

### CARÁCTER

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno al carácter de las personas que padecen de SMI.

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI carecen de información sobre sus afecciones.**

Los estudios demuestran que aproximadamente la mitad de las personas que tienen trastornos psicóticos carecen, hasta cierto punto, de información sobre sus enfermedades. Esto se conoce como anosognosia. No obstante, sabemos que esta falta de conocimiento ahora se ve más como un proceso multidimensional y dinámico. No se trata simplemente de un déficit neurocognitivo.<sup>1</sup>

Las opiniones que los individuos tienen sobre sus enfermedades están determinadas por factores sociales y culturales. Estos pueden cambiar con el tiempo. Los profesionales de la salud mental deben ver este problema como algo más que una simple necesidad de educar a los pacientes sobre sus afecciones. La mejor manera de abordar la información es a través de un diálogo que analice una serie de factores que pueden afectar la forma en que una persona entiende su afección.<sup>2</sup>

#### REALIDAD

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI no pueden ni deben tomar decisiones por sí mismas.**

Las personas que padecen de SMI están mucho más informadas que hace unas décadas. Sin embargo, con frecuencia se les deja fuera de la toma de decisiones sobre su salud física y mental.<sup>3</sup> Esto puede hacer que estos pacientes se sientan frustrados e infravalorados por el equipo de atención de salud mental. Es posible que sientan que no tienen la información adecuada, inclusive alguna, en su plan de tratamiento y en los resultados previstos. Podemos hacerlo mejor y debemos hacerlo mejor.

La capacidad de toma de decisiones se ve afectada solo en un subconjunto de individuos que padecen de SMI.<sup>4</sup> Esto puede cambiar con el tiempo y depende del estado emocional de una persona. Los médicos tienen la obligación ética de permitir que las personas participen en las decisiones sobre su atención de la salud física y mental.<sup>5</sup> La toma de decisiones compartida fortalece la relación terapéutica, además de generar confianza y comprensión.

Todas las reuniones entre el equipo de atención y la persona que padece de SMI deben tener en cuenta a los dos expertos en la sala. Uno de ellos es el equipo clínico. Son expertos que tienen conocimiento sobre las opciones de tratamiento y la evidencia que informa esas opciones. El otro experto es el individuo. Es quien mejor conoce sus propios objetivos, apoyos e historial. Juntos deben desarrollar un plan de tratamiento que represente los resultados de su toma de decisiones compartida. Este plan debe compartirse con todo el equipo de tratamiento y revisarse de forma rutinaria.

#### REALIDAD

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI son propensas a la violencia.**

Este es un mito dañino que contribuye al estigma en torno a las SMI. Conduce a una falsa percepción pública que equipara la criminalidad con las SMI y otras afecciones de salud mental.<sup>6</sup> Sin embargo, los datos no respaldan esta percepción. En general, las personas que padecen de SMI son mucho más propensas a ser víctimas de delitos violentos que los perpetradores. Existe cierto riesgo de violencia relacionado con la esquizofrenia;<sup>7</sup> no obstante, la mayor parte del exceso de riesgo de violencia se relaciona con lo siguiente:

- ✓ Trastornos concurrentes por consumo de sustancias<sup>7, 8, 9</sup>
- ✓ Violencia que ocurre antes del inicio del tratamiento<sup>10</sup>
- ✓ Falta de apego al tratamiento<sup>9</sup>

**2%**

Tasa anual de conductas violentas en la población

**2%**

Tasa anual de comportamiento violento para personas que padecen de SMI y no tienen antecedentes de victimización violenta, exposición a la violencia o trastornos concurrentes<sup>11</sup>

**25%**

Tasa anual de personas que padecen de SMI víctimas de delitos violentos cada año<sup>12</sup>

**11.8 o más**

Probabilidad de que una persona con SMI sea víctima de un delito violento, en comparación con el público en general<sup>12</sup>

Únase a nuestro programa #MissionForBetter en SMIadviser.org.

Fuentes:

- Gilleen J, Greenwood K, David AS. Anosognosia in Schizophrenia and Other Neuropsychiatric Disorders: Similarities and Differences (Anosognosia en esquizofrenia y otros trastornos neuropsiquiátricos: similitudes y diferencias). The Study of Anosognosia (El estudio de la anosognosia). Editado por Prigatano GP. New York, Oxford University Press, 2010.
- Belvederi Murri M, Amore M. The Multiple Dimensions of Insight in Schizophrenia-Spectrum Disorders (Las múltiples dimensiones de la percepción en los trastornos del espectro de la esquizofrenia). Schizophr Bull. 7 de marzo, 2019; 45(2):277-283. doi: 10.1093/schbul/sby092. PMID: 29939361; PMCID: PMC6403083.
- Huang C, Plummer V, Lam L, Cross W. Perceptions of shared decision-making in severe mental illness: An integrative review (Percepciones de la toma de decisiones compartida en enfermedades mentales graves: una revisión integradora). J Psychiatr Ment Health Nurs. abril, 2020; 27(2):103-127. doi: 10.1111/jpm.12558. Epub 6 de diciembre, 2019. PMID: 31444919.
- Palmer BW, Dunn LB, Appelbaum PS, Jeste DV. Correlates of Treatment-Related Decision-Making Capacity among Middle-Aged and Older Patients with Schizophrenia (Correlatos de la capacidad de toma de decisiones relacionadas con el tratamiento entre pacientes de mediana edad y mayores con esquizofrenia). Arch Gen Psychiatry. Marzo, 2004; 61(3):230-6. doi: 10.1001/archpsyc.61.3.230. PMID: 14993110.
- Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derser AR. Ten Myths about Decision-Making Capacity (Diez mitos sobre la capacidad de toma de decisiones). J Am Med Dir Assoc. Julio-agosto, 2004; 5(4):263-7. doi: 10.1097/01.JAM.0000129821.34622.A2. PMID: 15228638.
- Ghiasi N, Azhar Y, Singh J. Psychiatric Illness and Criminality (Enfermedad psiquiátrica y criminalidad) [Actualización 30 de abril, 2021]. En: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; enero, 2022. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537064/>
- Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis (Esquizofrenia y violencia: revisión sistemática y metaanálisis). PLoS Med. Agosto, 2009; 6(8):e1000120. doi: 10.1371/journal.pmed.1000120. Epub 11 de agosto, 2009. PMID: 19668362; PMCID: PMC2718581.
- Elbogen EB, Johnson SC. The Intricate Link Between Violence and Mental Disorder: Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (El intrincado vínculo entre la violencia y los trastornos mentales: resultados de la Encuesta epidemiológica nacional sobre el alcohol y las afecciones relacionadas). Arch Gen Psychiatry. 2009 Feb;66(2):152-61. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.537. PMID: 19188537.
- Witt K, van Dam R, Fazel S. Risk Factors for Violence in Psychosis: Systematic Review and Meta-Regression Analysis of 110 Studies (Factores de riesgo de violencia en psicosis: revisión sistemática y análisis de meta-regresión de 110 estudios). PLoS One. 2013; 8(2):e55942. doi: 10.1371/journal.pone.0055942. Epub 13 de febrero, 2013. Erratum in: PLoS One. 2013; 8(9). doi:10.1371/annotation/f4abfc20-5a38-4dec-aa46-7d28018bbe38. PMID: 23418482; PMCID: PMC3572179.
- Large MM, Nielsens O. Violence in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis (Violencia en psicosis de primer episodio: una revisión sistemática y metaanálisis). Schizophr Res. Febrero, 2011; 125(2-3):209-20. doi: 10.1016/j.schres.2010.11.026. Epub 5 de enero, 2011. PMID: 21208783.
- Swanson JW, McGinty EE, Fazel S, Mays VM. Mental Illness and Reduction of Gun Violence and Suicide: Bringing Epidemiologic Research to Policy (Enfermedades mentales y reducción de la violencia con armas de fuego y el suicidio: llevar la investigación epidemiológica a la política). Ann Epidemiol. Mayo, 2015; 25(5):366-76. doi: 10.1016/j.annepidem.2014.03.004. Epub 29 de abril, 2014. PMID: 24861430; PMCID: PMC4211925.
- Teplin LA, McClelland GM, Abram KM, Weiner DA. Crime Victimization in Adults with Severe Mental Illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey (Victimización por delitos en adultos con enfermedades mentales graves: comparación con la Encuesta nacional de victimización por delitos). Arch Gen Psychiatry. Agosto, 2005; 62(8):911-21. doi: 10.1001/archpsyc.62.8.911. PMID: 16061769; PMCID: PMC1389236.

## CLOZAPINA

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno a las SMI y la clozapina.

### MITO

### REALIDAD

**No debe recetar clozapina hasta que todos los demás medicamentos hayan fallado.**

No piense en la clozapina como una opción de último recurso. La Guía de práctica de la APA para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia recomienda la clozapina en los siguientes casos:

- ✓ Un paciente muestra una respuesta mínima o nula a dos medicamentos antipsicóticos a una dosis adecuada.<sup>1</sup>
- ✓ El riesgo de intentos de suicidio o suicidio sigue siendo sustancial a pesar de otros tratamientos.<sup>1</sup>
- ✓ El riesgo de comportamiento agresivo sigue siendo alto a pesar de otros tratamientos.<sup>1</sup>

De hecho, algunos estudios sugieren que, si se retrasa el uso de clozapina para los pacientes que pueden beneficiarse de ella, puede conducir a peores resultados del tratamiento.<sup>2,3</sup>

### MITO

### REALIDAD

**Solo puede ser apto para recetar clozapina si tuvo capacitación específica durante la residencia.**

Ciertamente, si tiene capacitación en la residencia u otros programas, eso puede ayudar. Sin embargo, un estudio descubrió que muchos médicos que recetan actualmente clozapina no tienen capacitación específica durante la residencia.<sup>4</sup> Hoy en día, hay muchos recursos disponibles para ayudarle a obtener las habilidades que necesita para desarrollar su confianza si desea recetar clozapina. Por ejemplo, a través de los recursos del [Centro de Excelencia de Clozapina](#) de SMI Adviser, usted puede:

- ✓ Acceder a seminarios web en vivo y cursos bajo demanda.
- ✓ Unirse a una [comunidad de aprendizaje basada en debates](#).
- ✓ Descargar y compartir varios recursos.
- ✓ Enviar preguntas y recibir consultas gratuitas de médico a médico.
- ✓ Participar en colaboraciones interactivas de aprendizaje virtual de 12 semanas.

Estos recursos gratuitos le ayudan a identificar los candidatos correctos para la clozapina, usar Clozapina REMS de manera efectiva, encontrar información sobre la dosis, mitigar los efectos secundarios y más. Para hacer preguntas específicas, [utilice el servicio de consulta GRATUITA de médico a médico de SMI Adviser](#). Envíe una pregunta y reciba una respuesta personalizada de uno de nuestros expertos nacionales en un plazo de un día hábil.

### MITO

### REALIDAD

**Las personas que toman clozapina pueden beneficiarse de una dosis estándar y no se necesita una dosis personalizada.**

La dosis necesaria para maximizar la tolerabilidad y la eficacia de la clozapina puede variar considerablemente. La eficacia de la clozapina se relaciona más estrechamente con los niveles plasmáticos de clozapina que con la dosis. Los estudios sugieren que la mayoría de las personas responden con un nivel entre 350 y 600 ng/ml.<sup>5,6</sup> En promedio, una mujer que no fuma necesita aproximadamente la mitad de la dosis de clozapina (265 mg) para llegar a un nivel de 350 ng/ml que un hombre que fuma (525 mg).<sup>7</sup> Para obtener más información sobre cómo interpretar los niveles de clozapina, consulte los detalles en esta publicación de [SMI Adviser](#).

SMI Adviser ofrece un [planificador de dosis de clozapina](#) para ayudarle a estimar el nivel de una persona en función de su edad, sexo, peso y tabaquismo.

### MITO

### REALIDAD

**Nunca se puede recetar clozapina a personas de ascendencia africana con un recuento absoluto bajo de neutrófilos.**

Las personas de ciertos grupos étnicos pueden tener recuentos absolutos de neutrófilos que son más bajos que los rangos de laboratorio de referencia "estándar". Esto incluye a las personas afrodescendientes. Existe un algoritmo separado en Clozapina REMS para las personas que tienen neutropenia étnica benigna (BEN, por sus siglas en inglés). A veces, la BEN también se denomina neutropenia familiar benigna. Antes de comenzar el tratamiento con clozapina, las personas con BEN deben tener un recuento absoluto basal de neutrófilos de al menos 1000/μl. Las personas con BEN no son más propensas a desarrollar infecciones o neutropenia inducida por clozapina.<sup>8</sup>

Para obtener más información sobre BEN, consulte [esta publicación de SMI Adviser](#) y una [grabación del Foro Virtual de Clozapina y LA!](#).

### MITO

### REALIDAD

**Solo existe un mejor estándar de titulación para una persona cuando comienza a tomar clozapina.**

Un plan de titulación de clozapina debe individualizarse en función de una serie de factores. Esto incluye la edad, el sexo, el tabaquismo, otros medicamentos, el origen racial o étnico y la urgencia clínica. Las titulaciones de muestras publicadas para pacientes hospitalizados suelen ser más rápidas que las ambulatorias.<sup>9</sup> Las titulaciones más lentas pueden tener menos probabilidades de dar lugar a miocarditis inducida por clozapina, y pueden ayudar a prevenir la interrupción prematura o el establecimiento de una dosis demasiado alta para el paciente.<sup>10,11</sup> Quienes receten este fármaco deben ser flexibles cuando realizan nuevas titulaciones de clozapina. Es posible que tenga que ajustar el plan a medida que continúa la valoración. Para obtener más información sobre cómo valorar la clozapina, [consulte esta publicación de SMI Adviser](#).



**¿Tiene más preguntas sobre la clozapina?  
Pregúntenos en [SMIadviser.org/submit-consult](https://www.smiadviser.org/submit-consult).**

Únase a nuestro programa #MissionForBetter en [SMIadviser.org](https://www.smiadviser.org).

Fuentes:

1. Asociación Americana de Psiquiatría. (2020). The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (Guía de práctica de la Asociación Americana de Psiquiatría para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia), tercera edición 2020 [9/24/2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>.
2. Chan S., Chan H., Honer W., Bastiampillai T., Suen Y., Yeung W., et al. (2021). Predictors of Treatment-Resistant and Clozapine-Resistant Schizophrenia: A 12-Year Follow-up Study of First-Episode Schizophrenia-Spectrum Disorders (Predictores de esquizofrenia resistente al tratamiento y resistente a la clozapina: un estudio de seguimiento de 12 años de trastornos del espectro de la esquizofrenia de primer episodio). Schizophrenia Bulletin, 47(2):485-94.
3. Yoshimura B., Yada Y., So R., Takaki M., Yamada N. (2017). The Critical Treatment Window of Clozapine in Treatment-Resistant Schizophrenia: Secondary Analysis of an Observational Study (La ventana crítica de tratamiento de la clozapina en la esquizofrenia resistente al tratamiento: análisis secundario de un estudio observacional). Psychiatry Research, 250:65-70.
4. Cotes R., Janjua A., Broussard B., Lazris D., Khan A., Jiao Y., et al. (2021). A Comparison of Attitudes, Comfort, and Knowledge of Clozapine Among Two Diverse Samples of US Psychiatrists (Una comparación de actitudes, comodidad y conocimiento de la clozapina entre dos muestras diversas de psiquiatras estadounidenses). Community Ment Health J, 58(3):517-525. doi: 10.1007/s10597-021-00847-0.
5. Schoretsanitis G., Kane J., Correll C., Marder S., Citrome L., Newcomer J., et al. (2020). Blood Levels to Optimize Antipsychotic Treatment in the Clinical Practice: A Joint Consensus Statement of the American Society of Clinical Psychopharmacology and the Therapeutic Drug Monitoring Task (Niveles sanguíneos para optimizar el tratamiento antipsicótico en la práctica clínica: una declaración de consenso conjunta de la Sociedad Americana de Psicofarmacología Clínica y la tarea de monitorización de fármacos terapéuticos). Force of the Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie. J Clin Psychiatry, 81(3):19cs13169. doi: 10.4088/JCP.19cs13169.
6. Northwood K., Pearson E., Arnaoutovska U., Kisely S., Pawar M., Sharma M., et al. (2023). Optimising Plasma Clozapine Levels to Improve Treatment Response: An Individual Patient Data Meta-Analysis and Receiver Operating Characteristic Curve Analysis (Optimización de los niveles plasmáticos de clozapina para mejorar la respuesta al tratamiento: un análisis de datos de pacientes individuales y un análisis de la curva de características operativas del receptor). British J Psychiatry, 222(6):241-5. doi: 10.1192/bjp.2023.27.
7. Rostami-Hodjegan A., Amin A., Spencer E., Lennard M., Tucker G., Flanagan R. (2004). Influence of Dose, Cigarette Smoking, Age, Sex, and Metabolic Activity on Plasma Clozapine Concentrations: A Predictive Model and Nomograms to Aid Clozapine Dose Adjustment and to Assess Compliance in Individual Patients (Influencia de la dosis, el tabaquismo, la edad, el sexo y la actividad metabólica en las concentraciones plasmáticas de clozapina: un modelo predictivo y nomogramas para ayudar a ajustar la dosis de clozapina y evaluar el cumplimiento en pacientes individuales). J Clin Psychopharmacol, 24(1):70-8. doi: 10.1097/01.jcp.0000106221.36344.4d.
8. Manu P., Sarvaiya N., Rogozea L., Kane J., Correll C. (2016). Benign Ethnic Neutropenia and Clozapine Use: A Systematic Review of the Evidence and Treatment Recommendations (Neutropenia étnica benigna y uso de clozapina: una revisión sistemática de la evidencia y las recomendaciones de tratamiento). J Clin Psychiatry, 77(7):e909-16.
9. Cotes R. (2023). Are slow clozapine titrations safer than fast ones? Poster Presentation at the Schizophrenia International Research Society Annual Congress (¿Son más seguras las titulaciones lentas de clozapina que las rápidas? Presentación de póster en el Congreso Anual de la Sociedad Internacional de Investigación sobre Esquizofrenia).
10. Cotes R., Goldsmith D. (2022). The Tortoise Beats the Hare: The Case for Slow Clozapine Titrations with Serial CRP Monitoring (La tortuga vence a la liebre: el caso de las titulaciones lentas de clozapina con monitoreo serial de PCR). Psychiatria Danubina, 34(3):428-9.
11. Ronaldson K., Fitzgerald P., Taylor A., Toplis D., Wolfe R., McNeil J. (2012). Rapid Clozapine Dose Titration and Concomitant Sodium Valproate Increase the Risk of Myocarditis with Clozapine: A Case-Control Study (La titulación rápida de la dosis de clozapina y el valproato de sodio concomitante aumentan el riesgo de miocarditis con clozapina: un estudio de casos y controles). Schizophr Res, 141(2-3):173-8.

### PSICOFARMACOLOGÍA

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno a las SMI y la psicofarmacología.

#### MITO

**No debe recetar clozapina hasta que todos los demás medicamentos hayan fallado.**

#### REALIDAD

No piense en la clozapina como una opción de último recurso. La Guía de práctica de la APA para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia recomienda la clozapina para estas situaciones:

- ✔ Un paciente muestra una respuesta mínima o nula a dos medicamentos antipsicóticos a una dosis adecuada.<sup>1</sup>
- ✔ El riesgo de intentos de suicidio o suicidio sigue siendo sustancial a pesar de otros tratamientos.<sup>1</sup>
- ✔ El riesgo de comportamiento agresivo sigue siendo alto a pesar de otros tratamientos.<sup>1</sup>

#### MITO

**El aumento de peso a causa de los antipsicóticos es un efecto secundario que no se puede tratar.**

#### REALIDAD

¡Hay opciones para ayudar a controlar este efecto secundario!

Algunos medicamentos tienen un mayor riesgo de aumento de peso que otros. Simplemente cambie de un medicamento de mayor riesgo a uno de menor riesgo.<sup>2</sup> Entre los fármacos de segunda generación, el aripiprazol, el brexpiprazol, la lurasidona y la ziprasidona son de menor riesgo.<sup>3, 4</sup>

Hay otros enfoques que pueden ser útiles:<sup>4</sup>

- ✔ Asesoramiento nutricional
- ✔ Ejercicio
- ✔ Terapia cognitiva conductual

Por último, puede potencializarlo con medicamentos que pueden ser útiles para el aumento de peso. La opción mejor estudiada es la metformina.<sup>5</sup>

#### MITO

**Los medicamentos inyectables de acción larga son solo para personas no adherentes.**

#### REALIDAD

Incluso si la adherencia no es un problema, algunos pacientes prefieren los medicamentos antipsicóticos inyectables de acción prolongada (LAI, por sus siglas en inglés).<sup>6, 7, 8</sup>

De hecho, algunas personas consideran que los LAI son más convenientes porque no necesitan recordar tomar una pastilla todos los días.<sup>9</sup> Los estudios en diferentes entornos muestran que los LAI pueden prevenir la recaída. Esto incluye a las personas que experimentan un primer episodio de psicosis.<sup>10</sup>

Los médicos pueden discutir acerca de las LAI en el contexto de un enfoque compartido de toma de decisiones. Puede:

- ✔ Informar a sus pacientes sobre las formulaciones de acción prolongada.
- ✔ Hablar acerca de las ventajas y desventajas disponibles.
- ✔ Deje que los pacientes tomen la mejor decisión por sí mismos.

#### MITO

**No debe recetar antidepresivos a personas que tienen trastorno bipolar.**

#### REALIDAD

De hecho, un subconjunto de personas parece beneficiarse de los antidepresivos.

Esto sucede cuando se combinan con estabilizadores del estado de ánimo o antipsicóticos atípicos para la depresión bipolar. Sin embargo, en general, esto no se considera una estrategia de primera línea.<sup>11, 12, 13</sup> Cuando se agregan antidepresivos a estabilizadores adyuvantes del estado de ánimo o antipsicóticos atípicos, el riesgo de cambio afectivo emergente del tratamiento es similar al placebo a corto plazo.<sup>14</sup>

Debe evitar los antidepresivos:<sup>12, 14</sup>

- ✔ en personas que tienen antecedentes de manía o hipomanía inducida por antidepresivos.
- ✔ para quienes con ciclismo rápido reciente.
- ✔ Para personas con características mixtas actuales.
- ✔ Como monoterapia para personas con trastorno bipolar I.

Únase a nuestro programa #MissionForBetter en SMIadviser.org.

Fuentes:

1. American Psychiatric Association. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients with Schizophrenia (Guía de práctica de la Asociación Americana de Psiquiatría para el tratamiento de pacientes con esquizofrenia), tercera edición 2020 [9/24/2020]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/clinical-practice-guidelines>.
2. Stroup TS, McEvoy JP, Ring KD, Hamer RH, LaVange LM, Swartz MS, et al. A Randomized Trial Examining the Effectiveness of Switching from Olanzapine, Quetiapine, or Risperidone to Aripiprazole to Reduce Metabolic Risk: Comparison of Antipsychotics for Metabolic Problems (CAMP) (Un ensayo aleatorizado que examina la efectividad de cambiar de olanzapina, quetiapina o risperidona a aripiprazol para reducir el riesgo metabólico: comparación de antipsicóticos para problemas metabólicos (CAMP, por sus siglas en inglés)). Am J Psychiatry. 2011; 168(9):947-56.
3. Pillingner T, McCutcheon RA, Vano L, Mizuno Y, Arumham A, Hindley G, et al. Comparative Effects of 18 Antipsychotics on Metabolic Function in Patients with Schizophrenia. Predictors of Metabolic Dysregulation, and Association with Psychopathology: a Systematic Review and Network Meta-Analysis (Efectos comparativos de 18 antipsicóticos sobre la función metabólica en pacientes con esquizofrenia, predictores de desregulación metabólica y asociación con psicopatología: una revisión sistemática y metaanálisis en red). The Lancet Psychiatry. 2020; 7(1):64-77.
4. Alvarez-Jiménez M, Hetrick SE, González-Blanch C, Gleason JF, McGorry PD. Non-Pharmacological Management of Antipsychotic-Induced Weight Gain: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials (Manejo no farmacológico del aumento de peso inducido por antipsicóticos: revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados aleatorizados). The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science. 2008; 193(2):101-7.
5. de Silva VA, Suraweera C, Ratnatunga SS, Dayabandara M, Wanniarachchi N, Hanwella R. Metformin in Prevention and Treatment of Antipsychotic Induced Weight Gain: A Systematic Review and Meta-Analysis (Metformina en la prevención y el tratamiento del aumento de peso inducido por antipsicóticos: una revisión sistemática y metaanálisis). BMC Psychiatry. 2016; 16(1):341.
6. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Achtyes ED, Correll CU, Robinson DG. Patients with Early-Phase Schizophrenia Will Accept Treatment with Sustained-Release Medication (Long-Acting Injectable Antipsychotics): Results from the Recruitment Phase of the PRELAPSE Trial (Los pacientes con esquizofrenia en fase temprana aceptarán el tratamiento con medicación de liberación sostenida (antipsicóticos inyectables de acción prolongada): resultados de la fase de reclutamiento del ensayo PRELAPSE). J Clin Psychiatry. 2019; 80(3).
7. Blackwood C, Sanga P, Nuamah I, Keenan A, Singh A, Mathews M, et al. Patients' Preference for Long-Acting Injectable versus Oral Antipsychotics in Schizophrenia: Results from the Patient-Reported Medication Preference Questionnaire (Preferencia por los antipsicóticos inyectables de acción prolongada frente a los antipsicóticos orales en la esquizofrenia: resultados del cuestionario de preferencia de medicación informado por el paciente). Patient Prefer Adherence (El paciente prefiere la adherencia). 2020; 14:1093-102.
8. Heres S, Schmitz FS, Leucht S, Pajonk FG. The Attitude of Patients Towards Antipsychotic Depot Treatment (La actitud de los pacientes hacia el tratamiento antipsicótico de depósito). International Clinical Psychopharmacology. 2007; 22(5):275-82.
9. Iyer S, Banks N, Roy MA, Tibbo P, Williams R, Manchanda R, et al. A Qualitative Study of Experiences with and Perceptions Regarding Long-Acting Injectable Antipsychotics: Part I-Patient Perspectives (Un estudio cualitativo de las experiencias y percepciones con respecto a los antipsicóticos inyectables de acción prolongada: Parte I-perspectivas del paciente). Canadian Journal of Psychiatry Revue Canadienne de Psychiatrie. 2013; 58(5 Suppl 1):145-225.
10. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Correll CU, Achtyes ED, Gibbons RD, et al. Effect of Long-Acting Injectable Antipsychotics vs Usual Care on Time to First Hospitalization in Early-Phase Schizophrenia: A Randomized Clinical Trial (Efecto de antipsicóticos inyectables de acción prolongada frente a la atención habitual a tiempo hasta la primera hospitalización en la esquizofrenia en fase temprana: un ensayo clínico aleatorizado). JAMA Psychiatry. 2020.
11. Gitlin MJ. Antidepressants in Bipolar Depression: An Enduring Controversy (Antidepresivos en la depresión bipolar: una controversia duradera). International Journal of Bipolar Disorders. 2018; 6(1):25.
12. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, Schaer A, Bond DJ, Frey BN, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) 2018 Guidelines for the Management of Patients with Bipolar Disorder (Directrices de la red canadiense para el tratamiento del estado de ánimo y la ansiedad (CANMAT) de 2018 y la sociedad internacional de trastornos bipolares (ISBD) para el tratamiento de pacientes con trastorno bipolar). Bipolar Disord. 2018; 20(2):97-170.
13. McGirr A, Vohringer PA, Ghaemi SN, Lam RW, Yatham LN. Safety and Efficacy of Adjunctive Second-Generation Antidepressant Therapy with a Mood Stabiliser or an Atypical Antipsychotic in Acute Bipolar Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomised Placebo-Controlled Trials (Seguridad y eficacia del tratamiento antidepresivo adyuvante de segunda generación con un estabilizador del estado de ánimo o un antipsicótico atípico en la depresión bipolar aguda: una revisión sistemática y metaanálisis de ensayos controlados con placebo). The Lancet Psychiatry. 2016; 3(12):1138-46.
14. Pacchiarotti J, Bond DJ, Baldessarini RJ, Nolen WA, Grunze H, Licht RW, et al. The International Society for Bipolar Disorders (ISBD) Task Force Report on Antidepressant Use in Bipolar Disorders (El informe del grupo de trabajo de la Sociedad Internacional de Trastornos Bipolares (ISBD), por sus siglas en inglés) sobre el uso de antidepresivos en los trastornos bipolares). The American Journal of Psychiatry. 2013; 170(11):1249-62.

### RECUPERACIÓN

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno a la recuperación de las personas que padecen de SMI.

#### MITO

**Las personas que tienen SMI no pueden alcanzar y mantener la recuperación.**

Históricamente, la recuperación de las SMI no se consideraba probable o incluso posible. Sin embargo, una serie de pruebas de las últimas dos décadas indican que alrededor del 65 % de las personas con SMI experimentan una recuperación parcial o total a lo largo del tiempo.<sup>1</sup>

La recuperación no significa necesariamente la ausencia de síntomas. La recuperación de las SMI se define de manera objetiva y subjetiva.<sup>2,3,4,5</sup> Esto incorpora conceptos que van más allá de tener síntomas estables. Incluye el bienestar, la calidad de vida, el funcionamiento, y un sentido de esperanza y optimismo.<sup>6,7,8,9</sup>

La recuperación es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, viven una vida autodirigida y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. Las cuatro dimensiones principales que apoyan la recuperación son la salud, el hogar, el propósito y la comunidad.<sup>10,11</sup>

- ✔ Salud: superar o controlar la(s) enfermedad(es) o los síntomas propios, y tomar decisiones informadas y saludables que apoyen el bienestar físico y emocional.
- ✔ Hogar: tener un lugar estable y seguro para vivir.
- ✔ Propósito: llevar a cabo actividades diarias significativas, como un trabajo, la escuela, el voluntariado, el cuidado de la familia o los esfuerzos creativos, y la independencia, los ingresos y los recursos para participar en la sociedad.
- ✔ Comunidad: tener relaciones y redes sociales que brinden apoyo, amistad, amor y esperanza.

Las personas deben identificar sus objetivos de recuperación y recibir apoyo para ellos en sus planes de tratamiento.

#### REALIDAD

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI no pueden obtener un empleo competitivo o completar la educación.**

El empleo y la educación proporcionan un sentido de propósito, que es un aspecto crítico de la vida en recuperación.<sup>10</sup> De hecho, la mayoría de las personas que padecen de SMI quieren trabajar y ven el trabajo como una parte esencial de su recuperación.<sup>6,7</sup> Entre el 40 % y el 60 % de las personas que se inscriben en un empleo con apoyo obtienen un empleo competitivo.<sup>12</sup>

Existe una amplia evidencia de que el empleo no es "demasiado estresante" para las personas que tienen SMI.<sup>13</sup> Los beneficios del empleo y la educación para las personas con SMI están bien documentados.<sup>8</sup> Incluyen una mejor situación económica, una mayor autoestima y una reducción de los síntomas. De hecho, el efecto perjudicial del desempleo crea riesgos clínicos para las personas que tienen SMI.<sup>9</sup> Con frecuencia, estos se pasan por alto.

Los programas de empleo con apoyo pueden mejorar los resultados de las personas que tienen SMI.<sup>14</sup> Esto incluye una mayor probabilidad de que obtengan un empleo competitivo, trabajen más horas a la semana, mantengan el empleo durante un período más largo y tengan un ingreso más alto. A su vez, los programas de educación con apoyo pueden reducir la carga de las personas que padecen de SMI y desean terminar o volver a la escuela.<sup>15</sup> Ofrece apoyo especializado e individual para ayudar a navegar por los entornos académicos y vincularse con los servicios de salud mental.

Las personas deben recibir estímulo si sus objetivos de recuperación incluyen empleo o educación. Existen programas de apoyo efectivos para alcanzar estos objetivos y tienen beneficios considerables.

#### REALIDAD

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI se cerraron todas las puertas.**

Las conexiones sociales son importantes para las personas que padecen de SMI. A veces, pueden tener síntomas en períodos críticos de desarrollo que pueden alterar la forma en que establecen y mantienen las redes sociales. Las conexiones sociales saludables pueden estabilizar el estado de ánimo, ayudarles a sentirse con los pies en la tierra, conectarles con los demás y brindarles apoyo durante su proceso de recuperación.<sup>16</sup>

El aislamiento puede ser desgarrador, pasarse por alto o no priorizarse en un plan de recuperación para las personas que padecen de SMI.<sup>17,18</sup> No están claros los beneficios específicos de la socialización para cada diagnóstico. No obstante, al igual que cualquier otra persona, les va mejor cuando crean amistades, reparan conexiones rotas y construyen comunidades que los apoyan.

De hecho, la participación significativa de la comunidad es una parte importante de la recuperación del SMI.<sup>10</sup> La investigación muestra una relación positiva estadísticamente significativa entre la participación en la comunidad y la recuperación y la calidad de vida.<sup>19</sup> La plena participación en la comunidad se relaciona con resultados positivos para la salud de las personas que padecen de SMI.<sup>20</sup> Cuando se involucran en las principales actividades comunitarias en varios dominios de la vida, apoya sus valiosos roles sociales.<sup>21</sup> Estos roles se alinean con la "personalidad" en contraste con la "paciencia".

La conexión social, y su desarrollo y mantenimiento, deben considerarse parte de un plan de recuperación.

#### REALIDAD

Únase a nuestro programa **#MissionForBetter** en **SMIadviser.org**.

Fuentes:

1. Serious Mental Illness Recovery: The Basics (Recuperación de enfermedades mentales graves: conceptos básicos). National Alliance on Mental Illness (Alianza Nacional sobre Enfermedad Mental) Acceso el 25 de agosto, 2022. <https://www.nami.org/Blogs/NAMI-Blog/August-2021/Serious-Mental-Illness-Recovery-The-Basics>
2. Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America (Lograr la promesa: transformar la atención de la salud mental en Estados Unidos). Pub. n.º SMA-03-3832. Rockville, MD, Department of Health and Human Services, President's New Freedom Commission on Mental Health (Departamento de Salud y Servicios Humanos, Comisión Presidencial de Nueva Libertad sobre Salud Mental), 2003.
3. Council of Representatives: Resolution on APA Endorsement of the Concept of Recovery for People with Serious Mental Illness (Consejo de Representantes: Resolución sobre la aprobación por parte de la APA del concepto de recuperación para personas con enfermedades mentales graves). Washington, DC, American Psychological Association, 2009.
4. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from Schizophrenia: A Concept in Recovery (Recuperación de la esquizofrenia: un concepto en busca de investigación). Psychiatr Serv. Junio, 2005; 56(6):735-42. doi: 10.1176/appi.ps.56.6.735. PMID: 15939952.
5. Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, et al: Operational Criteria and Factors Related to Recovery from Schizophrenia (Criterios operativos y factores relacionados con la recuperación de la esquizofrenia). International Review of Psychiatry 14:256-272, 2002.
6. Evidence for IPS (Evidencia de IPS). IPS Employment Center. Acceso el 31 de julio, 2022. <https://ipsworks.org/index.php/evidence-for-ips/>
7. Güllne U, Pabst A, Löbner M et al. Employment Status and Desire for Work in Severe Mental Illness: Results from an Observational, Cross-Sectional Study (Situación laboral y deseo de trabajar en enfermedades mentales graves: resultados de un estudio observacional transversal). Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2021; 56:1657-1667. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02088-8>
8. Luciano A, Bond GR, Drake RE Does Employment Alter the Course and Outcome of Schizophrenia and Other Severe Mental Illness? A Systematic Review of Longitudinal Research (¿El empleo altera el curso y el resultado de la esquizofrenia y otras enfermedades mentales graves? Una revisión sistemática de la investigación longitudinal). Schizophrenia Bulletin. 2014;159(2-3):312-321.
9. Martone J, Swarbrick MA. The Detrimental Health Impact of Unemployment (El impacto perjudicial del desempleo en la salud). Behavioral Health News. Enero, 2021.
10. SAMHSA's Working Definition of Recovery, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Definición de trabajo de recuperación de SAMHSA, Administración de servicios de salud mental y abuso de sustancias) 2012. Acceso el 31 de julio, 2022. <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf>
11. Recovery and Recovery Support, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Recuperación y apoyo a la recuperación, Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias). Acceso el 25 de agosto, 2022. <https://www.samhsa.gov/find-help/recovery>
12. Bond GR. Supported Employment: Evidence for an Evidence-Based Practice (Bond GR. Empleo con apoyo: evidencia para una práctica basada en la evidencia). Psychiatr Rehabil J. Primavera, 2004; 27(4):345-59. doi: 10.2975/27.2004.345.359. PMID: 15222147.
13. Drake RE, Wallach MA. Employment Is a Critical Mental Health Intervention (El empleo es una intervención crítica de salud mental). Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020; 29:e178. doi: 10.1017/S2045796020000906
14. Frederick DE, VanderWeele TJ. Supported Employment: Meta-Analysis and Review of Randomized Controlled Trials of Individual Placement and Support (Empleo con apoyo: metanálisis y revisión de ensayos controlados aleatorizados de colocación y apoyo individual). PLoS One. 20 de febrero, 2019; 14(2):e0212208. doi: 10.1371/journal.pone.0212208. PMID: 30785954; PMCID: PMC6382127.
15. Ringteisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alkhan S, Jones E. Supported Education for Individuals with Psychiatric Disabilities: State of the Practice and Policy Implications (Educación apoyada para personas con discapacidades psiquiátricas: estado de la práctica e implicaciones políticas). Psychiatr Rehabil J. Junio, 2017; 40(2):197-206. doi: 10.1037/prj0000233. Epub 9 de febrero, 2017. PMID: 28182470.
16. The Importance of Social Connections for People with SMI (La importancia de las conexiones sociales para las personas con SMI). National Alliance on Mental Illness (Alianza Nacional sobre Enfermedad Mental) Acceso el 25 de agosto, 2022. <https://nami.org/Blogs/NAMI-Blog/August-2022/The-Importance-of-Social-Connections-for-People-with-SMI>
17. Fortuna KL, Brusilovskiy E, Sneathen G, Brooks JM, Townley G, Salzer MS. Loneliness and Its Association with Physical Health Conditions and Psychiatric Hospitalizations in People with Serious Mental Illness (La soledad y su asociación con condiciones de salud física y hospitalizaciones psiquiátricas en personas con enfermedades mentales graves). Soc Work Ment Health. 2020; 18(5):571-585. doi: 10.1080/15332985.2020.1810197. Epub 20 de agosto, 2020. PMID: 32973412; PMCID: PMC7508301.
18. Fortuna KL, Ferron J, Pratt SI, Muralidharan A, Aschbrenner KA, Williams AM, Deegan PE, Salzer M. Unmet Needs of People with Serious Mental Illness: Perspectives from Certified Peer Specialists (Necesidades insatisfechas de las personas con enfermedades mentales graves: perspectivas de especialistas certificados en pares). Psychiatr Q. Septiembre, 2019; 90(3):579-586. doi: 10.1007/s11126-019-09647-y. PMID: 31154551.
19. Burns-Lynch B, Brusilovskiy E, Salzer M. An Empirical Study of the Relationship Between Community Participation, Recovery, and Quality of Life for Individuals with Serious Mental Illness (Un estudio empírico de la relación entre la participación en la comunidad, la recuperación y la calidad de vida de las personas con enfermedades mentales graves). Isr J Psychiatry Relat Sci. 2016; 53(1):46-55.
20. Salzer MS, Baron RC. Well Together: A Blueprint for Community Inclusion: Fundamental Concepts, Theoretical Frameworks and Evidence (Un plano para la inclusión comunitaria: conceptos fundamentales, marcos teóricos y evidencia). Colaboración de la Universidad de Temple sobre la inclusión comunitaria. Acceso el 31 de julio, 2022. <http://www.tucollaborative.org/fundamentals-community-inclusion/>
21. Salzer MS. Community Inclusion and Social Determinants: From Opportunity to Health (Inclusión comunitaria y determinantes sociales: de la oportunidad a la salud). Psychiatric Services. 2021; 72(7):836-839.

### TECNOLOGÍA

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno a las SMI y la tecnología.

#### MITO

**La salud a distancia no es eficaz para las personas que padecen de SMI.**



#### REALIDAD

Varias revisiones muestran que la salud a distancia ofrece los mismos beneficios que la atención en persona para todas las afecciones de salud mental. Esto incluye las SMI.<sup>1,2,3</sup>

La única contraindicación conocida para la salud a distancia es si un paciente no quiere participar.

#### MITO

**Las personas que padecen de esquizofrenia están paranoicas con respecto a la salud a distancia.**



#### REALIDAD

Los estudios sobre la salud a distancia no sugieren que cause paranoia o síntomas adversos en las personas que tienen esquizofrenia.<sup>4,5</sup>

De hecho, cuando se trata de tecnología, la paranoia no es la mayor barrera. Les preocupan más los problemas de privacidad.<sup>6</sup>

Otros estudios muestran que las intervenciones basadas en la tecnología pueden incluso ayudar a reducir los síntomas de la paranoia.<sup>7</sup>

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI no poseen smartphones.**



#### REALIDAD

Una encuesta de 2019 de la población estadounidense muestra que el 81 % ya posee un smartphone. Se prevé que esta cifra aumente a medida que los precios de los dispositivos y los datos sigan bajando.<sup>8</sup>

Hay varios estudios más pequeños sobre personas que padecen de SMI. Estos estudios sugieren que hasta el 70 % posee smartphones.<sup>9,10,11,12</sup>

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI no pueden usar smartphones ni aplicaciones de salud.**



#### REALIDAD

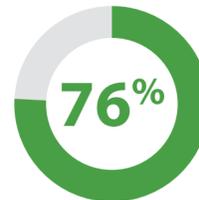
Los smartphones son comunes ahora, ya que muchas cosas en nuestro mundo están impulsadas por la tecnología. Al igual que la población en general, algunas personas que tienen SMI son magos en sus teléfonos. A otras les resulta más difícil.

Estudios recientes muestran lo siguiente:

- ✓ Las personas que padecen de SMI ofrecen apoyo a otras a través de smartphones y otras plataformas tecnológicas.<sup>13</sup>



El 50 % de las personas que padecen de SMI descargaron aplicaciones en sus smartphones.<sup>14</sup>



El 76 % de las personas con SMI dicen que están algo o muy satisfechas con su teléfono o tablet.<sup>15</sup>

Únase a nuestro programa #MissionForBetter en SMIadviser.org.

Fuentes:

- Bashshur RL, Shannon GW, Bashshur N, Yellowlees PM. The Empirical Evidence for Telemedicine Interventions in Mental Disorders (La evidencia empírica de las intervenciones de la medicina a distancia en los trastornos mentales). *Telemedicine and e-Health*. 1 de febrero, 2016; 22(2):87-113.
- Hubley S, Lynch SB, Schneck C, Thomas M, Shore J. Review of Key Telepsychiatry Outcomes (Revisión de los resultados clave de la psiquiatría a distancia). *World Journal of Psychiatry*. 22 de junio, 2016; 6(2):269.
- Smith K et al. COVID-19 and Telepsychiatry: An Evidence-Based Guidance for Clinicians (COVID-19 y psiquiatría a distancia: una guía basada en la evidencia para médicos). *JMIR Mental Health*. 10 de julio, 2020; [e-pub]. <https://doi.org/10.2196/21108>
- Krzyszczanek M, Krzeszowski D, Jagoda K, Krysta K. Long Term Telemedicine Study of Compliance in Paranoid Schizophrenia (Estudio de medicina a distancia a largo plazo sobre el cumplimiento en la esquizofrenia paranoide). *Psychiatr Danub*. 1 de septiembre, 2015; 27(Suppl 1):S266-268.
- Bashshur RL, Shannon GW, Bashshur N, Yellowlees PM. The Empirical Evidence for Telemedicine Interventions in Mental Disorders (La evidencia empírica de las intervenciones de la medicina a distancia en los trastornos mentales). *Telemedicine and e-Health*. 1 de febrero, 2016; 22(2):87-113.
- Allan S, Bradstreet S, McLeod H, Farhall J, Lambrou M, Gleeson J, Clark A, Gumley A, y EMPPOWER Group. 2019. Developing a Hypothetical Implementation Framework of Expectations for Monitoring Early Signs of Psychosis Relapse Using a Mobile App: Qualitative Study (Desarrollo de un marco hipotético de implementación de expectativas para el seguimiento de los primeros signos de recaída de la psicosis mediante una aplicación móvil: estudio cualitativo). *Journal of Medical Internet Research*. 21(10), p.e14366.
- Kidd SA, Feldcamp L, Adler A, Kaleis L, Wang W, Vichnevetski K, et al. (2019) Feasibility and Outcomes of a Multi-Function Mobile Health Approach for the Schizophrenia Spectrum: App4Independence (A4i) (Viabilidad y resultados de un enfoque de salud móvil multifuncional para el espectro de la esquizofrenia: App4Independence (A4i)). *PLoS ONE* 14(7):e021949. Junio, 2019. <https://www.pewinternet.org/fact-sheet/mobile/>
- Young AS, Cohen AN, Niv N, Nowlin-Finch N, Oberman RS, Olmos-Ochoa TT, Goldberg RW, Whelan F. Mobile Phone and Smartphone Use by People with Serious Mental Illness (Uso de teléfonos móviles y teléfonos inteligentes por parte de personas con enfermedades mentales graves). *Psychiatric Services*. 1 de marzo, 2020; 71(3):280-3.
- Luther L, Buck BE, Fischer MA, Johnson-Kwochka AV, Co\_n G, Salyers MP. Examining Potential Barriers to mHealth Implementation and Engagement in Schizophrenia: Phone Ownership and Symptom Severity (Examinación de las posibles barreras para la implementación y participación de la salud móvil en la esquizofrenia: propiedad del teléfono y gravedad de los síntomas). *Journal of Technology in Behavioral Science*. 31 de agosto, 2020:1-0.
- Hosgelen EI, Akdede BB, Alptekin K. M101. Prevalence Use of Technological Devices and Internet Among Patients Diagnosed with Schizophrenia and Schizoaffective Disorder (Prevalencia del uso de dispositivos tecnológicos e Internet en pacientes diagnosticados con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo). *Schizophrenia Bulletin*. Mayo, 2020; 46(Suppl 1):S173.
- Torous J, Wisniewski H, Liu G, Keshavan M. Mental Health Mobile Phone App Usage, Concerns, and Benefits Among Psychiatric Outpatients: Comparative Survey Study (Uso, preocupaciones y beneficios de aplicaciones de teléfonos móviles de salud mental entre pacientes psiquiátricos ambulatorios: estudio comparativo de encuestas). *JMIR Mental Health*. 2018;5(4):e11715.
- Fortuna KL, Naslund JA, LaCroix JM, Bianco CL, Brooks JM, Zisman-Ilani Y, Muralidharan A, Deegan P. Digital Peer Support Mental Health Interventions for People with a Lived Experience of a Serious Mental Illness: Systematic Review (Intervenciones digitales de salud mental de apoyo entre pares para personas con una experiencia vivida de una enfermedad mental grave: revisión sistemática). *JMIR Mental Health*. 2020; 7(4):e16460.
- Torous J, Wisniewski H, Liu G, Keshavan M. Mental Health Mobile Phone App Usage, Concerns, and Benefits Among Psychiatric Outpatients: Comparative Survey Study (Uso, preocupaciones y beneficios de aplicaciones de teléfonos móviles de salud mental entre pacientes psiquiátricos ambulatorios: estudio comparativo de encuestas). *JMIR Mental Health*. 2018;5(4):e11715.
- Gitlow L, Abdelaal F, Etienne A, Hensley J, Krukowski E, Toner M. Exploring the Current Usage and Preferences for Everyday Technology Among People with Serious Mental Illnesses (Explorar el uso actual y las preferencias de la tecnología cotidiana entre las personas con enfermedades mentales graves). *Occupational Therapy in Mental Health*. 2 de enero, 2017; 33(1):1-4.

### TRATAMIENTO

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno al tratamiento de las SMI.

#### MITO

**Los planes de seguridad no son efectivos para las personas que padecen de SMI.**

#### REALIDAD

Un plan de seguridad es diferente a un contrato de seguridad. Solo los planes de seguridad son eficaces para mitigar el riesgo de suicidio.

Los contratos de seguridad o contratos para la seguridad (CFS, por sus siglas en inglés) son aquellos en los que una persona se compromete verbalmente o por escrito a no autolesionarse.<sup>1</sup> Es como firmar un contrato para no suicidarse. Los contratos de seguridad se han utilizado durante años, pero la investigación muestra que no mitigan el riesgo de suicidio.<sup>2-3</sup>

Los planes de seguridad son exactamente eso: planes. Se centran en lo que las personas planean hacer para mantenerse a salvo.<sup>4-5</sup> Antes de una crisis de salud mental, las personas escriben estrategias de afrontamiento y apoyos que les son útiles cuando sienten que surge una sensación de autolesión. Las investigaciones demuestran que los planes de seguridad funcionan.<sup>1-5</sup>

Los planes de seguridad suelen incluir:

- ✔ Señales de alerta temprana
- ✔ Estrategias
- ✔ Lugares seguros a los que puede ir la persona
- ✔ Personas o grupos que pueden proporcionar distracciones o apoyo
- ✔ Profesionales con los que se puede contactar
- ✔ Cómo hacer que el medio ambiente sea seguro
- ✔ Una o más cosas por las que vale la pena vivir



Una Directiva Anticipada Psiquiátrica (PAD, por sus siglas en inglés) puede ayudar en la planificación de la seguridad. Una PAD permite a una persona expresar sus preferencias de atención si surge una crisis de salud mental. Una aplicación gratuita llamada "My Mental Health Crisis Plan" es una herramienta útil para crear y compartir un PAD. Descargue la aplicación en [SMLadviser.org/mymhcp](https://SMLadviser.org/mymhcp).

#### MITO

**Solo los psiquiatras pueden tratar y manejar eficazmente a las personas que padecen de SMI.**

#### REALIDAD

Dada la creciente y menguante evolución de los diagnósticos dentro de la categoría de SMI, y la diferencia en la experiencia de estos diagnósticos, un plan de atención para un individuo varía con el tiempo y también entre individuos con el mismo diagnóstico. La atención puede incluir psicoterapia, psicofarmacología y utilización de otros servicios de apoyo.<sup>6</sup> Algunos, sin duda, necesitan atención especializada de psiquiatras. Sin embargo, la evidencia emergente sugiere que algunas personas que se atienden en entornos de salud mental y tienen regímenes de medicación estables pueden tratarse mediante la atención primaria utilizando un enfoque escalonado. En un estudio de pacientes psiquiátricos estables a quienes se les transfirió a una atención primaria, solo al 2.1 % se le transfirió de nuevo a entornos especializados de salud mental.<sup>7</sup> La transición a la atención primaria era un indicativo para el individuo de que mejoró su enfermedad y era consistente con las prácticas orientadas a la recuperación.<sup>8</sup>

Actualmente, se están llevando a cabo otros estudios que analizan las transiciones en la atención de la salud mental a los entornos de atención primaria.<sup>9</sup>

#### MITO

**El estado de alto riesgo clínico no es válido como constructo clínico**

#### REALIDAD

La identificación temprana de los individuos con mayor riesgo de psicosis puede permitir a los médicos intervenir con mayor prontitud. Esto puede alterar potencialmente la trayectoria de la enfermedad. El término "alto riesgo clínico de psicosis" (CHR-P, por sus siglas en inglés) a veces se denomina pródromo, estado mental de riesgo o estado de riesgo superalto. Describe el período en el que un individuo tiene signos o síntomas de psicosis por debajo del umbral antes de la aparición de síntomas psicóticos francos.<sup>10</sup> Algunos de los instrumentos más utilizados en la investigación de CHR-P son las entrevistas semiestructuradas, como la entrevista estructurada para síntomas prodrómicos<sup>11</sup> y la evaluación integral del estado mental de riesgo.<sup>12</sup> En una revisión general que resumió 42 metanálisis, entre los individuos que cumplían los criterios CHR-P, el riesgo de conversión a psicosis fue del 22 % a los tres años entre los individuos que cumplían los criterios CHR-P.<sup>13</sup>

#### MITO

**Las personas que padecen de SMI no se benefician de la terapia.**

#### REALIDADES

Las prácticas basadas en la evidencia (PBE) incluyen terapias que se estudian científicamente en personas que padecen de SMI y que han demostrado ser efectivas.<sup>14</sup> De hecho, una gran cantidad de investigaciones muestran que muchas PBE son muy efectivas para reducir los síntomas debilitantes. Dos de los principales enfoques de PBE son la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia cognitivo-conductual para la psicosis (TCC). Para que estos tratamientos sean efectivos, las personas deben participar activamente en su atención y los médicos deben brindar esa atención de acuerdo con los principios y estándares de la PBE.<sup>15</sup>

- ✔ Las PBE conducen a una atención de mayor calidad, costos reducidos, mayor satisfacción del médico y mejores resultados, en comparación con los enfoques tradicionales de atención.<sup>16</sup>
- ✔ Las PBE se basan en la mejor evidencia científica disponible sobre los tratamientos que funcionan.
- ✔ Las PBE conducen a mejores resultados porque se requiere capacitación especializada para brindar este tipo de atención.

Únase a nuestro programa #MissionForBetter en SMLadviser.org.

Fuentes:  
1. The Suicidal Client: Contracting for Safety (El cliente suicida: contratación por seguridad), <https://psychcentral.com/pro/the-suicidal-client-contracting-for-safety#1>  
2. Kelly, K.T., & Knudson, M.P. (2000). Are No-Suicide Contracts Effective in Preventing Suicide in Suicidal Patients Seen by Primary Care Physicians? (¿Los contratos de no suicidio son efectivos para prevenir el suicidio en pacientes suicidas atendidos por los médicos de atención primaria?). Archives of Family Medicine, 9, 1119-1121  
3. Bryan CJ, Mintz J, Clemans TA, Leeson B, Burch TS, Williams SR, Maney E, Rudd MD. Effect of Crisis Response Planning vs. Contracts for Safety on Suicide Risk in U.S. Army Soldiers: A Randomized Clinical Trial (Efecto de la planificación de la respuesta a la crisis frente a los contratos de seguridad sobre el riesgo de suicidio en soldados del Ejército de EE. UU.: un ensayo clínico aleatorizado). J. A. ect Disord. 2017 1 de abril; 212:64-72. doi: 10.1016/j.jad.2017.01.028. Epub 23 de enero, 2017. PMID: 28142085.  
4. Stanley, B., & Brown, G. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk (Intervención de planificación de la seguridad: una intervención breve para mitigar el riesgo de suicidio). Cognitive and Behavioral Practice, 19(2), 256-264.  
5. Centre for Suicide Prevention (Centro para la Prevención del Suicidio), <https://www.suicideinfo.ca/resource/safety-plans/>  
6. Dixon LB, Goldman HH, Bennett ME, et al: Implementing Coordinated Specialty Care for Early Psychosis: The RAISE Connection Program (Implementación de la atención especializada coordinada para la psicosis temprana: el programa de conexión RAISE). Psychiatric Services (Washington, D.C.) 66:691-698, 2015  
7. Smith TL, Kim B, Benzer JK, et al: FLOW: Early Results from a Clinical Demonstration Project to Improve the Transition of Patients with Mental Health Disorders Back to Primary Care (Primeros resultados de un proyecto de demostración clínica para mejorar la transición de los pacientes con trastornos de salud mental a la atención primaria). Psychol Serv 18:23-32, 2021  
8. Fletcher TL, Johnson AL, Kim B, et al: Provider Perspectives on a Clinical Demonstration Project to Transition Patients with Stable Mental Health Conditions to Primary Care (Perspectivas de los proveedores sobre un proyecto de demostración clínica para la transición de pacientes con condiciones estables de salud mental a la atención primaria). Translational Behavioral Medicine 11:161-171, 2021  
9. Hundt NE, Yusuf ZI, Amspoker AB, et al: Improving the Transition of Patients with Mental Health Disorders Back to Primary Care: A Protocol for a Partnered, Mixed-Methods, Stepped-Wedge Implementation Trial (Mejora de la transición de los pacientes con trastornos de salud mental de vuelta a la atención primaria: un protocolo para un ensayo de implementación de grupos escalonados, de métodos mixtos y asociado). Contemporary Clinical Trials 105:106398, 2021  
10. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, et al: The Psychosis High-Risk State: A Comprehensive State-of-the-Art Review (El estado de alto riesgo de la psicosis: una revisión exhaustiva e integral). JAMA Psychiatry 70:107-120, 2013  
11. Miller TJ, McGlashan TH, Rosen JL, et al: Prodromal Assessment with the Structured Interview for Prodromal Syndromes and the Scale of Prodromal Symptoms: Predictive Validity, Interrater Reliability, and Training to Reliability (Evaluación prodrómica con la entrevista estructurada para síndromes prodrómicos y la escala de síntomas prodrómicos: validez predictiva, confiabilidad entre evaluadores y entrenamiento para la confiabilidad). Schizophr Bull 29:703-715, 2003  
12. Yung AR, Yuen HP, McGorry PD, et al: Mapping the Onset of Psychosis: The Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States (Mapeo del inicio de la psicosis: la evaluación integral de los estados mentales en riesgo). Aust N Z J Psychiatry 39:964-971, 2005  
13. Fusar-Poli P, Salazar de Pablo G, Correll CU, et al: Prevention (Prevención de la psicosis: avances en detección, pronóstico e intervención). JAMA Psychiatry 77:755-765, 2020  
14. What is Evidence Based Practice and Why Does it Matter? (¿Qué es la práctica basada en la evidencia y por qué es importante?), <https://www.youtube.com/watch?v=qFhxrT4MDt8>  
15. Barwick MA, Peters J, Boydell K. Getting to Uptake: Do Communities of Practice Support the Implementation of Evidence-Based Practice? (Captación: ¿las comunidades de práctica apoyan la implementación de la práctica basada en la evidencia?). J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2009;18(1):6-29.  
16. Drake RE, Goldman HH, Stephen Le...H, Lehman AF, Dixon L, Mueser KT, et al. Implementing Evidence-Based Practices in Routine Mental Health Service Settings (Implementación de prácticas basadas en la evidencia en entornos de servicios de salud mental de rutina). Psychiatr Serv. 2001;52(2):179-82. doi:10.1176/appi.ps.52.2.179.

### TRATAMIENTO

Hay muchos mitos en torno a las enfermedades mentales graves (SMI, por sus siglas en inglés) que no son exactos. Echemos un vistazo a los mitos comunes en torno al tratamiento de las SMI.

#### MITO

**Los planes de desarrollo deben abordar primero las SMI y luego abordar cualquier trastorno concurrente o por uso de sustancias**

#### REALIDAD

Alrededor de una cuarta parte de las personas que padecen de SMI también padecen de trastornos por consumo de sustancias.<sup>1</sup> Corren un alto riesgo de desvincularse de los servicios de salud mental,<sup>2</sup> en parte debido al historial de que el tratamiento de la salud mental y el consumo de sustancias están fragmentados en dos sistemas separados.<sup>3</sup> Los enfoques integrados son tratamientos que abordan los trastornos concurrentes de salud mental y consumo de sustancias, y tienen en cuenta su interacción bidireccional y compleja.<sup>4</sup> A través de la evaluación integrada, las personas y los médicos pueden comprender mejor el papel que desempeñan las enfermedades mentales en el consumo de sustancias, y viceversa.<sup>5</sup> Los enfoques integrados se han utilizado con éxito en una variedad de servicios, como la gestión de casos y el tratamiento comunitario asertivo.<sup>6</sup>

En general, los datos sobre el tratamiento integrado no son definitivos. No obstante, sugieren que el tratamiento integrado aumenta la probabilidad de que las personas con esquizofrenia y trastornos concurrentes tengan una mejor participación en el tratamiento.<sup>7</sup> También pueden tener algunas reducciones en el consumo de sustancias, más días en viviendas estables. y mayores reducciones en la hospitalización psiquiátrica y los arrestos.<sup>7</sup>

#### MITO

**La terapia electroconvulsiva (TEC) no es una opción de tratamiento eficaz para las SMI.**

#### REALIDAD

La TEC se considera la intervención más eficaz para la depresión grave.<sup>9</sup> Numerosos estudios clínicos demuestran que es seguro y eficaz en comparación con el placebo y los antidepresivos.<sup>10</sup>

Incluso durante el apogeo de la pandemia de COVID-19, la terapia electroconvulsiva se consideró un tratamiento vital<sup>11</sup> debido a sus numerosos beneficios.

#### MITO

**La terapia electroconvulsiva (TEC) no es una opción de tratamiento eficaz para las SMI.**

#### REALIDAD

La TEC se considera la intervención más eficaz para la depresión grave.<sup>9</sup> Numerosos estudios clínicos demuestran que es seguro y eficaz en comparación con el placebo y los antidepresivos.<sup>10</sup>

Incluso durante el apogeo de la pandemia de COVID-19, la terapia electroconvulsiva se consideró un tratamiento vital<sup>11</sup> debido a sus numerosos beneficios.

#### MITO

**Hay poca evidencia de que la atención basada en mediciones afecte la recuperación de las SMI.**

#### REALIDAD

Una gran cantidad de investigaciones muestran que la Atención Basada en la Medición (MBC, por sus siglas en inglés) tiene un impacto favorable en la recuperación de las SMI.<sup>12,13</sup> La piedra angular de la MBC es un enfoque de equipo de tratamiento que fomenta la evaluación rutinaria y objetiva. La interpretación y la comunicación son el paso a seguir cuando los ajustes son necesarios en el plan de intervención para mejorar los resultados. Las evaluaciones deben incluir los síntomas y el funcionamiento, y las intervenciones que deben ajustarse pueden incluir terapia o medicamentos. Uno de los principios básicos de la MBC es: Las cosas que se miden mejoran, y mejoran más rápido.

- ✔ La MBC aumenta la probabilidad de mejora e incluso de recuperación.
- ✔ La MBC proporciona orientación experta para las opciones de tratamiento de un equipo de atención.
- ✔ La MBC puede detectar a tiempo si un tratamiento no está ayudando, por lo que se pueden hacer ajustes.
- ✔ La MBC refuerza la participación de una persona en el tratamiento.

Únase a nuestro programa #MissionForBetter en SMIadviser.org.

Fuentes:

- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, Centro de Estadísticas y Calidad de la Salud Conductual. Encuesta Nacional sobre el Uso de Drogas y la Salud, salud mental, tablas detalladas disponibles en: <https://www.samhsa.gov/data/population-data-nsduh>, 2021.
- Kreyenbuhl J, Nossel IR, Dixon LB: Disengagement from Mental Health Treatment Among Individuals with Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature (Desvinculación del tratamiento de salud mental entre personas con esquizofrenia y estrategias para facilitar las conexiones con la atención: una revisión de la literatura). Schizophr Bull 35:696-703, 2009
- Dixon LB, Holoshitz Y, Nossel I: Treatment Engagement of Individuals Experiencing Mental Illness: Review and Update (Compromiso con el tratamiento de las personas que experimentan enfermedades mentales: revisión y actualización). World Psychiatry. 15:13-20, 2016
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias). Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders (Tratamiento del trastorno por consumo de sustancias para personas con trastornos concurrentes). Serie de protocolos de mejora del tratamiento n.º 42. SAMHSA publicación n.º PEP20-02-01-004. Rockville, MD: Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2020.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L (2003). Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice (Tratamiento integrado para trastornos duales: una guía para la práctica efectiva). New York, NY, US, The Guilford Press.
- Essock SM, Mueser KT, Drake RE, et al: Comparison of ACT and Standard Case Management for Delivering Integrated Treatment for Co-occurring Disorders (Comparación de ACT y manejo de casos estándar para brindar tratamiento integrado para trastornos concurrentes). Psychiatr Serv 57:185-196, 2006
- Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, et al. The 2009 Schizophrenia PORT Psychosocial Treatment Recommendations and Summary Statements (Las recomendaciones y los resúmenes del tratamiento psicossocial de la escala PORT de la esquizofrenia de 2009). Schizophr Bull. 2010;36(1):48-70. doi:10.1093/schbul/sbp115
- Roberts, E., Evins, A.E., McNeill, A., & Robson, D. (2016). Efficacy and Tolerability of Pharmacotherapy for Smoking Cessation in Adults with Serious Mental Illness: A Systematic Review and Network Meta-Analysis (Eficacia y tolerabilidad de la farmacoterapia para dejar de fumar en adultos con enfermedades mentales graves: una revisión sistemática y metanálisis en red). Addiction. 111:599-612. doi:10.1111/add.13236
- Sackeim HA. Modern Electroconvulsive Therapy: Vastly Improved yet Greatly Underused (Terapia electroconvulsiva moderna: muy mejorada pero muy infrautilizada). JAMA Psychiatry. 1 de agosto, 2017; 74(8):779-80.
- Pagnin D, de Queiroz V, Pini S, Cassano GB. Efficacy of ECT in Depression: A Meta-Analytic Review (Eficacia de la TEC en la depresión: una revisión metaanalítica). Focus. 2008 Jan;6(1):155-62.
- Lapid MI, Seiner S, Heintz H, Hermida AP, Nykamp L, Sanghani SN, Mueller M, Petrides G, Forester BP. Electroconvulsive Therapy Practice Changes in Older Individuals due to COVID-19: Expert Consensus Statement (Cambios en la práctica de la terapia electroconvulsiva en personas mayores debido a COVID-19: declaración de consenso de expertos). The American Journal of Geriatric Psychiatry. 1 de noviembre, 2020; 28(11):1133-45.
- Guo T, Xiang YT, Xiao L, Hu CQ, Chiu HF, Ungvari GS, Correll CU, Lai KY, Feng Y, Wang G. Measurement-Based Care Versus Standard Care for Major Depression: A Randomized Controlled Trial With Blind Raters (Atención basada en la medición versus atención estándar para la depresión mayor: un ensayo controlado aleatorizado con evaluadores ciegos). Am J Psychiatry. Octubre, 2015; 172(10):1004-13. doi:10.1176/appi.ajp.2015.14050652. Epub 28 de agosto, 2015. PMID: 26315978.
- Oluboka O, Katzman M, Habert J, McIntosh D, MacQueen G, Milev R, McIntyre R, & Blier P. Functional Recovery in Major Depressive Disorder: Providing Early Optimal Treatment for the Individual Patient (Recuperación funcional en el trastorno depresivo mayor: proporcionar un tratamiento óptimo temprano para el paciente individual). International Journal of Neuropsychopharmacology. Febrero, 2018; 21(2), 128-144. doi:10.1093/ijnp/pyx081