



## **SISTEMA DE REGISTRO GLOBAL DE SÍNTOMAS Y TRATAMIENTOS**

### **SYMPTOMS AND TREATMENTS GLOBAL REGISTRATION SYSTEM (REI database)**

Carlos Sirvent\*; Pablo Martínez\*\*, María Villa Moral\*\*\*, Francisco Javier Rodríguez\*\*\*\*; Pilar Blanco\*\*\*\*\*; Raquel Delgado\*\*\*\*\*; Benjamín Salvador\*\*\*\*\*

\*Psiquiatra, Fundación Instituto Spiral

\*\*Programador y técnico en informática

\*\*\*Profesora Titular Psicología Social. Universidad de Oviedo

\*\*\*\*Profesor Titular Psicología Diferencial. Universidad de Oviedo

\*\*\*\*\*Médico psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral

\*\*\*\*\*Psicopedagogo. Fundación Instituto Spiral

\*\*\*\*\*Psicólogo. Dpto de Psicología. Universidad de Oviedo

[csr@institutospiral.com](mailto:csr@institutospiral.com)

Síntoma, Síntoma diana, Síndrome, Trastorno, Tratamiento, Evaluación, Eficiencia, Psicopatología  
Symptom, Target symptom, Syndrome, Disorder, Treatment, Evaluation, Efficiency, Psychopathology

### **RESUMEN:**

La base de datos REI (registro para la evaluación e intervención) (Sirvent y Martínez, 2009) consiste en un sistema de registro global de síntomas y tratamientos que correlaciona la psicopatología del paciente con la intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica. Está adaptada para todos los ámbitos de la salud mental (clínicas, centros de salud, hospitales, etc.). Comparte la metodología de la intervención basada en la evidencia. La base de datos la cumplimentan observadores cualificados (psicólogos, ATS, médicos, etc.). También participa el propio paciente mediante una pantalla de autorregistro sintomático donde aparece una serie de síntomas cerrados y otros optativos hasta un máximo de 7 síntomas diana. Los datos así obtenidos son considerados por psiquiatras y médicos para ajustar el tratamiento farmacológico, también los psicoterapeutas sobre todo para las intervenciones más urgentes. El registro psicopatológico se subdivide en 3 niveles categoriales: trastorno, síndrome y síntoma. El primer nivel categorial, trastorno, se corresponde con la clasificación CIE-10, incorporando nosologías no recogidas en dicha clasificación. Los siguientes niveles, síndrome y síntoma, se derivan naturalmente del primer nivel, cualificándolo y concretando el proceso nosológico, siguiendo el modelo psicopatológico descriptivo de Andrew Sims e incorporando conceptos y acepciones frecuentes en la clínica pero mal recogidos en las clasificaciones internacionales (por ejemplo la toxicofilia). Para facilitar el trabajo, se ha habilitado un buscador de síntomas. La base incorpora una escala de 0 a 100 para medir la gravedad de los síntomas. El programa viene preparado para la investigación, de manera que los observadores puntúen síntomas sin conocer el tratamiento aplicado. La base de datos incluye principios activos, nombres comerciales, grupos y familias farmacológicas, así como coste económico por paciente y día según preparados que se le administran, lo cual es útil para verificar no solo la eficacia sino la eficiencia de los tratamientos.

**ABSTRACT:**

REI database (Sirvent and Martínez 2009) is a global registration system of symptoms and treatment correlating psychopathology with psychotherapy and psychopharmacological intervention. Is adapted to all areas of mental health (clinics, health centers, hospitals, etc.). The design of the program is based on the evidence. The program is filled in by qualified observers (psychologists, nurses, doctors). The patient also presented with a symptomatic self-registration screen where a list of closed and other optional symptoms are scored up to 7 target symptoms. The data obtained are considered by psychiatrists and doctors to adjust drug treatment, psychotherapy also especially for the most urgent interventions. Psychopathological registration is subdivided into 3 categorical levels: disorder, syndrome and symptom. The first categorical level, disorder, corresponds to the CIE-10 classification, incorporating nosologies not included in this classification often related to addictive disorders. The following levels, symptom and syndrome are derived naturally from the first level, qualifying and specifying the nosologic process, following the psychopathologic descriptive model of Andrew Sims and incorporating concepts and common meanings in the clinic but poorly reflected in the international classifications (eg toxicophilia). To facilitate the work, a searcher of symptoms has been enabled. The base incorporates a scale of 0 to 100 to measure the severity of symptoms. The program is prepared for research, so that observers rate symptoms without knowing the treatment applied. The database includes active ingredients, trade names, pharmacological groups and families, as well as economic cost per patient- day as preparations are administered, which is useful for checking not only the effectiveness but the efficiency of treatments that includes active principles, trade names, pharmacological groups and families, as well as economic cost per patient and day as preparations are administered, which is useful for checking the efficiency of the treatments

## INTRODUCCIÓN

En marzo de 2008 se puso en práctica el programa piloto de registro sintomático y control psicofarmacológico (base REI o registro para la evaluación e intervención) que ahora presentamos, conscientes de las restricciones de los sistemas de registro psicopatológicos, llámense categoriales, dimensionales, sindrómicos o sintomáticos. “*En psiquiatría, hace 50 años nada se medía. Hoy todo se mide y cuantifica*”, dice Berrios. Los actuales sistemas de registro psicopatológico tienen limitaciones, cualquier método de recogida de datos puede ser –con propiedad– fácilmente cuestionado. Pese a todo, el prurito investigador y la necesidad real de disponer de un seguimiento clínico, farmacológico y terapéutico decidieron la balanza. La base REI que aquí mostramos es el primer paso de una propuesta que desde 2012 tendrá su formato definitivo en las condiciones que más adelante se describen.

Cuando hablamos de registro psicopatológico ¿a qué nos referimos? La *psicopatología* se ocupa de la experiencia, la cognición y el comportamiento anormales. A. Sims, 1996 (1) y Akiskal, H., 2009 (2) abundan en la importancia de la elicitación sistemática de aquellos signos y síntomas psicopatológicos importantes tanto para el diagnóstico positivo como para el diagnóstico diferencial. La *psicopatología descriptiva* evita las explicaciones teóricas de los fenómenos psicológicos describiendo y clasificando las experiencias anómalas tal y como las relata el paciente y se observan en su comportamiento. En su contexto histórico, Berrios, 1996 (3) la define como un sistema de conocimiento constituido por términos, supuestos y reglas para su aplicación, «la identificación de las clases de actos mentales anormales». La fenomenología es el estudio de los acontecimientos psicológicos o físicos sin adornarlos con explicaciones sobre su causa o función. La fenomenología, tal y como se usa en psiquiatría, comprende la observación y clasificación de los acontecimientos psicológicos anormales, de las experiencias internas del paciente y del comportamiento resultante. Insiste Sims en que “se intenta observar y comprender los eventos y fenómenos psicológicos de modo que el observador pueda conocer, por sí mismo y en la medida de lo posible, cómo se debe estar sintiendo el paciente”.

En lo relativo al diagnóstico psiquiátrico, su principal función es proporcionar medios sucintos y uniformes que comuniquen una gran cantidad de información acerca de la enfermedad de un paciente (Blashfield y Draguns, 1976; Zubin, 1967). Para Fauman, M. A., 2003 (4) el diagnóstico desempeña este papel porque es una anotación taquigráfica de un síndrome o agrupación de signos y síntomas clínicos que suelen darse juntos. El diagnóstico cumple esta función siempre que todos los clínicos sigan los criterios apropiados al realizarlo. Cuando un clínico decide realizar un diagnóstico basándose en la intuición clínica o en algún factor que no sean los criterios, esta valiosa función se pierde.

La categorización de los trastornos psiquiátricos facilita el estudio de los fármacos en una época en

la que deben demostrar su efectividad en enfermedades concretas mediante ensayos clínicos aleatorizados (Berrios, 2000 (5)). Para dicho autor la industria farmacéutica se adapta al modelo categorial, lo que entraña demostrar la eficacia y seguridad de los fármacos no en síntomas, sino en enfermedades. La inespecificidad de síntomas, como la depresión, la ansiedad, o la psicosis, hacen que un determinado producto pueda ser útil en múltiples "trastornos"<sup>1</sup>. Concluye afirmando que "los avances científicos en psiquiatría clínica dependen de la cualidad y veracidad de las descripciones «fenomenológicas». Esto requiere que la psicopatología descriptiva se pula y calibre continuamente desde el punto de vista de la práctica, la historia y la estadística. Como se ha señalado anteriormente, la calibración clínica fue la primera en llevarse a cabo y de hecho es el origen de la psicopatología descriptiva: los términos se adaptaron a los conceptos y éstos se constituirán de acuerdo con la teoría y la observación de que ciertos comportamientos eran comunes a más de un paciente. La construcción de síntomas se vio facilitada a partir de la observación longitudinal (la cual fue el resultado del aumento de la cultura de hospitales psiquiátricos".

Sin embargo, las clasificaciones categoriales están cada vez más puestas en entredicho, las insuficiencias de dichas clasificaciones son decididamente abordadas en documentos a cargo de grupos de trabajo internacionales (Helzer et als., 2008, (6), Berrios (1996), (7), Fernández Liria, 2001 (8), Rejón, C., 2006 (9), Luque y Villagrà, 2000, (10), Varela FJ, 2005 (11) Fernández Liria, 2001 (12). El progreso científico, fomentado en parte por los manuales DSM en los últimos veinticinco años, ha aumentado considerablemente la conciencia de las limitaciones de las definiciones categoriales de las enfermedades mentales. Expertos en taxonomía, incluyendo muchos de los grupos de trabajo en el DSM, han puesto en evidencia las limitaciones de los criterios de diagnóstico exclusivamente categoriales. Este esfuerzo forma parte de una serie de conferencias internacionales titulada "Ajuste de la agenda de investigación para el DSM-V". En dicho documento se reflejan las discusiones y recomendaciones sobre el uso de métodos de diagnósticos dimensionales alternativos y/o complementarios. Por otra parte, los hallazgos mediante técnicas de neuroimagen funcional, que permiten la medición in vivo de sistemas funcionales cerebrales asociados a síntomas o estados patológicos, representan una gran promesa para la (re)integración de psiquiatría y neurología, en definitiva de la mente y el cerebro. Autores como Epstein, J.; Isenberg, N.; Stern, E y Silbersweig (2002), (13) hicieron un esfuerzo en la definición de sistemas asociados a síntomas psiquiátricos y sus implicaciones en la taxonomía, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. Draguns, G y Tanaka-Matsumi, J. (2003) (14) investigaron el impacto de la cultura en la psicopatología, con especial referencia a la depresión, la somatización, la esquizofrenia, la ansiedad y la disociación, encontrando una serie de constantes universales en la

<sup>1</sup> La FDA norteamericana define "offlabel prescribing" como el uso de la prescripción médica de un medicamento para una indicación no mencionada en su registro, que incluye además las variaciones de la forma farmacéutica, el régimen de administración, la población diana, u otra alternativa. (Pascual et al 2010 Int Clin Psychopharm).

El 96% de los off-label en psiquiatría tiene base científica escasa o nula. Es el caso de los carísimos antiepilépticos que se prescriben para otros usos (impulsividad, estabilización anímica, etc.) más a instancias de la presión de los laboratorios que por la eficacia demostrada.

incidencia y modo de expresión de los trastornos psicológicos, especialmente en relación con la esquizofrenia y la depresión. El alcance de la variación de las manifestaciones psicopatológicas en todas las culturas es impresionante. Sugieren una doble tarea para futuras investigaciones: determinar la relación genérica entre las alteraciones psicológicas y la cultura, y la especificación de las relaciones entre las características culturales y la psicopatología. A este propósito las hipótesis plausibles son las relacionadas con las dimensiones culturales investigados por Hofstede y su posible reflejo en la sintomatología psiquiátrica. Concluyen que la interrelación entre cultura y psicopatología debe ser estudiada en su propio contexto junto con a la experiencia del sufrimiento y la discapacidad personal y subjetiva

## **DESCRIPCIÓN Y FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE LA BASE REI (REGISTRO DE EVALUACIÓN INTEGRAL)**

La base de datos REI (Sirvent, 2009 (15) consiste en un sistema de registro global de síntomas diana<sup>2</sup> y tratamientos que correlaciona la psicopatología del paciente con la intervención psicofarmacológica y psicoterapéutica. Está adaptada para todos los ámbitos de la salud mental (centros de salud, hospitales, centros residenciales, etc.,). Comparte la metodología de la medicina basada en la evidencia (ver más adelante). Los datos de la base REI son cumplimentados por evaluadores cualificados (psicólogos, médicos, psiquiatras, etc.). También el propio paciente se autoevalúa mediante un sistema de autorregistro sintomático donde se le muestran una serie de síntomas cerrados a los que puede añadir optativamente otros abiertos hasta un máximo de 7 síntomas diana. Los pacientes tienen así la posibilidad de manifestar sus quejas sintomáticas para su consideración por psiquiatras y médicos al objeto de ajustar el tratamiento farmacológico y el psicoterapéutico, sobre todo las intervenciones más urgentes. (Ver cuadros 1 al 4)

Respecto a la aportación directa de síntomas diana por parte de los pacientes, Biancosino B. et als. (16) compararon la medición de síntomas entre pacientes y médicos considerando que las calificaciones de los informes sobre uno mismo y sobre el observador tienen significados diferentes, no pudiendo considerarse equivalentes. En términos de dimensiones sintomáticas, los datos mostraron que los individuos tienden a preservar la capacidad de medir / evaluar sus propias alteraciones afectivas, incluso en presencia de síntomas psicóticos. No así la capacidad de medir / evaluar la pérdida de contacto con la realidad.

A efectos prácticos, la recogida de datos psicopatológicos de la base REI está dividida en 3 niveles categoriales: trastorno, síndrome y síntoma. El primer nivel categorial, trastorno, se corresponde con la clasificación CIE-10, incorporando nosologías no contempladas en dicha clasificación, generalmente asociadas a trastornos adictivos. Los siguientes niveles, síndrome y síntoma, se

---

<sup>2</sup> Síntomas diana (target symptoms): síntomas de una enfermedad que responderán con mayor probabilidad a un tratamiento específico, tal como a un determinado psicofármaco

derivan naturalmente del primer nivel, cualificándolo y concretando el proceso nosológico. Para facilitar el trabajo, se ha habilitado un buscador de síntomas.

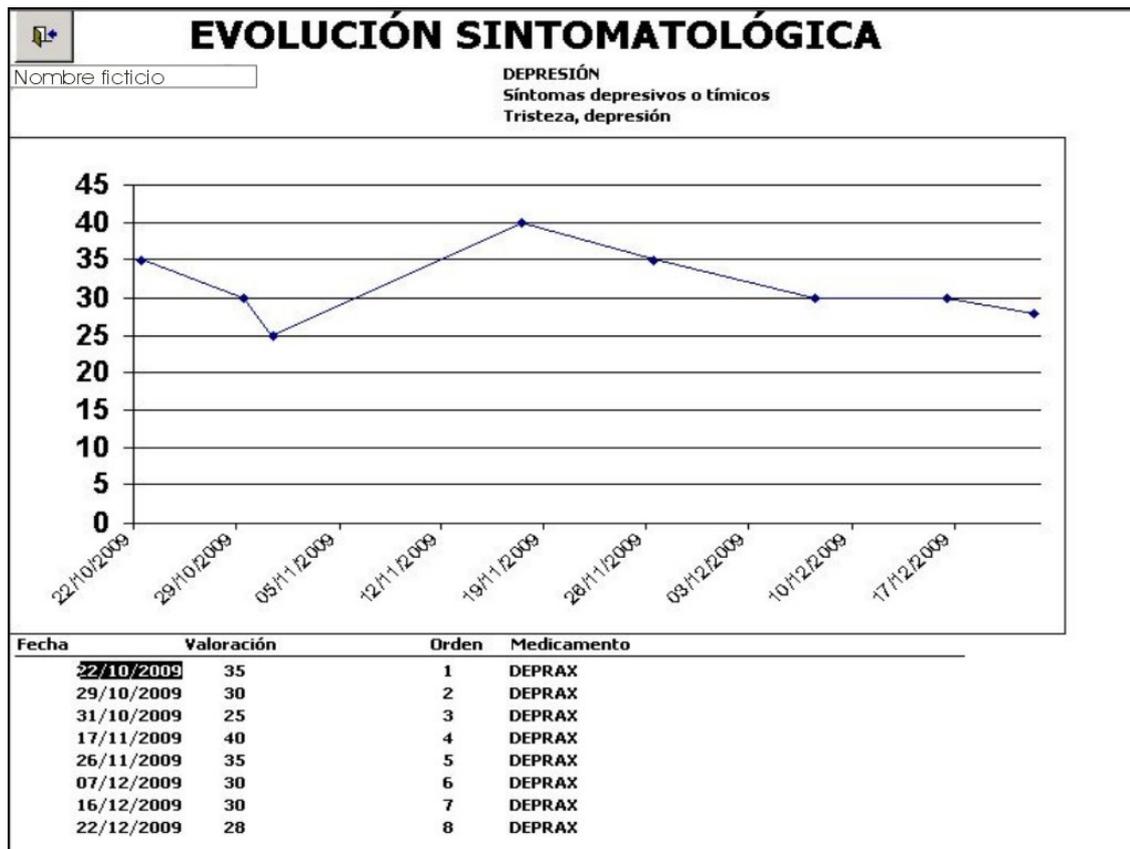
En el cuadro 1 se puede observar una pantalla de apertura donde se correlaciona fármaco-síntoma-intensidad dentro de la base REI. Observamos la medicación asociada al eje trastorno-síndrome-síntoma, con unas puntuaciones correspondientes a la intensidad del síntoma y un histórico de las medicaciones prescritas desde el ingreso. Pulsando el botón de gráfica aparece la evolución sintomática del paciente a lo largo del tiempo (ver cuadro 2) donde podemos apreciar claramente los puntos de inflexión (mejora o empeoramiento) correlacionados con la medida terapéutica. En definitiva, la trayectoria sintomática correlacionada con la prescripción farmacológica y -en su caso- la intervención psicoterapéutica urgente. En el cuadro 1 se comprueba como la aplicación de venlafaxina a dosis de 150 mg/día redujo la sintomatología, pudiéndose reducir la dosis a 75 mg primero y a 37,5 mg luego hasta suspender la medicación sin reagudización alguna. Nótese que la autoevaluación del paciente es más severa al principio que la de los observadores y el terapeuta..

Cuadro 1: pantalla de correlación fármaco-síntoma-intensidad de la base REI

Paciente X		Intensidad de síntoma											
Trastorno	DEPRESIÓN	-1 No valorable	31-50 Alguna										
Síndrome	Síndrome timo-depresivo	0 Ausente	51-70 Bastante										
Síntoma	Tristeza	1-10 Casi inapreciable	71-90 Mucha										
		11-30 Leve	91-99 Grave										
			100 Extrema										
Fecha	Medicamento / intervención	Mg / día	Días	VALORACIONES			Intensidad del síntoma diaria						
				Paci.	Obs1	Obs2	Terap.	0	10	30	50	70	90
23/11/2010	DOBUPAL 150 MG 30 CAPS RETARD	150	10	90	60	65	65	[Barra de intensidad]					
03/12/2010	DOBUPAL 150 MG 30 CAPS RETARD	150	15	80	40	50	45	[Barra de intensidad]					
07/12/2010	DOBUPAL 75 MG 60 COMPRIMIDOS	75	12	80	30	25	20	[Barra de intensidad]					
15/12/2010	DOBUPAL 75 MG 60 COMPRIMIDOS	75	10	80	30	25	20	[Barra de intensidad]					
22/12/2010	DOBUPAL 75 MG 60 COMPRIMIDOS	75	15	50	20	15	15	[Barra de intensidad]					
04/01/2011	DOBUPAL 37.5 MG 60 COMPRIMIDOS	37,5	20	30	10	12	15	[Barra de intensidad]					
11/01/2011	DOBUPAL 37.5 MG 60 COMPRIMIDOS	37,5	10	20	5	12	10	[Barra de intensidad]					
12/01/2011	PLACEBO	0	12	20	5	10	10	[Barra de intensidad]					
31/01/2011			14	10	0	0	2	[Barra de intensidad]					
25/04/2011			60	10	0	0	0	[Barra de intensidad]					

El psiquiatra aplica la medicación y el programa advierte para que se revise en un plazo prefijado mediante un sistema informatizado de alerta que puede ser diario (medicación urgente) o semanal (medicación de mantenimiento), de manera que al cabo del tiempo se pueda obtener una gráfica con la evolución del paciente correlacionando síntoma y prescripción. En el diseño para investigación se pueden comparar las evaluaciones del terapeuta, los observadores y el propio paciente (ver más adelante).

Cuadro 2: gráfica de evolución sintomatológica y trayectoria evolutiva



### ¿SÍNTOMA DIANA, SÍNTOMA OPERATIVO O SÍNTOMA TERAPÉUTICO?

El síntoma diana es la unidad funcional operativa de la base REI que recoge los síntomas más significativos en una unidad concreta de tiempo generalmente inmediata o cercana, de forma que resulten operativos para la intervención y representativos del estado nosológico del paciente. Los síntomas diana no denotan enfermedad sino estado o situación psicopatológica actual. Son sumamente útiles analizados de forma diacrónica, observando qué síntomas persisten, como es la patoplastia y metamorfosis y cuales acaban constituyendo un síndrome o complejo sintomático. ¿Son síntomas o signos? Son ambas cosas, aunque la medicina clínica hace una clara distinción entre signos y síntomas. Andrew Sims (17) señala que esta distinción no se realiza habitualmente con los fenómenos del estado mental. La descripción del paciente de un fenómeno mental anormal se denomina usualmente síntoma, tanto si se queja de algo que le angustia como si simplemente describe su experiencia mental valorada como patológica por un observador. En el relato de sus experiencias, ambas descripciones pueden tomarse, por tanto, como síntomas. Cuando estos síntomas están agrupados pueden considerarse signos del diagnóstico en cuestión. Así que el síntoma, empleado de manera que incluya al signo, puede ser tanto un elemento de queja (por

ejemplo, un sentimiento de sufrimiento) como un elemento de la descripción fenomenológica que puede no representar una queja del paciente (por ejemplo, escuchar voces sosegadas que dialogan con el paciente con un respeto lleno de admiración)

Qué decir de la relación directa del síntoma diana con la intervención. ¿Son "síntomas para-el-tratamiento"? ¿Son síntomas de valor etiológico? Fauman, M. A., 2003 (18) relataba que "más de uno de mis residentes de psiquiatría me preguntaba: ¿Qué diferencia hay en que uno realice o no un diagnóstico de un paciente? Si el paciente presenta síntomas psicóticos, se le tratará con un fármaco antipsicótico. Si está deprimido, se le prescribirá un antidepresivo». A simple vista este argumento tiene un sentido muy práctico. Sin embargo, obvia los peligros que tiene tratar a los pacientes partiendo únicamente de síntomas aislados. Un paciente que presenta síntomas psicóticos, por ejemplo, puede sufrir demencia, un trastorno depresivo mayor, esquizofrenia, un trastorno psicótico debido a enfermedad médica o un trastorno psicótico inducido por sustancias. Estas enfermedades parecen similares a nivel superficial, pero tienen una etiología y un pronóstico diferentes y es posible que cada una de ellas necesite un tratamiento diferente<sup>3</sup>.

El síntoma diana (aquí contextualizado) no es un síntoma más o un síntoma cualquiera dentro de un síndrome o trastorno, sino una unidad funcional diagnóstica que representa un esfuerzo de elección y depuración de síntomas representativos y patentes que además de ser útiles para el psiquiatra orientan al psicoterapeuta facilitando la sinergia. Antes que multiplicar decanta el diagnóstico, filtrándolo en el tiempo y en virtud de los resultados. Resulta más elucidativo que confuso.

Mesa, Rodríguez y Senín, 2011 (19) se desmarcan del trastorno como unidad de análisis planteando el estudio de la unidad sindrómica o del síndrome, no como sinónimo de trastorno, como se muestra en el DSM, sino como agrupación amplia de síntomas (y características o disposiciones) que covarían, en el sentido de Bonhoeffer (tipo de reacción exógena) o según la propuesta de Hoche (complejos sintomáticos). También Meyer, A, 1908 (20) argumentaba que la experiencia emocional activa o reminiscencia no es la causa de la enfermedad, pero sí de sus síntomas, en la convicción de que muchos desarrollos mentales anormales se entienden mejor en el sentido de las reacciones a las experiencias afectivas. (Abunda en el concepto de complejo sintomático).

En otro trabajo presentado en este congreso<sup>4</sup> se recoge minuciosamente la estadística de estos últimos 3 años. Utilizamos dos tablas comparativas para mostrar el valor epidemiológico de la base REI. En las tablas 1 y 2 encontramos las notaciones (registros apuntados por técnicos) con frecuencia decreciente. Observamos que –con gran diferencia respecto a los demás- los trastornos

<sup>3</sup> En Estados Unidos la prescripción de fármacos en Salud Mental se basa en los llamados síntomas diana. El clínico evalúa la efectividad del fármaco en función de la variación en los síntomas que se pretende corregir. El orden de frecuencia de dichos síntomas es: 1) síntomas psicóticos, 2) depresión, 3) ansiedad, 4) insomnio, 5) manía, 6) impulsividad, 7) atención, 9) agresividad, 10) agitación, 11) ideación autolítica

<sup>4</sup> "Síntomas y tratamientos diana en adicciones"(Rodríguez et als), 2012

más frecuentes son las disomnias, ansiedad, depresión, toxicofilia y t. del control de los impulsos. La frecuencia sintomática está más repartida e hila más fino en cuanto a precisión operativa (preparación para la intervención).

Tabla 1: Frecuencia de notaciones de trastornos base REI (2008-2011)

<b>Trastorno</b>	<b>Notaciones</b>
TRASTORNOS DE SUEÑO	2308
ANSIEDAD	1843
DEPRESIÓN	1570
TOXICOFILIA	1507
TRASTORNO DEL CONTROL DE LOS IMPULSOS	1164
TRASTORNO DEL ESTADO DE ÁNIMO	648
PSICOSIS	377
TRASTORNOS MOTORES	211
MANÍA e HIPERACTIVIDAD	148
AGRESIVIDAD	142
OTRAS NEUROSIS	133

Tabla 2: Frecuencia de notaciones de síntomas -diana base REI (2008-2011)

<b>Síntomas</b>	<b>Notaciones</b>
Síntomas de ansiedad	1404
Impulsividad	955
Insomnio de conciliación	821
Insomnio de mantenimiento, de fragmentación	673
Síntomas de abstinencia	602
Tristeza, depresión	494
Deseos o necesidad de consumo (craving explícito).	490
Toxicofilia	
Trastorno calidad de sueño	480
Ánimo inestable tendente a depresión o pesimismo	266
Trastorno depresivo, triada depresiva	228

## **LA BASE REI COMO SISTEMA DE EVALUACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA**

El diseño del programa tiene una base fundamentada en la evidencia. Se pretende en la medida de lo posible evaluar no solo la corrección psicofarmacológica de los trastornos, sino la actividad terapéutica en general, esto es, la intervención, al objeto de corregir defectos, reforzar áreas de crecimiento, y mejorar la psico y la socioterapia. Respecto a la base fundamentada en la evidencia, recordemos que ésta tiene por objeto la actualización de conocimientos y el empleo ecléctico de los mismos. El hecho de que la filosofía asistencial del programa sea integradora facilita la actuación, aunando la vertiente humanística y la instrumental, ayudando a seleccionar las variaciones que la práctica clínica proporciona y solventando las decisiones complejas que siempre se presentan (recordemos que en la praxis de la medicina convencional el 40 % de las decisiones clínicas no se apoya en pruebas o evidencias científicas). La intervención se procurará adecuar a la investigación clínica sin establecer directamente la decisión que se debe toma. Tampoco se aplicará de forma literal lo indicado en la evidencia externa. Será el clínico experimentado quien decida en última instancia. En la tabla 3 se recogen los niveles de evidencia manejados por la medicina basada en la evidencia, ahí se observa que la base REI se ubica en los niveles II y III (grado B) de evidencia, lo que en nuestra opinión es un buen punto de partida para proseguir el proceso. El objetivo es la integración de ambas partes, clínica e investigatoria, sin dejar ninguna de ellas de lado. En fin, la experiencia del clínico es la que debe decidir si lo indicado en una publicación científica es aplicable y relevante para su paciente concreto. En la evaluación de las propiedades psicométricas de las medidas psicológicas, estamos interesados en abordar el grado en que este instrumento de evaluación ofrece una medida exacta y precisa de la construcción dirigida (Haynes, 2001), Ayearst, L.; Bagby, R., 2010, (21). La enumeración de síntomas correspondientes a trastornos de la CIE-10 se recogen literalmente, para facilitar la universalidad de los datos, los demás (que son otro tanto numéricamente hablando) se explican de forma sucinta y precisa, conscientes de la gran variedad de instrumentos disponibles para la medición de las construcciones normativas de diagnóstico que no se discuten (por ejemplo, la alexitimia, los mecanismos de defensa, la disociación). La recogida de datos del paciente es doblemente útil por el diseño, de forma que al valor clínico se añade el investigador. (Morey, L, Hopwood, 2008 C (22)

Tabla 3: Eccles M, Mason J (2001). How to develop cost-conscious guidelines. Health Technology Assessment (tomado de Baca García y col.)

Nivel	Tipo de evidencia	Grado	Evidencia
I	Evidencias de revisiones sistemáticas o meta- análisis de ensayos clínicos aleatorizados controlados o de al menos un ensayo clínico aleatorizado controlado.	A	Directamente basadas en las evidencias de la categoría I.
IIa	Evidencias de al menos un ensayo clínico controlado no aleatorizado.	B	Directamente basadas en las evidencias de la categoría II o III o recomendaciones extrapoladas de las evidencias de la categoría I.
IIb	Evidencias de al menos un estudio cuasi-experimental.		
III	Evidencias de estudios descriptivos no experimentales, como estudios comparativos, estudios de correlación y estudios de casos y controles.	C	Directamente basadas en las evidencias de la categoría IV o recomendaciones extrapoladas de las evidencias de las categorías I, II ó III.
IV	Evidencias de informes u opiniones de comités de expertos y/o experiencia clínica de las autoridades correspondientes.		

## DISEÑO DE LA BASE REI PARA INVESTIGACIÓN

El siguiente paso en la propuesta de trabajo con base REI es la validación definitiva, una vez culminada la dilatada fase inicial que aquí presentamos.

¿Qué fiabilidad y validez cabe esperar de los síntomas así recogidos? (Sistema de evaluador designado, evaluadores ciegos y autoevaluación) En cuanto a las referencias teóricas a considerar relativas a la estabilidad de la fiabilidad de los síntomas psiquiátricos Petho et als., 2007 (23), compararon la fiabilidad entre evaluadores de artículos de dos escalas de evaluación psiquiátrica a lo largo de dos períodos consecutivos de seguimiento. La fiabilidad entre evaluadores resultó ser en

general estable. La fiabilidad entre evaluaciones depende de la desviación estándar de las puntuaciones de los elementos. Comprobaron que las probabilidades de calificaciones correctas son más altas en ausencia de síntomas (o en presencia de síntomas extremos) que en casos caracterizados por puntuaciones medias. Respecto a la validez de constructo, un interesante artículo de Milton Strauss y Gregory Smith, 2009 (24) repasa la historia reciente de los esfuerzos de validación en la ciencia clínica psicológica donde se revisan los avances actuales en la teoría y la metodología de validación: el surgimiento de la filosofía de la ciencia con una apreciación cada vez mayor de la teoría y la necesidad de pruebas de la validez de constructo, la representación válida en la construcción de la psicopatología experimental, y la necesidad de evitar que los constructos multidimensionales con una única puntuación sean representativos, así como la aparición de nuevas y efectivas herramientas estadísticas para la evaluación de la validez convergente y discriminante

Hasta la fecha se han recogido datos de 5 procedencias (pacientes ambulatorios y residenciales) cumplimentados por 10 técnicos diferentes. La tabla de síntomas- síndromes- trastornos ha ido depurándose a lo largo de 3 años de existencia.

El siguiente paso es validar y cerrar el formato definitivo para lo cual se parte de la estructura actual, confirmando una importancia definitiva al síntoma diana. El nuevo sistema de recogida de datos tiene un diseño triple ciego y es el siguiente.

El psicólogo evaluador principal (E) selecciona y puntúa hasta un máximo de 7 síntomas diana (SD) por paciente (rara vez pasa de 5). Esos mismos SD son puntuados por dos psicólogos evaluadores observadores ( $O_1$  y  $O_2$ ) que desconocen tanto la puntuación del evaluador como el tratamiento farmacológico para el necesario rigor metodológico. Asimismo se les presenta 1 síntoma fantasma falso (SF) para calibrar la pertinencia de las puntuaciones.

Al paciente (P) se le presentan los SD seleccionados más 1 SF. Se le deja un campo abierto para que escriba y puntúe otros síntomas que no figuren en el listado seleccionado.

El coordinador general (C) recibe y organiza los datos de todos los centros. Es muy importante que conste la fecha a la que se refieren las puntuaciones y que en ningún caso se hagan más de 48 horas después de dicha fecha. Se procura que el técnico o técnicos que evalúa los síntomas desconozcan el tratamiento psicofarmacológico aplicado para mejor objetivar el efecto farmacológico y

Respecto al manejo de la base REI:

**C:** conoce todos los datos

**E:** conoce los tratamientos, los síntomas diana, sus puntuaciones y las de los pacientes. Desconoce las puntuaciones de los observadores ( $O_1$  y  $O_2$ ).

**$O_1$  y  $O_2$ :** conocen sus propias puntuaciones (pero  $O_1$  ignora la de  $O_2$ ; y viceversa). Desconocen los tratamientos, las puntuaciones de E y las puntuaciones de P

**P:** solo conoce sus propias puntuaciones

En la tabla 2 encontramos una simulación de registro para 3 síntomas diana y 2 síntomas fantasma. En los síntomas diana se observa una tendencia a puntuar más elevado por parte del paciente. Sin embargo, los síntomas fantasma (o falsos) son bien detectados por el paciente. Adviértase que uno de los observadores (O<sub>2</sub>) tuvo cierto grado de percepción errónea adjudicando hasta 4 puntos al síntoma fantasma "agresividad"

Tabla 2: Simulación de registro de 3 síntomas diana y 2 síntomas fantasma

Fecha.....	E	O <sub>1</sub>	O <sub>2</sub>	P
<b>Síntomas diana</b>				
Ansiedad	6	7	6	8
Insomnio	7	8	7	8
Imperiosidad	7	7	7	6
<b>Síntomas fantasma</b>				
Agresividad	0	2	4	1
Paranoia	0	3	1	0

E: evaluador principal

O<sub>1</sub> y O<sub>2</sub>: evaluadores observadores

P: paciente

Puntuaciones:

0= ausencia de síntomas

10= máxima gravedad

En la práctica podemos comprobar en la cuadro 3 como se registran los síntomas diana por parte del observador 1. Adviértase que dicho observador ignora la medicación que toma el paciente

Cuadro 3. Pantalla de evaluación del observador 1 (O<sub>1</sub>)

## Observador 1

Paciente:

Observador:

**Intensidad de síntoma**

-1	No valorable	31-50	Alguna
0	Ausente	51-70	Bastante
1 - 10	Casi inapreciable	71-90	Mucha
11-30	Leve	91-99	Grave
		100	Extrema

Trastorno	Síndrome	Síntomas diana	Valoración
ANSIEDAD	Ansiedad	Síntomas de ansiedad	80
DEPRESIÓN	Síntomas depresivos o tímicos	Distimia o tendencia a depresión crónica o tal.	90
TRASTORNOS DE SUEÑO	Insomnio	Insomnio de conciliación	70
▶ TRASTORNOS MOTORES	Alteraciones psicomotrices y del tono muscular	Temblores, espasmos, gestos y tics	45

## CONSIDERACIONES

El síntoma diana trasciende el concepto síntoma-para- el- tratamiento comportándose como una unidad funcional sindrómica y definitoria de mayor alcance descriptivo. La clave consiste en que se seleccionan varios síntomas convergentes cotejados por el propio paciente.

Queda cerrada la etapa piloto inicial del sistema de registro de síntomas y tratamientos con resultados palpables. Se ha conseguido disponer de un itinerario clínico sintomático y terapéutico preciso, minucioso y útil, además generalizable (ver las anteriores gráficas de trayectoria evolutiva) Consideramos la base REI un instrumento excelente para observar la evolución clínica, realizar ajustes farmacológicos, y verificar la eficacia de los tratamientos psicofarmacológicos y psiquiátricos en general, y también de las intervenciones psicoterapéuticas y socioterapéuticas.

Para la investigación clínica sirve para realizar experimentos simples y complejos, de una o más variables independientes (por ejemplo los derivados de la base REI correlacionando tratamiento psicofarmacológico con la evolución sintomática en tres niveles: trastorno, síndrome y síntoma (ver cuadros 3,4 y 5), lo que facilita el ajuste y asociación medicamentosa y también la referencia histórica de los fármacos que en su día fueron más eficaces para procesos concretos en un determinado paciente. Se pueden desarrollar estudios clínicos y de comparación de la eficacia de los psicofármacos dado que el programa viene preparado para la investigación, de manera que los observadores puntúen síntomas sin conocer el tratamiento aplicado. La base de datos incluye principios activos, nombres comerciales, grupos y familias farmacológicas, así como coste económico por paciente y día según preparados que se le administran, lo cual es útil para verificar no solo

la eficacia sino la eficiencia de los tratamientos, elemento fundamental en la medicina basada en la evidencia.

En definitiva, aunque la base REI no pretende diagnosticar ni describir exhaustivamente el proceso morboso, consideramos de utilidad para la exploración, recogida, y tratamiento informático de los síntomas y la valoración del tratamiento psiquiátrico y psicológico de urgencia y para los diseños de investigación clínica comparando la eficacia de las distintas aplicaciones farmacológicas y también de las intervenciones psicológicas inmediatas.

**BIBLIOGRAFÍA REFERIDA**

- (1) Sims Andrew. *Síntomas mentales*. Editorial Triacastela.pp16-36. 2003
- (2) Akiskal, Hagop S. *The mental status examination*. The medical basis of psychiatry (3rd ed.). Fatemi, S. Hossein (Ed.); Clayton, Paula J. (Ed.); pp. 3-16. Totowa, NJ, US: Humana Press, 2008. xxii, 799 pp, 16/11/2009
- (3) Berrios GE. Descriptive psychopathology. En: Berrios GE, editor. The history of mental symptoms. Cambridge: Cambridge University Press; 1996. p. 15-3
- (4) Fauman, Michael A. Guía de estudio de la DSM-IV-TR. Editorial Masson. 2003
- (5) Berrios, G.E., *Concepto de psicopatología descriptiva*. En: Luque R, Villagrán JM, editores. Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias. Trotta: Madrid; 2000. p.109-45.
- (6) Helzer, John E.; Wittchen, Hans-Ulrich; Krueger, Robert F.; Kraemer, Helena Chmura. *Dimensional options for DSM-V: The way forward*. Dimensional approaches in diagnostic classification: Refining the research agenda for DSM-V, pp. 115-127. American Psychiatric Association, 02/06/2008.
- (7) Berrios, G.E. *The history of mental symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
- (8) Fernández Liria, A., Una confluencia en las narrativas. En Fernández Liria, A., Rodríguez Vega, B. *La práctica de la psicoterapia; construcción de narrativas terapéuticas*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2001.
- (9) Rejón Altable, C. *Concepción de la psicopatología como lógica. Modos de configuración del signo psiquiátrico*. Madrid: UAM; 2006 [Tesis doctoral].
- (10) Luque R., Villagrán JM, editores. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Trotta: Madrid; 2000. p.75-105.
- (11) Varela, F.J. *Conocer. Las ciencias cognitivas: tendencias y perspectivas. Cartografía de las ideas actuales*. Barcelona: Gedisa; 2005.
- (12) Fernández Liria, A. De las psicopatologías críticas a la crítica de la psicopatología. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2001, 21, 80, 57-69.
- (13) Epstein, Jane; Isenberg, Nancy; Stern, Emily; Silbersweig, David, Toward a neuroanatomical understanding of psychiatric illness: The role of functional imaging. Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond, pp. 57-70. American Psychiatric Publishing, 03/04/2002.
- (14) Draguns, Juris G.; Tanaka-Matsumi, Junko, *Assessment of psychopathology across and within cultures: Issues and findings*. Behaviour Research and Therapy, Vol 41(7), Special issue: Cross cultural assessment and abnormal psychology. pp. 755-776, 14/07/2003.
- (15) Sirvent et als, *Funcionamiento de un Departamento de Investigación Clínica*, Interpsiquis 2010. Libro Publicaciones Congreso Virtual de Psiquiatría
- (16) Biancosino, Bruno; Barbui, Corrado; Marmai, Luciana; Fagioli, Federico; Sabatelli,

- Riccardo; Grassi, Luigi, *Relationship between self-reported and observer-reported ratings for psychopathology in psychiatric inpatients*. *Psychopathology*, Vol 40(6), Sep, 2007. pp. 418-423, 07/01/2008.
- (17) Sims Andrew. *Síntomas mentales*. Editorial Triacastela, pp 22-24. 2003
- (18) VVAA. DSMIV –TR Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales-. Editorial Masson. 2002.
- (19) Rodríguez Testal J.F., Mesa Cid P.J. (coordinadores). Manual de psicopatología clínica. Ediciones Pirámide 2011
- (20) Meyer, Adolf, *The problems of mental reaction-type, mental causes and diseases*. *Psychological Bulletin*, Vol 5(8), Aug, 1908. pp. 245-261, 01/01/1926.
- (21) Ayearst, Lindsay E.; Bagby, R. Michael, *Evaluating the psychometric properties of psychological measures*. Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders (2nd, Ed), pp. 23-61. New York, Guilford Press, 11/10/2010.
- (22) Morey, Leslie C.; Hopwood, Christopher J., *Objective personality evaluation*. Handbook of clinical psychology, vol 1, pp. 451-474. Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc, 922 pp., 28/04/2008.
- (23) Petho, Bertalan Tusnády, Gábor, Alfred Renyi.. *Validity of reliability: Comparison of interrater reliabilities of psychopathological symptoms* . *The nervous and mental disease*, vol 195, issue 7. July 2007
- (24) Strauss, Milton E., Smith, Gregory T., *Construct validity: Advances in theory and methodology*. *Annual Review of Clinical Psychology*, Vol 5, 2009. pp. 1-25, US: Annual Reviews, 25/10/2010.

**BIBLIOGRAFÍA ADICIONAL**

- (25) Kellett, Stephen, Beail, Nigel; Newman, David W.; Hawes, Annika, *The factor structure of the Brief Symptom Inventory: Intellectual disability evidence*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Vol 11(4), pp. 275-281. 27/09/2004.
- (26) Haden, Sara C.; Shiva, Andrew, *Trait impulsivity in a forensic inpatient sample: An evaluation of the Barratt Impulsiveness Scale*. *Behavioral Sciences & the Law*, Vol 26(6), Special issue: Impulsivity and the law. pp. 675-690, 13/07/2009.
- (27) Caruso, Keith A.; Benedek, David M.; Auble, Pamela M.; Bernet, William, *Concealment of Psychopathology in Forensic Evaluations: A Pilot Study of Intentional and Uninsightful Dissimulators*. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, Vol 31(4), pp. 444-450, 06/09/2004.
- (28) Altable, Carlos Rejón, *Concepción de la psicopatología como lógica*. *Archivos de Psiquiatría*, Vol 67(1), Jan-Mar, 2004. pp. 35-46. 31/05/2005
- (29) Helzer, John E.; Hudziak, James J., *Defining psychopathology in 21st century: DMS-IV and beyond*. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol 191(1), Jan, 2003. pp. 64-66. 10/02/2003.
- (30) Rubio-Stipec, Maritza; Walker, Alexander; Murphy, Jane; Fitzmaurice, Garrett. *Dimensional measures of psychopathology. The probability of being classified with a psychiatric disorder using empirically derived symptom scales*. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol 37(12), Dec, 2002. pp. 553-560, 10/02/2003.
- (31) Kisley, Stephen; Scott, Anita; Denney, Jennifer; Simon, Gregory. *Duration of untreated symptoms in common mental disorders: Association with outcomes*. *British Journal of Psychiatry*, Vol 189(1), Jul, 2006. pp. 79-80, 28/08/2006.
- (32) Spitzka, E. C., Part I. *The general characters and the classification of insanity. Insanity: Its classification, diagnosis, and treatment: A manual for students and practitioners of medicine*, pp. 17-130. New York, 02/03/2009.
- (33) Spitzka, E. C., Part II. *The special forms of insanity. Insanity: Its classification, diagnosis, and treatment: A manual for students and practitioners of medicine*, pp. 131-319. New York, 02/03/2009.

- (34) Spitzka, E. C., Part III. *Insanity in its practical relations. Insanity: Its classification, diagnosis, and treatment: A manual for students and practitioners of medicine*, pp. 320-402. New York, 02/03/2009.
- (35) Radaelli, Daniele; Bernasconi, Alessandro; Benedetti, Francesco, *Psychiatric diseases*. Neurological Sciences, Vol 29(Suppl 3), Oct, 2008. pp. S339-S341, 17/11/2008.
- (36) Walsh, Joseph, *Review of 'Fish's clinical psychopathology: Signs and symptoms in psychiatry, third edition. Best Practices in Mental Health: An International Journal*, Vol 4(2), Sum, 2008. pp. 132-134, 10/01/2011.
- (37) Sabourin, Michel, *Review of 'Les maladies mentales'*. PsycCRITIQUES, Vol 23 (3), Mar, 1978. pp. 199, 20/11/2006.
- (38) Solomon, Meyer, *Review of 'Symptomatology, psychognosis, and diagnosis of psychopathic diseases'*. The Journal of Abnormal Psychology, Vol 11(2), Jun-Jul, 1916. pp. 137-141, 27/03/2006.
- (39) Tournay, Garfield, *Unusual Parameters of Psychopathology?* PsycCRITIQUES, Vol 29 (5), May, 1984. pp. 433-434, 27/11/2006.
- (40) Davies, A. E., *What is abnormal psychology?*. The Journal of Abnormal and Social Psychology, Vol 26(2), Jul, 1931. pp. 117-124, American Psychological Association, 01/02/1932.
- (41) Wakefield, J.C. *The concept of mental disorder*. American Psychologist, 1992, 47, 3, 373-388.
- (42) Bulbena A., Berrios G, Fernández de Larrinoa P. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Editorial Masson. 2003