pacientes de edad

Tabla 1. Características de muestra básica de la muestra de B-SNIP

	Muestra total de B-SNIP (N=933)	Muestra actual de B-SNIP (N=860)
Edad (años, media \pm DE)	36,2 \pm 12,6	36,1 \pm 12,6
Género, N (%)		
Hombres	471 (50,5)	433 (50,4)
Mujeres	461 (49,4)	427 (49,7)
Grupo étnico, N (%)		
Caucásico	530 (56,8)	496 (57,7)
Estadounidense de ascendencia africana	338 (36,2)	306 (35,6)
Otros	61 (6,5)	57 (6,6)
Diagnóstico según DSM, N (%)		
Esquizofrenia	397 (42,6)	353 (41,1)
Trastorno esquizoafectivo	224 (24,0)	216 (25,1)
Trastorno bipolar psicótico I	312 (33,4)	291 (33,8)

B-SNIP, Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios.

Tabla 2. Estadísticas de ajuste del modelo para modelos unitario (unidimensional), pentagonal (multidimensional) y bifactor de psicosis basados en las escalas PANSS, YMRS y MADRS

	LL	FP	AIC	BIC	SABIC
Modelo unidimensional (unitario) (Modelo A)	-35660,2	153	71626,4	72354,2	71868,3
Modelo multidimensional (pentagonal) con cinco factores específicos correlacionados (Modelo B)	-33615,3	163	67556,5	68331,9	67814,3
Modelo bifactor con un factor general y cinco factores de síntomas específicos (Modelo C)	-33253,0	204	66914,1	67884,5	67236,6
Modelo bifactor con un factor general, dos factores para psicosis no afectiva y afectiva y cinco factores de síntomas específicos (Modelo D)	-32739,2	255	65988,4	67201,4	66391,6
Modelo bifactor con dos factores para psicosis no afectiva y afectiva y cinco factores de síntomas específicos (Modelo E)	-33372,9	204	67153,7	68124,2	67476,3

PANSS, Escala de Síndrome Positivo y Negativo; YMRS, Escala de Young para Evaluación de Manía; MADRS, Escala de Montgomery-Åsberg para Evaluación de Depresión; LL, probabilidad logarítmica; AIC, criterio de información de Akaike; BIC, criterio de información Bayesiano; SABIC, criterio de información Bayesiano ajustado al tamaño de la muestra. Todos los vectores de respuesta que tenían por lo menos una respuesta fueron analizados (N=860). El modelo D proporciona la mejor adaptación al modelo, según se indica por BIC, AIC, y SABIC, más bajos en comparación con otros modelos.

más avanzada tuvieron puntuaciones de factores más altas en dimensiones de síntomas positivos y de desorganización específicos. Pacientes femeninos tuvieron puntuaciones más bajas en la dimensión de síntomas positivos específicos y más altas en la dimensión de síntomas depresivos específicos ($p < 0,05$ para todas).

En comparación con pacientes caucásicos, los del grupo étnico estadounidense de ascendencia africana tuvieron puntuaciones de factor más altas en las calificaciones de síntomas positivos, negativos y de desorganización y puntuaciones más bajas en la dimensión de síntomas depresivos ($p < 0,05$ para todas). El funcionamiento social disminuyó a medida que aumentaron las puntuaciones en las dimensiones de síntomas positivos, negativos, de desorganización y depresivos, mientras que el funcionamiento social aumentó conforme se incrementaron las puntuaciones en la dimensión de síntomas maníacos ($p < 0,05$ para todos).

Cuando analizamos la utilidad de las dimensiones de síntomas para clasificar correctamente a los pacientes en diagnósticos categóricos del DSM de trastornos psicóticos utilizando el análisis multinomial de ROC, esto demostró que la proporción de pacientes clasificados correctamente en categorías diagnósticas basadas en puntuaciones de factores de dimensiones de síntomas generales, no afectivos, afectivos y específicos ($M=0,57$, IC del 95%: 0-53-0,62) fue más alta en comparación con la clasificación de pacientes de manera fortuita ($M=0,39$, IC del 95%: 0,33-0,44).

Enseguida analizamos la utilidad de las dimensiones de síntomas para predecir con precisión los biotipos de psicosis en B-SNIP. La Figura 1 (y la Tabla 4) muestran puntuaciones altas de factor de síntomas no afectivos, positivos, negativos y de desorganización para el biotipo I; puntuaciones de factor altas para síntomas afectivos, maníacos y depresivos para el biotipo 3; y puntuaciones de factor altas en la dimensión de síntomas generales (y moderadas en dimensiones de otros síntomas) para el biotipo 2.

Hubo evidencia de que la proporción de pacientes clasificados correctamente en biotipos de B-SNIP con base en puntuaciones de factor de dimensiones de síntomas generales no afectivos, afectivos y específicos ($M=0,41$; IC del 95%: 0,35-0,47) fue más alta de lo se hubiera esperado de manera fortuita ($M=0,35$; IC del 95%: 0,29-0,41). Sin embargo, esto no fue aplicable a los diagnósticos categóricos del DSM (diagnósticos de DSM: $M=0,41$; IC del 95%: 0,36-0,46; precisión aleatoria: $M=0,38$; IC del 95%: 0,31-0,44).

Como puede verse en la Figura 2, los hallazgos en las curvas de ROC indicaron además que los pacientes fueron clasificados en biotipos de B-SNIP con mayor precisión con base en las dimensiones de síntomas ($AUC=0,87$) que los diagnósticos según el DSM ($AUC=0,68$).

DISCUSIÓN

Hallazgos principales

Este estudio proporciona evidencia de una dimensión transdiagnóstica subyacente a los síntomas psicóticos afectivos y no afectivos en pacientes con trastorno psicótico en el consorcio B-SNIP. Hubo también evidencia indicativa de que está justificada la formación de dimensiones diferentes a las dimensiones no afectivas y psicosis afectiva así como psicosis específica de síntomas positivos, negativos, de desorganización, manía y depresión.

Las dimensiones de síntomas transdiagnósticos, no afectivos, afectivos y específicos se asociaron en forma diferente a edad, género, grupo étnico y funcionamiento social y clasificaron correctamente a los pacientes en los diagnósticos categóricos del DSM. Por último, hubo evidencia sobre la utilidad de las dimensiones de síntomas para predecir los biotipos de B-SNIP con mayor precisión que los diagnósticos del DSM.

Consideraciones metodológicas

En el presente estudio, analizamos la dimensionalidad de trastornos psicóticos en una muestra considerable de pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y bipolar de tipo I con psicosis. Esta muestra permitió modelar la respuesta a apartados multidimensionales para identificar la varianza determinada por una dimensión transdiagnóstica de psicosis independientemente de la varianza debida a dimensiones de síntomas no afectivos, afectivos y específicos con base en escalas de evaluación ampliamente estudiadas para psicosis, manía y depresión (es decir, PANSS, YMRS y MADRS).

Aunque pueden haberse considerado subdimensiones adicionales de manía, depresión y otras dimensiones de síntomas específicos (síntomas positivos, negativos y de desorganización), el interés del presente estudio fue el de las dimensiones de síntomas

Tabla 3. Cargas de factor en el modelo bifactor con factores de síntomas generales, no afectivos, afectivos y cinco específicos con base en las calificaciones de síntomas en las escalas PANSS, YMRS y MADRS

Apartados	General	No afectivo	Afectivo	Síntomas positivos	Síntomas negativos	Desorganización	Manía	Depresión
PANSS								
Delirios	0,55	0,22		0,75				
Conducta alucinatoria	0,45	0,20		0,48				
Grandiosidad	0,54	-0,00		0,20				
Suspiciacia	0,63	0,04		0,32				
Contenido de pensamiento inusual	0,55	0,34		0,53				
Falta de criterio e introspección	0,48	0,32		0,15				
Afecto apático	0,09	0,69			0,44			
Aislamiento emocional	0,42	0,28			0,73			
Empatía deficiente	0,38	0,59			0,40			
Aislamiento social pasivo	0,30	0,16			0,80			
Falta de espontaneidad	0,28	0,69			0,39			
Retraso motor	0,27	0,66			0,38			
Alteración de la volición	0,55	0,30			0,35			
Evitación social activa	0,50	0,02			0,71			
Desorganización conceptual	0,58	0,27				0,44		
Dificultad en pensamiento abstracto	0,24	0,32				0,06		
Pensamiento estereotípico	0,61	0,40				0,46		
Manerismos y posturas	0,55	0,50				0,20		
Desorientación	0,57	0,22				-0,11		
Atención deficiente	0,67	0,27				0,15		
Preocupación	0,68	0,23				0,34		
Excitación	0,70		0,14				0,32	
Hostilidad	0,74		0,16				0,09	
Falta de cooperatividad	0,72		-0,07				0,07	
Control deficiente de impulsos	0,76		0,10				0,05	
Inquietud somática	0,46		0,16					0,14
Ansiedad	0,52		0,38					0,39
Sentimientos de culpa	0,33		0,21					0,26
Tensión	0,64		0,22					0,17
Depresión	0,40		0,30					0,68

Tabla 3. Cargas de factor en el modelo bifactor con factores de síntomas generales, no afectivos, afectivos y cinco específicos con base en las calificaciones de síntomas en las escalas PANSS, YMRS y MADRS (*continuación*)

Apartados	General	No afectivo	Afectivo	Síntomas positivos	Síntomas negativos	Desorganización	Manía	Depresión
YMRS								
Ánimo exaltado	0,31		0,11				0,81	
Aumento de actividad motora-energía	0,28		0,17				0,79	
Interés sexual	0,24		0,15				0,52	
Sueño	0,16		0,88				0,22	
Irritabilidad	0,48		0,44				0,16	
Lenguaje (frecuencia y cantidad)	0,38		0,22				0,73	
Trastorno del lenguaje y el pensamiento	0,51		0,19				0,47	
Contenido	0,55		0,10				0,35	
Conducta disruptiva-agresiva	0,63		0,22				0,27	
Aspecto	0,26		0,07				0,16	
Introspección	0,38		-0,11				0,12	
MADRS								
Tristeza evidente	0,29		0,29					0,74
Tristeza notificada	0,27		0,36					0,81
Tensión interna	0,39		0,52					0,38
Reducción del sueño	0,12		0,96					-0,03
Reducción del apetito	0,23		0,57					0,26
Dificultades en la concentración	0,31		0,43					0,37
Lasitud	0,24		0,36					0,56
Incapacidad para sentir	0,30		0,39					0,55
Pensamientos pesimistas	0,27		0,41					0,60
Pensamientos suicidas	0,30		0,39					0,63
$\omega H/\omega S$	0,67	0,23	0,25	0,30	0,45	0,09	0,20	0,38

PANSS, Escala de Síndrome Positivo y Negativo; YMRS, Escala de Young para Evaluación de la Manía; MADRS, Escala de Montgomery-Åsberg para Evaluación de la Depresión; $\omega H/\omega S$, proporción de varianza de apartados explicada por factores generales, no afectivos y afectivos (ωH) y factores específicos (ωS).

Tabla 4. Puntuaciones de factor de dimensiones de síntomas generales, no afectivos, afectivos y específicos según variables sociodemográficas y clínicas

	General		No afectivos		Afectivos		Síntomas positivos		Síntomas negativos		Desorganización		Manía		Depresión		
	B	(IC del 95%), p	B	(IC del 95%), p	B	(IC del 95%), p	B	(IC del 95%), p	B	(IC del 95%), p	B	(IC del 95%), p	B	(IC del 95%), p	B	(IC del 95%), p	
Edad	-0,00	(-0,01 to 0,00), 0,167	-0,01	(-0,01 to 0,00), 0,001	0,01	(0,00 to 0,01), 0,017	0,01	(0,00 to 0,01), 0,010	0,00	(-0,00 to 0,01), 0,282	0,01	(0,01 to 0,01), <0,001	0,00	(-0,00 to 0,01), 0,401	-0,00	(-0,01 to 0,00), 0,356	
Género																	
Mujeres frente a hombres	0,09	(-0,04 to 0,22), 0,156	-0,33	(-0,44 to -0,22), <0,001	0,26	(0,15 to 0,38), <0,001	-0,16	(-0,27 to -0,05), 0,006	-0,02	(-0,14 to 0,09), 0,683	-0,07	(-0,17 to 0,03), 0,179	-0,02	(-0,13 to 0,09), 0,684	0,22	(0,10 to 0,34), 0,001	
Grupo étnico																	
Estadounidenses de ascendencia africana frente a caucásicos	0,22	(0,09 to 0,35), 0,001	0,05	(-0,08 to 0,17), 0,456	-0,04	(-0,17 to 0,08), 0,487	0,23	(0,11 to 0,35), <0,001	0,16	(0,03 to 0,29), 0,013	0,20	(0,09 to 0,30), <0,001	0,00	(-0,11 to 0,12), 0,977	-0,16	(-0,30 to -0,03), 0,017	
Otros frente a caucásicos	0,02	(-0,24 to 0,28), 0,855	0,00	(-0,24 to 0,24), 0,976	0,02	(-0,22 to 0,26), 0,858	0,22	(-0,02 to 0,45), 0,071	0,12	(-0,12 to 0,37), 0,325	0,06	(-0,14 to 0,27), 0,554	-0,10	(-0,33 to 0,13), 0,377	0,09	(-0,17 to 0,35), 0,489	
Funcionamiento social	-0,01	(-0,01 to -0,00), <0,001	-0,00	(-0,01 to -0,00), 0,023	-0,00	(-0,01 to -0,00), 0,020	-0,01	(-0,01 to -0,01), <0,001	-0,01	(-0,02 to -0,01), <0,001	-0,01	(-0,01 to -0,00), <0,001	0,01	(0,01 to 0,01), <0,001	-0,01	(-0,01 to -0,00), <0,001	
Diagnóstico según DSM																	
Esquizoafectivo frente a trastorno bipolar	0,34	(0,17 to 0,50), <0,001	0,27	(0,13 to 0,41), <0,001	0,15	(0,01 to 0,30), 0,042	0,87	(0,74 to 1,00), <0,001	0,58	(0,43 to 0,73), <0,001	0,46	(0,33 to 0,58), <0,001	-0,30	(-0,48 to -0,15), <0,001	0,29	(0,13 to 0,45), <0,001	
Esquizofrenia frente a trastorno bipolar	0,06	(-0,09 to 0,21), 0,417	0,70	(0,58 to 0,83), <0,001	-0,40	(-0,54 to -0,28), <0,001	0,75	(0,63 to 0,87), <0,001	0,55	(0,42 to 0,68), <0,001	0,53	(0,42 to 0,64), <0,001	-0,24	(-0,37 to -0,12), <0,001	-0,08	(-0,22 to 0,06), 0,286	
Biotipos en B-SNIP																	
Biotipo 2 frente a biotipo 1	0,16	(-0,01 to 0,34), 0,070	-0,13	(-0,29 to 0,04), 0,132	0,19	(0,03 to 0,35), 0,022	-0,09	(-0,25 to 0,07), 0,283	-0,05	(-0,22 to 0,12), 0,574	-0,16	(-0,30 to -0,01), 0,033	-0,01	(-0,16 to 0,15), <0,924	0,11	(-0,06 to 0,29), <0,001	
Biotipo 3 frente a biotipo 1	0,03	(-0,14 to 0,20), 0,712	-0,37	(-0,53 to -0,22), <0,001	0,12	(-0,03 to 0,28), 0,117	-0,26	(-0,42 to -0,11), 0,001	-0,21	(-0,37 to -0,05), 0,010	-0,30	(-0,44 to -0,16), <0,001	0,02	(-0,12 to 0,17), 0,751	0,13	(-0,04 to 0,29), 0,129	

B-SNIP, Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios

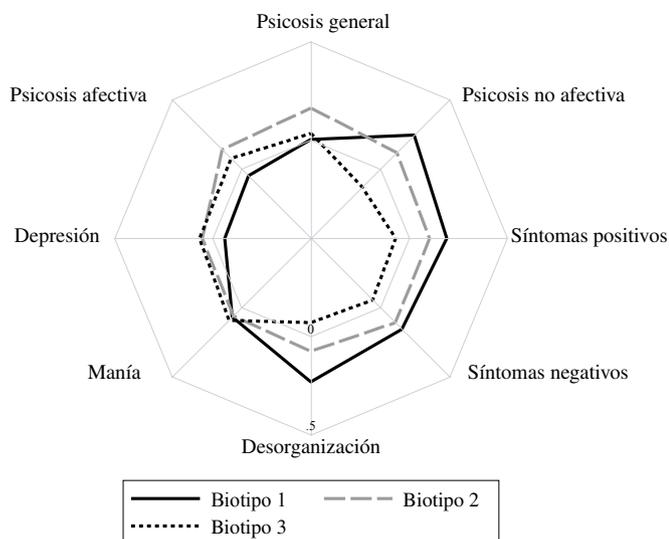
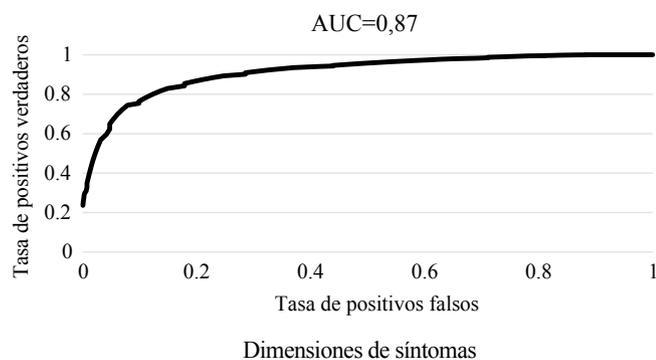


Figura 1. perfiles de síntomas según los biotipos de la Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios (B-SNIP)

transdiagnósticos, de psicosis afectiva/no afectivas y específicos, pero no subcomponentes de estas (por ejemplo, avoliación como un subcomponente de la dimensión de síntomas negativos; euforia como un subcomponente de manía; o anhedonia como un subcomponente de depresión). Los modelos para tomar en cuenta estos subcomponentes hubieran sido difíciles de estimar incluso con el tamaño de la muestra obtenido en este estudio, dado el alto número de apartados necesarios y parámetros libres para estimarse en tales modelos. Además, un diseño de medición más estricto (por ejemplo, diseño multirasgo, multimétodo) hubiese sido necesario para desentrañar la medición de la varianza conceptual sustantiva.

El uso de las escalas YMRS y MADRS como medidas más detalladas de manía y depresión, no obstante, nos permitió capturar un espectro más amplio de varianza de lo que hubiera sido el caso al utilizar solo la PANSS, y por tanto proporcionó un mejor reflejo de estas dimensiones de síntomas específicos. Ahora es necesario investigarlas más para desentrañar el método y la varianza conceptual sustantiva, utilizando medidas exhaustivas de trastornos mentales en muestras considerables de trastornos psicóticos, incluida la depresión psicótica.



Comparación con investigación previa

La evidencia de una dimensión transdiagnóstica subyacente a síntomas psicóticos afectivos y no afectivos en la presente muestra de pacientes clínicamente estables es compatible con nuestros hallazgos previos sobre tal dimensión en pacientes con psicosis temprana y persistente^{4,5}. En resonancia con los resultados de múltiples estudios previos³⁰, incluido el nuestro^{4,5}, identificamos cinco dimensiones de síntomas específicas de síntomas positivos, síntomas negativos, de desorganización, manía y depresión.

Nuestros hallazgos van más allá de los de investigación previa al proporcionar indicios de dimensiones de psicosis afectiva y no afectiva diferentes además de las dimensiones de síntomas transdiagnósticos y específicos. Estas se caracterizaron principalmente por evaluaciones de síntomas negativos y de desorganización (para la dimensión no afectiva) y calificaciones de síntomas depresivos y maníacos (para la dimensión afectiva).

De acuerdo con la taxonomía jerárquica de la psicopatología recién propuesta²⁴, la amplia dimensión de psicosis transdiagnóstica puede interpretarse mejor a nivel de dimensiones psicopatológicas de superespectros o de orden superior, mientras que dimensiones de síntomas específicos pueden clasificarse en niveles más bajos como componentes de síntomas y dimensiones de psicosis no afectiva y afectiva como espectros o síndromes psicopatológicos²⁴.

Aunque los últimos pueden semejar al trastorno cognitivo previamente comunicado y las dimensiones interiorizantes², aún no se ha establecido el grado en el cual la dimensión de psicosis transdiagnóstica se imbrica con un factor psicopatológico general, o es independiente del mismo⁴³. A medida que continúe surgiendo y fortaleciéndose la base de evidencia sobre la dimensionalidad de trastornos psicóticos, la necesidad de investigaciones transdiagnósticas de trastornos psicóticos y no psicóticos se vuelve más apremiante para analizar espectros o síndromes importantes en los trastornos.

Notablemente, nuestro hallazgo de puntuaciones de factor más altas en las dimensiones de síntomas positivos, negativos y de desorganización y puntuaciones más bajas en la dimensión de síntomas depresivos en pacientes de grupo étnico estadounidense de ascendencia africana en comparación con pacientes caucásicos es congruente con estudios previos que informan puntuaciones más altas de síntomas positivos^{44,45}, negativos⁴⁵ y de desorganización⁴⁴, así como puntuaciones más bajas de síntomas depresivos⁴⁴, en pacientes de grupos étnicos africanos negros en comparación con holandeses caucásicos y británicos caucásicos

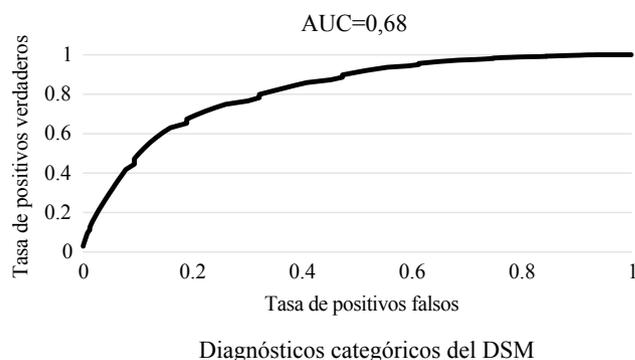


Figura 2. Curvas de eficacia diagnóstica (ROC) multinomial de dimensiones de síntomas transdiagnósticos y diagnósticos categóricos del DSM utilizados en la predicción de biotipos de la Red Bipolar-Esquizofrenia sobre Fenotipos Intermedios (B-SNIP) (discontinuidades debidas a redondeo de las funciones de densidad estimadas)

en Países Bajos⁴⁵ y Reino Unido⁴⁴, respectivamente. Nuestros hallazgos demostraron además que las puntuaciones de factor en la dimensión de la psicosis transdiagnóstica fueron más altas para pacientes estadounidenses de ascendencia africana que para caucásicos. En general, las relaciones entre las dimensiones de síntomas transdiagnósticos, no afectivos, afectivos y específicos por una parte, y la edad, el género, el grupo étnico y el funcionamiento social por la otra, fueron ampliamente congruentes con la epidemiología clínica y social de la psicosis y, por tanto, apoyan su validez concomitante^{17,46-49}.

Sin embargo, estas dimensiones no solo deben ser válidas sino también útiles¹⁴. Con el fin de dilucidar la utilidad de las dimensiones de síntomas que aquí identificamos, investigamos su precisión para clasificar a pacientes en diagnósticos de DSM categóricos y los biotipos de psicosis de B-SNIP. En general, la utilidad diagnóstica potente de las dimensiones de síntomas transdiagnósticos, no afectivos, afectivos y específicos para asignar a los pacientes a diagnósticos del DSM se demostró con las escalas PANSS, YMRS y MADRS, que son escalas de síntomas clínicos establecidas que se pueden utilizar tanto en investigación como en asistencia sanitaria sistemática. Puesto que nuestros hallazgos sobre los perfiles de síntomas según diagnósticos del DSM fueron congruentes con definiciones operacionales de síntomas de clasificación actuales, estos pueden proporcionar un avance para un enfoque psicométricamente fundamentado para una clasificación más exacta de pacientes en estos diagnósticos.

Cuando analizamos la utilidad de las dimensiones de síntomas en relación con los biotipos de B-SNIP recién identificados³², esto demostró que los pacientes fueron clasificados en estos biotipos con mayor precisión basándose en las dimensiones de síntomas que en los diagnósticos categóricos del DSM. Los hallazgos demostraron además perfiles de síntomas no afectivos (biotipo 1), afectivos (biotipo 3) y transdiagnósticos (biotipo 2) más acentuados para los biotipos de B-SNIP individuales (Figura 1).

En términos más generales, estos hallazgos muestran cómo los fenotipos psicopatológicos dimensionales pueden caracterizarse conectándolos con constructos neurobiológicos básicos y, viceversa, ofrecen fenotipos psicopatológicos dimensionales para la investigación en dimensiones neurobiológicas básicas de trastornos mentales como los RDoC^{12,20,21,24}. En otras palabras, solidarizarse en vez de ver los enfoques fenomenológicos y neurobiológicos como separados o iniciativas competitivas puede ser el camino a seguir.

CONCLUSIONES

Nuestros hallazgos proporcionan nueva evidencia sobre la dimensionalidad de los trastornos del espectro de la psicosis y, específicamente, indican que una dimensión de psicosis transdiagnóstica, dimensiones de psicosis no afectiva y afectiva distintas y cinco dimensiones de síntomas específicos explican mejor los datos de síntomas obtenidos utilizando medidas ampliamente establecidas en pacientes con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y bipolar I con psicosis. También se dispone de fuerte evidencia sobre la utilidad de estas dimensiones en relación con diagnósticos categóricos del DSM y biotipos de psicosis de B-SNIP. Esto debería fundamentar el empleo de estrategias dimensionales en los sistemas de clasificación diagnóstica actuales.

Los hallazgos también muestran caminos promisorios para la investigación en la interfaz de fenotipos psicopatológicos dimensionales y otros enfoques transdiagnósticos como RDoC que se centran en dimensiones neurobiológicas básicas de los trastornos mentales^{1-17,20,21}. Esto debe extenderse a investigaciones transdiagnósticas de factores genéticos y socioambientales compartidos y no compartidos de dimensiones de síntomas de trastornos psicóticos y no psicóticos para examinar la imbricación (e independencia) de importantes espectros o síndromes y cartografiar de manera más completa y modelar la dimensionalidad de los trastornos mentales como una base para sistemas de clasificación diagnóstica más válidos.

AGRADECIMIENTOS

U. Reininghaus y J.R. Böhnke contribuyeron a esta investigación como primeros autores conjuntos. El estudio fue financiado por la Netherlands Organization for Scientific Research (NOW) apoyo económico Venti 451-13-022 y las becas MH-077851, MH-078113, MH-077945, MH-077852 y MH-077862 del US National Institute of Mental Health (NIMH). Los autores agradecen a B. Witte y G. Poudyal por sus colaboraciones en la gestión de datos, que permitió el análisis y la inspección de todos los recursos de datos de B-SNIP, y a los pacientes y familias de voluntarios que se incorporaron al estudio y contribuyeron con su tiempo y datos individuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenter WT, Bustillo JR, Thaker GK et al. The psychoses: cluster 3 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychol Med* 2009;39: 2025-42.
2. Krueger RF, Eaton NR. Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry* 2015;14:27-9.
3. Krueger RF, Piasecki TM. Toward a dimensional and psychometrically-informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behav Res Ther* 2002;40:485-99.
4. Reininghaus U, Böhnke JR, Hosang G et al. Evaluation of the validity and utility of a transdiagnostic psychosis dimension encompassing schizophrenia and bipolar disorder. *Br J Psychiatry* 2016;209:107-13.
5. Reininghaus U, Priebe S, Bental RP. Testing the psychopathology of psychosis: evidence for a general psychosis dimension. *Schizophr Bull* 2013;39: 884-95.
6. Cuthbert BN. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology. *World Psychiatry* 2014;13:28-35.
7. Borsboom D. A network theory of mental disorders. *World Psychiatry* 2017; 16:5-13.
8. First MB, Rebelló TJ, Keeley JW et al. Do mental health professionals use diagnostic classifications the way we think they do? A global survey. *World Psychiatry* 2018;17:187-95.
9. Jablensky A. Psychiatric classifications: validity and utility. *World Psychiatry* 2016;15:26-31.
10. Kotov R, Krueger RF, Watson D. A paradigm shift in psychiatric classification: the Hierarchical Taxonomy Of Psychopathology (HiTOP). *World Psychiatry* 2018;17:24-5.
11. Maj M. The DSM-5 approach to psychotic disorders: is it possible to overcome the 'inherent conservative bias'? *Schizophr Res* 2013;150:38-9.
12. Maj M. Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats. *World Psychiatry* 2016;15:193-4.

13. Maj M. The need for a conceptual framework in psychiatry acknowledging complexity while avoiding defeatism. *World Psychiatry* 2016;15:1-2.
14. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry* 2018;17:121-2.
15. McGorry PD, Hartmann JA, Spooner R et al. Beyond the “at risk mental state” concept: transitioning to transdiagnostic psychiatry. *World Psychiatry* 2018;17:133-42.
16. Owen MJ, O’Donovan MC. Schizophrenia and the neurodevelopmental continuum: evidence from genomics. *World Psychiatry* 2017;16:227-35.
17. van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry* 2016;15:118-24.
18. Widiger TA. A dimensional model of psychopathology. *Psychopathology* 2005;38:211-4.
19. Barch DM. The neural correlates of transdiagnostic dimensions of psychopathology. *Am J Psychiatry* 2017;174:613-5.
20. Cuthbert BN, Insel TR. Toward new approaches to psychotic disorders: the NIMH Research Domain Criteria project. *Schizophr Bull* 2010;36:1061-2.
21. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. *BMC Med* 2013;11:126.
22. Tamminga CA, Ivleva EI, Keshavan MS et al. Clinical phenotypes of psychosis in the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *Am J Psychiatry* 2013;170:1263-74.
23. Tamminga CA, Pearlson G, Keshavan M et al. Bipolar and schizophrenia network for intermediate phenotypes: outcomes across the psychosis continuum. *Schizophr Bull* 2014;40(Suppl. 2):S131-7.
24. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. Progress in achieving quantitative classification of psychopathology. *World Psychiatry* 2018;17:282-93.
25. Laursen TM, Agerbo E, Pedersen CB. Bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia overlap: a new comorbidity index. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1432-8.
26. Rosen C, Marvin R, Reilly JL et al. Phenomenology of first-episode psychosis in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a comparative analysis. *Clin Schizophr Relat Psychoses* 2012;6:145-51.
27. Cardno AG, Owen MJ. Genetic relationships between schizophrenia, bipolar disorder, and schizoaffective disorder. *Schizophr Bull* 2014;40:504-15.
28. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C et al. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. *Lancet* 2009;373:234-9.
29. Laursen TM, Munk-Olsen T, Nordentoft M et al. A comparison of selected risk factors for unipolar depressive disorder, bipolar affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia from a Danish population-based cohort. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1673-81.
30. van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009;374:635-45.
31. Russo M, Levine SZ, Demjaha A et al. Association between symptom dimensions and categorical diagnoses of psychosis: a cross-sectional and longitudinal investigation. *Schizophr Bull* 2014;40:111-9.
32. Clementz BA, Sweeney JA, Hamm JP et al. Identification of distinct psychosis biotypes using brain-based biomarkers. *Am J Psychiatry* 2016;173:373-84.
33. First MB, Spitzer RL, Gibbon M et al. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV). Washington: American Psychiatric Press, 1997.
34. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987;13:261-76.
35. Young R, Biggs J, Ziegler V et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry* 1978;133:429-35.
36. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9.
37. Birchwood M, Smith J, Cochrane R et al. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry* 1990;157:853-9.
38. Chalmers RP, Flora DB. Maximum-likelihood estimation of non-compensatory IRT models with the MH-RM algorithm. *Appl Psychol Measur* 2014;38:339-58.
39. Kass RE, Wasserman L. A reference Bayesian test for nested hypotheses and its relationship to the Schwarz criterion. *J Am Stat Assoc* 1995;90:928-34.
40. Gibbons RD, Hedeker DR. Full-information bi-factor analysis. *Psychometrika* 1992;57:423-36.
41. Peterson LE, Coleman MA. Machine learning-based receiver operating characteristic (ROC) curves for crisp and fuzzy classification of DNA microarrays in cancer research. *Int J Approx Reason* 2008;47:17-36.
42. StataCorp. Stata Statistical Software: release 14. StataCorp, LP, 2015.
43. Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ et al. Validity and utility of the general factor of psychopathology. *World Psychiatry* 2017;16:142-3.
44. Kirkbride JB, Hindocha C, Hameed Y et al. Do symptom dimensions vary between ethnic groups at first presentation to early intervention in psychosis services? Evidence from the SEPEA study. *Early Interv Psychiatry* 2016;10(Suppl. 1):15-6.
45. Veling W, Selten JP, Mackenbach JP et al. Symptoms at first contact for psychotic disorder: comparison between native Dutch and ethnic minorities. *Schizophr Res* 2007;95:30-8.
46. Cantor-Graae E, Selten JP. Schizophrenia and migration: a meta-analysis and review. *Am J Psychiatry* 2005;162:12-24.
47. Reininghaus U, Craig TK, Fisher HL et al. Ethnic identity, perceptions of disadvantage, and psychosis: findings from the AESOP study. *Schizophr Res* 2010;124:43-8.
48. Reininghaus U, Morgan C, Simpson J et al. Unemployment, social isolation, achievement-expectation mismatch and psychosis: findings from the AESOP Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008;43:743-51.
49. van Os J, Reininghaus U. The clinical epidemiology of schizophrenia. In: Sadock B, Sadock V, Ruiz P (eds). *Comprehensive textbook of psychiatry (Kaplan & Sadock’s)*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 2017:1445-56.

DOI:10.1002/wps.20607

Estimación del riesgo de PTSD en sobrevivientes de trauma reciente: resultados del Consorcio Internacional para Predecir PTSD (ICPP)

ARIEH Y. SHALEV¹, MARTIN GEVONDEN², ANDREW RATANATHARATHORN³, EUGENE LASKA¹, WILLEM F. VAN DER MEI¹, WEI QI¹, SARAH LOWE⁴, BETTY S. LAI⁵, RICHARD A. BRYANT⁶, DOUGLAS DELAHANTY⁷, YUTAKA J. MATSUOKA⁸, MIRANDA OLFF⁹, ULRICH SCHNYDER¹⁰, SORAYA SEEDAT¹¹, TERRI A. DEROON-CASSINI¹², RONALD C. KESSLER¹³, KARESTAN C. KOENEN¹⁴; INTERNATIONAL CONSORTIUM TO PREDICT PTSD*

¹Department of Psychiatry, New York University School of Medicine, New York, NY, USA; ²Department of Biological Psychology, Vrije Universiteit, Amsterdam, The Netherlands; ³Department of Epidemiology, Columbia University Mailman School of Public Health, New York, NY, USA; ⁴Department of Psychology, Montclair State University, Montclair, NJ, USA; ⁵Department of Counseling, Developmental and Educational Psychology, Lynch School of Education, Boston College, Chestnut Hill, MA, USA; ⁶School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; ⁷Department of Psychological Sciences, Kent State University, Kent, OH, USA; ⁸Division of Health Care Research, Center for Public Health Sciences, National Cancer Center Japan, Tokyo, Japan; ⁹Department of Psychiatry, University of Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands, y Arq Psychotrauma Expert Group, Diemen, The Netherlands; ¹⁰University of Zurich, Zurich, Switzerland; ¹¹Department of Psychiatry, Stellenbosch University, Parow, Cape Town, South Africa; ¹²Department of Surgery, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI, USA; ¹³Department of Health Care Policy, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ¹⁴Department of Epidemiology, Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

*Los miembros del Consorcio Internacional para Predecir PTSD se enumeran en el apéndice

Una determinación oportuna del riesgo de trastorno por estrés postraumático (PTSD) es un requisito preliminar para proporcionar servicios eficientes y para la prevención. Proporcionamos una herramienta para estimación de riesgo que permite calcular la probabilidad de PTSD en individuos a partir de factores predictores tempranos. Miembros del Consorcio Internacional para Predecir PTSD (ICPP) compartieron datos a nivel de apartado de participantes individuales derivados de 10 estudios longitudinales de sobrevivientes de traumatismo civil ingresados en centros de atención aguda en seis países. Participantes elegibles (N=2.473) llenaron una evaluación clínica inicial en un lapso de 60 días de exposición a trauma, y por lo menos una evaluación de seguimiento 4 a 15 meses más tarde. Mediante la Escala de PTSD para DSM-IV Administrada por Profesional Clínico (CAPS) se evaluó la gravedad de los síntomas de PTSD y la categoría diagnóstica en cada evaluación. Se evaluó y se armonizó entre los estudios la escolaridad de los participantes, la exposición previa a traumatismo en el curso de la vida, el estado conyugal y la posición socioeconómica. La variable principal del estudio fue la probabilidad de un PTSD en el seguimiento dado los predictores tempranos. La prevalencia de PTSD fue de 11,8% (9,2% para participantes masculinos y 16,4% para femeninos). Un modelo logístico utilizando la gravedad de síntomas iniciales de PTSD (puntuación total inicial en CAPS) como un factor predictor produjo estimaciones notablemente precisas de PTSD en el seguimiento (probabilidades previstas frente a brutas: $r = 0,976$). Añadir al modelo género femenino, menor nivel educativo y exposición previa a traumatismo interpersonal de los informantes generó estimaciones de probabilidad de PTSD más altas, con una precisión de modelo similar (probabilidades previstas frente a brutas: $r = 0,941$). El modelo actual se pudo ajustar a otras circunstancias traumáticas y dar cabida a factores de riesgo no captados por el ICPP (por ejemplo, biológicos, sociales). En congruencia con su uso en medicina general, los modelos de estimación de riesgo pueden fundamentar opciones clínicas en psiquiatría. Cabe esperar que la cuantificación del riesgo de PTSD de los individuos sea un primer paso hacia una prevención sistemática del trastorno.

Palabras clave: Trastorno por estrés postraumático, predicción, herramienta de evaluación de riesgo, sobrevivientes de trauma, escala de PTSD administrada por profesional clínico para DSM-IV (CAPS), género femenino, formación educativa inferior, exposición a traumatismo interpersonal previo, prevención.

(World Psychiatry 2019;17:77-87)

El trastorno por estrés postraumático (PTSD) es la consecuencia psicopatológica más frecuente de eventos traumáticos^{1,2}. El PTSD crónico es persistente, debilitante y a menudo intratable³⁻⁹. Los síntomas iniciales de PTSD son predictores sensibles pero no específicos de PTSD crónico¹⁰. Desaparecen en más de 70% de quienes los experimentan¹¹⁻¹³, mientras que pocos sobrevivientes inicialmente asintomáticos desarrollan PTSD de inicio tardío¹⁴.

Las intervenciones de psicoterapia cognitiva conductual tempranas reducen significativamente la prevalencia de PTSD, y su efecto es estable^{8,15,16}. Sin embargo, estas intervenciones exigen recursos y son innecesarias para sobrevivientes con bajo riesgo, cuyos síntomas ceden en forma espontánea^{15,17}. En consecuencia, una estimación individual exacta del riesgo de PTSD crónico de los sobrevivientes es un requisito preliminar para la prevención eficiente y la planeación de servicios¹⁸.

Estudios previos han tenido dificultad para producir tales estimaciones, debido a la multiplicidad, complejidad y variación de la distribución de indicadores de riesgo de PTSD. Así mismo,

casi en todos los estudios se ha intentado predecir casos (es decir, quién desarrollará PTSD) en vez de producir estimaciones de probabilidad de PTSD para cada participante (es decir, cuantas probabilidades tiene una persona de desarrollar PTSD)^{19,20}.

No obstante, estudios longitudinales han comunicado múltiples indicadores de riesgo de PTSD a nivel de grupo^{21,22}, por ejemplo, género femenino^{23,24}, edad²³, nivel de formación educativa²⁵, grupo étnico²⁶, exposición a eventos traumáticos en el curso de la vida²⁷ y estado conyugal²⁴. Se han desarrollado varias predicciones de casos basadas en síntomas, que constantemente han tenido mejor desempeño que el azar²⁸⁻³¹, pero que no pueden construir un estimador de riesgo fiable, personalizado³². Asimismo, metanálisis^{21,22} y análisis sistemáticos^{21,22,33,34} han respaldado indicadores de riesgo a nivel de grupo sin un procedimiento claro para la implementación clínica³⁴.

Los ingresos a centros de atención aguda por traumatismo y servicios de urgencias ofrecen un primer punto de contacto con múltiples sobrevivientes con riesgo. En los servicios de urgencias se evalúa en Estados Unidos a más de 39 millones de individuos

cada año para el tratamiento de lesiones traumáticas³⁵⁻³⁹. A nivel mundial, los accidentes de tránsito en carretera, una causa principal de ingresos a servicios de urgencias, producen 1,25 millones de defunciones y más de 20 millones de lesiones no mortales cada año⁴⁰.

La prevalencia de PTSD después de ingresos a servicios de urgencias es similar a la observada en sobrevivientes que no requirieron o reciben tratamiento en los servicios de urgencias; por ejemplo, incidencia de 52% de nuevos casos de PTSD entre sobrevivientes de violencia interpersonal ingresadas a los servicios de urgencia frente a 51-76% entre mujeres vigiladas en albergues, clínicas de violencia doméstica y grupos de terapia^{41,42}. La prevalencia de PTSD en 18 meses entre conductores ingresados a hospitales generales después de accidentes automovilísticos con producción de lesiones (11%) es poco más alta que la de los automovilistas no atendidos en servicios de urgencias (7%)⁴³.

La cuantificación del riesgo de PTSD de los individuos después de un ingreso a atención aguda por traumatismo podría proporcionar un fundamento empírico para mitigar y prevenir un problema de salud pública importante. Hacia esa meta, los miembros del Consorcio Internacional para Predecir PTSD (ICPP) compartieron datos a nivel de apartado derivados de diez estudios longitudinales basados en la atención aguda del desarrollo temprano de PTSD, realizado en Estados Unidos, Australia, Japón, Israel, Suiza y los Países Bajos. Los datos fueron armonizados, combinados en una sola serie de datos a nivel de participante (IPD) individual y remitidos para análisis de datos.

Un análisis de IPD, o meganálisis, ofrece una estrategia sensible para agregar datos en estudios^{44,45}. A diferencia de los análisis sistemáticos y los metanálisis, los meganálisis no se basan en enfoques analíticos de datos de los estudios originales y en perspectivas de notificación y hacen posible estimaciones directas de parámetros de interés (es decir predictores, variables). Esto permite examinar directamente heterogeneidad de la fuente de datos y variaciones de subgrupos, y hace posible interrogar los datos combinados en formas no consideradas o imposibles, en los estudios componente, debido a sus tamaños de muestra o diversidad de población limitada^{46,47}.

En congruencia con las prácticas de evaluación de riesgo medio actuales (por ejemplo, en oncología⁴⁸⁻⁵⁰, cirugía o cardiología⁵¹⁻⁵⁴), utilizamos la IPD de ICPP para desarrollar una función de predicción que estima la probabilidad de PTSD dada una serie de indicadores de riesgo tempranos observables. Después de demostraciones reproducidas de su valor predictivo en modelos de clasificación⁵⁵⁻⁶², posicionamos los síntomas de PTSD como un predictor clave, enriqueciendo después los modelos predictivos mediante la inclusión de otros indicadores de riesgo ya documentados y clínicamente obtenibles que están disponibles en la serie de datos de ICPP (por ejemplo, género, tipo de trauma, antecedente de trauma en el curso de la vida).

MÉTODOS

Estudios, participantes y variables

Utilizando una estrategia de búsqueda de la literatura previamente descrita⁶³, la IPD de ICPP consistió en trece estudios longitudinales basados en la atención aguda a sobrevivientes de trauma reciente que se realizaron en seis países. Los investigadores obtuvieron consentimiento informado utilizando procedimientos aprobados por sus juntas de análisis institucionales locales. Los datos a nivel de apartado provenientes de los estudios fueron compartidos, armo-

nizados (véase adelante) y combinados en una serie de datos agrupada. Todos los estudios de ICPP utilizaron el templete de PTSD del DSM-IV para inferior diagnóstico y gravedad de los síntomas de PTSD. Se incluyeron en este estudio los diez ensayos^{15,64-72} que utilizaron la escala de PTSD Administrada por Profesional Clínico para DSM-IV (CAPS) validada en repetidas ocasiones^{73,74}.

Se incluyó a participantes en el estudio si tenían una entrevista de CAPS inicial en los 60 días subsiguientes al evento traumático, y por lo menos una evaluación de CAPS de seguimiento 4 a 15 meses (122 a 456 días) después de la exposición a trauma. Estos criterios fueron cumplidos por 2.473 participantes (Tabla 1). Para maximizar la utilidad de la predicción, utilizamos la observación más temprana para individuos con dos evaluaciones tempranas (<60 días), y la última observación para aquellos con múltiples evaluaciones durante el seguimiento.

Gravedad y diagnóstico de PTSD

La CAPS cuantifica la frecuencia y la gravedad de cada uno de los 17 criterios de síntomas de los PTSD en el DSM-IV⁷³ al asignar a cada síntoma una puntuación de frecuencia creciente de 0-4 y una puntuación de intensidad de 0-4. Se obtiene una medida continua de la gravedad de PTSD añadiendo todas las puntuaciones de síntomas individuales (puntuación total en CAPS). Se determina un diagnóstico de PTSD utilizando criterios diagnósticos de PTSD según DSM-IV de por lo menos experimentar otra vez (Criterio B), tres síntomas de evasión/aturdimiento (Criterio C) y dos de hiperexcitación (Criterio D)⁷³. Después de las recomendaciones, se consideró “presente” un síntoma de PTSD si su puntuación de frecuencia fue de 1 o más, y su puntuación de intensidad fue de 2 o más^{74,75}.

Información sobre el Criterio E (duración de por lo menos un mes) y el Criterio F (trastorno o alteración clínicamente significativos) se obtuvo en cuatro de los diez estudios. Un análisis de sensibilidad dentro de estos estudios reveló concordancia muy elevada entre los diagnósticos determinados por cumplir solamente los criterios de síntomas del DSM-IV (es decir, Criterios B a D) y los obtenidos utilizando los criterios de síntomas y los criterios E y F (sensibilidad 0,92, especificidad 1,00, kappa de Cohen = 0,95). Después presumimos que el diagnóstico de PTSD estaba presente, entre los estudios, con base únicamente en el cumplimiento de los criterios de síntomas de PTSD según el DSM-IV.

Indicadores de riesgo

El indicador principal de riesgo del estudio fue la gravedad de PTSD en la evaluación inicial (CAPS₀, rango 0-136), considerándose como predictores adicionales edad, género, grupo étnico, logro educativo, antecedente de exposición a trauma en el curso de la vida y tipo de trauma actual.

Diferencias en la recolección de datos y en los instrumentos utilizados entre los estudios exigieron la armonización de cuatro indicadores de riesgo. El logro educativo, que varió según los sistemas académicos de los países participantes, se registró en una variable binaria de menos de educación secundaria frente a terminación de por lo menos educación secundaria. La recodificación de la exposición a eventos traumáticos en el curso de la vida de los participantes siguió a una demostración previa de una fuerte relación entre trauma interpersonal y PTSD⁷⁶ e incluyó: a) exposición a un mínimo de un caso de violencia interpersonal

Tabla 1. Características clave de participante en estudios contribuyentes y en la muestra total

	Hepp et al ⁶⁴	Shalev et al ⁶⁵	Jenewin et al ⁶⁷	Irish et al ⁶⁸	Bryant et al ⁶⁹	Shalev et al ⁷⁰	Shalev et al ⁷¹	Matsouka et al ⁷²	Frijling et al ⁶⁶	Muestra total
País	SUI	ISR	SUI	US	AUS	ISR	JPN	NLD	NLD	
Participantes elegibles (N)	109	27	255	143	825	103	92	348	42	2,473
Edad (media ± DE)	38.0±13.1	28.4±10.5	41.3±12.9	39.1±15.4	38.7±13.6	31.9±11.7	38.8±16.1	44.5±15.7	36.9±14.0	39.0±13.9
Género (% de masculinos)	74	59	67	53	72	60	66	61	50	63
Educación secundaria (%)	85	NA	83	93	68	90	83	78	64	77
Tipo de trauma (%)										
Accidente automovilístico	60	85	31	100	65	82	100	65	69	69
Otros no interpersonales	40	7	69	0	29	5	0	32	21	25
Interpersonal	0	7	0	0	6	11	0	3	10	6
Trauma previo (%)										
Ninguno	NA	7	NA	48	27	42	45	41	50	29
No interpersonal	NA	67	NA	42	61	38	28	46	50	40
Interpersonal	NA	22	NA	7	12	19	27	13	0	14
Puntuación inicial en CAPS (media ± DE)	21.6±15.3	33.8±31.5	13.3±13.0	24.8±22.6	16.9±15.6	25.9±24.7	20.0±17.4	20.7±18.5	38.5±19.4	27.4±25.1
PTSD al final (%)	3.7	25.9	4.3	9.1	9.9	19.4	8.7	5.7	2.4	11.8

CAPS, Escala de PTSD DSM-IV Administrada por Profesional Clínico; PTSD, trastorno por estrés posttraumático; SUI, Suiza; ISR, Israel; US, Estados Unidos; AUS, Australia; JPN, Japón; NLD, los Países Bajos. NA, no disponible

Tabla 2. Comparación de participantes con datos completos e incompletos

Variable	Completa (N=1,682)	Incompleta (N=791)	p
Edad (media ± DE)	37.5±14.1	39.0±13.6	0.347
CAPS ₀ (media ± DE)	21.0±26.0	14.0±22.3	<0.001
Género, N (%)			
Masculino	1,028 (66)	533 (34)	<0.001
Femenino	654 (72)	251 (28)	
Grupo étnico, N (%)			
Caucásicos	1,502 (76)	481 (24)	<0.001
No caucásicos	180 (97)	5 (3)	
Escolaridad, N (%)			
Por lo menos educación secundaria	1,389 (73)	505 (27)	0.057
Menos de educación secundaria	293 (69)	133 (31)	
Estado conyugal, N (%)			
Casado/vive con una pareja	860 (74)	304 (26)	0.005
Soltero no vive con una pareja	822 (69)	375 (31)	
Tipo de trauma N (%)			
Accidente automovilístico	1,285 (75)	421 (25)	<0.001
Otros no interpersonales	291 (47)	329 (53)	
Interpersonal	106 (77)	31 (23)	
Trauma previo, N (%)			
Ninguno	298 (86)	49 (14)	<0.001
No interpersonal	626 (87)	93 (13)	
Interpersonal	758 (76)	233 (24)	
PTSD como variable, N (%)			
No	1,474 (68)	708 (32)	0.178
Sí	208 (71)	83 (29)	

PTSD, trastorno por estrés postraumático; CAPS₀, Puntuación Inicial en la escala de PTSD para DSM-IV Administrada por Profesional Clínico

(por ejemplo, violencia física o sexual, guerra o terror), b) ante la falta del primero, la exposición o por lo menos un caso de trauma no interpersonal (por ejemplo, accidentes de tránsito en la carretera) y c) ninguna exposición a trauma. Eventos traumáticos que dieron lugar al ingreso a atención aguda actual se clasificaron como accidentes en vehículos motorizados, otros eventos no interpersonales y violencia interpersonal (por ejemplo, asaltos).

Complejidad de datos y manejo de observaciones faltantes

Los datos de CAPS₀ estuvieron disponibles para los 2.473 participantes. Los datos sobre edad, género y trauma actual estuvieron disponibles para más de 99% de la muestra. El estado conyugal faltó en 4,5%, la formación educativa en 6,2%, el grupo étnico en 12,3% y el traumatismo previo en 16,8% de la muestra.

Los participantes en los que faltó por lo menos una variable (N=791; 32%) fueron diferentes de aquellos con datos completos (N=1.682) con respecto a varios indicadores de riesgo (Tabla 2). Para resolver estas observaciones omitidas, presentamos análisis en los cuales los predictores faltantes fueron manejados mediante múltiples ecuaciones encadenadas (MICE) realizadas en la IPD⁷⁷.

Se crearon diez series de datos imputados después de 20 iteraciones y los resultados se combinaron utilizando el método de Rubin⁷⁸. Para exhaustividad, también calculamos los resultados utilizando individuos que tenían datos completos (es decir, sin imputación). Los resultados no fueron sustancialmente diferentes a los obtenidos tras la imputación y están disponibles a petición.

Análisis de datos

Las diferencias en frecuencia y gravedad de predictores de riesgo entre participantes con y sin PTSD al final fueron evaluadas utilizando pruebas de Mann-Whitney para predictores de riesgo continuo y pruebas de la X² para predictores de riesgo categóricos. El número de participantes que admitió cada puntuación de gravedad en CAPS₀ (suavizada para intervalos de cinco puntos) fue visualizado utilizando un histograma, por separado para todos los participantes y para aquellos con PTSD al final del estudio.

El tamaño de la muestra relativamente grande en la serie de datos de ICPP nos permitió para obtener estimaciones burdas simples de la probabilidad de PTSD corriente abajo para cada puntuación en CAPS₀. El estimador utilizado fue la fracción de casos de PTSD entre todos los individuos con una determinada puntuación en CAPS₀, suavizada con un intervalo de cinco puntos adyacentes.

Se obtuvieron modelos de regresión logística utilizando CAPS₀ como el único predictor (modelo de CAPS₀), CAPS₀ más todos los predictores de riesgo (modelo completo) y CAPS₀ más únicamente predictores significativos (modelo de predictores significativos). Los ajustes de los modelos fueron evaluados utilizando la puntuación de Brier⁷⁹, la R² de Efron, el cociente previsto/bruto del modelo y el área bajo la curva de eficacia diagnóstica (AUC).

La puntuación de Brier⁷⁹ mide la exactitud de las predicciones probabilísticas. Expresa el error estándar medio de la diferencia al cuadrado entre las probabilidades estimadas y la verdadera clasificación del PTSD. Su rango es de 0 a 1. Una puntuación de Brier de 0 representa un modelo perfecto y puntuaciones de 0,25 o más señalan un modelo no informativo. R² de Efron es la correlación entre las probabilidades previstas y las probabilidades suavizadas.

Se consideraron dos opciones para seleccionar el intercepto del modelo de regresión: un intercepto de efectos fijos, en el que una intercepción común se estima después de combinar o “apilarse” los datos en conjunto, y una intercepción de efectos aleatorios, en la que la intercepción se permite variar según estudio⁴⁴. No se han recomendado efectos aleatorios (o métodos estratificados) cuando la prevalencia de una variable varía sustancialmente entre los estudios⁴⁴, como es el caso con los estudios de ICPP. Como alternativa, se podría postular que la heterogeneidad en la prevalencia de PTSD como variable en los estudios de ICPP reflejó la heterogeneidad en la distribución de la gravedad en CAPS₀ entre los estudios, lo cual se debió a variabilidad en la rutina de muestreo de los estudios. Bajo esta hipótesis, podrían verse estudios de ICPP como representativos de diferentes muestreos de una población parental común de ingresos a atención aguda por trauma.

Para evaluar los dos modelos, comparamos los ajustes predictivos de los efectos fijos y las regresiones logísticas de efectos aleatorios con CAPS₀ como el único predictor, utilizando un método de bootstrap donde los participantes fueron muestreados en forma aleatoria con reemplazo, se obtuvieron los modelos y luego se estimaron las probabilidades previstas con base en los dos modelos entre los participantes excluidos. Para cada método, se obtuvieron

el cociente de diagnósticos de PTSD esperados y diagnósticos de PTSD reales (esperado/observado o E/O), la β_{global} del declive de calibración (el declive de una regresión logística de las probabilidades previstas sobre el PTSD como variable) y la puntuación de Brier. Una E/O alejada de 1 indica si la intercepción del modelo, que determina la prevalencia prevista de PTSD, es demasiado alta o demasiado baja, mientras que el sesgo de calibración refleja la heterogeneidad de las asociaciones de predictor/variable o el sobreajuste de los datos⁴⁴. Este proceso se repitió 100 veces con estadísticas promediadas entre las iteraciones. Un hallazgo de resultados más deficientes en el modelo de efectos fijos en comparación con el modelo de efectos aleatorizados indicaría que los estudios fueron demasiado heterogéneos para analizarse en conjunto después de tomar en cuenta las diferencias en la distribución de CAPS₀.

Las diferencias en la probabilidad prevista de PTSD dados diferentes factores de riesgo se estimaron extrayendo 1.000 simulaciones posteriores de los coeficientes β de cada modelo, prediciendo el PTSD como variable en cada valor de CAPS₀ con diferentes perfiles de riesgo (por ejemplo, género masculino frente a femenino) y evaluando las diferencias entre las probabi-

lidades previstas en las puntuaciones en CAPS₀ inicial⁸⁰.

El intervalo de tiempo seleccionado para determinar la categoría de PTSD al final (122-456 días; 4-15 meses) maximizó el número de estudios de ICPP incluidos en cada intervalo de tiempo. Para evaluar si la amplitud sustancial de cada intervalo de tiempo afectaba los resultados, y para producir además una estimación de la probabilidad de PTSD prolongado, repetimos las regresiones logísticas utilizando participantes cuya categoría de PTSD se obtuvo 9 a 15 meses (273-456 días) después de los eventos traumáticos.

RESULTADOS

Características, predictores de riesgo y puntuaciones en CAPS₀

La edad promedio de los participantes al inicio del estudio era $39,0 \pm 13,9$ años. Hubo menos participantes femeninos (37%) en la muestra que masculinos. Los accidentes en vehículos motorizados fueron el traumatismo índice más común, seguido de otros tipos de trauma no interpersonal (25%) y trauma interpersonal (6%). La mediana de tiempo transcurrido hasta la evaluación

Tabla 3. Variables de muestras estratificadas según categoría de trastorno por estrés postraumático (PTSD) como variable

Variable	No PTSD al final	PTSD al final	Muestra total	p
N (%)	2,182 (88)	291 (12)	2,473	
Edad (media \pm DE)	38.0 \pm 14.2	39.0 \pm 11.8	39.0 \pm 13.9	0.366
CAPS ₀ (media \pm DE)	23.1 \pm 21.4	59.6 \pm 27.8	27.4 \pm 25.1	<0.001
Género, N (%)				
Masculino	1,418 (91)	143 (9)	1,561	<0.001
Femenino	757 (84)	148 (16)	905	
Faltante			7 (0.3)	
Grupo étnico, N (%)				
Caucásicos	1,742 (88)	241 (12)	1,983	0.592
No caucásicos	165 (89)	20 (11)	185	
Faltante			305 (12.3)	
Escolaridad, N (%)				
Por lo menos educación secundaria	1,698 (90)	196 (10)	1,894	0.051
Menos de educación secundaria	368 (86)	58 (14)	426	
Faltante			153 (6.2)	
Estado conyugal, N (%)				
Casado/vive con una pareja	1,035 (89)	129 (11)	1,164	0.780
Soltero/no vive con pareja	1,060 (89)	137 (11)	1,197	
Faltante			112 (4.5)	
Tipo de trauma actual, N (%)				
Accidente automovilístico	1,485 (87)	221 (13)	1,706	<0.001
Otros no interpersonales	588 (95)	32 (5)	620	
Interpersonal	100 (73)	37 (27)	137	
Faltante			10 (0.4)	
Trauma previo, N (%)				
Ninguno	308 (89)	39 (11)	347	0.061
No interpersonal	641 (89)	78 (11)	719	
Interpersonal	848 (86)	143 (14)	991	
Faltante			416 (16.8)	

Las comparaciones (valores de p) son entre participantes frente a sin PTSD al final CAPS₀. Puntuación Inicial en la Escala de PTSD para DSM-IV Administrada por Profesional Clínico

inicial fue $15 \pm 16,7$ días (rango 1-60). La mediana de tiempo hasta la evaluación final fue $333 \pm 103,1$ días (rango 122-456).

La prevalencia de PTSD como variable fue 11,8% (N=291). El PTSD como variable fue significativamente más frecuente entre participantes femeninos (16,4%, en comparación con 9,2% en varones, $p < 0,001$) y en participantes que sufrieron trauma interpersonal en comparación con un accidente en vehículo motorizado y otros eventos traumáticos (respectivamente, 27%, 5% y 13%, $p < 0,001$). No se observaron diferencias significativas según grupo étnico, estado conyugal o edad (Tabla 3).

El histograma en la Figura 1 muestra el número de participantes que admitieron cada puntuación en CAPS₀, suavizada para un intervalo de cinco puntos. Como puede verse, el número total de participantes disminuye progresivamente conforme se incrementan las puntuaciones en CAPS₀. Las puntuaciones en CAPS₀ de participantes con PTSD al final, no obstante, abarcan toda la gama de gravedad del instrumento, de manera que la proporción de aquellos con PTSD como variable aumenta conforme se incrementa la gravedad en CAPS₀.

Predicción de PTSD como variable

Los resultados de modelos de efectos fijos utilizando únicamente CAPS₀ (modelo de CAPS₀), CAPS₀ más todos los predictores disponibles (modelo completo) y CAPS₀ más únicamente predictores significativos (modelo de predictores significativos) se presentan en la Tabla 4.

El modelo de CAPS₀ (representado en el gráfico de la Figura 2 junto con intervalo de confianza del 95%) se ajusta bien (R^2 de Efron = 0,230; puntuación de Brier = 0,080; AUC = 0,847), con una correlación muy alta entre la probabilidad prevista del modelo y la estimación suavizada de la probabilidad condicional ($r=0,976$). La regresión logística utilizando el modelo completo demostró que el género femenino ($\beta=0,309$; SE=0,151; $p=0,041$), el tener un nivel de educación inferior a secundaria ($\beta=0,486$; SE=0,188; $p=0,009$), y el trauma interpersonal previo

($\beta=0,662$; SE=0,238; $p=0,006$) contribuyeron en grado significativo al desenlace de PTSD.

Con la inclusión de todos los indicadores de riesgo (modelo completo) o el de factores significativamente contribuyentes (modelo de predictores significativos), la precisión se mantuvo elevada (respectivamente, correlación de probabilidad suavizada = 0,941; R^2 de Efron = 0,246; puntuación de Brier = 0,078; AUC = 0,855; y correlación de probabilidad suavizada = 0,946; R^2 de Efron = 0,246; puntuación de Brier = 0,078, AUC = 0,851). Por consiguiente, añadir género femenino, exposición a violencia interpersonal en el curso de la vida y nivel de educación inferior a secundaria al modelo de CAPS₀ aumentó la probabilidad de PTSD y a la vez mantuvo la precisión del modelo de CAPS₀.

En el análisis mediante el método de bootstrap en que se comparó el modelo logístico de efectos fijos con un modelo de efectos aleatorios utilizando solo CAPS₀ como un predictor, el cociente E/O y la β_{global} del modelo de efectos fijos (1,01 y 1,00, respectivamente) se acercó más a 1,00 que el modelo de efectos aleatorios (1,14 y 0,75, respectivamente), y la puntuación de Brier fue más baja en promedio para el modelo de efectos fijos (0,081; SD = 0,01) que el modelo de efectos aleatorios (0,084; SD = 0,01). En general, el modelo de efectos fijos parece estimar el número probable de participantes con PTSD en el seguimiento con más precisión, con menos heterogeneidad o sobreajuste, que el modelo de efectos aleatorios, lo que respalda por tanto la agrupación de estudios participantes.

Después de tomar en cuenta el efecto de CAPS₀, se observó que participantes femeninos tenían un riesgo mayor máximo de 5% (IC del 95%: -2% a 12%) para PTSD al final en comparación con participantes masculinos. Además, participantes con todos los factores de riesgo significativos (es decir, género femenino, nivel educativo inferior a secundaria y exposición a trauma interpersonal previo) tuvo un incremento de 34% (IC del 95%: 20-48%) en el riesgo de PTSD en comparación con participantes sin algún factor de riesgo significativo (es decir, hombres con educación secundaria y sin trauma interpersonal previo). Las probabilidades estimadas y los intervalos

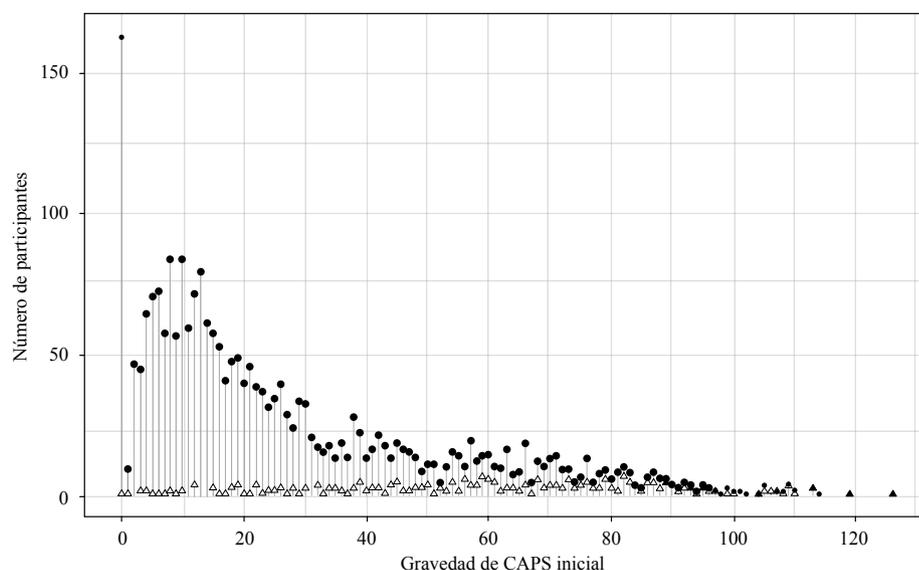


Figura 1. Histograma de las puntuaciones de gravedad de síntomas de PTSD iniciales entre los participantes (CAPS₀, puntuaciones totales). Los puntos representan participantes individuales; los triángulos superpuestos, a los que después desarrollaron PTSD. PTSD, trastorno por estrés postraumático; CAPS₀, puntuación inicial en la Escala de PTSD para DSM-IV Administrada por Profesional Clínico.

Tabla 4. Coeficientes (con EE) y estadísticos del ajuste derivados de los predictores significativos de CAPS₀ y modelos completos

Parámetros de modelo	Modelo de CAPS ₀	Modelo de predicción significativa	Modelo completo
Intercepción	-3.981*** (0.149)	-4.628*** (0.27)	-4.659*** (0.377)
CAPS ₀	0.05*** (0.003)	0.051*** (0.003)	0.05*** (0.003)
Mujer	-	0.307* (0.149)	0.309* (0.151)
Edad	-	-	0 (0.006)
Educación inferior a secundaria	-	0.483** (0.186)	0.486** (0.188)
No caucásico	-	-	0.42 (0.281)
Soltero	-	-	0.051 (0.164)
Evento traumático actual			
Interpersonal	-	-	0.286 (0.255)
Otros	-	-	-0.201 (0.222)
Exposición a trauma en el curso de la vida			
No interpersonal	-	0.113 (0.249)	0.128 (0.249)
Interpersonal	-	0.656** (0.237)	0.662** (0.238)
R ² de Efron	0.23	0.246	0.246
Correlación de probabilidad suavizada	0.976	0.946	0.941
Puntuación de Brier	0.08	0.078	0.078
AUC	0.847	0.851	0.855

*p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001

CAPS₀, puntuación inicial en la Escala de PTSD para DSM-IV Administrada por Profesional Clínico; AUC, área bajo la curva de eficacia diagnóstica

de confianza del 95% para PTSD al final con base en cada combinación de los predictores significativos se proporcionan en la Tabla 5.

Utilizando datos de participantes cuya evaluación en el último seguimiento fue entre 9 y 15 meses a partir del evento traumático (N=1.359) para ajustar una regresión logística solo en CAPS₀ generó probabilidades de predicción similares (véase línea discontinua en Figura 2), con una precisión de modelo similar (R² de Efron = 0,195; puntuación de Brier = 0,071; AUC = 0,822).

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que la probabilidad de cumplir los criterios diagnósticos de PTSD 4 a 15 meses después del ingreso a cuidados agudos es modelada de manera fiable mediante una función logística de la gravedad inicial de los síntomas de PTSD. Añadidos a este modelo, género femenino, tener un nivel de educación inferior a secundario y trauma interpersonal previo se asocia-

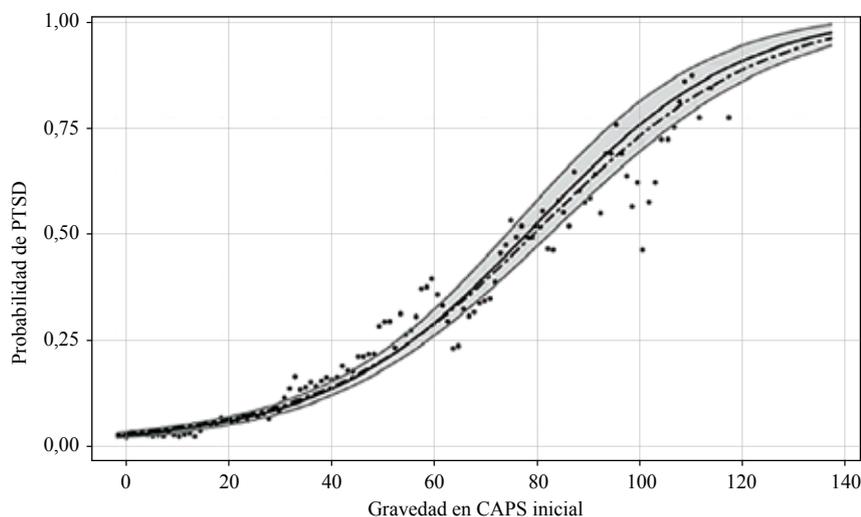


Figura 1. Probabilidades previstas de PTSD como variable condicional a las puntuaciones de gravedad iniciales (CAPS₀). Los puntos representan la probabilidad condicional bruta de PTSD en el seguimiento dada la puntuación en CAPS₀, suavizada con un núcleo de amplitud 5. La línea negra continua representa la probabilidad prevista por el modelo logística dada la puntuación en CAPS₀. El área gris es el intervalo de confianza del 95% para el modelo de predicción. La línea discontinua representa la función predictora derivada de participantes con observaciones de seguimiento después de los 9 meses. PTSD, trastorno por estrés pros-traumático; CAPS₀ – puntuación inicial en la Escala de PTSD para DSM-IV Administrada por Profesional Clínico.

Tabla 5. Probabilidades estimadas (con IC del 95%) de diagnóstico de PTSD en el punto final según valores crecientes de puntuaciones en CAPS₀

Puntuación total en CAPS ₀	Probabilidad de PTSD (solo CAPS ₀)	Probabilidad de PTSD según género (CAPS ₀ más género)		Probabilidad de PTSD según género (CAPS ₀ más formación secundaria y trauma interpersonal previo)	
		Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
0	0,018 (0,014-0,024)	0,017 (0,013-0,023)	0,021 (0,015-0,029)	0,030 (0,020-0,043)	0,041 (0,025-0,061)
5	0,024 (0,018-0,030)	0,022 (0,017-0,029)	0,027 (0,020-0,037)	0,038 (0,026-0,054)	0,052 (0,033-0,076)
10	0,03 (0,024-0,038)	0,028 (0,021-0,036)	0,034 (0,025-0,046)	0,049 (0,034-0,068)	0,065 (0,042-0,095)
15	0,038 (0,031-0,047)	0,035 (0,028-0,045)	0,043 (0,033-0,056)	0,062 (0,044-0,085)	0,083 (0,054-0,119)
20	0,048 (0,040-0,059)	0,045 (0,036-0,056)	0,055 (0,042-0,070)	0,079 (0,056-0,106)	0,104 (0,070-0,147)
25	0,061 (0,051-0,073)	0,057 (0,046-0,069)	0,069 (0,054-0,086)	0,099 (0,071-0,132)	0,130 (0,089-0,181)
30	0,077 (0,066-0,090)	0,071 (0,059-0,086)	0,086 (0,069-0,106)	0,124 (0,091-0,163)	0,161 (0,113-0,220)
35	0,097 (0,084-0,112)	0,090 (0,075-0,106)	0,108 (0,088-0,130)	0,154 (0,114-0,201)	0,198 (0,142-0,265)
40	0,121 (0,106-0,138)	0,112 (0,094-0,132)	0,134 (0,111-0,161)	0,190 (0,143-0,245)	0,241 (0,177-0,317)
45	0,150 (0,133-0,169)	0,139 (0,117-0,162)	0,165 (0,139-0,195)	0,232 (0,177-0,296)	0,290 (0,218-0,375)
50	0,185 (0,165-0,207)	0,171 (0,145-0,199)	0,202 (0,172-0,235)	0,280 (0,217-0,352)	0,345 (0,264-0,436)
55	0,226 (0,201-0,251)	0,208 (0,176-0,241)	0,244 (0,209-0,284)	0,334 (0,262-0,413)	0,404 (0,315-0,500)
60	0,272 (0,243-0,302)	0,252 (0,213-0,292)	0,293 (0,253-0,337)	0,392 (0,312-0,477)	0,466 (0,372-0,564)
65	0,324 (0,289-0,360)	0,301 (0,256-0,349)	0,346 (0,300-0,393)	0,453 (0,367-0,543)	0,528 (0,431-0,626)
70	0,381 (0,340-0,423)	0,355 (0,302-0,410)	0,404 (0,352-0,455)	0,516 (0,425-0,608)	0,590 (0,492-0,685)
75	0,442 (0,394-0,488)	0,413 (0,353-0,475)	0,464 (0,406-0,519)	0,579 (0,484-0,670)	0,649 (0,553-0,739)
80	0,504 (0,450-0,555)	0,474 (0,409-0,540)	0,525 (0,463-0,582)	0,638 (0,544-0,726)	0,704 (0,612-0,787)
85	0,566 (0,507-0,621)	0,535 (0,465-0,604)	0,586 (0,519-0,644)	0,694 (0,602-0,776)	0,754 (0,668-0,829)
90	0,625 (0,564-0,682)	0,595 (0,524-0,665)	0,644 (0,576-0,702)	0,745 (0,657-0,819)	0,797 (0,720-0,864)
95	0,682 (0,619-0,738)	0,653 (0,579-0,722)	0,698 (0,631-0,752)	0,790 (0,708-0,855)	0,835 (0,765-0,893)
100	0,733 (0,671-0,787)	0,706 (0,632-0,772)	0,747 (0,682-0,798)	0,828 (0,754-0,886)	0,867 (0,805-0,916)
105	0,778 (0,719-0,830)	0,754 (0,682-0,816)	0,790 (0,729-0,838)	0,861 (0,795-0,911)	0,893 (0,840-0,934)
110	0,818 (0,763-0,864)	0,796 (0,730-0,853)	0,828 (0,769-0,871)	0,888 (0,830-0,931)	0,915 (0,869-0,949)
115	0,852 (0,801-0,893)	0,833 (0,773-0,883)	0,860 (0,807-0,899)	0,911 (0,861-0,946)	0,932 (0,894-0,961)
120	0,881 (0,835-0,917)	0,864 (0,809-0,909)	0,887 (0,839-0,921)	0,929 (0,887-0,959)	0,947 (0,915-0,970)
125	0,904 (0,864-0,935)	0,890 (0,840-0,929)	0,909 (0,867-0,938)	0,944 (0,908-0,968)	0,958 (0,931-0,977)
130	0,924 (0,888-0,950)	0,912 (0,868-0,945)	0,927 (0,890-0,952)	0,956 (0,926-0,976)	0,967 (0,945-0,982)
135	0,939 (0,909-0,962)	0,929 (0,892-0,957)	0,942 (0,910-0,963)	0,965 (0,940-0,981)	0,974 (0,956-0,986)

PTSD, trastorno por estrés postraumático; CAPS₀, puntuación inicial en Escala de PTSD Administrada por Profesional Clínico para DSM-IV. Véase toda la serie de combinaciones de indicador de riesgo en https://wvdmel.shinyapps.io/PTSD_Risk_Lookup/.

ron a mayor probabilidad de PTSD al final. Otros factores de riesgo previamente documentados, como edad, estado conyugal y tipo de trauma actual, no mejoraron la predicción con respecto al modelo que tuvo puntuación en CAPS₀ como el único predictor. Lo que es importante, el margen de error limitado de la estimación de riesgo importante permite su uso clínico para evaluar la probabilidad de PTSD para cada combinación de los indicadores de riesgos significativos.

El efecto creciente limitado de varios factores de riesgo documentados fue un hallazgo inesperado, lo que indica que la contribución de estos factores a la probabilidad de PTSD es mediada sobre por su efecto sobre la gravedad de cada síntoma. En congruencia con este punto de vista, una comparación previa de PTSD después de ataques terroristas con PTSD subsiguiente a accidentes en vehículos motorizados del mismo servicio de urgencias demostró que la mayor prevalencia de PTSD a los 4 meses después de ataques terroristas (38% frente a 19%) era explicable completamente por las respuestas iniciales de los sobrevivientes, lo que incluyó los síntomas de PTSD en una semana, frecuencia

cardiaca en servicio de urgencias y disociación peritraumática⁶¹.

Nuestros resultados amplían hallazgos previos de una relación entre síntomas de PTSD iniciales intensos y recibir un diagnóstico de PTSD⁵⁵⁻⁶² al resaltar el valor informativo añadido de estimaciones de probabilidad relacionadas con la clasificación predictiva. La distribución uniforme de las puntuaciones en CAPS₀ iniciales de los participantes con PTSD ilustra un obstáculo para los modelos de clasificación, a saber: los sobrevivientes de trauma que tarde o temprano desarrollan PTSD tuvieron su gravedad de síntomas iniciales distribuida en toda la gama de puntuaciones totales en CAPS₀, lo que cuestiona el empleo de un umbral para separar casos futuros de los no casos. Predecir quién desarrollará PTSD, lo mismo que predecir quién entre intensos fumadores desarrollaran cáncer de pulmón, es una tarea difícil, a menudo reemplazada por estimaciones de probabilidad. Los modelos de clasificación han aportado información importante a nuestra comprensión de la etiología y la patogenia de los trastornos⁸¹⁻⁸⁶. Sin embargo, las estimaciones de probabilidad pueden estar mejor ajustadas para cuantificar el riesgo

individual. Al igual que en otros campos de la medicina⁴⁸⁻⁵⁴, cuantificar el riesgo finalmente fundamenta la acción clínica.

¿Cómo pueden nuestros resultados aportar información para la acción clínica? Considérese, por ejemplo, tres mujeres sobrevivientes con una puntuación en CAPS₀ de 20, 40, 60, respectivamente; un nivel educativo inferior a secundaria, y exposición en el curso de la vida a violencia interpersonal. Estos individuos tendrán, respectivamente, 10,4% (IC del 95%: 7,0 – 14,7), 24,1% (IC del 95%: 17,7 – 31,7) y 46,6% (IC del 95%: 37,2 – 56,4) de probabilidades de presentar PTSD crónico. Los hombres sobrevivientes con las mismas puntuaciones iniciales y sin factores de riesgo adicionales tendrán, respectivamente, 2,7% (IC del 95%: 1,8 – 4,0), 7,1% (IC del 95%: 4,8 – 10,1) y 17,3% (IC del 95%: 12,2 – 23,4) probabilidades de presentar PTSD crónico. Los individuos que admiten la puntuación más alta en CAPS₀, de los dos géneros, podrían considerarse como pacientes que necesitan atención clínica, por ejemplo, una intervención temprana. Las puntuaciones más bajas pueden justificar una “conducta expectante” con evaluaciones adicionales.

Una fortaleza de este estudio se deriva del uso de datos de un gran número de participantes de contextos cultural y geográficamente diversos. Cada investigación incluida utilizó un diseño longitudinal, evaluó síntomas de PTSD poco después del trauma índice y basó su evaluación de síntomas y categoría diagnóstica en instrumentos de CAPS validado en forma repetida.

Al interpretar nuestros hallazgos, no obstante, se han de considerar algunas limitaciones. En primer lugar, el marco de tiempo para determinar el estado de PTSD en nuestros análisis principales fue 4-15 meses, y por tanto muy amplios. Sin embargo, cuando los datos se restringieron a participantes que se volvieron a entrevistar más de 9 meses después del trauma, el modelo de predicción logística resultante se mantuvo esencialmente sin cambio. Nuestra predicción, no obstante, está calibrada para el marco de tiempo más amplio y más temprano y centrada en los días 333,0 ± 103,1 (menos de 1 año) a partir de la exposición al trauma.

En segundo lugar, varios predictores de riesgo fueron armonizados debido a la variedad de instrumentos utilizados por investigadores de los centros, lo que dio lugar a una pérdida del detalle. Aunque estas variables armonizadas (educación inferior a secundaria, trauma interpersonal en el curso de la vida) han contribuido a estimaciones de probabilidad de PTSD, los resultados que implican variables recodificadas pueden pasar por alto información de predictores importante. Sin embargo, los predictores simplificados podrían ser más fáciles de obtener en la práctica clínica y se utilizan ampliamente en modelos predictivos en otros campos de la medicina (por ejemplo, “tabaquismo sí/no” y “diabetes sí/no” en la puntuación de riesgo de enfermedad cardiovascular a 10 años de Framingham).

En tercer lugar, los datos de ICPP muestran considerable heterogeneidad de estudios contribuyentes, lo cual, según se describió antes, planteó inquietudes metodológicas sobre el mejor enfoque para la combinación de datos. Encontramos que el modelo de efectos fijos fue más exacto que el modelo de efectos aleatorios dependiente de la fuente de datos y por tanto justificó la combinación de diferentes estudios. También creemos que un modelo de efectos fijos es más aplicable a los nuevos entornos, pues se estimó entre los estudios un declive global e intercepción. Sin embargo, nuestra elección no está más allá de la crítica ni tampoco está exenta de relevancia: Las compilaciones de datos considerables de múltiples fuentes en la actualidad se evalúan en la investigación genética, genómica y de estudios por imágenes⁸⁷, todos los cuales tienen

que lidiar con la heterogeneidad de la fuente de datos semejante a la iniciativa de ICPP. Nuestra premisa teórica de que estudios de ICPP fueron subseries de muestreo diferenciales de una población subyacente de referencia (es decir, ingresos a cuidados agudos por trauma) se ha de corroborar mediante el examen de la herramienta de evaluación de riesgo resultante en sobrevivientes de trauma recién ingresados para atención aguda.

La utilización de la entrevista clínica estructurada de CAPS puede añadir alguna carga a la prestación de servicios, y esta entrevista no es propiamente un instrumento de detección. Además, varios síntomas de PTSD (es decir, CAPS) (por ejemplo, insomnio, evitación, incapacidad para recordar aspectos importantes de un evento traumático) pueden no estar presentes durante el ingreso al servicio de urgencias. No obstante, la CAPS inicial es un indicador de riesgo robusto. En futuras investigaciones se ha de explorar alternativas para la detección más tempranas y más sencillas, o establecer modelos escalonados de “detección sistemática y predicción”, comenzando en el ingreso al servicio de urgencias y para predecir la probabilidad de expresión de altos niveles de síntomas tempranos de PTSD.

Por último, nuestro modelo fue desarrollado utilizando ingresos a atención aguda por trauma, y por consiguiente su implementación en otras circunstancias traumáticas (por ejemplo, adversidades prolongadas como guerras, cautiverio y reubicación) puede precisar ajustes. No obstante las estimaciones de riesgo precisas para otras circunstancias traumáticas, consideramos que se ha demostrado convincentemente aquí que la gravedad de los síntomas iniciales es un predictor importante del riesgo de PTSD, y que, como tal, su evaluación entre sobrevivientes individuales proporciona una advertencia válida y un llamado a la acción.

Estas limitaciones no se contraponen a la robustez de nuestras estimaciones de probabilidad y su capacidad para respaldar una evaluación de riesgo personal en sobrevivientes individuales. Se utilizan herramientas de estimaciones de riesgo similares en otros dominios médicos para respaldar decisiones clínicas (por ejemplo, para determinar probabilidad de cáncer de mama⁴⁸ o de pulmón^{49,50} dados indicadores de riesgo). Las estimaciones de riesgo proporcionadas en esta investigación también se pueden utilizar para detonar acciones (sea seguimiento a la expectativa o intervención temprana) de acuerdo con recursos locales y la conveniencia de la prevención.

Cuantificar el riesgo individual es un avance en la planeación de servicios e intervenciones, que se dirige mejor a individuos con alto riesgo y en última instancia disminuye la carga de PTSD después del ingreso a cuidados agudos.

APÉNDICE

Miembros del Consorcio Internacional para Predecir PTSD son: Yael Errera-Ankri, Anna C. Barbano, Sarah Freedman, Jessie Frijling, Carel Goslings, Jan Luitse, Alexander McFarlane, Derrick Silove, Hanspeter Moergeli, Joanne Mouthaan, Daisuke Nishi, Meaghan O'Donnell, Marit Sijbrandij, Sharain Suliman y Mirjam van Zuiden.

AGRADECIMIENTOS

A.Y. Shalev, M. Gevonden, A. Ratanatharathorn y E. Laska contribuyeron a esta investigación como primeros autores conjuntos. El estudio fue financiado por un apoyo económico de US National Institute of Mental Health grant (MH101227) o otorgado a A. Shalev, R. Kessler y K. Koenen.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stein DJ, Karam EG, Shahly V et al. Post-traumatic stress disorder associated with life-threatening motor vehicle collisions in the WHO World Mental Health Surveys. *BMC Psychiatry* 2016;16:257.
2. Hoge CW, Castro CA, Messer SC et al. Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *N Engl J Med* 2004;351:13-22.
3. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: the burden to the individual and to society. *J Clin Psychiatry* 2000;61(Suppl. 5):4-12.
4. Breslau N, Peterson E, Poisson L et al. Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychol Med* 2004;34:889-98.
5. Committee on the Assessment of Ongoing Efforts in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. *Treatment for posttraumatic stress disorder in military and veteran populations: final assessment*. Washington: Institute of Medicine National Research Council, 2014.
6. Roberts NP, Roberts PA, Jones N et al. Psychological therapies for posttraumatic stress disorder and comorbid substance use disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;4:CD010204.
7. Sijbrandij M, Kleiboer A, Bisson JI et al. Pharmacological prevention of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry* 2015;2:413-21.
8. Roberts NP, Roberts PA, Jones N et al. Psychological interventions for posttraumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015;38:25-38.
9. Hoskins M, Pearce J, Bethell A et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2015;206:93-100.
10. Andrews B, Brewin CR, Philpott R et al. Delayed-onset posttraumatic stress disorder: a systematic review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2007;164:1319-26.
11. Bryant RA, Nickerson A, Creamer M et al. Trajectory of posttraumatic stress following traumatic injury: 6-year follow-up. *Br J Psychiatry* 2015; 206:417-23.
12. Galatzer-Levy IR, Ankri Y, Freedman S et al. Early PTSD symptom trajectories: persistence, recovery, and response to treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study (J-TOPS). *PLoS One* 2013;8:e70084.
13. Kessler RC, Rose S, Koenen KC et al. How well can posttraumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry* 2014;13:265-74.
14. Smid GE, Mooren TT, van der Mast RC et al. Delayed posttraumatic stress disorder: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis of prospective studies. *J Clin Psychiatry* 2009;70:1572-82.
15. Shalev AY, Ankri Y, Israeli-Shalev Y et al. Prevention of posttraumatic stress disorder by early treatment: results from the Jerusalem Trauma Outreach and Prevention Study. *Arch Gen Psychiatry* 2012;69:166-76.
16. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J et al. Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;3:CD006869.
17. Sijbrandij M, Olf M, Reitsma JB et al. Treatment of acute post-traumatic stress disorder with brief cognitive behavioral therapy: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 2007;164:82-90.
18. Bryant RA. Early predictors of posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2003;53:789-95.
19. Galatzer-Levy IR, Ma S, Statnikov A et al. Utilization of machine learning for prediction of post-traumatic stress: a re-examination of cortisol in the prediction and pathways to non-remitting PTSD. *Transl Psychiatry* 2017;7:e1070.
20. Bryant RA, O'Donnell ML, Creamer M et al. A multisite analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry* 2013;70: 839-46.
21. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000;68:748-66.
22. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL et al. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2003;129:52-73.
23. Mollica RF, Sarajlić N, Chernoff M et al. Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees. *JAMA* 2001;286:546-54.
24. Silver RC, Holman EA, McIntosh DN et al. Nationwide longitudinal study of psychological responses to September 11. *JAMA* 2002;288:1235-44.
25. Dougall AL, Ursano RJ, Posluszny DM et al. Predictors of posttraumatic stress among victims of motor vehicle accidents. *Psychosom Med* 2001;63: 402-11.
26. Koenen KC, Stellman JM, Stellman SD et al. Risk factors for course of posttraumatic stress disorder among Vietnam veterans: a 14-year follow-up of American legionnaires. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:980-6.
27. Ryb GE, Dischinger PC, Read KM et al. PTSD after severe vehicular crashes. *Ann Adv Automot Med* 2009;53:177-93.
28. Ehring T, Kleim B, Clark DM et al. Screening for posttraumatic stress disorder: what combination of symptoms predicts best? *J Nerv Ment Dis* 2007; 195:1004-12.
29. Mouthaan J, Sijbrandij M, Reitsma JB et al. Comparing screening instruments to predict posttraumatic stress disorder. *PLoS One* 2014;9:e97183.
30. Walters JT, Bisson JI, Shepherd JP. Predicting post-traumatic stress disorder: validation of the Trauma Screening Questionnaire in victims of assault. *Psychol Med* 2007;37:143-50.
31. O'Donnell ML, Creamer MC, Parslow R et al. A predictive screening index for posttraumatic stress disorder and depression following traumatic injury. *J Consult Clin Psychol* 2008;76:923-32.
32. Smits N, Smit F, Cuijpers P et al. Using decision theory to derive optimal cut-off scores of screening instruments: an illustration explicating costs and benefits of mental health screening. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007;16: 219-29.
33. Brewin CR. Risk factor effect sizes in PTSD: what this means for intervention. *J Trauma Dissociation* 2005;6:123-30.
34. Heron-Delaney M, Kenardy J, Charlton E et al. A systematic review of predictors of posttraumatic stress disorder (PTSD) for adult road traffic crash survivors. *Injury* 2013;44:1413-22.
35. Kilpatrick DG, Resnick HS, Milanak ME et al. National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *J Trauma Stress* 2013;26:537-47.
36. Bonnie RJ, Fulco CE, Liverman CT (eds). *Reducing the burden of injury: advancing prevention and treatment*. Washington: National Academy Press, 1999.
37. LF MC. National hospital ambulatory medical care survey emergency department summary. *Advance Data from Vital and Health Statistics*, Vol. 245. Hyattsville: National Center for Health Statistics, 1992:1994.
38. Rice DP, MacKenzie EJ, Jones AS et al. *Cost of injury in the United States: a report to Congress*. San Francisco: Institute for Health and Aging, University of California; Baltimore: Injury Prevention Center, Johns Hopkins University, 1989.
39. Bergen GS, National Center for Health Statistics (U.S.). *Injury in the United States: 2007 chartbook*. Hyattsville: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, 2008.
40. Ameratunga S, Hajar M, Norton R. Road-traffic injuries: confronting disparities to address a global-health problem. *Lancet* 2006;367:1533-40.
41. Lipsky S, Field CA, Caetano R et al. Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care. *Violence Vict* 2005;20:645-59.
42. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *J Fam Violence* 1999;14:99-132.
43. Ameratunga S, Tin ST, Coverdale J et al. Posttraumatic stress among hospitalized and nonhospitalized survivors of serious car crashes: a populationbased study. *Psychiatr Serv* 2009;60:402-4.

45. Chalmers I. The Cochrane collaboration: preparing, maintaining, and disseminating systematic reviews of the effects of health care. *Ann N Y Acad Sci* 1993;703:156-65.
46. Brincks A, Montag S, Howe GW et al. Addressing methodologic challenges and minimizing threats to validity in synthesizing findings from individual level data across longitudinal randomized trials. *Prev Sci* 2018;19(Suppl. 1): 60-73.
47. Bainter SA, Curran PJ. Advantages of integrative data analysis for developmental research. *J Cogn Dev* 2015;16:1-10.
48. Gail MH, Brinton LA, Byar DP et al. Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually. *J Natl Cancer Inst* 1989;81:1879-86.
49. Cassidy A, Duffy SW, Myles JP et al. Lung cancer risk prediction: a tool for early detection. *Int J Cancer* 2007;120:1-6.
50. Cassidy A, Myles JP, van Tongeren M et al. The LLP risk model: an individual risk prediction model for lung cancer. *Br J Cancer* 2008;98:270-6.
51. Chan DXH, Sim YE, Chan YH et al. Development of the Combined Assessment of Risk Encountered in Surgery (CARES) surgical risk calculator for prediction of postsurgical mortality and need for intensive care unit admission risk: a single-center retrospective study. *BMJ Open* 2018;8: e019427.
52. Cook NR, Ridker PM. Further insight into the cardiovascular risk calculator: the roles of statins, revascularizations, and underascertainment in the Women's Health Study. *JAMA Intern Med* 2014;174:1964-71.
53. Fox ER, Samdarshi TE, Musani SK et al. Development and validation of risk prediction models for cardiovascular events in black adults: the Jackson Heart Study Cohort. *JAMA Cardiol* 2016;1:15-25.
54. Hippisley-Cox J, Coupland C, Robson J et al. Derivation, validation, and evaluation of a new QRISK model to estimate lifetime risk of cardiovascular disease: cohort study using QRResearch database. *BMJ* 2010;341:c6624.
55. Blanchard EB, Hickling EJ, Forneris CA et al. Prediction of remission of acute posttraumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *J Trauma Stress* 1997;10:215-34.
56. Frommberger UH, Stieglitz RD, Nyberg E et al. Prediction of post-traumatic stress disorder by immediate reactions to trauma: a prospective study in road traffic accident victims. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1998;248:316-21.
57. Jehel L, Paterniti S, Brunet A et al. Prediction of the occurrence and intensity of post-traumatic stress disorder in victims 32 months after bomb attack. *Eur Psychiatry* 2003;18:172-6.
58. Karstoft KL, Galatzer-Levy IR, Statnikov A et al. Bridging a translational gap: using machine learning to improve the prediction of PTSD. *BMC Psychiatry* 2015;15:30.
59. Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S et al. Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. *Crit Care Med* 2008;36:74-80.
60. Mayou R, Bryant B, Ehlers A. Prediction of psychological outcomes one year after a motor vehicle accident. *Am J Psychiatry* 2001;158:1231-8.
61. Shalev AY, Freedman S. PTSD following terrorist attacks: a prospective evaluation. *Am J Psychiatry* 2005;162:1188-91.
62. Shalev AY, Freedman S, Peri T et al. Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *Br J Psychiatry* 1997;170:558-64.
63. Qi W, Ratanatharathorn A, Gevonden M et al. Application of data pooling to longitudinal studies of early post-traumatic stress disorder (PTSD): the International Consortium to Predict PTSD (ICPP) project. *Eur J Psychotraumatol* 2018;9:1476442.
64. Hepp U, Moergeli H, Buchi S et al. Post-traumatic stress disorder in serious accidental injury: 3-year follow-up study. *Br J Psychiatry* 2008;192: 376-83.
65. Shalev AY, Peri T, Brandes D et al. Auditory startle response in trauma survivors with posttraumatic stress disorder: a prospective study. *Am J Psychiatry* 2000;157:255-61.
66. Frijling JL, van Zuiden M, Koch SBJ et al. Efficacy of oxytocin administration early after psychotrauma in preventing the development of PTSD: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014;14:92.
67. Jenewein J, Wittmann L, Moergeli H et al. Mutual influence of posttraumatic stress disorder symptoms and chronic pain among injured accident survivors: a longitudinal study. *J Trauma Stress* 2009;22:540-8.
68. Irish L, Ostrowski SA, Fallon W et al. Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *J Trauma Stress* 2008;21:377-84.
69. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell ML et al. A multisite study of the capacity of acute stress disorder diagnosis to predict posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2008;69:923-9.
70. Shalev AY, Videlock EJ, Peleg T et al. Stress hormones and post-traumatic stress disorder in civilian trauma victims: a longitudinal study. Part I: HPA axis responses. *Int J Neuropsychopharmacol* 2008;11:365-72.
71. Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S et al. The Tachikawa cohort of motor vehicle accident study investigating psychological distress: design, methods and cohort profiles. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:333-40.
72. Mouthaan J, Sijbrandij M, Luitse JS et al. The role of acute cortisol and DHEAS in predicting acute and chronic PTSD symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 2014;45:179-86.
73. Blake DD, Weathers FW, Nagy LM et al. The development of a Clinician Administered PTSD Scale. *J Trauma Stress* 1995;8:75-90.
74. Weathers FW, Keane TM, Davidson JR. Clinician-Administered PTSD Scale: a review of the first ten years of research. *Depress Anxiety* 2001;13: 132-56.
75. Weathers FW, Ruscio AM, Keane TM. Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychol Assess* 1999;11:124-33.
76. Benjet C, Bromet E, Karam E et al. The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *Psychol Med* 2016;46:327-43.
77. Buuren S, Groothuis-Oudshoorn K. MICE: multivariate imputation by chained equations in R. *J Stat Softw* 2011;45(3).
78. Rubin DB. Multiple imputation for nonresponse in surveys, Vol. 81. Chichester: Wiley, 2004.
79. Brier GW. Verification of forecasts expressed in terms of probability. *Mon Weather Rev* 1950;78:1-3.
80. Gelman A, Su Y-S, Yajima M, et al. *Arm: data analysis using regression and multilevel/hierarchical models (R package, version 9.01)*. <http://CRAN.R-project.org/package=arm>.
81. Wolf EJ, Maniates H, Nugent N et al. Traumatic stress and accelerated DNA methylation age: a meta-analysis. *Psychoneuroendocrinology* 2018;92:123-34.
82. Sumner JA, Chen Q, Roberts AL et al. Posttraumatic stress disorder onset and inflammatory and endothelial function biomarkers in women. *Brain Behav Immun* 2018;69:203-9.
83. Duncan LE, Ratanatharathorn A, Aiello AE et al. Largest GWAS of PTSD (N=20 070) yields genetic overlap with schizophrenia and sex differences in heritability. *Mol Psychiatry* 2018;23:666-73.
84. Shalev A, Liberzon I, Marmar C. Post-traumatic stress disorder. *N Engl J Med* 2017;376:2459-69.
85. Liberzon I. Searching for intermediate phenotypes in posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry* 2018;83:797-9.
86. Fonzo GA, Goodkind MS, Oathes DJ et al. PTSD psychotherapy outcome predicted by brain activation during emotional reactivity and regulation. *Am J Psychiatry* 2017;174:1163-74.
87. Logue MW, Amstadter AB, Baker DG et al. The Psychiatric Genomics Consortium Posttraumatic Stress Disorder Workgroup: posttraumatic stress disorder enters the age of large-scale genomic collaboration. *Neuropsychopharmacology* 2015;40:2287.

DOI:10.1002/wps.20608

El modelo de reducción de síntomas a nivel de grupo basado en evidencia como el principio organizador para la atención psiquiátrica: ¿es tiempo de cambiar?

JIM VAN OS¹⁻³, SINAN GULOKSUZ^{2,4}, THOMAS WILLEM VIJN⁵, ANTON HAFKENSCHIED⁶, PHILIPPE DELESPAUL^{2,7}

¹Department of Psychiatry, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, Utrecht, The Netherlands; ²Department of Psychiatry and Psychology, Maastricht University Medical Centre, Maastricht, The Netherlands; ³Department of Psychosis Studies, King's College London, King's Health Partners, Institute of Psychiatry, London, UK; ⁴Department of Psychiatry, Yale University School of Medicine, New Haven, CT, USA; ⁵Radboud University Medical Center, Radboud Institute for Health Sciences, Scientific Center for Quality of Healthcare, Nijmegen, The Netherlands; ⁶Arkin/Sinai Centrum, Amsterdam, The Netherlands; ⁷Mondriaan, Heerlen/Maastricht, The Netherlands

El contenido y la organización de la atención psiquiátrica han estado sujetos a la importante influencia del punto de vista de que las dificultades mentales aparecen como trastornos diagnosticables que pueden tratar médicos especialistas que aplican guías de práctica basada en evidencia (EBP) para reducción de los síntomas a nivel de grupo. Sin embargo, el modelo de reducción de síntomas de la EBP está sujeto a presiones, ya que puede estar desconectado de lo que los pacientes necesitan, ignora la evidencia del carácter transindrómico de las dificultades mentales, sobreestima la contribución de los aspectos técnicos del tratamiento en comparación con los componentes relacionales y habituales de la atención y subestima la imposibilidad de generalización de grupo a individuo en la EBP. Un volumen creciente de conocimientos indica que las enfermedades mentales raras veces “se curan” y es mejor enmarcarlas como vulnerabilidades. Se pueden lograr importantes logros en el bienestar cuando los individuos aprenden a vivir con vulnerabilidades mentales a través de un proceso lento de fortalecer la resiliencia en los dominios social y existencial. En este artículo, analizamos cómo se vería un servicio de salud mental si se tomaran en cuenta los factores antes señalados. El servicio psiquiátrico del Siglo XXI puede concebirse mejor como una comunidad de curación a pequeña escala que favorece la conectividad y fortalece la resiliencia en el aprendizaje para vivir en vulnerabilidad mental, complementado por un número limitado de centros regionales. El apoyo de compañeros, organizado a nivel de un colegio de restablecimiento, puede formar el elemento fundamental de la comunidad. Los tratamientos deberían dirigirse a reducir síntomas transindrómicos, ajustados a servir al proceso de orden superior del restablecimiento existencial y la participación social, y aplicado por profesionales que han sido capacitados para colaborar, aceptar el estudio del individuo y maximizar los efectos mediados por la relación terapéutica y los efectos curativos de las interacciones asistenciales ritualizadas. Por último, la integración a un sistema de salud mental público de comunidades electrónicas que proporciona información, apoyo de compañeros y ciudadanos y una gama de herramientas de automanejo calificadas por el usuario puede ayudar a cerrar la brecha entre la alta prevalencia de trastornos mentales comunes y la capacidad relativamente baja de cualquier servicio de salud mental.

Palabras clave: Asistencia psiquiátrica, práctica basada en evidencia, componentes relacionales de atención, salud pública, resiliencia, apoyo de compañeros, reducción de síntomas transindrómicos, recuperación, comunidades electrónicas.

(*World Psychiatry* 2019;17:88-96)

Los padecimientos mentales ha sido el tema de intensa investigación académica, que abarca los campos de epidemiología, neurobiología, terapéutica y organización de servicios de salud, y dando lugar a guías de práctica basada en evidencia (EBP) para lograr la reducción de síntomas que se pueden utilizar para trastornos mentales diagnosticables específicos.

La medicina basada en evidencia, en el sentido de tratar de encontrar lo que probablemente funcione o no en un determinado paciente, con base en lo que se sabe, hace sentido eminente. Sin embargo, la forma en la cual se malentiende y se aplica puede originar numerosos efectos secundarios y limitaciones, entre ellos, la práctica de “recetario”, la falta de relevancia de los resultados de la EBP para los pacientes y la imposibilidad de generalizaciones de grupo al individuo¹⁻³.

El campo de los trastornos mentales, y los cambios que han ocurrido en el mismo con el tiempo, puede ser muy difícil de capturar en el paradigma médico convencional de diagnóstico y reducción de síntomas inducida por tratamiento a nivel de grupo. No obstante, de acuerdo con el principio de reducción de síntomas a nivel de grupo según se aplica en la asistencia psiquiátrica, el sufrimiento mental surge en la forma de trastornos mentales universalmente diagnosticables que tienen un origen biopsicosocial y que se pueden clasificar con base en los síntomas.

Las guías de tratamiento se construyen con base en evidencia metanalítica de reducción de síntomas medibles a nivel de

grupo, el desenlace de tratamiento psiquiátrico por mucho investigado con más frecuencia⁴. Los profesionales de los servicios de salud mental han sido capacitados, en primer lugar, para diagnosticar un trastorno mental en quienes buscan ayuda por síntomas y, en segundo lugar, proporcionar tratamiento según lo prescriben las guías de EBP.

Dado que diversos trastornos tienen diferentes síntomas, el concepto de EBP para el diagnóstico como principio organizador del lenguaje y las actividades en los sistemas de los servicios psiquiátricos ha contribuido a la estratificación diagnóstica y especialización de instituciones, profesionales e investigadores. Tanto pacientes como profesionales perciben una necesidad de tratamientos especializados para problemas específicos como la referencia primaria para la calidad. Los consumidores saben que es necesario invertir tiempo en buscar en la Internet para encontrar un profesional que esté adecuadamente especializado, por ejemplo, en autismo, trastorno bipolar, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADHD), trastorno por estrés postraumático o trastorno límite de la personalidad.

El modelo de reducción de síntomas de EBP basado en el diagnóstico también ha repercutido en la tecnología de encuesta sobre la salud, en la que se ha observado la aplicación sistemática de criterios diagnósticos basados en síntomas para el trastorno mental a la población general, dando lugar a tasas elevadas de trastornos

como depresión mayor y trastornos por ansiedad, aterrizándolos en las causas principales de la morbilidad global de las enfermedades.

La morbilidad global total estimada para las enfermedades mentales representa un 21,2% de años vividos con discapacidad (YLD) y 7,1% de años-vida ajustados a discapacidad (DALY)⁵, lo que algunos han aducido puede representar una subestimación sustancial⁶. Dada la capacidad limitada del sistema de salud mental, datos de las encuestas de población que indican que las tasas de prevalencia anual de trastornos mentales son de alrededor de 20% dan lugar a la percepción de que gran parte de la morbilidad permanece sin tratamiento.

Las campañas de concienciación en salud mental, ajustadas al modelo de EBP para el diagnóstico, han contribuido a la creciente percepción del público de la existencia de trastornos mentales diagnosticables y la importancia del acceso a la atención. En los países occidentales se ha observado una demanda creciente de tratamientos, según se pone en evidencia por los incrementos notables en el consumo de medicamentos psicoactivos, como antidepresivos⁷, sobre todo en personas jóvenes⁸, el uso creciente de centros de reducción de síntomas mediante tratamiento no farmacológico manualizados de fácil acceso⁹ y las tasas crecientes de ingresos involuntarios en países europeos¹⁰.

Dentro de la perspectiva de reducción de síntomas de EBP basada en el diagnóstico, la tarea de los servicios psiquiátricos es “administrar” tratamientos especializados que deberían estar disponibles para quienes los necesitan, independientemente de que el contexto sea tratamiento de “pacientes hospitalizados”, “pacientes ambulatorios” o en la “población”.

Los países tradicionalmente tienen amplias diferencias en lo que hacen los servicios de salud mental y cómo están organizados¹¹. Se presupone que mejores servicios de salud mental están más “basados en evidencia”¹², y que la “monitorización de resultados sistemáticos” de reducción de síntomas se puede utilizar para evaluar la calidad del servicio de salud mental. Sin embargo, organizar los servicios en torno a especialidades diagnósticas que proporcionan reducción de síntomas basada en evidencia, implica que el principio de reducción de síntomas a nivel de grupo de la EBP basada en el diagnóstico es válido, relevante y útil, y que los hallazgos a nivel de grupo pueden traducirse a individuos³. También indica que la reducción de síntomas es un constructo útil como un foco primario en la capacitación de profesionales y la organización y evaluación de servicios.

Sin embargo, “basado en evidencia” a nivel de grupo puede naturalmente no dar lugar a la atención centrada en el paciente a nivel individual¹³ y se ha desarrollado en torno al discurso de enfermedades y síntomas, más que de resiliencia y posibilidades¹⁴. Surge la interrogante de en qué grado la capacitación de profesionales y la planeación y evaluación de los servicios de salud mental también debería guiarse por otros factores.

En este artículo, describimos una serie de aspectos que son relevantes en este sentido. En primer lugar, consideramos factores que son relevantes para la validez del principio de reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico en la asistencia psiquiátrica, como la naturaleza transindrómica de los trastornos mentales y el hecho de que gran parte del efecto del tratamiento observado en la EBP es, de hecho, reducible a componentes contextuales que no están bien reconocidos e integrados en el servicio y en la capacitación de profesionales psiquiátricos.

En segundo lugar, describimos en qué grado la organización

de servicios en torno a dominios de resultados sociales, existenciales y somáticos de orden superior pueden ser más relevantes a los usuarios que la atención tradicional en la reducción de síntomas a nivel de grupo basada en evidencia. En tercer lugar, puntualizamos que, aunque las altas tasas de prevalencia de trastornos mentales indican la necesidad de estrategias de salud mental pública coherente, esto no se ha materializado¹⁵.

En la parte final, describimos las consecuencias de estos aspectos para la planeación, organización e implementación de los servicios de salud mental, y damos recomendaciones para el cambio. Aunque la mayor parte del análisis se basa en la práctica según se desarrolló en países con altos ingresos, consideramos que algunos de los aspectos centrales son relevantes para los servicios de salud mental en todo el mundo.

EL ADVENIMIENTO DE FORMULACIONES TRANSINDRÓMICAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y MÁS ALLÁ

Los cocientes de probabilidad para etiología, síntomas, respuesta a tratamiento y pronóstico, ocasionados por categorías diagnósticas tradicionales, son demasiado bajos para considerarse “útiles” según lo requiere la EBP¹⁶⁻¹⁸. Las dificultades mentales representan agrupamientos muy variables de dimensiones de síntomas transindrómicos que contravienen la reducción diagnóstica detallada. El uso de 10 a 15 síndromes “paraguas” amplios y superpuestos puede ser suficiente para la práctica cotidiana¹⁹.

Si esta es la mejor “evidencia” de clasificación de los trastornos mentales, ¿deberían los profesionales clínicos en los servicios de salud mental trabajar en clínicas de especialización diagnóstica o “procedimientos de atención”, o deberían implementar su conocimiento para influir en los trastornos mentales transindrómicos, independientemente del diagnóstico formal?

El valor percibido de la especialización diagnóstica está impulsado, en parte, por la posibilidad de delimitar grupos homogéneos en cuanto a psicopatología, respuesta al tratamiento y pronóstico. Sin embargo, pacientes con diagnóstico de depresión mayor son heterogéneos en lo que respecta a síntomas, respuesta a tratamiento y pronóstico, y muestran altos niveles de imbricación con pacientes que tienen otros diagnósticos en lo referente a síntomas, respuesta al tratamiento y pronóstico.

Criterios de exclusión explícitos en los criterios diagnósticos crean un factor de orden superior de lo que no son categorías diagnósticas²⁰, lo que da lugar a infinidad de categorías que pueden diagnosticarse en forma separada pero al mismo tiempo permanecen muy correlacionadas entre sí y esto origina tasas de “comorbilidad” confusamente elevadas y escasa fiabilidad en la práctica clínica. Este status quo a menudo deja confusos a los pacientes lo mismo que a los médicos generales que los remiten.

Un modelo transindrómico centrado en el paciente que combine de manera flexible estrategias categóricas, dimensionales y de red puede servir mejor al propósito de maximizar la utilidad para los diferentes aspectos de la práctica clínica. Sin embargo, la especialización diagnóstica actual en investigación y práctica clínica ha originado una fragmentación cultural y estructural²¹ que no puede desmantelarse fácilmente, pues la identidad profesional del personal clínico tiende a fusionarse con estas especializaciones. Por consiguiente, cambiar el status quo, es decir, hacer que la práctica sea más congruente con la evidencia

científica disponible, puede originar una crisis de identidad y resistencia a lo que puede verse como una farsa no profesional.

A fin de lidiar constructivamente con este problema, el proyecto del DSM-5 trató de introducir la noción de dimensiones transindrómicas en los diferentes capítulos, lo cual habría abierto el camino a una nueva forma de práctica clínica e investigación transindrómica. Lamentablemente, el proyecto resultó demasiado complejo y solo dio por resultado que se incluyeran algunas dimensiones transindrómicas en uno de los apéndices. Sin embargo, éstas no fueron verdaderamente transindrómicas, en el sentido de abarcar capítulos, pues todas fueron acerca de variación dimensional dentro del capítulo²².

En contraste, el US National Institute of Mental Health (NIMH) formuló una gama de dimensiones transindrómicas de conducta y funcionamiento, con el propósito específico de vincular la variación dimensional con la biología en investigación, pero no con la finalidad de utilizarse en la práctica clínica (Criterios de Dominio de Investigación, proyecto RDoC)²³.

Por tanto, el enfoque transindrómico sigue siendo una opción atractiva para unir los hilos culturales y estructurales que se han construido en torno a categorías diagnósticas correlacionadas, pero requiere más investigación. Puede ser productivo desarrollar un modelo transindrómico de sufrimiento mental que no solo gire en torno a síntomas, sino también se enfoque en aspectos de conducta, funcionamiento, rasgos psicológicos, factores somáticos, factores sociales y exposiciones ambientales, lo que depende de la relevancia diagnóstica clínica y la preferencia del usuario. Esto puede combinarse productivamente con un número limitado de categorías diagnósticas “paraguas” al nivel del síndrome amplio (por ejemplo, síndrome del espectro de la psicosis)¹⁹.

EFFECTOS DE SERVICIO Y RELACIONALES COMO COMPONENTES “INVISIBLES” DE TRATAMIENTO

Así como hay dudas metodológicas y estadísticas en cuanto a qué grado una psicoterapia incluso bien establecida como la terapia cognitiva conductual (CBT) es absolutamente eficaz, se han externado dudas en torno a en qué grado medicamentos como antidepresivos tienen efectos reales²⁴⁻²⁹.

Aunque investigación metanalítica reciente indica que los antidepresivos pueden tener un efecto pequeño sobre los síntomas a corto plazo³⁰, siguen sin resolverse factores importantes —como sesgo debido a síntomas de abstinencia en el grupo con placebo y diferencias en las expectativas a causa de la falta de uso de placebo activo en la comparación con antidepresivos con abundantes efectos secundarios—. De hecho, uno de los factores subyacentes a los efectos débiles de la psicoterapia y los antidepresivos en comparación con placebo es la cuestión de las expectativas que, según la evidencia señala, puede ser uno de los elementos clave que impulse el cambio en los trastornos mentales^{31,32}.

Dado que las magnitudes de efecto de la psicoterapia son pequeñas, por lo menos en análisis que toman en cuenta las múltiples fuentes de sesgo y factores que repercuten en la calidad²⁶, la probabilidad de diferencias significativas entre diferentes tipos de psicoterapia lógicamente también debe ser pequeña, permaneciendo probablemente por debajo del umbral de resolución estadística y relevancia clínica. Esto puede explicar por qué, pese a gran investigación y debate, no hay evidencia metanalítica de que los tratamientos psicológicos bien investigados para trastornos comunes como depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático

y trastorno límite de la personalidad, muestren diferencias claras y clínicamente relevantes entre sí en cuanto a magnitud de efecto, independientemente del nivel de complejidad o de fundamentación antropológica subyacente. En cambio, metanálisis revelan los mismos efectos (pequeños) con diferentes métodos de tratamiento³³⁻³⁶.

Asimismo, existe equivalencia terapéutica entre diferentes clases de medicación antidepresiva³⁷ y, aunque muchas guías indican que clozapina puede ser más eficaz que otros antipsicóticos en el trastorno psicótico resistente a tratamiento, la evidencia en la cual se basa esto no es fuerte³⁸. Sin embargo, la clozapina puede ser más eficaz que otros antipsicóticos en diferentes dominios de resultados, lo cual se ha investigado en grado insuficiente pero puede distinguirse clínicamente.

Donde se ha analizado, la equivalencia también se aplica a diferentes métodos farmacológicos y no farmacológicos, por ejemplo en la depresión³⁹. En consecuencia, aunque pueden existir algunas diferencias específicas entre los tratamientos en subáreas de prevalencia baja de salud mental, por ejemplo en anorexia nerviosa⁴⁰ y trastorno obsesivo-compulsivo³⁹, los hallazgos más a menudo apuntan a la equivalencia dentro y entre métodos de tratamiento farmacológico y no farmacológico para los trastornos mentales comunes⁴¹.

Hallazgos de equivalencia de efectos pequeños entre tratamientos farmacológicos y no farmacológicos pueden ser, en primer lugar, indicativos de heterogeneidad subyacente, en el sentido de que algunas responden solo al tratamiento A y otras solo al tratamiento B, y todas las poblaciones de la investigación representan una mezcla de estos dos y otros tipos. Aunque puede ser relevante, por ejemplo en el caso de la variación genética subyacente a las diferencias en la respuesta al tratamiento farmacológico, y no se han identificado marcadores fiables de tal heterogeneidad en la respuesta, pese a mucha investigación. Asimismo, en la investigación de la psicoterapia, dejar fuera componentes teóricos decisivos del tratamiento no repercute en la magnitud del efecto^{42,43}.

Se puede plantear un argumento más sólido aunque no mutuamente exclusivo, para una segunda explicación de la equivalencia aparente, es decir, que no solo es el tratamiento específico en sí (el “qué”), sino también aspectos genéricos de los tratamientos (el “cómo”) lo que repercute en el resultado. A favor de esto último está la evidencia de efectos aleatorios de “profesional clínico” pequeños pero significativos, lo que significa que bajo el pequeño efecto global de tratamientos específicos, existen diferencias entre la mezcla de paciente-profesional clínico particular, conduciendo a cambio algunas más que otras, no solo en la investigación de psicoterapia⁴⁴ sino también en los casos raros en los que se ha analizado en la investigación farmacológica⁴⁵.

Por consiguiente, si el “cómo” del tratamiento contribuye a la mejora, ¿cuál es? La investigación indica que dos aspectos del contexto del tratamiento pueden ser importantes: un efecto a nivel de servicio de fondo general y un efecto relacional de paciente-profesional clínico a nivel del ritual terapéutico. A continuación se describen estos efectos contextuales a nivel de servicio y a nivel de paciente-profesional clínico.

Efectos contextuales a nivel de servicio

Metanálisis han demostrado que la respuesta a placebo en estudios de tratamientos farmacológicos como antidepresivos⁴⁶, antipsicóticos^{47,48} y medicamentos analgésicos⁴⁹ ha aumentado en el curso del tiempo. Uno de los factores que puede contribuir al

incremento en la respuesta placebo es el cambio en el contexto y diseño del estudio⁵⁰. Si el contexto de atención estándar asciende a relativa “negligencia” por servicios mal desarrollados, los efectos placebo se acercarán a su curso natural y son más bajos que los efectos placebo en el contexto de servicios de apoyo bien desarrollados, comparaciones que producen confusión entre periodos y países⁵¹. En consecuencia, los primeros estudios más probablemente reflejan la comparación entre la evolución natural y el tratamiento activo, mientras que los últimos estudios reflejan una comparación más “madura” entre placebo en el contexto de tratamiento de apoyo general y el agente psicoactivo específico.

El mismo aspecto contextual relacionado con el rol del tratamiento estándar puede afectar las tendencias en la investigación de la psicoterapia en el curso del tiempo, dado que la evidencia metanalítica de la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos como CBT⁵² ha disminuido en el curso del tiempo. Esto probablemente está relacionado con el hecho de que estudios tempranos con más frecuencia incluían una comparación de “lista de espera” –equivalente a una comparación con evolución natural– mientras que estudios más tardíos incluyeron con más frecuencia un tratamiento comparativo más activo. Como resultado, surgirá un efecto temporal en metanálisis, dada la evidencia proveniente de estudios de psicoterapia de CBT que la comparación con condiciones de lista de espera genera una magnitud de efectos sustancialmente más alta que con atención habitual o con la píldora placebo²⁵.

Estos efectos temporales son importantes, pues al parecer indican que tener interacciones con un servicio de salud mental activo logra mejoras en la misma forma que lo hacen tratamientos específicos. Puede ser productivo estudiar adicionalmente esta cuestión, ya que un “efecto de servicio general” optimizado puede repercutir en muchos pacientes al mismo tiempo, en forma muy rentable.

Efectos contextuales a nivel de paciente-profesional clínico

En condiciones como depresión, los efectos no parecen diferir entre los métodos de tratamiento, mientras que varían en función de la mezcla específica de paciente-profesional clínico. Esta observación ha inspirado un debate persistente sobre el grado en el cual los llamados “factores comunes” contribuyen al fenómeno observado de equivalencia de tratamientos³¹. Factores comunes tienen que ver con elementos relacionales y rituales no específicos en el encuentro entre paciente y profesional clínico. De manera que ofrecer un modelo explicatorio, que proponga una teoría para el cambio, aumentar las expectativas e inspirar la participación del paciente, todos quedan dentro del contexto de una relación terapéutica productiva caracterizada por empatía,

una actitud activa y de cuidado y la capacidad para motivar, colaborar y facilitar la expresión emocional.

La existencia de un efecto “placebo” de un 30% a un 40% en la mayoría de los problemas psiquiátricos, en el sentido de que se ofrece alguna clase de ritual terapéutico, y el hecho de que los tratamientos específicos basados en evidencia solo crean un pequeño efecto adicional, es un argumento a favor de la existencia de factores comunes.

La evidencia de factores comunes proviene de investigación, que incluye algunos ejemplos fascinantes de estudios experimentales⁵³⁺⁵⁴, que muestran los efectos de expectativas^{32,54}, el efecto de la relación terapéutica⁵⁵ y efectos del terapeuta⁴⁴. Otro apoyo proviene de metanálisis que muestran que: a) en depresión, tener el mismo número de sesiones de psicoterapia en un periodo más breve es más eficaz, lo que indica un efecto de la intensidad del contacto humano⁵⁶; b) deja fuera componentes teóricos decisivos de la psicoterapia que no influyen en la magnitud de efecto^{42,43} (aunque añadir componentes puede generar un pequeño incremento)⁴³; c) comparaciones entre tratamientos activos y placebos estructuralmente no equivalentes producen efectos mayores que comparaciones entre tratamientos activos y placebos estructuralmente equivalentes⁵⁷.

Además, en la depresión, el aumento en la respuesta placebo con el tiempo se ha acompañado de un incremento similar en la respuesta al antidepresivo⁴⁶. Esto indica que, al menos para la depresión, la respuesta “placebo” es aditiva y parte de la respuesta terapéutica, en contraste con otros campos de la medicina, como oncología, en los que la respuesta placebo constituye una parte insignificante del efecto terapéutico (Figura 1).

Metanálisis de antidepresivos y estimulación magnética transcraneal en la depresión también mostraron una correlación positiva entre la tasa de respuesta a placebo y la respuesta a tratamiento activo en dos estudios^{58,59}. Estos datos son compatibles con la noción de que la respuesta al tratamiento activo en la depresión es “añadida” a la respuesta placebo o que la respuesta placebo es un componente integral en la respuesta al tratamiento. En otras palabras, factores comunes que son parte del ritual terapéutico general pueden representar la base en la cual puede construirse el tratamiento antidepresivo.

Esta proposición está respaldada por investigación que muestra que un tratamiento “relacionalmente cálido” funciona mejor que un tratamiento “frío”⁵³ y por estudios que documentan que los métodos farmacológicos y no farmacológicos se fortalecen entre sí en el sentido de que su efecto combinado es aditivo, al menos en la depresión y trastornos por ansiedad⁶⁰. En un estudio, una atención simple a la vigilancia y retroalimentación del efecto positivo sobre el curso de emociones positivas fue suficiente para lograr que el tratamiento antidepresivo fuese eficaz.⁶¹

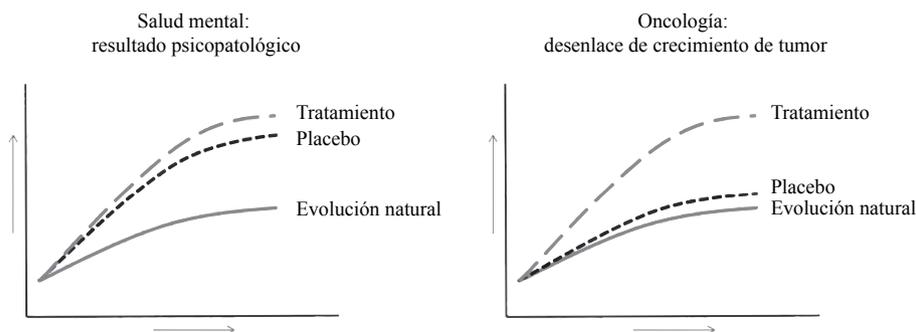


Figura 1. Contrastando los componentes placebo del efecto terapéutico (vertical) en el curso del tiempo (horizontal) en psiquiatría y oncología.

LA DESCONEXIÓN RELATIVA DE LAS INTERVENCIONES PARA REDUCCIÓN DE SÍNTOMAS DE LA EBP BASADA EN EL DIAGNÓSTICO

La implementación de tratamientos basados en evidencia centrados en la reducción de síntomas idealmente debiera servir al objetivo de orden superior de participación social e integración existencial (“restablecimiento”). Sin embargo, si están disponibles siquiera las intervenciones de reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico, suelen implementarlas profesionales que trabajan en disociación relativa de las necesidades existenciales, sociales y médicas del paciente^{62,63}. Por ejemplo, un paciente puede recibir un ciclo de CBT porque escucha voces, prescribírselo medicación antipsicótica por un psiquiatra, ver a una trabajadora social para que le ayude con cuestiones de albergue y beneficios, y visitar a su médico general para recibir medicación antidiabética. Sin embargo, en la vida cotidiana puede tener dificultades con aislamiento social, falta de sentido, sentimientos de desesperanza y aumento de peso masivo.

Los diferentes profesionales que intervienen en su atención pueden conocer la existencia uno de otro, pero tienen diferentes horarios y trabajan en diferentes departamentos y oficinas burocráticas, lo que dificulta integrar sus esfuerzos. Lo que es más importante, no se abordan las necesidades existenciales como soledad, carencia de sentido y desesperanza. Si bien diferentes países y regiones tienen diferentes niveles de integración asistencial, la evidencia anecdótica indica que la situación ilustrada aquí no es infrecuente^{62,63}. A continuación describimos con más detalle el aspecto de integración con necesidades sociales, existenciales y médicas.

Integración con el conocimiento del usuario y atención a los valores existenciales

La perspectiva de reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico fue desarrollada en el contexto de un modelo bio-psico-social de dificultades en la salud mental. Sin embargo, varios avances novedosos indican que el modelo biopsicosocial requiere extensión con un componente existencial, reinventándose a sí mismo entonces como un modelo bio-psico-socio-existencial en el cual el componente existencial es central.

En primer lugar, el concepto de “salud” como la ausencia de enfermedad es riesgoso, ya que puede dar lugar a “demasiada medicina, muy poca asistencia”⁷⁶⁴. Por consiguiente, este concepto tradicional cada vez es más suplantado por la noción de que la salud tiene que ver con la capacidad para adaptarse y hacer frente a las dificultades médicas, sociales y mentales, a fin de alcanzar metas en la vida que son significativas para la persona⁶⁵. En otras palabras, el restablecimiento de la salud no es la meta, sino más bien el medio para permitir al paciente encontrar y alcanzar metas significativas.

Por consiguiente, los valores existenciales del paciente se están volviendo centrales en la práctica de una nueva “era 3” de medicina fundamentada en evidencia (intervenciones respaldan resultados sociales y existenciales de orden superior) más que medicina basada en evidencia (la reducción de síntomas constituye el objetivo central)^{66,67}. En este escenario, los médicos naturalmente se centran en valores existenciales, practicando la toma de decisiones compartida en el sentido de ajustar las intervenciones a las necesidades existenciales del paciente^{68,69}.

Desde luego, se han logrado avances similares en la atención psiquiátrica, donde los usuarios cada vez han tenido más opinión

para pedir más sensibilidad por parte de los profesionales al dominio existencial del restablecimiento personal, en el sentido de ayudar a las personas a superar y ajustarse a la experiencia a menudo extrema de la vulnerabilidad mental y encontrar metas significativas para llevar una vida plena, más allá del diagnóstico⁷⁰.

Los valores asociados con la perspectiva del restablecimiento existencial son conectividad, empoderamiento, identidad, significado, esperanza y optimismo^{71,72}, todos los cuales reflejan el trabajo de reinventar y reintegrarse a sí mismo y la vida de la persona después de experimentar la crisis existencial que acompaña a las enfermedades mentales.

Aunque la perspectiva de reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico no es incompatible con estas nociones existenciales, existen retos claros para integrar en un servicio las perspectivas médicas de “reducción de síntomas” y las perspectivas existenciales de “vida significativa”^{73,74}. Aunque la investigación indica que es posible lograr el crecimiento en el dominio existencial en pacientes que acuden a un servicio psiquiátrico⁷⁵, el nivel de disposición organizacional de los servicios psiquiátricos habituales puede ser un factor limitante de la intensidad en integrar las dos perspectivas^{76,77}.

El modelo de EBP basado en diagnóstico y el dominio existencial son complementarios desde una perspectiva de tratamiento, ya que el primero tiene su interés en el desenlace psicométrico de la reducción de síntomas y el último en el proceso personal de la resiliencia. Trabajar con la resiliencia significa atender cosas como estar conectado con otras personas, desarrollo narrativo, emociones positivas, sentido de propósito, recursos materiales y aceptación, que requieren nuevas iniciativas de servicios, como un “colegio de restablecimiento”, apoyo estructural de compañeros, “primer alojamiento”, “ubicación y apoyo al individuo” y “diálogo abierto”, que pueden ser difíciles de implementar en los servicios de salud mental tradicionales⁷⁸⁻⁸³.

Integración de atención mental, médica, por uso de sustancias y social

Tal vez la necesidad no resuelta más persistente en personas con dificultades complejas de salud mental es la falta de concordancia entre la atención social y médica por una parte, y la atención psiquiátrica y, si están organizados por separado, los servicios de adicción, por otra⁸⁴.

Personas con dificultades graves de salud mental tienen más probabilidad de experimentar una situación social compleja caracterizada por pobreza, aislamiento social, exclusión, desempleo, estigma y necesidades de alojamiento, y más probabilidades de morir en forma prematura, fumar, desarrollar obesidad, diabetes, adicciones y otros trastornos crónicos. Es difícil satisfacer estas necesidades, ya que requieren cambios en el estilo de vida para los cuales se asigna la atención a diferentes servicios. El manejo óptimo implica colaboración entre burocracias complejas que manejan presupuestos diferentes⁸⁵, dando lugar a una gama de obstáculos⁸⁶. La evidencia disponible indica que la integración simple de presupuestos puede no ser suficiente para afectar los resultados⁸⁷ y que el campo de la atención psiquiátrica puede aprender de otros campos de salud en los que se ha intentado tal integración^{88,89}.

Por ejemplo, la integración de la atención social y psiquiátrica se puede enfocar en la creación de iniciativas sociales orientadas al restablecimiento como un componente clave de servicio integrado⁹⁰. Se puede establecer un colegio de restablecimiento impulsado

do por usuario como una iniciativa social que utiliza financiación de atención social y que por tanto paga en efecto a usuarios a que ayuden a otros usuarios a lograr resultados en el restablecimiento.

La integración satisfactoria de las necesidades asistenciales sociales, existenciales, mentales, por uso de sustancia y somáticas debe tomar en cuenta los diferentes escalones de las estrategias clínicas, a nivel de servicio y de salud pública⁹¹. Otro factor es la escala. Se ha señalado que la escala en la cual se intenta la integración es decisiva, pues la integración se cumple mejor si se centra en niveles locales en un área relativamente pequeña como un modelo para organizar servicios de salud mental⁹². Trabajar en conjunto en las redes locales tiene la ventaja de tener interacciones con base en el primer nombre, creando oportunidades para la consulta flexible basada en necesidades y proyectos conjuntos en el campo.

Un área de escala pequeña puede ser alrededor de 15.000 de población con cinco a diez consultorios de medicina general, que permite la colaboración en un modelo “de atención primaria mejorada” de servicios de salud mental^{93,94}.

LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA

La prevalencia anual de padecimiento mental diagnosticable es de alrededor del 20%, mientras que los servicios de salud mental tienen la capacidad para tratar a un 4%-6% de la población en un determinado año. Estas cifras indican que hay un considerable panorama para la salud mental pública, en el sentido de fuentes de información libremente asequibles, autogestión y comunidades electrónicas (e-comunidades) de apoyo por compañeros.

Un problema de salud mental pública no se puede atacar empujando el sistema de reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico a límites absurdos, a juzgar por la inquietud en torno a la sobreprescripción de antidepresivos⁹⁵ y medicación para trastorno por déficit de atención con hiperactividad⁹⁶, y tasas crecientes de ingresos involuntarios en países europeos¹⁰.

Aunque se ha escrito mucho sobre la necesidad de un sistema bien desarrollado de salud mental pública junto con el sistema tradicional de atención psiquiátrica uno a uno, los países han sido lentos para incrementar algo de esto^{15,97}.

No obstante, en muchos países hay una red de información creciente en Internet, e-comunidades de autoayuda para personas con diversos problemas de salud mental, por ejemplo, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno obsesivo-compulsivo, psicosis o trastorno por estrés postraumático. Aunque algunos de estos tienen ya millones de visitantes cada año, y muchos ofrecen cada vez más formas de e-salud y soluciones de m-salud que se pueden utilizar para el autotratamiento, carecen de financiación estable, aun cuando se reconozca cada vez más que constituyen la piedra angular de un sistema de salud mental pública informal que interactúa con el sistema de atención psiquiátrica tradicional⁹⁸.

Un cambio menor en la financiación de una asistencia uno a uno en el sistema tradicional de asistencia psiquiátrica de reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico hacia una red de atención mental pública de e-comunidades complementaria que ofrecen información, autoayuda y apoyo de compañeros, incluyendo un mercado de salud electrónica evaluado por la comunidad y herramientas de m-salud que las personas se ayudan entre sí a utilizar, traería consigo un equilibrio bienvenido.

Las e-comunidades no son específicas de diagnóstico sino que varían en su presentación inicial para ofrecer a las personas

opciones en la búsqueda de ayuda para lo que es más compatible con su experiencia. No solo pueden ayudar a personas que no están en contacto con servicios, sino también ofrecen autoayuda y ayuda para navegar en el sistema de servicio de salud mental para personas que ya están en tratamiento⁹⁹.

CONSECUENCIAS PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Aunque el principio de reducción de síntomas de EBP basado en el diagnóstico por especialista es dominante o incluso normativo en la forma en que los servicios de salud mental están organizados y evaluados, surge la interrogante de en qué grado es relevante para los pacientes. Aunque este modelo ha sido productivo, hay evidencia de que está menos que óptimamente conectado a las necesidades primarias del paciente en los dominios social y asistencial.

No debe darse por sentado la expectativa de que los individuos más vulnerables naturalmente se reconectarían con estos dominios cuando sus síntomas se resuelven. En contraste con los problemas de salud mental comunes, la circularidad (reversión de causa y efecto) de los síntomas, la participación y los dominios existenciales es el centro de la nueva definición de “enfermedad mental grave”, desarrollado por un amplio grupo de consenso en los Países Bajos¹⁰⁰.

La multitud de estudios aleatorizados controlados puede haber hecho las veces de árboles a través de los cuales no se podía ver el bosque de la interrogante más grande, es decir, qué es lo que los pacientes realmente necesitan. Además, aunque el modelo de reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico está enmarcado en términos de habilidades técnicas y conocimiento especializado, la evidencia también indica que se puede plantear un buen argumento para los componentes relacional y curativo de las interacciones ritualizadas que intervienen en la mejora clínica.

En consecuencia, la interrogante más importante puede ser cómo se puede organizar una iniciativa para lograr que los servicios de salud mental sean más relevantes para quienes los necesitan, y más en congruencia con un análisis decisivo de conocimiento científico y experiencia. Esto exigiría adoptar un enfoque fresco para el contenido y la organización de los servicios, con base en el nivel actual de conocimientos (Tabla 1).

Si se diseñara un servicio de salud mental a partir de proyecto, tomando en cuenta estos avances, es probable que el nuevo servicio tendría solo una semejanza moderada con el sistema actual de servicios especializados basados en la reducción de síntomas de la EBP basada en diagnóstico. Se ha señalado que el concepto de restablecimiento puede funcionar como el principio organizativo e integrador para el nuevo servicio de salud mental¹⁰¹.

Si la integración y conectividad son valores importantes, puede ser más lógico crear el servicio de salud mental a una escala relativamente pequeña (abarcando alrededor de 15.000 de población), para tener un “mirar y sentir” auténtico de una comunidad de curación local que promueve la conectividad y fortalezca la resiliencia en aprender a vivir con vulnerabilidad mental. El apoyo de compañeros, por ejemplo, organizado a nivel de un colegio de restablecimiento, pueden formar el pilar de la comunidad.

El proceso primario del desarrollo narrativo y encontrar que alcanzar las metas significativas debería apoyarse en tratamientos dirigidos a la reducción de síntomas transindrómicos, específicamente adaptados para fortalecer el proceso primario de restablecimiento y participación, y aplicados por profesionales que han sido capacitados para aceptar la individualidad y maxi-

Tabla 1. Factores en el diseño de un servicio de salud mental D-11

- Las dificultades mentales representan agrupamientos muy variables de dimensiones de síntomas transdiagnósticos que desafían la reducción diagnóstica detallada. El uso de 10-15 síndromes amplios puede ser suficiente para la práctica cotidiana.
- El modelo de atención “por especialista” en silos diagnósticos puede ser menos útil que un modelo de aplicación de habilidades profesionales en una forma transdiagnóstica.
- El conocimiento del usuario describe la importancia primordial de trabajar en el proceso de fortalecer la resiliencia en el dominio social (por ejemplo, conectividad, recursos sociales) y el existencial (es decir, significado, identidad, sentido de propósito), más que en la reducción de síntomas en sí.
- El contexto del servicio de salud mental contribuye al cambio clínico, en la forma de un “efecto de servicio general” lo que indica la importancia de contexto y diseño.
- El análisis crítico del conocimiento profesional indica que los efectos de “práctica basada en evidencia” del especialista pueden atribuirse en demasía a los componentes técnico (el “qué”) más que el componente relacional/ritual (el “cómo”) del tratamiento.
- La importancia del “cómo” del tratamiento indica la necesidad de mejorar la investigación y capacitación sobre la serie de habilidades y principios que intervienen en efectos relacionales/rituales.
- La escala del servicio de salud mental es importante en relación con la necesidad de integración con atención social, médica y de adicciones en los niveles clínicos, de servicio y salud pública.
- El desarrollo de servicios de salud mental tradicional debe ir de la mano con el desarrollo de un sistema de salud mental pública, la columna vertebral de lo que puede formarse por una serie de e-comunidades complementarias.

mizar los efectos mediados por la relación terapéutica y aspectos del ritual existencial.

La educación se organizaría como una interacción centrada en la persona, autodirigida, basada en la práctica e interprofesional entre clientes, estudiantes de diferentes profesiones y diferentes profesionales de la salud mental, a fin de garantizar el desarrollo adecuado de aptitudes, conocimientos y habilidades en colaborar, comunicarse y relacionarse entre sí¹⁰². La intervención en crisis puede organizarse utilizando una combinación de diálogo abierto respaldado por compañeros y albergues locales, aumentando la capacidad de la población para el apoyo social.

Algunos aspectos de los servicios de salud mental seguirían requiriendo un nivel de organización regional: por ejemplo, unidades de cuidados muy intensivos, unidades de seguridad media y servicios psiquiátricos de transición para niños/jóvenes, lo que incluye enfoque de salud mental pública de tipo “espacio vacío”¹⁰³.

Lo que es importante, la comunidad terapéutica local debería integrarse con la atención social local (alojamiento, trabajo, educación), centrándose en iniciativas sociales locales orientadas al restablecimiento, trabajando con los consultorios de medicina general locales “mejorados” a fin de integrar la atención médica.

El servicio de salud mental, organizado como comunidad terapéutica local y componentes regionales asociados, debería poder atender a cerca de un 4% a 6% de la población y tener vínculos potentes con un sistema de salud mental pública de e-comunidades complementarias con capacidad de hasta 20% de la población, integrado con un “mercado” de salud pública de calidad evaluado por usuario, de e-salud y herramientas de m-salud para los métodos de tratamiento “combinados”.

Está claro que la escala y complejidad del cambio propuesto es tal que no se puede evaluar en un estudio aleatorizado controlado. Por consiguiente, hemos señalado que es más productivo incurrir en una forma de investigación en acción y crear una serie de proyectos piloto a lo largo de las líneas antes descritas y aprender en el camino¹⁰⁴. En la actualidad se está realizando

una serie de estos proyectos piloto, en Países Bajos y sin duda en muchos otros países.

Un intento más ambicioso para la evaluación sería estudiar áreas a prueba en un diseño casi experimental, con incluso tal vez aleatorización en el país o a nivel de barrio. Aunque esto exigiría financiación considerable, podría aducirse que implica el área más apremiante, tal vez más descuidada, de la investigación de la salud mental hasta ahora.

Después de décadas de financiación de iniciativas a gran escala para delinear los mecanismos biológicos de las enfermedades mentales y realizar estudios clínicos aleatorizados de estrategias de reducción de síntomas, que no son independientes de los problemas de legitimización de las profesiones académicas de psiquiatría y psicología, puede haber llegado el tiempo de coordinar un estudio a gran escala en torno al contenido y diseño de los servicios de salud mental pública, tomando en cuenta el conocimiento del profesional lo mismo que del usuario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Greenhalgh T, Howick J, Maskrey N et al. Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ* 2014;348:g3725.
2. Barbui C, Purgato M, Churchill R et al. Evidence-based interventions for global mental health: role and mission of a new Cochrane initiative. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;4:ED000120.
3. Fisher AJ, Medaglia JD, Jeronimus BF. Lack of group-to-individual generalizability is a threat to human subjects research. *Proc Natl Acad Sci USA* 2018;115:E6106-15.
4. Miyar J, Adams CE. Content and quality of 10,000 controlled trials in schizophrenia over 60 years. *Schizophr Bull* 2013;39:226-9.
5. GBD 2013 DALYs and HALE Collaborators, Murray CJ, Barber RM et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *Lancet* 2015;386:2145-91.
6. Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry* 2016;3:171-8.
7. Organisation for Economic Co-operation and Development. Antidepressant drugs consumption, 2000 and 2015 (or nearest year), in pharmaceutical sector. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing, 2017.
8. Steinhausen HC. Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:635-40.
9. Clark DM. Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. *Annu Rev Clin Psychol* 2018;14:159-83.
10. Wise J. Mental health: patients and service in crisis. *BMJ* 2017;356:j1141.
11. van Os J, Neeleman J. Caring for mentally ill people. *BMJ* 1994;309:1218-21.
12. Aarons GA, Glisson C, Green PD et al. The organizational social context of mental health services and clinician attitudes toward evidence-based practice: a United States national study. *Implement Sci* 2012;7:56.
13. Hasnain-Wynia R. Is evidence-based medicine patient-centered and is patient-centered care evidence-based? *Health Serv Res* 2006;41:1-8.
14. Slade M, Longden E. Empirical evidence about recovery and mental health. *BMC Psychiatry* 2015;15:285.
15. Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. *World Psychiatry* 2015;14:36-42.
16. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W et al. Evidence-based medicine. New York: Churchill Livingstone, 1997.

17. van Os J. A salience dysregulation syndrome. *Br J Psychiatry* 2009;194: 101-3.
18. Maj M. Why the clinical utility of diagnostic categories in psychiatry is intrinsically limited and how we can use new approaches to complement them. *World Psychiatry* 2018;17:121-2.
19. Guloksuz S, van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med* 2018;48: 229-44.
20. Bell RC, Dudgeon P, McGorry PD et al. The dimensionality of schizophrenia concepts in first-episode psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 1998;97: 334-42.
21. Ahn WK, Proctor CC, Flanagan EH. Mental health clinicians' beliefs about the biological, psychological, and environmental bases of mental disorders. *Cognit Sci* 2009;33:47-82.
22. Barch DM, Bustillo J, Gaebel W et al. Logic and justification for dimensional assessment of symptoms and related clinical phenomena in psychosis: relevance to DSM-5. *Schizophr Res* 2013;150:15-20.
23. Cuthbert BN, Insel TR. Toward new approaches to psychotic disorders: the NIMH Research Domain Criteria project. *Schizophr Bull* 2010;36:1061-2.
24. Kirsch I, Moncrieff J. Clinical trials and the response rate illusion. *Contemp Clin Trials* 2007;28:348-51.
25. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E et al. How effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World Psychiatry* 2016;15:245-58.
26. Cuijpers P, van Straten A, Bohlmeijer E et al. The effects of psychotherapy for adult depression are overestimated: a meta-analysis of study quality and effect size. *Psychol Med* 2010;40:211-23.
27. Wampold BE, Fluckiger C, Del Re AC et al. In pursuit of truth: a critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychother Res* 2017;27:14-32.
28. Owen J, Drinane JM, Idigo KC et al. Psychotherapist effects in metaanalyses: how accurate are treatment effects? *Psychotherapy* 2015;52:321-8.
29. Leichsenring F, Abbass A, Hilsenroth MJ et al. Biases in research: risk factors for non-replicability in psychotherapy and pharmacotherapy research. *Psychol Med* 2017;47:1000-11.
30. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018;391:1357-66.
31. Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry* 2015;14:270-7.
32. Rutherford BR, Wall MM, Glass A et al. The role of patient expectancy in placebo and nocebo effects in antidepressant trials. *J Clin Psychiatry* 2014;75:1040-6.
33. Cuijpers P, Donker T, van Straten A et al. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med* 2010;40:1943-57.
34. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M et al. Was Eysenck right after all? A reassessment of the effects of psychotherapy for adult depression. *Epidemiol Psychiatr Sci* (in press).
35. Cristea IA, Gentili C, Cotet CD et al. Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2017;74:319-28.
36. Steenkamp MM, Litz BT, Hoge CW et al. Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *JAMA* 2015;314:489-500.
37. von Wolff A, Holzel LP, Westphal A et al. Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2013;144:7-15.
38. Samara MT, Dold M, Gianatsi M et al. Efficacy, acceptability, and tolerability of antipsychotics in treatment-resistant schizophrenia: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2016;73:199-210.
39. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a metaanalysis of direct comparisons. *World Psychiatry* 2013;12:137-48.
40. Zipfel S, Wild B, Gross G et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. *Lancet* 2014;383:127-37.
41. Huhn M, Tardy M, Spineli LM et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014;71:706-15.
42. Ahn H, Wampold BE. Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *J Couns Psychol* 2001;48:251-7.
43. Bell EC, Marcus DK, Goodlad JK. Are the parts as good as the whole? A meta-analysis of component treatment studies. *J Consult Clin Psychol* 2013;81:722-36.
44. Baldwin SA, Imel ZE. Therapist effects: findings and methods. In: Lambert MJ (ed). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6th ed. New York: Wiley, 2013:258-97.
45. McKay KM, Imel ZE, Wampold BE. Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *J Affect Disord* 2006;92:287-90.
46. Khan A, Mar KF, Faucett J et al. Has the rising placebo response impacted antidepressant clinical trial outcome? Data from the US Food and Drug Administration 1987-2013. *World Psychiatry* 2017;16:181-92.
47. Rutherford BR, Pott E, Tandler JM et al. Placebo response in antipsychotic clinical trials: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2014; 71:1409-21.
48. Leucht S, Chaimani A, Leucht C et al. 60 years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: meta-regression of predictors of placebo response. *Schizophr Res* (in press).
49. Tuttle AH, Tohyama S, Ramsay T et al. Increasing placebo responses over time in U.S. clinical trials of neuropathic pain. *Pain* 2015;156:2616-26.
50. Furukawa TA, Cipriani A, Leucht S et al. Is placebo response in antidepressant trials rising or not? A reanalysis of datasets to conclude this longstanding controversy. *Evid Based Ment Health* 2018;21:1-3.
51. Tyrer P. Are small case-loads beautiful in severe mental illness? *Br J Psychiatry* 2000;177:386-7.
52. Johnsen TJ, Friberg O. The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: a meta-analysis. *Psychol Bull* 2015; 141:747-68.
53. Kaptchuk TJ, Kelley JM, Conboy LA et al. Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome. *BMJ* 2008;336:999-1003.
54. Kam-Hansen S, Jakubowski M, Kelley JM et al. Altered placebo and drug labeling changes the outcome of episodic migraine attacks. *Sci Transl Med* 2014;6:218ra5.
55. Fluckiger C, Del Re AC, Wampold BE et al. The alliance in adult psychotherapy: a meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* (in press).
56. Cuijpers P, Huibers M, Ebert DD et al. How much psychotherapy is needed to treat depression? A meta-regression analysis. *J Affect Disord* 2013;149: 1-13.
57. Baskin TW, Tierney SC, Minami T et al. Establishing specificity in psychotherapy: a meta-analysis of structural equivalence of placebo controls. *J Consult Clin Psychol* 2003;71:973-9.
58. Iovieno N, Papakostas GI. Correlation between different levels of placebo response rate and clinical trial outcome in major depressive disorder: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2012;73:1300-6.
59. Razza LB, Moffa AH, Moreno ML et al. A systematic review and metaanalysis on placebo response to repetitive transcranial magnetic stimulation for depression trials. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2018;81:105-13.
60. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL et al. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry* 2014;13:56-67.

61. Kramer I, Simons CJ, Hartmann JA et al. A therapeutic application of the experience sampling method in the treatment of depression: a randomized controlled trial. *World Psychiatry* 2014;13:68-77.
62. The Schizophrenia Commission. The abandoned illness. London: Rethink, 2012.
63. Van Sambeek N, Tonkens E, Bröer C. Sluipend kwaliteitsverlies in de geestelijke gezondheidszorg. Professionals over de gevolgen van marktwerking. *Beleid en Maatschappij* 2011;38:47-64.
64. Glasziou P, Moynihan R, Richards T et al. Too much medicine; too little care. *BMJ* 2013;347:f4247.
65. Huber M, Knottnerus JA, Green L et al. How should we define health? *BMJ* 2011;343:d4163.
66. Richards T, Snow R, Schroter S. Co-creating health: more than a dream. *BMJ* 2016;354:i4550.
67. Berwick DM. Era 3 for medicine and health care. *JAMA* 2016;315:329-30.
68. Emanuel EJ, Gudbranson E. Does medicine overemphasize IQ? *JAMA* 2018;319:651-2.
69. VanderWeele TJ, Balboni TA, Koh HK. Health and spirituality. *JAMA* 2017;318:519-20.
70. Deegan PE. Recovery and empowerment for people with psychiatric disabilities. *Soc Work Health Care* 1997;25:11-24.
71. Leamy M, Bird V, Le Boutillier C et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011;199:445-52.
72. Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health* 2017;26:291-304.
73. Anthony WA. Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J* 1993;16:11-23.
74. Boevink W. TREE: Towards recovery, empowerment and experiential expertise of users of psychiatric services. In: Rian P, Ramon S, Greacen T (eds). Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: towards a new paradigm. New York: Palgrave MacMillan, 2012:36-49.
75. Macpherson R, Pesola F, Leamy M et al. The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophr Res* 2016; 175:142-7.
76. Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C et al. Implementing a complex intervention to support personal recovery: a qualitative study nested within a cluster randomised controlled trial. *PLoS One* 2014;9:e97091.
77. Stuber J, Rocha A, Christian A et al. Predictors of recovery-oriented competencies among mental health professionals in one community mental health system. *Community Ment Health J* 2014;50:909-14.
78. Rhenner P, Tinland A, Grard J et al. Problems maintaining collaborative approaches with excluded populations in a randomised control trial: lessons learned implementing Housing First in France. *Health Res Policy Syst* 2018;16:34.
79. Burhouse A, Rowland M, Marie Niman H et al. Coaching for recovery: a quality improvement project in mental healthcare. *BMJ Qual Improv Rep* 2015;4(1).
80. Buus N, Bikic A, Jacobsen EK et al. Adapting and implementing open dialogue in the Scandinavian countries: a scoping review. *Issues Ment Health Nurs* 2017;38:391-401.
81. Editorial. Open Dialogue method of mental health care launched in the UK. *Ment Health Today* 2015:6.
82. Tanenbaum SJ. Mental health consumer-operated services organizations in the US: citizenship as a core function and strategy for growth. *Health Care Anal* 2011;19:192-205.
83. Slade M. Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017;16:146-53.
84. Druss BG, Goldman HH. Integrating health and mental health services: a past and future history. *Am J Psychiatry* (in press).
85. Kuluski K, Ho JW, Hans PK et al. Community care for people with complex care needs: bridging the gap between health and social care. *Int J Integr Care* 2017;17:2.
86. Rodgers M, Dalton J, Harden M et al. Integrated care to address the physical health needs of people with severe mental illness: a mapping review of the recent evidence on barriers, facilitators and evaluations. *Int J Integr Care* 2018;18:9.
87. Baxter S, Johnson M, Chambers D et al. The effects of integrated care: a systematic review of UK and international evidence. *BMC Health Serv Res* 2018;18:350.
88. Allen D, Rixson L. How has the impact of 'care pathway technologies' on service integration in stroke care been measured and what is the strength of the evidence to support their effectiveness in this respect? *Int J Evid Based Healthc* 2008;6:78-110.
89. Liu NH, Daumit GL, Dua T et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agenda. *World Psychiatry* 2017;16:30-40.
90. Roy MJ, Donaldson C, Baker R et al. The potential of social enterprise to enhance health and well-being: a model and systematic review. *Soc Sci Med* 2014;123:182-93.
91. van Os J, Delespaul PH. A valid quality system for mental health care: from accountability and control in institutionalised settings to co-creation in small areas and a focus on community vital signs. *Tijdschr Psychiatr* 2018;60:96-104.
92. Fleury MJ, Mercier C. Integrated local networks as a model for organizing mental health services. *Adm Policy Ment Health* 2002;30:55-73.
93. Funk M, Ivbijaro G. Integrating mental health into primary care: a global perspective. Geneva: World Health Organization/WONCA, 2008.
94. London Strategic Clinical Network for Mental Health. A commissioner's guide to primary care mental health. London: London Strategic Clinical Network for Mental Health, 2014.
95. Adlington K. Pop a million happy pills? Antidepressants, nuance, and the media. *BMJ* 2018;360:k1069.
96. Dunlop AJ, Newman LK. ADHD and psychostimulants – overdiagnosis and overprescription. *Med J Aust* 2016;204:139.
97. Champion J, Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. *Lancet Psychiatry* 2018;5:103-5.
98. van Os J. 'Multi-expert' eCommunities as the basis of a novel system of public mental health. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen* 2018; 96:62-7.
99. Griffiths KM. Mental health Internet support groups: just a lot of talk or a valuable intervention? *World Psychiatry* 2017;16:247-8.
100. Delespaul PH, de consensusgroep EPA. Consensus regarding the definition of persons with severe mental illness and the number of such persons in The Netherlands. *Tijdschr Psychiatr* 2013;55:427-38.
101. Davidson L, White W. The concept of recovery as an organizing principle for integrating mental health and addiction services. *J Behav Health Serv Res* 2007;34:109-20.
102. Vijn TW, Wollersheim H, Faber MJ et al. Building a patient-centered and interprofessional training program with patients, students and care professionals: study protocol of a participatory design and evaluation study. *BMC Health Serv Res* 2018;18:387.
103. McGorry PD, Tanti C, Stokes R et al. headspace: Australia's National Youth Mental Health Foundation – where young minds come first. *Med J Aust* 2007;187:S68-70.
104. Delespaul P, Milo M, Schalken F et al. GOEDE GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie. Amsterdam: Diagnosis Uitgevers, 2016.

DOI:10.1002/wps.20609

Hacia un consenso en torno a las normas para smartphone apps y salud mental digital

Los trastornos mentales afectan a una de cada cuatro personas en todo el mundo y sin embargo el acceso a tratamiento es difícil para quienes lo padecen¹. Las aplicaciones en salud mental ofrecen el potencial de superar los obstáculos al acceso para los casi 3.000 millones de personas que según proyecciones tendrán un teléfono inteligente hacia el 2020.

Aunque hay en el comercio más de 10.000 aplicaciones para salud mental, existen pocos recursos disponibles que ayuden a los usuarios finales (pacientes, profesionales clínicos y organizaciones sanitarias) a evaluar la calidad y la conveniencia de estos productos. En consecuencia, existe una necesidad urgente de un acuerdo sobre normas, principios y prácticas apropiados en la investigación y evaluación de estas herramientas.

Representamos líderes en la investigación en salud móvil (mHealth), la industria y sistemas de asistencia sanitaria de todo el mundo, y aquí pretendemos promover el consenso para implementar estas normas y principios para la evaluación de las aplicaciones en salud mental. Como mínimo, las normas han de incluir evaluación de: a) protección y privacidad de datos, b) eficacia, c) experiencia/cumplimiento del usuario, d) integración de datos. A continuación se presentará nuestro consenso sobre las dificultades y recomendaciones en cada uno de estos campos.

Protección y privacidad de datos. Dado el clima actual en torno al mal uso de datos en línea, como correo electrónico y medios sociales, las aplicaciones en salud mental deben garantizar que las prácticas de almacenamiento, uso y transmisión de datos cumplan las normas de atención a la salud para gestionar los datos sobre información sanitaria del paciente². Al igual que con todos los datos de salud delicados, los datos de sensores basados en teléfono inteligente como sistema de rastreo global (GPS), voz, uso de teclado, fotos, video y conducta de uso del teléfono en general son características que muchas aplicaciones en salud mental recogen, lo que plantea dificultades importantes para la privacidad^{2,3}.

Nuestras recomendaciones son las siguientes: a) se necesitan normas consensuadas para el almacenamiento, uso y transmisión de datos; b) las políticas para almacenamiento, uso y transmisión de datos deben ser transparentes para usuarios de la aplicación; c) si se comparten datos con asociados externos (por ejemplo, investigadores), los planes de almacenamiento, uso y comunicación del socio deben compartirse con el usuario final; d) el usuario final debe tener la opción de “optar por rechazar” compartir su información; e) todo lenguaje relacionado con el almacenamiento, uso y compartir datos debe ser escrito a un nivel máximo de lectura de sexto grado; los análisis de seguridad técnica y auditorías de datos son necesarios para garantizar que las aplicaciones sigan las normas que establecieron y aseguren que rápidamente se identifiquen las nuevas vulnerabilidades.

Eficacia de la aplicación. La mayor parte de las aplicaciones en salud mental que se comercializan como herramientas terapéuticas no se han sometido a una evaluación rigurosa, pero en cambio sostienen que están basadas en evidencia porque están fundamentadas por tratamientos basados en evidencia⁴. Aun cuando las aplicaciones no cuenten con una base de evidencia, los cambios en la

tecnología pueden significar que las actualizaciones de aplicaciones necesitan reevaluarse en cuanto a su eficacia. Pequeños cambios estéticos, cambios de plataforma y cambios de aspecto probablemente no exijan una reevaluación de una intervención, siempre y cuando se mantenga intacto el principio terapéutico que se ha evaluado. Sobre todo cuando el propósito es aumentar el alcance, la participación y el cumplimiento más que la eficacia, las pruebas A/B pueden ser las más apropiadas. Sin embargo, cambios significativos, como añadir un nuevo principio terapéutico o cambios sustanciales al principio, deben demostrar eficacia a través de los mismos procedimientos de evaluación que los tratamientos nuevos.

Nuestras recomendaciones son: a) los principios terapéuticos recién adaptados, que se han de identificar y definir, deben someterse a estudios clínicos controlados para determinar su eficacia y efectividad; b) cambios pequeños en una aplicación con una base de evidencia no deben someterse a otro estudio clínico, pero cualquier cambio importante exige una reevaluación de la efectividad de la aplicación; c) se ha de desarrollar una nosología para las aplicaciones en salud mental⁵ y guías para igualar el nivel de evidencia necesario para casos y riesgos de uso de cada aplicación⁶.

Experiencia/apego del usuario. Muchos pacientes usuarios finales dejan de utilizar una aplicación en salud dos semanas después de descargarla⁷. El cumplimiento del profesional clínico como usuario final está sujeto a la influencia de la familiaridad con la tecnología y la equiparación de la aplicación con la experiencia terapéutica del profesional clínico. La falta de apego probablemente es una función de la aplicabilidad de la aplicación, ya que a menudo se carece de participación del profesional clínico y el paciente como usuarios finales cuando se diseña una aplicación en salud mental, lo que da lugar a que las aplicaciones no sean congruentes con las preferencias y las metas de los usuarios a los que está dirigida⁶.

Nuestras recomendaciones son: a) se han de emplear métodos de diseño centrados en el usuario/experiencia del usuario (UX) al crear una aplicación; esto incluye involucrar al usuario final pretendido en el desarrollo y la conducción de análisis según el flujo de trabajo para garantizar que la aplicación sea útil y utilizable y que se ajuste al entramado de la vida de la persona, no produciendo una carga innecesaria para el usuario final; b) cuando se evalúa la aplicabilidad, los desarrolladores deben informar estadísticas de uso a todos los usuarios finales; c) se han de articular normas en torno a los mejores procedimientos en la investigación de diseño del usuario para las aplicaciones en salud mental.

Integración de datos. Las aplicaciones han de seguir la integración adecuada del registro electrónico de salud (EHR) y compartir información de salud con los profesionales clínicos. Una dificultad es que los EHR tienen requisitos no uniformes para la integración de datos y no todos apoyan el uso de la interfaz de programación de la aplicación (API) para el intercambio de datos. En los Estados Unidos, hay una fuerte tendencia hacia permitir el acceso de pacientes a su información en el registro médico electrónico a través de SMART Health IT (<https://apps.smarthealthit.org/>), una plataforma de tecnología abierta basada en normas que permite a los innovadores crear aplicaciones que funcionan a tra-

vés de plataformas. Sin embargo, hay pocas normas de datos internos consensuadas para facilitar este nivel de interoperabilidad.

Nuestras recomendaciones son: a) aplicaciones en salud mental que se pretenden utilizar junto con sistemas de atención médica han de emplear métodos para garantizar interoperabilidad con los registros médicos de salud; b) las aplicaciones en salud mental necesitaran documentar los procesos que utilizar para garantizar el intercambio seguro de información entre plataformas; c) se necesitan normas de datos internos para la interoperabilidad; de una manera muy parecida a las descritas en <http://www.openmhealth.org/>.

Dado que la mHealth está experimentando una transición hacia la atención médica en el campo de la salud mental, ahora es el momento decisivo para que investigadores, profesionales clínicos, usuarios de servicios, autoridades sanitarias y organizaciones financiadoras guíen esta transición y se aseguren de que estas herramientas cumplan normas rigurosas, según se requiere de cualquier tratamiento nuevo.

Está ocurriendo el movimiento en esta dirección. En Estados Unidos, la Food and Drug Administration ha anunciado que se está alejando de evaluar las aplicaciones individuales, y enfocando sus esfuerzos regulatorios en los fabricantes de aplicaciones. Además, grupos profesionales de Estados Unidos como la American Psychiatric Association y la American Medical Association están creando modelos de evaluación de aplicaciones⁸. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud recientemente reabrió la biblioteca de aplicaciones en fase beta, proporcionando recomendaciones para aplicaciones en una gama de condiciones, inclusive salud mental, y el British Standards Institute ha publicado normas para el desarrollo de aplicaciones en salud. En la Unión Europea, el National Institute of Health and Care Excellence (NICE) está desarrollando activamente normas para las aplicaciones y otra tecnología basándose en intervenciones para modificar la conducta.

Por consiguiente, hacemos una recomendación final de que estas organizaciones, y otras, se unan para establecer normas universales para el control de calidad de las aplicaciones en salud mental, y que

estas normas incluyan como mínimo el análisis de seguridad de datos, eficacia de la aplicación, aplicabilidad e integración de datos.

John Torous¹, Gerhard Andersson², Andrew Bertagnoli³, Helen Christensen⁴, Pim Cuijpers⁵, Joseph Firth^{6,7}, Adam Haim⁸, Honor Hsin⁹, Chris Hollis¹⁰, Shôn Lewis⁷, David C. Mohr¹¹, Abhishek Pratap¹², Spencer Roux¹, Joel Sherrill⁸, Patricia A. Arean¹²

¹Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, MA, USA; ²Linköping University, Linköping, Sweden and Karolinska Institute, Stockholm, Sweden; ³Optum, Eden Prairie, MN, USA; ⁴Black Dog Institute, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia;⁵Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, The Netherlands; ⁶Western Sydney University, Penrith, NSW, Australia; ⁷University of Manchester, Manchester, UK; ⁸National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA; ⁹Verily Life Sciences, South San Francisco, CA, USA; ¹⁰University of Nottingham, Nottingham, UK; ¹¹Northwestern University, Chicago, IL, USA; ¹²University of Washington, Seattle, WA, USA

H. Hsin es un empleado de Verily Life Sciences. Los puntos de vista expresados aquí son de los autores y no representan los puntos de vista oficiales de Verily Life Sciences.

1. World Health Organization. The world health report 2001 – Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization, 2001.
2. Huckvale K, Prieto JT, Tilney M et al. BMC Med 2015;13:214. 3. Kramer DB, Fu K. JAMA 2017;318:20778.
4. Larsen ME, Nicholas J, Christensen H. PLoS One 2016;11:e0152285.
5. Hollis C, Falconer CJ, Martin JL et al. J Child Psychol Psychiatry 2017; 58:474503.
6. Mohr DC, Weingardt KR, Reddy M et al. Psychiatr Serv 2017; 68:4279.
7. Dorsey ER, McConnell MV, Shaw SY et al. Acad Med 2017;92:15760.
8. Torous JB, Chan SR, Gipson SY et al. Psychiatr Serv 2018;69:498500.

DOI:10.1002/wps.20592

Tratamiento con avatares: un nuevo enfoque promisorio para las voces angustiantes persistentes

La terapia AVATAR fue inventada y descrita inicialmente por J. Leff y sus colaboradores¹. El tratamiento implica una conversación tripartita entre terapeuta, paciente y una simulación digital (“avatar”) de una de sus voces alucinadas. El avatar comprende una representación visual del agente que el paciente cree que es responsable de la voz y utiliza un software de transformación de lenguaje para modificar la voz del terapeuta y hacerla parecida a las características vocales (por ejemplo, tono y timbre) de la voz que el paciente ha seleccionado para el tratamiento.

El tratamiento tiene lugar durante 6 a 8 sesiones breves de aproximadamente 45 minutos, de los cuales alrededor de 15 minutos se invierten en dialogo con el avatar, y el tiempo restante analizando las experiencias de la semana previa, planeando la sesión y revisando la experiencia después que se concluye el dialogo. El terapeuta, sentado en una habitación distante al paciente, habla como el mismo o en su voz transformada como el avatar. El paciente se sienta enfrente de un monitor en el cual aparece el avatar. Comenzando con copias textuales de lo que el paciente refiere escuchar de sus voces, el terapeuta ajusta lo que dice el avatar de acuerdo con el dialogo

que se desenvuelve, en el cual se alienta al paciente a confrontar el avatar y, a través del dialogo, para llegar a un momento en que ya no es intimidado y puede incluso volverse alentador y apoyar.

Los orígenes del método provienen de las terapias dialógicas²⁻⁴ y se basan en la observación de que las voces se comprenden mejor no simplemente como atribuciones incorrectas de pensamientos internos, sino que representan entidades sociales alucinadas que tienen relevancia personal, significado y propósito^{5,6}. Por consiguiente, el contenido de la terapia está basado en una formulación que toma en cuenta las creencias de la persona en torno a la identidad, el poder y la malevolencia de las voces. Incluye consideración de si la voz es de alguien que la persona conoce y si lo que dice hace eco de dificultades previas en las relaciones, como por ejemplo experiencias de ser acosado, avergonzado o humillado.

La terapia procede en dos fases amplias⁷. Las primeras tres sesiones se enfocan en hacer frente en forma asertiva al avatar y rechazar su arremetida. El contenido de la segunda fase (sesiones 4 a 6) es más variable, pues se basa en una formulación de lo que necesita cambiar en la relación y que podría persuadir al avatar para

adoptar una visión más conciliadora y aceptadora de la persona. Estrategias para mejorar la autoestima han resultado ser una diana clave, tanto como un fin en sí mismas como para comprender el origen y el mantenimiento de la voz. Ahora se han estado realizado dos estudios piloto que comparan la terapia mediante avatar con un control en lista de espera⁸ y un estudio controlado potenciado que compara la terapia con avatar con una intervención de terapia de apoyo⁹. Todos han demostrado beneficio en relación con la condición de control por lo que respecta a una reducción de la frecuencia y la gravedad de las voces a las 12 semanas (todas las voces, no solo la seleccionada para crear el avatar).

El estudio más extenso⁹ también demostró que el beneficio temprano se sostenía a las 24 semanas, aunque también mejoró el grupo con terapia de apoyo que se utilizó como comparación, de manera que la diferencia residual entre los dos grupos no fue estadísticamente significativa en ese momento. Sin embargo, vale la pena resaltar que fue la mejora en la condición control la que contribuyó a esta pérdida evidente del efecto y no a una disipación del efecto del avatar en el seguimiento más prolongado⁹.

Los resultados de estos estudios son muy alentadores y han generado un enorme interés mundial entre terapeutas, pacientes y sus familias. En conjunto, señalan un avance importante en el tratamiento de la psicosis. Sin embargo, todavía hay algo que avanzar antes que esta modalidad de tratamiento esté disponible más allá del contexto de investigación. Algunos pasos para alcanzar estos son de carácter ordinario, aunque dilatados, como asegurarse de que el software tenga las aprobaciones reguladoras necesarias para utilizarse fuera de investigación y para destilar la experiencia de la investigación en manuales y programas de capacitación. Ambos se están llevando a cabo en la actualidad.

Otra consideración rutinaria es la plataforma tecnológica requerida para administrar el tratamiento. En principio esta no es una dificultad importante, ya que el software especializado se implementa en computadoras de escritorio y de regazo estándar con un sistema operativo Microsoft, y no es necesario un equipo de realidad virtual inmersivo más elaborado o costoso. Sin embargo, el método exige el empleo de dos recintos, lo cual puede ser difícil de encontrar en una clínica ambulatoria ocupada, y la organización que atiende al paciente tenga el consentimiento para que las computadoras de terapia se conecten utilizando instalación de internet o inalámbricas, con protocolos locales implementados para manejar la confidencialidad y lo que desean que se registre de las sesiones de terapia.

Más allá de estas consideraciones prácticas está la disponibilidad de profesional clínico con el nivel de conocimiento necesario para administrar sin riesgo la terapia. No hay duda de que el tratamiento es difícil, tanto para pacientes como para el terapeuta y, aunque no hubo efectos adversos atribuidos al tratamiento en los estudios, es evidente que las intervenciones con avatar pueden atemorizar y dañar, de manera deliberada o inadvertida.

Los terapeutas en los tres estudios eran profesionales clínicos con experiencia, algunos con habilidades de psicoterapias específicas para la psicosis. Por otra parte, en nuestro estudio, ocurrieron mejoras sustanciales ya desde la tercera sesión, planteando la posibilidad de que en algunas personas fue suficiente la exposición directa y el componente de asertividad. Si esto se puede fundamentar en investigación futura, y se puede identificar por anticipado a los que responderán rápidamente, permitiría la aplicación de la terapia por una fuerza de trabajo mucho más amplia con, desde luego, la capacitación y la supervisión apropiadas.

Otra consideración es el horario de la terapia dentro del marco más amplio de la atención a la psicosis. Hasta la fecha, la terapia se ha administrado como un tratamiento “independiente, con un interés exclusivamente en las voces alucinadas. Solo se incluía a los participantes si estaban de acuerdo de permanecer con su medicación sistemáticamente prescrita y no estaban recibiendo una psicoterapia diferente a la proporcionada por la investigación. En la práctica clínica, podría ser más apropiado considerar la terapia con avatar como un componente de una intervención psicológica más amplia. Por ejemplo, en muchos casos se acompañaron de creencias persecutorias y de dificultades sociales consecutivas. Nos sorprende clínicamente que para estos participantes, la sincronización y el efecto de la terapia con avatar hubieran sido mejores si se hubiese administrado como un componente de un plan de terapia que también abordara estos problemas más amplios.

Además, hasta la fecha el interés ha sido en personas que tienen alucinaciones auditivas resistentes al tratamiento en el contexto de enfermedades crónicas. No está claro si la intervención sería eficaz en personas más jóvenes que experimentan su primer episodio de la enfermedad. Aquí, la personificación de las voces suele ser menos fija o elaborada, por lo que la evolución de un diálogo coherente posiblemente sería más difícil de alcanzar.

Por último, aunque los beneficios observados en los tres estudios hasta el momento son una base aceptable para la difusión más amplia, indudablemente también se necesita más investigación. Réplicas multicéntricas a mayor escala son necesarias antes que organizaciones como NICE (National Institute for Health and Care Excellence) incluyan la terapia con avatar en sus recomendaciones, y se necesitaran otros estudios para aclarar el subgrupo de pacientes que se pueden beneficiar del tratamiento de primera fase más sencillo solo. Estudios que utilizan nuevos cascos de realidad virtual pueden reemplazar la necesidad de dos habitaciones y tal vez allanar el camino para hacer frente a más de una sola voz a la vez.

En conclusión, aunque falta mucho por hacer para llevar la investigación existente al tratamiento sistemático, hay toda razón para ser optimista. La tecnología es relativamente económica y se conoce lo suficiente para proporcionar capacitación. Es probable que se resuelvan en breve los obstáculos inmediatos, y se está llevando a cabo la preparación para la difusión. Más a la larga, parece probable que la terapia con AVATAR será proporcionada como un componente de una psicoterapia más amplia para psicosis, posiblemente junto con otras estrategias de intensificación digital para la paranoia y la alteración cognitiva.

Tom K.J. Craig

Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, London, UK

1. Leff J, Williams G, Huckvale MA et al. *Br J Psychiatry* 2013;202:428-3.
2. Chadwick P. *Person-based cognitive therapy for distressing psychosis*. Oxford: WileyBlackwell, 2006.
3. Corstens D, Longden E, May R. *Psychosis* 2012;4:95-104.
4. Hayward M, Jones A-M, Bogen-Johnston L et al. *Schizophr Res* 2017;183:137-42.
5. Bell V. *PLoS Biol* 2013;11:e1001723.
6. Hayward M, Berry K, Ashton A. *Clin Psychol Rev* 2011;31:1313-23.
7. Craig T, Ward T, Rus-Calafell M. In: Pradhan B, Pinninti N, Rathod S (eds). *Brief interventions for psychosis: a clinical compendium*. London: Springer, 2016:41-54.
8. Percie du Sert O, Potvin S, Lipp O et al. *Schizophr Res* (in press).
9. Craig T, Rus-Calafell M, Ward T et al. *Lancet Psychiatry* 2018;5:31-40.

DOI:10.1002/wps.20589

Divorcio o separación de los padres y salud mental de los hijos

Un número creciente de niños en todo el mundo presenta inestabilidad de la familia a consecuencia de divorcio o separación y las consecuencias de la crianza o cohabitación no marital¹.

Las alternativas al matrimonio estable son más frecuentes en países occidentales (incluidos Australia y Nueva Zelanda) y menos frecuentes pero creciendo en el Asia que se industrializa. La cohabitación, que es más inestable que el matrimonio, es muy común en Europa del Norte y Occidental, reduciendo necesariamente las tasas de divorcio pero no de hogares con un solo padre.

Los Estados Unidos ha sido un “líder” en el cambio de la familia con un incremento temprano (que aumentó a finales de los 60) y considerable en el divorcio, seguido de un aumento vertiginoso en el nacimiento no marital con o sin cohabitación. El divorcio aumentó en casi todos los demás países occidentales una o dos décadas más tarde; Asia industrializada parece estar en medio del cambio. En la actualidad, solo cerca de un 60% de los niños estadounidenses vive con sus padres biológicos casados, en segundo lugar después de Latvia.

Algunos consideran que la inestabilidad de la familia es un problema de salud pública importante para los niños; otros ven el divorcio y la separación como relativamente inocuos, incluso como un cambio positivo, sobre todo para mujeres en matrimonios infelices o niños expuestos a gran conflicto.

La investigación ha documentado que el divorcio o la separación de los padres conlleva un aumento en el riesgo de problemas de ajuste en el niño y el adolescente, lo que incluye dificultades académicas (por ejemplo, menores calificaciones y deserción escolar), conductas disruptivas (por ejemplo, problemas de conducta y de uso de sustancias) y depresión afectiva².

La descendencia de padres divorciados o separados también tiene más probabilidades de incurrir en conducta sexual riesgosa, vivir en pobreza y experimentar su propia inestabilidad familiar. El riesgo suele aumentar en un factor de entre 1,5 y 2.

No obstante, la mayoría de los niños cuyos padres se divorcian tienen resiliencia y no muestran problemas psicológicos evidentes. Sin embargo, es importante reconocer que incluso las personas jóvenes de familias divorciadas con resiliencia suelen referir sentimientos o encuentros dolorosos, como preocuparse por eventos como graduaciones o bodas cuando estarán los dos padres³.

Muchos factores de riesgo asociados –por ejemplo, menores ingresos y conflicto de padres– se vinculan a una selección no aleatoria hacia la estabilidad de la familia o son consecuencia de la disolución familiar. Para ayudar a descartar posibles factores de confusión, los investigadores han utilizado diversos métodos, entre ellos, medir covariables y emplear diseños, como estudios de niños de gemelos, que contribuyen a factores ambientales y genéticos no medidos que pudieran influenciar a ambas generaciones^{2,4}. Los controles para tales factores de confusión reducen pero no eliminan el riesgo vinculado al divorcio de los padres, lo cual es congruente con la inferencia causal.

Una gran cantidad de investigación también apunta a factores que median la asociación, inclusive parentalidad menos eficiente, conflictos interpersonales, dificultades económicas y contacto ilimitado con un progenitor, típicamente el padre (enumerado en orden decreciente de la magnitud de su relación con la salud

mental de los niños)⁵. La inestabilidad marital no plantea un solo factor de riesgo, sino una cascada de secuelas para los niños.

Factores individuales, familiares, étnicos y culturales moderan los riesgos asociados a cambios en la vida de la familia de los niños, lo que subraya la importancia de reconocer la diversidad de la familia. En Estados Unidos, por ejemplo, la separación parental se asocia a más problemas socioemocionales en niños caucásicos que en negros o hispanoamericanos². La aceptación de alternativas al matrimonio y el apoyo de la familia extendida contribuyen a tal variación étnica.

Comprender el cambio en la familia y sus consecuencias es decisivo para los profesionales sanitarios en numerosos contextos. Los médicos que tratan a los niños pueden observar signos de advertencia, se les puede pedir que ayuden a niños hacer frente con los cambios en la familia, o hacer frente a disputas parentales en torno al bienestar de un niño o el tratamiento necesitado. Las escuelas encuentran oportunidades y dificultades similares.

Los niños y la descendencia adulta de padres separados están sobrerrepresentados en el sistema de salud mental. La mayor parte de las intervenciones en la salud mental se dirigen a los mediadores documentados de riesgo, como problemas parentales o conflicto con la familia. Las intervenciones estructuradas que ofrecen apoyo a los padres y educación han demostrado reducir problemas psicológicos en los niños⁶. Lamentablemente, se han estudiado con detalle pocas intervenciones de salud mental para las familias con divorcio.

La separación y el divorcio también plantean problemas legales que afectan al bienestar y la custodia de los niños. “Los mejores intereses de los niños” es la norma de custodia prevaleciente y “mejores” típicamente se interpreta en términos psicológicos (por contraposición a, por ejemplo, económicos). Los profesionales de la salud mental y otros pueden involucrarse, de manera voluntaria o involuntaria, como testigos expertos en contiendas para custodia. Alternativamente, algunos profesionales promueven u ofrecen resolución a disputas alternativas, como mediación.

Los mediadores son terceras partes neutrales que ayudan a los padres que viven separados a resolver ellos mismos las disputas. Además del arreglo de disputas, la mediación potencialmente beneficia a los niños al reducir el conflicto, mejorar la parentalidad y fomentar que ambos padres mantengan una presencia activa en las vidas de sus niños. Un estudio aleatorizado con un seguimiento a 12 años demostró que la mediación producía todos estos resultados en relación con el litigio^{5,7}. Otro estudio aleatorizado reveló que involucrar a los niños con cuidado en el proceso mejoraba el éxito de la mediación⁷.

Aunque son promisorios los resultados iniciales, la mediación y muchas otras intervenciones legales y de salud mental exigen estudio riguroso, ya que los servicios bien intencionados pueden no tener efecto o pueden incluso ser dañinos para algunos individuos, y a la vez pierden recursos limitados⁸.

Los profesionales de la salud mental también pueden desempeñar un papel decisivo en aconsejar a los padres, y tal vez en el desarrollo de leyes y políticas. Un aspecto controvertible es con cuánta fuerza, y bajo cuáles circunstancias, promover la custodia física conjunta, compartiendo 25% a 50% del tiempo con los padres⁹. La custodia legal conjunta, que implica compartir legalmente decisiones importantes, incluidos los cuidados médicos

electivos, se está volviendo generalizada. Ha aumentado en Estados Unidos y en muchos países occidentales, pero todavía suele comprender una minoría de familias separadas (de 15% a 50% en todos los países)⁹. Grupos de padres en la actualidad están promoviendo una presunción de tiempo compartido universal de 50/50.

Aunque tales acuerdos pueden beneficiar a numerosas familias, a muchos expertos nos preocupa que tal presunción pueda ofrecer la solución “correcta” para el grupo incorrecto de padres: el 10% o menos que lucha por la custodia en un juzgado⁵. Otras inquietudes que compartimos comprenden evitar un tiempo excesivo lejos de las figuras de apego entre los niños muy pequeños, evitando aplicar exigencias de viaje excesivas a los niños a fin de compartir tiempo con los padres en lugares distantes, independientemente de que el tiempo compartido deba ser precisamente 50/50, y algunos problemas de salud mental infantil (por ejemplo, espectro del autismo) o de la personalidad (por ejemplo, alta escrupulosidad) hacen que la custodia compartida tenga menos probabilidades de funcionar⁵.

Por consiguiente, hay una necesidad decisiva de estudios sobre intervenciones, que incluyen cambios de política, que consideren los riesgos, el papel que desempeña la resiliencia y la heterogeneidad en las consecuencias asociadas a la inestabilidad de la familia.

Brian D’Onofrio^{1,2}, Robert Emery³

¹Department of Psychological and Brain Sciences, Indiana University, Bloomington, IN, USA; ²Department of Medical Epidemiology and Biostatistics, Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden; ³Department of Psychology, University of Virginia, Charlottesville, VA, USA

1. Organisation for Economic Co-operation and Development. Family database. <http://www.oecd.org/social/family/database.htm>.
2. Dohoon L, McLanahan S. *Am Sociol Rev* 2015;80:738-63.
3. Laumann-Billings L, Emery RE. *J Fam Psychol* 2000;14:671-87.
4. D’Onofrio BM, Turkheimer E, Emery R et al. *J Abnorm Psychol* 2005;114:1130-44.
5. Emery RE. *Two homes, one childhood: a parenting plan to last a lifetime*. New York: Avery, 2016.
6. Wolchik SA, Sandler IN, Millsap RE et al. *JAMA* 2002;16:1874-81.
7. Ballard RH, Holtzworth-Munroe A, Applegate AG et al. *Psychol Publ Policy Law* 2013;19:271-81.
8. Rudd BN, Poladian AR, Holtzworth-Munroe A et al. *J Fam Psychol* 2017;31:381-6.
9. Smyth BM. *Fam Court Rev* 2017;55:494-9.

DOI:10.1002/wps.20590

Resiliencia desde una perspectiva de sistemas de desarrollo

El interés en la resiliencia humana está surgiendo en el contexto de desastres naturales, guerras, conflictos políticos y más concienciación sobre las posibles consecuencias de la adversidad en la infancia para la salud y el bienestar en la edad adulta^{1,2}. Aunque la ciencia de la resiliencia no es nueva, la investigación actual es más multidisciplinaria, multinivel y de desarrollo que nunca antes, lo que refleja una perspectiva de sistemas de desarrollo con profundas implicaciones para definir e investigar la resiliencia y para transferir la evidencia a la práctica³.

La ciencia de la resiliencia surgió de la investigación sobre la etiología de los trastornos mentales¹. Investigadores que estudian a niños con riesgo de trastornos mentales observaron variación notable en el pronóstico, pues muchos individuos con factores de riesgo para problemas de salud mental (por ejemplo, malos tratos, pobreza) no obstante se desarrollaban bien. La investigación de la resiliencia tiene como propósito comprender esta variación a fin de fundamentar intervenciones que mitiguen el riesgo y promuevan el desarrollo positivo.

Los modelos de resiliencia cambiaron con la infusión de la teoría de sistemas dinámicos hacia la ciencia de desarrollo⁴. Como un sistema viviente, un individuo humano se desarrolla a través de infinidad de interacciones en muchos niveles, desde genéticos y neurobiológicos hasta sociales y culturales^{5,6}. Los sistemas de adaptación se desarrollan en la persona (por ejemplo, sistema inmunitario, sistema de regulación del estrés, sistema de autorregulación) a medida que el individuo integrado en sistemas más amplios se adapta simultáneamente a contextos externos. Todas estas interacciones dinámicas conforman el desarrollo, generando diversas vías de función adaptativas³.

La capacidad de un niño en fase de desarrollo para responder a las dificultades y diversidades depende de la operación de muchos sistemas, que varían desde los sistemas neurológicos de regulación del estrés, hasta los sistemas de familias, escuelas, seguridad en la comunidad y de asistencia sanitaria, y muchos otros sistemas socioculturales y ecológicos. La resiliencia refleja

recursos y procesos que se pueden aplicar para restaurar el equilibrio, contrarrestar las dificultades o transformar el organismo.

Las definiciones de resiliencia evolucionaron para reflejar conocimientos de los sistemas de desarrollo. En la actualidad, la resiliencia puede definirse ampliamente como “la capacidad de un sistema para adaptarse con éxito a perturbaciones que amenazan la viabilidad, la función o el desarrollo del sistema”¹. Esta definición puede aplicarse a diversos sistemas, que incluyen individuos, familias, negocios, poblaciones, economías o ecosistemas. Tienen la ventaja de ser escalables a través de los niveles del sistema, lo cual es cada vez más crucial para integrar conceptos y conocimientos sobre la resiliencia humana en diferentes disciplinas y niveles de análisis.

Como lo señala esta definición, la resiliencia de un individuo depende de la resiliencia de sistemas interconectados. La interdependencia de sistemas destaca en los desastres graves, cuando múltiples sistemas son abrumados al mismo tiempo, y también en las crisis a nivel de la familia, cuando las alteraciones de la salud mental de un cuidador pueden destruir la calidad de la atención o dar lugar a malos tratos al niño⁷. Es importante recordar que la resiliencia de un individuo no está limitada a la capacidad de la que la persona puede hacer acopio. De hecho, gran parte de la resiliencia humana está incrustada en las relaciones y en el apoyo social⁸.

Evidencia creciente sobre la resiliencia ha identificado diversos factores que podrían explicar por qué algunos individuos tienen mucha mejor evolución que otros. Algunos factores son comunes, asociados al ajuste positivo durante o después de diferentes experiencias adversas, aunque varían en forma y relevancia a través del desarrollo y el contexto. Tales factores bien pueden reflejar sistemas de adaptación conservados por la evolución humana, lo mismo que biológicos y socioculturales, pues mejoran la supervivencia¹. Los factores protectores comunes comprenden los cuidados efectivos y otras relaciones de apoyo, las habilidades para la solución de problemas y autorregulación, autoeficacia y optimismo, y creencias de que la vida tiene sentido³. Identificados en una etapa temprana en los estudios de resiliencia, factores co-

munes fueron corroborados una y otra vez en estudios básicos con diversas poblaciones y en estudios de intervención diseñados para promover la resiliencia³. Otros factores protectores al parecer son relativamente únicos a una cultura o contexto en particular, como los rituales de perdón específicos o las prácticas espirituales.

La investigación inicial sobre la resiliencia se centró en factores psicosociales que pudieran mitigar el riesgo o fomentar una mejor adaptación. Con los avances en la medición en otros niveles de análisis, la ciencia de la resiliencia se expandió con rapidez para incluir la neurobiología de la resiliencia, los procesos genéticos, las influencias culturales y la difusión en cascada del riesgo y la protección a través de los sistemas, niveles y generaciones³. Los avances en el estudio del cambio epigenético plantearon aspectos interesantes en torno a la integración biológica de la experiencia, a través de la metilación de genes y procesos relacionados, que pueden explicar efectos del trauma y de la calidad de los cuidados sobre el desarrollo del cerebro y la salud en el curso de la vida⁹. Una de las interrogantes más fascinantes planteadas por las teorías recientes de la sensibilidad biológica a la experiencia, y el concepto relacionado de susceptibilidad diferencial, es si los niños que se adaptan deficientemente a experiencias adversas también pueden ser más reactivos a experiencias positivas, por ejemplo intervenciones ajustadas para fomentar la salud mental y la competencia entre individuos sensibles³.

La investigación de la resiliencia ha tenido un efecto transformador sobre múltiples disciplinas que se ocupan de promover la salud mental y el bienestar, cambiando los modelos de intervención alejándolos de los modelos de déficit hacia enfoques más integrales que incluyan factores de promoción y protección así como riesgos y vulnerabilidades, centrándose en la salud lo mismo que en la enfermedad¹. Los ejemplos fluctúan desde la asesoría escolar basada en la fortaleza hasta las iniciativas humanitarias globales que van más allá de la supervivencia del niño y medrar³. Un metanálisis de intervenciones escolares orientadas a la resiliencia mostró reducciones en los síntomas de salud mental (depresión, ansiedad), sobre todo para las estrategias cognitivo-conductuales¹⁰.

Las direcciones actuales en la ciencia de la resiliencia tienen perspectivas muy interesantes para dilucidar cómo se desarrolla la capacidad de adaptación y opera para mitigar el riesgo o fomentar la resiliencia, guiando los modelos de intervención, los objetivos y el momento adecuado. Las estrategias podrían enfocarse en prevenir el trauma, reducir el estrés, inocular contra el estrés a través de exposiciones calibradas, reducir vulnerabilidad, reforzar recursos, restaurar y movilizar sistemas de adaptación poderosos, o generar cascadas positivas a través de niveles de sistemas o generaciones.

Las intervenciones oportunamente dirigidas podrían fluctuar desde la prevención del estrés perinatal materno al reforzamiento de las relaciones sociales en la adultez tardía. Es concebible que sistemas de adaptación decisivos afectados adversamente por el traumatismo temprano, como los sistemas neurobiológicos de regulación del estrés, puedan “reprogramarse” en una etapa subsiguiente del desarrollo para mejorar la función adaptativa⁹.

La investigación sobre la resiliencia fundamentada en el desarrollo tiene el potencial de dilucidar procesos a través de sistemas y niveles que aportarían información para iniciativas para promover la salud mental, evitar los trastornos mentales y facilitar el restablecimiento. Estudios de desarrollo pueden identificar intervalos de oportunidad cuando hay mayor plasticidad y apalancamiento para el cambio, de manera que las intervenciones puedan efectivamente adaptarse y programarse para lograr la eficacia, adaptarse a diferencias individuales, del desarrollo y circunstanciales. Las autoridades sanitarias y las organizaciones no gubernamentales ya están evaluando los efectos sinérgicos de integrar sus servicios entre los niveles de sistema (verticales), sectores (horizontal) y generaciones. A medida que se expande el conocimiento, la teoría de la resiliencia puede evaluarse y refinarse a través de estudios aleatorizados que se dirijan a procesos maleables con sincronización estratégica para apalancar las oportunidades para el cambio.

Ann S. Masten

Institute of Child Development, University of Minnesota Twin Cities, Minneapolis, MN, USA

1. Masten AS. *Child Dev* 2014;85:620.
2. Shonkoff JP, Garner AS, the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health et al. *Pediatrics* 2012;129:232-46.
3. Masten AS, Cicchetti D. In: Cicchetti D (ed). *Developmental psychopathology*, Vol. 4, 3rd ed. New York: Wiley, 2016:271-333.
4. Masten AS. *Psychol Inq* 2015;26:187-96.
5. Bronfenbrenner U, Morris PA. In: Damon W, Lerner RM (eds). *Handbook of child psychology*, Vol. 1, 6th ed. New York: Wiley, 2006:793-828.
6. Gottlieb G. *Dev Sci* 2007;10:111.
7. Cicchetti D. *Annu Rev Psychol* 2016;67:187-211.
8. Southwick SM, Sippel L, Krystal J et al. *World Psychiatry* 2016; 15:779.
9. McEwen BS, Gray JD, Nasca C. *Neurobiol Stress* 2015;1:111.
10. Dray J, Bowman J, Campbell E et al. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:813-24.

DOI:10.1002/wps.20591

Utilización de tecnologías bioconductuales para avanzar efectivamente la investigación sobre síntomas negativos

Los síntomas negativos han sido un componente central de la esquizofrenia desde la era preneuroleptica y están relacionados con desenlaces clínicos especialmente insatisfactorios (por ejemplo, por lo que respecta a restablecimiento, calidad de vida, bienestar subjetivo). Suelen ser uno de los primeros marcadores de riesgo de enfermedad, surgiendo en las fases premórbida y prodrómica, y en muchos pacientes permanecen estables durante todo el primer episodio y las fases crónicas de la enfermedad¹. Lamentablemente, no se han dilucidado bien los mecanismos subyacentes a estos síntomas, y los tratamientos en la actualidad disponibles son insatisfactorios y paliativos en el mejor de los casos².

Hasta la fecha, nuestra comprensión de los síntomas negativos depende casi por completo de escalas de evaluación clínica con respaldo psicométrico. En las últimas décadas, ha surgido una literatura en que se usan las tecnologías “bioconductuales” para medir los síntomas negativos a partir de medidas vocales objetivas de lenguaje, faciales, toma de decisiones, gestos, electrofisiológica, neurobiológicas y de tiempos de reacción.

Aunque las calificaciones clínicas revelan anomalías en la escala de tres a siete desviaciones estándar en pacientes frente a controles no psiquiátricos^{1,3}, diferencias de grupo en medidas bioconductuales que aprovechan sus constructos subyacentes son mucho más pequeñas, si no del todo nulas. Por ejemplo, pese a anomalías clínicamente espectaculares evaluadas por el paciente en alergia, afecto embotado, anhedonia y avolición^{1,3,4}, estudios de análisis computarizado de lenguaje, experiencia hedónica y motivación a menudo muestran anomalías de magnitud y efecto insignificantes o pequeñas^{5,6}.

Además, las medidas bioconductuales suelen mostrar correlaciones sorprendentemente moderadas e insignificantes con calificaciones de síntomas negativos conceptualmente solapadas^{6,7}, o correlaciones de magnitud similar con una amplia gama de evaluaciones de síntomas no negativos⁸. Aunque puede comunicarse significación estadística en estudios aislados para las manifestaciones bioconductuales específicas los hallazgos a menudo no se reproducen entre los estudios, y la magnitud de efectos por lo general están por debajo de los niveles indicativos de validez convergente aceptable³.

En vista de esta convergencia sorprendentemente baja entre evaluaciones clínicas y tecnologías bioconductuales, es tentador afirmar que una de las dos es superior para medir los síntomas negativos. Las evaluaciones clínicas tienden a ser congruentes entre evaluadores capacitados (es decir, fiabilidad) y se asocian a una amplia gama de variables clínicas importantes (es decir, validez). Por otra parte, las tecnologías bioconductuales muestran una fiabilidad casi perfecta (asumiendo condiciones de registro estático), y son instrumentales a la biométrica moderna para medir funciones humanas que pueden subyacer a síntomas negativos. Así que ¿Cómo las evaluaciones clínicas y las tecnologías conductuales pueden ser “fiables” y “válidas” para medir síntomas negativos y a la vez mostrar una convergencia sorprendentemente moderada?

Las evaluaciones clínicas y las tecnologías bioconductuales son en esencia diferentes en la forma en que evalúan mediante escalas los síntomas negativos. Las evaluaciones clínicas reflejan la integración de un número impresionante de corrientes de datos complicados en

condiciones dinámicas. Utilizando escalas de evaluación clínica, por ejemplo, un profesional clínico puede obtener un valor ordinal burdo (por ejemplo, “leve”) con respecto a la obnubilación afectiva de un “espectro” muy complejo de datos vocales, verbales, faciales y de gestos que fluctúan con el tiempo, preguntas y un entorno cambiante.

Lamentablemente, la evaluación de síntomas negativos individual no se puede “escalar” hacia abajo en forma sistemática para cuantificación. Por ejemplo, desmontar el afecto embotado evaluado clínicamente resulta imposible por lo que respecta a cuál canal psicomotor exacto fue anormal, cuándo fue anormal o qué factores pueden haber mitigado la anomalía. En contraste, las tecnologías bioconductuales proporcionan la oportunidad de cuantificar con precisión flujos continuos de datos de lenguaje, faciales y de gestos muy específicos, y de aislar, calificar en forma ascendente, calificar en forma descendente e integrarlos en infinitud de formas.

Lamentablemente, no está claro cómo hacer mejor esto. ¿Cuáles de los millares de manifestaciones potenciales calculadas a partir de, por ejemplo, el análisis vocal, se deberían utilizar y cómo deberían ponderarse cuando no convergen? ¿Debería el análisis facial computarizado reflejar estadísticas agregadas durante toda una entrevista solo cuando los pacientes están hablando, durante épocas temporales clave o después de preguntas específicas? En suma, las evaluaciones clínicas proporcionan un punto de vista del bosque a expensas de poder ver los árboles, mientras que las tecnologías bioconductuales proporcionan lo opuesto.

En condiciones ideales, habría una forma de medir los síntomas negativos juntando las calificaciones de “baja resolución” pero “ecológicamente válidas” con datos bioconductuales “de alta resolución” pero “abrumadoramente complejos”. Dentro de la psiquiatría computacional en términos más generales, ahora existe una literatura de “grandes datos” emergente que modela diversos diagnósticos clínicos y evaluaciones utilizando manifestaciones bioconductuales. Dentro de estos estudios, suelen construirse modelos y optimizarse utilizando un canal bioconductual simple sin considerar los otros canales bioconductuales o factores temporales contextuales u otros dinámicos.

Aunque se están reportando tasas de precisión impresionantes, los modelos producidos a partir de esta literatura aún no han progresado más allá de la “prueba de concepto” y parecen muy mal equipados para modelar síntomas negativos. Es por esto que las evaluaciones por profesionales clínicos suelen derivar de múltiples dominios conductuales, y es difícil evaluar incluso uno de estos dominios sin considerar el contexto. Por ejemplo, la incapacidad de un paciente para activar su músculo cigomático mayor, producción de lenguaje o sistemas de recompensa solo se puede interpretar como anormal cuando se toma en cuenta el contexto. Después de todo, los que no son pacientes no están sonriendo activamente, hablando o experimentando goce la mayor parte de su día. Complicando más esta cuestión está la realidad de que las conductas subyacentes a síntomas negativos varían espectacularmente entre diferentes personas y en la misma persona como una función de factores del neurodesarrollo y culturales. De esta manera, las normas relacionadas con la sonrisa, hablar y experimentar goce son difíciles de obtener.

Así que, ¿cómo puede avanzar el modelado de síntomas negativos basado en la bioconducta? La tecnología y los sistemas de software han avanzado de manera que son asequibles, fiables, muy sensibles y discretos, con un alto potencial para la recolección internacional de datos a gran escala en una amplia gama de dominios de la conducta. Esto permite la recolección de datos bioconductuales que se extiende mucho más allá de los confines relativamente artificiales del laboratorio clínico o de investigación. Para esto, métodos momentáneos ecológicos y de evaluación ambulatoria, como la geolocalización, el registro vocal pasivo, el rastreo de actividad y el análisis de medios sociales, puede complementar enfoques de medición existentes.

En la actualidad se están realizando estudios para validar estas tecnologías para comprender los síntomas negativos. Sin embargo, integrar y comprender estos datos dentro de una red que pueda gestionar temporal y contextualmente datos dinámicos es un obstáculo computacional complejo. Se están desarrollando algoritmos relativamente simplistas “coleccionistas” y dinámicos para muchas funciones humanas importantes, y hay un campo creciente de comprensión “de redes de redes” para modelar interacciones complejas (por ejemplo, “medicina en red”).

En suma, las medidas de evaluación clínica existente ofrecen un nivel de precisión que no ha promovido avances en la comprensión de los mecanismos subyacentes y el desarrollo de tratamientos dirigidos a los síntomas negativos. Esto refleja un problema de “escalabilidad” que potencialmente se puede resolver modelando evaluaciones clínicas con flujos de datos bioconductuales multidimensionales.

El desarrollo de modelos bioconductuales puede ayudar a identificar mecanismos neurobiológicos y ambientales, modi-

ficarlos en tiempo real utilizando retroalimentación bioconductual, y desarrollar, evaluar e individualizar agentes psicosociales y farmacológicos dirigidos para mitigar su gravedad y, en condiciones ideales, desarrollar tratamientos.

El modelado exacto de síntomas negativos es una iniciativa compleja, y una oportunidad computacional fascinante que puede avanzar las ciencias multidisciplinarias e integrar a investigadores, pacientes y sus equipos de apoyo de todo el mundo.

Alex S. Cohen¹, Elana Schwartz¹, Thanh P. Le¹, Taylor Fedechko¹, Brian Kirkpatrick², Gregory P. Strauss³

¹Department of Psychology, Louisiana State University, Baton Rouge, LA, USA; ²Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Reno School of Medicine, University of Nevada, Reno, NV, USA; ³Department of Psychology, University of Georgia, Athens, GA, USA

1. Marder SR, Galderisi S. *World Psychiatry* 2017;16:14-24.
2. Miyamoto S, Miyake N, Jarskog LF et al. *Mol Psychiatry* 2012;17:1206-27.
3. Cohen AS, Mitchell KR, Elvevåg B. *Schizophr Res* 2014;159:533-8.
4. Cohen AS, Najolia GM, Brown LA et al. *Clin Psychol Rev* 2011;31:440-8.
5. Green MF, Horan WP, Barch DM et al. *Schizophr Bull* 2015;41:1035-44.
6. Cohen AS, Mitchell KR, Docherty NM et al. *J Abnorm Psychol* 2016;125: 299-309.
7. Cohen AS, Mitchell KR, Strauss GP et al. *Schizophr Res* 2017;188:141-3.
8. Kring AM, Gur RE, Blanchard JJ et al. *Am J Psychiatry* 2013;170:165-72.
9. Barabási AL, Gulbahce N, Loscalzo J. *Nat Rev Genet* 2011;12:56-68. DOI:10.1002/wps.20593

Evaluación de un modelo neurofenomenológico del trastorno del yo básico en la psicosis temprana

El constructo del trastorno del yo básico (central, mínimo) ha surgido en los últimos años como un posible marcador fenotípico clave del espectro de la esquizofrenia¹.

Los dos conceptos intercalados pueden identificarse como elementos que constituyen este aspecto de lo propio: sentido de propiedad/lo mío (percibo mi cuerpo, percepciones y pensamientos como míos) y el sentido de mediador (me experimento a mí mismo como la fuente de mis acciones y sus consecuencias). Estos son aspectos generalmente implícitos o “sentados” de un sentido normal del yo básico y facilitan (y a su vez son consolidados por) las interacciones con otros y el mundo. La fragilidad o la inestabilidad del yo básico puede manifestarse en diversas experiencias subjetivas anómalas, lo cual puede intensificar o cristalizar con el tiempo episodios de síntomas psicóticos positivos y negativos².

En los últimos 15 años se ha acumulado considerable investigación que indica que la alteración básica del yo es una característica de vulnerabilidad de rasgo que (a través de la imbricación en algunos aspectos con trastornos disociativos no esquizofrénicos) tiene considerable especificidad para los trastornos del espectro de la esquizofrenia y se presenta en la fase prodrómica de los trastornos³. De hecho, se incluye “autoexperiencia” alterada en los criterios de la versión beta de la ICD-11 para la esquizofrenia.

Considerar la alteración del yo básico como un punto de partida fenomenológico permite a los investigadores examinar correlaciones y factores contribuyentes, de manera transversal

y longitudinal. Ahora se están realizando algunos progresos en este sentido. Sestito et al⁴ descubrieron que las reacciones faciales en respuesta a estímulos emocionales negativos, registradas utilizando electromiografía, específica y fuertemente se correlacionaban con trastornos básicos del yo en pacientes con espectro de la esquizofrenia. Los hallazgos de Martin et al⁵ en la esquizofrenia indicaron una relación entre la extracción comprometida de información temporalmente predictiva evaluada en tareas experimentales y el trastorno del yo básico. Dada la complejidad y la naturaleza fundamental del constructo básico de alteración del yo, es probable que múltiples mecanismos neurales se asocien a esta gama de fenómenos subjetivos anómalos.

Nelson et al⁶ introdujeron un modelo teórico que propone que los constructos neurocognitivos de déficit de vigilancia de la fuente y prominencia anómala, los cuales se han encontrado prominentes en los trastornos del espectro de la esquizofrenia y relacionados con el riesgo de psicosis, pueden tener particular relevancia para el trastorno del yo básico en la esquizofrenia. Las deficiencias en la vigilancia de la fuente designan dificultades para establecer atribuciones sobre los orígenes de la experiencia fenomenal; por ejemplo, si una experiencia fue real o imaginada, o si su origen se generó en el yo o en otra parte. La prominencia anómala designa la disminución de la capacidad para suprimir la atención a información irrelevante o familiar o estímulos ambientales (en otras palabras, la atención excesiva a información que

es irrelevante o muy familiar), o que conduce a una prominencia inusual de estímulos. Hay una fuerte validez nominal de que los trastornos fenomenológicos que pudieran surgir (y a su vez consolidar) de estas alteraciones neurocognitivas de acuerdo con muchas de las alteraciones experienciales asociadas al trastorno del yo básico⁶ (por ejemplo, “propiedad reducida” del contenido mental, confusión de los límites de otro yo, hiperreflexividad).

Evaluamos este modelo empíricamente en 50 sujetos con riesgo ultraelevado para psicosis, 39 pacientes con primer episodio de psicosis y 34 controles sanos. Se evaluó a los participantes con diversas medidas clínicas, entre ellas el Examen de la Autoexperiencia Anómala (EASE)⁷ y medidas neurocognitivas y neurofisiológicas de disfunciones de vigilancia de la fuente (Tarea de Memoria en Acción, Test de Reconocimiento de Palabras, Test de Fijación Temporal, Tarea Auditiva de Oposición de Botón) y prominencia anómala (Test de Atribución de Prominencia, Tarea de Babble, Paradigma Auditivo de Oddball).

La regresión lineal indicó que la vigilancia de la fuente (puntuación compuesta en medidas neurocognitivas y neurofisiológicas), con grupo de estudio como un término de interacción, explicó un 39,8% de la varianza en las puntuaciones en EASE ($R^2=0,41$; $F(3,85)=14,78$; $p<0,001$). La vigilancia de la fuente predijo significativamente las puntuaciones en EASE ($\beta=0,080$; $p<0,001$), y hubo una vigilancia de fuente significativa según efecto de interacción de grupo de estudio ($\beta=0,29$; $p<0,05$).

A fin de determinar la especificidad de la relación entre las deficiencias en la vigilancia de la fuente y las puntuaciones en EASE, se llevó a cabo una serie de regresiones con otras escalas clínicas como variables dependientes. Aunque la vigilancia de la fuente predijo significativamente la varianza en las puntuaciones en cada una de estas medidas clínicas, la varianza explicada no fue tan sustancial como para la escala EASE: 25% para las puntuaciones en la Escala Breve de Evaluación Psiquiátrica (BPRS) ($R^2=0,25$; $F(3,85)=9,01$; $p<0,01$); 19% para síntomas positivos en BPRS ($R^2=0,19$; $F(3,85)=6,69$; $p<0,01$); 26% para los síntomas positivos de Evaluación Exhaustiva de Estados Mentales de Riesgo (CAARMS) ($R^2=0,26$; $F(3,85)=9,45$; $p<0,01$); 14% para las puntuaciones en la Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (SANS) ($R^2=0,14$; $F(3,85)=4,71$; $p<0,01$).

Se llevó a cabo el mismo análisis con la puntuación compuesta de prominencia anómala. Esta puntuación explicó solo un 6% de la varianza en las puntuaciones en EASE ($R^2=0,06$; $F(3,85)=1,44$; $p=0,93$). Sin embargo, análisis exploradores indicaron relaciones moderadas entre la prominencia anómala, sobre todo la tarea de Babble⁸, y la psicopatología general (puntuación en BPRS en pacientes con primer episodio de psicosis, $r=0,044$; $p<0,05$), sobre todo con síntomas psicóticos positivos (síntomas positivos en BPRS en pacientes con primer episodio de psicosis, $r=0,53$; $p<0,01$; síntomas positivos en CAARMS en sujetos con riesgo ultraelevado, $r=0,44$; $p<0,01$).

Esta es la primera prueba empírica de un modelo neurofenomenológico⁶ organizado en torno al constructo del trastorno del yo básico. Surgió apoyo parcial para el modelo: hubo una relación significativa entre el trastorno básico del yo y las deficiencias en la vigilancia de la fuente, aunque no se encontró relación con la prominencia anómala, la cual se relacionó moderadamente con psicopatología general, sobre todo síntomas psicóticos positivos (y por tanto posiblemente es más una característica de la enfermedad basada en estado).

Puede ser necesario expandir el modelo de las deficiencias en la vigilancia de la fuente para abarcar otros constructos que la investigación teórica y empírica reciente señala como relevantes, como la alteración del procesamiento temporal, la integración intermodal/multisensorial y el procesamiento predictivo jerárquico. Existen constructos solapados y aun no se ha determinado si uno o varios de estos constructos tienen primacía explicativa con respecto al trastorno básico del yo.

Los datos actuales y otra investigación reciente relacionada muestran un panorama emergente de correlaciones neurocognitivas y neurofisiológicas de aspectos fenomenológicos nucleares de los trastornos del espectro de la esquizofrenia más allá de los síntomas psicóticos episódicos a nivel de superficie. La consecución de este enfoque ofrece la posibilidad de integrar niveles de investigación en torno a características centrales del espectro de la esquizofrenia y de “esclarecimiento mutuo” entre estos diferentes niveles de indagación.

Barnaby Nelson^{1,2}, Suzie Lavoie^{1,2}, Lukasz Gaweda^{3,4}, Emily Li^{1,2}, Louis A. Sass⁵, Dan Koren⁶, Patrick D. McGorry^{1,2}, Bradley N. Jack⁷, Josef Parnas⁸, Andrea Polari^{1,2,9}, Kelly Allott^{1,2}, Jessica A. Hartmann^{1,2}, Thomas J. Whitford⁹

¹Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, Melbourne, Australia; ²Centre for Youth Mental Health, University of Melbourne, Melbourne, Australia; ³Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Medical Center Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Germany; ⁴II Department of Psychiatry, Medical University of Warsaw, Warsaw, Poland; ⁵Rutgers University, New York, New York, USA; ⁶Psychology Department, University of Haifa, Haifa, Israel; ⁷School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, Australia; ⁸University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; ⁹Orygen Youth Health Clinical Program, Melbourne, Australia

1. Parnas J, Zandersen M. *World Psychiatry* 2018;17:220-1.
2. Henriksen MG, Parnas J. *Curr Probl Psychiatry* 2017;18:177-83.
3. Parnas J, Henriksen MG. *Harv Rev Psychiatry* 2014;22:251-65.
4. Sestito M, Raballo A, Umiltà MA et al. *Psychopathology* 2015;48:184-91.
5. Martin B, Franck N, Cermolacce M et al. *Sci Rep* 2017;7:8278.
6. Nelson B, Whitford TJ, Lavoie S et al. *Schizophr Res* 2014;152:12-9.
7. Parnas J, Moller P, Kircher T et al. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
8. Hoffman RE, Woods SW, Hawkins KA et al. *Br J Psychiatry* 2007;191:355-6.

DOI:10.1002/wps.20597

Mejorando el acceso a intervenciones basadas en evidencia para adolescentes jóvenes: Habilidades tempranas del adolescente para las emociones (EASE)

Casi todos los trastornos mentales surgen hacia los 14 años de edad¹. En adolescentes, la depresión es la principal causa de discapacidad, la ansiedad ocupa el séptimo lugar y el suicidio

es la tercera causa principal de muerte¹. Se estima que un 10% a un 20% de adolescentes en todo el mundo padecen trastornos mentales², los cuales se asocian a problemas de salud y sociales,

como logros académicos deficientes, mal uso de sustancias y dificultades económicas³. En consecuencia, la adolescencia es un periodo decisivo en el cual intervenir.

Adolescentes que viven en países con bajos y medianos ingresos (LMIC) pueden tener un riesgo especial de trastornos mentales cuando están expuestos a la adversidad, como pobreza extrema y violencia⁴.

Aunque se han logrado avances, es raro el acceso a tratamientos psicológicos basados en evidencia para adolescentes en los LMIC. Hay literatura creciente sobre la eficacia de intervenciones psicosociales para jóvenes en los LMIC. Un análisis sistemático reciente y metanálisis de datos de participantes individuales de 3.143 niños afectados por conflictos, reclutados en once estudios aleatorizados controlados reveló que las intervenciones psicosociales enfocadas pueden ser eficaces para reducir los síntomas de trastorno por estrés postraumático (PTSD) e incrementar esperanza, adaptación y apoyo social, y reducir la alteración funcional⁵.

La Organización Mundial de la Salud (WHO) está procurando fortalecer la cantidad y calidad de los servicios de salud mental. Como parte del Programa de Acción para la Brecha en Salud Mental (mgGAP), la WHO está desarrollando y evaluando la eficacia de intervenciones psicológicas transdiagnósticas breves, inclusive las dirigidas a adolescentes jóvenes, que pueden implementar no especialistas capacitados y supervisados en múltiples contextos, inclusive en los ámbitos de salud, protección y educación^{6,7}.

Aprovechando el trabajo existente para desarrollar y evaluar intervenciones psicológicas potencialmente escalables en adultos⁸, la WHO ha desarrollado una intervención de grupo para adolescentes jóvenes (aproximadamente 10 a 14 años de edad) que muestran problemas interiorizantes (por ejemplo, síntomas de depresión o ansiedad). La intervención se llama Habilidades Tempranas del Adolescente para las Emociones (EASE).

Central al desarrollo de EASE fue la capacidad para abordar problemas emocionales concomitantes en una intervención y promover el incremento progresivo en los LMIC con el uso de servicios de no especialistas con capacitación breve. El proceso formativo para desarrollar EASE incluyó un análisis descriptivo, la identificación de estrategias de apoyo empírico que no solían utilizarse en intervenciones efectivas de acuerdo con la base de datos PracticeWise⁹, y la extensa consulta a expertos (una nota del concepto sobre el desarrollo de EASE está disponible a petición).

Los propósitos de EASE de mitigar los síntomas de trastornos interiorizantes, como depresión y ansiedad, proporcionando cuatro estrategias centrales de apoyo empírico y que se administran en persona durante siete sesiones de grupo con adolescentes y tres sesiones de grupo con sus cuidadores.

Se introducen estrategias con adultos jóvenes en orden de complejidad, por lo que cada sesión analiza y ensaya estrategias previamente introducidas, fomentándose la práctica entre las sesiones. Las sesiones están diseñadas para durar 90 minutos. Incluyen películas, historias y actividades que fomentan la participación de los jóvenes.

La primera sesión tiene como propósito crear empatía con los participantes y desarrollar cohesión de grupo. Se presenta psicoeducación, informando a los participantes sobre adversidad y tensión emocional. A los participantes también se les enseña

cómo identificar adecuadamente sus propias emociones (“comprendiendo mis sentimientos”) lo cual se considera fundamental para la regulación emocional básica. La sesión 2 aborda problemas de la excitabilidad física relacionada con estrés, ansiedad e ira, e introduce respiración lenta (“calmando mi cuerpo”) para promover la reducción de la hiperexcitabilidad.

Se estimula a los participantes para que realicen actividades significativas que mejoren su estado de ánimo en las sesiones 3 y 4 (“cambiar mis acciones”). Con base en la activación conductual, esta estrategia tiene como propósito abordar síntomas de inactividad y ayudar a involucrar a adolescentes en actividades más significativas.

Las sesiones 5 y 6 promueven las habilidades para la resolución independiente de problemas a través de una técnica de resolución de problemas simplificada llamada “gestionando mis problemas”. En esta estrategia se integran preguntas para inducir a los participantes a buscar apoyo social. Por último, la sesión 7 se enfoca en la prevención de recaídas y ayuda a los participantes a prepararse para utilizar las estrategias de manera independiente en el futuro.

Dadas las dificultades con lograr la intervención de cuidadores empleados o muy ocupados, y en el contexto de una intervención breve, solo se incluyen tres sesiones de grupo para cuidadores, de dos horas de duración. Tienen como propósito fomentar las fortalezas existentes y promover las prácticas de parentalidad adaptativa para mejorar la relación cuidador-niño y mejorar la confianza al responder a los problemas del adolescente.

En la primera sesión, a los cuidadores se les proporciona psicoeducación y habilidades que los equipen mejor para responder y proporcionar confort a su hijo cuando están abrumados por sentimientos de ansiedad. Se enseña y se practica la identificación de emociones, escuchar activamente y la respiración lenta. La segunda sesión se enfoca en estrategias de parentalidad positiva que incluyen elogios, fortalecer la confianza de su hijo y la suspensión de disciplina física. Por último, en la sesión tres se aborda el autocuidado del cuidador (por ejemplo, sueño, nutrición, estrategias para reducir el estrés). Esta sesión tiene como propósito mejorar la capacidad del cuidador de hacer frente a retos relacionados con el entorno y la parentalidad de un adolescente que experimenta angustia importante. El aleccionamiento sobre la prevención de recaídas también se proporciona en esta sesión final. Se alienta entre las sesiones la práctica y aplicación de estrategias. Además, en todas las sesiones se informa a los cuidadores sobre las estrategias que se están enseñando en las sesiones de los adolescentes.

Además de las sesiones del cuidador y de los jóvenes, se capacita a los facilitadores para que vigilen e identifiquen indicadores de amenaza para el bienestar de los adolescentes en el entorno de su domicilio y hacer las remisiones que estén indicadas.

La capacidad para implementar eficazmente y el incremento progresivo de esta intervención en los LMIC es decisiva. Adoptar un enfoque de compartir tareas implementado en forma responsable (por ejemplo, incluyendo supervisión y apoyo persistente) de compartir tareas mediante el empleo de no especialistas hace que EASE sea más asequible y escalable. Se espera que los facilitadores de esta intervención tengan por lo menos educación secundaria pero no es necesario que tengan experiencia previa en salud mental. Completarán ocho a diez días de capacitación en educación básica para la salud mental, habilidades de asesoría y manejo de grupo y la intervención EASE, y reciben supervisión semanal. Se han utilizado enfoques similares de compartir tareas en estudios que demuestran la eficacia en adultos¹⁰.

El acceso a intervenciones psicológicas eficaces para adolescentes es esencial para promover el desarrollo sano hacia la edad adulta. EASE es una intervención transdiagnóstica breve, cuyo propósito es mitigar los síntomas de problemas emocionales en adolescentes jóvenes. Si resulta eficaz, puede incrementarse progresivamente en muchos contextos. En la actualidad, la eficacia de EASE se está evaluando a través de estudios aleatorizados controlados en Líbano, Jordania, Pakistán y Tanzania.

**Katie S. Dawson¹, Sarah Watts², Kenneth Carswell²,
Melissa Harper Shehadeh², Mark J.D. Jordans^{3,4},
Richard A. Bryant¹, Kenneth E. Miller³, Aiysha Malik^{2,5},
Felicity L. Brown³, Chiara Servili², Mark van Ommeren²**

¹School of Psychology, University of New South Wales, Sydney, NSW, Australia; ²Department of Mental Health and Substance Abuse, World Health Organization, Geneva, Switzerland; ³Department of Research and Development, War Child, Amsterdam, The Netherlands; ⁴Center for Global Mental Health, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK; ⁵Oxford Institute of Clinical Psychology Training, Isis Education Centre, University of Oxford, Oxford, UK

Falta de evidencia de eficacia de las psicoterapias para el PTSD y depresión en niños y adolescentes refugiados

El trastorno por estrés postraumático (PTSD) y la depresión se conocen por ser frecuentes entre refugiados de corta edad e individuos desplazados internamente. La necesidad de intervenciones eficaces para esta población está resultando cada vez más evidente en vista del gran número de conflictos armados recientes y actuales.

Llevamos a cabo un análisis sistemático y metanálisis de estudios aleatorizados controlados sobre la eficacia de intervenciones psicológicas para el PTSD y la depresión en niños y adolescentes refugiados e individuos desplazados internamente. Los objetivos y métodos del metanálisis estaban registrados en la base de datos PROSPERO (CRD4201707384).

Buscamos en la base de datos PsycINFO, MEDLINE y PLOTS hasta febrero de 2018. Se utilizaron los siguientes términos de búsqueda en palabras clave, títulos y resúmenes: PTSD, depresión, refugiado (o términos relacionados como buscador de asilo o persona desplazada), y tratamiento (o términos relacionados como intervención o psicoterapia). Además, se analizaron las listas bibliográficas de publicaciones identificadas y análisis sistemáticos.

Los criterios de inclusión fueron: a) estudio realizado con niño o adolescente refugiado o individuos internamente desplazados; b) participantes asignados de manera aleatoria a las condiciones de tratamiento; c) por lo menos diez participantes completaron un tratamiento psicológico activo para PTSD o depresión, o ambos. No hubo restricciones al formato de intervención, tipo de publicación o idioma de publicación. Si los estudios no proporcionaron datos suficientes para realizar el metanálisis, se contactó a los autores por correo electrónico para obtener estos datos.

Codificamos y extrajimos características relevantes de estudio, intervención y participantes, tales como el número de participantes, grupos de comparación, tipos de variables utilizadas, puntuaciones de resultados y número de sesiones. Además, evaluamos la calidad de los estudios incluidos aplicando nueve criterios utilizados en metanálisis similares¹. Para realizar el análisis, se sustrajo la media del grupo de control de la media del grupo

1. World Health Organization. Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade. Geneva: World Health Organization, 2014.
2. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M et al. *Lancet* 2011;378:1515-25.
3. Jenkins R, Baingana F, Ahmad R et al. *Ment Health Fam Med* 2011;8:87-96.
4. Patel V, Kieling C, Maulik PK et al. *Arch Dis Child* 2013;98:323-7.
5. Purgato M, Gross AL, Betancourt T et al. *Lancet Glob Health* 2018;6:e390-400.
6. World Health Organization. mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva: World Health Organization, 2008.
7. Dua T, Sharma A, Patel A et al. *World Psychiatry* 2017;16:216-7.
8. Epping-Jordan JE, Harris R, Brown FL et al. *World Psychiatry* 2016;15:295-6.
9. PracticeWise. Evidence-based youth mental health services literature data-base. Satellite Beach: PracticeWise, 2015.
10. Singla DR, Kohrt BA, Murray LA et al. *Annu Rev Clin Psychol* 2017;13:149-81.

DOI:10.1002/wps.20594

de tratamiento en el periodo postratamiento o de seguimiento, y se dividió entre la desviación estándar combinada. Después, para obtener la *g* de Hedges de la magnitud de efecto, se multiplicó el resultado por un factor de corrección para el tamaño de la muestra y se aplicó el modelo de efectos aleatorios. Se llevaron a cabo los análisis con Comprehensive Meta-Analysis Version 3. Dado que menos de diez estudios cumplieron nuestros criterios de inclusión, no se pudo llevar a cabo prueba de sesgo de publicación.

Después del cribado de 1.716 aciertos potenciales, ocho estudios cumplieron nuestros criterios²⁻⁹. Todas las publicaciones estaban escritas en inglés, siete fueron publicados en revistas científicas revisadas por expertos externos y una fue una tesis doctoral⁷. Siete de los estudios se llevaron a cabo con individuos internamente desplazados mientras que dos se realizaron con refugiados^{6,8}. En tres estudios, se realizó el tratamiento en un formato de grupo^{2,5,9}. En cuatro estudios se evaluó PTSD y depresión por igual^{4,5,7,9}, uno se centró solo en depresión², y tres se centraron solo en PTSD^{3,6,8}.

Las condiciones experimentales consistieron en psicoterapia cognitiva enfocada en trauma que incluyó terapia de exposición narrativa^{3,4,6-8}, terapia interpersonal², intervención basada en grupo⁹, y escritura para restablecimiento⁵. Los tratamientos activos se compararon con lista de espera en cuatro estudios. En dos estudios, se comparó la condición experimental con una condición de control inactiva además de la lista de espera. En tres estudios se compararon entre sí dos condiciones activas.

El número de participantes por condición varió de 11 a 248, con una media de $78,7 \pm 61,9$. La media de edad de los participantes fue $13,1 \pm 1,9$, y 39,9% de ellos eran del género femenino. Dos y tres estudios, respectivamente, utilizaron entrevistas clínicas estructuradas para evaluar PTSD o depresión; los estudios restantes aplicaron autoinformes. El número de sesiones fluctuó de 6 a dieciséis.

Los tratamientos activos para PTSD generaron magnitudes de efecto combinado no significativas en la evaluación postratamiento

to ($k = 7$; $g = 0,02$; IC 95%: $-0,13$ a $0,15$) y al seguimiento ($k = 5$; $g = 0,24$; IC 95%: $-0,13$ a $0,62$) en comparación con las condiciones de control. Solo un estudio produjo un efecto significativo de la condición experimental sobre la condición de control⁶.

Los tratamientos activos para la depresión también produjeron magnitudes de efecto agregado no significativas en el seguimiento postratamiento ($k = 6$; $g = -0,01$; IC del 95%: $-0,55$ a $0,52$) y al seguimiento ($k = 3$; $g = 0,02$; IC del 95%: $-0,16$ a $0,19$) en comparación con las condiciones de control. Solo un estudio mostró un efecto considerable para la depresión³.

Tres estudios que informaron sobre la alteración funcional, dieron lugar a una magnitud de efecto pequeña en el lapso después del tratamiento ($k = 3$; $g = 0,31$; IC del 95%: $0,08$ - $0,54$) y en el seguimiento ($k = 3$; $g = 0,32$; IC del 95%: $0,01$ - $0,64$) cuando se compararon los tratamientos activos con las condiciones de control.

La evaluación de la calidad de las publicaciones incluidas indicó que seis estudios (75%) fueron calificados con una puntuación promedio de 2, indicando buena calidad.

Este metanálisis demuestra que hay un número limitado de estudios clínicos sobre la eficacia de psicoterapias para el PTSD y depresión entre niños y adolescentes refugiados e individuos desplazados internamente. Los resultados de estudios existentes no proporcionan apoyo para la eficacia de las intervenciones psicológicas en esta población.

Dados los problemas de salud pública urgentes que plantean los grados crecientes de violencia y conflicto civil en todo el mundo, es esencial que el gobierno y organizaciones no gubernamentales tengan la evidencia más confiable para conformar la política y práctica. Por consiguiente, necesitamos urgentemente desarrollar y evaluar intervenciones eficaces para los problemas en salud mental en niños y adolescentes refugiados e individuos con desplazamiento interno.

Nexhmedin Morina, Tim Nicola Sterr

Institute of Psychology, University of Münster, Münster, Germany

1. Morina N, Koerssen R, Pollet TV. *Clin Psychol Rev* 2016;47:41-54.
2. Bolton P, Bass J, Betancourt T et al. *JAMA* 2007;298:519-27.
3. Catani C, Kohiladevy M, Ruf M et al. *BMC Psychiatry* 2009;9:22.
4. Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E et al. *JAMA* 2011;306:503-12.
5. Lange-Nielsen II, Kolltveit S, Thabet AAM et al. *J Loss Trauma* 2012;17:403-22.
6. Ruf M, Schauer M, Neuner F et al. *J Trauma Stress* 2010;23:437-45.
7. Schauer M. Trauma treatment for children in war: build-up of an evidence-based large-scale mental health intervention in North-Eastern Sri Lanka. Doctoral Thesis, University of Konstanz, 2008.
8. Schottelkorb AA, Doumas DM, Garcia R. *Int J Play Ther* 2012;21:57-73.
9. Tol WA, Komproe IH, Jordans MJD et al. *World Psychiatry* 2012; 11:114-22.

DOI:10.1002/wps.20596

La distinción de estado de rasgo entre esquizotipia y riesgo clínico elevado: resultados del seguimiento a un año

Las psicosis son trastornos psiquiátricos graves y a la vez heterogéneos de etiología multifactorial. Recientemente en un análisis global publicado en esta revista¹ se informó que un estado de alto riesgo clínico (CHR) y anhedonia como rasgo (como parte del constructo de la esquizotipia) eran factores de riesgo clínico promisorios para la detección temprana de psicosis.

Estos resultados reflejan las dos vertientes principales de investigación fenomenológica en el campo de la detección temprana de la psicosis antes de su primer episodio²: la estrategia de alto riesgo clínico³ y la estrategia de esquizotipia^{4,5}. Con algunas excepciones^{2,6} estos dos enfoques hasta ahora se examinaron por su valor predictivo de psicosis independientes uno de otro, y también por diferentes medios en poblaciones diferentes: esquizotipia por medio de la escala de autonotificación en muestras principalmente no clínicas, y criterios de CHR por medio de entrevistas clínicas en casi todas las muestras clínicas².

La esquizotipia se considera como un rasgo latente u organización de la personalidad, frecuentemente evaluada por las Escalas de Esquizotipia de Wisconsin (WSS)^{2,7} (anhedonia física, anhedonia social, anomalía perceptual e ideación mágica). Se informó que las últimas dos escalas cargan el mismo factor como síntomas positivos atenuados y transitorios y como síntomas básicos perceptivos⁸, que, después de los síntomas básicos cognitivos, se suelen utilizar para definir un estado de CHR sintomático³.

En apoyo a la suposición del carácter de rasgo de la esquizotipia, resultados de muestras no clínicas demostraron estabilidad relativamente satisfactoria de las puntuaciones en WSS durante periodos breves⁹. En contraste, y apoyando su conceptualización como factores de estado, los criterios CHR y síntomas rara vez son estables con el tiempo en muestras clínicas¹⁰. No obstante, hasta

hora no se sabe si los síntomas de CHR influyen en el reporte en WSS, sobre todo por lo que respecta al traslape parcial (atenuado) de síntomas positivos y la WSS positiva^{2,6}, en muestras clínicas.

Para esclarecer inicialmente esta cuestión, analizamos la estabilidad temporal así como la interrelación de posibles cambios temporales de la WSS y síntomas de CHR en el transcurso de un año en 29 pacientes reclutados en el Bern Early Detection and Intervention Centre for Mental Crises. Al inicio, los pacientes tenían 18 ± 5 años de edad en promedio (rango: 9-27 años) y 41% eran del género masculino. Un paciente (3%) ya tenía un trastorno psicótico, 22 (76%) cumplieron los criterios de CHR y seis (21%) recibieron diagnósticos no relacionados con el espectro psicótico.

Se utilizaron los instrumentos de propensión a la esquizofrenia para evaluar los 14 síntomas básicos incluidos en los dos criterios de síntomas básicos³. Se utilizó la Entrevista Estructurada para los Síndromes de Riesgo de Psicosis para evaluar los cinco síntomas positivos incluidos en los criterios URH sintomáticos³. Se evaluó la esquizotipia mediante la WSS. Según lo requirió el comité de ética local, pacientes y, si eran menores de edad, sus guardianes legales, proporcionaron consentimiento informado para que se utilizaran sus datos clínicos anonimizados en análisis científicos y publicaciones.

Utilizando SPSS 24, se analizaron diferencias entre inicio y seguimiento (delta) de la mayor parte de las puntuaciones de suma de distribución normal a través de pruebas de t dependientes con método de bootstrap para evaluar efectos de potenciales atípicos y la fiabilidad de los resultados. Estos revelaron diferencias temporales significativas en síntomas básicos (delta media = 3,45, $t(28) = 2,38$; $p = 0,024$) y puntuaciones de suma de síntomas positivos (delta media = 2,00, $t(28) = 2,48$, $p = 0,021$). En cambio, las diferencias en las puntuaciones en WSS se mantuvieron no significativas: an-

hedonia física (delta media = 1,55, $t(28) = 1,79$, $p = 0,106$), anhedonia social (delta media = 1,35 $t(28) = 1,68$, $p = 0,107$), ideación mágica (delta media = 0,28, $t(28) = 0,40$, $p = 0,691$) y anomalías en la percepción (delta media = 0,62, $t(28) = 0,92$, $p = 0,360$).

Además, al analizar las correlaciones de Pearson entre las puntuaciones de diferencia de escalas, encontramos una correlación fuerte significativa solo entre la ideación mágica y las anomalías en la percepción ($r = 0,506$, $p = 0,005$) y correlaciones moderadas a nivel de tendencia entre anhedonia física e ideación mágica ($r = 0,337$, $p = 0,091$) y anomalías en la percepción ($r = 0,319$, $p = 0,073$), lo mismo que entre las dos puntuaciones de diferencia de síntomas de CHR ($r = 0,328$, $p = 0,083$). Las puntuaciones de diferencia en WSS y los síntomas de CHR nunca se correlacionaron ($r = 0,012$ a $0,306$; $p = 9,969$ a $0,106$). En los análisis de regresión lineal, las puntuaciones de diferencia en WSS no predijeron las puntuaciones de diferencia de síntomas de CHR, lo cual, a su vez, no predijo las puntuaciones de diferencia en WSS.

Nuestros resultados fortalecen la distinción entre los síntomas de CHR y esquizotipia por lo que respecta a estado independiente y factores de rasgo y, por consiguiente, la noción de que los síntomas de CHR ocurren por encima de una esquizotipia acentuada, según lo señala el modelo de Debbané et al.² Además, su independencia respalda nociones de que la predicción de psicosis pudiera mejorar por su combinación⁶. Para este objetivo, la anhedonia física y la anhedonia social, que constituyen la dimensión de esquizotipia negativa, pudieran ser especial y potencialmente elegibles.

La esquizotipia negativa podría detectar a las personas que más probablemente avancen a un trastorno mental grave entre aquellas con un riesgo ya aumentado para experimentar síntomas psicóticos o psicoticoides, detectado por los criterios de CHR. Esto podría explicar por qué las dos escalas para anhedonia mostraron variación mayor, aunque todavía no significativa, en el curso del tiempo.

Se necesitan estudios futuros en muestras más grandes con seguimiento más prolongado y más tiempos de evaluación para

explorar la fiabilidad de nuestros hallazgos, las posibles relaciones específicas entre factores de rasgo y estado, los potenciales patrones relacionados con la conversión a la psicosis y, en última instancia, el rol que desempeñan en su etiología estos factores de riesgo de las psicosis posiblemente importantes¹.

Chantal Michel¹, Rahel Flückiger¹, Jochen Kindler¹, Daniela Hub², Michael Kaess^{1,3}, Frauke Schultze-Lutter^{1,4}

¹University Hospital of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland; ²Translational Research Center, University Hospital of Psychiatry and Psychotherapy, University of Bern, Bern, Switzerland; ³Department of Child and Adolescent Psychiatry, Center for Psychosocial Medicine, University of Heidelberg, Heidelberg, Germany; ⁴Department of Psychiatry and Psychotherapy, Heinrich-Heine-University, Düsseldorf, Germany

1. Radua J, Ramella-Cravaro V, Ioannidis JPA et al. *World Psychiatry* 2018;17:49-66.
2. Debbané M, Eliez S, Badoud D et al. *Schizophr Bull* 2015;41(Suppl. 2):396-407.
3. Schultze-Lutter F, Michel C, Schmidt SJ et al. *Eur Psychiatry* 2015;30:405-16.
4. Lenzenweger MF. *World Psychiatry* 2018;17:25-6.
5. Grant P. *Front Psychiatry* 2015;6:143.
6. Flückiger R, Ruhrmann S, Debbané M et al. *J Abnorm Psychol* 2016;125:923-32.
7. Chapman LJ, Chapman JP, Kwapil TR et al. *J Abnorm Psychol* 1994;103:171-83.
8. Flückiger R, Schmidt SJ, Ruhrmann S et al. *Early Interv Psychiatry* 2016; 10(Suppl. 1):117.
9. Chan RC, Shi HS, Geng FL et al. *Psychiatry Res* 2015;228:143-9.
10. Michel C, Ruhrmann S, Klosterkötter J et al. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2018;268:39-48.

DOI:10.1002/wps.20595

¿Es el trastorno límite de la personalidad un trastorno del espectro de la esquizofrenia? Un estudio psicopatológico

El trastorno límite de personalidad (BPD) es uno de los diagnósticos más frecuentemente utilizados en la psiquiatría europea y americana. No obstante, el diagnóstico de límite no está claro desde el punto de vista nosológico, sobre todo por lo que respecta a su diferenciación con respecto a los trastornos del espectro de la esquizofrenia.

Cuando se introdujo en el DSM-III, el BPD estaba separado del trastorno de personalidad esquizotípica (SDP), que antes a menudo se designaba como esquizofrenia límite. En un análisis histórico, conceptual y empírico detallado, hemos planteado que la división del grupo límite en BPD y SPD no estaba del todo justificada, y que la categoría de BPD en la actualidad es demasiado inclusiva y clínica y conceptualmente difícil de diferenciar de los trastornos del espectro de la esquizofrenia. En un estudio separado², hemos puntualizado que los criterios de BPD de “trastorno de identidad” y “sentimientos crónicos de vacío” designan fenómenos multinivel que en sus aspectos básicos de cambio estructural de la experiencia se atribuyeron originalmente al espectro de la esquizofrenia³.

Con base en estos estudios, llevamos a cabo un estudio empírico de 30 pacientes (28 mujeres, media de edad $30,0 \pm 8,0$ años) que habían recibido un diagnóstico clínico principal de BPD en tres clínicas ambulatorias afiliadas a una universidad específicamente dedicadas al tratamiento de BPD en la región capital de Dinamarca. Entre estos pacientes, 56,7% se habían hospitalizado previamente y 70,0% habían recibido previamente un diagnóstico diferente a BPD, principalmente trastornos afectivos o relacionados con ansiedad o estrés, en congruencia con un estudio de registro danés reciente de 10.876 pacientes⁴.

Los pacientes fueron objeto de una valoración psiquiátrica minuciosa por un psicólogo clínico e investigador experimentado. Las entrevistas se llevaron a cabo de manera semiestructurada y a manera de conversación de acuerdo con los principios fenomenológicos estándar e implicaron un instrumento combinado utilizado para varios estudios psicopatológicos en nuestro departamento⁵. Además, específicamente evaluamos todos los criterios de BPD y SPD de acuerdo con el DSM-5 y la ICD-10. Todas las entrevistas excepto una, se grabaron en

video y se analizaron, y se efectuaron resúmenes narrativos de todas ellas.

Los diagnósticos de investigación se establecieron de acuerdo con el DSM-5 y la ICD-10 en una reunión de consenso entre MZ y JP. En casos de incertidumbre sobre fenómenos psicopatológicos cruciales, MZ y JP evaluaron en forma conjunta extractos de grabaciones de video o realizaron una entrevista adicional conjunta con el paciente. Una muestra aleatoria de cinco resúmenes de entrevistas fue diagnosticada independientemente por un psiquiatra experimentado externo, quien estuvo de acuerdo con los diagnósticos de consenso.

El estudio mostró que la gran mayoría de pacientes de hecho cumplían los criterios para trastorno del espectro de la esquizofrenia (66,7% de acuerdo con DSM-5 y 76,7% de acuerdo con la ICD-10), es decir, esquizofrenia (20,0% de acuerdo con DSM-5 e ISM-10 por igual) o SPD. Entre los pacientes sin esquizofrenia, 40,0% tenían episodios “casi psicóticos” (criterio de SPD en la ICD-10). Cinco pacientes tenían síntomas psicóticos que se explicaban mejor en un nivel “casi psicótico”, y que no obstante no lograron cumplir los criterios para esquizofrenia.

Los criterios diagnósticos más frecuentes fueron “afecto inadecuado/constreñido de SPD y “experiencias de percepción inusuales”, mientras que los menos frecuentes fueron la “impulsividad” y “relaciones intensas inestables de BPD. Los criterios de “alteración de la identidad” y “sensaciones crónicas de vacío” del BPD se correlacionaron significativamente con una puntuación total de trastornos del yo, según se midieron mediante el Examen de la Autoexperiencia Anómala (EASE)⁶.

Pacientes con esquizofrenia y SPD tuvieron grados significativamente más altos ($p < 0,01$) de trastornos del yo que el grupo que no pertenecía al espectro ($17,5 \pm 6,0$ frente a $6,8 \pm 5,4$ en DSM-5; $16,9 \pm 6,0$ frente a $4,1 \pm 2,6$ en la ICD-10), y estos niveles fueron muy similares a los hallados en otros estudios⁵. No hubo diferencias significativas en la puntuación total en EASE entre la esquizofrenia y el grupo SPD de acuerdo con los dos sistemas diagnósticos.

Consideramos que este estado de confusión diagnóstica acentuada puede en parte ser un resultado imprevisto de la “revolución operacional” y su introducción de criterios politéticos que son definidos por declaraciones breves del lego y susceptibles a múltiples interpretaciones y fluctuaciones semántico-históricas.

El concepto límite antes de DSM-III evolucionó a partir de varias fuentes¹.

Una fuente fue la noción clínica y psicoterapéutica de casos subpsicóticos de esquizofrenia originalmente descritos como esquizofrenia latente, pseudoneurótica o límite o “síndrome de Hoch-Polatin”⁷. Esta Gestalt comprendió síntomas fundamentales bleurelianos sutiles como trastornos de la expresividad y afectividad, trastorno del pensamiento formal, ambivalencia, trastornos del ego experiencial y diversas manifestaciones desintegradoras cercanas a la psicosis.

Otra fuente provino de la práctica psicoterapéutica que describe a pacientes extrovertidos, dramáticos con relaciones interpersonales intensas pero fluctuantes, cambio entre la idealiza-

ción y devaluación, y problemáticos de manejar en un contexto psicoterapéutico.

Por último, el concepto estructural-dinámico de Kernberg⁸ respecto a la organización de la personalidad límite influida por el desarrollo de los criterios de BPD (por ejemplo, difusión de identidad y un patrón específico de mecanismos de defensa como separación). Sin embargo, el concepto de Kernberg fue una dimensión transdiagnóstica aplicable a categorías tan diferentes como personalidades esquizoide (y supuestamente esquizotípica), paranoide, hipomaniaca, narcisista y antisocial y diferentes trastornos cercanos a la psicosis.

Desde 1980, los prototipos iniciales y los conceptos psicopatológicos originales que impregnaron la creación de criterios politéticos han caído en el olvido. Los criterios politéticos han dado lugar a un énfasis contextual en elementos emblemáticos individuales (por ejemplo, automutilación) y una disminución general en el conocimiento psicopatológico. Esto ha contribuido a la confusión diagnóstica contemporánea. Por ejemplo, la impulsividad como un rasgo de personalidad (es decir, manifiesta en diferentes situaciones en el curso de la vida) puede confundirse con conducta desorganizada o impulsiones que aparecen en el espectro de la esquizofrenia.

En la actualidad, los síntomas casi psicóticos aparecen como criterios del DSM-5 tanto en BPD como en SPD. Esto hace que la diferenciación del BPD del espectro de la esquizofrenia dependa en alto grado de la detección y registro de los síntomas fundamentales esquizofrénicos. Lamentablemente, profesionales clínicos e investigadores ya no prestan atención minuciosa a estas manifestaciones, y su naturaleza expresiva hace que sea imposible evaluarlas a través de cuestionarios de autonotificación y entrevistas estructuradas.

A partir del DSM-III, los diagnósticos psiquiátricos se han cosificado y considerado como “clases naturales”, y solo la investigación basada en los criterios diagnósticos de la edición más reciente del DSM suelen considerarse para publicación⁹. En cambio, tal vez deberíamos reinstanciar la psicopatología teórica y empírica en el centro de la psiquiatría científica.

Maja Zandersen¹, Josef Parnas^{1,2}

¹Mental Health Centre Glostrup, Institute of Clinical Medicine, University Hospital of Copenhagen, Denmark; ²Center for Subjectivity Research, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

1. Zandersen M, Henriksen MG, Parnas J. *J Pers Disord* (in press).
2. Zandersen M, Parnas J. *Schizophr Bull* (in press).
3. Parnas J, Zandersen M. *World Psychiatry* 2018;17:220-1.
4. Kjør JN, Biskin R, Vestergaard C et al. *Personal Ment Health* 2016;10:181-90.
5. Nordgaard J, Parnas J. *Schizophr Bull* 2014;40:1300-7.
6. Parnas J, Møller P, Kircher T et al. *Psychopathology* 2005;38:236-58.
7. Meehl PE. *J Abnorm Psychol* 2001;110:188-93.
8. Kernberg O. *J Am Psychoanal Assoc* 1967;15:641-85.
9. Hyman SE. *Annu Rev Clin Psychol* 2010;6:155-79.

DOI:10.1002/wps.20598

La prevención de la depresión solo tendrá éxito cuando esté estructuralmente integrada y se dirija a grandes factores determinantes

Alrededor de 150 millones de personas son afectadas por trastorno depresivo mayor (depresión adicional) en algún momento, y una de cada cinco mujeres y uno de cada ocho hombres experimentan un episodio de depresión mayor en el curso de su vida.

Aunque desde la década de 1970, un número cada vez mayor de personas en países occidentales han recibido atención psiquiátrica, muy notablemente farmacoterapia, datos epidemiológicos no indican un descenso en la prevalencia de depresión en la población¹. Está claro que la eficacia de los tratamientos actuales en relación con placebo es moderada, y todavía existen brechas sustanciales en la calidad del tratamiento¹. Sin embargo, aun con la administración de tratamiento óptimo, se necesitan otros enfoques para abordar la carga de salud pública de la depresión y otros trastornos mentales comunes.

La prevención es una opción en gran parte descuidada, pero tiene sus propias complejidades. Metanálisis recientes y estudios aleatorizados controlados de intervenciones preventivas que buscan reducir la incidencia de depresión una y otra vez informan eficacia pequeña a esporádicamente moderada, con números necesarios a tratar (NNT) de alrededor de 22^{2,3}. Notablemente, estas magnitudes de efecto son similares a las correspondientes al uso de estatinas para prevenir un infarto de miocardio agudo durante un periodo de cinco años².

Sin embargo, la gran mayoría de los estudios sobre prevención se ocupan de terapias psicológicas administradas a personas motivadas con síntomas subumbral. Además, los estudios están limitados a desenlaces a corto plazo y los efectos disminuyen con el tiempo, lo que indica que son esenciales las exposiciones repetidas adaptadas a la edad. Raras veces se utilizan comparaciones activas, y estudios de mayor calidad informan efectos sustancialmente más pequeños. Además, el apego al tratamiento dista mucho de ser óptimo. Las poblaciones con el máximo riesgo suelen ser las menos motivadas para participar en terapias psicológicas.

Los más grandes problemas en la prevención actual son que no está dirigida a los factores más importantes que determinan el riesgo y no está estructuralmente integrada en los sistemas sociales principales.

Los factores proximales determinantes fuertes son la exposición a parentalidad deficiente (conducta prenatal riesgosa, descuido emocional, rechazo, falta de estructura, control excesivo y demasiada involucración, conflicto interparental, inestabilidad familiar), así como rasgos de personalidad inadaptable en niños (afectividad negativa, escaso autocontrol) y habilidades sociales y de solución de problemas deficientes^{4,6}. Estos tienen efectos a largo plazo bien establecidos sobre una amplia gama de desenlaces^{4,7}. Cuando existen tanto parentalidad deficiente^{4,7} como riesgos en el niño, pueden desarrollarse transacciones persona-entorno de inadaptación que a menudo dan lugar a problemas de personalidad no tratables que son resistentes al cambio.

Por consiguiente, es esencial dirigirse simultáneamente a los factores determinantes de riesgo relacionados con los padres y el niño. En consecuencia, la prevención debe iniciarse en una etapa temprana de la vida, abordando tanto al niño como a los padres, ser

a largo plazo y estructural, y mejorar las habilidades de parentalidad y el autocontrol de los niños, afectividad negativa y habilidades de la vida, en parte a través de mejor parentalidad y en parte a través de mejor educación. La afectividad negativa y autocontrol son muy importantes, dada la importancia prospectiva de la fobia de inicio temprano, hiperactividad y conducta de oposición desafiante⁸. También es interesante, pero se ha investigado menos a fondo, los efectos que tienen sobre la salud mental factores socioeconómicos y culturales distales, como posición social inferior, desigualdad de ingresos, migración y sus mediadores de efectos⁹.

El segundo problema de la prevención actual es que no está estructural y socialmente integrada. La implementación a gran escala a largo plazo y la utilización de la prevención solo pueden tener éxito si la prevención está integrada en los niveles local, distrito/estado y nacional. Dos formas de integración son importantes. En primer lugar, la “forma sociopolítica”, en la cual las administraciones locales y los gobiernos nacionales integran la prevención (programas/actividades) en instituciones existentes en los dominios de educación, embarazo y atención al niño, salud y trabajo social. En segundo lugar, la “forma social-psicológica”, en la cual valores de salud mental y conductas se desarrollan hacia normas sociales ampliamente aceptadas (como está ocurriendo con el tabaquismo).

La primera forma de integración probablemente es la mejor forma de garantizar la financiación estructural, la colaboración política importante y por tanto, implementación a largo plazo. La segunda forma es importante ya que compensa conductas de salud (mental). Por ejemplo, si las habilidades de la vida se vuelven parte del programa escolar regular de las escuelas (en grupos más pequeños), la exposición repetida adaptada a la edad a la “prevención” universal se convierte en un componente normal de la preparación para la vida del adulto.

Los profesionales de la salud mental y las organizaciones no pueden lograr esto por sí mismos. Según lo recomienda la Organización Mundial de la Salud, se precisa la colaboración conjunta de múltiples partes a diferentes niveles de organización (comunidad, municipalidad, distrito, estado).

Las principales ventajas de los programas universales integrados son que: a) pueden normalizar las actividades de prevención porque están anclados en sistemas que son (virtualmente) obligatorios (educación, cuidado obstétrico, cuidado infantil); b) reducir el riesgo de estigma; c) mejorar la parentalidad, características del niño y las destrezas para la vida (y por tanto los estilos de vida), que d) beneficiarán múltiples dominios de la vida. Esto puede fluctuar desde la salud mental y física hasta el logro educativo, trabajo e ingresos, pero incluso relaciones, integración social y tasas de delitos. Aunque los efectos de techo ciertamente existen, incluso padres y niños que están relativamente bien en todos los frentes pueden beneficiarse de los programas universales⁴.

Pese a la expectativa de que los efectos en la población serán sustanciales, los programas universales no involucrarán a todos en el nivel deseado. Algunas personas necesitarán participación

adicional: prevención terapéutica, análoga a la enseñanza curativa para alumnos con progreso académico insatisfactorio. De esta manera, la prevención selectiva/indicada complementa la prevención universal.

Estamos enfrentando una paradoja notable. Por una parte, los interesados (autoridades, consumidores, compañías de seguro, organizaciones profesionales e investigadores) consideran la prevención una idea muy autoevidente y están de acuerdo en que la prevención de los trastornos mentales es su prioridad principal. Por otra parte, la integración estructural y social de las actividades preventivas e investigación en salud mental es mínima.

Consideramos que la única forma de incrementar progresivamente en forma sustancial y anclar la prevención en todos los niveles en la sociedad a tal grado que reduzca la prevalencia de depresión en la población (y mejore los resultados funcionales y la calidad de vida) es una integración estructural y social a gran escala de programas de prevención universal y “correctora” dirigida a grandes factores determinantes. Debería iniciar en una etapa muy temprana de la vida y dirigirse a las habilidades parentales y habilidades de los niños para la vida, y ser a largo plazo y estructural.

Se necesitan inversiones sustanciales para desarrollar, implementar y evaluar la prevención propuesta. También es decisivo que la investigación para evaluar la prevención utilice rigor metodológico y desenlaces a largo plazo elegidos como objetivo, ya que estas limitaciones siguen alimentando dudas y reservas sobre la eficacia de la prevención.

Si los políticos realmente desean reducir la carga de la depresión, debiera haber proporcionalidad entre la carga y el dispendio

(tratamiento, prevención, investigación). Ya es tiempo de alcanzar la prevención del cáncer y enfermedad cardiovascular. Junto con otras partes de salud pública, política, compañías de seguros y autoridades educativas, los profesionales de la salud mental también necesitarán incrementar su influencia política y persuadir a políticos y al público para integrar la promoción y prevención de la salud mental en múltiples objetivos y múltiples niveles.

Johan Ormel¹, Pim Cuijpers², Anthony F. Jorm³, Robert Schoevers¹

¹University of Groningen, Groningen, The Netherlands, ²Free University, Amsterdam, The Netherlands; ³University of Melbourne, Melbourne, SA, Australia

1. Jorm AF, Patten SB, Brugha TS et al. *World Psychiatry* 2017;16:90-9.
2. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD et al. *Int J Epidemiol* 2014;43:318-29.
3. Werner-Seidler A, Perry Y, Calear AL et al. *Clin Psychol Rev* 2017;51:30-47.
4. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D et al. *Proc Natl Acad Sci USA* 2011;108:2693-8.
5. Jeronimus BF, Kotov R, Riese H et al. *Psychol Med* 2016;46:2883-906.
6. Uher R, Zwickler A. *World Psychiatry* 2017;16:121-9.
7. Costello EJ, Maughan B. *J Child Psychol Psychiatry* 2015;56:324-41.
8. Kessler RC, Ormel J, Petukhova M et al. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68:90-100.
9. Patel V, Burns JK, DhingraMet al. *World Psychiatry* 2018;17:76-89.

DOI:10.1002/wps.20580

Implementación del Plan de Acción de WPA 2017-2020: orientación a la comunidad para aprendizaje, investigación y práctica

Con cada nuevo periodo de Presidencia en la WPA, se implementa un plan de acción que aprovecha nuestro trabajo precedente. Nuestro plan para 2017-2020^{1,2} fortalece la orientación de nuestra profesión a la comunidad. Aborda la contribución de psiquiatras a respuestas a conflictos, urgencias y adversidades, y proporciona una estrategia dirigida para llegar a mujeres y hombres jóvenes que afrontan adversidad y desventaja y las enfermedades mentales o sus riesgos asociados.

En marzo de 2018, adoptamos los primeros pasos importantes para ejecutar esta estrategia, cuando los representantes de la WPA se reunieron con líderes de *citiesRISE*, la Fundación Juan López Ibor y psiquiatras experimentados de la Ciudad Colombiana de Bogotá³. Se nos unieron expertos del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud e International Medical Corps. Hablamos con respecto a cómo, a través de iniciativas colectivas, podemos vincular la acción local con redes globales para acelerar la implementación de las mejores prácticas y modelos y apoyar los psiquiatras para contribuir al trabajo basado en la comunidad de maneras prácticas y creativas. Consideramos cómo la WPA y asociados podrían desarrollar mejor herramientas y estrategias para apoyar a las personas con alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental (por cualquier motivo) y aquellas que ya estaban experimentando estos problemas, así como formas de promover la salud mental para la población más amplia.

Ahora hemos establecido la asociación WPA-*citiesRISE*. La WPA es una asociada fundadora de la plataforma *citiesRISE*⁴ y ha sido instrumental para configurar su estrategia y programa de acción colectivo, implementado inicialmente en cinco ciudades y centrado en la salud mental de personas jóvenes. El programa está apoyado por una gama de financiadores filantrópicos y de la industria. La WPA ha participado en los talleres de acción colectiva en Chennai y Nairobi, y también apoyando el trabajo de la fundación en Bogotá. Iniciativas existentes en estas ciudades, muchas de ellas

dirigidas por pequeñas entidades a nivel comunitario, son ejemplos del aspecto de la orientación a la comunidad en la salud mental en la práctica.

La WPA está ayudando a estimular intercambios productivos entre personas que raras veces tienen una oportunidad para hablar entre sí. En Nairobi, por ejemplo, ha habido reuniones conjuntas con psiquiatras experimentados, el directorado de salud mental, investigadores, líderes de la sociedad civil y personas jóvenes como los participantes en *Amazing Minds* (una red creativa de estudiantes dedicados a llegar al estigma cero para la salud mental y que aumentan la ayuda buscando entre los estudiantes del campus). Estas clases de encuentro son características de la asociación WPA-*citiesRISE*. Son una forma muy interesante de respaldar la comprensión mutua entre organizaciones diversas conforme se unen al programa global.

Además de apoyar a *citiesRISE* mediante el acceso a la mejor evidencia técnica y conceptual disponible y experiencia, la WPA dirigirá programas específicos. La psiquiatría contribuirá a mejorar la capacidad de la comunidad para responder a las necesidades de salud mental de niños y personas jóvenes ante emergencias y adversidades. En las ciudades trabajaremos para: a) mejorar la salud mental perinatal y b) apoyar los programas de prevención que reduzcan la prevalencia de depresión, ansiedad y conducta suicida entre las personas jóvenes. El anuncio reciente de la Comisión Lancet-WPA “reducción de la carga global de depresión”⁵ es otro paso en esta dirección.

El trabajo consolidará la percepción y el rol que desempeñan los psiquiatras como miembros de una profesión con una orientación a la comunidad. Demostrará la práctica de la psiquiatría dentro de un marco de atención en la comunidad y colaboración multisectorial en contextos con bajos, medianos y altos ingresos. Demostrará cómo el apoyo sostenido puede lograrse para las redes de psiquiatras involucrados en el trabajo basado en la comunidad y para los psiquiatras que trabajan en el de-

sarrollo de la comunidad relacionado con la mejora de la salud mental.

La asociación WPA-*citiesRISE* se revitaliza con el liderazgo comprometido de psiquiatras en cada una de las ciudades participantes. En la primera fase la WPA está asignando una comisión global para guiar el desarrollo de actividades de la asociación. También estamos identificando a psiquiatras interesados en cada ciudad. Se les alentará para formar grupos representativos locales posicionados para ayudar al trabajo de *citiesRISE* y desarrollar el trabajo orientado a la comunidad de psiquiatras en su país de operación. Cada grupo idealmente incluirá diversos médicos, de entre una gama de experiencias y en diferentes momentos de sus carreras.

La WPA está asignando a psiquiatras como líderes de programa. Desempeñarán roles polifacéticos que incluyen facilitar el desarrollo de grupos representativos locales y la interacción entre ellos y una comisión global. Adoptarán el liderazgo en el desarrollo de las herramientas y guías para las actividades planeadas.

Estamos procurando activamente otras actividades. Estas comprenden apoyo para la mejor práctica en trabajar entre médicos, personas con experiencia práctica en enfermedades mentales y cuidadores de familiares^{3,6}. El Comité Ejecutivo de la WPA ha aprobado el establecimiento de un grupo de consulta a usuarios de servicio y cuidadores de familia para asesorar sobre nuevas iniciativas, como analizar y mejorar la participación de los usuarios de servicio y los cuidadores de familia en nuestros congresos. Este trabajo es una prioridad en la nueva política de congresos de la WPA. Ejemplos de mejor práctica se obtendrán a medida que proceda el trabajo de la asociación WPA-*citiesRISE*, y se difundirá a través del nuevo sitio web de la WPA recién lanzado⁷ y otros canales.

La WPA participó en la preparación y el lanzamiento de la Comisión Lancet sobre Salud Mental Global⁸, un documento trascendental en el campo. Nos interesa la calidad de la atención y los derechos humanos en psiquiatría. En consecuencia,

estamos diseñando un proyecto con una sociedad de miembros para analizar cómo crear las condiciones en los servicios de salud mental que estén libres de violencia y abuso y que minimicen la coerción.

Para concluir, tengo el gusto de informar estos avances en implementar el plan de acción de la WPA. Otras actividades bajo el plan de acción han sido y serán descritas con detalle en otras ocasiones. Hay cambios importantes en camino en el programa de congresos de la WPA, en el trabajo de programas de psiquiatras en su carrera temprana y en las comunicaciones de la WPA. Se está desarrollando una encuesta global de psiquiatría junto con una

encuesta de programas de capacitación, y otros programas se detallan por separado por nuestros oficiales activos⁹⁻¹¹.

Mis oficiales colegas y yo estamos muy alentados por la participación activa y el apoyo de la Secretaría de la WPA, nuestras Sociedades Integrantes, Secciones Científicas, Comités Permanentes de trabajo arduo y todos los componentes de la Asociación.

Helen Herrman

Presidenta de WPA

1. Herrman H. *World Psychiatry* 2017;16:329-30.
2. World Psychiatric Association. WPA 2017-2020 Action Plan. www.wpanet.org.

3. Herrman H. *World Psychiatry* 2018;17:236-7.
4. citiesRISE. <http://cities-rise.org/>.
5. Herrman H, Kieling C, McGorry P et al. *Lancet* (in press).
6. Wallcraft J, Amering M, Freidin J et al. *World Psychiatry* 2011;10:229-36.
7. Kallivayalil RA. *World Psychiatry* 2018;17:238-9.
8. Patel V, Saxena S, Lund C et al. *Lancet* (in press).
9. Schulze TG. *World Psychiatry* 2018;17:373-4.
10. Ng RMK. *World Psychiatry* 2018;17:374-5.
11. Botbol M. *World Psychiatry* 2018;17:375-6.

DOI:10.1002/wps.20613

Acción colectiva para la salud mental en personas jóvenes: la experiencia de citiesRISE

A nivel global, la mayoría de las personas jóvenes con problemas de salud mental carecen del apoyo y acceso a la atención que necesitan¹. Las sociedades rápidamente urbanizantes basadas en la tecnología de la actualidad presentan cambios sociales, políticos, económicos y culturales que aumentan los riesgos y oportunidades para la salud mental de personas jóvenes.

Sin embargo, las estrategias actuales para apoyar la salud mental de personas jóvenes suelen carecer de una comprensión integrada de las presiones y dificultades que afrontan, sobre todo en transiciones críticas de la vida. No abordan las discrepancias rápidamente crecientes que experimentan personas jóvenes, sobre todo las marginadas². Antes de intensificar un modelo individual, consideramos que el camino más promisorio hacia la salud mental apalanca soluciones basadas en el lugar, llevando los servicios a las personas a través de una gama de puntos de acceso y métodos de intervención.

citiesRISE es una iniciativa multi-interesado. Se formó como respuesta a la inquietud de que esfuerzos fragmentados y a pequeña escala no estaban logrando abordar la marea creciente de problemas de salud mental entre personas jóvenes en todo el mundo, pese a la existencia de métodos eficaces en varias partes del mundo³. citiesRISE está utilizando metodologías comprobadas de acción colectiva y un enfoque de red para introducir e incrementar progresivamente intervenciones respaldadas por la evidencia y la experiencia.

citiesRISE está trabajando ahora en cuatro países: India, Kenia, Estados Unidos y Colombia. Organizaciones a niveles local, nacional y global están trabajando en conjunto para implementar programas en las primeras cinco ciudades de Chennai, Nairobi, Seattle, Sacramento y Bogotá. En cada una de estas ciudades estamos convocando a líderes jóvenes, psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, el gobierno e interesados de la sociedad civil, así como asociados de múltiples sectores, para que se enteren de las iniciativas locales y se conecten con ideas, conceptos y recursos globales.

Estamos diseñando en conjunto intervenciones que aborden la oferta (por ejemplo, la escala de servicios de apoyo disponible para cada intervención) y la demanda (es decir, concienciación, conducta de búsqueda de ayuda) para los servicios lo mismo que para factores sociales relevantes. La visión de esta iniciativa y la estrategia ha atraído una gama de inversores filantrópicos y de la industria.

citiesRISE en la actualidad está desarrollando cinco ofrecimientos clave:

- Plataformas ciudadanas que están evaluando un enfoque de acción colectiva: identificando las necesidades de la ciudad, conectando diferentes sectores y evaluando oportunidades para incrementar progresivamente intervenciones sociales existentes y a la vez también recomendando enfoques nuevos y promisorios.
- Liderazgo juvenil: es decisivo aprovechar los conceptos y energía de personas jóvenes en el diseño y la provisión de intervenciones de salud

mental. Nuestro trabajo inicial en Nairobi y Chennai ha demostrado que los jóvenes se involucran en mejorar localmente la salud mental, aportando energía y pasión a la causa; así como personas jóvenes en todas partes se hallan en el centro de movimientos para el cambio social, en el proceso de crecimiento hacia los líderes del mañana.

- La colaboración para el aprendizaje es un foro de conocimiento que combinará y proporcionará acceso a la información. Las ciudades la utilizarán para comparar información local y experiencias y aprender sobre las mejores prácticas emergentes. La colaboración reunirá datos de cada ciudad, contribuirá a los procesos a nivel de ciudad y proporcionará oportunidades para compartir ideas y conocimiento.
- El Acelerador fue iniciado con Grand Challenges Canada para apoyar negocios sociales promisorios e innovadores jóvenes. Ha estado trabajando para identificar enfoques innovadores a fin de mejorar la salud mental y también modelos comprobados que están listos para su incremento progresivo, como Friendship Bench, StrongMinds, Atmiyata, Drumbeat y otros más. En esta fase inicial se está estableciendo para proporcionar asistencia económica y técnica con el fin de evaluar y aumentar progresivamente las ideas con rapidez. La visión es ofrecer a ciudades y comunidades nuevas herramientas para la adopción en sus programas centres, junto con

el incremento progresivo de modelos demostrados.

- Se está finalizando un modelo global para la monitorización y evaluación del trabajo en cada ciudad, con indicadores específicos de centro y compartidos.

Las asociaciones son vitales para implementar estrategias sobre prevención y tratamiento de enfermedades mentales y la promoción de salud mental a través de la plataforma citiesRISE. La asociación WPA-citiesRISE, por ejemplo, brinda la oportunidad de demostrar la orientación de la psiquiatría a la comunidad y a la vez contribuye a los esfuerzos locales y locales para mejorar la salud mental de mujeres y hombres jóvenes que afrontan adversidad^{4,5}.

El concepto citiesRISE difiere de estrategias que se enfocan principalmente en la provisión de asistencia psiquiátrica por especialistas capacitados únicamente. citiesRISE pretende utilizar todos los recursos disponibles, inclusive personas jóvenes, no especialistas y sectores que van más allá de la asistencia sanitaria. Psiquiatras y otros especialistas en salud mental están involucrados centralmente en varias funciones como defensores, asesores, supervisores y capacitadores clínicos así como en la atención clínica directa.

Para aprovechar los modelos satisfactorios originados en las ciudades de varias partes del mundo, nuestro proceso implica:

- Identificar líderes locales, específicamente entre la población joven de una ciudad.

- Acoger una serie de sesiones de trabajo para identificar necesidades y capacidades de la comunidad.
- Crear consenso sobre metas compartidas y un modelo para la monitorización y evaluación.
- Proporcionar financiación y asistencia técnica para acelerar el trabajo a nivel de la ciudad.
- Evaluar el trabajo con la meta de construir iniciativas sostenibles y estrategias que puedan aumentarse progresivamente.
- Compartir e implementar iniciativas satisfactorias en las ciudades de todo el mundo.

Para el logro de una mejor salud mental es necesaria una estrategia amplia que involucre muchas disciplinas y sectores, como la seguridad en los barrios, desarrollo comercial, espacios públicos y vida cultural, incluyendo educación, artes y deportes¹. Incluir y activar a personas jóvenes en todas las etapas ha proporcionado energía y esclarecimientos para este trabajo. Con la clase correcta de liderazgo de los sectores público y privado, consideramos que el apoyo sostenible para la salud mental puede desarrollarse conectando servicios formales e informales a través de alojamiento, transporte, implementación de la ley, educación y sistemas de salud.

Los servicios de apoyo psicosocial accesibles pueden mitigar las repercusiones de los problemas urbanos contemporáneos como la falta de hogar, pobreza y

pérdida de oportunidades de educación y trabajo. Por consiguiente, las ciudades dirigen el camino para acelerar el incremento gradual de soluciones y catalizar la acción colectiva local dirigida a la enfermedad mental y mejorar la salud mental.

De esta manera, fomentamos un enfoque amplio para incluir, por ejemplo, programas de concienciación y educación, uso y diseño de espacios públicos y el rol que desempeña la tecnología para brindar apoyo a las comunidades y complementar el desarrollo de servicios clínicos para quienes los utilizan y necesitan.

Moitreyee Sinha¹, Pamela Collins², Helen Herrman^{3,4}

¹citiesRISE; ²University of Washington, Seattle, WA, USA; ³World Psychiatric Association; ⁴Orygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, and University of Melbourne, Melbourne, Australia

1. Patel V, Saxena S, Lund C et al. Lancet (in press).
2. Patton GC, Sawyer S, Santelli M et al. Lancet 2016;387:2423-4.
3. Malla A, Iyer S, McGorry P et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2016;51:319-26.
4. Herrman H. World Psychiatry 2017;16:329-30.
5. Herrman H. World Psychiatry 2018; 17:236-7.

DOI:10.1002/wps.20615

Sesiones de la ICD-11 en el 18º Congreso Mundial de Psiquiatría

En el 18º Congreso Mundial de Psiquiatría, que tuvo lugar en la Ciudad de México del 27 al 30 de septiembre de 2018, un simposio presidencial, un curso y varias presentaciones individuales se centraron en diversos aspectos del capítulo sobre trastornos mentales y de la conducta de la 11ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud (ICD-11).

La versión estadística del capítulo que contiene la estructura jerárquica, los nombres de categorías, los números de código, definiciones breves de cada trastorno y los términos de inclusión y exclusión, fueron dados a conocer a los estados integrantes de la Organización Mundial de la Salud (WHO) en junio de 2018 para preparar la implementación. Esta versión está dis-

ponible en línea en <https://icd.who.int/dev11/l-m/en>.

La ICD-11 está programada para aprobación por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2019. Las Descripciones Clínicas y Guías Diagnósticas que se pretende que sean utilizadas por profesionales de la salud mental en contextos clínicos serán publicadas lo más pronto posible después de eso.

También se está desarrollando una versión del capítulo para atención primaria, mientras que es posible que más tarde se desarrolle una versión para investigación.

Las pruebas de campo del capítulo ya se han llevado a cabo. Es importante resaltar que se realizaron antes de finalizar el capítulo (no después, como a menudo ocurrió para otros sistemas de clasificación),

de manera que los cambios en algunas secciones del capítulo se pudieran hacer con base en los resultados de los estudios.

Los estudios de campo consistieron en: a) dos encuestas internacionales extensas sobre las opiniones de psiquiatras y psicólogos en torno a las características que podían aumentar la utilidad clínica de la clasificación de los trastornos mentales; b) estudios de campo formativos, dirigidos a guiar las decisiones en torno a la estructura básica y el contenido de la clasificación mediante la exploración de la conceptualización de las interrelaciones entre las categorías de trastornos mentales por los profesionales clínicos; c) estudios de campo basados en Internet, implementados a través de la Red de Práctica Clínica Global (que incluye ahora más de 15.000

profesionales de salud mental y atención primaria de 155 países, que abarcan más de 5.000 de Europa, más de 3.000 de países de América, más de 3.000 del Pacífico Occidental, más de 600 del sudeste de Asia, más de 400 del Mediterráneo oriental y más de 300 de África), que utilizaron metodologías de metas de casos para analizar la toma de decisiones clínicas en relación con las categorías y guías diagnósticas propuestas para la ICD-11; d) estudios de campo basados en clínica (o implementación ecológica) para evaluar la fiabilidad y la utilidad clínica de las guías diagnósticas con pacientes reales en contextos clínicos ordinarios; e) estudios de usuarios de servicio y cuidadores que proporcionan retroalimentación sobre las guías diagnósticas.

Los resultados de los estudios de campo basados en Internet y de implementación ecológica fueron presentados en el Congreso.

En los estudios de campo basados en Internet, el acuerdo diagnóstico para los trastornos específicamente asociados al estrés fue constantemente más alto para la ICD-11 en comparación con las categorías de la ICD-10 (por ejemplo, 81,8% frente a 76,8% para el trastorno por estrés post-traumático; 75,8% frente a 71,8% para el trastorno de ajuste). Lo mismo es aplicable a los trastornos de la alimentación y la conducta alimentaria (por ejemplo, 96,8% frente a 95,1% para la anorexia nerviosa; 87,5% frente a 78,4% para la bulimia nerviosa).

En los estudios de campo de implementación ecológica (cuyos resultados detallados recientemente se publicaron en esta revista^{1,2}), la congruencia clíni-

ca (fiabilidad) fue de moderada a casi perfecta (0,45 a 0,88) para los diversos trastornos y en general fue superior para los resultados obtenidos para la ICD-10. Por lo que respecta a utilidad clínica, las guías diagnósticas para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos primarios, trastornos afectivos, ansiedad y trastornos relacionados con ansiedad y temor, y trastornos específicamente asociados al estrés fueron percibidos como fáciles de utilizar, correspondiendo exactamente a las presentaciones de los pacientes (es decir, adecuación de ajuste), claros y comprensibles, proporcionando un nivel de detalle apropiado, requiriendo casi el mismo o menos tiempo que la práctica habitual de los profesionales clínicos, y proporcionando guía útil para distinguir trastorno de normalidad y de otros trastornos. Los profesionales clínicos evaluaron las guías como menos útiles para la selección de tratamiento y evaluación de pronóstico, que para comunicarse con otros profesionales de la salud³, aunque las calificaciones de las primeras fueron todavía positivas en general.

En el congreso, la buena fiabilidad en el uso de las guías diagnósticas se confirmó en el curso, en el cual a los profesionales clínicos de todas las regiones del mundo se les presentaron viñetas clínicas relevantes a las secciones sobre trastornos psicóticos, trastornos afectivos, trastornos relacionados con ansiedad y temor y trastornos específicamente asociados a estrés.

En el simposio presidencial, se abordaron varios aspectos generales concernientes al diagnóstico y clasificación de trastornos mentales, incluyendo adecua-

ción a la cultura, validez en predecir la respuesta a tratamientos y el posible rol complementario de sistemas o modelos basados en dimensiones psicopatológicas, variables neurobiológicas a la teoría de redes de los trastornos mentales o una estrategia transdiagnóstica⁴⁻¹⁴.

Vincenzo Giallonardo

WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, University of Campania L. Vanvitelli, Naples, Italy

1. Reed GM, Sharan P, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:174-86.
2. Reed GM, Keeley JW, Rebello TJ et al. *World Psychiatry* 2018;17:306-15.
3. First MB, Rebello TJ, Keeley JW et al. *World Psychiatry* 2018;17:187-95.
4. Borsboom D. *World Psychiatry* 2017;16:5-13.
5. Lahey BB, Krueger RF, Rathouz PJ et al. *World Psychiatry* 2017;16:144-5.
6. Berk M, Post R, Ratheesh A et al. *World Psychiatry* 2017;16:236-44.
7. Kotov R, Krueger RF, Watson D. *World Psychiatry* 2018;17:24-5.
8. Borsboom D, Robinaugh DJ, The Psychosystems Group et al. *World Psychiatry* 2018;17:143-4.
9. McGorry PD, Hartman JA, Spooner R et al. *World Psychiatry* 2018;17:133-42.
10. Kendler KS. *World Psychiatry* 2018;17:241-2.
11. Krueger RF, Kotov R, Watson D et al. *World Psychiatry* 2018;17:282-93.
12. Zachar P. *World Psychiatry* 2018;17:294-5.
13. Jablensky A. *World Psychiatry* 2018;17:300-1.
14. Ghaemi SN. *World Psychiatry* 2018;17:301-2.

DOI:10.1002/wps.20612

