

Riesgo del síndrome de síntomas psicóticos atenuados en DSM-V

Risk of Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome in DSM-V

Héctor Hueso Holgado.

Médico Psiquiatra USM La Vera- Tenerife y Psicoanalista Asociado de la Asociación Venezolana de Psicoanálisis: IPA y FEPAL.

Resumen: El Grupo de Trabajo para el desarrollo del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) está aún evaluando la evidencia para incluir el Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados (Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome (APSS)) ya sea en el Manual o en un Apéndice para futuras investigaciones. Quienes defienden estas propuestas señalan la importancia terapéutica, pronóstica y el beneficio para el paciente que ello supone. Sin embargo, diversos profesionales destacan los riesgos y perjuicios que también podrían acarrear. El presente artículo se propone revisar las ventajas y desventajas, concluyendo que aún no hay evidencias que avalen su inclusión como diagnóstico.

Palabras clave: Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados; Pródromo; Esquizofrenia; Síntomas precoces de esquizofrenia; Prevención de psicosis.

Abstract: The Working Group for development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) is still assessing the evidence to include the Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome (APSS) in either the manual or in an appendix for future research. Advocates of these proposals point to the therapeutic and prognosis importance, and the benefit to the patient involved. However, many professionals highlight the risks and losses that may also ensue. This article aims to review the pros and cons, concluding that there is still no evidence to support its inclusion as a diagnosis.

Keywords: Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome; Prodrome; Schizophrenia; Early symptoms of schizophrenia; Prevention of psychosis.

Introducción

Originalmente presenté una versión previa de este artículo en julio de 2010, en una sesión clínica del Hospital Nuestra Señora de Candelaria en Tenerife, con el título “Riesgo del Síndrome de Riesgo de Psicosis en DSM-V (SRP)” pero a poco de terminar de escribirlo, el Grupo de Trabajo para el desarrollo del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)

decidió cambiarle el nombre por el de Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome, por tanto decidí hacerle algunas modificaciones.

Sorprende la velocidad con la que se cambió el nombre -aunque sin modificar los criterios de inclusión- y es evidente el interés por incluirlo en el DSM-V, pero ¿responde esto al peso de la evidencia; al deseo de seguir investigándolo con

criterios validados; o a otros intereses (incluyen- do el de los laboratorios farmacéuticos)?

Los creadores del APSS insisten en la importan- cia del diagnóstico y tratamiento precoz, pero como veremos, ni la validez del primero, ni el beneficio del segundo están demostrados.

Hay poco que discutir sobre la importancia de la prevención en medicina y todos coincidiríamos en el beneficio indiscutible de diagnosticar y tratar precozmente cualquier enfermedad. Los proble- mas empiezan al considerar los límites difusos entre enfermedad mental y normalidad y continúan cuando se pretende hacer prevención en patologías como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, puesto que la primera pregunta que habría que hacerse es si estos diagnósticos correspon- den realmente a dos enfermedades claramente definidas o si son síndromes heterogéneos.

Por otra parte, si pensamos en la esquizofrenia o el trastorno bipolar como pensaríamos en una enfermedad como la polio, cabría poca duda sobre la importancia de desarrollar tratamientos preventivos (como una vacuna que impidiera su aparición) o la reducción del daño futuro gracias a intervenciones precoces que lo limiten. Pero nuevamente nos encontraremos con la dificultad de evaluar tratamientos o intervenciones para entidades que no estén claramente definidas, con etiología poco clara (probablemente polige- nética y multifactorial), y menos aún para síndro- mes prodrómicos aún menos claros.

En este sentido, habitualmente la clasificación del DSM ha enfatizado más en lograr la “fiabili- dad” (o sea, que distintos clínicos hagan un mismo diagnóstico) que en lograr la “validez” (o sea, que lo que diagnostiquen exista como enti- dad y sea válido). En el caso del APSS esto no ha sido distinto, puesto que no hay evidencia sufi- ciente que sustente que el diagnóstico sea válido y los criterios ambiguos limitan la fiabilidad.

En primer lugar se revisará la proposición para incluir el Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados (APSS) que hace el Grupo de Trabajo para el desarrollo del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) (1), para des- pués comentar los beneficios y riesgos de éste tipo de categorizaciones y las críticas que se le hacen.

Criterios diagnósticos propuestos para el DSM-V

Se deben cumplir los seis criterios siguientes:

- A. Síntomas característicos: se presenta al menos uno de los siguientes en forma aten- uada, con juicio de realidad conservado, pero con la severidad y/o frecuencia sufi- ciente como para que no puedan ser olvida- dos o ignorados:
 1. Delirios.
 2. Alucinaciones.
 3. Lenguaje desorganizado.
- B. Duración y frecuencia: los síntomas que cumplen el criterio A deben presentarse con una frecuencia promedio de al menos una vez a la semana en el último mes.
- C. Progresión: los síntomas que cumplen el criterio A deben haberse iniciado o empeo- rado significativamente en el último año.
- D. Malestar clínico / Disfunción / Búsqueda de tratamiento: los síntomas causan malestar clínico significativo y/o disfunción socio- laboral al paciente y/o padres/cuidadores como para llevar a buscar ayuda.
- E. Los síntomas psicóticos atenuados caracte- rísticos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental del DSM- V, incluyendo los trastornos relacionados con sustancias.
- F. Nunca se han cumplido criterios diagnósti- cos para cualquier otro trastorno psicótico.

Respecto al APSS, no deja de sorprender que sólo haya cambiado el nombre y ninguno de los criterios, y que estos aún sean igual de ambi- guos que para el SRP. ¿No es ambiguo un criterio que habla de síntomas atenuados, con juicio de realidad conservado, pero con la severidad sufi- ciente?, ¿qué es atenuado y cuál es la severidad suficiente? Y cuando luego señala que deben estar presentes en el último mes, pero haberse iniciado o empeorado en el último año?, ¿qué es lo que debe haberse iniciado en el último año y qué en el último mes?

Justificación y racionalidad según el Grupo de Trabajo del DSM-V

Lo que sigue a continuación es lo que señala el Grupo de Trabajo del DSM-V (y tampoco ha cambiado un ápice respecto al SRP):

“Es posible identificar a los jóvenes con riesgo de manifestar en el futuro un trastorno psicótico. En estudios de seguimiento se ha establecido que los signos y síntomas precoces de esquizofrenia están presentes años antes de que se hiciera el diagnóstico (por ejemplo, estudio longitudinal de Haffner) y puede ser predecible incluso en niños (estudio de películas caseras de Walker). Sin embargo, la evidencia de la efectividad de detectar individuos en riesgo proviene del trabajo de múltiples grupos de investigación en varios países en los últimos 15 años”.

“Se han publicado datos sobre la validez de los criterios para identificar estos individuos (2). Se ha publicado una aproximación en este sentido para el DSM-V (3 y 4). También se ha debatido ampliamente (ver las presentaciones y discusiones del Schizophrenia Research Forum)”.

“Los aspectos críticos a considerar incluyen: sensibilidad, especificidad, poder predictivo positivo y poder predictivo negativo, evidencia de la efectividad de la intervención y aspectos relacionados al estigma y al daño potencial del tratamiento excesivo”.

“El beneficio potencial de establecer una nueva categoría involucra la evidencia de que la enfermedad psicótica es tratada con más eficacia en el inicio y puede producir un beneficio duradero que no se alcanza con las intervenciones más tardías. Además, como se ha señalado en un reciente reporte del IOM, la prevención requiere de su aplicación y parece razonable anticipar que se desarrollaran intervenciones en prevención primaria y secundaria en diversos trastornos mentales”.

“Hay preguntas por responder como, por ejemplo, si los usuarios comunes del DSM-V podrán identificar los casos de manera válida y confiable en los lugares habituales de trabajo. Cualquier avance en ésta proposición dependerá de la respuesta afirmativa a esta pregunta en los estudios de campo. Un segundo problema se relaciona con la ausencia de intervenciones

basadas en la evidencia que demuestren beneficios en reducir la conversión a psicosis. Finalmente, se necesita más información en relación al potencial efecto negativo en los falsos positivos. Estos aspectos deben ser sopesados para lograr valorar el balance daño/beneficio al avanzar en esta proposición”.

Beneficios de la intervención en pródromos de psicosis

Antes de revisar lo que considero los riesgos del diagnóstico de SRP, veamos algunos de los argumentos propuestos a favor de la intervención en pródromos de esquizofrenia y trastorno bipolar. En tal sentido, en las “Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría” el 26 y 27 de marzo de 2010, desarrolladas en el Zucker Hillside Hospital de New York, Celso Arango señaló los siguientes puntos a favor (luego veremos sus razones en contra) (5):

1. Al inicio de la enfermedad ya están presentes los cambios.
2. Déficits cognitivos.
3. Disminución de la sustancia gris cerebral.
4. Deterioro de las relaciones y habilidades sociales.
5. Comportamiento extraño notorio (y el estigma que conlleva).
6. Si no es efectivo en prevención primaria, el comienzo del tratamiento puede retrasar el comienzo del cuadro psicótico o que sea menos grave.

Es indudable y no tiene discusión que sea beneficioso el diagnóstico precoz y detección de pródromos en psicosis, pero para ello tendrían que estar respondidas las siguientes preguntas que, con rigor y honestidad se hacen Correll y col (6):

1. ¿Pueden las intervenciones tempranas mejorar los estados prodrómicos?
2. ¿Se pueden reducir las tasas de manifestación de la enfermedad?
3. ¿Pueden retrasarse las manifestaciones de la enfermedad?
4. ¿Cuáles son las intervenciones más apropiadas?

5. ¿Difieren las intervenciones para reducción de síntomas vs prevención?
6. ¿Las intervenciones son específicas para la fase de la enfermedad (temprana vs tardía)?
7. ¿Por cuánto tiempo tienen que prolongarse las intervenciones prodrómicas?
8. ¿Cuáles son los predictores de respuesta de los síntomas, de conversión a psicosis y de evolución?
9. ¿Puede modificarse la evolución sintomática de la enfermedad completa?
10. ¿Puede modificarse el curso y responsividad de la enfermedad completa?
11. ¿Se relaciona la respuesta exitosa del pró-dromo con la prevención de la enfermedad?
12. ¿Se relaciona la respuesta exitosa del pró-dromo con la evolución de la enfermedad?

Abriendo la caja de Pandora.

La subjetividad de lo pre-psicótico

“Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V”, así se titula un reciente artículo de Allen Frances (editor y jefe de Grupo de Tareas del DSM-IV). Frances hace una seria crítica al modo en que se está trabajando en la nueva clasificación. Cuestiona la pobre e inconsistente redacción; las tasas más altas de trastornos mentales (debido a la inclusión de más trastornos y los umbrales diagnósticos más bajos); la insensibilidad al posible mal uso como parámetros forenses; y los nuevos diagnósticos problemáticos, entre los cuales el SRP le parece el más preocupante. Aunque la cita sea larga vale la pena reproducirla con sus palabras:

“El Síndrome de Riesgo de Psicosis es ciertamente la más preocupante de las sugerencias hechas para el DSM- V. La tasa de falsos positivos sería alarmante, del 70 al 75% en la mayoría de los estudios más cuidadosos y aparentemente mucho más alta una vez que el diagnóstico sea oficial, para el uso general, y se convierta en un blanco para las compañías farmacéuticas. Cientos de miles de adolescentes y jóvenes adultos (especialmente, según parece, aquellos incluidos en MedicAid) recibirían una innecesaria prescripción de antipsicóticos atípicos. No hay prue-

ba de que los antipsicóticos atípicos prevengan de episodios psicóticos, pero definitivamente sí causan gran y rápido aumento de peso (ver la reciente advertencia de la FDA) y están asociados a la reducción de la expectativa de vida, por no decir nada sobre su alto costo, otros efectos colaterales y estigmas-. Esta sugerencia podría llevar a una catástrofe de salud pública y no hay prueba de campo posible que pueda justificar esta inclusión como un diagnóstico oficial. El intento de identificación temprana y tratamiento de individuos en riesgo es bien intencionado, pero peligrosamente prematuro. Debemos esperar hasta que haya un test de diagnóstico específico y un tratamiento seguro” (7).

Creo que Frances es bastante elocuente y concuerda con los estudios holandeses de Van Os y col. que muestran que los síntomas psicóticos leves o “atenuados” son frecuentes en la población normal (8 y 9). Pero además concuerda con los resultados de una investigación suiza en que se siguieron por un año 72 pacientes con alto riesgo de psicosis (según la escala de ultra-high risk (UHR)) y se encontró que en el 59,2% había remitido el criterio de UHR y sólo 13,5% habían desarrollado una psicosis completa (10).

Pero no solo lo pre-psicótico es problemático, sino que incluso el propio concepto de psicosis ya lo es. Como señalé en otra parte (11) y ha sido comentado también por Jibson y col. (12) -entre otros- la subjetividad de la definición de psicosis se hace patente si la aplicamos a patologías cuyos síntomas pueden parecer psicóticos, como algunos trastornos obsesivo-compulsivos, trastornos de alimentación, episodios disociativos, flash-backs postraumáticos, fobias sociales extremas, trastornos dismórficos, y algunos trastornos de personalidad.

Ante las dificultades que plantea el diagnóstico por categorías del DSM-IV, el DSM-V propone para la esquizofrenia y algunos trastornos la opción de “diagnósticos dimensionales”. Reconoce la diversidad del fenómeno psicótico, la gran heterogeneidad de los síntomas psicóticos y que la investigación va demostrando que las fronteras entre las entidades nosológicas parece no ser tan categorial como sugirió Kraepelin.

Estos hallazgos parecen ir apuntando hacia el modelo de la macedonia o ensalada de frutas de Julio Sanjuán. A continuación veremos a qué me refiero.

Modelo de la cebolla, el melocotón o la macedonia

En las citadas jornadas del Zucker Hillside Hospital, en la discusión de la ponencia del Anil Malhotra sobre “la genética de la psicosis”, Julio Sanjuán (13) destacó que en general los hallazgos genéticos en psicosis siguen siendo inconsistentes. Señaló que una de las dificultades reside en la esencia de la esquizofrenia, dependiendo del modelo que realmente tenga, puesto que sería distinto si la enfermedad se parece al melocotón, en cuyo caso al ir quitando la pulpa finalmente se llegaría al hueso. Mientras que si se pareciera a la cebolla, se podría ir quitando capa a capa hasta descubrir que en el centro no habría nada. Pero incluso cuando observamos el solapamiento que hay entre patologías como la esquizofrenia, la bipolar, la ansiedad, el pánico, el TOC, etc., podría resultar que el modelo más correcto sería el de la macedonia de frutas, lo cual equivaldría al modelo de continuum entre distintos trastornos. Y considero que esto no sólo es válido para la genética, sino para la clínica.

En el mismo evento, Correll (6) preguntó a la audiencia qué harían si a la consulta llega un niño o adolescente que ha dejado los estudios; presenta malestar clínico significativo y disfunción social; comenta que a veces ve sombras de reojo; cree que en ocasiones la gente lo mira mal y últimamente está muy interesado por la vida extraterrestre. Las respuestas fueron diversas, por lo que explicó que precisamente sus preguntas buscaban mostrar lo difícil que resulta tener intervenciones claras, pero a la vez subrayar que tampoco podemos quedarnos de brazos cruzados hasta que se haga presente la enfermedad y que hay que aportar alguna respuesta y solución al paciente y su familia.

Retomando los modelos de frutas de Sanjuán, ¿cómo se puede estar seguro del SRP si ni siquiera estamos seguros si hablamos de una cebolla, un melocotón o una ensalada de frutas? Por otra parte, Correll había destacado que aunque su programa estaba diseñado para detectar esquizofre-

nia, lo que estaban encontrando eran pródromos de psicosis en general, por tanto, no sabemos si los pródromos determinan patologías específicas o simplemente la posibilidad de enfermar.

Además, si hoy en día se hace tanto énfasis en el concepto de resiliencia (en la posibilidad del niño y adolescente de evolucionar a partir de crisis) tal vez la disyuntiva no esté entre medicar o no hacer nada, sino en la observación expectante y la atención psicoterapéutica, que como veremos después, se ha demostrado efectiva.

Tratamiento del Síndrome de Síntomas Psicóticos Atenuados

En cuanto al tratamiento en síntomas prodrómicos de psicosis, lo primero a considerar es si está realmente probado, como se repite con insistencia en muchos ámbitos, que el tratamiento precoz previene la aparición de la psicosis y/o la “neurotoxicidad”. Recordemos que según dice el grupo de trabajo del DSM-V “*el beneficio potencial de establecer una nueva categoría involucra la evidencia de que la enfermedad psicótica es tratada con más eficacia en el inicio y puede producir un beneficio duradero que no se alcanza con las intervenciones más tardías*” (1).

Si revisamos los estudios realizados vemos que esta aseveración no se sostiene y que los estudios son poco concluyentes e incluso contradictorios. Por ejemplo, McGlashan y col (14) compararon 31 pacientes que recibieron Olanzapina en dosis de entre 5 a 15 mgrs./día con 29 que recibieron placebo y encontraron diferencias a favor de Olanzapina pero no estadísticamente significativas. Tampoco fue concluyente el estudio de McGorry y col (15) con 59 pacientes en el que se comparó la “intervención basada en la necesidad” con otro tratamiento que combinaba dosis promedio de Risperidona de 1,3 mgrs/día y terapia cognitivo-conductual, pues aunque pareció que el tratamiento farmacológico y psicoterapéutico más específico reducía el riesgo de psicosis, la contribución relativa de cada uno no pudo ser determinada.

Por otra parte, en el estudio prospectivo de Cornblatt y col (16) con 48 adolescentes con este tipo de clínica, 12 de los que recibieron antipsicóticos de segunda generación desarrollaron un trastorno psicótico, mientras no suce-

dió en ninguno de los tratados con antidepresivos (log-rank $\chi^2(2) = 7.36$, $df = 1$, $p = .007$). Y dado que el pensamiento desorganizado no mejoró con ninguno de los tratamientos, sugieren que puede ser preferible iniciar el tratamiento con antidepresivos y avanzar hacia antipsicóticos cuando los síntomas se intensifiquen.

En relación al tratamiento psicoterapéutico, en el estudio controlado y aleatorizado de Morrison y col (17) que comparó terapia cognitiva durante seis meses con "tratamiento usual", en 58 pacientes con riesgo ultra-alto (ultra-high risk) de desarrollar un primer episodio de psicosis, se demostró que la terapia cognitiva redujo significativamente la progresión hacia un trastorno psicótico e incluso mejoró los síntomas positivos durante 12 meses.

Correll (6) comentó que hay estudios en Alemania que demuestran la mejoría de los pródromos de esquizofrenia con terapia cognitiva. Sin embargo, algunos hallazgos sobre los antipsicóticos atípicos generan cierta duda pues se ha visto casos en los que al suspenderlos aparecían síntomas psicóticos, lo cual podría significar que, o bien el uso del fármaco haya producido la expresión de la enfermedad, o bien que contenía los síntomas hasta que se suspendió. Pero curiosamente no sucedía cuando se habían usado antidepresivos.

Validez y fiabilidad del diagnóstico de esquizofrenia y del APSS

Si se están tratando de definir criterios válidos y fiables para los pródromos, deberíamos partir de la base de que lo son para la propia psicosis, pero ¿cumple la esquizofrenia con estos criterios? Pues no los cumple, según un interesante y bien documentado libro llamado "Modelos de locura", publicado en 2004 entre 23 profesionales de la salud mental. Uno de ellos, John Read (18), cuestiona la fiabilidad (o sea, el que distintos clínicos estén de acuerdo en clasificar a un sujeto como esquizofrénico; por tanto se cumplan los requisitos para determinar que exista el concepto) pues usando el DSM-IV, tomando grupos de dos personas, se producen 15 combinaciones distintas con las que diagnosticar esquizofrenia a individuos sin que tengan nada en común. Además, cita la investigación de Herron (1992) que utilizó 16 sistemas para clasificar esquizofre-

nia en 248 sujetos, encontrando que el número de pacientes diagnosticados al aplicar cada uno de estos sistemas variaba entre 1 y 203.

Read señala que si la fiabilidad no es demostrable no tiene sentido la validez (o sea, que varios especialistas coincidan en hacer un diagnóstico y éste sea correcto; por tanto que el diagnóstico resulte útil para comprender algo), pues no se podrán valorar las propiedades de la esquizofrenia al ser distinta la población estudiada por diferentes investigadores. Incluso cita un estudio en el que las personas con trastorno de identidad disociativo tuvieron más síntomas de esquizofrenia que aquellos diagnosticados de ésta. Concluye que para que existan fiabilidad y validez, más que categorías diferenciadas, es mejor construir categorías en términos de dimensiones.

Riesgos de la intervención en pródromos de psicosis

El discutiendo de la ponencia de Correll fue Arango. Antes vimos los beneficios que propuso para la intervención en pródromos de psicosis, ahora veamos los riesgos que señaló (5):

1. Falsos positivos [recordemos que para Frances (7) pueden ser de 70 a 75%].
2. Criterios no establecidos.
3. Curso prodrómico no bien caracterizado.
4. No están definidos los cuidados óptimos.
5. Baja especificidad, por ejemplo, para diagnosticar manía en niños.
6. Muchos síntomas son comunes a varias patologías.

Creo que son bastante evidentes los riesgos que se asumen con tratamientos farmacológicos, teniendo en cuenta el potencial de producir efectos secundarios graves como el aumento de peso y el síndrome metabólico, así como el estigma y las consecuencias que tienen para un joven y su familia el suponer que desarrollará un trastorno psicótico sin haber suficientes evidencias.

Evolución de los pródromos y de las psicosis breves

Otro problema a considerar es si estamos en conocimiento de cuál es la evolución real de los pródro-

mos. Para ello podríamos recurrir a los estudios sobre la evolución de otro modelo como el de las psicosis breves o las cicloides o las histéricas (entidades tampoco bien delimitadas).

En una publicación anterior sobre la psicosis histérica (11), hice referencia a su variable evolución. En ese sentido, Mojtabai (19) en el Tratado de psiquiatría de Kaplan y Sadock, refiriéndose a la psicosis histérica, señala que los pocos estudios de uno a cuatro años después del episodio, reportan cifras distintas. Por ejemplo, el danés y el realizado en New York encuentran otros diagnósticos de psicosis en la mitad de los casos en seguimiento; mientras el estudio alemán y el de la India encontraron otros diagnósticos en un 16 a 27% y en su mayoría fueron trastornos del humor. A mi modo de ver, la diferencia de resultados también se debe a la falta de criterios comunes para diagnosticar diversos episodios psicóticos agudos y no zanján la duda sobre si la psicosis histérica es una entidad en sí misma.

Por otra parte, el DSM-IV-TR señala que el Trastorno Psicótico Breve se presenta más frecuentemente en países menos desarrollados (influencia socio-cultural) y hay estudios que señalan que entre un 50 a 80% no evolucionan hacia trastornos más graves, como esquizofrenia o bipolar.

Todo ello apunta a la dificultad de precisar la evolución de un episodio psicótico breve, más o menos definido y en una sociedad específica, por tanto qué decir de la evolución de un pródromo no suficientemente precisado.

Conclusiones

Considero que de la lista de 12 preguntas que se hacen Correll, Kane y cols. puede concluirse que el número de ellas aún por contestarse respecto al APSS son tantas y profundas que sería un riesgo altísimo incluir este diagnóstico en el DSM-V. Ello no significa que no sea muy valioso investigar en el campo de los pródromos, al contrario. Pero poner a disposición general un diagnóstico

incierto, posiblemente estigmatizante y desmoralizante, con tratamientos no probados y potencialmente peligrosos (sin excluir la posibilidad de iatrogenia de la propia psicoterapia), no creo que ayude ni a la ciencia ni a los pacientes. Quizás ubicarlo en un apéndice para futuras investigaciones, podría tener utilidad desde ese punto de vista.

La cuestión del daño que sería privar a una persona de un posible tratamiento que le ahorre mucho sufrimiento presente y futuro, no creo tenga que ver realmente con lo que se discute (la validez de este diagnóstico, sus intervenciones y si se incluye en el DSM-V) puesto que cotidianamente cada clínico se encuentra frente a pacientes que le presentan retos de este tipo y, basándose en sus conocimientos, experiencia y en el paciente en particular, toma decisiones y se responsabiliza de sus acciones u omisiones.

Una cosa es no hacer nada frente a una persona que presenta la clínica que propuso Correll en la pregunta que hizo a la audiencia (ver antes) y otra afirmar categóricamente (y sin bases suficientes) que presenta un pródromo de una enfermedad grave como lo son las psicosis, con las consecuencias que tendría para esa persona y sus allegados la expectativa incierta de llegar o no a sufrirlas. Cosa distinta es reconocer que lo que presenta requiere atención, vigilancia o incluso medicación, para evitar la posibilidad de que se convierta en algo más serio, pero que también podría ser sólo una crisis vital que se supera (siempre atendiendo a la individualidad del caso).

Antes hice referencia a la escasez de información confiable sobre la evolución de los pródromos y psicosis breves, por tanto seguimos sin evidencia clara que nos permita decirle a un paciente que presenta el pródromo de una enfermedad grave o que tenemos información suficiente que apoye el uso de medicaciones con importantes efectos secundarios. Considero que se abre un campo amplio de investigación pero habrá que esperar a conocer más al respecto, antes de codificar y clasificar.

Contacto: Héctor Hueso Holgado • email: hhuesoh@hotmail.com

• Aceptado: 4-10-10.

Bibliografía

1. Psychosis Work Group. Attenuated Psychotic Symptoms Syndrome. Proposed revision. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V). Washington, DC, American Psychiatric Association, 2010. <http://www.dsm5.org>
2. Scott W. Woods, Jean Addington, Kristin S. Cadenhead, Tyrone D. Cannon, Barbara A. Cornblatt, Robert Heinssen, Diana O. Perkins, Larry J. Seidman, Ming T. Tsuang, Elaine F. Walker, and Thomas H. McGlashan. Validity of the Prodromal Risk Syndrome for First Psychosis: Findings From the North American Prodrome Longitudinal Study *Schizophr Bull* 2009 35: 894-908.
3. Heckers, S. Who Is at Risk for a Psychotic Disorder? *Schizophr Bull* 2009 35: 847-850.
4. Carpenter, W. Anticipating DSM-V: Should Psychosis Risk Become a Diagnostic Class? *Schizophr Bull* 2009 35: 841-843.
5. Arango, C. Pródromos e intervención temprana en esquizofrenia y trastorno bipolar (discutor). "Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría". Zucker Hillside Hospital. New York, 26 y 27 de marzo de 2010
6. Correll, C. Pródromos e intervención temprana en esquizofrenia y trastorno bipolar (ponente). "Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría". Zucker Hillside Hospital. New York, 26 y 27 de marzo de 2010.
7. Frances, A. Abriendo la caja de Pandora. Las 19 peores sugerencias del DSM-V. *Psychiatric Times*. En: www.psychiatristimes.com/display/article/10168/1522341?pageNumber=1&verify=0
8. Van Os J, Hanssen M, Bijl RV, Vollebergh W. Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms: an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58: 663-668.
9. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*. 2009; 39:179-195.
10. Simon AE, Umbricht D. High remission rates from an initial ultra-high risk state for psychosis. *Schizophr Res*. 2010;116: 168-172.
11. Hueso, H. Psicosis Histérica o Trastorno Disociativo Psicótico. El Problema de la Nosología Psiquiátrica. Citar: Psicosis Histérica o Trastorno Disociativo Psicótico. El Problema de la Nosología Psiquiátrica <http://caibco.ucv.ve> VITAE N° 34 Enero - Marzo de 2008 <http://vitae.ucv.ve/?module=articulo&rv=42&n=1283>
12. Jibson, M., Glick, I., Tandon, R. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En: Clinical psychiatry self-assessment programs. Esquizofrenia. American Psychiatric Association. Ed. Medical trends. SL, 2006, 149-165.
13. Sanjuán, J. Genética de la psicosis. (discutor). "Segundas jornadas científicas: Encuentros en psiquiatría". Zucker Hillside Hospital. New York, 26 y 27 de mar 2010.
14. McGlashan TH, Zipursky RB, Perkins D, et al. Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry*. 2006;163:790-799.
15. McGorry PD, Yung AR, Phillips LJ, et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*. 2002;59:921-928.
16. Cornblatt BA, Lencz T, Smith CW, et al. Can antidepressants be used to treat the schizophrenia prodrome? Results of a prospective, naturalistic treatment study of adolescents. *J Clin Psychology* 1992; 68:546-557.
17. Morrison AP, French P, Walford L, et al. Cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2004;185: 291-297.
18. Read, J. ¿Existe la esquizofrenia? En: Modelos de locura. Ed. Herder. 2006, 51-66.
19. Mojtabai, R. Acute and transient psychotic disorders and brief psychotic disorders. En: Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. 8 Edition. Lippincott, Williams and Wilkins. 2005, 1512-1522.