



International Journal of Clinical and Health Psychology

www.elsevier.es/ijchp



ARTICULO ORIGINAL

Disorders specifically associated with stress: A case–controlled field study for ICD–11 mental and behavioural disorders

Jared W. Keeley^a, Geoffrey M. Reed^{b,c,d,*}, Michael C. Roberts^e, Spencer C. Evans^e, Rebeca Robles^d, Chihiro Matsumoto^f, Chris R. Brewin^g, Marylène Cloitre^{h,i}, Axel Perkonig^j, Cécile Rousseau^k, Oye Gureje^l, Anne M. Lovell^m, Pratap Sharanⁿ, Andreas Maercker^j

^a Mississippi State University, Estados Unidos

^b Organización Mundial de la Salud, Suiza

^c Universidad Autónoma de México (UNAM), México

^d Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, México

^e University of Kansas, Estados Unidos

^f Sociedad Japonesa de Psiquiatría y Neurología, Japón

^g University College London, Reino Unido

^h National Center for PTSD, Estados Unidos

ⁱ New York University Langone Medical Center, Estados Unidos

^j University of Zurich, Suiza

^k McGill University Health Center, Canadá

^l University of Ibadan, Nigeria

^m Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM), Francia

ⁿ All India Institute of Medical Sciences, India

Recibido 16 de junio de 2015; aceptado 22 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

CIE–11; TEPT; viñeta; estudios de campo; experimento.

Trastornos específicamente relacionados con el estrés: estudio de campo de casos controlados para la CIE–11

Resumen

Antecedentes/Objetivo: Como parte del desarrollo de la onceava versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE–11), la Organización Mundial de la Salud está conduciendo una serie de estudios de campo de casos controlados utilizando un novedoso y potente método para evaluar la aplicación por parte de clínicos de las guías diagnósticas para los trastornos mentales y del comportamiento. Este artículo describe el estudio de campo de casos controlados para los Trastornos específicamente relacionados con el estrés. *Método:* Con base en una metodología experimental

*Correspondencia: Department of Mental Health and Substance Abuse (MSD/MER), World Health Organization, 20, Avenue Appia, CH–1211 Geneva 27, Switzerland

Correo electrónico: reedg@who.int (G.M. Reed)

de viñetas, 1.738 profesionales de la salud mental diagnosticaron casos estandarizados específicamente diseñados para evaluar diferencias clave entre las guías propuestas para la CIE-11 y las que les corresponden en la CIE-10. *Resultados*: Diversos cambios propuestos para la CIE-11, incluyendo la adición del Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) complejo y del Trastorno de duelo prolongado, produjeron mejores decisiones diagnósticas en comparación con la versión previa del manual. Sin embargo, se identificaron también áreas en las que las guías no se aplicaron de manera consistente, como el requerimiento diagnóstico de re-experimentación para el TEPT. *Conclusiones*: Se informa de revisiones específicas para mejorar las guías diagnósticas, que serán evaluadas en futuros estudios basados en la clínica con pacientes reales en escenarios relevantes.

© 2015 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

ICD-11; PTSD;
Vignette; Field study;
Experiment.

Abstract

Background/Objectives: As part of the development of the Eleventh Revision of International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11), the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse is conducting a series of case-controlled field studies using a new and powerful method to test the application by clinicians of the proposed ICD-11 diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. This article describes the case-controlled field study for Disorders Specifically Associated with Stress. *Method*: Using a vignette-based experimental methodology, 1,738 international mental health professionals diagnosed standardized cases designed to test key differences between the proposed diagnostic guidelines for ICD-11 and corresponding guidelines for ICD-10. *Results*: Across eight comparisons, several proposed changes for ICD-11, including the addition of Complex PTSD and Prolonged Grief Disorder, produced significantly improved diagnostic decisions and clearer application of diagnostic guidelines compared to ICD-10. However, several key areas were also identified, such as the description of the diagnostic requirement of re-experiencing in PTSD, in which the guidelines were not consistently applied as intended. *Conclusions*: These results informed specific revisions to improve the clarity of the proposed ICD-11 diagnostic guidelines. The next step will be to further test these guidelines in clinic-based studies using real patients in relevant settings.

© 2015 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se encuentra actualmente en el proceso de revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades, cuya onceava versión (CIE-11) se espera sea aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 2018. Los Trastornos específicamente relacionados con el estrés constituyen un nuevo grupo propuesto para el capítulo sobre trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-11, que intenta captar a los trastornos que reflejan en parte las reacciones no adaptativas ante eventos estresantes o traumáticos. Esto significa que siempre es necesaria, pero no suficiente, una historia de un evento estresante o traumático para producir la psicopatología representada por el trastorno (Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al., 2013). El grupo propuesto para la CIE-11 de Trastornos específicamente relacionados con el estrés incluye algunos diagnósticos ubicados en varios grupos de trastornos en la CIE-10, incluyendo el Trastorno por estrés posttraumático (TEPT), el Trastorno de adaptación y la Reacción aguda de estrés, así como dos nuevos diagnósti-

cos: el TEPT complejo y el Trastorno de duelo prolongado (ver Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, Reed et al., 2013; Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al., 2013)¹.

Trastornos mentales específicamente relacionados con el estrés son relativamente recientes en la clasificación psiquiátrica. La CIE-8, aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud en 1965, introdujo la categoría de "Perturbación situacional transitoria", que incluía problemas de adaptación, reacciones intensas de estrés y neurosis de combate. La CIE-9, aprobada en 1975, especificaba dos trastornos separados: Reacción aguda de estrés y Reacción de adaptación. La

¹ La agrupación propuesta de Trastornos específicamente relacionados con el estrés para la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento en la CIE-11 también incluye las categorías de Trastorno reactivo de la vinculación y Trastorno de desinhibición del compromiso social, que se aplican con mayor frecuencia a los niños pequeños. Estos trastornos no se incluyeron en el presente estudio.

CIE-10, aprobada en 1990, incluía dos trastornos adicionales como diagnósticos independientes: TEPT y Cambio duradero de la personalidad después de una experiencia catastrófica. Este último diagnóstico se describía a veces como seguido de la exposición de largo plazo a un estrés extremo (por ejemplo, a un campo de concentración, a encarcelamiento o a tortura) y algunas veces es precedido por TEPT.

El Grupo de Trabajo CIE-11 sobre Trastornos específicamente relacionados con el estrés fue establecido por el Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS en 2011, para: (a) revisar la evidencia científica disponible, (b) evaluar la información clínica y de política pública en relación con el uso de estos trastornos, incluyendo las perspectivas de escenarios especializados y de atención primaria en todo el mundo; (c) revisar las propuestas para el DSM-5 y considerar su aplicabilidad global; (d) preparar propuestas específicas de las categorías relevantes, su lugar y la organización en la clasificación; y (e) desarrollar borradores de contenido (por ejemplo, definiciones, descripciones y guías diagnósticas) enfocándose particularmente en mejorar la utilidad clínica de las categorías relevantes (véase First, Reed, Hyman y Saxena, 2015).

Las encuestas previamente conducidas por la OMS en colaboración con organizaciones internacionales de psiquiatras y psicólogos, demostraron que las categorías de Trastornos específicamente relacionados con el estrés son de las más utilizadas en la práctica clínica cotidiana. Por ejemplo, el TEPT fue la 7ª categoría de entre las más frecuentemente utilizadas por los psiquiatras (Reed, Correia, Esparza, Saxena y Maj, 2011) y la 8ª entre los psicólogos (Evans et al., 2013). En estas encuestas se pidió también que los participantes sugirieran que categorías diagnósticas debían agregarse a la clasificación. El TEPT complejo fue la categoría más frecuentemente recomendada para inclusión, y el Trastorno de duelo prolongado (u otras formas de duelo patológico) fue la 11ª categoría entre las más recomendadas (Robles et al., 2014). El Grupo de Trabajo tomó en consideración estos resultados como parte de la evidencia científica disponible sobre la validez de las categorías, y como información clínica y de política pública acerca de su utilidad clínica.

Fundamentos y procesos para la prueba de campo

La OMS ha enfatizado la importancia de la utilidad clínica en el proceso de revisión, definiendo a esta en relación con un rango de características de implementación relacionadas con una categoría en particular (International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders, 2011; Reed, 2010). Uno de los objetivos del proceso de revisión de la CE-11 es el desarrollo de una clasificación que sea lo más útil posible para los prestadores de servicios que están en la mejor posición para identificar y ofrecer servicios de salud mental a los individuos que los requieren. Así, los estudios de campo de la clasificación propuesta deben investigar la fiabilidad —y en la medida de lo posible la validez— de sus guías diagnósticas, así como la manera en que los clínicos las entienden y utilizan. El Grupo Coordinador de Estudios de Campo (GCEC), que reporta al

Grupo Internacional de Asesores para la revisión de la clasificación de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10, es responsable de supervisión de los estudios de campo de la CIE-11 y de proporcionar recomendaciones a los Grupos de Trabajo relevantes para mejorar sus propuestas con base en los hallazgos de los estudios de campo. El GCEC actúa como una entidad independiente en la supervisión de los estudios de campo para contrabalancear los posibles sesgos que los Grupos de Trabajo pueden presentar ante la revisión de su propio material y la interpretación de los resultados de los estudios correspondientes. El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS, en colaboración con el GCEC, ha designado una serie de estudios específicos para evaluar los conceptos y guías de diagnóstico que se han propuesto para la CIE-11 (véase Keeley et al., en prensa, para los fundamentos y una descripción más detallada de la estrategia para llevar a cabo los estudios de campo).

La primera fase de la prueba de campo consiste en estudios de campo de casos controlados que se administran por Internet a los miembros de la Red Global de Práctica Clínica (www.globalclinicalpractice.net) —que en Agosto de 2015 estaba integrada por más de 12.000 profesionales de la salud mental y de atención primaria de más de 140 países, representando una diversidad geográfica, disciplinaria y lingüística— que aceptaron participar voluntariamente en la prueba de campo relacionada con los trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-11 (Reed et al., 2015). Estos estudios utilizan viñetas de casos como estímulos para investigar el proceso de diagnóstico de los clínicos, controlando la variabilidad asociada con el material de caso a fin de aislar los factores específicos relacionados con las decisiones clínicas (Evans et al., 2015). Por esta razón, se les ha denominado como estudios de campo de casos controlados. Una segunda fase de la prueba de campo consistirá en estudios de implementación ecológica basados en la clínica, que involucran la aplicación de las guías diagnósticas a pacientes en escenarios relevantes, en donde el cuadro clínico del caso estará menos controlado y cuya generalización a escenarios clínicos reales será mayor (véase Keeley et al., en prensa).

Como parte de un programa sistemático de estudios de campo, los estudios de campo de casos controlados administrados por Internet ofrecen diversas ventajas en relación con métodos pasados para evaluar los sistemas de clasificación diagnóstica. En primer lugar, el uso de una viñeta estandarizada como estímulo para el diagnóstico provee un mayor grado de control experimental (Evans et al., 2015). En los estudios clínicos, los pacientes a ser diagnosticados son un factor desconocido y generalmente no es posible distinguir la variabilidad relacionada con las guías diagnósticas de la variabilidad asociada con la presentación del caso (Keeley et al., en prensa). Así, el estudio de casos controlados ofrece la posibilidad única de investigar cómo los clínicos implementan el sistema diagnóstico, incluyendo las características más importantes en relación con la definición de utilidad clínica de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En segundo lugar, la administración en línea asegura que pueda participar en el estudio un mayor rango de profesionales de lo que sería factible con estudios cara a cara, lo que se acerca a la meta de la OMS de incluir un amplio

Tabla 1 Preguntas de investigación para el estudio de campo de casos controlados de trastornos específicamente relacionados con el estrés.

Comparación 1	¿Los clínicos reconocen apropiadamente el síntoma de re-experimentación y lo aplican correctamente como requisito para el diagnóstico CIE-11 de TEPT?
Comparación 2	¿Los clínicos reconocen apropiadamente el deterioro funcional y lo aplican correctamente como requisito para el diagnóstico CIE-11 de TEPT?
Comparación 3	¿Los clínicos basan apropiadamente el diagnóstico CIE-11 de TEPT en la presencia de los síntomas esenciales requeridos, o tienden a sobrediagnosticar TEPT ante la historia de tipos específicos de estresores?
Comparación 4	¿Los clínicos pueden diferenciar los requisitos propuestos para el diagnóstico CIE-11 de TEPT complejo de aquellos para TEPT? Además, ¿el diagnóstico CIE-11 de TEPT complejo se ajusta mejor que el de Cambio duradero de la personalidad después de una experiencia catastrófica de la CIE-10?
Comparación 5	¿Los clínicos diagnostican inapropiadamente el TEPT complejo basándose en la historia de un estresor grave y duradero, en lugar de con base en los síntomas requeridos?
Comparación 6	¿Los clínicos pueden diferenciar el Trastorno de duelo prolongado de la reacción normal de duelo con base en las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11?
Comparación 7	¿Los clínicos diferencian apropiadamente el TEPT del Trastorno de adaptación con base en los síntomas requeridos, o tienden a basarse inapropiadamente en la naturaleza del estresor?
Comparación 8	¿Los clínicos excluyen apropiadamente los diagnósticos de Trastorno de adaptación que no evidencian preocupación y deterioro funcional tal como se requiere en las guías propuestas para la CIE-11?

rango de clínicos de todas las regiones del mundo que podrían usar la CIE-11. En tercer lugar, estos estudios son coste-efectivos en tanto que se obtiene gran cantidad de información con poco gasto y mucho más rápidamente de lo que sería posible con estudios basados en escenarios clínicos. Estos estudios de campo de casos controlados intentan proveer retroalimentación específica acerca de la manera en que los profesionales de la salud mental utilizan el sistema diagnóstico para que las guías diagnósticas puedan ser revisadas y mejoradas antes del lanzamiento de la CIE-11.

Este artículo describe el estudio de campo de casos controlados para los Trastornos específicamente relacionados con el estrés, el primero de una serie de estudios de campo de casos controlados. Este estudio fue desarrollado para evaluar como los clínicos interpretan las guías diagnósticas propuestas, para investigar qué factores influyen sus juicios diagnósticos, y para comparar las características de las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 con aquellas de la CIE-10. Con base en los resultados de este estudio, se solicitó al Grupo de Trabajo que sugiriera revisiones a las guías diagnósticas en las áreas en las que los resultados del estudio indicaron que no funcionaban como se deseaba. El estudio de campo de casos controlados para los Trastornos específicamente relacionados con el estrés se enfocó en los cambios específicos propuestos por el Grupo de Trabajo para la CIE-11 (que se resumen en la siguiente sección del artículo). Las manipulaciones experimentales individuales (Tabla 1) evaluaron sistemáticamente la toma de decisiones diagnósticas de los clínicos bajo condiciones preestablecidas a fin de determinar si las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 ofrecen una ejecución superior que las de la CIE-10.

Propuestas para las guías diagnósticas de la CIE-11 y preguntas relacionadas

Esta sección describe las propuesta específicas desarrolla-

das por el Grupo de Trabajo sobre Trastornos específicamente relacionados con el estrés en la CIE-11, destacando las diferencias importantes con la CIE-10 (véase Maercker, Brewin, Bryant, Cloitre, van Ommeren et al., 2013, para una descripción más detallada de los fundamentos y la evidencia científica de apoyo.) Los cambios de la CIE-10 a la CIE-11 proveen las bases para las preguntas de investigación específicas evaluadas en este estudio de campo, tal como se describe a continuación.

TEPT. La primera característica esencial del TEPT propuesta por el Grupo de Trabajo es la exposición a un evento o situación (sea de corta o de larga duración) de naturaleza extremadamente amenazante u horrorífica. Las guías diagnósticas propuestas proveen ejemplos de eventos que están comúnmente asociados con el TEPT pero no especifican características requeridas ni proveen de una lista definitiva de los eventos que califican. Además, las características sintomáticas requeridas para el TEPT que se proponen para la CIE-11 se simplificaron substancialmente, consistiendo en tres elementos centrales: (a) re-experimentación del evento traumático en el presente, que ocurre típicamente a manera de imágenes vívidas intrusivas, recuerdos o *flashbacks*; (b) evitación deliberada del evento traumático, que puede ser a manera de evitación interna de pensamientos y recuerdos relevantes, o de evitación externa de personas, conversaciones, actividades o situaciones con reminiscencias del evento; y (c) percepciones persistentes de una amenaza actual, por ejemplo como indica la hiperventilación o una mayor respuesta de sobresalto. Un requisito adicional no explícito en la CIE-10 es que la perturbación causa un deterioro significativo a nivel personal, familiar, social, educacional, ocupacional o en otras aéreas importantes del funcionamiento (véase First et al., 2015 para consultar la versión completa de las guías diagnósticas propuestas para TEPT). La evidencia empírica de las características especificadas del TEPT se obtuvo principalmente de estudios que investigaron la estructura sintomática de las

definiciones previas de TEPT (Elklit y Shevlin, 2007; Gootzeit y Markon, 2011; Yufik y Simms, 2010). El presente estudio se enfocó en tres de las diferencias clave entre la descripción de TEPT en la CIE-11 y la CIE-10 (Tabla 1). El requisito propuesto de re-experimentación en el presente como característica esencial del TEPT en la CIE-11 representa un cambio sustantivo con respecto a la CIE-10. Por esto, la primera pregunta de investigación (Comparación 1) evaluada fue si los clínicos podrían distinguir claramente descripciones de casos que incluían la re-experimentación como requisito diagnóstico para TEPT de aquellos que no la presentaban. La segunda pregunta (Comparación 2) tenía que ver con que si los clínicos distinguían casos que involucraban deterioro funcional de aquellos que no lo presentaban, y si esta información influenciaría su decisión diagnóstica. La tercera pregunta (Comparación 3) evaluó si los clínicos basaban el diagnóstico de TEPT en características sintomáticas esenciales en lugar de en las características del evento externo. La propuesta del Grupo de Trabajo reconoce que los individuos pueden desarrollar TEPT en respuesta a eventos que son experimentados como extremadamente amenazantes u horripilantes aunque no estén asociados de forma estereotipada con el TEPT. De manera inversa, los individuos pueden estar expuestos comúnmente asociados con TEPT y ante esto desarrollar un trastorno depresivo, de ansiedad, de adaptación o ninguno.

TEPT complejo. El TEPT complejo tal como se propone para su inclusión en la CIE-11 no es por completo un nuevo trastorno, representa más bien una reformulación integral del diagnóstico Cambio duradero de la personalidad después de una experiencia catastrófica de la CIE-10. El TEPT complejo puede desarrollarse después de la exposición a un evento o series de eventos de naturaleza extrema y prolongada o repetitiva que se experimentan como extremadamente amenazantes u horribles y de los que escapar es difícil o imposible (por ejemplo, tortura, campos de concentración, violencia doméstica prolongada, abuso sexual o físico repetido). Las características esenciales propuestas para el diagnóstico incluyen los tres síntomas centrales del TEPT a los que se suman perturbaciones específicas en tres dominios: (a) problemas graves y persistentes de regulación afectiva; (b) creencias persistentes acerca de uno mismo como estar disminuido, derrotado o sin valor, acompañadas de sentimientos profundos y penetrantes de vergüenza, culpa o fallo relacionados con el estresor; y (c) dificultades persistentes para mantener relaciones interpersonales y para sentirse cercano a los demás. La descripción del TEPT complejo más frecuentemente reportada por los participantes en los estudios de TEPT del DSM-IV (van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005), así como en los estudios de adultos crónicamente traumatizados (de Jong et al., 2005, Morina y Ford, 2008), incluyen las perturbaciones en estos tres dominios adicionales que se especifican para TEPT complejo. En los tres estudios referidos se encontró que ocurrían con mayor frecuencia en el 20% de los casos más graves. Estudios más recientes (Cloitre, Garvet, Brewin, Bryant y Maercker, 2013; Elklit, Hyland y Shevlin, 2014; Knefel y Lueger-Schuster, 2013) utilizaron un análisis de perfiles latentes para validar la estructura sintomática del TEPT complejo de acuerdo con el modelo CIE-11 en diferentes muestras. Estos estudios encontraron diferentes

clases para TEPT y TEPT complejo apoyando así la propuesta CIE-11 de TEPT complejo. En este estudio, una pregunta de investigación clave (Comparación 4) fue si los clínicos podían diferenciar entre el TEPT complejo y el TEPT con base en la presencia o ausencia de los síntomas en los tres dominios adicionales. Además, dado que el TEPT complejo es formulado como reemplazo del diagnóstico Cambio duradero de la personalidad después de una experiencia catastrófica de la CIE-10, éste debe proporcionar un mejor ajuste a los casos de este tipo y ser diagnosticado con mayor fiabilidad. Además, mientras que el diagnóstico de TEPT complejo se asocia con la experiencia de un estresor con características particulares, una historia de exposición a este estresor no es suficiente para el diagnóstico si los síntomas requeridos no se manifiestan. Por lo tanto, en paralelo con el TEPT, la Comparación 5 examinó si los profesionales aplicarían los requisitos sintomáticos para hacer el diagnóstico de TEPT Complejo, o si sus opciones de diagnóstico serían indebidamente influenciadas por la naturaleza del estresor que el individuo experimentó.

Trastorno de duelo prolongado. El Trastorno de duelo prolongado, una nueva categoría diagnóstica propuesta para la CIE-11, se define como una entidad en la que, después de un evento de duelo, existe una aflicción persistente y generalizada caracterizada por persistente anhelo o preocupación por el difunto, que se acompaña de dolor emocional intenso que ha persistido por un atípicamente largo periodo de tiempo tras la pérdida (mínimo por más de 6 meses). La respuesta de duelo excede claramente a lo esperado en el contexto cultural, social o religioso del individuo. Las bases empíricas de la propuesta de Trastorno de duelo prolongado consisten en una serie de estudios de investigación clínica que describen el perfil de síntomas del trastorno (por ejemplo, Burnett, Middleton, Raphael y Martinek, 1997; Horowitz et al., 1997; Prigerson et al., 2009; Shear et al., 2011). Un número de estudios ha demostrado que las personas que experimentan los síntomas de Trastorno de duelo prolongado presentan importantes complicaciones psicológicas y de salud, incluyendo otros problemas de salud mental como riesgo de suicidio, conductas dañinas para la salud, abuso de sustancias o trastornos físicos como alta presión sanguínea y elevados índices de enfermedad cardiovascular (Fujisawa et al., 2010; Kersting, Braehler, Glaesmer y Wagner, 2011; Maercker et al., 2008; Prigerson et al., 2009). Este estudio examina la pregunta central (Comparación 6) acerca de si los clínicos pueden hacer una distinción clara entre el Trastorno de duelo prolongado y las reacciones normales de duelo con base en las guías diagnósticas propuestas por el Grupo de Trabajo.

Trastorno de adaptación. La categoría diagnóstica de Trastorno de adaptación ha sido criticada por su amplia variedad de síntomas y la relativa ausencia de características distintivas (Casey y Bailey, 2011; Strain y Diefenbacher, 2008). Al mismo tiempo, es uno de los diagnósticos más frecuentemente utilizados en la práctica clínica diaria de psiquiatras y psicólogos de todo el mundo (Evans et al., 2013; Reed et al., 2011). A pesar de su frecuente uso como categoría residual, el Grupo de Trabajo propuso guías diagnósticas para el Trastorno de adaptación en la CIE-11 con base en síntomas positivos específicos, un cambio favorecido por expertos en el campo (Baumeister, Maercker y Casey, 2009;

Casey y Doherty, 2012; Semprini, Fava y Sonino, 2010). La propuesta del Grupo de Trabajo para la CIE-11 define al Trastorno de adaptación como una reacción mal adaptativa a estresores psicosociales identificables o cambios de vida, que se caracteriza por: (a) preocupación por el estresor o sus consecuencias que se manifiesta en síntomas afectivos y cognitivos; (b) fracaso para adaptarse al estresor; y (c) deterioro funcional significativo. El presente estudio examinó si los clínicos podrían distinguir el Trastorno de adaptación del TEPT con base en la presentación sintomática, o si su decisión diagnóstica estaría influenciada por la naturaleza del estresor (Comparación 7). Una segunda pregunta (Comparación 8) fue si los clínicos podrían aplicar los requisitos sintomáticos para determinar el diagnóstico de Trastorno de adaptación a viñetas de casos en donde estaba ausente la preocupación y el deterioro funcional.

Método

Participantes

Los participantes procedían de la Red Global de Práctica Clínica (RGPC), una red mundial de profesionales de salud mental establecida con el fin de llevar a cabo los estudio de campo de casos controlados de la CIE-11. Se invitó a los profesionales de salud mental a unirse a la RGPC a través de asociaciones profesionales nacionales y regionales; conferencias internacionales y nacionales de psicología, psiquiatría y disciplinas afines; listas de profesionales; y de boca a boca de profesionales. Para obtener más información sobre la historia y desarrollo de la RGPC, consúltese Reed et al. (2015). El estudio se implementó en tres idiomas: español, inglés y japonés². En el momento en el que se realizó el estudio, un total de 3.669 miembros de la RGPC cumplían con los criterios de elegibilidad: (a) auto evaluación de dominio o fluidez avanzada en uno de los tres idiomas del estudio, y (b) proveer actualmente servicios clínicos a pacientes o de supervisión clínica directa. Se envió una invitación inicial personalizada por correo electrónico a todos los miembros elegibles de la RGPC, que fue seguida por correos electrónicos de recordatorio a las dos y cuatro semanas. La recolección de datos duró dos meses para cada idioma. Después de los procedimientos de inspección de datos, se eliminaron cuarenta y tres respuestas de la base de datos, sea porque completaron el estudio en dos ocasiones (por ejemplo, en diferentes idiomas) o porque no eran elegibles para el estudio (por ejemplo, ser miembro de un grupo con un papel formal en aspectos de la revisión de la CIE-11 relacionados directamente con el estudio). De los participantes elegibles, 2.320 (64%) comenzaron el estudio. De los 2.320, 1.738 (74,90%; 47,37% del total) completaron lo suficiente para llevar a cabo análisis de datos.

Así, la muestra final consistió en 1.738 profesionales de la salud mental representando 76 nacionalidades diferentes. La distribución regional de los participantes se muestra en la Ta-

bla 2, junto con su género, profesión, edad promedio y años de experiencia. Los participantes que completaron el estudio no fueron diferentes en términos de la edad o los años de experiencia de aquellos que fueron invitados pero que no participaron. Los participantes que completaron el estudio fueron ligeramente más propensos a ser hombres y venir de la región asiática (virtualmente todos los participantes que hablaban japonés vinieron de esta región).

Materiales

El estudio fue administrado vía Qualtrics, un programa para estudios en la web. Los materiales del estudio incluyeron las guías diagnósticas para los Trastornos específicamente relacionados con el estrés propuestas para la CIE-11 (TEPT, TEPT complejo, Trastorno de duelo prolongado, Trastorno de adaptación, Reacción aguda de estrés y Otro trastorno específicamente relacionado con el estrés) y las de la CIE-10 (TEPT, Cambio duradero de la personalidad después de experiencia catastrófica, Trastorno de adaptación, Reacción aguda de estrés y Otra reacción a estrés grave), una serie de 11 viñetas de casos específicamente desarrollada para las comparaciones de diagnósticos, y preguntas sobre el diagnóstico y la utilidad clínica relacionadas con las viñetas.

De manera específica, los participantes asignaban un diagnóstico (o indicaban si no se debía asignar ningún diagnóstico) a cada viñeta que se les presentaba y después respondían a preguntas específicas acerca de la presencia o ausencia de cada característica esencial del diagnóstico tal como se especificaba en las guías diagnósticas, utilizando el texto adaptado de las guías CIE-10 o CIE-11. Los participantes también calificaban la facilidad de uso de las guías diagnósticas en una escala de cuatro puntos (*Nada fácil de usar* a *Extremadamente fácil de usar*), la bondad de ajuste de las guías diagnósticas para describir la viñeta en una escala de cinco puntos (*Nada exacta* a *Extremadamente exacta*), qué tan frecuentemente atendían a pacientes con ese diagnóstico en una escala de cinco puntos (*Nunca* a *Muy frecuentemente: múltiples veces a la semana*), qué similitud había entre los pacientes de su práctica cotidiana y los de la viñeta en una escala de cuatro puntos (*Nada similar* a *Completamente similar*), el nivel de deterioro funcional de la persona descrita en la viñeta en una escala de cinco puntos (*Sin deterioro* a *En completo deterioro*) y la gravedad de los síntomas del caso descrito en la viñeta en una escala de cinco puntos (*Sin síntomas* a *Síntomas extremadamente graves*).

Se generaron un total de 11 viñetas para el estudio (Tabla 3). Debido a que se requería un contenido específico para cada viñeta, y con el objeto de desarrollar ejemplos de casos acordes tanto a la definición de síntomas por expertos como a la presentación actual de esos síntomas en escenarios clínicos reales, los expertos en contenido (miembros del Grupo de Trabajo sobre los trastornos específicamente relacionados con el estrés) hicieron el borrador de las versiones iniciales de las viñetas con base en instrucciones explícitas. Una crítica común de los estudios de viñetas es la artificialidad de los casos (véase Evans et al., 2015), por lo que los encargados de escribir viñetas fueron instruidos para recurrir a su experiencia clínica y que las viñetas se basaran en casos actuales (evitando detalles personales

² Se agrupó por idioma de administración y región geográfica con el propósito de presentar los análisis principales en este artículo. Se encontraron pocas diferencias por idioma o región, ninguna de ellas afectaba las conclusiones que se presentan en el artículo.

Tabla 2 Información demográfica.

	Inglés	Español	Japonés
Región global de la OMS	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
AFRO	53 (6)	0	0
AMRO-Norte	231 (26)	0	0
AMRO-Sur	55 (6,2)	279 (68,2)	0
EMRO	48 (5,4)	0	0
EURO	377 (42,4)	127 (31,1)	0
SEARO	94 (10,6)	0	0
WPRO-Asia	9 (1)	0	437 (99,3)
WPRO-Oceania	21 (2,4)	0	0
Otra	1 (0,1)	3 (0,7)	3 (0,7)
Género	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Masculino	478 (53,8)	214 (52,3)	359 (81,6)
Femenino	409 (46)	195 (47,7)	81 (18,4)
Profesión	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Consejería	87 (9,8)	4 (1)	1 (0,2)
Medicina	311 (35)	177 (43,3)	410 (93,2)
Enfermería	10 (1,1)	0	4 (0,9)
Picología	443 (49,8)	199 (48,7)	17 (3,9)
Trabajo Social	11 (1,2)	5 (1,2)	1 (0,2)
Terapia Sexual	2 (0,2)	0	0
Otra	25 (2,8)	24 (5,9)	7 (1,6)
Edad	M (DT)	M (DT)	M (DT)
	46,78 (10,73)	46,16 (11,76)	46,64 (10,79)
Años de experiencia	M (DT)	M (DT)	M (DT)
	15,35 (10,10)	16,56 (10,62)	15,09 (10,40)
N total	889	409	440

Nota: AFRO = África; AMRO-Norte = Estados Unidos y Canadá; AMRO-Sur = Latinoamérica; EMRO = Medio Oriente; EURO = Europa; SEARO = Asian Sudoriental; WPRO-Asia = parte asiática del Pacífico Occidental; WPRO-Oceania = Australia y Nueva Zelanda. Las regiones globales de la OMS de AMRO y WPRO se dividieron en dos para distinguir países de elevados ingresos y predominantemente de habla inglesa de los demás países en aquellas regiones.

Tabla 3 Diagnósticos correctos para las viñetas de acuerdo con CIE-11 y CIE-10.

Comparación	Viñetas	Diagnóstico correcto de CIE-11	Diagnóstico correcto de CIE-10
1	1A	TEPT	TEPT
	1B	Otro trastorno específicamente relacionado con el estrés	TEPT
2	1A	TEPT	TEPT
	1C	Otro trastorno específicamente relacionado con el estrés	TEPT
3	1A	TEPT	TEPT
	1D	TEPT	TEPT
4	1A	TEPT	TEPT
	2A	TEPT Complejo	TEPT o Cambios duradero de la personalidad después de experiencia catastrófica
5	2A	TEPT Complejo	TEPT o Cambios duradero de la personalidad después de experiencia catastrófica
	2B	TEPT	TEPT
6	3	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico
	4	Trastorno de duelo prolongado	Trastorno de adaptación
7	5A	Trastorno de adaptación	Trastorno de adaptación
	5B	Trastorno de adaptación	Trastorno de adaptación
8	5A	Trastorno de adaptación	Trastorno de adaptación
	6	Sin diagnóstico	Sin diagnóstico

confidenciales). Las viñetas cubren un rango de edades y géneros pero no así casos de niños. Aunque fueron escritas por clínicos de diversidad de países, se hizo explícito que las viñetas no debían identificar grupos sociales o culturales específicos.

Las viñetas fueron desarrolladas para ejemplificar ciertas características, como por ejemplo un caso que presentaba todos los síntomas de TEPT a excepción de un claro deterioro funcional (Comparación 2; véanse Tablas 1 y 3). Estas manipulaciones experimentales de las descripciones de los casos se diseñaron para evaluar los cambios específicos o las adiciones a la CIE-11. Las viñetas fueron evaluadas previamente por expertos de contenido para: (a) determinar si las características pretendidas estaban presentes, (b) confirmar la presencia o ausencia de las características esenciales y (c) confirmar el consenso entre expertos acerca del diagnóstico correcto para cada caso. Con base en los resultados de esta evaluación inicial, algunas viñetas fueron modificadas para clarificar su contenido o para asegurar que se reconocieran algunos síntomas en específico.

Todos los materiales fueron desarrollados en inglés y traducidos al español y al japonés. Los traductores siguieron un proceso riguroso de traducción-retrotraducción utilizando expertos de contenido bilingües. Ocasionalmente, los esfuerzos de traducción sugerían la clarificación de la redacción de partes de los materiales en inglés, con la finalidad de mantener la equivalencia conceptual.

Procedimiento

Los participantes recibieron una invitación por correo electrónico para participar en el estudio vía Qualtrics. Al entrar al estudio, los participantes fueron asignados aleatoriamente a consultar las guías diagnósticas de la CIE-10 o de la CIE-11 para los trastornos incluidos en el estudio. Los pacientes eran ciegos a la condición que les era asignada. Una vez que los pacientes recibían las guías, se asignaban aleatoriamente a una de las ocho comparaciones (Tabla 1). En cada comparación, los pacientes revisaban dos viñetas pareadas para enfatizar un cambio específico de la CIE-10 a la CIE-11 (Tabla 3). El orden de presentación de las dos viñetas fue contrabalanceado a través de los participantes. Después de que los participantes leían la viñeta se les pedía que le asignaran un diagnóstico seleccionando una de las opciones de una lista predeterminada (que incluía los trastornos relevantes de la CIE-10 o CIE-11 según la asignación), que escribieran un diagnóstico diferente o que indicaran si no debía asignarse ningún diagnóstico. Los participantes podían consultar las guías diagnósticas asignadas al estar tomando su decisión. Entonces calificaban la presencia o ausencia de cada una de las características esenciales tal como se especificaba en las guías diagnósticas de la CIE-10 o de la CIE-11 (según asignación) para el diagnóstico que habían seleccionado. Después de revisar los requisitos diagnósticos específicos, se les daba la oportunidad de cambiar su opción de diagnóstico. Los participantes calificaban entonces la utilidad clínica con base en las preguntas descritas con antelación. Si el diagnóstico seleccionado al final era incorrecto, los participantes recibían una pregunta adicional sobre diagnóstico diferencial (sin identificar explícitamente el diagnóstico seleccionado como inco-

recto). Los participantes completaban entonces toda la secuencia una vez más para la segunda viñeta (viñeta de comparación como variable entre-participantes). Los participantes no podían retroceder para cambiar sus respuestas conforme avanzaba el estudio. A continuación se ofrece una descripción detallada de las comparaciones específicas.

Comparación 1 (Viñetas 1A y 1B). La primera comparación examina los nuevos requerimientos para el diagnóstico de TEPT en la CIE-11 acerca de que el evento debe ser re-experimentado como si estuviera ocurriendo en el presente, en lugar de solo recordado. La viñeta 1A incluía la descripción de re-experimentación en el presente, mientras que la viñeta 1B incluía solo recuerdos del evento estresante. Por otra parte, las dos viñetas expresaban síntomas similares de TEPT. La pre-prueba con expertos confirmó que en la viñeta 1B no había re-experimentación (tal como se define en la ICD-11). Bajo las guías diagnósticas de la CIE-10, ambas caerían en el diagnóstico de TEPT; sin embargo, bajo la CIE-11 solo la viñeta 1A debería ser considerada TEPT y la viñeta 1B recibiría otro diagnóstico (por ejemplo, Otro trastorno específicamente relacionado con el estrés).

Comparación 2 (Viñetas 1A y 1C). La segunda comparación probó la inclusión del deterioro funcional en los requisitos diagnósticos para TEPT en la CIE-11. La viñeta 1A incluía el deterioro funcional asociado y no así la viñeta 1C. Todos los demás síntomas de TEPT eran equivalentes en ambas viñetas. La pre-prueba con expertos confirmó que el deterioro funcional no estaba presente en la viñeta 1C. Bajo las guías diagnósticas de la CIE-10, ambos casos deberían recibir el diagnóstico de TEPT, mientras que solo la viñeta 1A debería ser diagnosticada como TEPT bajo la CIE-11.

Comparación 3 (Viñetas 1A y 1D). La comparación 3 se dirigió a evaluar la posible aplicación inadecuada de la categoría de TEPT por los participantes que asignan el diagnóstico con base en la naturaleza del estresor en lugar de en relación con la naturaleza de los síntomas. La viñeta 1A describió un evento traumático comúnmente asociado con TEPT (un accidente de tráfico grave), mientras que la viñeta 1D tenía síntomas idénticos pero en relación a un evento prototípico (caída del techo de un individuo que estaba reparando su hogar). La pre-prueba con expertos confirmó que el individuo experimentó un evento traumático tal como se define en la CIE-11. Bajo la CIE-11, ambos casos tendrían que ser diagnosticados con TEPT; bajo la CIE-10 sería justificable no asignar el diagnóstico de TEPT a la viñeta 1D.

Comparación 4 (Viñetas 1A y 2A). La comparación 4 examinó la diferenciación de TEPT y TEPT Complejo. La viñeta 1A describía un caso clásicamente definido como TEPT (cubriendo todos los requisitos de la CIE-11) y la viñeta 2A cubría todos los requisitos CIE-11 de TEPT complejo. Una calificación correcta con base en la CIE-10 sería el diagnóstico de TEPT para la viñeta 1A y TEPT o Cambio duradero de la personalidad después de experiencia catastrófica para la viñeta 2A; de acuerdo con la CIE-11 la respuesta correcta sería el diagnóstico de TEPT para la viñeta 1A y de TEPT complejo para la viñeta 2A. La evidencia de eficacia de la nueva categoría sería una mayor proporción de participantes seleccionando el diagnóstico correcto para la viñeta 2A al utilizar la CIE-11 que con la CIE-10.

Comparación 5 (Viñetas 2A y 2B). La comparación 5 examinó si los clínicos podían discriminar entre los síntomas requeridos para el diagnóstico de TEPT complejo y la naturaleza del estresor. De manera específica, la viñeta 2B describía a un individuo expuesto a un estresor crónico y extremo del que escapar era difícil o imposible, que comúnmente se asocia con TEPT complejo. Sin embargo, la persona de la viñeta 2B presentaba síntomas de TEPT sin ninguno de los tres síntomas adicionales requeridos para TEPT complejo. La prueba con expertos confirmó que los tres síntomas adicionales de TEPT complejo no estaban presentes en la viñeta 2B. Si los clínicos asignaban el diagnóstico de TEPT complejo a la viñeta 2A y de TEPT a la viñeta 2B utilizando la CIE-11, estarían utilizando el sistema como se ha destinado.

Comparación 6 (Viñetas 3 y 4). La comparación de las viñetas 3 y 4 examinó la adición de la nueva categoría de Trastorno de duelo prolongado para la CIE-11. La viñeta 3 describe una reacción de duelo culturalmente normal, y la viñeta 4 describe una reacción que dura más tiempo que el culturalmente esperado y cubre la descripción diagnóstica de Trastorno de duelo prolongado. Se predijo que bajo la CIE-10 sería más probable que las viñetas 3 y 4 fueran clasificadas como Sin diagnóstico, y que los diagnósticos que se asignarían para la viñeta 4 tendrían poca consistencia (por ejemplo, Episodio depresivo, Trastorno de adaptación, Otra reacción a estrés grave). Bajo la CIE-11, la viñeta 3 debería ser clasificada como Sin diagnóstico y la viñeta 4 como Trastorno de duelo prolongado. Esta comparación probó si los clínicos podían diferenciar el diagnóstico de Trastorno de duelo prolongado del duelo normal y si la adición del diagnóstico mejora la cobertura de la CIE-11 de las condiciones psicopatológicas que representan blancos terapéuticos apropiados.

Comparación 7 (Viñetas 5A y 5B). La comparación 7 examinó si los clínicos podrían discriminar entre los síntomas requeridos para el diagnóstico de Trastorno de adaptación y la naturaleza del estresor. La viñeta 5A cubría las guías diagnósticas para la CIE-11: el Trastorno de adaptación, evidenciando tanto la preocupación con el estresor como el deterioro funcional. La viñeta 5B describía a un individuo con la misma presentación sintomática de Trastorno de adaptación, durante el mismo periodo de tiempo, pero que ha experimentado un tipo de estresor que es más comúnmente asociado con TEPT. Si los clínicos asignaban el diagnóstico de Trastorno de adaptación tanto a la viñeta 5A como a la viñeta 5B, sea que utilizaran la CIE-10 o la CIE-11, estarían usando los sistemas de manera apropiada. Sin embargo, si la naturaleza del estresor se sobrepone a la presentación sintomática en el pensamiento de los clínicos, asignarían el diagnóstico de TEPT a la viñeta 5B. Debido a que las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 para Trastorno de adaptación y para TEPT son más explícitas que las de la CIE-10, se esperaba que este efecto se redujera para la CIE-11.

Comparación 8 (Viñetas 5A y 6). La comparación de las viñetas 5A y 6 se dirigía a los cambios para Trastorno de adaptación en la CIE-11, específicamente al requisito de preocupación por el estresor y la inclusión explícita de deterioro funcional. Como se ha señalado, la viñeta 5A cubría las guías diagnósticas para Trastorno de adaptación, evidenciando tanto la preocupación por el estresor como el deterioro funcional. La viñeta 6 evidenciaba un nivel similar de síntomas

por el mismo periodo de tiempo que la 5A, pero sin la preocupación por el estresor o el deterioro en el funcionamiento. Bajo las guías diagnósticas de la CIE-10, ambas viñetas 5A y 6 deberían recibir el diagnóstico de Trastorno de adaptación. Bajo la CIE-11, solo la viñeta 5A debería recibir el diagnóstico de Trastorno de adaptación, mientras que la viñeta 6 tendría que catalogarse como Sin diagnóstico.

Análisis

Las decisiones diagnósticas de los participantes se compararon entre sistemas para una viñeta en particular o entre viñetas dentro del mismo sistema utilizando pruebas χ^2 . Cuando los diagnósticos se compararon por sistema diagnóstico y por viñetas (por ejemplo, una interacción de tres formas), se utilizó el estadístico G^2 , que es una transformación *log-linear* de la distribución de χ^2 (Rao y Scott, 1984).

Resultados

Comparación 1. Re-experimentación en el presente en el TEPT

Esta comparación fue diseñada para examinar si los clínicos reconocían el requerimiento propuesto de que el trauma debe ser re-experimentado en el presente para diagnosticar TEPT según la CIE-11. Los diagnósticos de TEPT disminuyeron de la viñeta 1A a la 1B utilizando la CIE-11 (de forma consistente con los cambios en las guías diagnósticas), pero algo similar ocurrió con la CIE-10, $\chi^2(1) = 0,79$, *ns* (Figura 1). Así, utilizando la CIE-10 como línea base, no hubo una reducción significativa en el uso del diagnóstico de TEPT para la viñeta

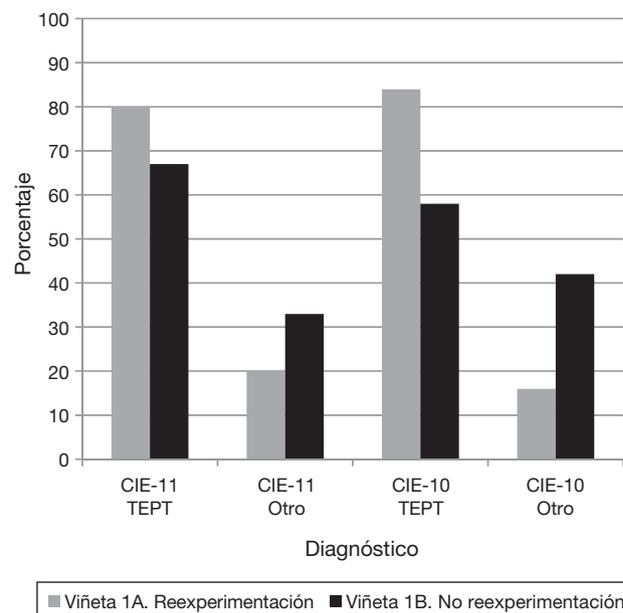


Figura 1 Porcentajes de opciones de diagnóstico para la Comparación 1: ¿Los clínicos reconocen apropiadamente el síntoma de re-experimentación y lo aplican correctamente como requisito para el diagnóstico CIE-11 de TEPT?

Nota. Los diagnósticos correctos se encuentran en la Tabla 3.

Tabla 4 Reconocimiento de las guías diagnósticas para TEPT en la viñeta 1B utilizando CIE-11.

	Sí	No	No seguro
Exposición a trauma	100%	0%	0%
Re-experimentación en el presente	59%	17%	24%
Evitación	100%	0%	0%
Activación fisiológica/hipervigilancia	90%	7%	3%
Desarrollo de síntomas después del trauma	91%	3%	3%
Deterioro funcional	99%	0%	1%
Síntomas duran varias semanas	100%	0%	0%
TEPT Complejo	10%	84%	6%

1B usando la CIE-11. La falta de re-experimentación en el presente parecía disminuir la probabilidad de que los clínicos asignaran el diagnóstico de TEPT también cuando se utilizaban las guías de la CIE-10. Además, el TEPT se mantuvo como el diagnóstico más común para la viñeta 1B bajo la CIE-11.

Dado que los clínicos no siguieron el patrón esperado de diagnósticos CIE-11 para la viñeta 1B, se analizó la razón por la que dieron el diagnóstico de TEPT y si reconocieron la presencia de la re-experimentación en el presente. Como se puede observar en la Tabla 4, en los participantes que asignaron el diagnóstico de TEPT a la viñeta 1B utilizando las guías de la CIE-11 ($n = 75$), había más incertidumbre acerca de la re-experimentación en comparación con otros elementos de las guías diagnósticas de TEPT. Muchos participantes afirmaron la presencia de la re-experimentación en contraste con las evaluaciones de los expertos.

Comparación 2. Deterioro funcional en TEPT

La comparación 2 examinó el requisito propuesto para la CIE-11 de deterioro funcional para el TEPT. Específicamente, la viñeta 1A evidenciaba deterioro funcional, mientras que la viñeta 1C mostraba los mismos síntomas pero continuaba trabajando y tenía relaciones interpersonales intactas. Como en la comparación 1, no hubo el cambio esperado entre los individuos que utilizaron la CIE-11; dieron el diagnóstico de TEPT con la misma frecuencia a las dos viñetas, $\chi^2(1) = 0,02$, *ns* (Figura 2). De aquellos que asignaron el diagnóstico de TEPT a la viñeta 1C utilizando la CIE-11 (Tabla 5), la mayoría reconoció la presencia del deterioro funcional, pero había más incertidumbre que para cualquier otro elemento de las guías diagnósticas para TEPT.

Comparación 3. Gravedad del trauma en TEPT

La comparación 3 examinó si los clínicos responderían a un evento que se experimenta subjetivamente como amenazante u horrible pero que es menos comúnmente asociado con TEPT (viñeta 1D) versus un evento traumático que es más prototípico para TEPT (viñeta 1A). El diagnóstico de TEPT no debería cambiar de la viñeta 1A a la 1D según la CIE-11. Bajo la CIE-10 serían técnicamente correctos otros

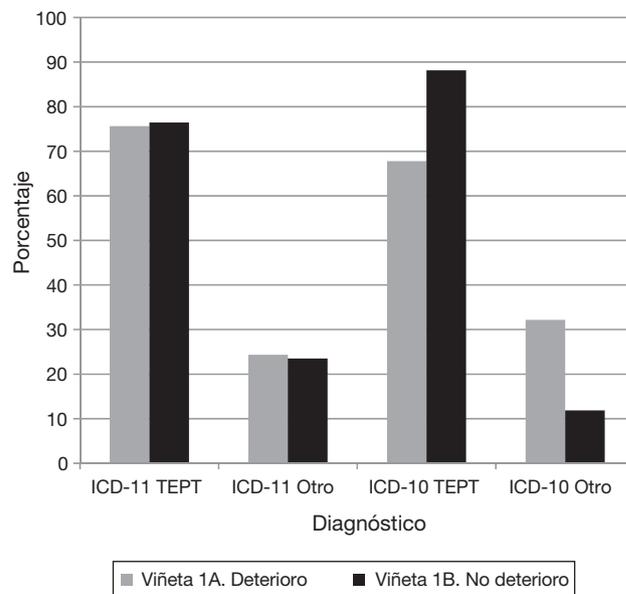


Figura 2 Porcentajes de opciones de diagnóstico para la Comparación 2: ¿Los clínicos reconocen apropiadamente el deterioro funcional y lo aplican correctamente como requisito para el diagnóstico CIE-11 de TEPT?

Nota. Los diagnósticos correctos se encuentran en la Tabla 3.

Tabla 5 Reconocimiento de las guías diagnósticas para TEPT en la viñeta 1C utilizando CIE-11.

	Sí	No	No seguro
Exposición a trauma	100%	0%	0%
Re-experimentación	100%	0%	0%
Evitación	92%	8%	0%
Activación fisiológica/hipervigilancia	93%	2%	4%
Desarrollo de síntomas después del trauma	97%	1%	2%
Deterioro funcional	67%	11%	22%
Síntomas duran varias semanas	99%	0	1%
TEPT Complejo	16%	75%	9%

diagnósticos, pero nada excluía explícitamente el diagnóstico de TEPT para la viñeta 1D. Considerando como incorrecto cualquier otro diagnóstico que no fuera TEPT, no hubo diferencias significativas a través de las viñetas utilizando la CIE-11 o la CIE-10, $G^2(4) = 5,74$, *ns* (Figura 3). En otras palabras, era igualmente posible que los clínicos asignaran el diagnóstico de TEPT a ambos casos bajo los dos sistemas. Ningún trauma prototípico fue considerado como un precursor legítimo de TEPT por los clínicos utilizando cualquiera de los sistemas.

Comparación 4. Diferenciando el TEPT del TEPT complejo

La adición propuesta de TEPT complejo a la CIE-11 requiere de una evaluación de la habilidad de los clínicos para dife-

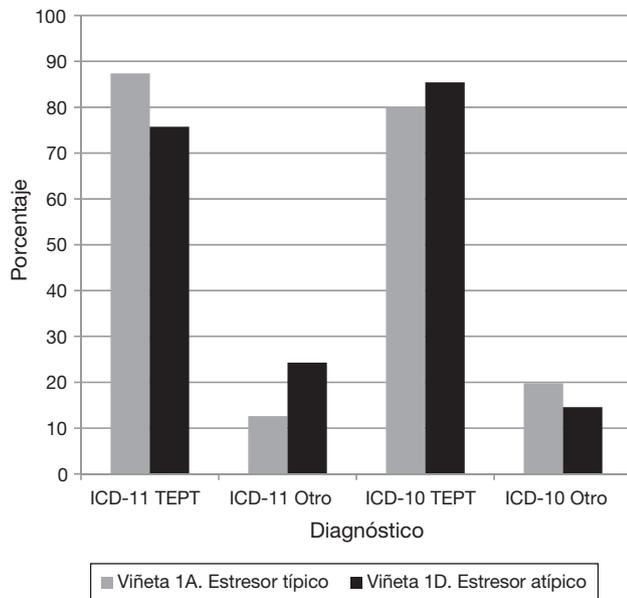


Figura 3 Porcentajes de opciones de diagnóstico para la Comparación 3: ¿Los clínicos basan apropiadamente el diagnóstico CIE-11 de TEPT en la presencia de los síntomas esenciales requeridos, o tienden a sobrediagnosticar TEPT ante la historia de tipos específicos de estresores?

Nota. Los diagnósticos correctos se encuentran en la Tabla 3.

renciarle del TEPT regular. Si el TEPT Complejo es una mejora en relación con el diagnóstico de Cambio duradero de la personalidad después de una experiencia catastrófica de la CIE-10, la preferencia por el diagnóstico de la viñeta 2A (TEPT Complejo) debe ser clara para la CIE-11 en comparación con la CIE-10. Los clínicos fueron capaces de distinguir satisfactoriamente los casos de TEPT y de TEPT Complejo utilizando la CIE-11, $\chi^2(2) = 112,70$, $p < 0,0001$. Además, el análisis de interacción de tres vías indicó que los cambios para corregir entre las viñetas de CIE-10 a CIE-11 fueron en la dirección esperada, $G^2(4) = 110,90$, $p < 0,0001$ (Figura 4), indicando que el TEPT Complejo era una solución más clara que usar el concepto de Cambio duradero de la personalidad después de experiencia catastrófica. En otras palabras, el concepto TEPT Complejo de la CIE-11 parece clarificar la decisión diagnóstica para la viñeta 2A en relación con el sistema CIE-10.

Comparación 5. Gravedad del estresor en TEPT y TEPT complejo

La comparación 5 examinó el efecto de la naturaleza del estresor en la asignación del diagnóstico de TEPT complejo. El siguiente análisis solo se enfoca en aquellos a los que se asignó el diagnóstico de TEPT, TEPT complejo o Cambio duradero de la personalidad después de una experiencia traumática, ignorando otros diagnósticos incorrectos en tanto que estos no son relevantes para diferenciar entre TEPT y TEPT complejo (Figura 5). Ocurrió una división interesante. Los participantes que diagnosticaron la viñeta 2A bajo la CIE-11 no difirieron significativamente de aquellos que utilizaron la CIE-10, $\chi^2(1) = 2,19$, *ns*. De cualquier manera, para los diagnósticos de la viñeta 2B, los participantes que

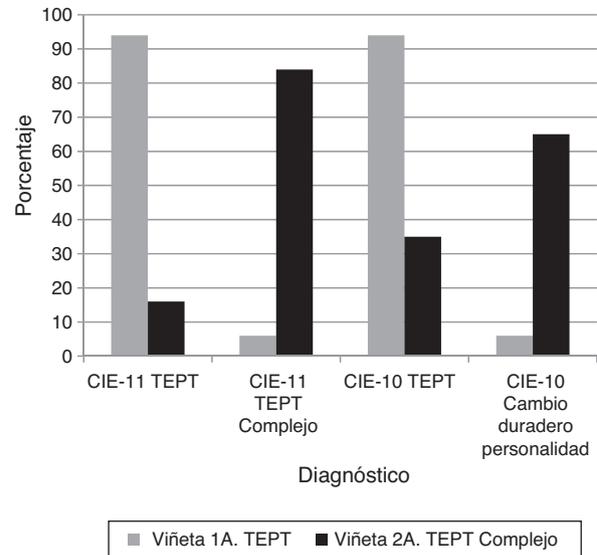


Figura 4 Porcentajes de opciones de diagnóstico para la Comparación 4: ¿Los clínicos pueden diferenciar los requisitos propuestos para el diagnóstico CIE-11 de TEPT complejo de aquellos para TEPT?

Nota. Los diagnósticos correctos se encuentran en la Tabla 3.

emplearon la ICD-10 fueron más propensos a diagnosticar el caso con TEPT, $\chi^2(1) = 17,92$, $p < 0,001$. La interacción de tres vías indicó que el cambio entre los sistemas de diagnóstico no fue igual, $G^2(4) = 68,14$, $p < 0,0001$. Los participantes que usaron la CIE-11 eran más propensos a asignar el diagnóstico de TEPT a la viñeta 2B con base en la naturaleza del evento traumático, mientras que esta opción fue menos llamativa para el diagnóstico de Cambio duradero de la personalidad después de experiencia catastrófica de la CIE-10.

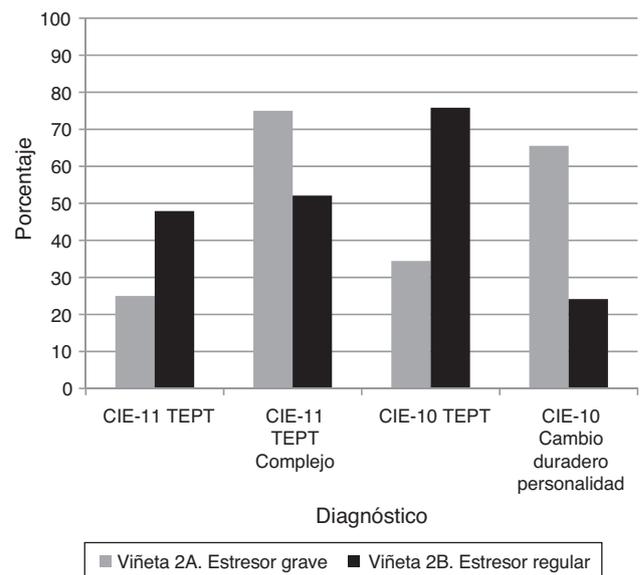


Figura 5 Porcentajes de opciones de diagnóstico para la Comparación 5: ¿Los clínicos diagnostican inapropiadamente el TEPT Complejo basándose en la historia de un estresor grave y duradero, en lugar de con base en los síntomas requeridos?

Nota. Los diagnósticos correctos se encuentran en la Tabla 3.

Tabla 6 Reconocimiento de las guías diagnósticas para TEPT Complejo en la viñeta 2B utilizando CIE-11.

	Sí	No	No seguro
Exposición a trauma extremo	98%	2%	0%
Re-experimentación	96%	4%	0%
Evitación	94%	2%	4%
Activación fisiológica/hipervigilancia	90%	8%	2%
Desarrollo de síntomas después del trauma	80%	6%	14%
Problema persistente con la regulación afectiva	74%	18%	8%
Cambio persistente en inutilidad y culpa	28%	56%	16%
Dificultades persistentes para mantener relaciones interpersonales	58%	26%	16%
Deterioro funcional	92%	6%	2%

A continuación el análisis de aquellos participantes que emplearon la CIE-11 y asignaron a la viñeta 2B el diagnóstico de TEPT o de TEPT complejo. Entre los clínicos ($n = 50$) que seleccionaron TEPT complejo, todos menos uno solo reconocieron que el trauma era extremo (Tabla 6). Sin embargo, muchos reconocieron también la presencia de cambios persistentes en la regulación afectiva, un sentido de inutilidad personal acompañada de culpa y problemas sustanciales para mantener relaciones interpersonales íntimas. De cualquier manera, un número de individuos indicó que esos síntomas no estaban presentes o que no estaban seguros. De los clínicos que dieron un diagnóstico de TEPT ($n = 46$), 16 reconocieron que era posible un diagnóstico de TEPT complejo. La naturaleza del trauma tambaleó las decisiones de los clínicos, lo que indica la necesidad de aclarar las guías diagnósticas.

Comparación 6. Trastorno de duelo prolongado

La adición del diagnóstico de Trastorno de duelo prolongado asume la habilidad de los clínicos para diferenciarle del proceso normal de duelo. En primer lugar, la viñeta 4 fue reconocida casi siempre como Trastorno de duelo prolongado bajo la CIE-11, en tanto que se ofrecieron una variedad de diagnósticos bajo la CIE-10 (Tabla 7). Así, la adición del Trastorno de duelo prolongado provee un mecanismo claro para captar esta clase de casos. En segundo lugar, bajo la CIE-11, los clínicos distinguieron claramente entre los casos, siendo así que la viñeta 4 recibió un patrón diferente de diagnósticos que la viñeta 3, $\chi^2(2) = 116,65$, $p < 0,0001$. Sin embargo, sea cual fuere el sistema, los clínicos no reconocieron particularmente bien que la viñeta 3 no debería recibir ningún diagnóstico. El tratamiento de cualquier diagnóstico como incorrecto fue marginalmente superior en los clínicos que utilizaron el sistema CIE-11 (50% correcto, 50% incorrecto) que aquellos que emplearon la CIE-10 (37% correcto, 63% incorrecto), $\chi^2(1) = 3,38$, $p = 0,06$. Entre los

Tabla 7 Diagnósticos de la viñeta 4.

Diagnóstico	Porcentaje
<i>CIE-11</i>	
Trastorno de duelo prolongado	92%
TEPT	3%
TEPT Complejo	1%
Trastorno de adaptación	2%
Otro diagnóstico	1%
Sin diagnóstico	1%
<i>CIE-10</i>	
TEPT	6%
Cambio duradero de la personalidad después de experiencia catastrófica	20%
Trastorno de adaptación	37%
Otra reacción a estrés grave	11%
Otro diagnóstico	20%
Sin diagnóstico	6%

20 individuos que asignaron el diagnóstico de Trastorno de duelo prolongado a la viñeta 3, hubo desacuerdo en relación a si la reacción de duelo había durado un periodo anormalmente largo de tiempo o era una respuesta culturalmente normal (50% Sí, 35% No, 15% No seguro).

Comparación 7. Naturaleza del estresor para Trastorno de adaptación y TEPT

Esta comparación examinó si los clínicos podrían discriminar entre los síntomas requeridos para Trastorno de Adaptación y la naturaleza del estresor. La mayoría de los clínicos identificaron la viñeta 5A como un caso de Trastorno de Adaptación utilizando tanto la CIE-11 como la CIE-10. Analizando solo aquellos que asignaron el diagnóstico de TEPT o el de Trastorno de Adaptación y agrupando al resto de diagnósticos como "otro", un alto porcentaje de diagnósticos de Trastorno de Adaptación ocurrió bajo la CIE-11 en comparación con la CIE-10, $G^2(7) = 135,14$, $p < 0,0001$, aunque ambos grupos de clínicos tuvieron dificultad para hacer la distinción (Figura 6). Así, la distinción entre TEPT y Trastorno de adaptación fue más clara utilizando las guías diagnósticas de la CIE-11 versus las de la CIE-10.

Para aquellos que asignaron el diagnóstico de TEPT a la viñeta 5B, el sistema diagnóstico hizo una diferencia en el nivel de certeza de los participantes en relación con la presencia de una guía diagnóstica. Específicamente, bajo de CIE-11 ($n = 28$) hubo poco acuerdo sobre la presencia de los tres síntomas esenciales de TEPT, con la mayoría indicando que no estaba presente la evitación o la hiperactivación fisiológica (Tabla 8). Bajo la CIE-10 ($n = 51$), este desacuerdo solo ocurrió para los síntomas de evitación o embotamiento emocional.

Comparación 8. Deterioro funcional y preocupación en Trastorno de adaptación

Se propusieron dos cambios importantes en las guías diagnósticas CIE-11 para el Trastorno de adaptación: (a) el de-

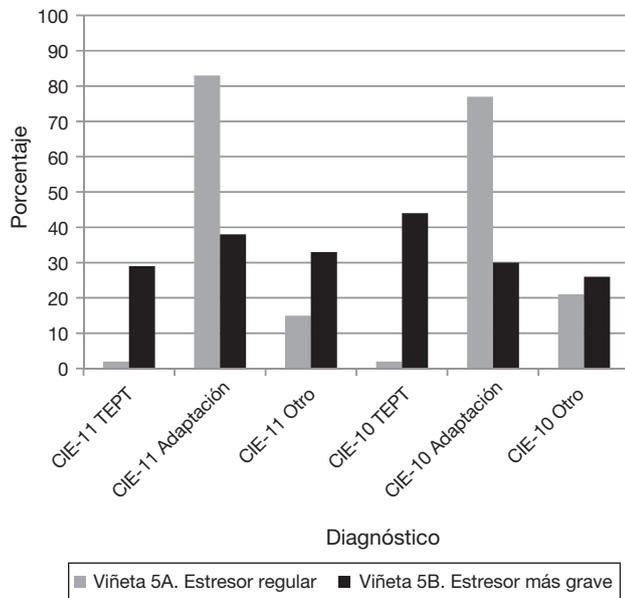


Figura 6 Porcentajes de opciones de diagnóstico para la Comparación 7: ¿Los clínicos diferencian apropiadamente el TEPT del Trastorno de adaptación con base en los síntomas requeridos, o tienden a basarse inapropiadamente en la naturaleza del estrésor? *Nota.* Los diagnósticos correctos se encuentran en la Tabla 3.

terio funcional es necesario y (b) la persona debe exhibir preocupación por el estrésor. Para la viñeta 5A, bajo ambos sistemas CIE-11 y CIE-10, la mayoría de los diagnósticos fueron Trastorno de adaptación, y los porcentajes relativos

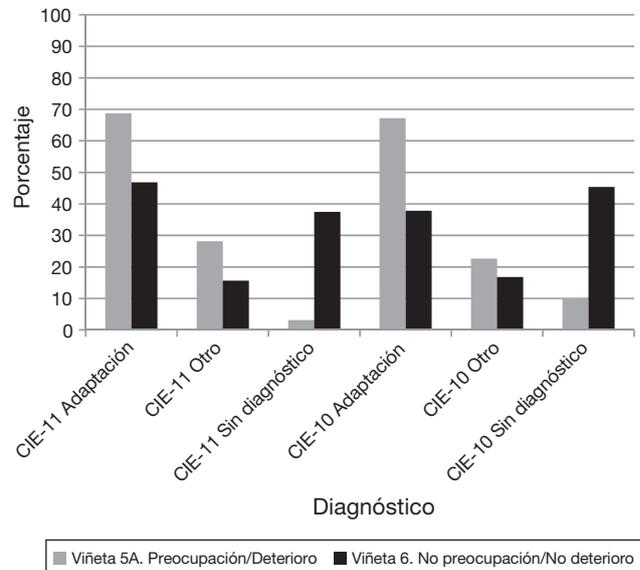


Figura 7 Porcentajes de opciones de diagnóstico para la Comparación 8: ¿Los clínicos excluyen apropiadamente los diagnósticos de Trastorno de Adaptación que no evidencian preocupación y deterioro funcional tal como se requiere en las guías propuestas para la CIE-11? *Nota.* Los diagnósticos correctos se encuentran en la Tabla 3.

a asignar el diagnóstico de Trastorno de Adaptación versus Otros diagnósticos versus Sin diagnóstico fueron iguales, $\chi^2(2) = 4,33, ns$. Para la viñeta 6, el porcentaje de asignación de Trastorno de adaptación versus Otro trastorno versus Sin diagnóstico no cambiaron entre sistemas, $\chi^2(2) = 1,88, ns$. Sin embargo, la selección de Sin diagnóstico fue más frecuente para la viñeta 6 cuando se controló la falta de diferencia entre manuales, $G^2(4) = 80,28, p < 0,0001$ (Figura 7). Así, el diagnóstico CIE-11 de Trastorno de adaptación no provee de una base clara para identificar los casos que no deberían recibir ningún diagnóstico.

Tabla 8 Reconocimiento de guías diagnósticas para TEPT en la viñeta 5B.

	Sí	No	No seguro
CIE-11			
Exposición a trauma	100%	0%	0%
Re-experimentación	64%	18%	18%
Evitación	32%	46%	21%
Activación fisiológica/hipervigilancia	18%	46%	36%
Desarrollo de síntomas después del trauma	79%	18%	3%
Deterioro funcional	100%	0%	0%
Síntomas duran varias semanas	93%	7%	0%
TEPT Complejo	14%	86%	0%
CIE-10			
Exposición a trauma	100%	0%	0%
Desarrollo de síntomas después del trauma	94%	2%	4%
Re-experimentación	94%	2%	4%
Evitación	62%	24%	14%
Activación fisiológica/hipervigilancia	94%	2%	4%
Cambio duradero de la personalidad	16%	76%	8%

Discusión

Este estudio es el primero de una serie de estudios de campo de casos controlados desarrollados por la OMS para evaluar las preguntas relacionadas con los cambios propuestos para el capítulo de trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-11. Su propósito fue proveer de evidencia directa de la utilidad clínica de estos cambios y de la habilidad de los clínicos para implementar las guías diagnósticas propuestas. Los resultados indican las áreas que constituyen mejoras a la clasificación así como aquellas en donde es necesario clarificación antes de los futuros estudios en escenarios clínicos. El mecanismo para llevar a cabo estos cambios basados en evidencia consiste en un proceso formal de retroalimentación entre el Grupo de Coordinación de Estudios de Campo (GCEC) y el Grupo de Trabajo. El GCEC planteó recomendaciones al Grupo de Trabajo con base en los resultados de este estudio. El Grupo de Trabajo propuso entonces los cambios necesarios mediante un proceso interactivo de comunicación entre los dos grupos. Como resultado de este proceso se llevaron a cabo los cam-

bios en la sección de “Características esenciales” de las guías diagnósticas para los Trastornos específicamente relacionados con el estrés, que se describen en la Tabla 9, incorporando los cambios a las guías que intentan resolver las áreas que no funcionaron como se pretendía de acuerdo a los resultados del estudio. Es importante hacer notar que la sección de Características esenciales representa solo una pequeña proporción de las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11. Las otras secciones incluidas en las guías

diagnósticas CIE-11 que no se presentan en la Tabla 9 incluyen: límites con la normalidad, límites con otras condiciones (diagnóstico diferencial), aspectos del curso, asuntos relacionados con la cultura y el género, y presentaciones en diferentes etapas de desarrollo (véase First et al., 2015 para una descripción y la guía diagnóstica completa para TEPT.) Estas guías diagnósticas revisadas serán probadas y corregidas de nuevo en escenarios clínicos con pacientes reales antes de ser publicadas por la OMS.

Tabla 9 Guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 para los trastornos específicamente relacionados con el estrés, después de las revisiones basadas en los resultados del estudio. Solo características esenciales.

TEPT. Características esenciales

- Exposición a un acontecimiento o situación (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza extremadamente peligrosa o impactante. Estos acontecimientos incluyen, entre otros, desastres naturales o causados por el hombre, guerras, accidentes graves, tortura, violencia sexual, terrorismo, agresión, enfermedad aguda potencialmente mortal (como un ataque al corazón), ser testigo del daño, amenaza de muerte o muerte real de otras personas de forma repentina, inesperada o violenta, o experimentar la muerte súbita, inesperada o violenta de un ser querido.
- Tras el acontecimiento o situación traumática (generalmente durante el primer mes, pero casi siempre dentro de los meses siguientes), el desarrollo de un síndrome característico que incluye tres elementos básicos:
 1. Re-experimentación del evento traumático en el presente, en la que el evento no solo se recuerda sino que se experimenta como algo que está ocurriendo de nuevo en el aquí y ahora. Esto suele ocurrir en forma de imágenes o recuerdos vívidos e intrusivos, *flashbacks* (escenas retrospectivas), etc., que pueden variar desde leves (hay una sensación transitoria de que el acontecimiento está sucediendo de nuevo en el presente) a graves (hay pérdida total de conciencia del entorno actual); o sueños o pesadillas repetitivas cuyos temas están relacionados con el/los acontecimiento(s) traumático(s). La re-experimentación se acompaña generalmente de emociones intensas o abrumadoras, como miedo o terror, además de sensaciones físicas. La re-experimentación en el presente también puede involucrar el sentirse abrumado o inmerso en las mismas emociones intensas que se vivieron durante el evento traumático, lo que puede ocurrir en respuesta a los recordatorios del evento. El solo hecho de reflexionar o rumiar sobre el evento (s) y recordar los sentimientos que uno experimentó en ese tiempo no constituye re-experimentación.
 2. Evitación deliberada de cualquier cosa que pueda producir re-experimentación del evento traumático. Esto puede implicar tanto la evitación activa de pensamientos y recuerdos relevantes (evitación interna), como evitando a personas, conversaciones, actividades o situaciones que le recuerden el acontecimiento (evitación externa). En casos extremos, la persona puede cambiar su entorno (por ejemplo, mudarse a una ciudad diferente o cambiar de trabajo) para evitar estos recuerdos.
 3. Percepciones persistentes de una amenaza actual exagerada, tal como se describe para los estados de hipervigilancia, o reacciones de sobresalto exageradas ante eventos como ruidos inesperados. Las personas que mantienen este estado de alerta constante, se protegen contra todo peligro y sienten que ellos mismos u otras personas cercanas a ellos se encuentran en peligro inminente ya sea debido a situaciones específicas o de forma generalizada. Pueden adoptar nuevos comportamientos enfocados a garantizar su seguridad (por ejemplo, sentarse sólo en ciertos lugares en los trenes, revisar el espejo retrovisor todo el tiempo).
- El trastorno causa un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene solo ante esfuerzos significativos adicionales, o si es un deterioro significativo en comparación con el funcionamiento individual anterior o el que se esperaría, entonces se considerará que el individuo presenta deterioro debido al trastorno.

TEPT Complejo. Características esenciales

- Antecedentes de exposición a un estresor de naturaleza extrema y prolongada o repetitiva del cual fue difícil o imposible escapar. Estos eventos incluyen, pero no solo están limitados a tortura, campos de concentración, esclavitud, campañas de genocidio y otras formas de violencia organizada, violencia doméstica prolongada, y el abuso sexual o físico repetido durante la infancia.
- Antecedentes de los siguientes tres elementos principales de TEPT que se hayan manifestado durante o después del evento traumático (por lo general, en el primer mes, pero casi siempre en el transcurso de algunos meses) y que hayan persistido al menos durante varias semanas:
 1. Re-experimentación del evento traumático en el presente, en la que el evento no sólo se recuerda el acontecimiento (s), sino que se experimenta como algo que está ocurriendo de nuevo en el aquí y ahora. Esto suele ocurrir en forma de imágenes o recuerdos vívidos e intrusivos, *flashbacks* (escenas retrospectivas), etc., que pueden variar desde leves (hay una sensación transitoria de que el acontecimiento está sucediendo de nuevo en el presente) a graves (hay pérdida total de conciencia del entorno actual); o sueños o pesadillas repetitivas cuyos temas están relacionados con el/los acontecimiento(s) traumático(s). Esta re-experimentación se acompaña generalmente de emociones intensas o abrumadoras, como miedo o terror, además de sensaciones físicas.

(Continúa)

Tabla 9 Guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 para los trastornos específicamente relacionados con el estrés, después de las revisiones basadas en los resultados del estudio. Solo características esenciales. (cont)

2. Evitación deliberada de cualquier cosa que pueda producir re-experimentación del evento traumático. Esto puede implicar tanto la evitación activa de pensamientos y recuerdos relevantes (evitación interna), o evitando a personas, conversaciones, actividades o situaciones que le recuerden el acontecimiento (evitación externa). En casos extremos, la persona puede cambiar su entorno (por ejemplo, mudarse a una ciudad diferente o cambiar de trabajo) para evitar estos recuerdos.
 3. Percepciones persistentes de una amenaza actual exagerada, tal como se describe para los estados de hipervigilancia, o reacciones de sobresalto exageradas ante eventos como ruidos inesperados. Las personas que mantienen este estado de alerta constante se protegen contra todo peligro y sienten que ellos mismos u otras personas cercanas a ellos se encuentran en peligro inminente ya sea debido a situaciones específicas o de forma generalizada. Pueden adoptar nuevos comportamientos enfocados a garantizar su seguridad (por ejemplo, sentarse sólo en ciertos lugares en los trenes, revisar el espejo retrovisor todo el tiempo). En algunos casos de TEPT Complejo, a diferencia de con TEPT, la reacción de sobresalto puede ser disminuida en lugar de una mayor.
- Problemas graves y generalizados de regulación afectiva. Algunos ejemplos incluyen reacciones emocionales exageradas ante factores estresantes menores, arrebatos violentos, conducta temeraria o autodestructiva, síntomas disociativos en situaciones de estrés, y ausencia total de emociones (insensibilidad emocional), particularmente la incapacidad de experimentar placer o emociones positivas.
 - Constante percepción de sí mismo como alguien que no vale nada, que es poca cosa, sentimientos de fracaso e inutilidad, acompañados de sentimientos profundos y generalizados de vergüenza, culpa o fracaso asociados con el estresor. Por ejemplo, la persona puede sentirse culpable por no haber escapado o por haber sucumbido a la circunstancia adversa, o por no haber podido evitar el sufrimiento de otros.
 - Problemas persistentes para establecer y mantener relaciones sanas y sentirse vinculado de forma estrecha con otros. La persona puede evitar, minimizar la importancia de o mostrar poco interés en las relaciones y en las actividades sociales en general. Otra posibilidad es que la persona puede sostener relaciones intensas ocasionales, pero le resulta difícil mantenerlas.
 - El trastorno causa un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene solo ante esfuerzos significativos adicionales, o si es un deterioro significativo en comparación con el funcionamiento individual anterior o el que se esperaría, entonces se considerará que el individuo presenta deterioro debido al trastorno.

Trastorno de duelo prolongado. Características esenciales

- Antecedentes de duelo tras la muerte de una pareja, padre, hijo u otra persona cercana.
- Una reacción persistente y grave de duelo, que incluye angustia intensa provocada por la separación, caracterizada por añoranza, tristeza o nostalgia por la persona, así como dolor emocional asociado (por ejemplo, culpa, negación, reproches, incapacidad para experimentar estados de ánimo positivos, entumecimiento emocional, dificultad para involucrarse en actividades sociales u otras).
- La respuesta de dolor se prolonga durante un periodo de tiempo anormalmente largo después de la pérdida, notablemente más largo de lo normal en situaciones de duelo dentro del contexto religioso y cultural de la persona. No se considera que cubran este requisito las respuestas de duelo dentro de 6 meses de la pérdida o por periodos más largos en algunos contextos culturales.
- El trastorno causa un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene solo ante esfuerzos significativos adicionales, o si es un deterioro significativo en comparación con el funcionamiento individual anterior o el que se esperaría, entonces se considerará que el individuo presenta deterioro debido al trastorno.

Trastorno de adaptación. Características esenciales

- Una reacción desadaptativa ante uno o múltiples estresores psicosociales identificables (como un acontecimiento estresante, una dificultad psicosocial actual o una combinación de situaciones vitales estresantes) que por lo general surge durante el primer mes tras la ocurrencia del estresor. Algunos ejemplos incluyen divorcio, enfermedad o discapacidad, problemas socio-económicos y conflictos en el hogar o trabajo.
- La reacción al estrés se caracteriza porque la persona se centra excesivamente en el estresor o en sus consecuencias, incluyendo preocupación excesiva, pensamientos recurrentes y angustiosos sobre el acontecimiento o rumiación constante sobre sus consecuencias.
- El fracaso en la adaptación al estresor genera una notable deficiencia en el funcionamiento personal, social o laboral; por ejemplo, conflictos de pareja, problemas de rendimiento en el trabajo o la escuela, reducción de la capacidad para responder de manera adecuada a los factores estresantes normales.
- El trastorno causa un deterioro importante del funcionamiento personal, familiar, social, académico, laboral o en otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene solo ante esfuerzos significativos adicionales, o si es un deterioro significativo en comparación con el funcionamiento individual anterior o el que se esperaría, entonces se considerará que el individuo presenta deterioro debido al trastorno.

(Continúa)

Tabla 9 Guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 para los trastornos específicamente relacionados con el estrés, después de las revisiones basadas en los resultados del estudio. Solo características esenciales. (cont)

Reacción por estrés agudo. Características esenciales (no considerado como un trastorno mental sino como una reacción normal a estrés grave que requiere tratamiento)

- Exposición a un acontecimiento o situación (ya sea de corta o larga duración) de naturaleza extremadamente peligrosa o impactante. Estos acontecimientos incluyen, entre otros, desastres naturales o causados por el hombre, guerras, accidentes graves, tortura, violencia sexual, terrorismo, agresión, enfermedad aguda potencialmente mortal (como un ataque al corazón), ser testigo del daño, amenaza de muerte o muerte real de otras personas de forma repentina, inesperada o violenta, o experimentar la muerte súbita, inesperada o violenta de un ser querido.
- La reacción ante el estresor es considerada normal dada la gravedad del mismo. La reacción ante el estresor puede incluir síntomas transitorios emocionales somáticos, cognitivos o conductuales, como aturdimiento, confusión, tristeza, ansiedad, ira, desesperanza, hiperactividad, inactividad, aislamiento social o letargo. Normalmente se presentan signos autonómicos de ansiedad (por ejemplo, taquicardia, sudoración, sofocos) y constituyen las características más comunes.
- Los síntomas suelen manifestarse en cuestión de horas o días después del evento estresante y, por lo general, tienden a remitir unos cuantos días después del evento o después de que la situación amenazante ha sido eliminada, si esto es posible. En los casos en que el factor estresante continúa o su eliminación no es posible, los síntomas pueden persistir pero por lo general se reducen en gran medida aproximadamente en el transcurso de un mes a medida que la persona se adapta a la nueva situación.

Otro trastorno específicamente relacionado con el estrés. Características esenciales

El diagnóstico de Otro trastorno específicamente asociado con el estrés debe emplearse sólo en casos en los que:

- Los síntomas clínicos no cumplen con los requisitos de la definición de alguno de los otros trastornos de esta sección, o de la Reacción a estrés agudo.
- Los síntomas no se explican mejor por otro Trastorno mental y del comportamiento (como un trastorno depresivo o de ansiedad).
- El cuadro clínico es considerado un Trastorno mental y del comportamiento que ocurre en asociación específica con un estresor identificable.
- Los síntomas ocasionan malestar o deterioro importante del funcionamiento en las relaciones personales, familiares, sociales, académicas, laborales u otras áreas importantes. Si el funcionamiento se mantiene solo ante esfuerzos significativos adicionales, o si es un deterioro significativo en comparación con el funcionamiento individual anterior o el que se esperaría, entonces se considerará que el individuo presenta deterioro debido al trastorno.

En general, las guías diagnósticas propuestas para los Trastornos específicamente relacionados con el estrés de la CIE-11 se comportaron bien en comparación con las de la CIE-10. Los resultados del estudio sugieren que las adiciones tanto del TEPT Complejo como del Trastorno de duelo prolongado (Comparaciones 4 y 6) representan clarificaciones significativas a las guías diagnósticas en relación con la CIE-10. Los clínicos fueron capaces de diferenciar el TEPT Complejo y el Trastorno de duelo prolongado de condiciones similares y de la normalidad. Así mismo, la habilidad para distinguir entre TEPT y Trastorno de adaptación mejoró en relación con la CIE-10. Además, los profesionales de la salud mental fueron capaces también de aplicar las guías diagnósticas para estos trastornos tal como se pretendía en respuesta a material de casos estandarizados. En este punto del desarrollo de las guías, es importante conocer si las guías se adaptan claramente a los casos; si no es así, las guías diagnósticas no son suficientemente útiles. Esta información se requiere antes de aplicar las guías en estudios de campo en escenarios clínicos, donde puede faltar fiabilidad diagnóstica ante la variación de presentaciones de los casos y no por la poca claridad de las guías.

Los clínicos mostraron dificultad con algunos otros de los cambios propuestos. Específicamente, no hicieron la distinción propuesta entre los síntomas de re-experimentación en el presente y los recuerdos en el TEPT (Comparación 1). De hecho, aparentemente hubo una confusión sustancial sobre la presencia de los síntomas de re-experimentación

en el presente en las viñetas, a pesar de que los expertos confirmaron la ausencia de tales síntomas. El GCEC recomendó entonces al Grupo de Trabajo que revisara y clarificara la definición de re-experimentación en las guías propuestas. Los resultados de este estudio implicaron que los clínicos estaban interpretando la re-experimentación de manera más amplia que como se pretendía en las guías iniciales. Tras su evaluación, el Grupo de Trabajo reconoció que su definición de re-experimentación incluía solo las descripciones cognitivas y no daba cuenta suficiente de la re-experimentación afectiva (a la que era probable que estuvieran respondiendo los clínicos en este estudio). El Grupo de Trabajo sugirió entonces revisiones específicas a este aspecto de la guía que será evaluada en estudios de campo en escenarios clínicos (Tabla 9).

Una segunda dificultad se refiere a la inclusión del deterioro funcional en el TEPT y en el Trastorno de adaptación (Comparaciones 2 y 8). Los clínicos tendieron a asignar estos diagnósticos aún cuando el deterioro no se presentaba explícitamente. Quizá este hallazgo sea un artefacto metodológico. Las viñetas son inherentemente una historia incompleta, así cuando el deterioro funcional no estaba descrito explícitamente en conjunto con los síntomas de TEPT o de Trastorno de adaptación, los clínicos podrían haber inferido su presencia de otras características de la viñeta. Otra alternativa es que los clínicos podrían haber notado la ausencia del deterioro funcional pero haber concluido que el diagnóstico de TEPT o Trastorno de adaptación era el

que mejor se ajustaba, porque ningún otro trastorno mental describe mejor el patrón de síntomas que ellos juzgaron que requiere de tratamiento. Funcionalmente, se considera raro tener un encuentro con un individuo con síntomas substanciales de trastorno mental que no esté experimentando algún grado de deterioro como consecuencia, por lo que los clínicos comúnmente enfatizan en la sintomatología y podrían no examinar cuidadosamente el requisito de deterioro funcional como parte de su consideración diagnóstica. Otra posibilidad es que las características demandadas del estudio podrían hacer que el participante sea más propenso a asignar un diagnóstico a todos los casos. Muchos clínicos podrían trabajar en ambientes donde es inusual no dar un diagnóstico. Finalmente, la definición de deterioro funcional de las guías diagnósticas podría haber sido engañosa. La redacción de las guías solo hacía referencia a aspectos observables del deterioro, pero no hacía alusión a circunstancias bajo las cuales una persona que no exhibe alteración en el funcionamiento de acuerdo con marcadores gruesos externos de deterioro podría continuar trabajando o con sus relaciones interpersonales, pero con una gran dificultad y sufrimiento en tanto la interferencia de los síntomas. De las explicaciones que se ofrecen, la última es la más consistente con los hallazgos del estudio. Los participantes confirmaron la presencia de deterioro funcional en los casos en los que los miembros del Grupo de Trabajo habían calificado como ausente, al parecer porque los clínicos asociaron los síntomas graves con la dificultad para mantener las responsabilidades diarias (por ejemplo, la tendencia a evitar hace difícil el mantener las responsabilidades laborales, y la re-experimentación de síntomas hace que esas actividades produzcan malestar). En respuesta, el Grupo de Trabajo modificó su definición de deterioro funcional para incluir los casos en los que el individuo puede continuar funcionando, pero tiene que hacer esfuerzos excepcionales para hacerlo debido a la interferencia de los síntomas (Tabla 9).

Otro hallazgo consistente del estudio es que los clínicos tendían a diagnosticar un caso con base en la ocurrencia de un evento potencialmente traumático y en la naturaleza del evento en lugar de en la naturaleza de los síntomas (Comparaciones 5 y 7). Técnicamente, cada diagnóstico del grupo de Trastornos específicamente relacionados con el estrés es definido y diferenciado por la naturaleza de la reacción sintomática al estresor, no por el estresor en sí mismo. Sin embargo, la gravedad del estresor es un correlato imperfecto del tipo de trastorno, pasando por el Trastorno de adaptación hasta el TEPT y el TEPT Complejo conforme aumenta la gravedad y cronicidad del estresor. El Grupo de Trabajo revisó la descripción de estos trastornos para quitar énfasis en la naturaleza del estresor y enfocarse en el perfil sintomático de cada condición (Tabla 9). Además agregaron información adicional en la sección de "Límites con otras condiciones y la normalidad" de las guías, ayudando a diferenciar cuando los clínicos deben diagnosticar cada una de estas tres condiciones. Estas guías clarifican que los eventos estresantes son comunes, y mucha gente no desarrolla síntomas perdurables después de experimentarlos, así como que los individuos pueden desarrollar un rango de trastornos después de la exposición a circunstancias traumáticas, incluyendo trastornos depresivos y ansiosos además de los

Trastornos específicamente relacionados con el estrés, con lo que se enfatiza que el cuadro sintomático es la clave para determinar el diagnóstico.

Una de las mayores preocupaciones en relación con la adición del Trastorno de duelo prolongado ha sido que los clínicos podrían emplear en exceso el concepto en casos con duelos normales (Comparación 6). Aunque las respuestas de los participantes en este estudio generalmente apoyaron la adición del Trastorno de duelo prolongado a la CIE-11, en tanto que hubo poco desacuerdo acerca de los casos positivos, los resultados también levantan algunas sospechas acerca de la diferenciación del Trastorno de duelo prolongado con el duelo normal. En respuesta, el Grupo de Trabajo mejoró las guías para estipular que el diagnóstico nunca debe hacerse si la reacción ocurre durante los primeros seis meses de la pérdida, así como para aclarar la mejor manera de determinar una referencia normativa dentro de la cultura de la persona en duelo (Tabla 9).

Limitaciones

Los resultados del estudio deben interpretarse a la luz de sus limitaciones. Ninguna metodología de viñetas puede responder a todas las preguntas relevantes para el desarrollo de las guías diagnósticas de la CIE-11. Los estudios de campo basados en la clínica y el trabajo epidemiológico son necesarios para evaluar el ajuste de las guías a los casos clínicos actuales. En segundo lugar, la RGPC no pretende ser una muestra representativa de los profesionales de la salud mental; los participantes de la RGPC están especialmente interesados en contribuir para mejorar el diagnóstico de los problemas de salud mental, de lo contrario no se hubieran ofrecido voluntariamente a participar en esta red. Así, los resultados pueden no ser generalizables a algunos clínicos, situaciones, contextos o idiomas. De cualquier manera, la RGPC representa a una muestra amplia de profesionales de la salud mental y el estudio tuvo mayor participación que en la mayoría de los estudios sobre diagnósticos. En tercer lugar, las viñetas describían casos de adultos, con lo que aún hace falta establecer la utilidad clínica de los cambios propuestos para niños y adolescentes. Los cambios centrales al TEPT y al Trastorno de adaptación son de particular relevancia en este sentido, pues la mayor especificidad de las guías podría ocasionar la pérdida de casos si la expresión específica en la infancia de la re-experimentación y la preocupación no es tomada en cuenta (Scheeringa, Myers, Putnam y Zeanah, 2012). En cuarto lugar, elegimos agrupar los resultados de los tres idiomas en los que se llevó a cabo el estudio. Se obtuvieron pocas diferencias por idioma, y ninguna influyó en el patrón general de resultados que aquí se presentó. Cabe señalar que la muestra japonesa fue más homogénea, pero esto es reflejo también de la práctica diagnóstica en Japón. En Japón, solo los médicos pueden asignar un diagnóstico y la mayoría de los psiquiatras son hombres. No obstante, las diferencias culturales e idiomáticas son importantes para la interpretación e implementación de las guías diagnósticas y merecer futura atención.

Finalmente, otra pregunta importante se refiere a si el diagnóstico es visto como un proceso sistemático de prueba de hipótesis o como el empleo de información aprendida de

una plantilla o ejemplar (Elstein y Schwartz, 2002). Investigar el reconocimiento de los cambios a los diagnósticos existentes, particularmente aquellos que son relativamente pequeños, favorece la aproximación de prueba de hipótesis y su aplicación con base en reglas específicas. Los clínicos que utilizan una aproximación de coincidencia de patrones pueden ser más lentos para ajustar sus plantillas, con lo que sus niveles de rendimiento solo mejorarán después de la exposición repetida y la práctica de los cambios diagnósticos. Así, la metodología de viñetas puede ser la mejor para identificar los problemas con la aplicación inicial de nuevas reglas y tener menos que decir acerca de los niveles de precisión que pueden alcanzarse a largo plazo.

Conclusión

Como el primero de una serie de estudios de casos controlados sobre las diferentes áreas de las guías diagnósticas propuestas para el capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento de la CIE-11, este estudio demuestra que este método es viable para someter a prueba los elementos centrales de la implementación de las guías diagnósticas propuestas por parte de los clínicos. Los resultados del estudio fueron exitosos para identificar los aspectos de las guías diagnósticas propuestas de Trastornos específicamente relacionados con el estrés para la CIE-11 que podrían ser adecuados e implementados de manera consistente por los clínicos, así como de los aspectos de las guías diagnósticas propuestas para la CIE-11 que clarificaron exitosamente el diagnóstico en comparación con la CIE-10.

Los resultados indican también las áreas en las que los clínicos presentan mayor dificultad para aplicar las guías, lo que provee de la oportunidad de clarificar las guías diagnósticas antes de evaluarlas en escenarios clínicos. Los hallazgos de este estudio también subrayan el hecho de que algunos aspectos de los cambios introducidos a la CIE-11 podrían dificultar la práctica clínica, y que los cambios en las guías diagnósticas podrían no ser suficientes para modificar su comportamiento diagnóstico. Por ejemplo, los requisitos de síntomas positivos para el Trastorno de adaptación parecen ser de difícil identificación apropiada por los clínicos, y es probable que los clínicos sigan experimentando la necesidad de una categoría de trastorno mental residual para los individuos que se juzgue que requieren de tratamiento pero que no cumplen con los requisitos diagnósticos de otros trastornos. Este estudio ayuda a identificar las áreas en las que es probable que se requiera de formación adicional relacionada con las nuevas conceptualizaciones en la CIE-11. Con base en la evidencia de las dificultades específicas que los clínicos pueden encontrar para implementar las guías diagnósticas de la CIE-11, la OMS puede desarrollar programas educativos focalizados y hacer esfuerzos específicos para abordar estas áreas cuando la CIE-11 sea adoptada formalmente.

Agradecimientos

Los autores de este artículo son miembros o asociados del Grupo Coordinador de Estudios de Campo y del Grupo Internacional de Asesores para la revisión de la clasificación de

trastornos mentales y del comportamiento de la CIE-10 (JWK, MCR, SCE, RR, CM, AL, PS, OG), miembros o asociados del Grupo de Trabajo sobre la clasificación de los trastornos relacionados con el estrés (CB, MC, AP, CR, AM) o miembros del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS (GMR). El Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS recibió apoyo directo de diversas fuentes que contribuyó para conducir este trabajo: de la Unión Internacional de Ciencia Psicológica, el National Institute of Mental Health de Estados Unidos, la Asociación Mundial de Psiquiatría, la Universidad de Kansas, los Departamentos de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid y de la Universidad Nacional Autónoma de México, y del Departamento de Psicología de la Universidad de Zurich. A menos que se declare específicamente, las perspectivas expresadas en este artículo son de los autores y no representan políticas o posiciones oficiales de la OMS.

Los autores agradecen a Tsuyoshi Akiyama, Yuriko Suzuki, Peter Bernick, Yoshiharu Kim, Akeo Kurumaji, Hirohiko Harima, Shigenobu Kanba, Toshimasa Maruta y a la Organización Japonesa de Jóvenes Psiquiatras por su asistencia con la traducción al japonés y la revisión de los materiales japoneses; a Jun Iwatani, Takahiro Kato, Akiko Kawaguchi, Hironori Kuga, Maruo Tanaka, Naoki Uchida y Takeshi Yamasaki por la asistencia para la prueba piloto japonesa; a Blanca Mellor Marsá, Celia Anaya Suárez, Iván Arango de Montis, Natalie Castellanos Ryan, Abel Lerma Talamontes, Alejandro Molina López y Jairo Muñoz Delgado por su asistencia con la traducción al español y la revisión de los materiales en español; y a Andrés Cruz Maycott, Francisco Páez Agraz y Alfredo Rizo Méndez por su asistencia para la prueba piloto en español. Otros miembros del Grupo de Trabajo sobre la clasificación de los trastornos relacionados con el estrés que contribuyeron a las propuestas que se evaluaron en este estudio son: Richard A. Bryant, Asma Humayan, Lynne M. Jones, Ashraf Kagee, Augusto E. Lloso, Daya J. Somasundaram, Renato Souza, Yuriko Suzuki, Inka Weissbecker y Simon C. Wessely, junto con el integrante de OMS Mark van Ommeren, y el asesor de OMS Michael B. First. Otros miembros del Grupo Coordinador de Estudios de Campo que contribuyeron en el desarrollo de la metodología del estudio incluyen a María Elena Medina-Mora (Chair), José Luis Ayuso Mateos, Wolfgang Gaebel, Brigitte Khoury, Jair de Jesus Mari, Toshimasa Maruta y Zeping Xiao.

Referencias

- Baumeister, H., Maercker, A. y Casey, P. (2009). Adjustment disorder with depressed mood: A critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisations and recommendations for the future. *Psychopathology*, 42, 139–147. doi: 10.1159/000207455
- Burnett, P., Middleton, W., Raphael, B. y Martinek, N. (1997). Measuring core bereavement phenomena. *Psychological Medicine*, 27, 49–57.
- Casey, P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: The state of the art. *World Psychiatry*, 10, 11–18.
- Casey, P. y Doherty, A. (2012). Adjustment disorder: Implications for ICD-11 and DSM-5. *British Journal of Psychiatry*, 201, 90–92. doi: 10.1192/bjp.bp.112.110494
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A. y Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD:

- A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 20706. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.20706
- de Jong, J. T. V. M., Komproe, I. H., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A. y Van Ommeren, M. H. (2005). DESNOS in three postconflict settings: Assessing cross-cultural construct equivalence. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 13–21. doi: 10.1002/jts.20005
- Elklit, A., Hyland, P. y Shevlin, M. (2014). Evidence of symptom profiles consistent with posttraumatic stress disorder and complex posttraumatic stress disorder in different trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 24221. doi: 10.3402/ejpt.v5.24221
- Elklit, A. y Shevlin, M. (2007). The structure of PTSD symptoms: A test of alternative models using confirmatory factor analysis. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 299–313. doi: 10.1348/014466506X171540
- Elstein, A. S. y Schwartz, A. (2002). Evidence base of clinical diagnosis – Clinical problem-solving and diagnostic decision-making: Selective review of the cognitive literature. *British Medical Journal*, 324, 729–732.
- Evans, S. C., Reed, G. M., Roberts, M. C., Esparza, P., Watts, A. D., Correia, J. M., Ritchie, P., Maj, M. y Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: Results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48, 177–193. doi: 10.1080/00207594.2013.804189
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., García, A. M., Stough, C. O., Canter, K. S., Robles, R. y Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 160–170. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.12.001
- First, M. B., Reed, G. M., Hyman, S. E. y Saxena, S. (2015). The development of the ICD-11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 14, 82–90. doi: 10.1002/wps.20189
- Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., Ito, M., Kato, M. y Kim, Y. (2010). Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *Journal of Affective Disorders*, 127, 352–358. doi: 10.1016/j.jad.2010.06.008
- Gootzeit, J. y Markon, K. (2011). Factors of PTSD: Differential specificity and external correlates. *Clinical Psychology Review*, 31, 993–1003. doi: 10.1016/j.cpr.2011.06.005
- Horowitz, M. J., Siegel, B., Holen, A., Bonanno, G. A., Milbrath, C. y Stinson, C. H. (1997). Diagnostic criteria for complicated grief disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 904–910.
- International Advisory Group for the Revision of ICD-10 Mental and Behavioural Disorders (2011). A conceptual framework for the revision of the ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*, 10, 86–92. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00022.x
- Keeley, J. W., Reed, G. M., Roberts, M. C., Evans, S. C., Medina-Mora, M. E., Robles, R., Rebello, T., Sharan, P., Gureje, O., First, M. B., Andrews, H. F., Ayuso-Mateos, J. L., Gaebel, W., Zielasek, J. y Saxena, S. (en prensa). Developing a science of clinical utility in diagnostic classification systems: Field study strategies for ICD-11 Mental and Behavioural Disorders. *American Psychologist*.
- Kersting, A., Braehler, E., Glaesmer, H. y Wagner, B. (2011). Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 131, 339–343. doi: 10.1016/j.jad.2010.11.032
- Knefel, M. y Lueger-Schuster, B. (2013). An evaluation of ICD-11 PTSD and complex PTSD criteria in a sample of adult survivors of childhood institutional abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 4, 22608. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.22608
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., Reed, G. M., van Ommeren, M., Humayan, A., Jones, L. M., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessley, S. C., First, M. B. y Saxena, S. (2013). Proposals for mental disorders specifically associated with stress in the International Classification of Diseases-11. *Lancet*, 381, 1683–1685. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., Humayan, A., Kagee, A., Llosa, A. E., Rousseau, C., Somasundaram, D. J., Souza, R., Suzuki, Y., Weissbecker, I., Wessley, S. C., First, M. B. y Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12, 198–206. doi: 10.1016/S0140-6736(12)62191-6
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. y Ehler, U. (2008). Adjustment disorders, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age: Findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 113–120. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.07.002
- Morina, N. y Ford, J. D. (2008). Complex sequelae of psychological trauma among Kosovar civilian war victims. *International Journal of Social Psychiatry*, 54, 425–436. doi: 10.1177/0020764008090505
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S. J., Wortman, C., Neimeyer, R. A., Bonanno, G., Block, S. D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B. T., Johnson, J. G., First, M. B. y Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6, e1000121. doi: 10.1371/journal.pmed.1000121
- Rao, J. N. K. y Scott, A. J. (1984). On chi-squared tests for multiway contingency tables with cell proportions estimated from survey data. *The Annals of Statistics*, 12, 46–60.
- Reed, G. M. (2010). Toward ICD-11: Improving the clinical utility of WHO's international classification of mental disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41, 457–464. doi: 10.1037/a0021701
- Reed, G. M., Correia, J. M., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). The WPA-WHO global survey of psychiatrists' attitudes toward mental disorders classification. *World Psychiatry*, 10, 118–131. doi: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00034.x
- Reed, G. M., Rebello, T. J., Pike, K. M., Medina-Mora, M. E., Gureje, O., Zhao, M., Dai, Y., Roberts, M. C., Maruta, T., Matsumoto, C., Krasnov, V. N., Kulygina, M., Lovell, A. M., Stona, A.-C., Sharan, P., Robles, R., Gaebel, W., Zielasek, J., Khoury, B., Mari, J., Ayuso-Mateos, J. L., Evans, S. C., Kogan, C. S. y Saxena, S. (2015). WHO's Global Clinical Practice Network for mental health. *Lancet Psychiatry*, 2, 379–380. doi: 10.1016/S2215-0366(15)00183-2
- Robles, R., Fresán, A., Evans, S. C., Lovell, A. M., Medina-Mora, M. E., Maj, M. y Reed, G. M. (2014). Problematic, absent, and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications: Results from WHO-WPA and WHO-IUPsyS Global Surveys. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 165–177. doi: 10.1016/j.ijchp.2014.03.003
- Scheeringa, M. S., Myers, L., Putnam, F. W. y Zeanah, C. H. (2012). Diagnosing PTSD in early childhood: An empirical assessment of four approaches. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 359–367. doi: 10.1002/jts.21723
- Semprini, F., Fava, G. A. y Sonino, N. (2010). The spectrum of adjustment disorders: Too broad to be clinically helpful. *CNS Spectrums*, 15, 382–388. doi: 10.1017/S1092852900029254
- Shear, M. K., Simon, N., Wall, M., Zisook, S., Neimeyer, R. Duan, N., Reynolds, C., Lebowitz, B., Sung, S., Ghesquiere, A., Borscak, B., Clayton, P., Ito, M., Nakajima, S., Konishi, T., Melhem, N., Meert, K., Schiff, M., O'Connor, M., First, M., Sareen, J., Bolton, J., Skritskaya, N., Mancini, A. D. y Keshaviah, A. (2011). Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28, 103–117. doi: 10.1002/da.20780
- Strain, J. J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: The conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 121–130. doi: 10.1016/j.comppsy.2007.10.002
- van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S. y Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 389–399. doi: 10.1002/jts.20047
- Yufik, T. y Simms, L. J. (2010). A meta-analytic investigation of the structure of posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 764–776. doi: 10.1037/a0020981