

Artículos originales

(<http://www.siicsalud.com/mair/expinv.htm>)

Las normas de divulgación biomédica acotan las posibilidades de comunicación de los investigadores o los someten a rígidos esquemas editoriales que, en oportunidades, limitan la redacción y, en consecuencia, la posterior comprensión de los lectores. SIIC invita a renombrados médicos del mundo para que relaten sus investigaciones de manera didáctica y amena.

Las estrictas supervisiones científicas y literarias a que son sometidos los Artículos originales aseguran documentos de calidad, en temas de importancia estratégica.

1 - Análisis Factorial de la Versión en Español de la Escala Yale Brown para Trastorno Obsesivo Compulsivo en Niños y Adolescentes



Rosa Elena Ulloa Flores, Columnista Experta
Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Médico Especialista en Psiquiatría, Hospital Psiquiátrico Infantil «Dr. Juan N. Navarro», México DF, México

Otro trabajo de su autoría: Ulloa RE, Ortiz S, Higuera F, Nogales I, Fresán A, Apiquian R, Cortés J, Arechavaleta B, Foullieux C, Martínez P, Hernández L, Domínguez E, De la Peña F. Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children Present and Lifetime* (K-SADS-PL). *Actas Españolas de Psiquiatría* 34(1):36-40, 2006.

Página de la autora: www.siicsalud.com/dato/dat050/06o23000a.htm

(*) Artículo breve escrito por el autor para *Trabajos Distinguidos edición en papel*.

El artículo amplio escrito por el autor para *SIIC En Internet* se edita en: www.siicsalud.com/des/des050/06o23000.htm

Abstract

The Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale was administered to 62 children and adolescents diagnosed with OCD and then analyzed using principal components analysis. Two factors were identified from the severity items: Compulsions (Eigenvalue = 5.2) and obsessions (Eigenvalue = 1.6). Six factors were identified from the checklist (harm avoidance, hoarding, symmetry/ordering, repeating, counting and sexual obsessions), in contrast with the Y-BOCS checklist analysis, which was administered to 135 adults and identified four factors (harm avoidance, hoarding, symmetry/ordering and contamination/cleaning). The observed differences on the symptoms checklist could support the theory of age onset subtypes of OCD, since that symptoms dimensions in children and adolescents do not correspond to those identified in adults.

Introducción

La escala Yale Brown para trastorno obsesivo compulsivo (Y-BOCS) constituye un instrumento útil para la detección de los diferentes síntomas de la enfermedad y determinar su severidad; se la ha utilizado en ensayos clínicos que evalúan las características del trastorno,¹ la respuesta a diferentes esquemas de tratamiento²⁻⁴ y la asociación de los síntomas con genotipos específicos.^{5,6} El estudio del trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en niños y adolescentes requirió la adaptación de la versión original de la escala para su adecuada comprensión por niños y adolescentes. La escala Yale Brown para TOC en niños y adolescentes (CY-BOCS), mantiene la estructura de la versión para adultos, con un listado de obsesiones y compulsiones, posteriormente, diez reactivos evalúan la severidad de los síntomas.

Ambas versiones de la escala han sido evaluadas en cuanto a su validez de constructo, por medio del análisis factorial, un procedimiento estadístico que identifica variables o factores que expliquen el patrón de correlación entre una serie de reactivos, donde cada factor representa un aspecto diferente

Resumen

Se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax de la escala CY-BOCS y de los síntomas de la escala Y-BOCS, versiones en español. Se utilizaron los puntajes de 62 niños y adolescentes y de 135 adultos. El análisis de los reactivos de severidad de la escala CY-BOCS mostró dos factores con valor Eigen superior a 1, que representaban el 69.2% de la varianza. El factor 1 (compulsiones) y el factor 2 (obsesiones). El análisis del listado de síntomas mostró 6 factores que representaban 74% de la varianza (evitación del daño, acumular, simetría/orden, revisar/repetir, contar y obsesiones sexuales), mientras que el de la escala Y-BOCS mostró 4 factores que representaban 63% de la varianza (evitación del daño, acumular, simetría/orden y contaminación/limpieza). Los tres primeros factores, aunque fueron los mismos, incluyeron diferentes síntomas para cada escala. Las diferencias observadas en el análisis de síntomas con estos instrumentos incrementan la evidencia acerca de la existencia de subtipos de trastorno obsesivo compulsivo de acuerdo con la edad de inicio.

del trastorno.⁷ Este procedimiento permite corroborar si la escala incluye todo el complejo sindromático que define un padecimiento.

En la versión para adultos (Y-BOCS) se ha aplicado el análisis tanto al listado de síntomas como a los reactivos de severidad. El análisis del listado de síntomas muestra diferentes soluciones. Una solución de tres factores –simetría/acumulación, contaminación/revisión y obsesiones–⁸ y otra de cuatro factores: obsesiones/revisión, simetría/orden, limpieza/lavado y acumulación, que además podrían definir algunos subtipos de TOC.⁹ En un análisis posterior, Mataix-Cols definió los siguientes cinco factores: simetría/orden, acumulación, contaminación/limpieza, agresivo/revisión y obsesiones sexuales/religiosas.¹⁰ El análisis confirmatorio mostró que el modelo de cuatro factores era el más consistente.¹¹ El análisis de los reactivos de severidad los ha dividido en dos factores: obsesiones y compulsiones,¹² y severidad y resistencia.¹³

Aunque se ha realizado un menor número de estudios sobre la versión para niños y adolescentes es razonable suponer que de acuerdo con la CY-BOCS los síntomas se agruparían en los mismos factores, ya que la presentación clínica del TOC es similar en niños y adultos. Sin embargo, podría haber diferencias debido a la mayor frecuencia de ritualizadores

Participaron en la investigación: Rogelio Apiquian Guitart, Humberto Nicolini Sánchez, Grupo Médico Carracci, México DF, México.

Tabla 1. Análisis factorial del listado de síntomas de la escala CY-BOCS.

Factor 1 "Evitación del daño"	Factor 2 "Acumular"	Factor 3 "Simetría/orden"	Factor 4 "Revisar/repetir"	Factor 5 "Contar"	Factor 6 "Obsesiones sexuales"
Valor Eigen = 2.9	Valor Eigen = 1.6	Valor Eigen = 1.5	Valor Eigen = 1.3	Valor Eigen = 1.1	Valor Eigen = 1
22.6% de la varianza	12.6% de la varianza	11.9% de la varianza	10% de la varianza	8.7% de la varianza	7.9% de la varianza
Contaminación Agresión Religioso Limpieza	Atesorar Acumular	Simetría Ordenar	Revisar Repetir	Contar	Sexo

puros encontrados en la población pediátrica.^{14,15} El análisis factorial de la versión en inglés de la CY-BOCS se realizó en una muestra de 137 pacientes de 5 a 17 años. Los resultados de ese estudio mostraron que el modelo de cuatro factores: compulsiones, obsesiones sexuales/agresivas, supersticiones y acumulación/orden/preocupaciones somáticas fue el más consistente.¹⁶ Los diez reactivos de severidad también se analizaron en un análisis factorial, y mostraron que podían agruparse en dos soluciones: factores de obsesiones/compulsiones y factores de severidad/molestia, aunque la primera solución presentó mejor consistencia.¹⁷

Las versiones en español de las escalas Y-BOCS y CY-BOCS mostraron confiabilidad y consistencia adecuadas;¹⁸⁻²⁰ sin embargo, no se ha realizado un análisis factorial de estas versiones.

El objetivo del presente trabajo fue realizar el análisis factorial de los diez reactivos de severidad de la CY-BOCS, así como la comparación de los análisis de los tipos de síntomas entre la versión para adultos y la versión para niños.

Método

Este estudio se realizó de acuerdo con los estándares éticos incluidos en la Declaración de Helsinki.

Sesenta y dos niños y adolescentes, con edad promedio de 8 a 17 años, fueron evaluados con la versión en español de la escala CY-BOCS, esta muestra se comparó con los puntajes Yale Brown obtenidos de 135 adultos.

Instrumento

Las versiones para adultos (Y-BOCS) y para niños y adolescentes de la escala (CY-BOCS) utilizada consisten en entrevistas semiestructuradas de 10 reactivos compuestas de cinco secciones principales: Instrucciones, Listado de obsesiones, Severidad de las obsesiones, Listado de compulsiones y Severidad de las compulsiones. Las listas de obsesiones y compulsiones describen los síntomas más comunes, documentan su presencia en el presente y en el pasado. La severidad de las obsesiones y compulsiones se califica a través de seis reactivos: tiempo ocupado por los síntomas, interferencia de los síntomas con las actividades del sujeto, ansiedad asociada a los síntomas, resistencia y grado de control sobre ellos. Cada uno de estos reactivos se califica en una escala de 0 a 4, donde 0 equivale a ausente y 4 a los síntomas de mayor severidad. La calificación total de la escala puede ser de 0 a 40 puntos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax, seleccionando los factores con valor Eigen ≥ 1 , y los componentes que tenían un valor superior a 0.5 para cada factor. Se utilizó el programa SPSS, versión 10.

Resultados

Escala CY-BOCS, reactivos de severidad

Se encontraron dos factores con valor Eigen superior a 1, que representaban el 69.2% de la varianza. El factor 1 (compulsiones) incluyó las cinco preguntas relacionadas con severidad de

las compulsiones. Su valor Eigen fue 5.25 y comprendió el 52% de la varianza. El factor 2 (obsesiones) incluyó las cinco preguntas relacionadas con severidad de las obsesiones. Su valor Eigen fue de 1.67 y comprendió el 16% de la varianza. La prueba de Bartlett de este modelo señaló un valor de chi cuadrado = 333; gl = 45; $p < 0.001$.

En cuanto al listado de síntomas, el análisis mostró seis factores con valor Eigen superior a 1, que representaban 74% de la varianza, los cuales se señalan en la tabla 1. La prueba de Bartlett de este modelo señaló un valor de chi cuadrado = 177; gl = 78; $p < 0.001$.

El listado de síntomas de la escala Y-BOCS en español para adultos mostró cuatro factores con valor Eigen superior a 1, que representaban 63% de la varianza, los cuales se señalan en la tabla 2. La prueba de Bartlett de este modelo señaló un valor de chi cuadrado = 524; gl = 78; $p < 0.001$.

Discusión

La heterogeneidad en las características clínicas del TOC ha dificultado la generalización de hallazgos en los estudios que utilizan la genética, neuroimagen y respuesta a tratamientos para investigar la fisiopatología del trastorno. De aquí se deriva la necesidad de identificar subgrupos más homogéneos de pacientes para entender mejor la complejidad de la fisiopatología y la presentación clínica del TOC.²¹ El análisis factorial, al agrupar los síntomas, se convierte en una herramienta útil en la creación de estos subgrupos.

En el presente estudio, el análisis de los reactivos de severidad de la CY-BOCS mostró dos factores, mientras que el análisis del listado de síntomas mostró cuatro factores y seis factores para la escala Y-BOCS.

En el análisis de los reactivos de severidad la solución del modelo de dos factores –severidad de las obsesiones y severidad de las compulsiones en la CY-BOCS– fue similar al obtenido de la versión original en inglés¹⁷ y en la escala para adultos.¹² Sin embargo, en los análisis factoriales de la escala Y-BOCS los factores de obsesiones y compulsiones comprendieron alrededor del 25% de la varianza, cada uno,¹³ o se informó que el factor de obsesiones comprendía 46% y el de compulsiones 42% de la varianza.²² En el presente estudio, el factor de compulsiones de la escala CY-BOCS tuvo un valor Eigen mucho mayor que el factor de obsesiones y explicó más del 50% de la varianza. Esto concuerda con informes clínicos previos en los que se menciona que en niños y adolescentes las compulsiones pueden ser más frecuentes, y que incluso los pacientes pueden presentarse como ritualizadores puros,^{14,15} y que, por otro lado, las ideas obsesivas son más difíciles de

Tabla 2. Análisis factorial del listado de síntomas de la escala Y-BOCS.

Factor 1 "Evitación del daño"	Factor 2 "Acumular"	Factor 3 "Simetría/orden"	Factor 4 "Contaminación/limpieza"
Valor Eigen = 4.4	Valor Eigen = 1.4	Valor Eigen = 1.2	Valor Eigen = 1
34.4% de la varianza	10.9% de la varianza	9.6% de la varianza	8.1% de la varianza
Agresión Sexo Somático Religioso Revisar Repetir	Atesorar Contar Acumular	Simetría Ordenar	Contaminación Limpieza

reconocer por los pacientes,²³ ya que no tienen la madurez cognoscitiva para considerarlas absurdas, y porque a menudo les producen temor y las mantienen en secreto.²⁴

El análisis de los síntomas de las escalas CY-BOCS e Y-BOCS mostró diferencias en cuanto al número de factores y los síntomas incluidos en ellos. Los factores de mayor valor Eigen (evitación del daño, atesorar/acumular y simetría/orden) fueron semejantes en ambas escalas, aunque en la CY-BOCS las obsesiones sexuales y la compulsión de contar constituyeron factores independientes.

Por otro lado, los síntomas relacionados con temor a la contaminación y limpieza se agruparon por sí solos en la escala de adultos, mientras que en la escala de niños formaban parte del factor "evitación del daño", junto con las obsesiones de agresión. Estos síntomas se han descrito como los de presentación más frecuente en el TOC de niños y adolescentes.^{23,25}

Los síntomas de revisar/repetir conformaron un factor por separado en la CY-BOCS, estos síntomas a menudo se presentan en niños que tienen comorbilidad con el trastorno por ansiedad de separación, que se ha relacionado con mayor carga genética para TOC,²⁶ y la presencia de trastorno por crisis de angustia en la vida adulta;²⁷ por lo que podrían distinguir un subtipo del trastorno.

Las diferencias observadas en el porcentaje de varianza de los diferentes factores son similares a las comunicadas en el estudio de validación de la escala dimensional de la Y-BOCS,²¹ donde el factor de evitación del daño representó un porcentaje de la varianza mayor en los adultos que en los niños.

Estudios previos trataron de encontrar la relación entre las dimensiones sintomáticas del TOC y la edad de inicio²⁸ (por ejemplo, asociando el TOC de inicio temprano con obsesiones de agresión y de contenido religioso, y las compulsiones de contar)²⁹ y conjuntar con la información acerca de diferencias en la fisiopatología; por ejemplo, la relación entre la frecuencia de los alelos S y SS del gen del receptor transportador de serotonina (5-HTTLPR) con la frecuencia de obsesiones de simetría y las compulsiones de repetir, contar y ordenar.⁵ También se relacionaron a respuestas diferenciales a los tratamientos. Por ejemplo, se informó que los inhibidores de la monoaminoxidasa pueden ser más útiles en el tratamiento de obsesiones relacionadas con la simetría y preocupaciones somáticas,³⁰ mientras que los pacientes con compulsiones de limpieza y revisión pueden responder mejor a la terapia de exposición.³¹

Futuros estudios de validación de las versiones en español de estas escalas deberán incluir un análisis factorial de severidad de la Y-BOCS y análisis confirmatorios.

Podemos concluir que el análisis factorial de los reactivos de severidad y el listado de síntomas de la versión en español de las escalas CY-BOCS e Y-BOCS, respectivamente, fueron similares a los de sus versiones originales en inglés. Las diferencias observadas en el análisis de síntomas de ambas escalas incrementan la evidencia acerca de la existencia de subtipos de TOC de acuerdo con la edad de inicio.

Los autores no manifiestan «conflictos de interés».

Recepción: 17/5/2006 - Aprobación: 25/12/2006

Bibliografía

- Rufer M, Fricke S, Moritz S, y col. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113:440-446.
- Bloch M, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B y col. A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry* 2006; 11:622-632.
- Simpson H, Huppert J, Petkova E y col. Response versus remission in obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67:269-276.
- Tolin D, Abramowitz J, Diefenbach G. Defining response in clinical trials for obsessive-compulsive disorder: a signal detection analysis of the Yale-Brown obsessive compulsive scale. *J Clin Psychiatry* 2005; 66:1549-1557.
- Hasler G, Kazuba D, Murphy D. Factor analysis of obsessive-compulsive disorder YBOCS-SC symptoms and association with 5-HTTLPR SERT polymorphism. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2006; 141:403-408.
- Camarena B, Aguilar A, Loyzaga C y col. A family-based association study of the 5-HT-1D beta receptor gene in obsessive-compulsive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004; 7:49-53.
- Myers K, Winters N. Ten-year review of rating scales. I: overview of scale functioning, psychometric properties, and selection. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41:114-122.
- Baer L. Factor analysis of symptom subtypes of obsessive compulsive disorder and their relation to personality and tic disorders. *J Clin Psychiatry* 1994; 55:18-23.
- Leckman J, Grice D, Boardman J y col. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1997; 154:911-917.
- Mataix-Cols D, Rauch S, Manzo P y col. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1409-1416.
- Summerfeldt L, Richter M, Antony M y col. Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behav Res Ther* 1999; 37:297-311.
- McKay D, Danyko S, Neziroglu F y col. Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: a two dimensional measure. *Behav Res Ther* 1995; 33:865-869.
- Moritz S, Meier B, Kloss M y col. Dimensional structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Psychiatry Res* 2002; 109:193-199.
- Rapoport J, Swedo S, Leonard H. Childhood obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:11-16.
- Geller D, Biederman J, Jones J y col. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:420-427.
- McKay D, Piacentini J, Greisberg S y col. The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behav Res Ther* 2006; 44:137-146.
- McKay D, Piacentini J, Greisberg S y col. The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: item structure in an outpatient setting. *Psychol Assess* 2003; 15:578-581.
- Nicolini H, Herrera K, Páez F y col. Traducción al español y confiabilidad de la Escala Yale-Brown para el Trastorno Obsesivo-Compulsivo. *Salud Mental* 1996; 19:13-16.
- Vega-Dienstmaier J, Sal Y Rosas H, Mazzotti Suarez G y col. Validation of a version in Spanish of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Actas Esp Psiquiatr* 2002; 30:30-35.
- Ulloa R, De la Peña F, Higuera F y col. Estudio de validez y confiabilidad de la versión en español de la escala Yale-Brown del trastorno obsesivo-compulsivo para niños y adolescentes. *Actas Esp Psiquiatr* 2004; 32:216-221.
- Rosario-Campos M, Miguel E, Quatrano S y col. The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Mol Psychiatry* 2006:1-10.
- Arrindell W, de Vlaming I, Eisenhardt B y col. Cross-cultural validity of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2002; 33:159-176.
- Geller D, Biederman J, Faraone S y col. Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents and adults. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:471-477.
- Rapoport J, Inoff-Germain G. Practitioner Review: Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *J Child Psychol Psychiatr* 2000; 41:419-431.
- Sobin C, Blundell M, Karayiorgou M. Phenotypic differences in early- and late-onset obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2000; 41:373-379.
- Black D, Gaffney G, Schlosser S y col. Children of parents with obsessive-compulsive disorder. A 2-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107:305-313.
- Goodwin R, Lipsitz J, Chapman T y col. Obsessive-compulsive disorder and separation anxiety comorbidity in early onset panic disorder. *Psychol Med* 2001; 31:1307-1310.
- Mataix-Cols D, Do Rosario-Campos M, Leckman J. Multidimensional Model of Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry* 2005; 162:228-238.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2007



Más información en www.siicsalud.com:
dirección de correspondencia, otros datos del autor y
bibliografía completa.

2 - Del Autismo al Trastorno de Personalidad Límite. Teoría de la Mente y Concepto de Representación



Carlos Rejón Altable, Columnista Experto

Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Función que desempeña: Psiquiatra, Unidad de Hospitalización Breve, Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López, Barcelona, España

Otro trabajo de su autoría: Rejón Altable C, Rodríguez Urrutia A, Carrión Martínez I. Cannabis induced extrapyramidalism in a patient on neuroleptic treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 25(1):9-12, 2005.

Página del autor: www.siicsalud.com/dato/dat049/06721008a.htm

(*) Artículo breve escrito por el autor para *Trabajos Distinguidos* edición en papel.



El artículo amplio escrito por el autor para *SIIC En Internet* se edita en: www.siicsalud.com/des/des049/06721008.htm

Abstract

There is a growing interest in applying «theory of mind» as a tool to understand symptom-formation processes in varying disorders. Theory of mind is usually conceived as a meta-representation. The text makes clear the systematically ambiguous use of the concept «representation» and the implications of its epistemological model, which includes both analytic philosophy of language and computational theory of mind. It focuses on the inability of the model to deal with contextual or subsignificant information, deemed relevant to symptom recognition, and on its main consequence affecting psychiatric semiology: grouping together symptoms with partial resemblances. This is to explain the inconsistencies and contradictions of empirical studies regarding ToM.

Introducción

La teoría de la mente (ToM, del inglés *theory of mind*) es una herramienta conceptual que se vale de algunos supuestos de la psicología cognitiva para explicar la capacidad de primates y humanos para atribuir a otros individuos estados mentales distintos de los propios. Se la considera, generalmente, como una metarrepresentación, es decir la representación de una relación entre representaciones, en este caso de las percepciones, pensamientos o emociones de otros en cuanto son distintas de las mías.

Sus aplicaciones más afortunadas comenzaron en 1985 con el trabajo de Baron-Cohen, Leslie y Frith,¹ en el que proponían un déficit específico en la teoría de la mente como alteración fundamental que explicara los síntomas centrales del autismo infantil. Enseguida se trasladó el método y la teoría a la esquizofrenia.² Se cerraba de este modo un círculo que reunía la esquizofrenia y los trastornos del espectro autista, después de décadas de vivir separados.^{3,4} En los últimos años, comenzaron a menudear los estudios sobre la ToM en trastornos bipolares o en demencias,⁵ incluso han servido como marco conceptual de un manual para la psicoterapia del trastorno de personalidad límite.⁶ De repente, lo que parecía un hallazgo específico de un grupo concreto y bien definido de trastornos clínica y genéticamente vinculados, pasa a buscarse en enfermedades que tienen poco que ver. Como mostramos en otro texto,⁵ tanto la posibilidad del trasvase como los hallazgos contradictorios que se han sucedido obedecen en parte a factores atribuibles a las enfermedades en estudio o a los procesos de formación de síntomas, y en parte a factores más generales, dependientes de las teorías que explican la naturaleza de la ToM, de las contradicciones internas en los presupuestos computacionales de uso corriente en la psicología cognitiva y de peculiaridades de la semiología psiquiátrica o de la psicopatología como proceso de creación de inteligibilidad.

Participó en la investigación: José Manuel López Santín, Centres Assistencials Dr. Emili Mira i López, Barcelona, España.

Resumen

En los últimos años se aprecia un gran interés en la aplicación de la teoría de la mente como herramienta para comprender la sintomatología de trastornos psiquiátricos de diversa índole. La teoría de la mente se considera una metarrepresentación. El artículo examina el uso sistemáticamente ambiguo que hace la psicología cognitiva del concepto de representación y explicita los presupuestos del modelo epistemológico: la filosofía analítica del lenguaje y la teoría computacional de la mente. El texto se centra en la incapacidad del modelo para dar cuenta de la influencia de la información contextual o subsignificante, considerada relevante para el reconocimiento del síntoma, abocando con ello a la agrupación de síntomas con similitudes superficiales y estructura profunda dispar. Se presume qué es lo que ocurre en la teoría de la mente y qué motiva las inconsistencias de los estudios empíricos realizados hasta el momento.

En esta ocasión nos centraremos en los factores más generales y, en concreto, en el concepto de «representación» que mostraremos afectado por una ambigüedad sistemática, gracias a la cual puede emplearse como sinónimo de estado mental y como su equivalente funcional, computacional o biológico, al mismo tiempo y mediante un traspaso de propiedades entre uno y otro. Y que, al menos en su actual formulación, no puede emplearse para dar cuenta de tres rasgos claves de la vida psíquica: la influencia de la información contextual sobre el contenido de la representación,⁷ y sobre su estructura; el modo de inferencia que se llama abducción y la conciencia prerrelexiva de uno mismo (de la que no nos ocuparemos por economía de espacio).⁸⁻¹⁰

Además, el aparato heurístico empleado en estas investigaciones, la filosofía analítica del lenguaje y la teoría computacional de la mente, que han hecho de las proposiciones y actitudes proposicionales el modelo de los estados mentales,¹¹ precisa de una definición unívoca y explícita de cada uno de los elementos semánticos de la proposición. Esta exigencia se ha trasladado a la identificación de los síntomas, y dada la naturaleza de los síntomas psiquiátricos, donde la información contextual o subsignificante es imprescindible para la elucidación de su naturaleza,¹² se han agrupado con arreglo a similitudes superficiales síntomas cuya estructura profunda es diversa. Los déficit de la ToM nombran en realidad un fenómeno molar, o un grupo de fenómenos, o incluso una de entre varias posibles fallas de la «cognición social»¹³ que con arreglo a criterios distintos, por ejemplo, los trastornos de conciencia prerrelexiva de uno mismo presente en la esquizofrenia, pueden escindirse y subdividirse, y explicar así los resultados inconstantes de los estudios empíricos en la esquizofrenia, el trastorno bipolar y otras enfermedades neurológicas.

Representación como estado mental

Analizaremos más detalladamente el concepto de representación. Whiten y Perner¹⁴ entienden que, para la psicología cognitiva, la representación es la «interpretación o

comprensión de algo percible». El propio Perner, en un texto anterior¹⁵ definía «representación» como una «entidad» o «proceso mental» que se encuentra en una «relación representacional» con alguna otra entidad o proceso, ya sea físico ya sea mental también. Es decir, que está por alguna otra cosa a la que representa de un modo determinado, en tanto sólo entran en la relación representacional algunas propiedades de la entidad o proceso representado.

Perner asume explícitamente que esta división entre «representar» (un objeto) y «representar como» (un objeto en tanto poseedor o por medio de alguna propiedad) es análoga a la distinción de Frege entre referencia y sentido,^{16,17} e implícitamente importa con ella una dificultad: supone un objeto definible sin tener en cuenta sus propiedades, o bien un objeto transversal a todas ellas. Si bien esto es posible cuando se define un concepto como la «función de un argumento cuyo valor es siempre un valor veritativo»,¹⁸ y al objeto como la extensión del concepto, valga decir, en la experiencia, un objeto se da siempre con y según un sentido, sea el que fuere.¹⁹ Esta equivalencia entre conceptos de la filosofía analítica del lenguaje y de la filosofía cognitiva volverá a aparecer en Perner y en Leslie, y tiene su fundamento en analogías estructurales profundas que afectan el modo en que ambas piensan la relación entre palabras y cosas, representaciones y objetos.

Sobre la caracterización básica de «estar por algo,» Perner levanta una clasificación de las representaciones, que incluye las categorías de primaria, secundaria y metarrepresentación.¹⁵ Aunque esta tricotomía se discute vamos a quedarnos con la definición de representación primaria, que Perner comparte con Leslie. Una representación primaria es aquella que mantiene con el mundo «vínculos de referencia y verdad».

El modelo epistemológico escogido para pensar estas «relaciones de referencia y verdad» no es nunca neutro, ni pasa su elección sin consecuencias. La filosofía analítica del lenguaje ha proporcionado el bastidor que precisaba la psicología cognitiva.¹¹ Podemos resumir los supuestos así. Los estados mentales que representan estados de cosas tienen forma proposicional (el estado mental correspondiente con la percepción *una taza encima de la mesa* tiene la forma de una proposición que dice «hay una taza encima de la mesa» y se abrevia como p). Los estados mentales correspondientes a la creencia o deseo de que haya una taza en la mesa tienen la forma «x cree que p» o «x desea que p» y se llaman actitudes proposicionales. Por su parte *taza* o *mesa* tendrán representaciones «taza» o «mesa». Modelar los estados mentales de acuerdo con la forma de las proposiciones tiene una ventaja principal: explicar la sistematicidad y productividad del pensamiento,¹¹ pero también cortapisas, algunas de las cuales afectan el núcleo de las teorías representacionales de la mente y llegan hasta las investigaciones sobre la ToM.

Volviendo a Perner, importar el distingo fregeano entre sentido y referencia aboca un problema de difícil solución. De esta separación se sigue necesariamente que la referencia, que se da sólo a través de un sentido, queda de hecho dispersa por sus distintos modos de darse,²⁰ salvo que se fije de antemano utilizando, por ejemplo, una función (matemática) tal y como hace Frege. Sin embargo, esta posibilidad no se puede aplicar a los estados mentales («representar» y «representar como») y se debe, entonces, introducir un sentido primario, que se solape con el referente y coincida con las llamadas propiedades objetivas del objeto, como hacen Perner o Leslie, o bien suprimir la división, como hace Quine.²¹ Cualquiera de las dos debe introducir la univocidad entre sentido primario (de la representación) y el objeto.

Ahora bien, si la conciencia se representa el mundo, el argumento lleva a considerar que no se dan en la intuición sensible sino representaciones, aspectos, atributos de las cosas, y queda al albur de una actividad sintética del sujeto ligarlas bajo una categoría de modo coherente para conocer así el objeto, categoría que no estaría dada en la sensibilidad sino

puesta por el sujeto mismo. Este problema es el que tomó Husserl para desmontarlo. Efectivamente, en la conciencia se dan aspectos, pero estos aspectos del objeto implican los otros no presentes. Del mismo modo, el objeto a su vez supone un horizonte de implicación (un fondo, un trasfondo, un contexto) que asegura su darse en la experiencia. No se intuyen, en la conciencia, representaciones, sino objetos, aunque en cada momento sean representaciones las que están presentes.²²

Representación como estructura simbólica y causal

Hasta ahora se ha empleado representación como sinónimo de «estado mental» y en adelante lo abreviaremos como R1. Sin embargo, el desarrollo espectacular de la psicología cognitiva, la inteligencia artificial y la teoría computacional de la mente (TCM), que a las dos reúne, se apoya sobre todo en una segunda acepción del término y en la posibilidad de traducción completa entre ambas. Según la *Stanford Encyclopedia of Philosophy [mental representation is]:*

«A theoretical construct of cognitive science. As such, it is a basic concept of the Computational Theory of Mind, according to which cognitive states and processes are constituted by the occurrence, transformation and storage (in the mind/brain) of information-bearing structures (representations) of one kind or another».²³

Esta segunda acepción (estructuras que transportan información) se abreviará como R2. La TCM, al menos en las variantes que son de aplicación aquí, asume que los estados y procesos mentales (R1) están adecuadamente representados (R2) por elementos simbólicos de contenido semántico y propiedades causales que se derivan de su sintaxis,²⁴ sometidos a operaciones computacionales ejercidas según reglas estrictas que atienden precisamente a la estructura de estas R2. Si las R2 están determinadas por su sintaxis y las operaciones en las que pueden o no entrar dependen de ellas, se deduce que la sintaxis de la representación, su forma, tiene capacidades causales.

Se echa de ver que la estructura de las R2 debe contener toda la información presente en las R1. Pero las R2 no pueden concebirse desde la TCM más que haciendo depender su capacidad de significación de su estructura, que Fodor llama sintaxis.⁷ Una R2, si va a representar una R1 sin desmedrarla, debe contener en su estructura toda la información necesaria para asegurar su correcta y primaria correspondencia con los estados de cosas. En un programa informático, el significado de los símbolos se decide por el programador. En la TCM la mirada se vuelve hacia el exterior, hacia las cosas o estados de cosas que causan las R2.²⁵ Pero este complemento etiológico tiene a su vez problemas: el primero, que el hecho de cargar con información acerca de estados de cosas en el mundo puede ser necesario pero no suficiente para hacer de algo representación de algo; el segundo, dar cuenta de la posibilidad de los errores del complejo R2-R1 a la hora de representarse el mundo, y el tercero, el grado de variabilidad que cada estado de cosas aporta y que debe incluirse en la representación.

Si las propiedades de la representación, su forma, su sintaxis, tienen valor causal, deben gozar de cierta estabilidad, o este mismo valor variaría caso a caso.^{23,25} Pero las R1 se dan siempre situadas, y su significación fijada contextualmente, luego este *principio de localidad* de las R2, o bien no hace justicia a las R1, o bien nos lleva a aceptar que no existe ningún motivo para mantener el supuesto de que a cada estado mental corresponde una y solo una estructura que transporte esa información. En resumen: «las propiedades sintácticas internas de las representaciones son, *ipso facto*, esenciales, y por tanto, no se ven afectadas por el contexto».⁷ Y sin embargo, cada vez más se incluye el «contexto» como factor para el análisis de la sintomatología esquizofrénica, por ejemplo, y de sus correlatos cognitivos.²⁶

Existe aun un segundo problema aparentemente irresoluble para la TCM, y es el de la abducción. Se llama abducción a un modo de inferencia, distinto de la inducción y la deducción.

Mientras la deducción va de lo general a lo particular y la inducción generaliza lo encontrado en un número suficiente de casos, la abducción debe encontrar lo que podríamos llamar la ley del caso; a partir de un particular, encontrar la ley que lo explica.

La dificultad que encuentra la TCM se puede resumir así: la abducción hace uso de información contextual y de propiedades globales de los sistemas de creencias que, por definición, están ausentes de la estructura de las representaciones, en tanto ésta, para ser estable y poder someterse a procesos guiados por reglas, es local y está unívocamente definida.⁷ En una situación comunicativa, por ejemplo, existe una cantidad notable de información significativa contextual implícita, que ni viene expresada en las palabras (o en sus R2), y sin embargo sostiene todo el posible acuerdo y asegura la posibilidad de «entenderse con alguien con respecto a algo». Sin embargo, esta información, que también se ha llamado subsignificante, no encuentra acomodo en las R2 correspondientes a las R1 de la situación comunicativa, porque si allí acabaran, descompondrían y recompondrían la estructura, y el carácter local y unívoco se malograría, y con él, las formas conocidas de la TCM.

Representación y ToM

En varios artículos de Leslie,^{27,28} se encuentran los tres usos distintos de «representación» y el paso de una acepción a otra sin especificar cómo y cuándo se emplea cada una: los niños tienen estados mentales (R1), traducidos en representaciones mentales (R2) que se corresponden con estados neurofisiológicos (R3).

Están presentes, también, las consabidas dificultades acarreadas hasta la psicología cognitiva desde la filosofía del lenguaje, esta vez desde Quine, del que Leslie toma las nociones de opacidad referencial, de ausencia de implicación lógica de valor de verdad o de pretensión de existencia del contenido expresado en las actitudes proposicionales y la metáfora del entrecomillado y desentrecomillado de este contenido según corresponda a un enunciado acerca de estados mentales o a uno acerca de estados de cosas en el mundo. Un ejemplo de cómo Leslie intenta resolver las contradicciones expuestas más arriba, la tensión entre el carácter representacional, perspectivístico de la mente, y la objetividad que debe asegurar se encuentra en el plegado del significado sobre la referencia. En efecto, la noción de «representación primaria», aquella que mantiene con el mundo relaciones de referencia, existencia y verdad, intenta mantener separados significado y referencia suponiendo un significado primero, el que entrega sin más la referencia objetiva. Ahora bien, que las R1 mantienen vínculos de «referencia y verdad» con el mundo externo es una proposición gramatical,³⁰ que dice sobre todo de las características del modelo y que ha sido ampliada y suficientemente criticada por Putnam,^{29,31} atendiendo a los supuestos en los que se basan las teorías mentalistas del significado y de la referencia y oponiendo a éstos diversas tesis en las que no podemos detenernos ahora.

¿Cómo se subvienen en los textos de Leslie, y de otros, las dificultades implícitas en el concepto de representación y las que se arrastran con los préstamos de la filosofía del lenguaje? Gracias a la circulación entre las distintas acepciones presentadas. Cuestionable como es considerar los estados mentales R1 del mundo externo, de sus propiedades primarias, físicas, y las representaciones computacionales R2 de los estados mentales, la evidencia de la proposición gramatical acerca de las R3 las alcanza a través del nombre compartido, las dispensa de justificar sus acepciones computacional y cognitiva.

Conclusiones

Retomemos los distintos hallazgos expuestos hasta aquí. Por un lado, el concepto de representación (R1) que se emplea en los estudios sobre ToM obedece a las necesidades del modelo heurístico empleado: la filosofía analítica del lenguaje. La pareja primariedad-univocidad de las representaciones/estados

mentales debe resolver el problema importado de la distinción entre sentido y referencia. Por otra parte, esta misma univocidad se precisa para que una TCM sea viable. Sin localidad semántica, invariabilidad de la estructura de la representación R2 y biunivocidad de las relaciones entre R1 y R2 no se sostiene ninguna TCM conocida, y ambas necesidades de univocidad se refuerzan mutuamente. Por otro lado, la TCM no puede explicar ni la abducción ni la contextualidad. Así, la formulación del déficit de la ToM en términos de TCM resiste estas contradicciones gracias al uso sistemáticamente ambiguo del concepto de representación, que además se beneficia de la proposición gramatical que afirma que los estados mentales (R1) tienen representaciones (R3) en el cerebro.

No debe extrañar que el uso fructífero de un término no conlleve su definición única o su empleo transparente. Fuldford mostró cómo distintos síntomas psiquiátricos se emplean con notable consistencia a pesar de las dificultades que existen para dar de ellos una descripción definida.³² Del mismo modo, la identificación de esta capacidad singular, la ToM, puede entenderse, y así sucederá probablemente desde distintas teorías, que prescinden incluso del concepto «representación».³³

En el traspaso del déficit de ToM entre enfermedades distintas, los efectos de la ambigüedad sistemática han sido otros. Se ha establecido una especie de corredor de la univocidad que comunica, en apariencia, los síntomas psiquiátricos (R1), con sus representaciones computacionales (R2) y con sus localizaciones cerebrales (R3). Por ese corredor viaja la necesidad de una definición definida cerrada y completa, que nos tememos, se ha alcanzado a despecho de la naturaleza de los síntomas.

En otro lugar se demostró por extenso que la psicopatología precisa incluir material contextual,^{34,35} subsignificante,¹² en la definición e identificación del síntoma para adecuarse a la naturaleza de su objeto. Los procedimientos mediante los cuales la psicopatología da forma a la materia presintomática, esto es la conducta y la experiencia del paciente, emplean necesariamente, aunque, a veces también, de manera inadvertida o poco controlada, este contenido contextual presente en cada caso y ausente de la definición del síntoma. Cuando se introduce un factor de restricción ajeno, como viene a ser la necesidad implícita en la TCM de correlacionar biunívocamente el material preformalizado y la descripción definida del síntoma, la ganancia en fiabilidad y sencillez de manejo se acompaña de una creciente violencia ejercida sobre el fenómeno para encajarlo en un molde en el que no ha de caber. Cuesta entender que trastornos tan distintos como el síndrome de Asperger y la personalidad tipo límite compartan el mismo menoscabo fundamental. Más bien parece que, sometiendo un fenómeno molar a las restricciones del concepto de representación tal y como han sido expuestas aquí, se le impone una forma que no le es propia, y se toman por analogías en la estructura lo que no son, probablemente, sino parecidos parciales.

Los autores no manifiestan «conflictos de interés».

Recepción: 21/4/2006 - Aprobación: 5/11/2006

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2007



Más información en www.siicsalud.com: dirección de correspondencia, otros datos del autor y bibliografía completa.

Papelnet SIIC

Resúmenes de artículos originales recientemente aprobados que, por razones de espacio, no pudieron publicarse en la presente edición.

Las versiones completas de Papelnet SIIC pueden consultarse libremente, hasta el 30 de abril de 2007 en las páginas de www.siiic.info que se indican al pie de cada resumen.

Los logotipos que acompañan los títulos son publicados por solicitud expresa de los autores y de las instituciones participantes en los estudios.

a - Los Resultados de los Estudios Clínicos pueden Mejorar Mediante la Aplicación de Determinadas Características de Diseño



Arif Khan, Columnista Experto de SIIC
Institución: Northwest Clinical Research Center, Bellevue, EE.UU.

Objetivo: Evaluar cuáles son las diferencias de diseño, si es que existen, que se relacionan con el éxito o el fracaso de los estudios clínicos sobre antidepresivos. **Método:** Efectuamos una revisión de los datos provenientes de estudios clínicos sobre nueve antidepresivos aprobados por la *Food and Drug Administration* entre 1985 y 2000. En nuestro análisis incluimos 52 estudios esenciales y evaluamos las características del diseño y de los pacientes incluidos y las diferencias de respuesta ante la administración de antidepresivos o placebo. **Resultados:** Examinamos nueve características del diseño de los estudios y particularidades de los pacientes participantes en los ensayos sobre los nueve antidepresivos. La gravedad de los síntomas depresivos antes de la distribución aleatoria, el modo de dosificación (dosis fijas o flexibles), la cantidad de tratamientos comparados y el porcentaje de participantes de sexo femenino se relacionaron significativamente con la diferencia de respuesta a la administración de antidepresivos o placebo. La duración del estudio, la cantidad de pacientes en cada grupo terapéutico, el número de sitios de estudio y la edad media de los participantes no difirieron significativamente entre los estudios con resultados más exitosos (aquellos en los cuales se obtuvo una diferencia superior entre la administración de antidepresivo o placebo) y los estudios con resultados menos exitosos (aquellos en los cuales se obtuvo una diferencia menor entre la administración de antidepresivo o placebo). **Conclusiones:** La implementación de los hallazgos mencionados puede ayudar a mejorar el diseño de los estudios sobre antidepresivos que se lleven a cabo en el futuro.

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/102/132.htm
Extensión aproximada: 6 páginas

b - Analizan los Factores Asociados con Trastornos Alimentarios en la Adolescencia



Alfredo Goñi Grandmontagne, Columnista Experto de SIIC
Institución: Facultad de Psicología, Universidad del País Vasco, Vitoria-Gasteiz, España

En este trabajo se presentan nuevos datos sobre la asociación de los trastornos de la conducta alimentaria en la adolescencia con el autoconcepto físico; se analiza, asimismo, hasta qué punto la variable sexo interactúa con las de edad, práctica deportiva e índice de masa corporal con respecto al riesgo de padecer trastornos de la alimentación. Participaron en el estudio 740 adolescentes (366 hombres y 374 mujeres), de edades comprendidas entre los 12 y los 18 años, que respondieron el *Eating Disorders Inventory* (EDI), el Cuestionario de Autoconcepto Físico (CAF), así como una batería de preguntas acerca de sus hábitos deportivos, su peso y su altura. Resultan muy significativas las diferencias de puntuación en el EDI en función de la pertenencia al grupo de adolescentes con autoconcepto físico bajo, medio o alto. De otro lado, la población femenina adolescente muestra, en general, mayor riesgo que la masculina de padecer trastornos alimentarios; ahora bien, esta afirmación general exige notables precisiones cuando se toma en consideración la edad (12-14 vs. 15-18 años), la actividad física (esporádica o habitual) y el índice de masa corporal (bajo peso, peso normal, sobrepeso).

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/102/133.htm
Extensión aproximada: 7 páginas

c - Importancia del Sexo para la Administración Adecuada de Antipsicóticos



Mary V. Seeman, Columnista Experta de SIIC
Institución: University of Toronto, Toronto, Canadá

El propósito del presente artículo es ampliar los hallazgos publicados en un trabajo previo sobre las diferencias en la prescripción adecuada de antipsicóticos según el sexo del paciente. Esto se llevará a cabo mediante la evaluación de hallazgos nuevos sobre la relación médico-paciente, composición corporal femenina y masculina, estilo de vida y administración de medicación concomitante, ciclos hormonales, absorción y eliminación, metabolismo, unión a proteínas, flujo sanguíneo cerebral, función de los receptores y problemas característicos de las mujeres. Al tratar a las mujeres de acuerdo con las recomendaciones establecidas para los hombres, el riesgo de efectos adversos aumenta.

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/102/134.htm
Extensión aproximada: 10 páginas

d - La Rivastigmina sería Adecuada para el Tratamiento de la Demencia Vascular

Rita Moretti, Columnista Experta de SIIC
Institución: Dipartimento di Medicina Clinica e Neurologia, Università degli Studi di Trieste, Trieste, Italia

La demencia vascular representa el segundo tipo más frecuente de demencia. La clasificación de la demencia vascular sigue tres procesos clínico-patológicos generales: demencia multiinfarto, demencia por infarto único ubicado en una zona estratégica y demencia subcortical. Actualmente no existen tratamientos estandarizados establecidos para los trastornos cognitivos de causa vascular. La disminución de la actividad de la acetilcolinesterasa es una estrategia habitualmente utilizada tanto para el tratamiento de los pacientes que presentan enfermedad de Alzheimer como para aquellos con trastornos cognitivos de causa vascular. En consecuencia, es posible que los inhibidores de la colinesterasa sean una opción conveniente. La presente revisión se llevó a cabo con el propósito de evaluar la eficacia de la rivastigmina para el tratamiento de los individuos que presentan trastornos cognitivos de origen vascular. De acuerdo con los datos provenientes de diferentes estudios, la rivastigmina sería útil para tratar pacientes con deterioro cognitivo de origen vascular. No obstante, esta conclusión se efectuó sobre la base de estudios en los cuales se incluyó un número reducido de pacientes, se buscó comparar la rivastigmina con agentes diferentes del placebo o se extrapolaron datos a partir de estudios de gran magnitud efectuados con pacientes que presentaban enfermedad de Alzheimer y factores de riesgo vasculares de relevancia poco clara. Desde ese punto de vista, se puede concluir que es necesario realizar estudios de gran tamaño, controlados con placebo a doble ciego y adecuadamente aleatorizados antes de poder alcanzar conclusiones sólidas. La metodología empleada en dichos estudios debería responder a las características biológicas y clínicas particulares del deterioro cognitivo vascular y sus subtipos.

Artículo completo: www.siiic.info/trabajosdistinguidos/saludmental/102/135.htm
Extensión aproximada: 17 páginas