

TRASTORNOS SUBUMBRALES EN PSIQUATRÍA

Reseña de Revistas

SUBTHRESHOLD DISORDERS IN PSYCHIATRY.
COMPREHENSIVE PSYCHIATRY 2000;21 (SUPPL. 1)

B. García Moratalla*, **T. Pérez Argilés***

*MIR Psiquiatría. Hospital Universitario de la Princesa. Área 2. Madrid.

La introducción de los actuales sistemas de clasificación de los trastornos mentales como la CIE-10 y el DSM-IV, que se basan en unos criterios diagnósticos que dividen los trastornos en distintas categorías mediante puntos de corte, ha conducido a un nuevo problema, los llamados “trastornos subumbrales”. Éstos son un conjunto de síntomas que crean malestar e incapacidad pero que no cumplen todos los criterios necesarios para etiquetarlos con un diagnóstico. Entonces, ¿qué son realmente? ¿Problemas clínicos reales, estados independientes a los trastornos mentales, formas menores de los trastornos mayores o artefactos metodológicos creados ante la imposibilidad de definiciones válidas?¹

La aceptación de este concepto en Psiquiatría es un tema controvertido, puesto que pone de manifiesto las limitaciones de los sistemas de clasificación categoriales de los trastornos mentales y abre interrogantes sobre la historia natural de estos “trastornos”, si precisan o no tratamiento y qué tipo de intervenciones, las consecuencias que conllevan para la salud pública y las políticas sanitarias.

D. Golberg, revisa la conceptualización de los trastornos mentales comunes con los dos puntos de vista, el categorial y el dimensional, considerando simples caminos alternativos de observación de los mismos datos sin que uno sea el correcto y el otro erróneo².

- **Visión platónica o categorial** (asociada a Kahlbaum y Kraepelin): se basa en la adquisi-

ción de información de forma indirecta a través de la observación de síntomas en el paciente, de tal forma que cuanto mayor sea el número de síntomas recogidos aumenta la probabilidad de etiquetar un trastorno. La enfermedad se rige como el concepto de embarazo: “la padece o no”. En esta visión se basan los actuales sistemas de clasificación. Para ellos, la comorbilidad que se observa en estos pacientes (p. ej. síntomas ansiosos y depresivos) se debe a que existen dos enfermedades distintas de forma simultánea debidas a dos procesos biológicos distintos que crean dos clases diferentes de síntomas o quizás son debidos al mismo proceso biológico básico pero se manifiesta en función de su aparición epifenomenológica.

- **Visión aristoteliana o dimensional** (basada en Meyer y la escuela psicobiológica): se basa en la concepción de Aristóteles que la realidad reside en la evidencia de nuestros sentidos. Los seguidores de esta escuela prefieren los modelos dimensionales para justificar la covariación entre grupos de síntomas, de tal modo que cuando dos grupos de síntomas ocurren al mismo tiempo, simplemente quieren conocer los determinantes de cada conjunto de los síntomas para poder entender su solapamiento. Para ellos, existe un mismo trastorno básico pero con distintos niveles de gravedad en la forma de presentación. La relación entre gravedad en cuanto al número de síntomas con el curso y la discapacidad es claramente lineal; además, existe un efecto terapéutico proporcional a la gravedad inicial y mucho mayor para el grupo de pacientes graves. Estos modelos

correlacionan procesos biológicos con fenómenos sociales.

Los clínicos estamos siendo obligados a utilizar los conceptos categoriales de las clasificaciones actuales y éstos deciden si el paciente está suficientemente enfermo para justificar el tratamiento. Sin embargo, para entender la relación existente entre las variables sociales y biológicas, el modelo dimensional es más apropiado. Los trastornos subumbrales se sitúan en el límite del estado de enfermedad y del estado de salud y al aparecer como categoría precisa la definición de dos límites, el que los separa de la salud y el límite que los separa del trastorno. Éste es un terreno ambiguo y controvertido; si recordamos la actual definición de salud dada por la OMS (bienestar físico, psíquico y social) supondría que todos estamos enfermos gran parte de nuestras vidas. Luego, la primera tarea no sería solo dilucidar los límites que definan la enfermedad sino también clarificar el umbral de aquellos estados de ánimo "malos" o "desagradables" de la vida cotidiana pero, al fin y al cabo, estados normales.

Parece evidente que parte del problema es metodológico puesto que la base de los sistemas de clasificación actuales son enunciados basados en la presencia de síntomas que describen un glosario de términos técnicos y que valoran al síntoma simple, sin una visión globalizada del conjunto de síntomas e independientemente de su contexto. En esta línea, podemos decir que los umbrales no deberían definirse únicamente por el número de síntomas, sino también por la expresión y gravedad de los mismos y por factores psicológicos y sociales¹.

Algunos estudios sugieren que la prevalencia de los trastornos subumbrales es de 2 a 4 veces mayor que los trastornos mentales específicos, que se acompañan de una comorbilidad considerable e incapacidad del sujeto (con un coste social significativo) y sostienen que estos trastornos tienen un potencial importante para desarrollar trastornos más graves y por ello recomiendan su abordaje terapéutico tanto desde el punto de vista sintomático como preventivo³.

Por otro lado, la práctica psiquiátrica ha cambiado extendiendo la atención a individuos con sufrimiento por motivos de diversa índole y ello ha generado una mejor aceptación de la enfermedad mental en la población general. Esto supone un riesgo de psiquiatrización del malestar que conlleva consecuencias negativas tales como la identificación con el rol de enfermo mental, disminución de la capacidad de afrontamiento, sobrecarga del sistema médico, desvío de los recursos sanitarios para pacientes graves, aumento de los costes¹...

La pregunta es entonces: ¿debemos o no tratar los trastornos subumbrales? o más bien, ¿a cuáles? En este sentido, el suplemento recoge varios artículos sobre diversos síntomas subumbrales de trastornos mentales como depresión, ansiedad, esquizofrenia, deterioro cognitivo, alcoholismo... En ellos describen las limitaciones de estos síntomas en la vida diaria, el riesgo de evolucionar a trastornos mentales mayores, analizan cuestiones tales como si estos síntomas no serán realmente pródromos de enfermedades mayores, si son predictivos de recaída de trastornos mentales ya diagnosticados o si se pueden utilizar para estrategias precoces de intervención⁴⁻¹⁹. De cualquier forma, la conclusión final es que se precisa una investigación más a fondo de todos estos aspectos.

Hay muy poca información sobre el tratamiento de los trastornos subumbrales. Cuando sea necesario, se debería comenzar con intervenciones modestas y relativamente económicas como el asesoramiento, apoyo, grupos de autoayuda... y sólo pasar a medidas más agresivas, caras e invasivas cuando fallan los esfuerzos iniciales o cuando evolucionen a casos más graves. Sería imprescindible identificar a los pacientes con mayor riesgo de transición a una enfermedad mental más grave y a aquéllos que más se beneficiarían del tratamiento y también, desarrollar y evaluar intervenciones clínicas y no médicas³.

Bibliografía

1. H. Helmchen and M. Linden. Subthreshold Disorders in Psychiatry: Clinical Reality, Methodological

- Artifact, and the Double-Threshold Problem. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 1-7.
2. D. Golberg, Plato versus Aristotle: Categorical and Dimensional Models for Common Mental Disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 8-13.
 3. K. Magruder and G. Calderone. Public Health Consequences of Different Thresholds for the Diagnosis of Mental Disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 14-18.
 4. H.U. Wilms, S. Kanowski and M.M. Baltes. Limitations in Activities of Daily Living: Towards a Better Understanding of Subthresholds Mental Disorders in Old Age. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 19-25.
 5. B. Müller-Oerlinghausen. Does Effective Lithium Prophylaxis Result in a Symptom-Free State of Manic-Depressive Illness? Some Thoughts on the Fine-Tuning of Mood Stabilization. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 26-31.
 6. B. Geiselmann and M. Bauer. Subthreshold Depression in the Elderly: Qualitative or Quantitative Distinction? *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 32-38.
 7. J. Angst, R. Sellaro, and K. Ries. Depressive Spectrum Diagnoses. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 39-47.
 8. R.T. Schaub and M. Linden. Anxiety and Anxiety Disorders in the Old and Very Old-Results from the Berlin Aging Study (BASE). *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 48-54.
 9. D. Barlow and L. Campbell. Mixed Anxiety-Depression and its Implications for Models of Mood and Anxiety Disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 55-60.
 10. K. Ritchie, B. Ledéset and J. Touchon. Subclinical Cognitive Impairment: Epidemiology and Clinical Characteristics. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 61-65.
 11. F. Reischies and R. Hellweg. Prediction of Deterioration in Mild Cognitive Disorder in Old Age-Neuropsychological and Neurochemical Parameters of Dementia Diseases. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 66-75.
 12. W. Gaebel, M. Jäener et col. Prodromal States in Schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 76-85.
 13. K. Flechtner, B. Steinacher and A. Mackert. Subthreshold Symptoms and Vulnerability Indicator in Schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 86-89.
 14. L.G. Schmidt, P. Dufeu et col. Transition to Alcohol Dependence: Clinical and Neurobiological Considerations. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 90-94.
 15. J. Saunders and N. Lee. Hazardous Alcohol Use: Its Delineation as a Subthreshold Disorder and Approaches to its Diagnosis and Management. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 95-103.
 16. D. Kunz and W. Herrmann. Sleep-Wake Cycle, Sleep-Related Disturbances and Sleep Disorders: A Chronobiological Approach. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 104-115.
 17. B. Ahrens, M. Linden, H. Zäske, H. Berzewski. Suicidal Behavior- Symptom or Disorder? *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 116-121.
 18. H. Wittchen, R. Lieb, Hildegard Pfister and P. Schuster. The Waxing and Waning of Mental Disorders: Evaluating the Stability of Syndromes of Mental Disorders in the Population. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 122-132.
 19. H. Volz and P. Laux. Potential Treatment for Subthreshold and Mild Depression: a Comparison of St. John's Wort Extracts and Fluoxetine. *Compr Psychiatry* 2000; 21 (Suppl. 1): 133-137.