

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

Diagnóstico y estabilidad
diagnóstica de pacientes egresados
como Trastorno Esquizoafectivo en
el año 2005 en el Hospital Nacional
Psiquiátrico

Propuesta de tesis para obtener la
especialidad en Psiquiatría.

Dra Krisia Rojas Rodríguez

01/01/2009

Tutor: Dr Rodolfo Salazar Fonseca

*“Cuando es suficientemente fuerte
para utilizar el pasado en
beneficio de la vida
y transformar los acontecimientos antiguos
en historia presente,
llega el hombre a ser hombre”.*

Nietzsche

DEDICATORIA:

Quiero dedicar esta tesis al Dr. Rigoberto Castro Rojas.

Admiro su gran vocación hacia los pacientes y agradezco todo el apoyo que me ha dado a través de los años.

Dedico también esta tesis a mis padres y en especial a mi madre por las enseñanzas a través de la vida que se unifican en valor.

Agradezco la comprensión de mi familia a lo largo de estos años, en especial a mi esposo Mauricio.

Agradezco a todas las personas que con sus sabios consejos me ayudaron en el proceso de elaboración de la tesis, en especial a mi tutor, el Dr. Rodolfo Salazar Fonseca de quien siempre tuve el apoyo y representó una guía invaluable en este trabajo.

Agradezco de forma especial al Dr. Walter Antonio Sanabria, sus enseñanzas en la rotación fueron las que me inspiraron a realizar esta tesis, agradezco sus recomendaciones y su disposición absoluta.

Agradezco además a los funcionarios de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico quienes en todo momento estuvieron anuentes a ayudarme.

PREFACIO DEL AUTOR

La controversia sobre el trastorno esquizoafectivo hace su aparición desde que el término se empleó en el año 1933 hasta el día de hoy.

Empieza a utilizarse en pacientes con esquizofrenia que presentaban además sintomatología afectiva, sin embargo actualmente existe mucha controversia respecto a donde debe de ser ubicado y se discute si el trastorno es parte de los trastornos afectivos, de los esquizofrénicos, si es parte de un espectro entre ambos o si constituye una entidad aparte.

Son muchos los artículos que hacen referencia a cada una de estas hipótesis y la interpretación de los estudios se complica debido a que existen diferentes criterios diagnósticos en cada una de las clasificaciones para el trastorno esquizoafectivo.

El DSM IV-R (Diagnostic and Statistical manual of Mental Disorders) establece la necesidad de cumplir con los criterios clínicos de la esquizofrenia además de los criterios para un trastorno del humor, pide que la sintomatología psicótica se presente al menos dos semanas en ausencia de sintomatología afectiva y que los síntomas afectivos abarquen una parte sustancial de la duración total de la enfermedad, mientras que la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) requiere sólo la coexistencia de sintomatología afectiva y psicótica durante como mínimo dos semanas.

Esto hace que pacientes que en la CIE 10 serían clasificados como trastorno esquizoafectivo en el DSM IV serían clasificados como trastornos del humor con sintomatología psicótica.

En nuestro país se utiliza la Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE 10) a la hora de diagnosticar un paciente y en las estadísticas del

Hospital Nacional Psiquiátrico se reporta un crecimiento en el uso del término de trastorno esquizoafectivo.

El presente trabajo analiza los expedientes de salud de pacientes que fueron ingresados en el año 2005 bajo el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo en el Hospital Nacional Psiquiátrico, utilizando un instrumento de datos analiza variables demográficas como la edad de la primera admisión, el sexo de los pacientes, escolaridad y estado civil, además analiza el diagnóstico de primer ingreso comparándolo con el diagnóstico de último ingreso para valorar la estabilidad diagnóstica y revisa si el paciente durante el ingreso del año 2005 cumplió con los criterios del DSM IV y del CIE 10 para el trastorno esquizoafectivo.

La importancia del presente trabajo radica en la trascendencia del diagnóstico diferencial en la valoración de los pacientes.

Es importante aumentar la exactitud diagnóstica en base a la adecuada utilización de criterios diagnósticos con el fin de lograr una mayor concordancia entre el diagnóstico de egreso y la medicación utilizada.

Tal y como lo plantean Khan et al, 2008 los errores en el diagnóstico “reducen la adherencia al tratamiento, producen errores en la medicación, aumentan los costos de los servicios de salud, lleva a hospitalizaciones inadecuadas y a tener efectos adversos a la medicación”.

Además el seguimiento de los pacientes con trastorno esquizoafectivo nos permite valorar la estabilidad diagnóstica con el fin de determinar si los pacientes bajo este diagnóstico persisten en posteriores egresos bajo este mismo diagnóstico o si varían hacia el lado afectivo o esquizofrénico, tal como se ha planteado en la literatura.

INDICE GENERAL

1. Dedicatoria.....	iii
2. Carta del jurado.....	iv
3. Carta de aprobación.....	v
4. Prefacio del autor.....	vi
5. Indice General.....	viii
6. Indice de cuadros.....	x
7. Indice de gráficos.....	xi
8. Indice de abreviaturas.....	xii
9. Resumen.....	xiii
10. Justificación y formulación del problema.....	1
a. Formulación del problema.....	.8
b. Objetivo general.....	.8
c. Objetivos específicos.....	8
11. Marco teórico.....	9
a. Historia.....	9
b. Epidemiología.....	15
i. Incidencia.....	15
ii. Prevalencia.....	15
iii. Distribución por sexos.....	17
iv. Edad de comienzo.....	17
v. Estado civil.....	19
vi. Curso.....	19
c. Etiopatogenia.....	24
i. Estudios genéticos.....	24
ii. Marcadores biológicos.....	26
iii. Neuroimágenes.....	27
d. Manifestaciones clínicas.....	28

e. Clasificación	31
i. Criterios del DSM IV.....	31
ii. Criterios del CIE 10.....	37
f. Diagnósticos diferenciales: controversias actuales.....	44
i. Diagnóstico diferencial.....	44
ii. Controversias actuales.....	44
iii. Hipótesis actuales.....	47
iv. Clasificación dicotómica: críticas actuales.....	58
g. El TEA en el Hospital Nacional Psiquiátrico.....	60
12. Materiales y Métodos.....	62
a. Tipo de estudio.....	62
b. Selección de individuos.....	62
c. Criterios de inclusión.....	62
d. Criterios de exclusión.....	63
e. Fuentes y recopilación de datos.....	63
f. Procesamiento de muestras.....	63
g. Procesamiento de datos.....	64
h. Análisis de datos.....	64
i. Aspectos éticos.....	64
13. Resultados y discusión.....	65
14. Conclusiones.....	105
15. Anexo 1: Instrumento recolección de datos.....	107
16. Anexo 2: carta de aprobación del CLOBY.....	116
17. Anexo 3: carta de aprobación de la Dirección del HNP.....	117
18. Bibliografía.....	118

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Sexo	65
Cuadro 2. Edad del primer internamiento	68
Cuadro 3. Estado civil	70
Cuadro 4. Escolaridad	73
Cuadro 5. Antecedentes heredofamiliares	75
Cuadro 6. Tiempo entre la primera manifestación psicótica y el internamiento	78
Cuadro 7. Diagnóstico de primer ingreso	80
Cuadro 8. Número de ingresos al HNP	83
Cuadro 9. Determinación de los criterios de CIE 10 y DSM IV	85
Cuadro 10. Diagnósticos de último ingreso	89
Cuadro 11. distribución de los pacientes según el primer y el último ingreso en el Hospital Nacional Psiquiátrico	93

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Distribución de pacientes con TEA según sexo.	67
Gráfico 2. Distribución de pacientes con TEA según grupo de edad.	69
Gráfico 3. Determinación de estado civil en pacientes con TEA.	72
Gráfico 4. Determinación de nivel educativo de pacientes con TEA.	74
Gráfico 5. Determinación de antecedentes heredofamiliares en pacientes con TEA.	77
Gráfico 6. Determinación de tiempo entre la primera manifestación psicótica y el internamiento.	79
Gráfico 7. Determinación de diagnóstico de primer ingreso en pacientes con TEA.	82
Gráfico 8. Distribución de pacientes con TEA según número de ingresos al HNP.	84
Gráfico 9. Determinación de los criterios de CIE 10 en pacientes con TEA.	87
Gráfico 10. Determinación de los criterios de DSM IV en pacientes con TEA.	88
Gráfico 11. Diagnósticos de último ingreso en pacientes ingresados como TEA.	92
Gráfico 12. Evolución diagnóstica de pacientes ingresados por primera vez como Trastorno del Humor.	99
Gráfico 13. Evolución diagnóstica de pacientes ingresados por primera vez como esquizofrenia.	100
Gráfico 14. Evolución diagnóstica de pacientes ingresados por primera vez como Trastorno Esquizoafectivo.	101

INDICE DE ABREVIATURAS

CCSS.... CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

CIE....CLASIFICACION INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES DE LA OMS

DSM... MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA ASOCIACION AMERICANA DE PSIQUIATRIA

DUE...DIAGNOSTICO DE ULTIMO EGRESO

HNP....HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO

MED... MEJOR ESTIMADO DIAGNOSTICO

SX....SINTOMAS

TAB...TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

TEA.... TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

RESUMEN

El trastorno esquizoafectivo es un diagnóstico que ha estado en el centro de la controversia desde que se empezó a utilizar en el año 1933.

A pesar de que el diagnóstico nunca ha sido clasificado como parte de los trastornos afectivos, aún se mantiene la controversia respecto a si este diagnóstico es una entidad aparte, forma parte de un espectro o si pertenece a los trastornos esquizofrénicos o los afectivos.

Diversos autores reportan que existe una pobre estabilidad diagnóstica cuando se utiliza este diagnóstico y muchos de los pacientes que inicialmente fueron diagnosticados como esquizoafectivos a través de los años se irán a clasificar como trastornos afectivos o como esquizofrénicos.

Esta controversia envuelve también las clasificaciones diagnósticas ya que el DSM IV R exige cumplir con los criterios clínicos de la esquizofrenia y con los criterios para un trastorno del humor, pide que la sintomatología psicótica se presente al menos dos semanas en ausencia de sintomatología afectiva y que los síntomas afectivos abarquen una parte sustancial de la duración total de la enfermedad, mientras que la CIE 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) requiere sólo la coexistencia de sintomatología afectiva y psicótica durante como mínimo dos semanas.

Esto hace que a la hora de analizar diferentes estudios sea difícil la interpretación ya que éstos utilizan diferentes criterios diagnósticos.

Aún así, el trastorno esquizoafectivo es un diagnóstico muy utilizado y según las estadísticas nacionales en el Hospital Nacional Psiquiátrico el uso va en aumento, pasando de un 0.03% en el año 2000 a un 0.05% de los egresos en el año 2006.

El presente trabajo hace una revisión a 229 expedientes de salud de pacientes del Hospital Nacional Psiquiátrico que fueron egresados como trastorno esquizoafectivo en el año 2005.

Entre los hallazgos se encontró que el 76.3% de los pacientes que fueron egresados en ese año como Trastorno Esquizoafectivo mantenían el diagnóstico en años posteriores y que el resto (11%) eran clasificados como trastornos afectivos y el 9.6% como esquizofrénicos.

De estos pacientes el 55.7% habían egresado la primera vez bajo el diagnóstico de esquizofrenia y sólo un 7.9% mantenían este diagnóstico en ingresos posteriores, siendo el cambio más relevante hacia trastorno esquizoafectivo que ocurrió en el 79.5% de los pacientes que inicialmente fueron clasificados como esquizofrénicos, estos datos difieren con los reportados en la literatura mundial donde se ubica la esquizofrenia como el diagnóstico más estable (Schwartz et al, 2000).

Entre las características demográficas encontradas vemos una diferencia significativa entre hombres y mujeres, encontrándose un 65.5% de la muestra en mujeres versus un 34.5% en varones, encontramos además mayor prevalencia de solteros (49.8%), pacientes que completaron la primaria completa un 21.5% de la muestra, con antecedentes familiares de predominio de psicosis (40.2%).

Los datos encontrados difieren con los reportes de la literatura mundial para pacientes esquizoafectivos y esto parece estar en relación con el diagnóstico recibido, ya que al revisar los criterios del CIE 10 encontramos que sólo un 28.4% de los pacientes cumplían con los criterios diagnósticos para TEA mientras que revisando con los criterios diagnósticos del DSM IV sólo un 18.8% de los pacientes cumplían con los criterios para trastorno esquizoafectivo.

En conclusión en la muestra analizada de expedientes de salud encontramos que pacientes que fueron egresados como trastorno esquizoafectivo en el año 2005 sólo un bajo porcentaje cumplía con los criterios diagnósticos del CIE 10 y del DSM IV para el trastorno y que las características demográficas encontradas no corresponden a las descritas en la literatura para pacientes esquizoafectivos.

Se determina que en nuestra muestra de pacientes existe una mayor estabilidad diagnóstica para el trastorno esquizoafectivo que para la esquizofrenia, lo cual difiere con lo descrito en la literatura mundial.

Y se encuentra que las características demográficas encontradas concuerdan más con descripciones hechas en estudios previos de pacientes esquizofrénicos que las reportadas en la literatura mundial para esquizoafectivos.

Se encuentra además un claro predominio del sexo femenino en la muestra analizada que debería ser sujeto a investigaciones futuras sobre el mayor hallazgo de sintomatología afectiva en mujeres que en varones.

JUSTIFICACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

La controversia actual sobre el trastorno esquizoafectivo tiene su origen desde que el término se empezó a utilizar en 1933 cuando el Dr. Jacob Kasanin lo usó por primera vez como "psicosis esquizoafectiva" en el título de un artículo publicado en el American Journal of Psychiatry.

En este estudio se describen nueve casos de pacientes que diferían con la esquizofrenia clásica descrita por Kraepelin y por Bleuler ya que además de tener alucinaciones y/o delirios presentaban un inicio agudo de síntomas maníacos y/o depresivos, tenían personalidades premórbidas sociales activas y únicamente padecían los síntomas psicóticos por períodos de semanas o pocos meses para después recuperarse y llevar vidas exitosas.

El Dr. Kasanin promovió el uso del diagnóstico esquizoafectivo para aquellos pacientes que tenían mejor pronóstico que los pacientes esquizofrénicos pero peor que aquellos con trastornos del estado de ánimo, sin embargo a pesar de su recomendación muchos no se ponían de acuerdo respecto a su aplicación y utilizaban diversos términos de forma similar pero siempre entendiendo el término bajo el espectro de la psicosis.

El entender el término bajo el espectro de la psicosis demuestra la gran influencia de Bleuler y Schneider en la clasificación de las enfermedades mentales sin embargo es a partir de las diferencias entre la escuela Europea versus la Americana cuando el trastorno tiende a ser visto como parte de los trastornos afectivos pero nunca llega a ser clasificado en el apartado de los trastornos del ánimo en ninguna de las clasificaciones usadas mundialmente : ni en el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ni en el CIE (Clasificación internacional de las enfermedades) (Maj y colab, 2000).

Entre las diferencias entre las dos escuelas, se decía que los americanos tendían a diagnosticar con más frecuencia los trastornos esquizofrénicos

mientras que los europeos tendían a diagnosticar los trastornos afectivos con mayor frecuencia.

El trastorno esquizoafectivo comienza a aparecer en las clasificaciones a partir de 1980 cuando el DSM empieza a clasificar el trastorno esquizoafectivo como parte de los trastornos psicóticos sin especificación y en la última edición del DSM, publicada en el 2000, el trastorno esquizoafectivo aparece clasificado como parte de "la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos".

Sin embargo la controversia respecto al trastorno continúa ya que existen distintas hipótesis, expuestas en diferentes artículos, que ven al trastorno como parte de un espectro entre esquizofrenia y trastornos afectivos, apoyados por estudios que concluyen que la esquizofrenia y el TAB no encajan en una dicotomía como originalmente se toma y reportan que pacientes con síntomas psicóticos en pacientes bipolares son muy similares a pacientes con esquizofrenia en lo que se refiere a aspectos neurobiológicos y genéticos. (Wolfgang, 2006), otros lo ven como una entidad independiente otros apoyan que el trastorno es parte de la esquizofrenia y otros de los trastornos afectivos.

Alrededor del trastorno esquizoafectivo giran muchas controversias que no sólo tienen que ver con la clasificación sino también con la estabilidad del diagnóstico a través del tiempo.

Son muchos los autores, incluyendo a Schwartz y colab, 2000 en el cual indican que el trastorno esquizoafectivo es el diagnóstico menos estable a través del seguimiento.

Este concepto de estabilidad diagnóstica no es nuevo, empieza a tomar importancia en los años setentas cuando Robin y Guze publican un artículo en el cual relacionan la validez predictiva de los diagnósticos psiquiátricos en la primera evaluación.

Al presente la estabilidad diagnóstica es definida como la medida en la cual el diagnóstico es confirmado en evaluaciones consecutivas.

Diferentes métodos se han propuesto para valorar la estabilidad como la observación longitudinal o evaluación longitudinal, estudios genéticos, monitoreo de la respuesta al tratamiento o la evaluación de los efectos de la enfermedad en la función psicosocial.

Varios factores se han propuesto como los causantes en la inestabilidad del diagnóstico psiquiátrico. Tal y como lo propone López y colab "el curso de la enfermedad mental frecuentemente dificulta diferenciar de primera vez un diagnóstico además el tener información incompleta acerca del curso y errores diagnósticos previos también pueden causar dificultad en el diagnóstico". (López y colab, 2000)

Otra parte de la controversia viene en la clasificación ya que existe mucha diferencia respecto a la hora de diagnosticar el trastorno esquizoafectivo utilizando los criterios del DSM IV o del CIE 10.

En el DSM IV el trastorno esquizoafectivo se incluye en la categoría de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. La manifestación principal del trastorno es que, además de cumplir los criterios clínicos de la esquizofrenia (criterio A), un paciente debe tener además depresión, manía o un episodio mixto concurrente. Además durante la misma fase de la enfermedad, un paciente debe de padecer síntomas de psicosis (alucinaciones y/o ideas delirantes) durante un período mínimo de dos semanas, en ausencia de síntomas relacionados con el humor (criterio B). Sin embargo, los síntomas afectivos deben abarcar una parte sustancial de la enfermedad (criterio C) y los síntomas no deben ser atribuibles al consumo de sustancias o a una enfermedad física mayor (criterio D).

Al referirse a parte sustancial se toma como un periodo del tiempo durante el cual el individuo muestra síntomas activos o residuales de enfermedad psicótica y para muchos individuos este período puede durar años o incluso décadas.

Mientras que en el CIE 10 el requisito esencial es que cumpla con los criterios de alguno de los trastornos del humor de intensidad moderada o grave junto con los síntomas de esquizofrenia. Los mismos autores anotan que “el diagnóstico se basa en un juicio clínico difícil sobre el balance entre el número, gravedad y duración de los síntomas esquizofrénicos y afectivos”.

E. Vieta, realiza un estudio en el que muestra que existe mayor concordancia entre los criterios utilizados por el DSM y el CIE, que utilizando los criterios de investigación del DSM. (E. Vieta, 2001).

Esto surge a raíz que el DSM ocupa dos síntomas psicóticos para hacer el diagnóstico mientras que la clasificación del CIE ocupa sólo uno. También se ha demostrado que existe una mayor confusión entre TEA y esquizofrenia que entre TEA y trastornos afectivos.

En Costa Rica en el año 2002 se realiza un estudio sobre el diagnóstico preliminar de los primeros 120 pacientes incluidos en el proyecto sobre la genética de la Esquizofrenia. Ellos comparan el diagnóstico del entrevistador, el diagnóstico final por consenso y el diagnóstico de último egreso hospitalario y encuentran diferencias en alrededor del 40% de los sujetos en el estudio.

Se reportó “un relativo subregistro de la sintomatología afectiva en los diagnósticos de egreso con el consecuente sobrediagnóstico de los trastornos esquizofrénicos en los hospitales nacionales” y como los entrevistadores tienden a sobre-diagnosticar los trastornos afectivos.

Esto puede explicarse por “el estilo individual de los entrevistadores y/o una tendencia a sobre-valorar los posibles diagnósticos de exclusión de la esquizofrenia para no incluir pacientes con otros diagnósticos en el análisis genético. También puede reflejar la percepción del paciente sobre su enfermedad (con un mayor énfasis a los síntomas afectivos), mientras que el hospital tiende a enfatizar los síntomas psicóticos”.

Ellos enfatizan en la mayor concordancia entre el MED (mejor estimado diagnóstico) y el diagnóstico del entrevistador en pacientes masculinos y la tendencia a sobre-diagnosticar trastornos afectivos en mujeres y atribuyen este hallazgo a que las mujeres tienden a expresar más síntomas afectivos que los hombres con esquizofrenia durante la entrevista, lo cual "podría ser el resultado de diferencias de género aprendidas, o a que los psiquiatras tienden a sobre-valorar los síntomas afectivos en mujeres pero no en hombres" (Montero, Ana 2002).

También se reporta que el trastorno esquizoafectivo fue uno de los diagnósticos con menor concordancia y que las diferencias diagnósticas encontradas podrían ser parcialmente explicadas por el uso de pautas diagnósticas diferentes y/o una "mayor rigurosidad diagnóstica utilizada en investigación que no es necesaria en la clínica" y refiere que es posible que los pacientes sean catalogados como bipolares, esquizoafectivos o esquizofrénicos dependiendo de las pautas diagnósticas utilizadas y su interpretación.

El estudio concluye que existen muchas dificultades a la hora de llegar a un diagnóstico en las enfermedades psiquiátricas severas y que para mejorar el diagnóstico es indispensable entrevistar también a la familia.

Ellos reportan que entre los principales problemas para el diagnóstico se hayan que no se encuentra una especificación en el DSM IV sobre la importancia de los síntomas afectivos en la historia de un paciente con cuadros psicóticos para que sea catalogado como esquizoafectivo versus esquizofrénico.

A pesar de toda esta controversia, en nuestro país encontramos un aumento en la utilización del término.

En el año 2000 se reportaba que aproximadamente un 20% de los internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) eran por esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes cinco años después este porcentaje aumentó a 32.4% de los egresos y en el año 2006

representaba el 33.5% de los egresos. (Registros Médicos del HNP, 2005, 2006)

Específicamente en los egresos en el HNP por trastorno esquizoafectivo éste ha aumentado de tal forma que en 1996 fue del 0.03% mientras que en el 2001 fue de 0.05%.

Se ha visto un predominio importante en el sexo femenino, en el año 2005 egresaron 562 pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo de los cuales 204 eran hombres y 358 eran mujeres y en el año 2006 se egresaron 543 pacientes con este diagnóstico de los cuales 194 son hombres y 349 son mujeres. (Registros Médicos del HNP, 2005, 2006)

Lo que demuestra que la tendencia a diagnosticar como trastorno esquizoafectivo sigue en aumento y este diagnóstico continúa siendo más utilizado en mujeres.

Importancia del estudio

Los sistemas de clasificación nacen desde la época de Hipócrates quien fue el que estableció los términos de manía e histeria como formas de enfermedad mental en el siglo V A.C., a partir de entonces cada era ha introducido su propia clasificación psiquiátrica.

Las clasificaciones diagnósticas se han utilizado para establecer un lenguaje común entre los profesionales de la salud de los diferentes países del mundo para la aplicación en la investigación y en el diagnóstico diferencial de los trastornos.

A nivel clínico, el utilizar de forma apropiada los criterios diagnósticos nos permite obtener una mayor fidelidad diagnóstica que a su vez está relacionada con la aplicación de un tratamiento eficaz.

En un estudio hecho en Francia publicado en 1995, se reporta que de 653 psiquiatras franceses consultados el 75% de ellos habían utilizado los

criterios diagnósticos del CIE 10 y el DSM III R para fines de investigación y cerca de la mitad de ellos lo habían utilizado para fines diagnósticos.

A nivel mundial se han desarrollado muchas entrevistas diagnósticas con el fin de lograr una mayor fidelidad diagnóstica.

Una de las más utilizadas ha sido la entrevista diagnóstica para estudios genéticos (DIGS) quien evalúa los principales trastornos afectivos y psicóticos y sus espectros. Esta escala fue desarrollada por investigadores del Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH) con el propósito de poder hacer múltiples diagnósticos, poder detallar el curso de la enfermedad, la cronología de los síndromes psicóticos y afectivos y su comorbilidad, hacer un análisis fenomenológico de los síntomas y poder representar los resultados en forma algorítmica.

Existen varios estudios que han evaluado la fidelidad de esta escala diagnóstica y han encontrado que la fidelidad usando algoritmos ha sido excelente (0.73- 0.95) excepto para el trastorno esquizoafectivo, el cual, debido al desacuerdo entre la duración de los síntomas afectivos relacionados con los psicóticos reduce su fidelidad (Nurberger y colab, 1994).

La permanencia de la sintomatología afectiva junto a la psicótica es la causante de que exista una gran controversia con respecto al uso del diagnóstico del trastorno esquizoafectivo.

La importancia del presente trabajo radica en la necesidad de analizar si los pacientes egresados como trastorno esquizoafectivo en el Hospital Nacional Psiquiátrico cumplen con los criterios diagnósticos del CIE 10 y del DSM IV. Aparte se intenta dar un seguimiento de los pacientes egresados en el 2005 como trastorno esquizoafectivo y tratar de ver su historia, el diagnóstico de primer ingreso y el diagnóstico de último ingreso, con la finalidad de observar la estabilidad diagnóstica de los diferentes diagnósticos utilizados y comparar los resultados con los reportes descritos en la literatura mundial.

Se intenta dar un perfil demográfico de los pacientes esquizoafectivos y comparar con los hallazgos de la literatura mundial sobre el diagnóstico.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Cuáles pacientes egresados como trastorno esquizoafectivo en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2005 utilizando los criterios diagnósticos del DSM IV y del CIE 10 cumplen con éstos y persisten con este diagnóstico en ingresos posteriores?

El estudio fue novedoso ya que hasta la fecha actual no existía una investigación dirigida hacia este objetivo en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Es un trabajo viable, los recursos están presentes a nivel de fuentes de información de los expedientes de salud del HNP y se dispone del tiempo necesario para abarcar los objetivos.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar cuantos pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2005 como trastorno esquizoafectivo cumplen con los criterios diagnósticos según el DSM-IV y el CIE 10.

Objetivos Específicos

- Documentar la estabilidad del diagnóstico.
- Comparar si existe mayor prevalencia en hombres que en mujeres.
- Enumerar cuantos criterios diagnósticos cumplían aquellos pacientes que fueron diagnosticados como trastorno esquizoafectivo, utilizando criterios del CIE 10 y el DSM IV.

MARCO TEÓRICO

I. EL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

a. Historia

Al final del siglo XIX Kraepelin describió dos trastornos psiquiátricos que diferenció según la severidad de los síntomas y la cronicidad que él observó en cada uno: la demencia precoz, luego llamada esquizofrenia por Bleuler, y la enfermedad maniaco-depresiva, ahora llamada enfermedad bipolar sin embargo en 1919 anotó que los pacientes con síntomas afectivos y esquizofrénicos a la vez complicaban el diagnóstico diferencial debido a la “mezcla de síntomas mórbidos de las dos psicosis”.

Tanto Bleuler como Schneider definieron la esquizofrenia por la presencia de síntomas psicóticos: alucinaciones, delirios, desorganización y catatonia. Ninguno de los dos autores consideraba la importancia de los síntomas del humor cuando había características psicóticas. Además, a diferencia de la esquizofrenia, consideraban que los trastornos del estado del ánimo eran agudos, breves y con un grado limitado de severidad.

Esta clasificación dejaba a la deriva a los pacientes que por sus características clínicas correspondían a las psicosis atípicas.

Estas psicosis atípicas quedarían al margen hasta ser abordadas mucho tiempo después, entre otros autores, entre otros por Kleist, quien bajo el título de psicosis marginales o intermedias incluye las psicosis cicloides (que son las más cercanas actualmente al concepto de trastorno esquizoafectivo).

Leonhardt, quien era discípulo de Kleist, amplía las categorías de las psicosis cicloides en psicosis ansiosas, psicosis de la motilidad o de acinesia-hipercinesia, psicosis confusionales o de excitación-inhibición, y las desarrolla desde un punto de vista conceptual, definiéndolas como “cuadros especulares, fásicos, hereditarios y con una marcada sintomatología psicótica aguda y abigarrada, pero con un curso evolutivo mucho más benigno que la esquizofrenia”.

En 1933, el Dr. Jacob Kasanin redefine las psicosis cicloides como psicosis esquizoafectivas.

El Dr. Kasanin utilizó por primera vez el término esquizoafectivo en el título de su artículo publicado en el American Journal of Psychiatry donde describió nueve casos de pacientes hospitalizados que inicialmente fueron diagnosticados como esquizofrénicos.

Notó que diferían de la esquizofrenia clásica descrita por Kraepelin y por Bleuler ya que además de tener alucinaciones y/o delirios presentaban un inicio agudo de síntomas maníacos y/o depresivos, tenían personalidades premórbidas y sociales activas y únicamente padecían los síntomas psicóticos por períodos de semanas o pocos meses para después recuperarse y llevar vidas exitosas.

El trastorno esquizoafectivo se empezó a utilizar para aquellos pacientes que tenían mejor pronóstico que los esquizofrénicos pero peor que aquellos con trastornos del estado de ánimo.

A partir de aquí se empezaron a reconocer las psicosis asociadas a trastornos del humor.

El Trastorno esquizoafectivo creaba una unión entre la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo. El prefijo esquizo denotaba la presencia de alucinaciones y/o delirios, mientras que la presencia de síntomas afectivos

prominentes garantizaba un diagnóstico intermedio y no un cambio hacia el diagnóstico de los trastornos del humor con síntomas psicóticos.

Sin embargo, a pesar de la descripción del Dr. Kasanin, estos pacientes por lo general seguían siendo diagnosticados como esquizofrénicos por sufrir de alucinaciones y/o delirios.

Así hasta la década de los sesentas los pacientes con síntomas similares a los descritos por Kasanin eran clasificados dentro de los conceptos de trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia atípica, esquizofrenia de buen pronóstico, esquizofrenia remitente y psicosis cíclica, todos muy relacionados con la esquizofrenia demostrando la gran influencia de los conceptos de Bleuler y de Schneider sobre todo en Estados Unidos , donde se sobre diagnosticaba la esquizofrenia versus los europeos donde se sobrediagnosticaba los trastornos afectivos, debido a esta disparidad se realizaron importantes esfuerzos académicos por reubicar el trastorno esquizoafectivo y es aquí donde aparecen clasificados más próximos a los trastornos afectivos y más alejados de la esquizofrenia.

La primera clasificación internacional de enfermedades aparece en 1855 con la nomenclatura de las causas de muerte. Después de muchas revisiones esta lista fue adoptada por la Organización Mundial de la Salud en 1948 y se elaboró la denominada sexta revisión de la clasificación estadística internacional de enfermedades y causas de Muerte (CIE 6). Hasta la octava versión de la CIE, la clasificación no fue aceptada por los psiquiatras de muchos países y una década después se presentó el CIE 9 con algunas modificaciones, en el año 1991 aparece el CIE 10 que como objetivo principal se plantearía la contribución a la educación y a la formación continua en psiquiatría.

La ausencia del diagnóstico multiaxial, las dificultades para clasificar las depresiones y otros trastornos afectivos, los problemas para diagnosticar los trastornos sexuales y especialmente las insuficientes descripciones de los

trastornos llevaron a los psiquiatras americanos a construir un sistema nuevo de clasificación llamado DSM.

El trastorno esquizoafectivo se empieza a reconocer como trastorno con la publicación del DSM I (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders) en 1952 , tanto en él como en el DSM II publicado en 1965 se considera a el trastorno esquizoafectivo dentro del espectro de la esquizofrenia (modelo bleuleriano). Aquí se definía la esquizofrenia esquizoafectiva como la categoría de pacientes que mostraban una mezcla de síntomas esquizofrénicos con manía y/o depresión pronunciadas. Se describían dos tipos: exaltada o depresiva y se clasificaba como un subtipo de esquizofrenia (J. Angst, 1980, E. Vieta 1997, Lake Ray 2007).

Sin embargo en ese entonces existía un acuerdo muy escaso sobre el significado del término esquizoafectivo, tal y como lo demostraron Brockington y Leff cuando en 1979 publicaron un artículo en *Psychological Medicine*, donde comparaban ocho definiciones de la psicosis esquizoafectiva en una muestra de pacientes psicóticos de primer ingreso (Andreasen, 1983).

En el DSM-III (1980), el Trastorno esquizoafectivo fue clasificado fuera del capítulo de esquizofrenia en una sección separada llamada "trastornos psicóticos no clasificados". No se anotaban los criterios diagnósticos para el trastorno esquizoafectivo en esta edición, se reservaba para aquellas "instancias en las cuales el clínico no es capaz de hacer un diagnóstico diferencial con cualquier grado de certeza entre un trastorno afectivo y ya fuera una esquizofrenia o un trastorno esquizofreniforme". (Harrow, 2000). Las alucinaciones y/o delirios incongruentes con el estado de ánimo se enfatizaban como esquizofrenia, no como trastorno esquizoafectivo.

Fue la primera vez que se colocó al trastorno esquizoafectivo (TEA) fuera de la clasificación de esquizofrenia. Ya en 1988 en el DSM-III-R devolvió nuevamente el TEA al capítulo de esquizofrenia y en el DSM-IV del año 1994

se le otorgó un lugar aparte de la esquizofrenia, donde permanece aún en el DSM-IV-TR del año 2000.

En ninguna edición del DSM se ha clasificado al TEA dentro del apartado de los trastornos del estado de ánimo.

Sin embargo actualmente el concepto del trastorno esquizoafectivo ha creado dudas y se discute si el TEA debería ser considerado nuevamente como un subtipo de esquizofrenia. (Harrow, 2000).

Desde la década de los sesentas hasta ahora se han propuesto varias hipótesis acerca de la correcta clasificación del trastorno esquizoafectivo, sin que hasta el momento se haya podido plantear un pronunciamiento único con respecto a la conceptualización.

Todavía persiste un debate entre los teóricos partidarios de la hipótesis del continuum o psicosis única, según la cual existiría un puente de unión entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar (aquí el trastorno esquizoafectivo representaría un eslabón intermedio) y aquellos autores que defienden una clasificación categorial e independiente basándose en realidades clínicas diferenciadas. Se critica inclusive, que las descripciones hechas de los casos de Kasanin, quien se centra en los aspectos reactivos y psicodinámicos de sus pacientes, no corresponden con el concepto actual del trastorno esquizoafectivo.

Para McGorry dentro de la inestabilidad diagnóstica de los primeros episodios de psicosis, la evolución longitudinal del trastorno esquizoafectivo no parece clara: "bien puede evolucionar hacia una esquizofrenia, hacia una psicosis afectiva, o bien puede permanecer transversalmente indiferenciado, y/o inestable longitudinalmente en términos sindrómicos". (McGorry y colab, 1994).

Tomando en cuenta estudios genéticos, evolutivos y psicopatológicos autores como Meltzer, Crow o Van Os cuestionan la validez de las divisiones

nosológicas actuales y abogan por un continuum dentro de un modelo dimensional de enfermedad.

Se ha comprobado que en muchas formas de psicosis existen dimensiones psicopatológicas idénticas, así como presentaciones prodrómicas similares y esto justifica en gran medida la inestabilidad diagnóstica que se objetiva en el seguimiento longitudinal de los pacientes y que explica como un 25% de los diagnósticos efectuados sobre un episodio psicótico se puedan corregir en los primeros 6 meses de seguimiento.

Schartz y colab realizan un estudio utilizando 547 pacientes que fueron inicialmente diagnosticados como psicóticos y fueron reevaluados a los 6 y 24 meses posteriores por psiquiatras que utilizaron los criterios diagnósticos del DSM IV y que desconocían el diagnóstico de inicio. Ellos encuentran que el 72% de los diagnósticos a los 6 y a los 24 meses fueron congruentes. El diagnóstico más consistente a los 6 meses fue la esquizofrenia (92%), el trastorno bipolar (83%) y la depresión mayor (74%), los menos estables fueron la psicosis no especificada (44%), el trastorno esquizoafectivo (36%) y la psicosis breve (27%).

El cambio más frecuente en el diagnóstico a los 24 meses fue al espectro esquizofrénico (45 sujetos) y estos 45 sujetos tuvieron un curso de enfermedad similar a los otros 171 sujetos después de 6 meses pero su funcionamiento clínico previo era mejor.

Ellos concluyen que los cambios en el diagnóstico, particularmente a esquizofrenia, son más atribuibles a la evolución de la enfermedad. "El tener una adherencia rígida a los requisitos del DSM IV puede llevar a infradiagnosticar la esquizofrenia". Los hallazgos reafirman la necesidad de un abordaje longitudinal para el proceso diagnóstico. (Schartz y colab, 2000).

Otros autores como Haahr y colab en un estudio de seguimiento prospectivo de una muestra de 266 sujetos en un primer episodio psicótico, durante 12 meses de seguimiento y dentro de un programa estructurado de

detección temprana, encuentran una consistencia para el diagnóstico de esquizofrenia del 97%, para el trastorno esquizoafectivo 90%, para el trastorno bipolar 80% y para el trastorno esquizofreniforme 34%. De los últimos, un 60% cambia su diagnóstico por el de esquizofrenia en ese periodo, lo que correlaciona positivamente con el tiempo de psicosis no tratada y con el ajuste premórbido en la infancia temprana y la adolescencia tardía, medido por la escala Premorbid Adjustment Scale (PAS).

Langarica y colab encuentran tasas de consistencia sensiblemente inferiores para el trastorno esquizoafectivo y plantean que la estabilidad media del trastorno esquizoafectivo es del 30% con un rango del 17 al 61.5 %, por lo que consideran que es una "entidad diagnóstica particularmente inestable, de la que cabe subrayar su incierto estado nosológico"(Langarica y colab, 2005).

Epidemiología

En general se plantea que la situación epidemiológica del trastorno esquizoafectivo resulta incierta en comparación a otros trastornos principalmente debido a controversias diagnósticas.

Incidencia:

Se tienen cifras muy variables en función a los criterios diagnósticos utilizados, las cifras varían entre 0.3-0.7 por 100 mil habitantes por año (Bulbena , 1991).

Tien y Eaton en el estudio de un grupo de pacientes diagnosticados de síndrome afectivo-psicótico encuentran una incidencia en este grupo similar a la observada para pacientes esquizofrénicos en un año, es decir, 1.7 por mil habitantes en el trastorno esquizoafectivo versus un 2.0 por mil habitantes para la esquizofrenia.

Tsuang, M.T. plantea que existe una diferencia entre aquellos pacientes con esquizomanías (pacientes con manías que también presentaban síntomas de esquizofrenia) versus esquizodepresión (pacientes con depresiones que también presentaban síntomas de esquizofrenia). El encuentra que los casos de pacientes con esquizomanías representaban un 1.7 por 100 mil al año y sólo 4 por 100 mil al año de pacientes con esquizodepresión.

Prevalencia:

La prevalencia según diferentes estudios varía entre un 0.5 a 0.8 % de la población, aceptándose una proporción entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo de 2 : 1. (Torrey y colab , 1987. Siris y colab, 1995).

Esta prevalencia varía debido a diversos factores, por ejemplo Muller-Oerlinghausen y colab observaron que la prevalencia del trastorno esquizoafectivo en la clínica del Litio iba del 7% en Aarhus al 15% en Berlín, 23% en Viena y 32% en Hamilton.

De acuerdo con el National Comorbidity Survey de Estados Unidos, la prevalencia del trastorno esquizofreniforme, el trastorno esquizotípico, las psicosis atípicas, trastornos de ideas delirantes y la esquizofrenia es de 6.9 por 1000 habitantes en conjunto. (Naz y colab, 2005).

En un estudio prospectivo desarrollado en Holanda se calculó que la prevalencia a lo largo de la vida de la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y el trastorno esquizofreniforme conjuntamente alcanzaba los 3.7 por mil habitantes utilizando los criterios del DSM III-R. (Naz y colab, 2005)

Jungiger y colab hallaron que el 14% de los pacientes con ideas delirantes cumplían con los criterios del DSM III R para TEA, comparado con el 60% que cumplían los criterios para esquizofrenia y el 17% que los cumplía para el trastorno bipolar.

Los datos del Cologne Longitudinal Study revelan que el 28.5% de la muestra con psicosis cumple con criterios del DSM III R para TEA, 30% para trastornos afectivos y 24% para esquizofrenia.

Contreras J. y colab (2007) en un estudio realizado en el Valle Central de Costa Rica encuentra utilizando los criterios clínicos del DSM IV, a través del MED (mejor estimado diagnóstico) que de los 1576 sujetos, 120 eran esquizoafectivos, 297 esquizofrénicos, 16 con trastorno depresivo mayor y 108 con trastorno bipolar.

Reporta que encuentra un amplio espectro de trastornos afectivos (60.4% de la muestra) y que de los trastornos afectivos encontrados , la depresión, es la que más interactúa con la esquizofrenia encontrándose en un 33.85%, seguido de la depresión y la manía 15.77%, sólo manía un 10.77% y un 39.62% sin síntomas afectivos.

Distribución por sexos:

Por lo general, se ha reportado que el trastorno esquizoafectivo es más común en mujeres que en hombres (Tien y colab, 1992. Tsuang y colab, 1995).

Por subtipos clínicos, el subtipo esquizomaniaco tendría similar representación en ambos sexos mientras que el subtipo esquizodepresivo sería predominante en mujeres.(Clayton y colab, 1982. Kitamura y colab, 1991).

Edad de comienzo del trastorno:

En el trastorno esquizoafectivo se ha reportado que por lo general los hombres tienen un inicio de enfermedad más temprano que las mujeres, Tien y

colab reportan las mujeres inician sintomatología a partir de los 34 años (Tien y colab, 1992).

En comparación a otras patologías psiquiátricas severas los reportes de diferentes estudios son contradictorios con respecto a la edad de comienzo del trastorno.

Algunos autores plantean que la edad de comienzo es más temprana para los cuadros esquizoafectivos que para los trastornos afectivos, ya sean unipolares o bipolares, y ligeramente más tardía que en el caso de la esquizofrenia. (Marneros y colab, 1990. Tsuang y colab, 1995) sin embargo E. Vieta plantea que no existe diferencia significativa en el sexo ni en la edad entre la esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastorno bipolar(E. Vieta, 1997).

Berk realiza un estudio en el cual evalúa a 240 pacientes que fueron diagnosticados con trastorno afectivo bipolar y trastorno esquizoafectivo y encuentra que los pacientes reportan sintomatología de enfermedad mental a los 17.5 años, sintomatología depresiva a los 18 años y un episodio depresivo a los 21.2 años, síntomas de manía a los 21 años y un episodio maniaco a los 24.1 años, los pacientes recibieron el diagnóstico hasta los 30 años y el diagnóstico previo que más presentaban antes de ser diagnosticados como bipolares o esquizoafectivos fue el de depresión unipolar (26%).

En diferentes escritos se ha descrito que existe la esquizofrenia de inicio tardío sin embargo esta presentación es inusual.

El grupo internacional de esquizofrenia de inicio tardío propone la existencia de dos tipos de trastornos psicóticos de inicio tardío la esquizofrenia de inicio tardío, que inicia posterior a los 40 años y la psicosis like-esquizofrenia de inicio muy tardío que inicia posterior a los 60 años.

Los investigadores han propuesto que los pacientes que inician a los 40 años presentan trastornos del curso del pensamiento más formales e inestabilidad afectiva que pacientes que inician posterior a los 60 años.

En un estudio retrospectivo Alici-Evcimen y colab, 2003 analizan las características demográficas, el tipo de delirios y el tratamiento de las psicosis de inicio tardío usando los criterios del grupo internacional de la esquizofrenia de inicio tardío y el DSM IV.

De los 420 pacientes hospitalizados en un periodo de 10 años en una unidad de psicogeriatría el 1.9% tuvieron esquizofrenia con un inicio posterior a los 40 años mientras que el 1.4% tuvieron un inicio posterior a los 60 años. En ambos grupos predominó el sexo femenino y el tipo paranoide fue el más común.

Girad y colab, 2008 realizan un estudio retrospectivo de los expedientes de pacientes del Centre Hospitalier Robert-Giffard en Canadá. Ellos encuentran midiendo los síntomas positivos y negativos con las escalas de SANS y SAPS que entre las 1767 admisiones de primera vez, un 1.3% de los pacientes desarrollaron un primer episodio psicótico entre los 40–59 años de edad y un 0.7% de los pacientes cuando tenían más de 60 años de edad. Ellos concluyen que el inicio de esquizofrenia en esas edades es raro.

Estado civil:

Como parte de las disfunciones ya descritas en diferentes estudios para pacientes esquizoafectivos, se espera que éstos presenten contactos sociales restringidos.

E. Vieta plantea que los pacientes bipolares se casan con mayor frecuencia que los esquizofrénicos o esquizoafectivos (E. Vieta y colab, 1997).

Marneros y colab afirman que la prevalencia del TEA es superior en las mujeres casadas. (Marneros y colab, 1990).

Curso y pronóstico:

Se ha descrito que el pronóstico del trastorno esquizoafectivo es un poco mejor que el de una esquizofrenia, pero considerablemente peor que el de los trastornos del estado de ánimo. Generalmente presentan disfunción social y laboral.

Se ha comprobado que tanto la esquizofrenia como el trastorno esquizoafectivo tienen mayor grado de discapacidad que los trastornos afectivos. (López y colab 2002).

La mayoría de los estudios lo que ha logrado comprobar es que los pacientes con trastorno esquizoafectivo presentan resultados intermedios en funcionalidad entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos, esto hace que los pacientes con trastorno esquizoafectivo presenten, por lo general, un mejor funcionamiento post hospitalización que los pacientes con esquizofrenia.

La asociación entre la remisión de la sintomatología y el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo ha sido reportada por muchos estudios y se ha encontrado que los síntomas residuales son menos severos en pacientes portadores de trastorno esquizoafectivo que los esquizofrénicos.

Samson y colab, 1988 analizan 10 estudios de resultado llevados a cabo entre 1963 y 1987 que evaluaban a pacientes con trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia. Se evaluaron factores sociales, globales, ocupacionales, estado civil, evolución hospitalaria y la dimensión sintomática del resultado. En cada categoría los pacientes con esquizofrenia obtuvieron peores resultados. Al analizar el trastorno esquizoafectivo con el afectivo éste último mostró resultados iguales o mejores en todas las categorías.

Kendler y colab, 1993 reporta que el trastorno esquizoafectivo produce niveles de deficiencia intermedios entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos, ellos utilizaron en su estudio la escala de nivel de funcionalidad (Level of functioning scale) que contempla: duración de la asistencia

extrahospitalaria, calidad de las relaciones sociales, síntomas y puntuación global y en la escala para la evaluación de síntomas negativos (Scale for assessment of negative symptoms, SANS).

Marneros y colab, 1992 estudiaron los resultados de la esquizofrenia, el trastorno afectivo y el trastorno esquizoafectivo dentro del Cologne Longitudinal Study. Los resultados los midieron en función de los síntomas en cinco dimensiones (síntomas psicóticos, reducción del potencial energético, trastornos cualitativos y cuantitativos del afecto y otros trastornos del comportamiento) que persistieran al menos 3 años.

Los resultados negativos en el trastorno esquizoafectivo ocurrieron en un porcentaje intermedio (49.5% de la muestra) respecto a los que sufrían de esquizofrenia (93.2%) y del grupo con trastorno afectivo (35.8%) diferenciándose significativamente de los dos.

Cheniaux y colab, 2007 reportan la evolución clínica de los pacientes en 47 estudios revisados entre la esquizofrenia, el trastorno esquizoafectivo y los pacientes con trastornos afectivos. Ellos encuentran que existe una clara diferencia que indica que el trastorno esquizoafectivo tiene la misma (15 estudios) o más favorable (24 estudios) evolución clínica que cuando se compara con pacientes esquizofrénicos, e igual (23 estudios) o menos favorable (21 estudios) que cuando se compara con trastornos afectivos.

Tsuang y colab, 1993 reportan que la tasa de recuperación tras un episodio del trastorno esquizoafectivo es del 83% en fase aguda y del 29% en los primeros 6 meses, sin embargo se espera que el 20-30% de los pacientes vayan a presentar un curso deteriorante de su enfermedad, pasando hasta un 20% de sus vidas hospitalizados.

Angst y colab, 1980 refiere un número de hospitalizaciones promedio entre 6-7 internamientos en 25 años.

Robinson y colab, 1999 analizan la evolución de 118 pacientes con un primer episodio de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo, después de 5 años encuentran que el 47.2% de los pacientes tenían una remisión completa (definida como remisión de sintomatología positiva y negativa, adecuado funcionamiento social y vocacional) y el 25.5% tenían un adecuado funcionamiento social por dos años o más. Solamente el 13.7% de los pacientes tenían criterios de remisión total por dos años o más.

En comparación con pacientes con esquizofrenia, los pacientes con un trastorno esquizoafectivo suelen mostrar niveles relativamente altos premórbidos.

Una de las manifestaciones más comunes del trastorno es un suceso desencadenante, como un estresor vital.

Tsuang y colab, 1991 encontraron un porcentaje más alto de estos estresores en el trastorno esquizoafectivo (60%) que en la esquizofrenia (11%), la manía (27%) o la depresión (39%).

Marneros y colab, 2003 también encontraron un porcentaje más alto de elementos desencadenantes en el trastorno esquizoafectivo (51 %) que en la esquizofrenia (24%), pero no detectaron ninguna diferencia entre el trastorno esquizoafectivo y el afectivo.

En los casos en que es posible determinar la presencia de factores estresores o precipitantes se ha visto que éstos se asocian con un mejor pronóstico.

Esta observación ya había sido expuesta por Vaillant en la década de los sesentas, cuando describió que muchos de estos pacientes se recuperan completamente después de un episodio y reanudan sus vidas a un nivel de función premórbida.

También se han encontrado diferencias significativas en la evolución del trastorno esquizoafectivo con respecto a los subtipos y se ha visto que la evolución pareciera ser mejor en el tipo bipolar que en la del tipo depresivo, esta diferencia podría explicarse con la teoría que los pacientes esquizomaniacos presentan un pronóstico similar que los bipolares mientras que los esquizodepresivos se encuentran más próximos a la esquizofrenia.

Se ha descrito algunas variables que son sugestivas de un peor pronóstico del trastorno, entre estas variables están: mal funcionamiento social en la adolescencia o en la vida adulta en relación con factores de personalidad premórbidos, un inicio de sintomatología insidioso sin factores precipitantes con predominio de síntomas psicóticos de tipo negativo o deficitario en ausencia de síntomas afectivos; un inicio temprano; un curso continuo sin remisiones; un elevado número de episodios; y una historia familiar de esquizofrenia. (Tsuang y colab, 1995. Strakowski y colab, 1999).

Otros factores que se han asociado a un peor pronóstico son: una baja densidad del sueño no delta, la dependencia de alcohol, la ausencia de insight, mala recuperación entre los episodios, síntomas psicóticos persistentes con ausencia de elementos afectivos, cronicidad y un elevado número de síntomas similares a la esquizofrenia. (Tsuang y colab 1995)

Entre los factores que se han asociado a un mejor pronóstico, Robinson y colab, 1999 reportan que un mejor funcionamiento cognitivo y la estabilización fue asociada con remisión total, funcionamiento adecuado a nivel social, vocacional y remisión de síntomas. Además reportaron que la corta duración de la psicosis antes del estudio predecía remisión total.

Tal y como se ha descrito tanto para los pacientes con esquizofrenia como pacientes con trastornos afectivos, el trastorno esquizoafectivo comparte con ambos en que las personas afectadas por esta enfermedad tienen menor expectativa de vida comparada con el resto de la población general.

Angst y colab mantienen que el riesgo de suicidio consumado en pacientes con TEA es superior al de los pacientes esquizofrénicos (Angst y colab, 1990)

En el estudio de Caldwell y Gottesman, 1990 se encuentra que las cifras son similares a las observadas en otros trastornos afectivos y reportan que el riesgo permanece constante a lo largo de la vida sin verse influido por la edad.

En este estudio se alcanzan cifras de suicidio consumado en torno al 15%. (Caldwell y colab, 1990).

Etiopatogenia

Estudios genéticos

Estudios de familia: estudios familiares revelan la existencia de un grado no trivial de coagregación familiar entre la esquizofrenia y el trastorno bipolar y entre los trastornos esquizoafectivos y la esquizofrenia y los bipolares. (Berrettini, 2000. Bramon, 2001. Craddock, 2005).

La presencia de trastorno esquizoafectivo en un miembro de la familia aumenta el riesgo para los restantes miembros tanto de esquizofrenia como de trastornos afectivos. (Harrow y colab, 2000).

Se ha reportado que los familiares de los pacientes diagnosticados de un trastorno esquizoafectivo presentan un riesgo muy superior al de la población general de presentar esquizofrenia, un trastorno afectivo o un trastorno esquizoafectivo. (Fowler y colab, 1978. Angst y colab, 1979. Mendlewicz y colab, 1980. Gershon ES y colab, 1988. Tsuang MT, 1991. Cardno y colab, 1999).

Bertelsen y Gottesman resumieron siete estudios publicados entre 1979 y 1993 utilizando criterios diagnósticos estructurados. Se incluyeron análisis sobre el riesgo de desarrollo de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o afectivo en los familiares de primer grado de pacientes con trastornos esquizoafectivo. Los siete estudios mostraron que los familiares tenían un riesgo mayor de desarrollar un trastorno del humor que un esquizoafectivo. En cinco de los siete estudios el riesgo de desarrollar esquizofrenia era igual o mayor que el de padecer un trastorno esquizoafectivo.

Estos hallazgos concuerdan con el planteamiento heterogéneo de la enfermedad, para el cual los casos particulares representan subtipos de esquizofrenia o de un trastorno esquizoafectivo. Los datos también apuntan hacia la posibilidad de que el trastorno esquizoafectivo represente una serie de formas híbridas entre la esquizofrenia y el trastorno afectivo.

Estos hallazgos no apoyan la opinión de que el trastorno esquizoafectivo represente un continuo de las dos enfermedades, también desautorizan la hipótesis de que el TEA es un trastorno independiente tanto de la esquizofrenia como de los trastornos afectivos.

Según este estudio el riesgo mórbido de trastorno esquizoafectivo oscila entre un 1.8% a un 6.1% en los familiares de primer grado de pacientes con trastorno esquizoafectivo. (Bertelsen y colab, 1995)

Estudios de gemelos: un estudio de gemelos demuestra que existe una superposición en la susceptibilidad genética a la manía y a la esquizofrenia y aporta evidencia de que hay genes que confieren susceptibilidad a través de la división Kraepeliana. (Cardno y colab, 2002)

Estudios de enlace en el trastorno esquizoafectivo: apoyan la existencia de locus que proveen susceptibilidad específica para la psicosis con características esquizofrénicas y bipolares (Hanshery y colab, 2005).

Estudios de asociación: se han identificado genes cuya variación aumenta el riesgo tanto para la esquizofrenia como para el trastorno bipolar. (Craddock y colab, 2005).

Inayama en 1997 publica un estudio en el que involucra al cromosoma 9, específicamente a una inversión paracéntrica en este cromosoma en el trastorno esquizoafectivo (Inayama y colab, 1997).

Marcadores biológicos

Algunos autores han investigado el test de supresión de la dexametasona en pacientes con trastorno esquizoafectivo y lo han comparado con pacientes con esquizofrenia y trastornos afectivos.

Dos de los estudios encuentran mayores niveles de cortisol o una mayor proporción de no supresores entre los pacientes esquizoafectivos comparados con los esquizofrénicos.

Tres estudios no encuentran ninguna diferencia entre esquizoafectivos y pacientes con trastornos afectivos.

Maj (1986) y Meador-Woodruff y colab. (1988) encuentran niveles más bajos de cortisol en pacientes esquizoafectivos al compararlos con pacientes con trastornos afectivos pero no encuentra diferencias entre los dos grupos en relación a el número de pacientes con un resultado positivo en el test.

Sauer y colab. (1984) encuentra niveles elevados del cortisol y proporción de no supresores en pacientes esquizoafectivos en comparación con los depresivos no psicóticos y encuentra que tanto los esquizomaniacos como los esquizodepresivos tienen respuestas similares.

Por lo que se puede concluir que los estudios revisados no fueron concluyentes.

Neuroimágenes

5 estudios han investigado los cambios estructurales en las neuroimágenes de pacientes con esquizofrenia , con trastorno esquizoafectivo y con trastornos afectivos. 3 de ellos utilizan el TAC (Gewirtz y colab.,1994; Jones y colab., 1994; Rieder y colab., 1983), mientras que dos utilizan la resonancia magnética (Getz y colab., 2002; Lewine y colab., 1995).

Cuatro de estos estudios no encuentran una clara distinción entre la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo en relación a cambios cerebrales estructurales. Tres estudios tampoco encuentran diferencias estructurales entre trastornos afectivos y esquizoafectivos.

Jones y colab. (1994) encuentran un aumento en el tamaño de los ventrículos laterales en pacientes con esquizofrenia y con trastornos esquizoafectivos pero no en pacientes con trastornos afectivos, y un aumento del tercer ventrículo en los tres grupos.

Finalmente Getz y colab. (2002) observaron que los pacientes bipolares presentaban un mayor tamaño del pallidum que los pacientes esquizoafectivos, sin embargo no encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en relación al tamaño del núcleo caudado y del estriado.

Manifestaciones clínicas

La presentación clínica de los pacientes afectados por un trastorno esquizoafectivo se da en un amplio espectro de variabilidad de síntomas que reúne síntomas propios de la esquizofrenia, de los episodios maníacos, de los trastornos depresivos, en una misma persona y en un determinado momento biográfico.

Parte de la controversia deriva en el hecho que no existen síntomas psicóticos o afectivos patognomónicos de este trastorno ni de otros trastornos psiquiátricos.

Varias investigaciones han mostrado similitudes importantes en la prevalencia y la severidad de los trastornos del pensamiento durante la fase aguda entre la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo (Marengo, Harrow 1985, Andreasen and Grove 1986, Shenton y colab 1987, Cuesta and Peralta 1993).

Los hallazgos clínicos que se han considerado como indicativos de un cuadro esquizoafectivo como una mayor frecuencia de síntomas psicóticos incongruentes con el estado anímico (Tohen y colab, 1992), una mayor incidencia de alucinaciones visuales, cenestésicas u olfativas o incluso una menor capacidad empática y asociativa en las fases esquizomaníacas (Vieta, 1998) resultan inespecíficas.

El trastorno del pensamiento es un síntoma comúnmente encontrado en individuos con esquizofrenia (80-90%) durante los períodos agudos de enfermedad (Marengo y colab, 1983) y sin embargo no es un síntoma específico ni de la esquizofrenia ni de otros diagnósticos psiquiátricos (Marengo and Harrow 1985).

Sin embargo se han encontrado diferencias en la esquizofrenia con respecto a los trastornos no esquizofrénicos, existen reportes que en etapas

tempranas de la esquizofrenia la presencia de trastornos del pensamiento es más persistente y recurrente que en los trastornos no esquizofrénicos.

Kendler y colab, 1995 demostró que el trastorno esquizoafectivo ni la esquizofrenia se diferencian con respecto a la gravedad de las ideas delirantes o el trastorno del pensamiento.

Atre-Vaidya reporta que tanto el trastorno esquizoafectivo como la esquizofrenia manifiestan más alucinaciones que el grupo con trastornos afectivos pero que éstas no se diferenciaban entre los dos trastornos.

Los datos actuales documentan que las alucinaciones y/o delirios incongruentes con el estado de ánimo no son específicos de ninguna enfermedad ya que la incongruencia ocurre a menudo en pacientes con trastornos del ánimo con síntomas psicóticos pero tanto los síntomas schneiderianos, que aún continúan siendo críticos entre los criterios diagnósticos de la esquizofrenia (Coryell, 1984. Ray, 2007) como otros síntomas clasificados antes como típicamente esquizofrénicos, como las alteraciones del curso y del contenido del pensamiento aparecen también en pacientes con un trastorno afectivo .

Andraesen publica que los síntomas de primer rango de Schneider son importantes cuando se presentan en forma masiva y cuando se han excluido las psicosis orgánicas. Pero que al menos un 10% de otros pacientes, especialmente maniacos, han demostrado tener al menos un síntoma del primer rango.

El principal problema en su aplicación clínica ha sido su baja sensibilidad, que en promedio es menos de un 50% (Andraesen 1983).

A pesar que los trastornos del pensamiento se encuentran de igual manera en la esquizofrenia que en los trastornos afectivos la diferencia entre

ambos es la persistencia de la sintomatología psicótica en el tiempo de evolución de la enfermedad.

Uno de los criterios más importantes para hacer un diagnóstico psiquiátrico es la evolución de la enfermedad, tanto la historia del paciente (episodios previos o sintomatología) y el curso de la enfermedad (evolución y pronóstico) deben de ser tomados en cuenta.

Si hacemos el diagnóstico con base en cortes transversales podemos fácilmente fallar en diagnosticar las psicosis afectivas, ya que los síntomas afectivos con frecuencia se esconden detrás de los delirios y alucinaciones. (Benabarre, 1999).

En pacientes no esquizofrénicos se ha demostrado que a los 6 meses de internamiento tienen menos trastornos del pensamiento que aquellos con esquizofrenia (Andreasen , Grove 1986) y el trastorno del pensamiento es particularmente común tanto en manía como en esquizofrenia durante los episodios agudos de enfermedad (Harvey y colab, 1984) sin embargo en la manía hay mayores tasas de remisión y menores de recurrencia (Harrow y colab, 1986).

Clasificación

La importancia de las clasificaciones es que permiten llegar a un diagnóstico, esto tiene particular relevancia debido que el diagnóstico es la base para recopilar experiencias en cuanto al tratamiento y al pronóstico. En forma ideal no se deberían aplicar tratamientos sin un diagnóstico.

Las clasificaciones internacionales tienen la ventaja de que hace posible futuros estudios psicofarmacológicos con pacientes que tienen diagnósticos estandarizados, así como evaluaciones psicoterapéuticas y socioterapéuticas, sin embargo a pesar de que el DSM nace como parte de una insatisfacción de los psiquiatras americanos con la CIE, la misma Organización Mundial de la Salud estuvo implicada en la realización del DSM IV y a pesar de llevarse a cabo reuniones conjuntas en unas se alcanzó consenso y en otras se mantuvieron las diferencias.

Estas diferencias entre el CIE 10 y el DSM IV son pequeñas si se comparan con las que existen entre el CIE 9 Y el CIE 10, sin embargo a la hora de diagnosticar ciertos trastornos existen ciertas diferencias entre ambas.

Criterios diagnósticos según el DSM IV:

Para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se ocupa según la clasificación del DSM IV R:

- A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia.

Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

i. Criterio A para esquizofrenia

Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si se ha tratado con éxito):

- i. Ideas delirantes
- ii. Alucinaciones
- iii. Lenguaje desorganizado (por ejemplo descarrilamiento frecuente o incoherencia)
- iv. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
- v. Síntomas negativos, p. ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

ii. Episodio depresivo mayor:

1. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:

- a. Estado de ánimo depresivo o
- b. Pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- a.** estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- b.** disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).
- c.** pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
- d.** insomnio o hipersomnia casi cada día.
- e.** agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- f.** fatiga o pérdida de energía casi cada día.
- g.** sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- h.** disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- i.** pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

2. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

3. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

4. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

5. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

iii. Episodio maníaco

1. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

2. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

- a. autoestima exagerada o grandiosidad
- b. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)
- c. más hablador de lo habitual o verborreico
- d. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado
- e. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)
- f. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora
- g. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

3. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

4. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin

de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

5. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad medica (p. ej., hipertiroidismo).

iv.Episodio mixto

1. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maníaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

2. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

3. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

Por período de enfermedad se entiende un período de tiempo durante el cual el sujeto sigue presentando síntomas afectivos o residuales de la enfermedad psicótica.

La duración del episodio depresivo debe ser de al menos dos semanas, mientras que la duración de los episodios maníacos o mixtos debe ser de por lo menos una semana.

La duración mínima de un episodio esquizoafectivo debe ser de un mes para que cumpla con el criterio A de la esquizofrenia. El episodio depresivo mayor debe incluir el criterio de un humor depresivo franco.

La fase de la enfermedad en que solo hay síntomas psicóticos se caracteriza por ideas delirantes o alucinaciones que duran al menos dos semanas.

Si los síntomas afectivos solo aparecen durante un período relativamente breve del tiempo, el diagnóstico es esquizofrenia y no trastorno esquizoafectivo.

Según el DSM-IV otros síntomas que pueden estar presentes durante el transcurso de la enfermedad incluyen aquellos que se presentan en la esquizofrenia y que deterioran el funcionamiento normal del paciente: pobre actividad laboral, retraimiento social acusado, dificultades para el cuidado de sí mismo y riesgo de suicidio aumentado.

El trastorno esquizoafectivo puede estar precedido por un trastorno esquizoide, esquizotípico, límite o paranoide de la personalidad.

Por este motivo el concepto de trastorno esquizoafectivo ha sido considerado insatisfactorio por los mismos coordinadores del DSM IV (Frances y colab., 1995).

Existen otras dos clasificaciones adicionales con criterios diagnósticos para el TEA que difieren de los criterios del DSM. Se trata del "Research Diagnostic Criteria" (RDC) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima edición (CIE-10), cuyos criterios para el TEA son más amplios para el diagnóstico y engloban un grupo más heterogéneo de población que aquel identificado por el DSM.

En el RDC, el TEA se define por la co-ocurrencia de un síndrome maniaco o depresivo mayor y por lo menos uno de los síntomas sugestivos de esquizofrenia (incluyendo algunos de los síntomas de primer orden de Schneider, pero también alucinaciones de cualquier tipo durante el día por varios días o intermitentemente durante una semana, excepto si todo el contenido se refiere a la depresión).

El RDC, frecuentemente utilizado para investigación, requiere por lo tanto únicamente un síntoma de esquizofrenia para el diagnóstico, en vez dos como en el DSM, esto significa que los pacientes diagnosticados con los criterios del DSM presentan mayor alteración clínica.

En cambio la concordancia entre los criterios del RDC con los de la CIE-10 es más alta. (Benabarre, 1999. Harrow 2000).

El RDC es menos claro en cuanto a la relación del TEA con la esquizofrenia y con los trastornos del humor, mientras que el CIE-10 lo clasifica aparte de la esquizofrenia y nunca lo ha catalogado en el capítulo de los trastornos del estado de ánimo. (E. Vieta 1997, Harrow, 2000).

Criterios del CIE 10

Los criterios del CIE 10 para trastorno esquizoafectivo son:

1. cumple con criterios de trastornos del humor

a. episodio hipomaniacal

- i. humor elevado o irritable hasta un grado claramente anormal para el individuo afectado y mantenido durante al menos 4 días consecutivos
- ii. presentes al menos 3 de los siguientes y causar una interferencia en el funcionamiento normal de la vida diaria:
 - i. aumento de la actividad o inquietud física
 - ii. aumento en la locuacidad
 - iii. dificultad para concentrarse o distraibilidad
 - iv. disminución en el sueño
 - v. aumento del vigor sexual
 - vi. leve aumento de los gastos u otro tipo de comportamiento temerario o irresponsable
 - vii. aumento de la sociabilidad o exceso de familiaridad.
 - viii. el episodio no cumple con los criterios de manía, tab, episodio depresivo, ciclotimia ni anorexia nervosa.
 - ix. el episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas ni a ningún trastorno mental orgánico.

b. manía sin síntomas psicóticos

- i. humor predominantemente exaltado, expansivo o irritable y claramente anormal para el individuo. el cambio en el humor debe ser predominante y sostenido durante al menos una semana (o ser suficientemente grave para ser hospitalizado)
- ii. deben estar presentes por lo menos 3 de los siguientes signos y 4 si el humor es irritable e interferir con el funcionamiento personal en la vida diaria

- a. aumento de la actividad o inquietud física
- b. aumento de la locuacidad (logorrea)
- c. fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado
- d. pérdida de las inhibiciones sociales normales, que conduce a un comportamiento inapropiado a las circunstancias.
- e. disminución de las necesidades de sueño
- f. autoestima exagerada o ideas de grandeza
- g. distraibilidad o cambios constantes de las actividades o planes.
- h. conducta imprudente o temeraria, cuyos riesgos el individuo no reconoce, por ejemplo, gastos disparatados, proyectos insensatos o conducción temeraria.
- i. no hay alucinaciones ni ideas delirantes, aunque pueden producirse alteraciones en la percepción (hiperacusia subjetiva, apreciación de los colores como si fueran vividos)
- j. el episodio no es atribuible a consumo de sustancias ni a trastorno mental orgánico.

iii. manía con síntomas psicóticos

1. el episodio cumple los criterios de manía sin síntomas psicóticos con la excepción del criterio 3
2. el episodio no cumple simultáneamente los criterios para esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco
3. presencia de ideas delirantes o alucinaciones
4. no es atribuible a consumo de sustancias o trastorno mental orgánico

iv. episodio depresivo

1. debe durar al menos 2 semanas
2. no ha habido sx maniacos o hipomaniacos en ningún periodo de la vida
3. no es atribuible a sustancias o trastorno mental orgánico.
4. presencia de por lo menos 2 de los 3 síntomas siguientes:
 - a. humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi día a día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente por al menos dos semanas.
 - b. perdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
 - c. disminución de la energía o aumento de la fatiga
5. presente 1 o mas síntomas, para que la suma total sea al menos de cuatro:
 - a. perdida de confianza o disminución de la autoestima.
 - b. sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
 - c. pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
 - d. quejas o pruebas de disminución de la capacidad de pensar o concentrarse tales como indecisión o vacilación.
 - e. cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)

- f. cualquier tipo de alteración del sueño
- g. cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
- d. Presencia clara de síntomas de por lo menos uno de los grupos anotados a continuación, la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas :
 - i. Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento
 - ii. Ideas delirantes de control, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas.
 - iii. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
 - iv. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, pero no son solamente de grandeza o persecución.
 - v. Lenguaje groseramente irrelevante o incoherente, o uso frecuente de neologismos.
 - vi. Aparición intermitente pero frecuente de alguna forma de conducta catatónica.
- e. Criterios A y B deben cumplirse durante el mismo episodio del trastorno y simultáneamente al menos una parte del tiempo del episodio. Los síntomas deben de ser prominentes en el cuadro clínico.

- f. El trastorno no es atribuible a un trastorno mental orgánico o a intoxicación, dependencia o abstinencia de sustancias psicoactivas.

En el CIE-10 la definición es mucho más amplia, incluye casos en los que aparecen síntomas psicóticos específicos (como eco, inserción, robo o transmisión de pensamiento, delirios de control y pasividad, voces que expresan un comentario actual, conversación desorganizada, comportamiento catatónico), aparezcan o no en el transcurso de alteraciones en el estado de ánimo.

Por lo tanto, muchos casos que según el DSM-IV deberían ser diagnosticados como trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos no congruentes serían considerados en la CIE-10 como trastornos esquizoafectivos (E Vieta, 1997. Harrow, 2000).

A pesar de que se han hecho esfuerzos para clarificar el trastorno esquizoafectivo como un diagnóstico clínico existe gran dificultad debido a las variantes en las clasificaciones.

Spitzer lleva a cabo un estudio donde utiliza el "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia" y encuentra que al utilizar los criterios de investigación existe gran fidelidad al demostrar el trastorno esquizoafectivo independiente del subtipo (esquizofrénico o afectivo)". (Spitzer, 1978), no obstante este estudio tiene muy poca relevancia ya que utiliza los criterios de investigación donde no se requiere de un tiempo de duración de los síntomas afectivos en relación a los esquizofrénicos y además no determinan la presencia de síntomas esquizofrénicos en un solo episodio.

Williams y colab, 1992, utiliza una entrevista estructurada clínica del DSM III-R y encuentran mayor fidelidad para el trastorno esquizoafectivo y similar para los pacientes esquizofrénicos.

Sin embargo en este estudio se reporta que los pacientes con trastorno esquizoafectivo representaron solo un 6% y solamente en dos de cinco sitios tuvieron suficientes pacientes con trastorno esquizoafectivo.

Faraone SV, 1996 utiliza pacientes que fueron entrevistados por dos diferentes investigadores con no más de tres semanas de diferencia, utilizando los criterios del DSM III-R y encuentran que la fidelidad para trastorno esquizoafectivo fue muy pobre y que existe mayor desacuerdo cuando se compara los trastornos esquizoafectivos con la esquizofrenia que cuando se compara con los trastornos afectivos.

A la hora de investigar el trastorno esquizoafectivo se han utilizado diferentes definiciones en los estudios. Los investigadores genéticos han asignado el diagnóstico cuando existe una sola exacerbación psicótica en un síndrome afectivo o solamente si existe en cada exacerbación psicótica un síndrome afectivo completo, o en base a episodios mixtos, como por ejemplo el estudio del National Institute of Mental Health (NIMH) genetic initiative quienes establecen que para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo debe de haber al menos un 30% de síntomas afectivos en el período de psicosis y estos incluyen los períodos en los que se utiliza tratamiento con neurolépticos.

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se ve complicado por la gran dificultad a la hora de tomar la información además existe gran probabilidad de encontrar sintomatología afectiva concomitante en pacientes esquizofrénicos.

A la hora de la entrevista los pacientes tienden a exagerar la sintomatología depresiva y minimizar la psicosis como lo demuestra un estudio de 2 años de seguimiento de la NIMH collaborative study of Depression (J. Endicott, 1998). Ellos reportan que los familiares favorecen menos sintomatología psicótica en los períodos de remisión relativa y esto

probablemente sea secundario a la sintomatología negativa, al uso de antipsicóticos, el uso de sustancias y a eventos estresantes.

En la práctica clínica el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo es menos consistente que cuando se utilizan los criterios de investigación.

Existe gran dificultad para determinar la persistencia de síntomas afectivos o psicóticos entre los episodios agudos y muchos tienen a diagnosticar como trastorno esquizoafectivo a aquellas psicosis crónicas con pocos síntomas afectivos así como también trastornos afectivos con una presentación aguda psicótica importante.

Se han hecho varios estudios que demuestran la alta prevalencia de trastornos afectivos en pacientes esquizofrénicos, pero esta prevalencia varía mucho según el estudio. Borrows al estudiar la base de datos del National Institute of Mental Health Epidemiological Catchment Area, encuentra que en los estudios hechos a 20 mil personas entre los 18 y 65 años con la entrevista diagnóstica (Diagnostic Interview Schedule) encuentran una prevalencia de 1.5% para esquizofrenia y una comorbilidad para trastornos del afecto con una razón de probabilidad de 14 (gold standard en 10). Es decir, existe una alta probabilidad que un paciente esquizofrénico vaya a presentar un episodio depresivo en algún momento de su vida. (Borrows, 1998).

Martin y colab encuentran que el 60% de los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia tienen alguna vez algún episodio de depresión y otros autores han reportado que sólo un 25%. (Mc Glashan, 1976. Siris SG 1991).

El NCS al estudiar a 8 mil esquizofrénicos encontró una prevalencia de trastornos depresivos en un 59%, depresión mayor y distimia en un 27% y trastorno depresivo menor en un 10%. Además encontraron que un 22% de los pacientes esquizofrénicos podían tener el diagnóstico de TAB en algún momento de la vida. (Andreasen, 1988). Utilizando los criterios del DSM III-R

dos estudios han reportado un riesgo mayor para depresión pero no para manía en familiares de pacientes esquizofrénicos. (Maier W, 1993. Gershon Es, 1988).

Diagnóstico diferencial: controversias actuales

Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial se incluyen todos aquellos cuadros que entran a formar parte del diagnóstico diferencial de la esquizofrenia y de los trastornos del estado de ánimo. Es difícil distinguir entre el trastorno esquizoafectivo de la esquizofrenia y de los trastornos del estado de ánimo con síntomas psicóticos.

A la hora del diagnóstico diferencial hay que descartar: la epilepsia del lóbulo temporal, enfermedad de Cushing, tratamiento con corticoides, abuso de estimulantes como la fenciclidina y las anfetaminas, episodios confusionales secundarios a enfermedades médicas y los cuadros demenciales.

Controversias actuales

El término esquizoafectivo se ha aplicado para los casos que poseen una mezcla de características clínicas asociadas con la esquizofrenia o el trastorno bipolar.

La definición del término ha variado y en el contexto de la clasificación neo-Kraepeliana como es el DSM IV y el CIE 10, el trastorno tiende a utilizarse en los casos en que no encajan ni como esquizofrenia ni como bipolares.

Así en la práctica clínica y en la investigación el diagnóstico es tratado como un diagnóstico no especificado categoría que representaría los casos atípicos, y en la investigación frecuentemente o se excluye o se combina ya sea con los trastornos afectivos o con la esquizofrenia para la investigación.

Existe gran controversia respecto al término y algunos investigadores creen que algunos de los casos de esquizoafectivos representan entidades clínicas diferentes y continúan aplicando conceptos como “bouffée délirante” (Pichot y colab, 2004), psicosis psicogénicas (McCabe y colab, 1975), y las psicosis cicloides (Jabs y colab, 2002).

Una de las principales críticas que se han hecho al trastorno esquizoafectivo es la pobre fiabilidad y pobre estabilidad temporal (Maj y colab, 2000).

Esto se debe a la naturaleza restrictiva de las definiciones usuales de trastorno esquizoafectivo que llevan a la tendencia en los clínicos a hacer diagnósticos más transversales que longitudinales.

Se sabe que la presentación clínica de un individuo con psicosis varía a través del tiempo y que la definición restrictiva comparada con las definiciones mucho más amplias de esquizofrenia o trastornos afectivos harán que inevitablemente estas categorías tengan una mayor estabilidad y fiabilidad que el trastorno esquizoafectivo y esta misma variación hace que determinados episodios diagnosticados originalmente como depresión mayor con síntomas psicóticos o como trastorno esquizoafectivo se vean modificados hacia la esquizofrenia en función de la duración longitudinal final de los síntomas psicóticos.

La rectificación diagnóstica hacia la esquizofrenia partiendo de un episodio etiquetado inicialmente como esquizoafectivo suele ser, con el tiempo, más fácil de hacer que si se tratara de un trastorno bipolar, en cuyo caso la presencia de síntomas psicóticos floridos dificulta en mayor medida el diagnóstico adecuado, con las graves consecuencias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas que de ello se puedan derivar. (Crow y colab, 1995).

El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo depende de los criterios diagnósticos de la esquizofrenia y de los trastornos afectivos, por lo que cualquier cambio también afecta en la conceptualización del trastorno esquizoafectivo (Maj, 1984).

Debido a que los criterios diagnósticos han cambiado a través del tiempo y a través de sistemas nosológicos (Berner y colab, 1992. Peralta y Cuesta, 2005) no es de extrañar que el trastorno esquizoafectivo sea el trastorno psicótico más debatible.

Tsuang y colab reportan que el 10% de los pacientes diagnosticados como trastorno esquizoafectivo cambiarán el diagnóstico con el tiempo hacia el lado afectivo o hacia el lado esquizofrénico.

Una búsqueda por PubMed para artículos de trastorno esquizoafectivo hace referencia a más de 23 800 publicaciones en que lo mencionan desde 1949 al presente. El tema respecto a si los trastornos afectivos con síntomas psicóticos y la esquizofrenia son dos enfermedades distintas, existen en un continuum o son una sola enfermedad ha sido ampliamente discutido.

Ya desde 1970 Kendell y Gourlay concluyen que la esquizofrenia y los trastornos afectivos no son dos entidades distintas y otros autores como Procci, 1976, Pope and Lipinski 1978 publicaron que la esquizofrenia de buen pronóstico incluyendo la categoría de la esquizofrenia esquizoafectiva incluía a una gran cantidad de pacientes con enfermedad maniaco-depresiva.

Mat y colab publican que la fidelidad del diagnóstico de trastorno esquizoafectivo es de 0.22 comparada con la manía de 0.71 y de depresión de 0.82. Por lo que se concluye que el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo no tiene validez mientras que los trastornos afectivos sí la tienen.

Lo que los autores concuerdan es que cuando los síntomas psicóticos con un afecto incongruente están presentes en la fase aguda pueden predecir una dificultad importante en el diagnóstico incluso cuando se encuentran presentes además síntomas afectivos como en el trastorno esquizoafectivo. (Harrow y colab, 2000).

Hipótesis actuales

En las discusiones de la literatura concernientes a la relación potencial entre el TEA, la esquizofrenia y los trastornos del estado de ánimo, se han propuesto varias posibilidades:

1. Que el trastorno esquizoafectivo sea en realidad una esquizofrenia

Los que defienden esta teoría se apoyan en Bleuler 1911-1950 y Schneider 1959, dicen que es posible que el trastorno esquizoafectivo es en realidad una esquizofrenia y que es una redundancia en el sentido de que los delirios y las alucinaciones están presentes y no existen psicosis funcionales no esquizofrénicas.

Maj. y colab realizaron un estudio para evaluar la validez de la categoría diagnóstica del DSM-IV del TEA. El mismo confirma que no se puede asegurar la validez de los criterios propuestos en el DSM-IV ya que no son satisfactorios. Encuentran que no se especifican bien los requisitos para encajar en los diferentes criterios.

Parte del desacuerdo deriva del hecho que los síntomas del criterio A para el diagnóstico del DSM-IV de esquizofrenia (a los cuales hace referencia la definición del TEA) pueden presentarse también en los trastornos afectivos por lo cual, a no ser que se haga una especificación que aclare que estos síntomas no deben estar relacionados con el ánimo, el criterio A para el TEA pierde sentido.

Incluso aunque se haga la especificación, la evaluación de la naturaleza, ya sea afectiva o no de los síntomas es a menudo muy difícil. Además no se especifica claramente la relación temporal requerida entre los síntomas anímicos y los síntomas psicóticos incongruentes con el afecto, y ésta puede ser difícil de reconstruir.

Para el criterio B, no queda claro el significado de la expresión “ausencia de síntomas afectivos prominentes”, es decir, si se refiere a que no se deben cumplir en su totalidad los criterios para un episodio depresivo mayor o maniacal, o a que no puede estar presente ningún síntoma afectivo clínicamente significativo.

En el caso del criterio C es ambigua la expresión “una porción sustancial de los períodos activo y residual de la enfermedad”, en cuanto a qué debe comprenderse por sustancial y a la dificultad de evaluar retrospectivamente la relación temporal entre los síntomas afectivos y los síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo.

En este mismo estudio se evaluó la evolución a corto plazo del TEA diagnosticado con los criterios del DSM-IV y se encontró que era significativamente mejor que el de la esquizofrenia. Sin embargo, esto parece depender más de los criterios de duración mínima de seis meses y del impedimento funcional que se requieren para el diagnóstico de la esquizofrenia y no para el de TEA, que de patrones sintomáticos diferentes de ambas condiciones. De hecho, cuando se realiza esta misma comparación entre los pacientes con TEA y aquellos con trastorno esquizofreniforme (una condición idéntica a la esquizofrenia desde el punto de vista sintomático pero menor de seis meses de duración y que no requiere la presencia de impedimento funcional), el pronóstico fue incluso mejor para este último.

Concluyen por lo tanto que el patrón de traslape entre los síntomas afectivos y los síntomas psicóticos incongruentes con el estado de ánimo identificado en el DSM-IV dentro de los criterios para el TEA no parece definir

por sí mismo un síndrome diferente cualitativamente a la esquizofrenia y que las implicaciones clínicas de esta controversia en el diagnóstico del TEA son modestas. También apoya esta posición el hallazgo reportado en la historia familiar de pacientes con diagnóstico de TEA en el DSM-III-R, la cual no difiere de los antecedentes de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia basándose en el mismo texto.

Kendler y colab expresa sus dudas acerca de la estabilidad del diagnóstico a través del tiempo, y plantea la posibilidad de que el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo sea considerado de nuevo como parte de la esquizofrenia (Kendler y colab. ,1995)

HG Pope y colab, comparan pacientes que cumplían los criterios para el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo tipo maniaco con pacientes que cumplían criterios para episodio maniaco y esquizofrenia, utilizando: historia familiar, respuesta al tratamiento a corto plazo y a largo plazo. Publicaron que ellos no encontraron diferencias significativas entre pacientes maniacos y esquizoafectivos pero sí encontraron diferencias importantes entre los pacientes maniacos y esquizoafectivos de los pacientes esquizofrénicos.

Estos hallazgos hacen que ellos sugieran que el trastorno esquizoafectivo, como está definido no es "una entidad válida e independiente". Y proponen que los trastornos psicóticos no diagnosticados como TAB o esquizofrenia y sin una base orgánica deben de diagnosticarse como psicosis sin diagnosticar o psicosis atípica, mientras se establecen nuevos subtipos de esquizofrenia o de TAB. (HG Pope y colab, 1980)

2- Que el TEA es una patología separada pero estrechamente relacionada con la esquizofrenia y no con los trastornos del estado de ánimo.

Basada en el DSM IV y en estudios varios (Batchelor y colab, 1969, Detre, Jarecki , 1971, Lehman y colab, 1975, Welner y colab., 1979, Himmelhoch y colab., 1981, McGlashan, Williams, 1987 and Maj y colab., 1987).

Coryell y colab., 1984 llevaron a cabo un estudio con 354 pacientes, 24 con diagnóstico de TEA de tipo depresivo, 56 con depresión psicótica y 274 con depresión mayor sin psicosis, con evaluaciones en un seguimiento de seis meses. Las tendencias que encontraron, junto con los estudios de antecedentes familiares disponibles, sugirieron que una pequeña proporción de pacientes esquizoafectivos, de tipo depresivo, tendrán un curso a largo plazo consistente con aquel de la enfermedad esquizofrénica.

Whalay, 1992 examina grupos de síntomas asociados con trastornos afectivos, trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia en 156 pacientes afroamericanos. Encuentra que los síntomas para el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo se traslapaba en un 41% de los portadores de trastorno afectivo y en un 71% de los pacientes esquizofrénicos. Por lo que concluye que el trastorno esquizoafectivo cae en el espectro de los trastornos esquizofrénicos.

3- Que el TEA es una patología diferente con algunas características en común tanto con la esquizofrenia como con los trastornos del afecto. (Mitsuda, 1965, Walinder, 1972, Baron, 1977 and Maj, 1988).

En el estudio de Benabarre y colab. se analizan las diferencias entre los tres grupos de patologías en 138 pacientes (34 esquizoafectivos, 37 esquizofrénicos y 67 bipolares tipo I), en cuanto a las características demográficas, a la clínica y a la evolución de cada enfermedad. Los resultados apoyan la existencia del TEA como entidad nosológica y la ubican en un punto intermedio entre la esquizofrenia y el trastorno afectivo bipolar.

Encuentran que si bien los síntomas en un corte en el tiempo se asemejan más a la esquizofrenia, el curso de la enfermedad es más parecido al de los pacientes bipolares. Enfatizan de acuerdo a estos resultados en la importancia de llevar a cabo un seguimiento longitudinal para el diagnóstico y el manejo de los síndromes psicóticos.

Sin embargo los criterios diagnósticos utilizados en este estudio fueron los del RDC, en los cuales los pacientes esquizoafectivos maniacales podrían corresponder a pacientes bipolares tipo I con síntomas psicóticos incongruentes, los cuales en otros estudios se han asociado con un peor pronóstico. Además no se incluyeron pacientes esquizoafectivos depresivos, por lo cual los resultados no pueden ser generalizados a este subgrupo.

El análisis que ellos realizan de las variables demográficas no mostró diferencias significativas en la distribución por sexo ni por edad.

Los pacientes bipolares se casaban con menor frecuencia y existían diferencias significativas en la historia familiar, los pacientes bipolares tenían el mayor porcentaje de historia familiar de trastornos afectivos.

Encontraron además que la edad de inicio fue considerablemente mayor para pacientes bipolares y que los pacientes esquizoafectivos mostraban el más alto número de episodios desde el inicio de la enfermedad, seguidos por los bipolares.

En este mismo estudio de Benabarre y colab., se encontraron como variables con mayor diferencia entre los tres trastornos la existencia de síntomas psicóticos durante el primer episodio, la presencia de alucinaciones durante el curso de la enfermedad y la historia familiar de suicidio. Cuando compararon a los pacientes esquizofrénicos con los esquizoafectivos, en la esquizofrenia se presentaban con mayor frecuencia alucinaciones que en el grupo esquizoafectivo.

En cuanto a las variables pronósticas, el TEA se ubicó en una posición intermedia entre los pacientes bipolares y los esquizofrénicos con respecto al funcionamiento ocupacional y a la autonomía. Los tres grupos mostraron impedimentos en dichas áreas. Los pacientes esquizoafectivos presentaron mejor ajuste social que estatus laboral, ya que dos tercios de ellos no estaban capacitados para trabajar. Solamente 11% de los esquizofrénicos tenían trabajo el momento del estudio. (Benabarre y colab, 2001).

Angst y colab, 1980 y Grossman y colab, 1990 indican que el trastorno esquizoafectivo debe ser clasificado como una categoría intermedia entre la psicosis maniaco-depresiva y la esquizofrenia.

Maj y colab., 1990 estudiaron dos muestras de pacientes que completaban los criterios del RDC para el TEA y para el trastorno afectivo mayor, respectivamente. El curso a largo plazo de los pacientes diagnosticados en el corte como esquizoafectivos fue muy heterogéneo. Se identificaron diez diferentes patrones de curso. En pacientes esquizoafectivos que mostraron un curso bipolar caracterizado por la aparición de episodios afectivos puros la evolución fue la misma que la de los pacientes con un diagnóstico inicial de trastorno afectivo mayor, mientras que en los pacientes esquizoafectivos cuya evolución se caracterizó por la aparición de episodios esquizodepresivos solamente, o esquizodepresivos y esquizofrénicos, el pronóstico fue significativamente peor que en los pacientes afectivos.

El mismo investigador realizó un estudio de seguimiento por tres años de pacientes de cuatro diferentes muestras que cumplían con los criterios de la RDC para TEA tipo maniaco, TEA tipo depresivo, trastorno maniaco y trastorno depresivo mayor, respectivamente, valorando su evolución con un test de evaluación de incapacidad (Disability Assessment Schedule, DAS) y con una escala de curso clínico (Strauss-Carpenter Outcome Scale). Al final del período de seguimiento no se observaron diferencias significativas en ambas pruebas entre los pacientes esquizomaniacos y los maniacos, aunque el curso clínico global fue ligeramente peor para los primeros. En contraste, sí hallaron diferencias significativas entre los esquizodepresivos y los depresivos en ambas escalas: los esquizodepresivos mostraron más aislamiento social, menos contactos sociales y peor desempeño laboral en las dos pruebas. (Maj y colab, 1985)

Lapensee realizó una revisión en 1992 de investigaciones del TEA que estudiaran el diagnóstico, el curso clínico y evolución y la historia familiar. Concluye que el TEA es una categoría heterogénea que incluye pacientes con

trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia, psicosis genéticamente distintivas y una disposición genética para tanto la esquizofrenia como el trastorno afectivo bipolar. (Lapensee y colab, 1992)

4- Que el TEA se encuentra en medio del espectro de enfermedades psicóticas entre la esquizofrenia y los trastornos del humor.

Post, 1992 publica que los trastornos afectivos con síntomas psicóticos son indistinguibles de los conceptos clásicos de esquizofrenia y de trastorno esquizoafectivo (Post, 1992).

Por lo que se propone un continuum de severidad de las psicosis, este continuum es respecto a la severidad de los síntomas y no a un continuum de enfermedad. Los factores genéticos parecen que regulan la severidad y no la enfermedad.

Algunos autores han discutido la regulación genética del continuum de severidad y han concluido que debe de asumirse que el trastorno bipolar y la esquizofrenia están genéticamente relacionados y que las psicosis representan un continuum en la variación de un locus genético y esto implicaría una enfermedad no tres. (Lapierre, 1994, Crow, 1990a, Crow, 1990b, Valles y colab., 2000, Ketter y colab., 2004).

Los estudios que sitúan al trastorno esquizoafectivo en una posición intermedia entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos toman en cuenta: la propensión familiar (Angst y colab., 1979; Maj y colab., 1991; Taylor, 1992; Kendler y colab., 1993; Bertelsen and Gottesman, 1995), la neurobiología (Ketter y colab., 2004), el ajuste premórbido (Marneros y colab., 1989a), los síntomas (Kendell and Brockington, 1980; Peralta y colab., 1997), la respuesta al tratamiento (Johnstone y colab., 1988; Levinson y colab., 1999) y el curso (Marneros y colab., 1990; Tsuang and Coryell, 1993; Harrow y colab., 2000).

Harrow y colab. Estudiaron a 210 pacientes con diagnósticos de TEA, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar tipo I y depresión hospitalizados y les dieron un seguimiento durante 10 años.

El pronóstico del TEA fue mejor que el de la esquizofrenia y peor que el de los trastornos afectivos. Las psicosis con síntomas incongruentes con el afecto mostraron tener implicaciones pronósticas negativas. La misma tendencia encontró este investigador en una revisión de estudios acerca del pronóstico de los trastornos esquizoafectivos.

Peralta V, realiza un estudio con 660 pacientes psicóticos que fueron evaluados para manía, depresión, psicosis e incongruencia diagnosticados de acuerdo a los criterios diagnósticos de investigación y los clasifica como psicosis no afectivas sin síndrome afectivo (65%), psicosis no afectiva con síndrome afectivo (15%), trastorno esquizoafectivo de predominio esquizofrénico (6.21%), trastorno esquizoafectivo de predominio afectivo (6.36%) y trastorno afectivo con síntomas psicóticos (7.12%).

Los autores trataron de relacionar factores de riesgo premórbidos, variables clínicas y encontraron que los factores de riesgo como el ajuste premórbido, las características clínicas y el disfuncionamiento parecen estar presentes en la mayoría de forma continua desde las psicosis no afectivas a los trastornos afectivos con características psicóticas. Esta asociación fue independiente de categorías diagnósticas específicas y el enfoque dimensional fue superior que el enfoque diagnóstico tradicional en explorar las características de la enfermedad.

Ellos concluyen que los resultados son compatibles con la noción de que el espectro esquizoafectivo es parte de un modelo continuum de la enfermedad psicótica. (Peralta V y colab, 2008)

Tanto la esquizofrenia como los trastornos bipolares, diagnosticados de acuerdo al CIE-10 y el DSM IV revelan ciertas similitudes tales como:

prevalencia de 1% en hombres y mujeres independientemente de la cultura, inicio temprano de la enfermedad (entre la adolescencia y la vida adulta temprana), agregación familiar debido a causas genéticas con un riesgo similar de recurrencia para el mismo trastorno en familiares y concordancia comparable entre monocigóticos y dicigóticos con una heredabilidad estimable de un 60-80%. (Wolfgang Maier, 2006).

Existe evidencia de que en ambos trastornos existe una susceptibilidad genética para la neurogulin- 1 y G72/G30, las cuales están implicadas en el neurodesarrollo, transmisión glutaminérgica o ambas (Green EK, 2005, Hattori E, 2003, Schumacher J. 2004). Se ha documentado que la depresión es un precursor en la mayoría de los casos en ambos trastornos. (Hafner H. 2005, Krabbendam L. 2004).

Por lo que se propone que las relaciones entre ambos trastornos no encajan en la dicotomía como se ha expuesto hasta entonces y que los pacientes con sintomatología psicótica en trastornos bipolares son muy similares a los pacientes esquizofrénicos en aspectos genéticos y neurobiológicos. (Wolfgang Maier, 2006).

5- Que el TEA está relacionado más estrechamente con los trastornos del estado de ánimo que con la esquizofrenia. (Cohen y colab., 1972, Procci, 1976, Pope and Lipinski, 1978, Pope y colab., 1980 and Dieperink and Sands, 1996., Procci, 1976 and Pope and Lipinski, 1978).

Esta teoría está respaldada por las revisiones de síntomas, curso, resultados, respuesta al litio e Historia familiar (Procci, 1976 ,Pope and Lipinski, 1978).

Plantean que los trastornos del humor son tanto trastornos del pensamiento como del humor y que no existen síntomas esquizofrénicos específicos. Indican que el rango de la severidad de los trastornos del humor

puede ocurrir en dos axis: uno para síntomas de psicosis y otro para síntomas afectivos y el concepto de un axis dual podría explicar las diferencias entre los estudios de familia y la respuesta al tratamiento.

6- Que el TEA es un diagnóstico redundante, infundado y que debería eliminarse no porque en realidad tengan esquizofrenia, sino porque en realidad son un trastorno severo del humor con características psicóticas y no una patología separada. (Ollerenshaw, 1973, Procci, 1976, Pope y colab., 1980, Swartz, 2002. Swartz, 2002)

Los partidarios de esta hipótesis argumentan que como no hay pruebas fisiopatológicas diagnósticas para ningún trastorno psiquiátrico, se requieren criterios estrictos para justificar científicamente la existencia de tales enfermedades. Entre ellos se incluyen: síntomas que sean únicos para la enfermedad, epidemiología consistente, respuesta similar con el tratamiento (algunos medicamentos que alivien y otros que empeoren los síntomas), curso y pronóstico consistentes, aumento de la herencia en familiares de primer grado incluyendo gemelos monocigotos y la identificación de locus con susceptibilidad genética específica.

En el caso del trastorno afectivo bipolar estos criterios se cumplen en forma consistente, pero critican la falta de bases científicas de la clasificación diagnóstica de los trastornos psicóticos.

Específicamente se refieren al TEA por tener criterios que fueron contruidos sobre los criterios de la esquizofrenia, los cuales a su vez califican de ser controversiales. En la posición que mantienen los que apoyan esta teoría postulan que las características psicóticas que constituyen actualmente criterios diagnósticos para la esquizofrenia representan un grado de severidad de la enfermedad bipolar, que sí ha sido validada como patología específica por la evidencia científica. (Angst y colab, 1980, Coryell y colab 1984, Harrow y colab 1984).

Algunos autores, basados en lo anterior, plantean que en los casos de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, los criterios diagnósticos del trastorno bipolar podrían estar opacados por la inmersión del paciente en su psicosis florida, y por el énfasis en sus distorsiones psicóticas. Se apoyan en el hecho que se ha documentado de pacientes bipolares que experimentan síntomas psicóticos tan severos que las características bipolares son oscurecidas temporalmente. Por ello proponen que en estos cuadros los síntomas afectivos bipolares solo pueden ser revelados con una entrevista dirigida a la búsqueda de los mismos con una persona cercana al paciente.

En general se recomienda en la evaluación de los pacientes psicóticos que no se consideren únicamente los síntomas en el momento de la presentación, ya que el criterio que se considera más válido para el diagnóstico diferencial es la evolución en el tiempo. Esto debe incluir la historia de vida del paciente, así como el curso del trastorno.

Stephano Pini y colab, comparan en 150 pacientes variables tales como afecto y cognición en pacientes diagnosticados con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, manía con síntomas psicóticos incongruentes con el humor y estados mixtos utilizando criterios del DSM III-R.

La severidad de la psicopatología fue valorada con la brief psychiatric scale (BPRS) y para la sintomatología negativa se utilizó la escala para síntomas negativos (SANS). El nivel de insight se evaluó con la escala para valorar insight (SUMD).

Ellos encuentran que no existen diferencias al evaluar tipos específicos de delirios y alucinaciones entre sujetos con dichas patologías. Por lo que concluyen que la sintomatología negativa más que la afectiva puede ser útil a la hora de diferenciar la esquizofrenia y los trastornos esquizoafectivos de la manía con síntomas incongruentes con el estado de ánimo o la manía mixta.

Clasificación dicotómica: críticas actuales

Existe una gran cantidad de investigaciones que han hecho que la validez de la clasificación dicotómica esté en duda.

Se alega que en la experiencia clínica en muchos casos existen pacientes los cuales no encajan en la dicotomía de las enfermedades psicóticas funcionales. Muchos individuos reciben un diagnóstico en un tiempo determinado y por un equipo determinado y luego reciben otro diagnóstico por otro equipo y en otro tiempo.

Esta realidad clínica es respaldada por múltiples estudios de sintomatología que típicamente han fallado en encontrar una discontinuidad entre las características clínicas de las dos categorías.

La controversia actual sienta sus bases en los hallazgos provenientes de muchos campos de la investigación como las neuroimágenes, la neuropatología y neuropsicología, los hallazgos encontrados no encajan con el modelo dicotómico tal como lo expresa Murray y colab en el 2004.

La clasificación operacional neo-Kraepeliana fue desarrollada en la última parte del siglo XX en respuesta a la preocupación generalizada sobre diagnósticos con pobre fidelidad y la aparición de éstas constituyó un enorme avance para la Psiquiatría clínica y académica.

Los teóricos quienes desarrollaron este sistema dieron categorías descriptivas sabiendo que la validez era incierta (Spitzer y colab, 1978).

Existen varios problemas que presentan aquellos pacientes cuyas enfermedades mentales no caben en las clasificaciones oficiales. Si la enfermedad psicótica no es separable en dos categorías como se ha planteado tendrá numerosos problemas.

En muchos servicios se atiende por clínicas que están divididas de acuerdo a esta dicotomía, así existen clínicas de esquizofrenia, clínicas de bipolares, etc. Los congresos médicos también están divididos de acuerdo a la

dicotomía, los medicamentos tienen una licencia para una categoría diagnóstica y las investigaciones también se hacen de acuerdo a la categoría diagnóstica.

Los validadores más útiles para el diagnóstico de un grupo de trastornos varían de acuerdo al tiempo. En la época de Kraepelin no había medicaciones disponibles por lo que el diagnóstico jugaba un rol importante en el pronóstico, en nuestra era un validador importante debería de ser la respuesta al tratamiento tal y como lo sugiere Murray y colab, 1978.

En el estudio de Johnstone en 1988 se encuentra que los pacientes con psicosis funcionales, los síntomas psicóticos respondían a neurolepticos y los síntomas afectivos a estabilizadores del ánimo, específicamente Litio, y que no existía una especificidad diagnóstica en la respuesta.

Por lo que se espera que para el DSM V y el CIE 11 se tomen en cuenta estos hallazgos, muchos abogan por un único sistema de clasificación en psiquiatría en lugar de las dos clasificaciones actuales y que la etiología, el diagnóstico y la terapia estén relacionados.

Aunque la mayoría de los diagnósticos actuales son descriptivos, se espera, en un futuro que la nosología pueda basarse en una forma más consistente sobre la etiología.

El trastorno esquizoafectivo en el Hospital Nacional Psiquiátrico

Según los reportes de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2000 el 20% de los internamientos en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) eran clasificados en el apartado de la CIE 10 de esquizofrenia, trastornos esquizotípicos y trastornos delirantes cinco años después este porcentaje aumentó a 32.4% de los egresos y en el año 2006 representaba el 33.5% de los egresos. (Registros Médicos del HNP, 2005, 2006).

A pesar que la esquizofrenia se sigue manteniendo como el principal diagnóstico de egreso del Hospital Nacional Psiquiátrico encontramos como en el año 2005 de los 4025 egresos reportados el 31.8% fueron egresados como trastornos del Humor siendo un porcentaje muy similar al reportado para esquizofrenia (32.4%).

Sin embargo Contreras y colab, 2002 reportan que de la muestra de pacientes esquizofrénicos del Valle Central analizados a través del proceso de mejor estimado diagnóstico el 49.5% habían sufrido al menos un síndrome depresivo mayor y un 10.77% un episodio de manía.

El encontrar cuadros depresivos en pacientes esquizofrénicos es un hallazgo ya reportado en la literatura y tal como lo plantea Contreras "existen diversos estudios en la población general que han demostrado que experiencias vitales adversas en individuos con predisposición genética constituyen un factor predictivo del desarrollo de depresión".

El mismo Contreras ha realizado estudios similares donde se ha demostrado que los esquizofrénicos del Valle Central portadores de un marcador genético específico desarrollan mas depresión a lo largo de su vida.

Entre los predisponentes a la depresión ellos proponen: "la falta de seguridad personal, condiciones de vida precaria, estigmatización, conflictos interpersonales y desempleo entre otros son consecuencia de la interacción de

un individuo psicótico con su medio ambiente y tal como lo plantea Birchwood y colab experimentar delirios paranoides con la inminente amenaza a la seguridad personal es suficiente para generar depresión y temor en un esquizofrénico”.

Los hallazgos de depresión en un paciente esquizofrénico, según la clasificación diagnóstica no viraría el diagnóstico de esquizofrenia hacia un trastorno esquizoafectivo o hacia un trastorno afectivo ya que debería de cumplir uno de los requisitos del DSM IV que es que los síntomas afectivos tienen que estar presentes en una parte sustancial de la duración total de la enfermedad incluyendo la parte activa y residual.

A pesar de que la mayoría de los egresos del Hospital Nacional Psiquiátrico corresponden a la esquizofrenia se ha reportado que los egresos por trastorno esquizoafectivo van en aumento tal forma que en 1996 fue del 0.03% mientras que en el 2001 fue de 0,05%.

De estos pacientes 567 egresaron como esquizofrenia de los cuales 334 eran hombres y 233 mujeres, 562 egresaron como trastorno esquizoafectivo de los cuales 264 eran hombres y 358 eran mujeres y 1279 egresaron como trastornos del humor de los cuales 465 eran hombres y 814 eran mujeres.

En el año 2006 se egresaron 543 pacientes con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo de los cuales 194 son hombres y 349 son mujeres. (Registros Médicos del HNP, 2005, 2006)

Encontramos en estos datos un importante predominio de sintomatología afectiva en el sexo femenino.

Estos hallazgos ya se habían reportado por Montero y colab, 2002 en donde se hacía referencia que las mujeres por sus características aprendidas de género tendían a mostrar mayor sintomatología afectiva en la entrevista que los varones.

Marco Metodológico

1. Tipo de estudio

Es un estudio cuantitativo, retrospectivo, descriptivo en una muestra de 229 expedientes de salud que corresponden a pacientes que requirieron hospitalización en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2005.

Fue desarrollado en el período de setiembre a octubre del 2008 en el servicio de Archivo del Hospital Nacional Psiquiátrico.

2. Selección de los individuos

Para la selección de los individuos se realizó por medio de la estimación de un muestreo aleatorio simple para estimar proporciones tomando una población de 562 expedientes de salud y tomando como muestra a 229 expedientes de salud.

La información fue obtenida de los expedientes de salud de los 229 pacientes elegidos en la muestra, se aplicó un instrumento de recolección de los datos que se anexa al final de este documento.

2.1 Criterios de inclusión

Rango de edad: no existe un límite de edad.

Género: no hay diferencia entre género.

Etnia: no hay diferencia entre etnia.

Inclusión de clases especiales o participantes vulnerables: se incluyen pacientes egresados del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Pruebas de laboratorio y Gabinete: no se harán.

2.2 Criterios de exclusión

Se excluirán del estudio pacientes diagnosticados con Retraso Mental

3. Fuentes y recopilación de los datos

Los datos se recopilaron del expediente de salud de una muestra de 229 expedientes de salud utilizando un instrumento de recolección de datos dónde se recoge:

- La edad de la primera admisión
- Género
- Escolaridad
- Estado civil
- Antecedentes familiares
- Tiempo entre la primera manifestación psicótica e internamiento del primer ingreso
- Criterios del CIE 10
- Criterios del DSM IV
- Diagnóstico del primer ingreso
- Diagnóstico del último ingreso
- Número de hospitalizaciones

4. Procesamiento de muestras o especímenes

La muestra se calcula a partir de una población de 562 expedientes de salud de pacientes que egresaron en el año 2005 bajo el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

5. Procesamiento de datos

Posterior al llenado de los formularios los datos fueron ingresados en una base de datos diseñada en Epi Info 3.5.1 (CDC.2008) específica para la investigación.

6. Análisis de datos

En la primera etapa del análisis se realizó la determinación de frecuencias y proporciones para las variables de tipo cualitativo y la determinación de medias y desviación estándar para las variables de tipo cuantitativo.

En la segunda etapa del análisis se realizó el seguimiento de los diagnósticos según las consultas posteriores y en la última estimación la determinación de la correlación entre el primer y último diagnóstico documentado para la evaluación de la estabilidad diagnóstica.

Todos los análisis fueron realizados por medio del software estadístico Epi Info 3.5.1 (CDC-2008).

7. Aspectos éticos

El trabajo fue aprobado por el comité de ética del Hospital Nacional Psiquiátrico.

Resultados y discusión

Cuadro 1: Características generales de pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

<i>Variable</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Sexo		
Masculino	79	34.5
Femenino	150	65.5

Al evaluar las características de los pacientes con trastorno esquizoafectivo se evidenció que el sexo más prevalente fue el femenino en el 65.5% de los pacientes versus el masculino en un 34.5%.

Esta diferencia entre hombres y mujeres difieren con las características expuestas en la literatura mundial para trastorno esquizoafectivo quienes reportan que la prevalencia del trastorno esquizoafectivo es “ligeramente superior para el sexo femenino” (Clayton, 1982).

Estos hallazgos parecen estar más relacionados con la tendencia a sobre-diagnosticar trastornos afectivos en mujeres, que ya había sido reportado en un estudio previo hecho en el país dónde se planteaba que las mujeres tienden a expresar más síntomas afectivos que los hombres a la hora de la entrevista y que esto podría ser el resultado de diferencias de género aprendidas, o a “que los psiquiatras tienden a sobre-valorar los síntomas afectivos en mujeres pero no en hombres” (Montero y colabs, 2002).

Por lo que se plantea que existen dos variables, la del entrevistador y la del paciente, dónde si se encuentran evaluadores o pacientes del sexo

femenino existiría mayor probabilidad de encontrar diagnosticado una patología afectiva.

En una revisión de estudios hechos sobre el trastorno esquizoafectivo Maj y colab reportan que 23 estudios no demuestran diferencia alguna de género entre la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo mientras que 12 estudios reportan que predomina más en mujeres que en varones.

Cuando Maj y colab hacen la comparación entre trastorno esquizoafectivo y trastornos afectivos encuentran que en 32 estudios no se hace diferencia alguna entre ambos y sólo 4 estudios indican que en los trastornos afectivos predomina el sexo femenino.

Sólo dos estudios reportan una diferencia significativa entre el sexo femenino en mujeres con trastorno esquizoafectivo versus trastornos afectivos (Inui y colab., 1998; Williams and McGlashan, 1987).

Sin embargo en el ejemplo de Inui y colab fueron sólo 12 pacientes esquizoafectivas mientras que Williams and McGlashan incluye sólo pacientes bipolares en comparación a esquizoafectivas. (Maj y colab, 2008).

Por lo que la mayoría de los estudios revisados no demuestran diferencias en cuanto al género entre los pacientes esquizoafectivos comparados con la esquizofrenia y con los trastornos afectivos.

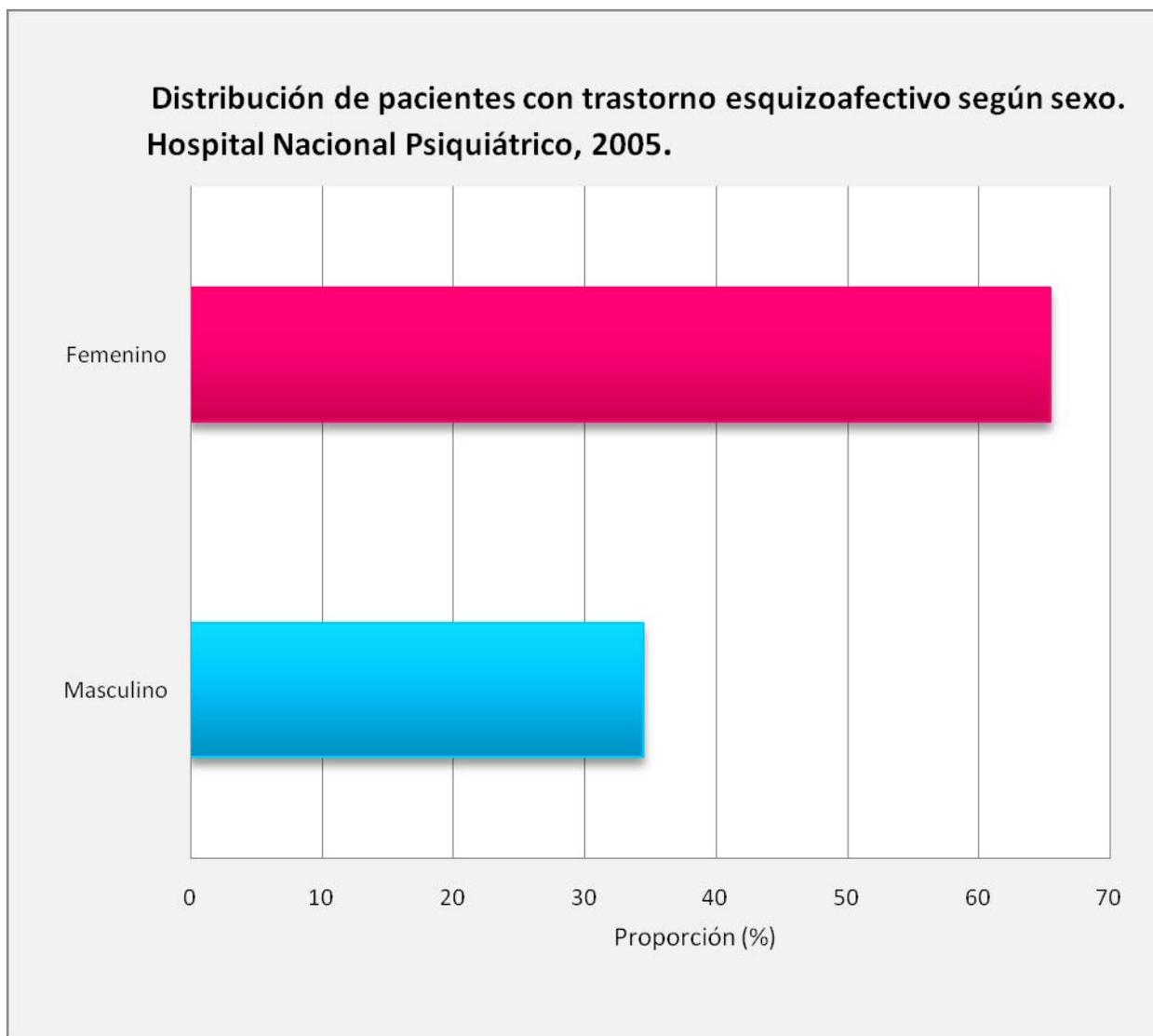
En la muestra analizada este predominio del sexo femenino era un hallazgo esperable debido a que según las estadísticas del Hospital Nacional Psiquiátrico, en el año 2005, la cantidad de mujeres egresadas como trastorno esquizoafectivo era de 358, 814 habían egresado como un trastorno del humor y sólo 233 habían egresado como esquizofrénicas.

Estos datos confirman como en el Hospital Nacional Psiquiátrico, en los egresos, predomina el diagnóstico de los trastornos afectivos en las mujeres,

así en el año 2005 egresaron como trastorno afectivo 1279 pacientes de las cuales 814 eran mujeres (63.6%) y 465 eran varones (36.4 %).

Estas estadísticas podrían servir para próximos estudios que exploren las diferencias cuando un paciente es evaluado por un hombre versus una mujer, ya que según se ha descrito cuando el evaluador es femenino hay mayor probabilidad de que se diagnostique una patología afectiva.

Gráfico 1: Distribución de pacientes con trastorno esquizoafectivo según sexo. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2005



Cuadro 2. Edad del paciente en el primer ingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico

Edad del paciente en el primer internamiento	n	%
De 10 a 19 años	47	20.5
De 20 a 29 años	104	45.4
De 30 a 39 años	50	21.8
De 40 a 49 años	19	8.3
Más de 50 años	9	3.9

Al evaluar la edad en la primera admisión se encuentra que fue mayor para el grupo entre los 20 a 29 años encontrándose en un 45.4% de los pacientes, de 30-39 años en un 21.8%, entre los 10 a 19 años corresponde a un 20.5%, un 8.3% en pacientes de 40-49 años y un 3.9% en mayores de 50 años.

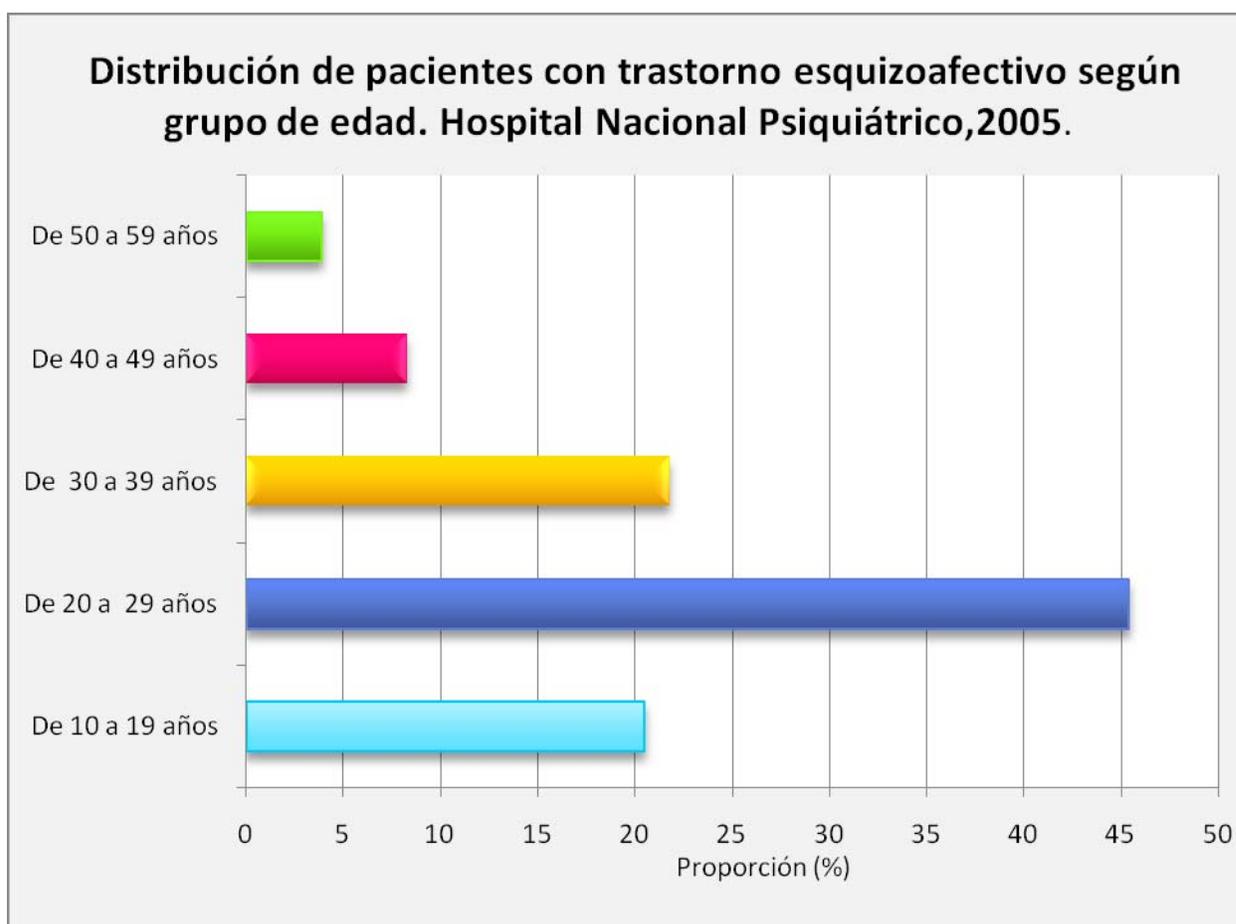
Estos datos tampoco concuerdan con lo reportado en la literatura mundial donde se reporta que los pacientes esquizoafectivos tienen una edad de inicio más tardía comparada con la edad de inicio de los pacientes esquizofrénicos.

Los hallazgos encontrados son similares a los encontrados en estudios de pacientes esquizofrénicos, tal y como reporta Contreras y colab en su muestra de pacientes esquizofrénicos donde ellos sitúan la edad de inicio promedio de los pacientes estudiados en 21.3 años.

En la muestra analizada se encuentra que el 45.4% de los pacientes correspondían a este rango de edad, relacionándose estos hallazgos más demográficamente con pacientes esquizofrénicos que con esquizoafectivos.

El 12.2% de los pacientes tuvieron su primer internamiento después de los 40 años. Si analizamos que estos pacientes fueron ingresados en un 64.6% antes de cumplir 3 meses entre el inicio de la sintomatología psicótica y el internamiento, tendríamos a un importante porcentaje de pacientes con síntomas psicóticos de inicio tardío. Este hallazgo sería completamente inusual ya que a nivel mundial se han reportado porcentajes de 3.3% de pacientes mayores de 40 años con diagnóstico de esquizofrenia de inicio tardío.

Gráfico 2. Distribución de pacientes con trastorno esquizoafectivo según grupo de edad. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2005



Cuadro 3. Distribución de pacientes con trastorno esquizoafectivo según estado civil. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

	N	%
Estado civil		
Soltero	113	49.8
Casado	64	28.2
Divorciado	11	4.8
Separado	15	6.6
Viudo	11	4.8
Unión Libre	13	5.7

Con respecto al estado civil encontramos que el 49.8% de los pacientes eran solteros, el 4.8% divorciados, el 6.6% eran separados encontrándose en unión libre un 5.7% y casados un 28.2%.

Estos datos concuerdan con hallazgos reportados de otros estudios que expresan la mayor dificultad de los pacientes en sus relaciones personales.

Esta dificultad se manifiesta en una marcada tendencia al aislamiento que les impide establecer relaciones de pareja y por lo tanto se encuentra mayor cantidad de personas solteras.

En las estadísticas mundiales el trastorno esquizoafectivo se plantea como un intermedio entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos por lo que

se esperaría encontrar en estos pacientes una dificultad intermedia en las relaciones personales.

En la muestra analizada, las cifras encontradas al analizarlas con los datos reportados por Contreras y colabs en su muestra de pacientes esquizofrénicos, son muchísimo menores.

Contreras y colabs reportan un 80% de pacientes solteros mientras que en la muestra analizada se encuentra sólo un 49.8% de los pacientes solteros.

Otros autores como Maj y colabs encuentran revisando varios estudios que los porcentajes de pacientes esquizoafectivos que nunca se han casado son mayores que en pacientes con trastornos afectivos pero menores si se comparan con esquizofrénicos.

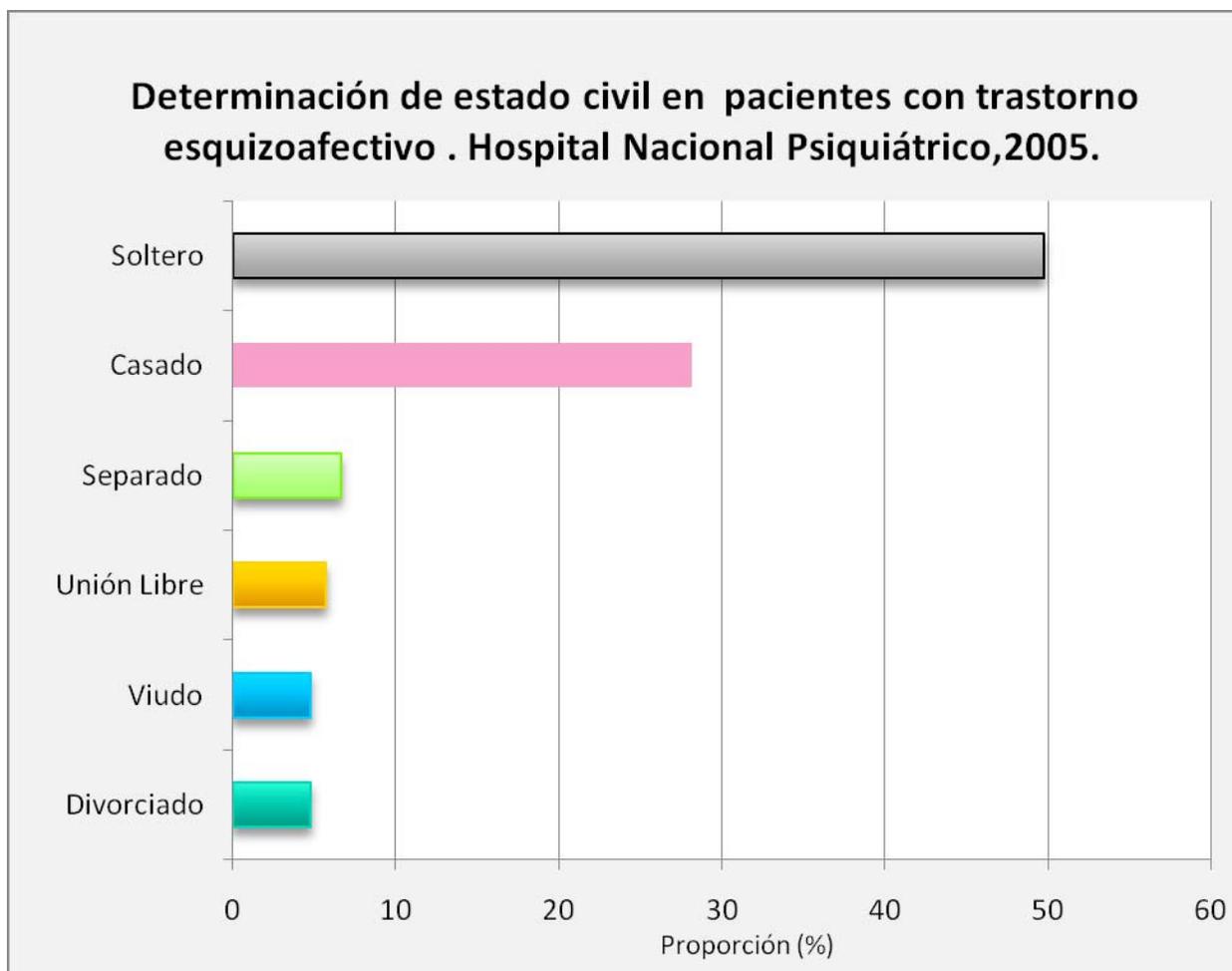
Sin embargo, los resultados obtenidos deben de ser analizados con cautela.

En la muestra analizada se encuentra que la mayoría de los pacientes eran del sexo femenino y que el 38.8% de los pacientes tenían una relación de pareja al momento del ingreso.

Este hallazgo podría estar en relación con lo que ya ha sido descrito en la literatura, dónde se describe que socialmente existe una mayor tolerancia para las mujeres de su enfermedad y que por lo tanto se espera encontrar que las mujeres tengan más relaciones de pareja que varones con la misma enfermedad.

Sin embargo, ésta es tan sólo una hipótesis que podría ser tomada en cuenta para próximos estudios.

Gráfico 3. Determinación de estado civil en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2005



Cuadro 4 Escolaridad de los pacientes ingresados como Trastorno Esquizoafectivo en el año 2005 en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Escolaridad	n	%
Analfabeta	9	3.9
Primaria completa	49	21.5
Primaria Incompleta	67	29.4
Secundaria incompleta	48	21.1
Secundaria Completa	24	10.5
Estudios universitarios incompletos	14	6.1
Estudios universitarios completos	11	4.8
Estudios técnicos completos	6	2.6

Al analizar la escolaridad encontramos que la mayoría de los pacientes, un 29.4% tenían la primaria incompleta y sólo un 4.8% y un 2.6% tenían estudios universitarios y técnicos completos respectivamente.

Según los datos nacionales dados por el estado de la nación del 2005, el promedio de años de escolaridad en Costa Rica en ese entonces alcanzaban casi los 8 años y existe una brecha importante en la escolaridad promedio de las personas de 15 años o más en los ingresos económicos, encontrándose que las de menor ingreso económico reportan 5.2 años de escolaridad versus las de mayor ingreso económico quienes reportan 12.1 años de escolaridad. (Duodécimo Informe Estado de la Nación , 2005).

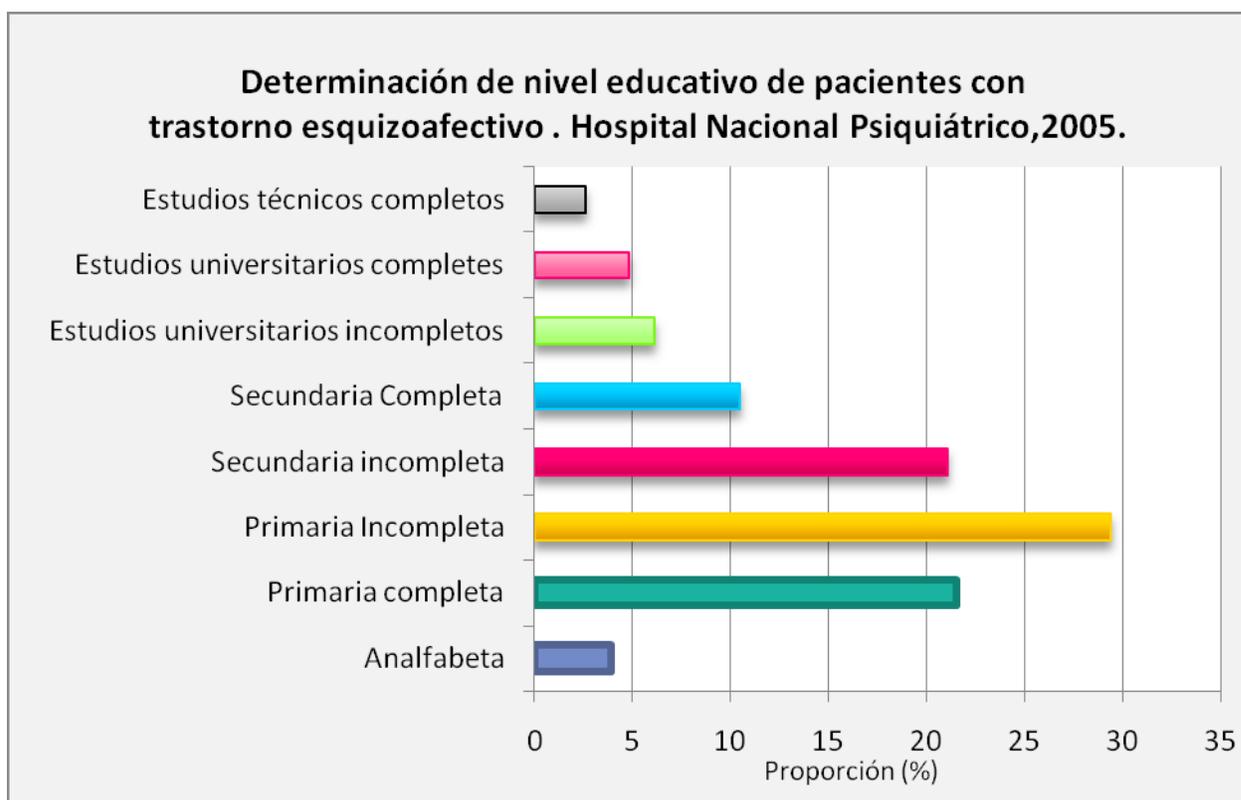
En la muestra analizada encontramos que sólo el 10.5% de los pacientes tienen la secundaria completa y el 29.4% de los pacientes analizados estaría por debajo de la escolaridad promedio del país reportada en ese año.

Aún así se encuentra una tasa de analfabetismo del 3.9% que es más baja que la reportada en el país en ese año que fue de un 4.4%.

Estos hallazgos nos hablarían de casi la tercera parte de los pacientes analizados al tener incluso una escolaridad promedio inferior que al resto del país tendría menores ingresos económicos y esto podría relacionarse con disfuncionalidad a nivel social.

Queda para análisis de otros estudios determinar la cantidad de pacientes con un empleo estable y determinar su situación económica.

Gráfico 4. Determinación de nivel educativo de pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2005.



Cuadro 5: Antecedentes heredo familiares en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

	N	%
Antecedentes heredo familiares		
Psicosis	92	40.2
Trastornos afectivos	44	19.2
Uso de sustancias	31	13.5
Sin antecedentes familiares	62	27.1

De los pacientes evaluados la presencia de antecedentes heredofamiliares de psicosis estuvo presente en el 40.2% y sólo un 19.2% presentó antecedentes familiares de trastornos afectivos y no presentaron ningún antecedente familiar el 27.1% de los pacientes.

Estos hallazgos difieren con los hallados en la literatura mundial dónde se reporta que los familiares de los pacientes diagnosticados con un trastorno esquizoafectivo tienen más probabilidad de desarrollar un trastorno del humor que un trastorno esquizoafectivo, y el riesgo de desarrollar esquizofrenia es igual o mayor que el de padecer un trastorno esquizoafectivo. (Bertelsen y Gottesman).

En la muestra analizada se encuentra un claro predominio de las enfermedades psicóticas en los familiares de los pacientes egresados como Trastorno Esquizoafectivo en el año 2005.

Maj y colab revisan 26 estudios que determinen el riesgo para esquizofrenia o trastornos afectivos para familiares de pacientes esquizoafectivos, esquizofrénicos y con trastornos afectivos.

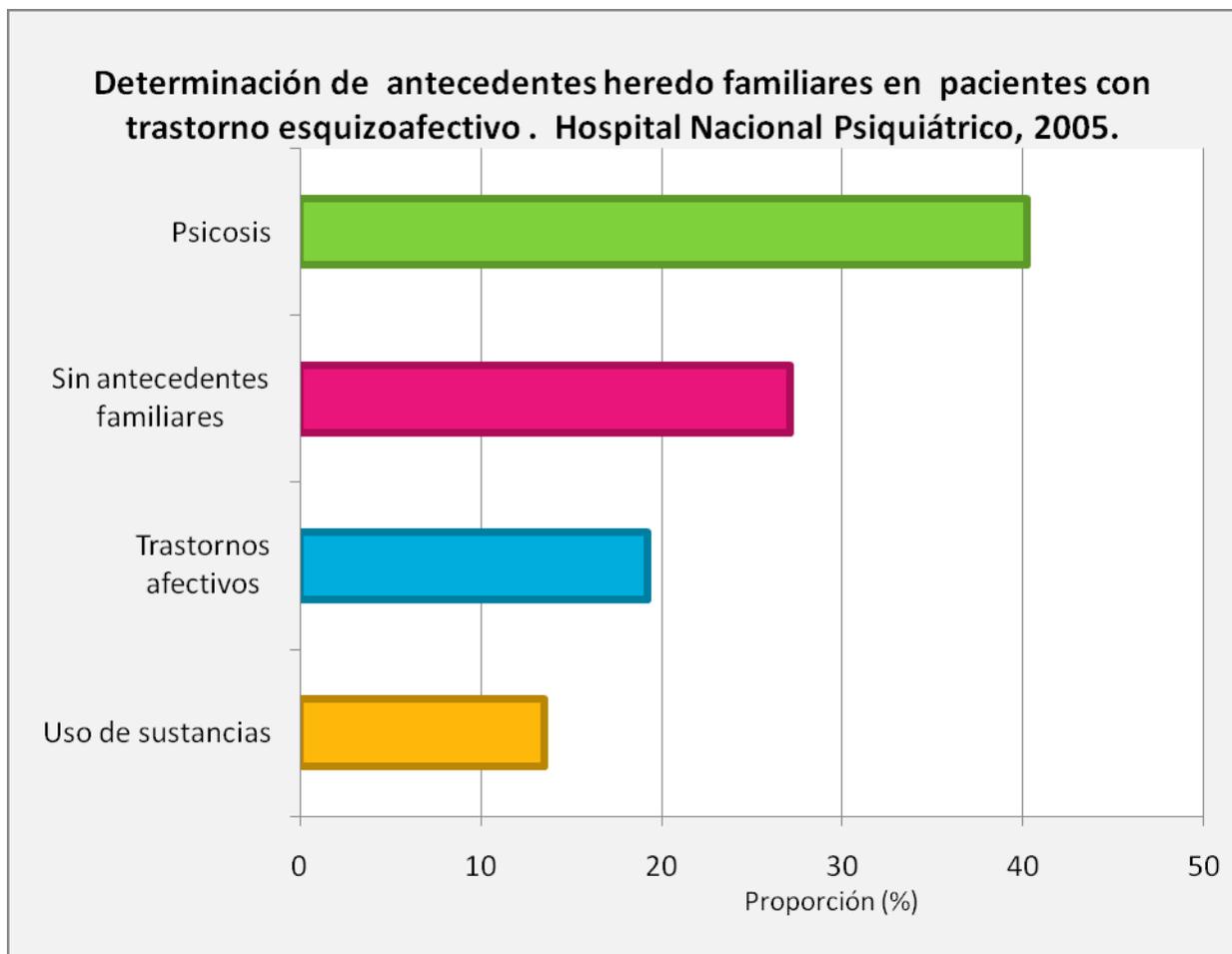
Estos estudios indicaron que el riesgo de esquizofrenia para los familiares de pacientes con trastorno esquizoafectivo es igual (10 estudios) o inferior (cuatro estudios) que los observados para familiares de pacientes esquizofrénicos y que es igual (14 estudios) o superior (9 estudios) a los observados en los familiares de los pacientes con trastornos afectivos.

El riesgo de trastornos afectivos entre familiares de pacientes con trastorno esquizoafectivo es igual (9 estudios) o superior (11 estudios) cuando se comparan con familiares de pacientes esquizofrénicos y es igual (22 estudios) o inferior (4 estudios) a los familiares de los pacientes con trastornos afectivos.

La mayoría de los estudios describen que el riesgo de esquizofrenia entre los familiares de pacientes portadores de un trastorno esquizoafectivo es igual al riesgo de los familiares de los pacientes con esquizofrenia y tienen igual riesgo o superior de trastornos afectivos que los familiares con trastornos afectivos.

Sin embargo también se reportan estudios como el de Coryell y Zimmerman , 1988 quienes encuentran que el riesgo de manía en los familiares de pacientes con trastorno esquizoafectivo fue mayor que en los familiares de pacientes con trastornos afectivos y al comparar el riesgo de depresión no encontraron diferencias entre ambos.

Gráfico 5. Determinación de antecedentes heredofamiliares en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2005.



Cuadro 6: Tiempo entre primera manifestación psicótica e internamiento en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

Tiempo entre la primera manifestación psicótica e internamiento	N	%
Menos de 3 meses	148	64.6
Más de 3 meses	58	25.3
No se describe psicótico	23	10.0

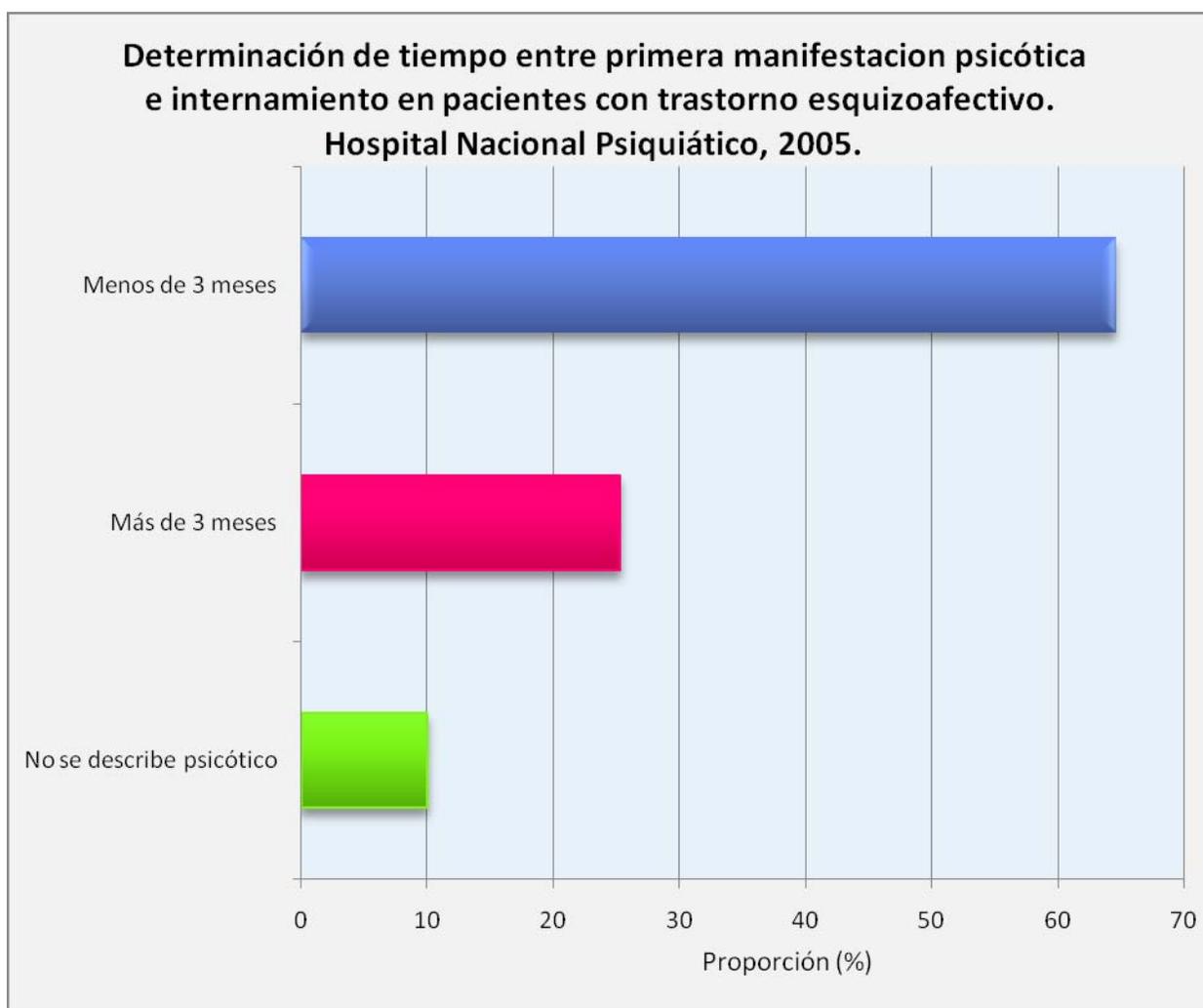
Con respecto al tiempo entre la primera manifestación psicótica y el internamiento se evidenció que la mayoría de los pacientes fueron ingresados antes de los 3 meses (64.6%), un 25.3% fue ingresado posterior a los 3 meses de la primera manifestación psicótica y un 10.0% de la muestra fue descrito en el primer internamiento como no psicótico.

El impacto de la duración de la psicosis sin tratar ya ha sido abordada por varios estudios, entre éstos por Schimmelmann y colab quienes realizan un seguimiento de 18 meses a pacientes ingresados con un primer episodio de psicosis, ellos encuentran que la psicosis sin tratar está relacionada a un funcionamiento premórbido malo, a una mayor probabilidad de tener trastornos del espectro esquizofrénico y un inicio temprano de psicosis. La asociaron también con menores tasas de remisión de los síntomas positivos, menores tasas de empleo, mayor porcentaje de uso de sustancias, peor severidad de la enfermedad y peor funcionamiento global.

Ellos reportan que los resultados son peores si la duración de la psicosis sin tratar es mayor a 1-3 meses. Concluyen que la duración de la psicosis sin tratar pareciera ser un predictor independiente del pronóstico a mediano plazo.

En esta muestra el 25.3% de los pacientes a pesar de estar psicóticos no fueron internados en los primeros 3 meses de la sintomatología por lo que estos hallazgos podrían estar relacionados con mayor disfunción premórbida, tal como se planteó en estudios previos.

Gráfico 6. Determinación de tiempo entre primera manifestación psicótica e internamiento en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2005.



Cuadro 7: Determinación de diagnósticos de primer ingreso en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

Diagnóstico de primer ingreso	N	%
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	127	55.7
Trastorno del humor (afectivos)	40	17.5
Trastorno esquizoafectivo	38	16.7
Trastorno neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	7	3.1
Trastorno de la personalidad y del comportamiento adulto	5	2.2
Trastorno mental orgánico	5	2.2
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	3	1.3
Trastorno mental y del comportamiento debido a consumo de sustancias psicotropas	3	1.3

De los diagnósticos de primer ingreso se evidenció que la presencia de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes estuvo presente en el 55.7% de los pacientes, se egresaron como trastorno del humor (afectivos) el 17.5% y un 16.7% fueron egresados como trastorno esquizoafectivo .

En los expedientes de salud analizados vemos como la mayoría de los pacientes que en el año 2005 fueron egresados como trastorno esquizoafectivo el 55.7% fue diagnosticado en su primer ingreso como parte de los trastornos relacionados con la esquizofrenia y encontramos un claro predominio de la sintomatología psicótica con respecto a la afectiva, ya que de ellos, sólo el 17.5% fueron diagnosticados como portadores de un trastorno del humor.

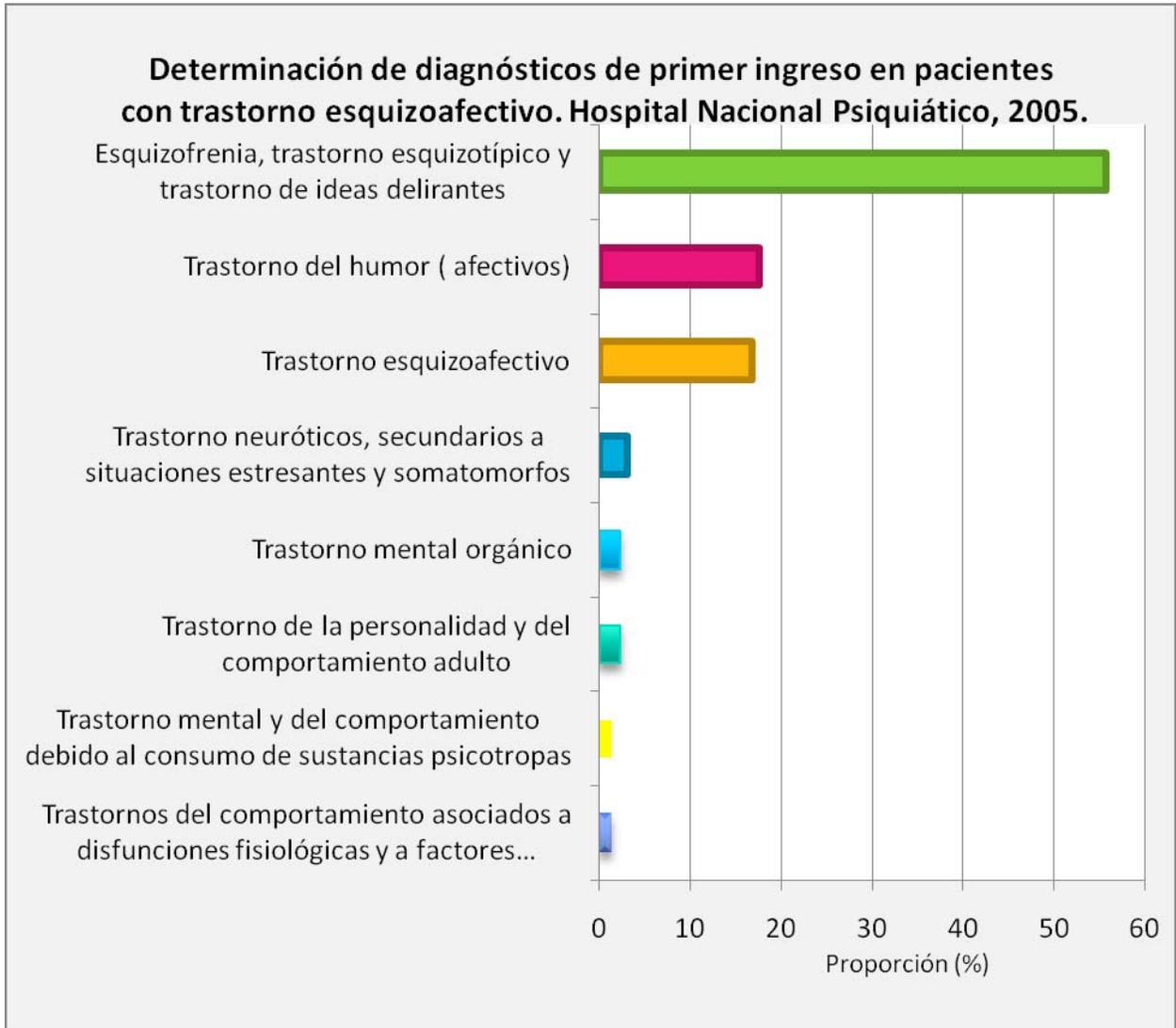
Sin embargo ya ha sido reportado por la literatura que a la hora de hacer el diagnóstico mucha sintomatología afectiva se encuentra detrás de los delirios y alucinaciones (Benabarre, 1999) y ésta podría ser la causa por la cual en el primer ingreso sólo un 16.7% fueron diagnosticados como trastorno esquizoafectivo y un 17.5% como un trastorno afectivo.

Al ser la muestra predominantemente del sexo femenino se esperaría encontrar mayor reporte de la sintomatología afectiva que la psicótica, tal como se ha planteado en el estudio de Montero y colab sin embargo estos hallazgos no son los encontrados en este estudio, donde encontramos que en el primer ingreso hay un claro predominio de la sintomatología psicótica sobre la afectiva.

Entre otros diagnósticos utilizados en el primer ingreso se encuentra en el 2.2% trastorno de la personalidad y en el 1.3% trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias psicotropas, éste último podría estar más en relación a la presencia de una patología dual, dónde en el primer ingreso se determine que la sintomatología que presenta es secundario al uso de drogas y en evaluaciones posteriores al evaluarlo de forma longitudinal se determine la presencia de una patología psiquiátrica mayor.

Estos hallazgos podrían retomarse para la realización de posteriores estudios que evalúan la estabilidad diagnóstica de los primeros ingresos en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

Gráfico 7. Determinación de diagnósticos de primer ingreso en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.



Cuadro 8: Distribución de pacientes con trastorno esquizoafectivo según número de ingresos hospitalarios. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

Número de ingresos al HNP	n	%
1-5	69	30.4
6-10	83	36.6
11-15	22	9.7
16-20	22	9.7
21-25	10	4.4
26-30	3	1.3
Más de 30	18	7.9

En relación al número de ingresos en el Hospital Nacional Psiquiátrico en los pacientes con trastorno esquizoafectivo, se evidenció que el 36.6% contaban con el antecedente de haber sido hospitalizados entre 6 a 10 veces y un 30.4% entre 1 a 5 veces. Un 7.9% presentó más de 30 internamientos.

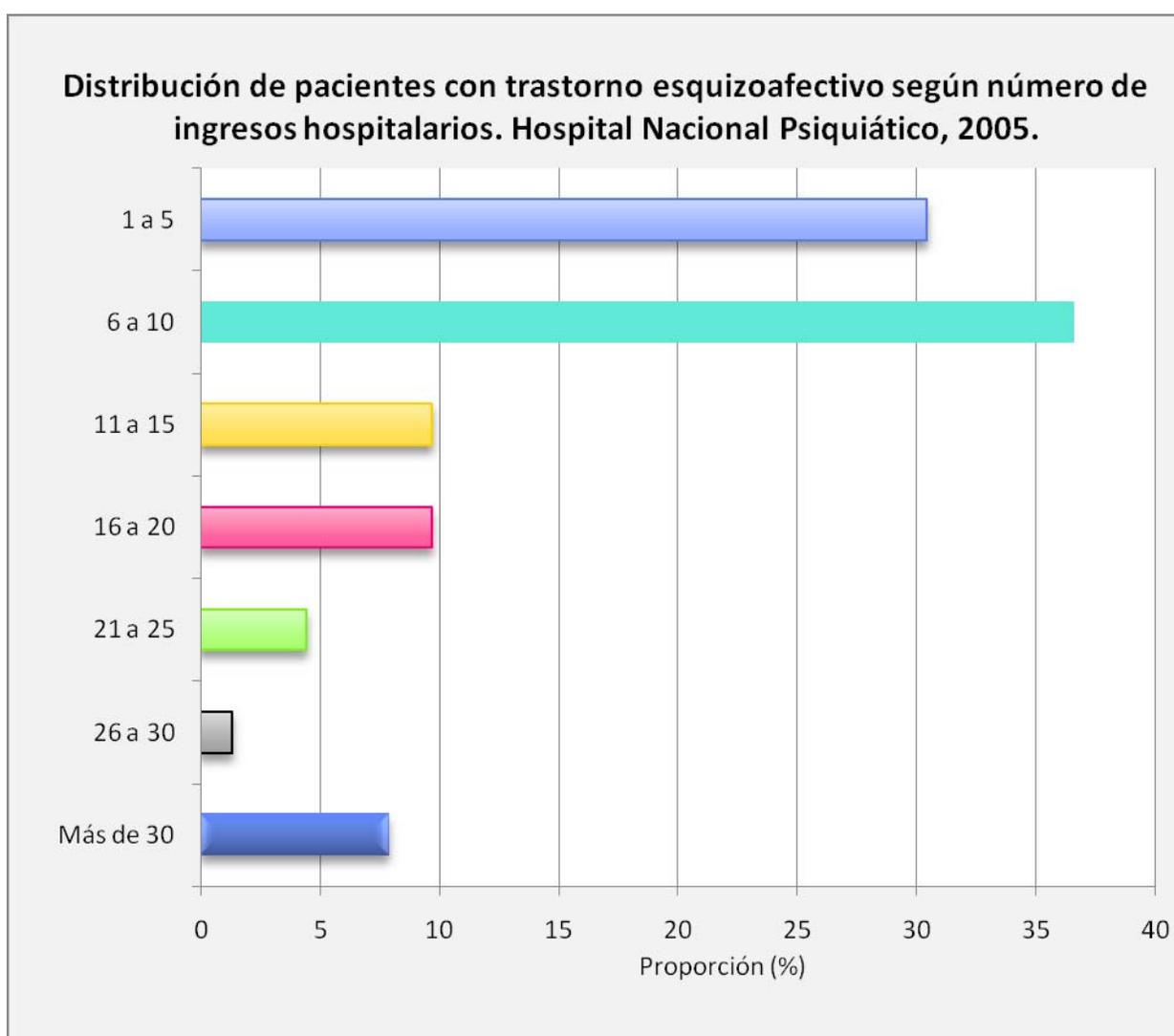
Según la literatura es esperable que del 20-30% de los pacientes esquizoafectivos vayan a presentar un curso deteriorante de su enfermedad.

Angst y colab refiere un número de hospitalizaciones promedio de 6-7 en 25 años. Sin embargo en nuestra muestra encontramos que esa cifra es superior: un 36.6% de los pacientes evaluados.

Pacientes con más de 20 ingresos alcanzan un porcentaje de 13.6%, este porcentaje estaría relacionado con la severidad de la enfermedad y la pobre contención externa.

Por lo que impresiona que los datos obtenidos de la muestra concuerdan más con pacientes esquizofrénicos que con esquizoafectivos.

Gráfico 8. Distribución de pacientes con trastorno esquizoafectivo según número de ingresos hospitalarios. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.



Cuadro 9: Determinación de criterios CIE-10 y DSM IV en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

	n	%
Criterios según CIE-10		
Cumple con criterios para esquizofrenia	198	86.5
Cumple con criterios de trastornos del humor	110	48.0
Cumple con criterios para TEA	65	28.4
Criterios de DSM IV		
Cumple con criterios para esquizofrenia	198	86.5
Cumple con criterios para episodio afectivo	111	48.5
Cumple con criterios para TEA	43	18.8

Al evaluar si los pacientes cumplían con los criterios de CIE-10 se evidenció que el 86.5% de los pacientes cumplían con los criterios de esquizofrenia, un 48.0% cumplían con los criterios de trastornos del humor, pero sólo un 28.4% de ellos cumplían con los criterios para el trastorno esquizoafectivo. Ante la evaluación según DSM IV, se evidenció que el 86.5% cumplía los criterios para esquizofrenia, un 48.5% cumplían criterios para el trastorno del humor y un solo un 18.8% cumplían criterios para el trastorno esquizoafectivo.

Estas diferencias en las clasificaciones provienen que el CIE 10 utiliza criterios más amplios para el diagnóstico que el DSM IV, ya que en el CIE 10 la definición del trastorno esquizoafectivo es más amplia porque incluye casos con síntomas psicóticos específicos que están relacionados con los criterios del primer rango de Schneider como el eco, robo, inserción, transmisión del pensamiento, delirios de control y pasividad, voces que expresan un comentario actual, conversación desorganizada, comportamiento catatónico, aparezcan o no en el transcurso de alteraciones en el estado de ánimo.

En cambio en el DSM IV la duración del episodio depresivo debe ser de al menos dos semanas, mientras que la duración de los episodios maníacos o mixtos debe ser de por lo menos una semana y por lo tanto para cumplir con el criterio A de la esquizofrenia la duración mínima de un episodio esquizoafectivo debe ser de un mes. Además establece que ocupa una fase de la enfermedad en la que haya sólo síntomas psicóticos caracterizados por ideas delirantes y alucinaciones que dure al menos dos semanas.

Estas diferencias diagnósticas se ven expuestas al comparar que el 28.4% de la muestra cumplió con los criterios para trastorno esquizoafectivo según el CIE 10 versus un 18.8% que cumplió los criterios para el trastorno esquizoafectivo según el DSM IV.

Esta diferencia de porcentajes podría estar relacionada con el tiempo de 2 semanas de manifestación de sintomatología psicótica que requiere el DSM IV en ausencia de sintomatología afectiva y que el CIE 10 no lo anota en los criterios diagnósticos.

Al analizar el cumplimiento de criterios por esquizofrenia versus cumplimiento de criterios por trastornos afectivos vemos que existe un cumplimiento de un 86.5% en el primero versus un 48% para el segundo.

Estos datos hablan de que el 13.5% de los pacientes egresaron bajo el diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo sin haberse descrito psicóticos y que en el 52% de los casos la sintomatología afectiva era insuficiente como para poder cumplir con los criterios para un trastorno del humor.

En síntesis, la mayor cantidad de pacientes serían los que cumplían con criterios para esquizofrenia con algunas manifestaciones afectivas sin llegar a cumplir con los criterios para un episodio afectivo y estos hallazgos estarían en relación con lo descrito en la literatura que existe mayor confusión entre Esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo que entre trastorno afectivo y trastorno esquizoafectivo.

Gráfico 9. Determinación de criterios CIE 10 en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005

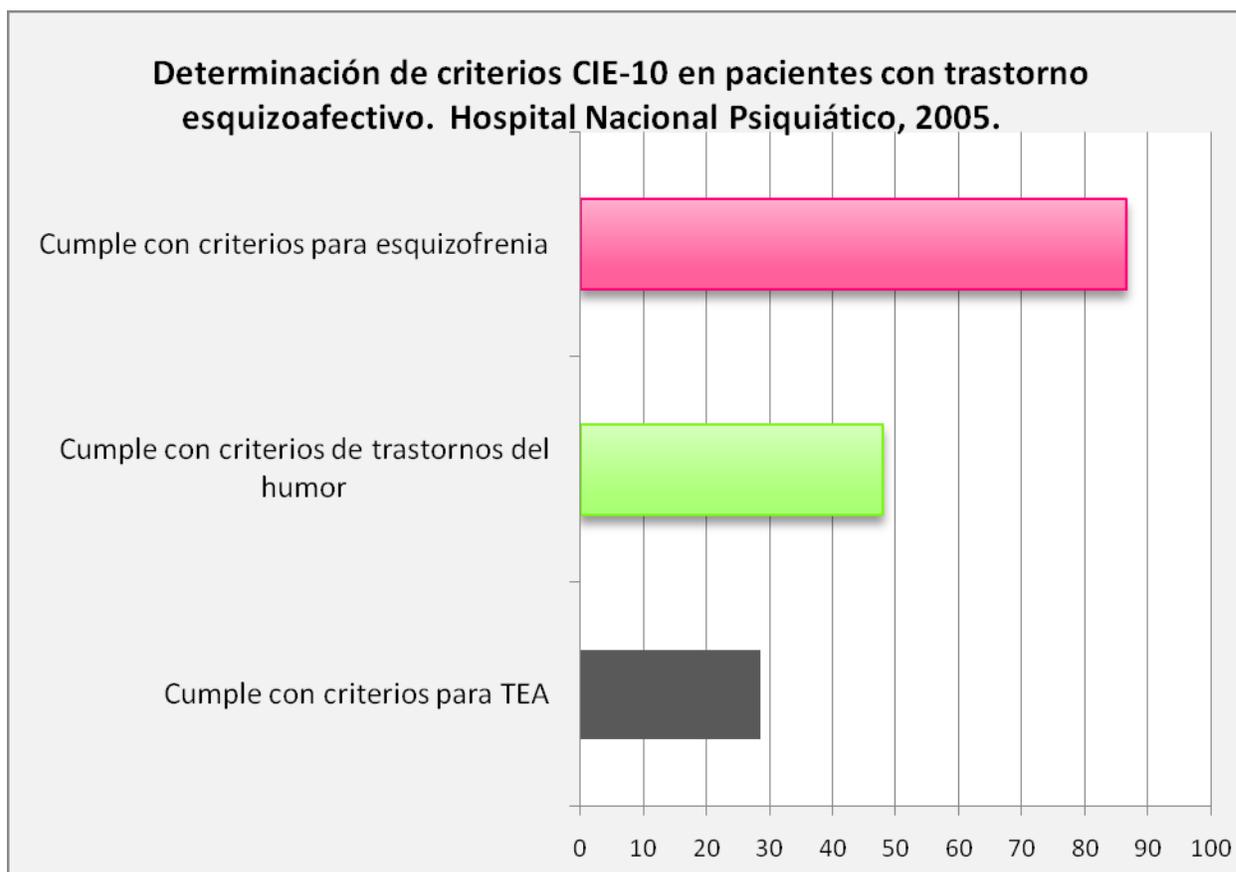
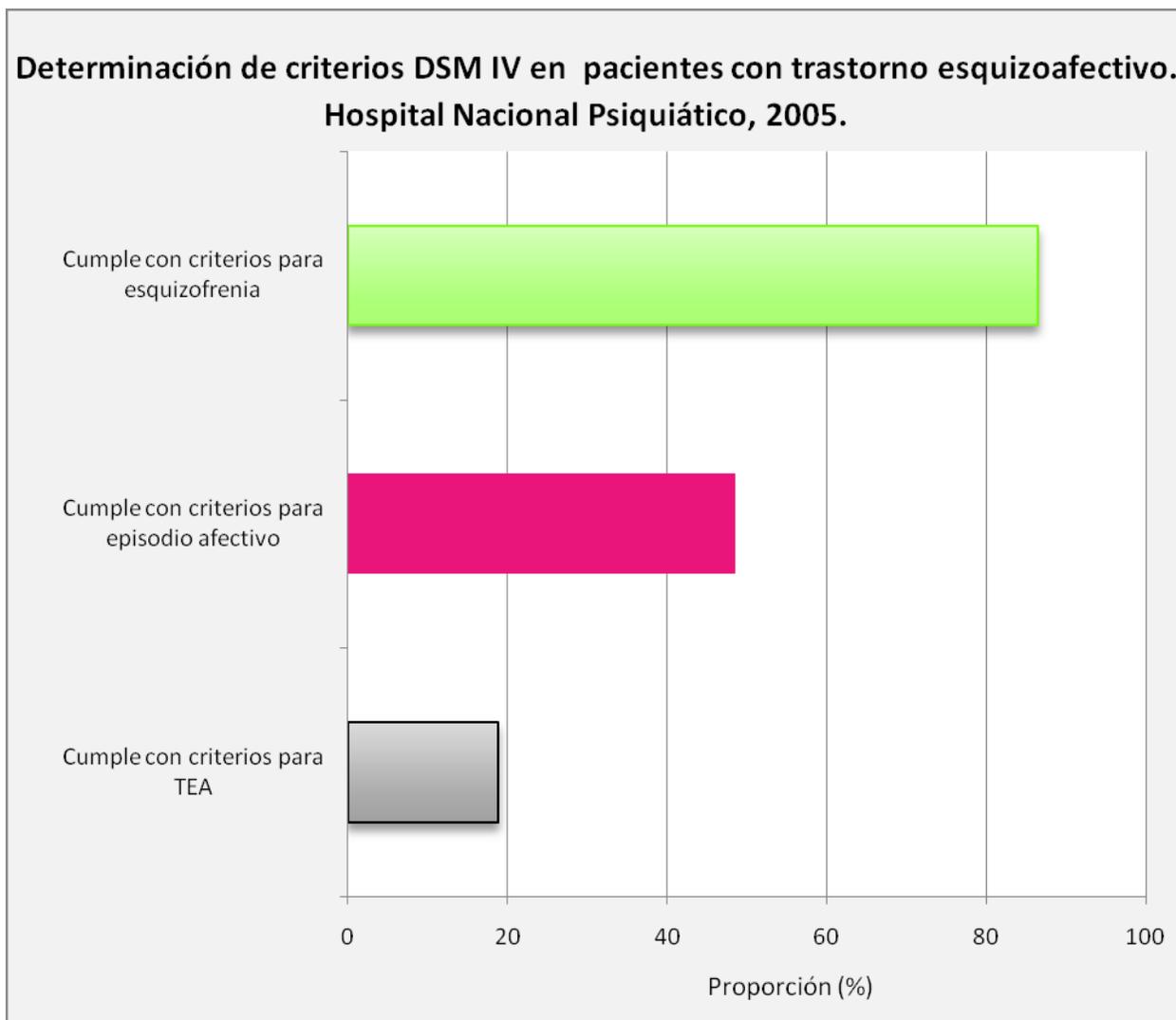


Gráfico 10. Determinación de criterios del DSM IV en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.



Cuadro 10: Determinación de diagnósticos del último ingreso en pacientes con trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

	N	%
Diagnóstico del último ingreso		
Trastorno esquizoafectivo	174	76.3
Trastorno del humor (afectivos)	25	11.0
Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes	22	9.6
Trastorno de la personalidad y del comportamiento adulto	3	1.3
Trastorno mental orgánico	3	1.3
Trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas	1	0.4
Trastorno neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos	0	0.0
Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos	0	0.0

De los diagnósticos del último ingreso se evidenció que el 76.3% presentó trastorno esquizoafectivo, un 11.0% trastornos del humor y un 9.6% esquizofrenia, trastorno esquizotípico o trastorno de ideas delirantes.

Estos últimos ingresos se refieren a pacientes que en el año 2005 fueron diagnosticados como trastorno esquizoafectivo y tuvieron ingresos posteriores.

Se encuentra que aquellos pacientes que tuvieron el ingreso como trastorno esquizoafectivo en el 2005 mantenían en un 76.3% el diagnóstico y que otros habían egresado bajo otros diagnósticos como esquizofrenia en un 9.6% y como trastornos afectivos en un 11%.

Estos hallazgos son diferentes a los reportados en la literatura donde se espera encontrar una variación del 10% en el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo a través del tiempo (Tsuang y colab), e inclusive se ha planteado el diagnóstico como uno de los diagnósticos menos estables en Psiquiatría.

Esta persistencia en el diagnóstico podría darse por el encasillamiento diagnóstico de los pacientes en posteriores ingresos.

Otros diagnósticos de especial importancia corresponde al trastorno de personalidad dónde el 1.3% de la muestra analizada a pesar de tener un egreso en el año 2005 bajo el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo en su último egreso se consideró que era un trastorno de personalidad y un 1.3% en su último egreso fue diagnosticado como un trastorno mental y del comportamiento secundario al consumo de sustancias psicotropas.

El cambio en el diagnóstico en el último egreso está relacionado con los hallazgos descritos en el cuadro 9, ya que a pesar de haber sido egresados

como trastorno esquizoafectivo un muy bajo porcentaje de estos pacientes cumplían con los criterios diagnósticos para el trastorno y es esperable que en ingresos posteriores su diagnóstico vaya a cambiar.

Llama la atención que a pesar que a la hora de aplicar los criterios diagnósticos tanto del CIE 10 como del DSM IV, la mayor discordancia existía en el cumplimiento de los criterios para un episodio afectivo y sin embargo al ver los diagnósticos de último ingreso vemos una importante variación hacia estos trastornos que inclusive es superior que la esquizofrenia.

Estos hallazgos podrían estar relacionados con la dificultad encontrada a la hora de analizar los expedientes de salud, donde la información que describía la sintomatología afectiva era tan escasa y que produce que no cumpla con los criterios diagnósticos y que en evaluaciones posteriores de otros ingresos se describa mejor la sintomatología afectiva como para reconsiderar el diagnóstico y cambiarlo hacia un trastorno afectivo, o tan bien podría ser explicada, por lo ya expuesto en la literatura donde varios estudios demuestran una alta prevalencia de trastornos afectivos en pacientes esquizofrénicos.

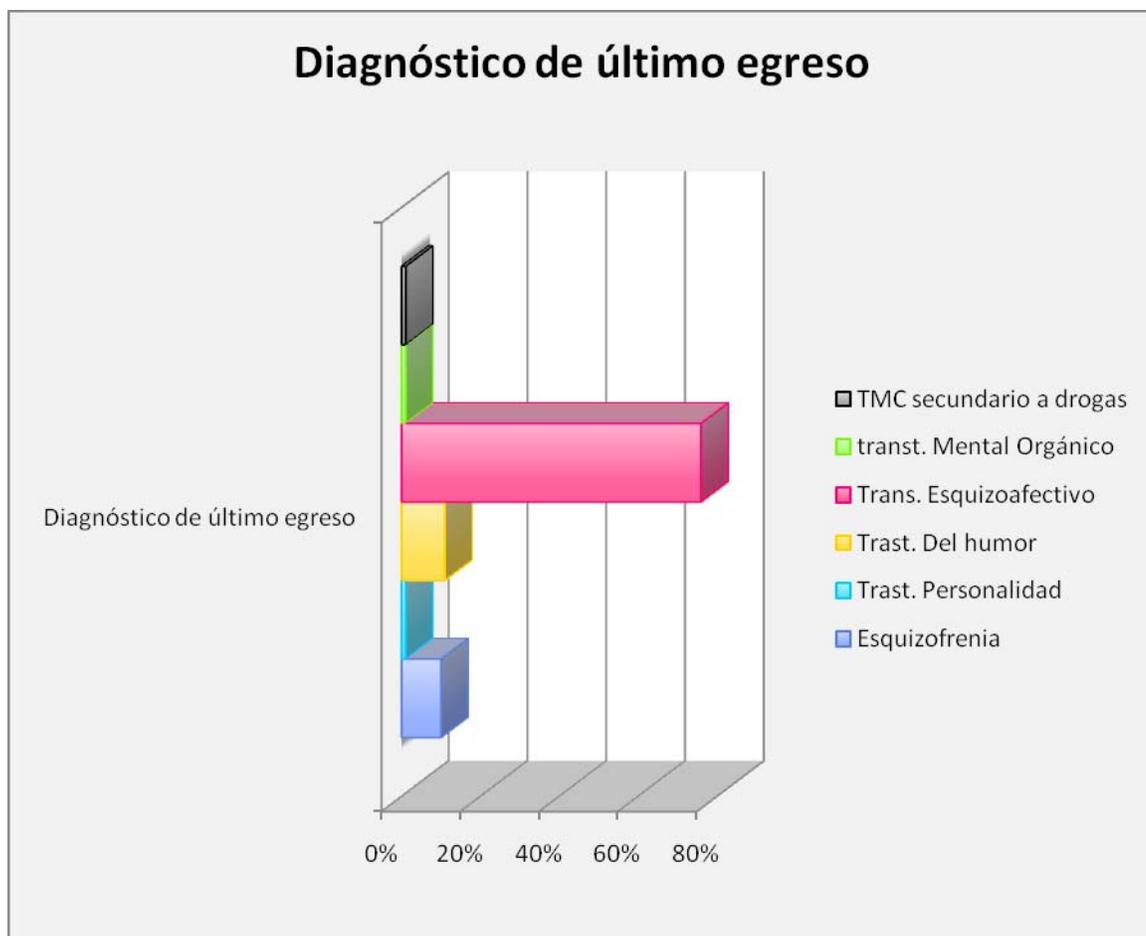
Borrows y colab, 1998 reportan que existe una alta probabilidad que un paciente esquizofrénico vaya a presentar un episodio depresivo en algún momento de su vida y Martin y colab encuentran que el 60% de los pacientes con esquizofrenia van a presentar en algún momento de su vida un episodio de depresión.

Y esto no significa que el diagnóstico deba de ser replanteado hacia un trastorno esquizoafectivo. Debido a que las clasificaciones no hacen una aclaración sobre la importancia de la sintomatología afectiva los investigadores genéticos utilizan al menos un 30% de síntomas afectivos en el período de psicosis para establecer el diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, esta

ambigüedad respecto al tiempo hace que pueda presentarse a confusión a la hora de diagnosticar de forma adecuada el trastorno esquizoafectivo.

Sin embargo, en la muestra analizada en los datos demográficos encontrados, expuestos en los primeros cuadros, parecen estar más relacionados con pacientes esquizofrénicos que con pacientes afectivos e inclusive que con pacientes esquizoafectivos.

Gráfico 11. Diagnóstico de último egreso de pacientes egresados como trastorno esquizoafectivo en el año 2005. Hospital Nacional Psiquiátrico.



Cuadro 11: Distribución de pacientes con trastorno esquizoafectivo según primer y último diagnóstico. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

Ultimo diagnóstico de ingreso.	Esquizofrenia, trastorno		Trastorno mental orgánico		Trastorno Personalidad y del comportamiento adulto		Tr del humor (afectivos)		Trastorno esquizoafectivo		TMC debido al consumo de sustancias psicotropas.	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tr del humor (afectivos)	5	12.5	1	2.5	0	0.0	6	15.0	28	70.0	0	0.0
Esquizofrenia, tr. Esquizotip. y tr. de ideas delirantes	10	7.9	2	1.6	2	1.6	11	8.7	101	79.5	1	0.8
Tr. neurótic, sec. a sit. de estrés. y somatomorfos	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	42.9	4	57.1	0	0.0
Tr. del comp. Asoc. a disf. Fisiol. y a fact. Somát.	1	50.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	50.0	0	0.0
Trastorno de la pers. y del comport. adulto	1	20.0	0	0.0	0	0.0	1	20.0	3	60.0	0	0.0
Trastorno esquizoafectivo	2	5.3	0	0.0	1	2.6	4	10.5	31	81.6	0	0.0
Trastorno mental orgánico.	2	40.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	60.0	0	0.0
TMC Deb. al cons. de sust. Psicotr.	1	33.3	0	0.0	0	0.0	0	0.0	2	66.7	0	0.0

Al evaluar la distribución de los pacientes en relación con el diagnóstico inicial y el diagnóstico final, se evidenció que los pacientes que en su primer ingreso fueron diagnosticados como un trastorno del humor en el último egreso presentaron la variación hacia trastorno esquizoafectivo en el 70.0% de los casos.

En el 79.5% de los casos que habían sido egresados como trastorno esquizoafectivo en el último ingreso habían egresado la primera vez bajo el diagnóstico de esquizofrenia.

Es evidente que al analizar el diagnóstico de primer ingreso vemos el predominio de la sintomatología psicótica en estos pacientes y es así como el 55.7% de ellos egresan como un trastorno psicótico, en el apartado del CIE de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y el trastorno de ideas delirantes, sin embargo este apartado es el más inestable de los analizados ya que al comparar el diagnóstico del primer ingreso con el diagnóstico de último ingreso encontramos como sólo el 7.9% se mantiene en ese apartado y un 79.5% se egresa como trastorno esquizoafectivo, un 8.7% de los pacientes como un trastorno afectivo, un 1.6% como trastorno de la personalidad y un 2.5% como un trastorno orgánico.

Encontramos un predominio en el último ingreso de la sintomatología afectiva que se demuestra en como los diagnósticos de trastorno esquizoafectivo y trastornos afectivos son superiores que el diagnóstico de esquizofrenia.

En números encontramos que 127 pacientes egresaron como esquizofrénicos en un primer ingreso, posteriormente los 127 fueron clasificados como esquizoafectivos en el 2005 y sólo 22 de estos pacientes fueron clasificados en posteriores ingresos como esquizofrénicos.

La máxima variación de pacientes clasificados en un primer ingreso como esquizofrénicos se presenta hacia un trastorno esquizoafectivo, sin embargo como ya se ha planteado en los cuadros anteriores, de estos pacientes en el ingreso del año 2005 sólo un 28.4% cumplían con criterios diagnósticos según el CIE 10 para trastorno esquizoafectivo y las características demográficas encontradas eran similares a las reportadas en pacientes esquizofrénicos de estudios realizados en el país.

Entonces se encuentran casos en que se presenta sintomatología afectiva en pacientes esquizofrénicos que sin llegar a cumplir criterios de un episodio afectivo se clasifican como portadores de un trastorno esquizoafectivo y este diagnóstico se sigue manteniendo en ingresos posteriores.

La presencia de sintomatología afectiva en pacientes esquizofrénicos ya ha sido reportada en estudios realizados a nivel nacional, Contreras y colab. reportan en su muestra de pacientes esquizofrénicos un 33.85% con depresión, un 15.77% con depresión y manía y un 10.77% con sólo manía.

Esta presencia de sintomatología afectiva en pacientes esquizofrénicos es la que lleva a la confusión diagnóstica pero tal como lo aclara el mismo DSM IV la sintomatología afectiva tendría que estar presente en una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

En pacientes esquizofrénicos, según plantea el DSM IV, "los síntomas afectivos tienen una duración breve relacionada con la duración total de la enfermedad, ocurre solamente en la fase residual o prodrómica o no cumple con los criterios para un episodio afectivo. Si los síntomas psicóticos ocurren exclusivamente durante períodos de alteraciones del humor, el diagnóstico debería ser un trastorno del ánimo con características psicóticas".

La mayor variación hacia la esquizofrenia en pacientes que en el 2005 fueron clasificados como trastorno esquizoafectivo, la presentaron aquellos pacientes que en su primer ingreso fueron diagnosticados como un trastorno

del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos (50%), trastorno mental orgánico (40%) y trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (33.3%).

Estos hallazgos, sobre todo el último podrían ser sujeto a análisis en otra investigación ya que sugieren la presencia de sintomatología afectiva, esquizofrénica y el consumo de sustancias.

En el caso de los trastornos afectivos encontramos que el 17.5% de los pacientes (40) egresaron bajo este diagnóstico en el primer ingreso pero al compararlo con el último ingreso vemos que el 15% de estos pacientes (25) mantuvieron este diagnóstico, un 70% fue diagnosticado como un trastorno esquizoafectivo, un 12.5 % como esquizofrenia y un 2.5% como un trastorno mental orgánico.

Este cambio de pacientes portadores de trastornos afectivos hacia esquizoafectivos podría estar en relación a la presencia de síntomas del primer rango de Schneider en las valoraciones transversales, y que tal como se ha expuesto en la literatura los síntomas de primer rango de Schneider no son patognomónicas de ningún trastorno pero que típicamente se han considerado más cercanas a la esquizofrenia cuando se presentan en forma masiva.

Al presentarse los síntomas de primer rango de Schneider en cuadros tanto esquizofrénicos como afectivos, la presencia de éstos no tendría valor diagnóstico.

De los pacientes egresados como trastorno esquizoafectivo en el primer ingreso (16.7%) mantuvieron ese diagnóstico en el último ingreso un 81.6%, un 10.5% fue diagnosticado como un trastorno afectivo, un 5.3% como esquizofrenia y un 2.6% como un trastorno de la personalidad.

Estos datos difieren con lo reportado por otros autores como Tsuang y colab. quienes plantean que el 10% de los pacientes portadores de un

trastorno esquizoafectivo cambiarán con el tiempo su diagnóstico hacia el lado afectivo o hacia el lado esquizofrénico.

Por lo que en la muestra analizada , el diagnóstico de menor estabilidad fue el de esquizofrenia ya que sólo un 7.9% de los pacientes ingresados por primera vez y egresados bajo este diagnóstico mantuvieron ese diagnóstico al último ingreso.

Estos hallazgos son diferentes a los reportados en la literatura mundial, tal como describe Schwartz y colab, en una muestra de 547 pacientes que fueron diagnosticados como psicosis en la primera admisión y se les dio un seguimiento por 6 meses y 24 meses posterior al egreso.

Ellos encuentran que el diagnóstico más consistente temporalmente fue el de esquizofrenia (92%), trastorno bipolar (83%) y depresión mayor (74%) y que el trastorno esquizoafectivo fue uno de los menos consistentes (36 %).

Ellos reportan que existen predictores del cambio a esquizofrenia como: un pobre ajuste premórbido en la adolescencia, uso de sustancias, intervalo entre el inicio de la sintomatología psicótica y la hospitalización mayor a tres meses, mayor tiempo de hospitalización, mayor sintomatología negativa a los 6 meses de seguimiento, mayor presunción de esquizofrenia al ingreso.

La presencia de 5 o más de estos factores de riesgo otorga un riesgo de más del 50% que el diagnóstico cambie a los 24 meses a la esquizofrenia.

En la muestra analizada encontramos que el 25.3% de los pacientes tuvieron un tiempo mayor a tres meses entre la primera manifestación psicótica y el internamiento, por lo que este hallazgo podría estar relacionado con un peor funcionamiento premórbido que a través de posteriores ingresos se podría esperar un mayor cambio hacia la esquizofrenia en estos pacientes y sin embargo en la muestra analizada se encuentra que se produce una leve variación hacia este diagnóstico.

La persistencia del diagnóstico de trastorno esquizoafectivo estaría más en relación a la persistencia de sintomatología afectiva y esquizofrénica a través de los ingresos, sin embargo no existe una clara justificante que otorgue el diagnóstico de esquizoafectivo a estos pacientes ya que como se ha expuesto en cuadros anteriores los pacientes no cumplen con los criterios ni del CIE 10 ni del DSM IV para trastorno esquizoafectivo.

Llama la atención que a pesar que en el año 2005 sólo un 28.4% de los pacientes cumplían con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, este diagnóstico persistió a lo largo de posteriores internamientos.

Así en el primer ingreso de la muestra analizada (229 expedientes de salud) sólo 38 fueron egresados en el primer ingreso como trastorno esquizoafectivo, en el 2005 egresaron bajo el diagnóstico el 100% de la muestra (229) pero únicamente 65 de ellos cumplían con los criterios para trastorno esquizoafectivo y en el último ingreso de los 229 expedientes analizados, 174 habían egresado bajo el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.

Lo que demuestra que a pesar que los pacientes no cumplieron con los criterios diagnósticos en ese año, seguían manteniendo el diagnóstico en egresos posteriores.

En lo que respecta a pacientes que fueron egresados en el primer internamiento como trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicotropas (3), los tres fueron diagnosticados en el 2005 como trastorno esquizoafectivo y dos de ellos seguían manteniendo el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo y uno de ellos se había egresado como esquizofrénico en su último ingreso. Queda para estudios posteriores determinar la presencia de patología dual en pacientes con padecimientos psiquiátricos mayores, ya que pacientes que inicialmente fueron clasificados como trastornos mentales debido al consumo de sustancias ninguno de ellos egresa bajo este diagnóstico en su último ingreso.

Gráfico 12. Evolución diagnóstica de pacientes ingresados por primera vez como trastornos del humor. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

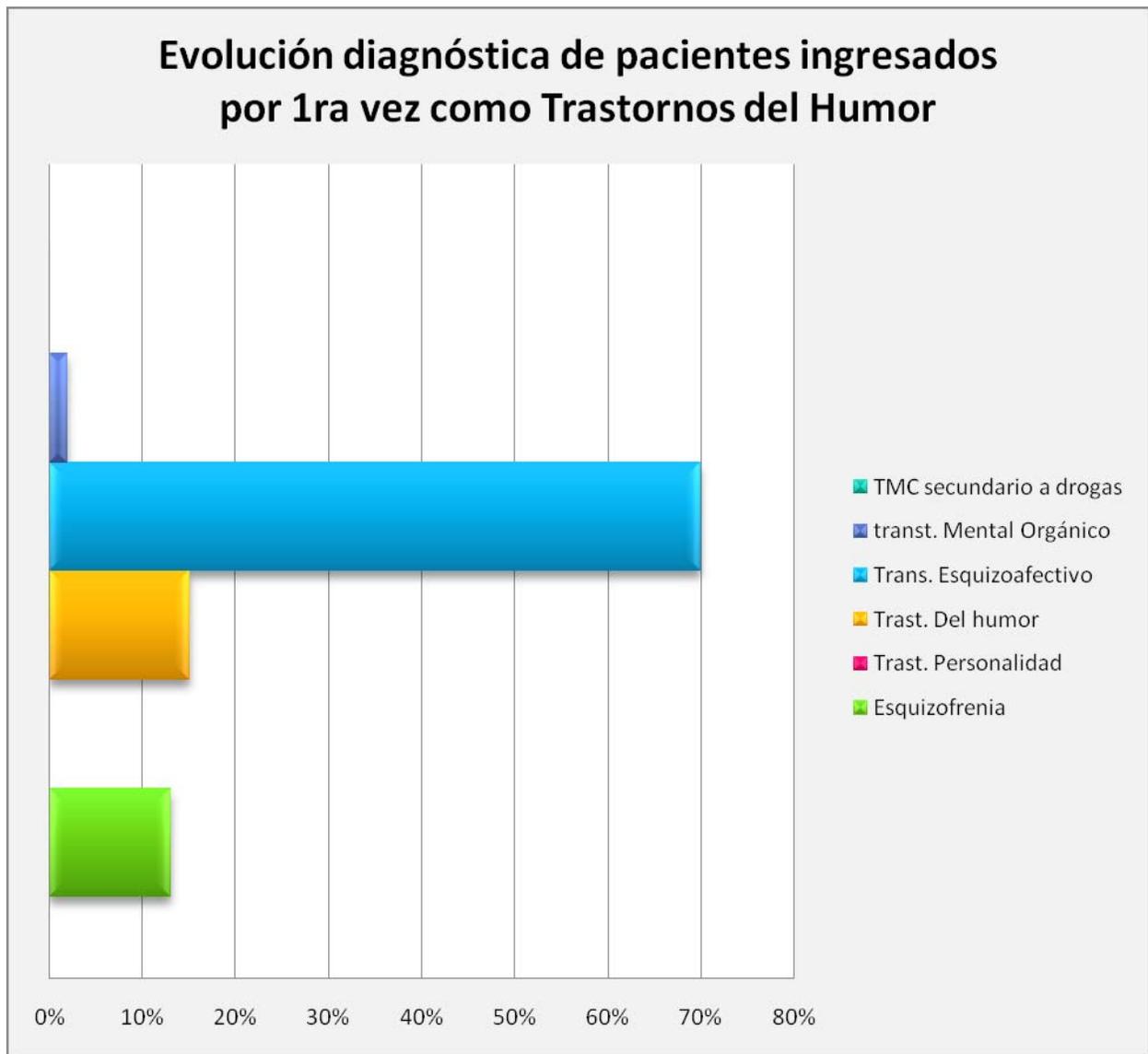


Gráfico 13. Evolución diagnóstica de pacientes ingresados por primera vez como esquizofrenia. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

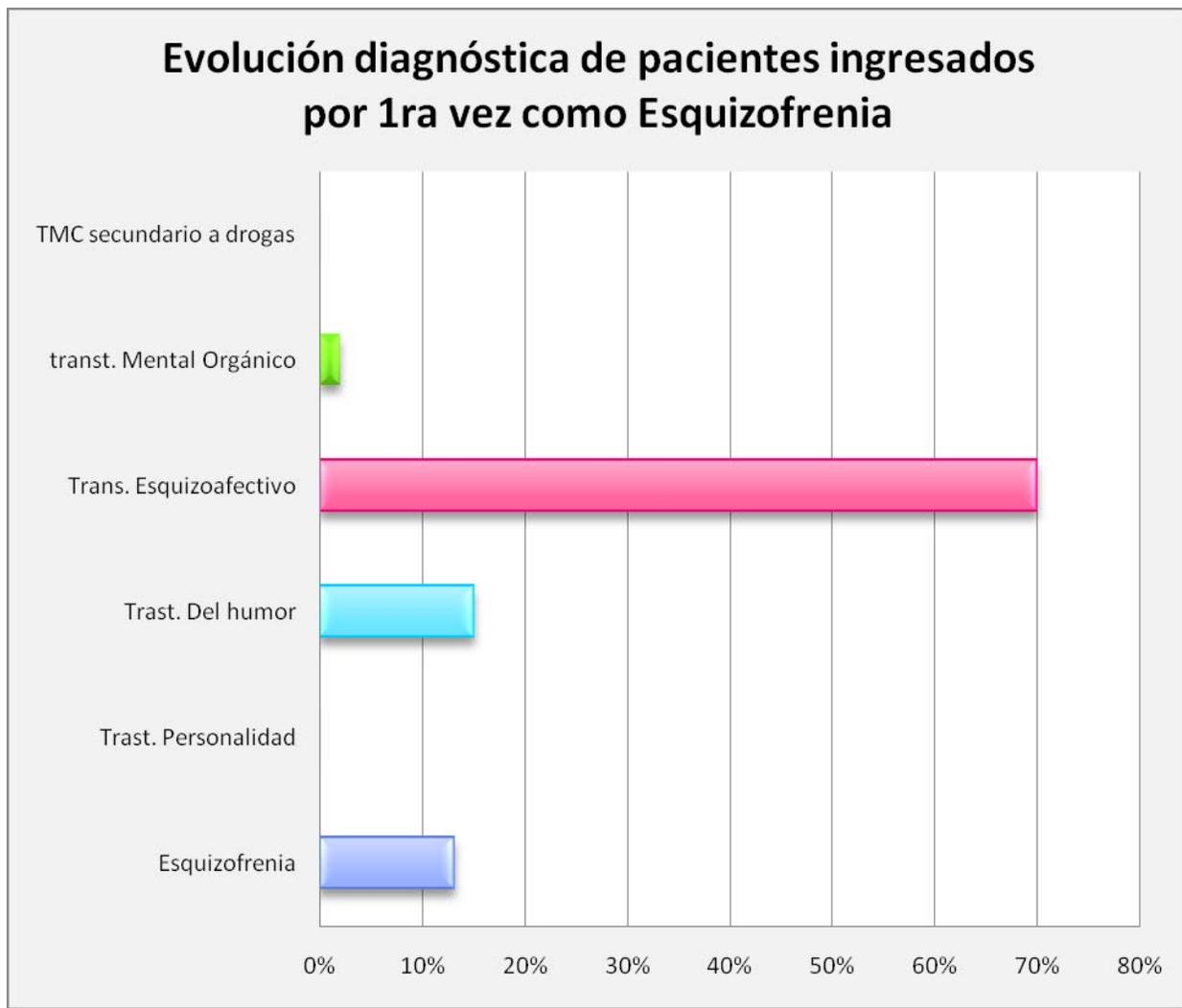


Gráfico 14. Evolución diagnóstica de pacientes egresados por primera vez como trastorno esquizoafectivo. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.

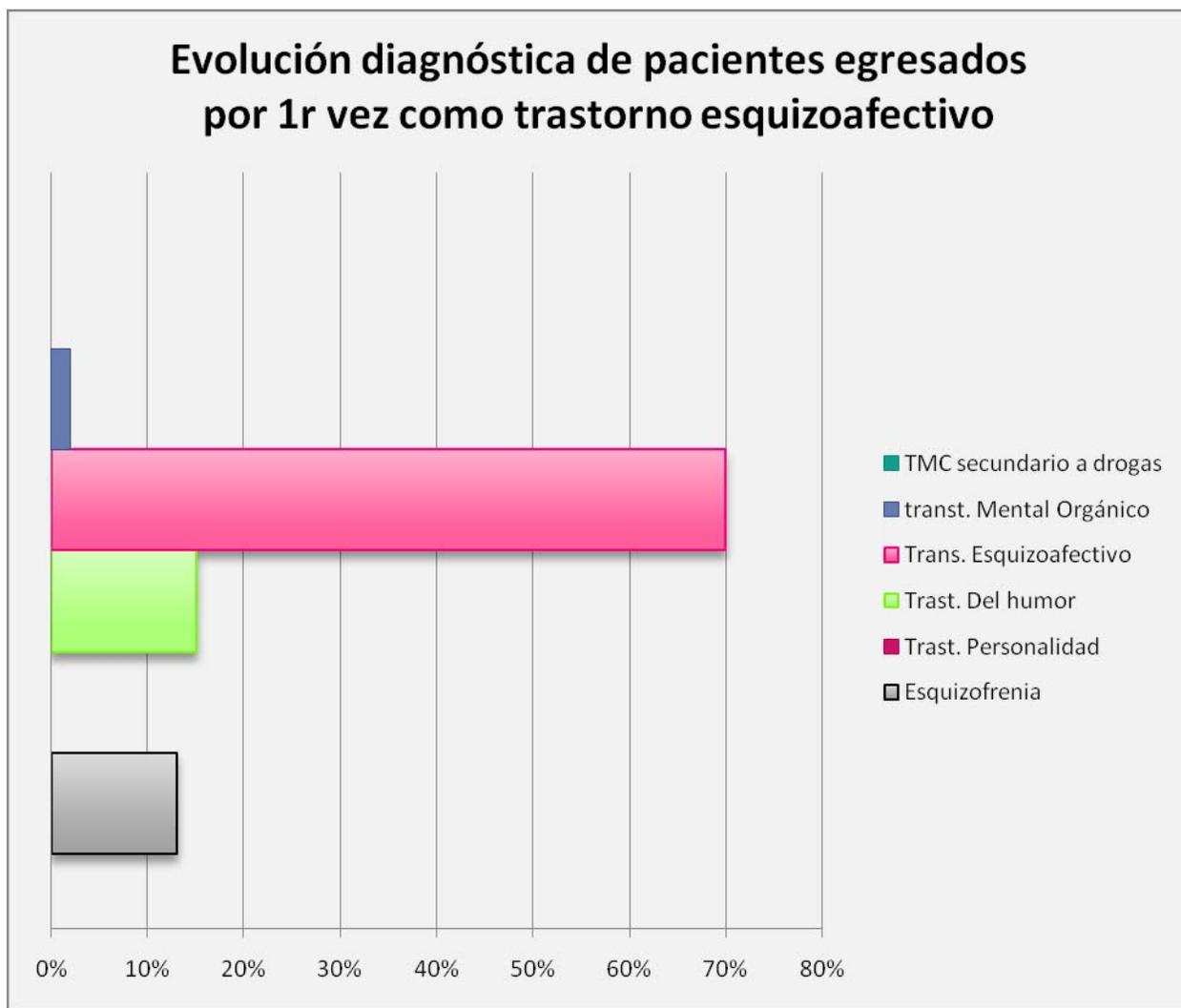
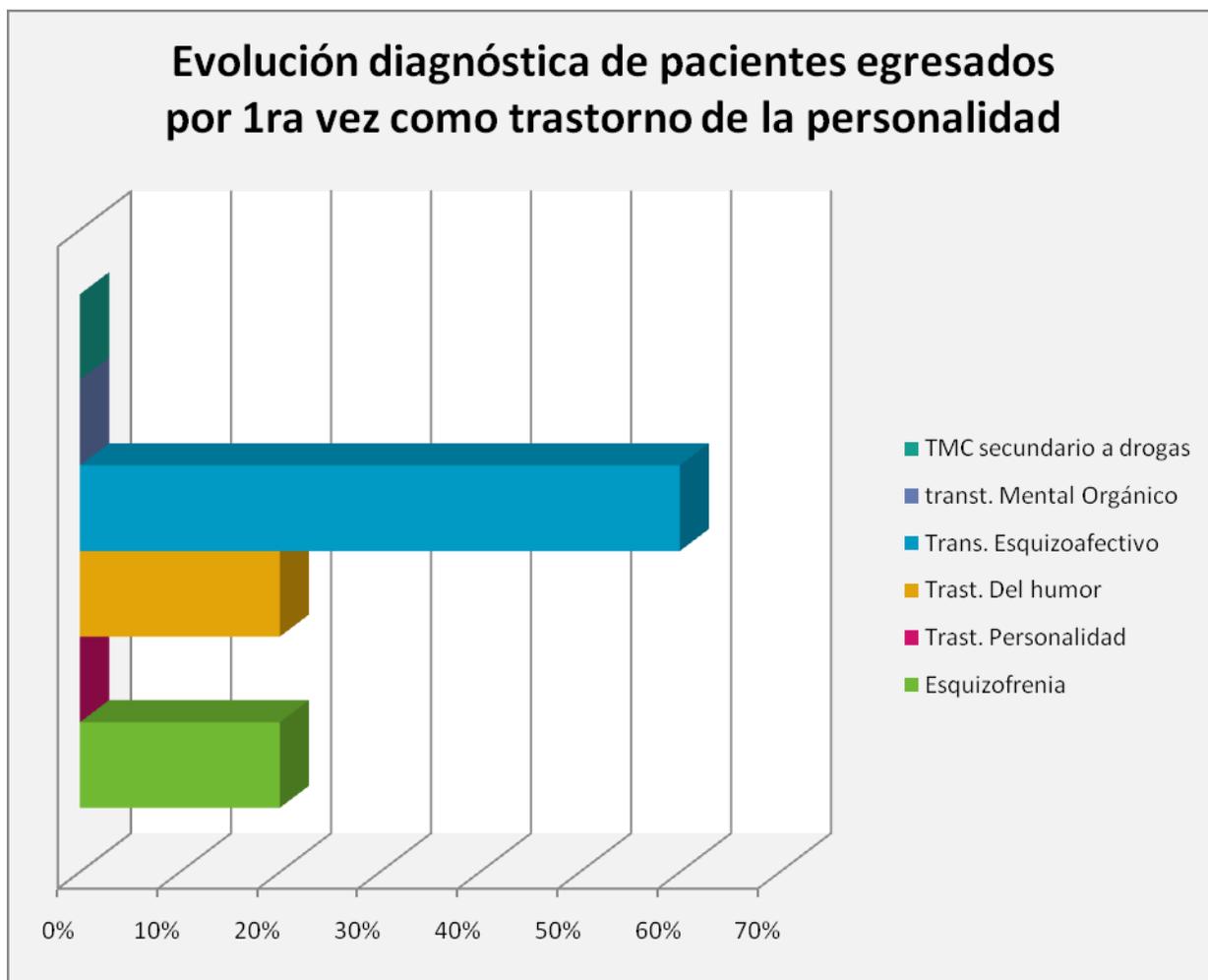


Gráfico 15. Evolución diagnóstica de pacientes egresados por primera vez como trastorno de la personalidad. Hospital Nacional Psiquiátrico, 2005.



En resumen el presente trabajo muestra la inestabilidad diagnóstica de pacientes psiquiátricos y cómo pacientes que son egresados bajo el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo cumplen con los criterios del DSM IV y del CIE 10 en un muy bajo porcentaje.

Entre las dificultades encontradas en este estudio se encuentra que a la hora de tomar la información existía una descripción escasa de la sintomatología de los pacientes y esto hace que a la hora de cumplir los criterios no exista una información que corrobore la presencia o la ausencia de éstos.

En la mayoría de los expedientes analizados lo que se encontraba eran descripciones transversales de los pacientes y en la mayoría de los expedientes no existía una historia longitudinal.

El objetivo general respecto a cuantos pacientes egresados como trastorno esquizoafectivo del Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2005 cumplían con los criterios diagnósticos del DSM IV y el CIE 10 revelaron cifras importantes y que deben de ser tomadas en cuenta para la realización de otros estudios, ya que sólo un 28.4% de los pacientes cumplían criterios según el CIE 10 y este porcentaje bajaba a un 18.8% si se utilizaban los criterios diagnósticos del DSM IV.

Se encuentra además que el diagnóstico de Trastorno esquizoafectivo en el Hospital Nacional Psiquiátrico, contrario a lo que reporta la literatura, es mucho más estable inclusive que la esquizofrenia.

Tal y como se esperaba, la muestra fue predominantemente mayor en el sexo femenino y este hallazgo es diferente al que se plantea en la literatura mundial acerca del trastorno.

A la hora de dividir los criterios diagnósticos observamos que en la muestra analizada, según el CIE 10, los pacientes presentaban mayor

cumplimiento de los criterios para esquizofrenia (86.5 %) en comparación al cumplimiento de los trastornos del humor , dónde sólo el 48% de la muestra logró cumplir con los criterios diagnósticos para un episodio depresivo o de manía.

Estos hallazgos podrían estar relacionados con lo ya descrito en la literatura donde se plantea que existe mayor confusión cuando un paciente esquizofrénico presenta un síndrome afectivo, es decir, hay mayor confusión entre trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia que entre trastorno esquizoafectivo y un trastorno afectivo.

Entre las características demográficas encontradas observamos que tales características no corresponden a las descritas en la literatura para un trastorno esquizoafectivo, y esto está claramente en relación a que de la muestra analizada eran muy pocos los pacientes que cumplían con los criterios y que podrían considerarse esquizoafectivos.

CONCLUSIONES

1. En la muestra analizada se encontró un claro predominio del sexo femenino en los pacientes egresados como trastorno esquizoafectivo en el año 2005.
2. Con respecto a la edad del primer internamiento se encuentra que la mayoría de los pacientes fueron ingresados entre los 20-29 años y estos datos están más relacionados con los reportados en otros estudios sobre la edad de internamiento de pacientes con esquizofrenia en el país.
3. En cuanto al estado civil se obtiene que el 49.8% de los pacientes están solteros y este porcentaje puede estar en relación a que existe un mayor predominio del sexo femenino en la muestra analizada que permitiría encontrar mayor porcentaje de relaciones de pareja.
4. Al analizar la escolaridad se halla que el 54.8 % de los pacientes analizados tienen una escolaridad promedio inferior que el resto de los habitantes del país.
5. En los antecedentes heredofamiliares de los pacientes analizados se encuentra un importante predominio de las enfermedades psíquicas (40.2 %).

6. Existe un porcentaje de un 10% de pacientes que no fueron descritos psicóticos en el primer ingreso y egresan como trastorno esquizoafectivo en el año 2005.

7. Se encuentra que la mayoría de los pacientes (64.6 %) tuvieron su primer ingreso en los 3 meses posteriores al inicio de la sintomatología psicótica.

8. El 55.7% de los pacientes que en el año 2005 habían sido diagnosticados como trastorno esquizoafectivo, egresaron en el primer internamiento bajo el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.

9. Según los criterios del CIE 10 de la muestra analizada de pacientes que habían egresado como trastorno esquizoafectivo en el año 2005 sólo un 28.4% de los pacientes cumplían con los criterios para trastorno esquizoafectivo y de los expedientes analizados había un mayor porcentaje (86.5%) de cumplimiento para los criterios de esquizofrenia y sólo un 48% cumplían con los criterios para un trastorno del humor.

10. Utilizando los criterios del DSM IV, sólo un 18.8% de los pacientes cumplían con los criterios diagnósticos para trastorno esquizoafectivo.

11. Al comparar los diagnósticos de primer ingreso con los del último ingreso se determina que el diagnóstico más inestable fue el de esquizofrenia, donde sólo el 7.9% de los pacientes volvieron hacia ese diagnóstico posterior al haber sido clasificado como trastorno esquizoafectivo en el año 2005. Este hallazgo que es completamente diferente al reportado en la literatura mundial, donde se anota que más del 90% de los pacientes que se egresan bajo el diagnóstico de esquizofrenia mantienen el diagnóstico en ingresos posteriores.

ANEXOS

INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

1. edad en la primera admisión:

- a. de 10-20 años
- b. de 20-30 años
- c. de 30- 40 años
- d. de 40-50 años
- e. de 50-60 años

2. sexo:

- a. f
- b. m

3. escolaridad:

- a. primaria incompleta
- b. primaria completa
- c. secundaria incompleta
- d. secundaria completa
- e. estudios universitarios incompletos
- f. estudios universitarios completos

4. estado civil

- a. soltero
- b. casado
- c. divorciado
- d. separado
- e. viudo

5. antecedentes familiares

- a. familiares con diagnóstico de esquizofrenia
- b. familiares con diagnóstico de trastornos afectivos
- c. familiares con unos de sustancias

6. tiempo entre la primera manifestación psicótica e internamiento en el primer ingreso

- a. menos de 3 meses
- b. mas de 3 meses

7. criterios del CIE 10

- A. cumple con criterios de trastornos del humor

a. episodio hipomaniacal

- i. humor elevado o irritable hasta un grado claramente anormal para el individuo afectado y mantenido durante al menos 4 días consecutivos
- ii. presentes al menos 3 de los siguientes y causar una interferencia en el funcionamiento normal de la vida diaria:
 1. aumento de la actividad o inquietud física
 2. aumento en la locuacidad
 3. dificultad para concentrarse o distraibilidad
 4. disminución en el sueño
 5. aumento del vigor sexual
 6. leve aumento de los gastos u otro tipo de comportamiento temerario o irresponsable
 7. aumento de la sociabilidad o exceso de familiaridad.
 8. el episodio no cumple con los criterios de manía, tab, episodio depresivo, ciclotimia ni anorexia nervosa.
 9. el episodio no es atribuible al consumo de sustancias psicoactivas ni a ningún trastorno mental orgánico.

b. manía sin síntomas psicóticos

1. humor predominantemente exaltado, expansivo o irritable y claramente anormal para el individuo. el cambio en el humor debe ser predominante y sostenido durante al menos una semana (o ser suficientemente grave para ser hospitalizado)

2. deben estar presentes por lo menos 3 de los siguientes signos y 4 si el humor es irritable e interferir con el funcionamiento personal en la vida diaria
 - a. aumento de la actividad o inquietud física
 - b. aumento de la locuacidad (logorrea)
 - c. fuga de ideas o experiencia subjetiva de pensamiento acelerado
 - d. perdida de las inhibiciones sociales normales, que conduce a un comportamiento inapropiado a las circunstancias.
 - e. disminución de las necesidades de sueño
 - f. autoestima exagerada o ideas de grandeza
 - g. distraibilidad o cambios constantes de las actividades o planes.
 - h. conducta imprudente o temeraria, cuyos riesgos el individuo no reconoce, por ejemplo, gastos disparatados, proyectos insensatos o conducción temeraria.
3. no hay alucinaciones ni ideas delirantes, aunque pueden producirse alteraciones en la percepción (hiperacusia subjetiva, apreciación de los colores como si fueran vividos)
4. el episodio no es atribuible a consumo de sustancias ni a trastorno mental orgánico.

c. manía con síntomas psicóticos

1. el episodio cumple los criterios de manía sin síntomas psicóticos con la excepción del criterio 3.
2. el episodio no cumple simultáneamente los criterios para esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo de tipo maniaco.

3. presencia de ideas delirantes o alucinaciones.
4. no es atribuible a consumo de sustancias o trastorno mental orgánico.

d. episodio depresivo

- i. debe durar al menos 2 semanas
- ii. no ha habido sx maniacos o hipomaniacos en ningún periodo de la vida
- iii. no es atribuible a sustancias o trastorno mental orgánico.
- iv. presencia de por lo menos 2 de los 3 síntomas siguientes:
 1. humor depresivo hasta un grado claramente anormal para el individuo, presente la mayor parte del día y casi día a día, apenas influido por las circunstancias externas y persistente por al menos dos semanas.
 2. pérdida de interés o de la capacidad de disfrutar en actividades que normalmente eran placenteras
 3. disminución de la energía o aumento de la fatiga
- v. presente 1 o mas síntomas, para que la suma total sea al menos de cuatro:
 1. perdida de confianza o disminución de la autoestima.
 2. sentimientos no razonables de autorreproche o de culpa excesiva e inapropiada
 3. pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, o cualquier conducta suicida.
 4. quejas o pruebas de disminución de la capacidad de pensar o concentrarse tales como indecisión o vacilación.

5. cambio en la actividad psicomotriz, con agitación o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva)
 6. cualquier tipo de alteración del sueño
 7. cambio en el apetito (aumento o disminución) con el correspondiente cambio de peso.
- B. Presencia clara de síntomas de por lo menos uno de los grupos anotados a continuación, la mayor parte del tiempo durante al menos dos semanas :
- i. Eco, inserción, robo o difusión del pensamiento
 - ii. Ideas delirantes de control, de influencia o pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas.
 - iii. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre sí acerca del enfermo u otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
 - iv. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son inverosímiles, pero no son solamente de grandeza o persecución.
 - v. Lenguaje groseramente irrelevante o incoherente, o uso frecuente de neologismos.
 - vi. Aparición intermitente pero frecuente de alguna forma de conducta catatónica.
- C. Criterios A y B deben cumplirse durante el mismo episodio del trastorno y simultáneamente al menos una parte del tiempo del episodio. Los síntomas deben de ser prominentes en el cuadro clínico.
- D. El trastorno no es atribuible a un trastorno mental orgánico o a intoxicación, dependencia o abstinencia de sustancias psicoactivas.

Criterios del DSM IV

- A. Un período continuo de enfermedad durante el que se presenta en algún momento un episodio depresivo mayor, maníaco o mixto, simultáneamente con síntomas que cumplen el Criterio A para la esquizofrenia. Nota: El episodio depresivo mayor debe incluir el Criterio A1: estado de ánimo depresivo.

i. criterio A para esquizofrenia

Dos o más de los siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de un período de un mes (o menos si se ha tratado con éxito):

1. Ideas delirantes
2. Alucinaciones
3. Lenguaje desorganizado (por ejemplo, descarrilamiento frecuente o incoherencia)
4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado
5. Síntomas negativos, por ejemplo, aplanamiento afectivo, alogia o abulia.

Nota: sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas, o si las ideas delirantes consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre ellas.

ii. Episodio depresivo mayor:

1. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser:
 - a. estado de ánimo depresivo o
 - b. pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

- a.** estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
- b.** disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- c.** pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
- d.** insomnio o hipersomnia casi cada día
- e.** agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- f.** fatiga o pérdida de energía casi cada día
- g.** sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- h.** disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- i.** pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

2. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

3. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

4. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

5. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

iii. Episodio maníaco

1. Un período diferenciado de un estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable, que dura al menos 1 semana (o cualquier duración si es necesaria la hospitalización).

2. Durante el período de alteración del estado de ánimo han persistido tres (o más) de los siguientes síntomas (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) y ha habido en un grado significativo:

a. autoestima exagerada o grandiosidad

b. disminución de la necesidad de dormir (p. ej., se siente descansado tras sólo 3 horas de sueño)

c. más hablador de lo habitual o verborreico

d. fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado

e. distraibilidad (p. ej., la atención se desvía demasiado fácilmente hacia estímulos externos banales o irrelevantes)

f. aumento de la actividad intencionada (ya sea socialmente, en el trabajo o los estudios, o sexualmente) o agitación psicomotora

g. implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves (p. ej., enzarzarse en compras irrefrenables, indiscreciones sexuales o inversiones económicas alocadas)

3. Los síntomas no cumplen los criterios para el episodio mixto.

4. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o de las actividades sociales habituales o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

5. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a una enfermedad medica (p. ej., hipertiroidismo).

iv.Episodio mixto

1. Se cumplen los criterios tanto para un episodio maniaco como para un episodio depresivo mayor (excepto en la duración) casi cada día durante al menos un período de 1 semana.

2. La alteración del estado de ánimo es suficientemente grave para provocar un importante deterioro laboral, social o de las relaciones con los demás, o para necesitar hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás, o hay síntomas psicóticos.

3. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento u otro tratamiento) ni a enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

B. Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados.

C. Los síntomas que cumplen los criterios para un episodio de alteración del estado de ánimo están presentes durante una parte sustancial del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad.

D. La alteración no es debida a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p. ej., una droga de abuso o un medicamento) o a enfermedad médica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alici-Evcimen Y, Ertan T, Eker E: Case series with late-onset psychosis hospitalized in geriatric psychiatry unit in Turkey: experience in 9 years. *Int Psychogeriatr* 2003; 15:69–72
2. Amin S. Singh SP. Brewin J. Jones P. Medeley I. Harrison G. Diagnostic stability of first episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br. J. Psychiatry.* 1999. 175, 537–543.
3. Andreasen NC, Akiskal HS. The specificity of Bleulerian and Schneiderian symptoms: a critical reevaluation. *Psychiatr Clin North Am.* 1983 Mar;6(1):41-54
4. Andreasen NC, Rice J, Endicott J y colab. Familial rates of affective disorder. A report from the National Institute of Mental Health Collaborative Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1987;44:461-9.
5. Andreasen N. Mood disorders and schizophrenia. *J Clin Psych* 1988; 16: 7-8.
6. Angst, J. Ferder W. Lohmeyer B. Schizoaffective disorders. Results of a genetic investigation .1979. *J Affect. Disord.* 1, 139–153.
7. Angst, W. Felder and B. Lohmeyer, Course of schizoaffective psychoses: results of a follow-up study. *Schizophr Bull* 6 .1980, pp. 579–585.

8. Angst, W. Felder and B. Lohmeyer. Are schizoaffective psychoses heterogeneous? Results of a genetic investigation. *Journal Affective Disorders*. 1979; 1: 155-165
9. Angst J. Stassen HH, Gross G, Huber G, Stone MH. Suicide in affective and schizoaffective disorders. En Marneros A, Tsuang MT, editors. *Affective and Schizoaffective disorders*. Berlin: Springer-Verlag. 1990 p 168-85.
10. Atre-Vaidya N. Taylor MA. Differences in the prevalence of psychosensory features among schizophrenic, schizoaffective and maniac patients. *Comprehensive Psychiatry*. 1997. 38. 88-92.
11. Baron, M., Gruen, R., Asnis, L., Kane, J., 1982. Schizoaffective illness, schizophrenia and affective disorders: morbidity risk and genetic transmission. *Acta Psychiatr. Scand*. 65, 253–262.
12. Benabarre E; Vieta, F y colab. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur. Psychiatr*. 16, 167–172.
13. Berk M, Dodd S., Callaly P., Berk L., Fitzgerald P. History of illness prior to a diagnosis of bipolar disorder or schizoaffective disorder . *Journal of Affective Disorders*. 2007
14. Berner, P., Gabriel, E., Katsching, H., Kieffer,W., Koehler, K., Lenz, G., Nutzinger, D., Shanda, H., Simhandl, C., 1992. *Diagnostic Criteria for Functional Psychoses*, 2nd edition. Cambridge University Press, Cambridge, UK.
15. Berrettini WH. Are schizophrenic and bipolar disorders related? A review of family and molecular studies. *Biol Psychiatry*. 2000;48:531-8.

16. Bertelsen A. Gottesman II. Schizoaffective psychoses: genetical clues to classification. 1995 Am. J. Med. Genet. 60, 7–11.
17. Blacker D. Tsuang MT. contested boundaries of bipolar disorder and the limits of categorical diagnosis in psychiatry. Am J Psychiatry 1992. 149, 1473-83.
18. Bramon E, Sham PC. The common genetic liability between schizophrenia and bipolar disorder: a review. Curr Psychiatry Rep 2001;3:332-7.
19. Bulbena A. trastornos bipolares y esquizoafectivos. En Vallejo J, editor. Introducción a la psicopatología y la psiquiatría. 3ra edición. Barcelona, Salvat; 1991 p 482-507
20. Burrows G. Post Psychotic Depression. J Clin Psych 1998; 16: 4-5.
21. Brockington, I F; Leff, J P. Schizo-affective psychosis: definitions and incidence. Psychological Medicine Vol.9, Issue 1. 1979, Pages 91-99.
22. Brockington IF, Meltzer HY. The nosology of schizoaffective psychosis. Psychiatr Dev .1983;1:317-38.
23. Caja Costarricense del Seguro Social, Anuario Estadístico del Hospital Nacional Psiquiátrico 2005 disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/germed/dis/diess/document/pdf/encurg01/c11.pdf>., 2005.

24. Caldwell CB. Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull.* 1990; 16: 571-89.
25. Cardno AG. Marshall EJ. Coid B y colab. Heritability estimates for psychotic disorders: the Maudsley twin psychoses series. *Arch General Psychiatry.* 1999; 56: 162-8
26. Cheniaux E., Landeira-Fernandez J. Lessa Telles L. ,Luiz J., Lessa M.,Dias A , Duncan T., Versiani M. Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophrenia or mood disorders. *Journal of Affective Disorders, Vol 106, Issue 3, March 2008, Pages 209-217*
27. CIE-10, Clasificación Internacional de Enfermedades, (versión en Español), publicado por la OMS, 1998.
28. Clayton PJ. Schizoaffective disorders. *J Nerv Ment Dis.* 1982; 170: 646-50
29. Coryell, W; Lavori, P. y colab. Outcome in schizoaffective, psychotic, and nonpsychotic depression. Course during a six- to 24-month follow-up. *Archives Of General Psychiatry Volume 41, Issue 8, August 1984, Pages 787-791.*
30. Coryell, W., Zimmerman, M., 1986. Demographic, historical, and symptomatic features of the nonmanic psychoses. *J. Nerv. Ment.Dis.* 174, 585–592.

31. Coryell, W., Zimmerman, M., 1988. The heritability of schizophrenia and schizoaffective disorder: a family study. *Arch. Gen. Psychiatry* 45, 323–327.
32. Craddock N, Owen MJ. The beginning of the end for the Kraepelinian dichotomy. *Br J Psychiatry* 2005; 186:364-6.
33. Craddock N. Jowen M. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. *World Psychiatry*. 2007 June; 6(2): 84–91.
34. Crow TJ. A continuum of psychoses, one human gene, and not much else the case for homogeneity. *Schizophr Res*. 1995; 17: 135-45.
35. Crow TJ, Ball J, Bloom SR, Brown R, Bruton CJ, Colter N, Frith CD, Johnstone EC, Owens DG, Roberts GW: Schizophrenia as an anomaly of development of cerebral asymmetry: a postmortem study and a proposal concerning the genetic basis of the disease. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:1145–1150
36. Delbert G. Robinson, Margaret G. Woerner, Marjorie McMeniman, Alan Mendelowitz, and Robert M. Bilder, Symptomatic functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder *Am J Psychiatry* 161:473-479, March 2004
37. DSM IV, Manual diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, American Psychiatric Association, Publicado por Masson SA, 1995

38. Faraone SV, Blehar M, Pepple J, Moldin SO, Norton J, Nurnberger JI, Malaspina D, Kaufmann CA, Reich T, Cloninger CR, DePaulo JR, Berg K, Gershon ES, Kirch DG, Tsuang MT: Diagnostic accuracy and confusability analyses: an application to the Diagnostic Interview for Genetic Studies. *Psychol Med* 1996; 26:401–410.
39. Farmer AE, McGuffin P, Gottesman II. Twin concordance for DSM-III schizophrenia. Scrutinizing the validity of the definition. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:634-41.
40. Fennig S, Bromet E, Jandorf L. Gender differences in clinical characteristics of first-admission psychotic depression. *Am Journal Psychiatry*. 1993; 150: 1734-36.
41. Fennig S, Kovasznay B, Rich C, Ram R, Pato C, Miller A, y colab. Six month stability of psychiatric diagnoses in first admission patients with psychosis. *Am J Psychiatry*. 1994; 151:1200-8.
42. Fowler RC. Remitting schizophrenia as a variant of affective disorder. *Schizophr Bull*. 1978; 4: 68-77.
43. Gershon ES, Hamovit J, Guroff JJ y colab. A family study of schizoaffective, bipolar I, bipolar II, unipolar, and normal control probands. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:1157-67.

44. Gershon ES, DeLisi LE, Hamovit J, Nurnberger JI Jr, Maxwell ME, Schreiber J, Dauphinais D, Dingman CW II, Guroff JJ: A controlled family study of chronic psychoses. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:328–337.
45. Getz GE. Del Bello MP. Fleck DE. Zimmerman ME. Schwiers ML. Strakowski SM. Neuroanatomic characterization of schizoaffective disorder using MRI: a pilot study. *Schizophr Res* 2002. 55, 55–59.
46. Gewirtz G. Squires. Wheeler E. Sharif Z. Honer WG. Results of computerized tomography during first admission for psychosis. 1994. *Br. J. Psychiatry* 164, 789–795.
47. Girad, C. Simard, M. Clinical Characterization of Late- and Very Late-Onset First Psychotic Episode in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Geriatric Psychiatry*. Vol 16 (6). 2008.478-487.
48. González-Pinto A, Gutiérrez M, Mosquera F y colab. First episode in bipolar disorder: misdiagnosis and psychotic symptoms. *J Affective Disorders*. 1998; 50: 41-4
49. Green EK, Raybould R, Macgregor S, y colab. Operation of the schizophrenia susceptibility gene, neuregulin 1, across traditional diagnostic boundaries to increase risk for bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62:642-648.

50. Grossman L.S., Long-term course and outcome in schizoaffective disorders. *Curr Opin Psychopathol* (1990), pp. 38–42.
51. Grossman LS, M Harrow, JF Goldberg and CG Fichtner .Outcome of schizoaffective disorder at two long-term follow-ups: comparisons with outcome of schizophrenia and affective disorders *Am J Psychiatry* 1991; 148:1359-1365.
52. Haahr U, Simonsen E, Dahl AB y colab. TIPS: first episode psychosis: Diagnostic stability over 1 year. Copenhagen: comunicación personal. 3rd. International Conference on Early Psicosis, 25-28 september 2002.
53. Häfner H, Maurer K, Trendler G, y colab. Schizophrenia and depression: challenging the paradigm of two separate diseases - a controlled study of schizophrenia, depression and healthy controls. *Schizophr Res* 2005; 77:11-24.
54. Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganeev K, Giel R, an der Heiden W, Holmberg SK, Janca A, Lee PW, Leon CA, Malhotra S, Marsella AJ, Nakane Y, Sartorius N, Shen Y, Skoda C, Thara R, Tsirkin SJ, Varma VK, Walsh D, Wiersma D: Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *Br J Psychiatry* 2001; 178:506–517
55. Harrow, M; Grossman, L. y colab. Outcome in schizoaffective disorders: a critical review and reevaluation of the literatura. *Schizophrenia Bulletin* Volume 10, Issue 1, 1984, Pages 87-108.
56. Harrow, M; Grossman, L. y colab. Ten-year outcome: patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *The British Journal of Psychiatry* (2000) 177: 421-426.

57. Hattori E, Liu C, Badner JA y colab. Polymorphisms at the G72/G30 gene locus, on 13q33 are associated with bipolar disorder in two independent pedigree series. *Am J Hum Genet* 2003; 72: 1131-1140.
58. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, y colab: Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 172–178.
59. Inayama Y. Yomeda H. Fukushima K y colab. Paracentric inversión of chromosome 9 with schizoaffective disorder. *Clinical Genetics*. 1997; 51: 69-70.
60. Inui, K., Motomura, E., Okushima, R., Kaige, H., Inoue, K., Nomura, J., 1998. Electroencephalographic findings in patients with DSM-IV mood disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders. *Biol. Psychiatry* 43, 69–75.
61. Jabs BE, Pfulmann B, Bartsch AJ y colab. Cycloid psychoses - from clinical concepts to biological foundations. *J Neural Transm*. 2002; 109: 907-19
62. Johstone EC. Frith CD. Crow TJ. Owens DGC. The Northwick park "functional" psychosis study: diagnosis and treatment response. *Lancet* 1988. 16, 119-125.
63. Jones, P.B., Harvey, I., Lewis, S.W., Toone, B.K., van Os, J. Williams, M., Murray, R.M. Cerebral ventricle dimensions as risk factors for schizophrenia and affective psychosis: an epidemiological approach to analysis. 1994. *Psychol. Med.* 24, 995–1011.

64. Junginger J, Barker S, Coe D. Mood theme and bizarreness of delusion in schizophrenia and mood psychosis. *Journal of Abnormal Pathology*. 1992. 101, 287-92.
65. Kendell, RE, Brockington IF. The identification of disease entities and the relationship between schizophrenic and affective psychoses. *Br. J. Psychiatry* 1980. 137, 324–331.
66. Kendell RE. Diagnosis and classification of functional psychoses. *Br Med Bull* 1987;43: 499-513
67. Kendler, K.S., Gruenberg, A.M., Tsuang, M.T. A DSM-III family study of the nonschizophrenic psychotic disorders. *Am. J. Psychiatry* 1986. , 143, 1098-1105.
68. Kendler KS, McGuire M. Gruenberg AM. O'Hare A. Spellmann M. Walsh D. The Roscommon family study I Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives.1993 *Arch. Gen. Psychiatry* 50, 527–540.
69. Kendler KS, McGuire M. Gruenberg AM. Walsh D . Examining the validity of DSM III R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon family study. *American Journal Psychiatry*.1995. 152, 755-64.
70. Ketter TA. Wang P W, Becker OV. Nowakowska C. Yang YS. Psychotic bipolar disorders: dimensionally similar to o categorically different from schizophrenia. *Psychiatric Res*. 2004. 38: 47-61
71. Khan AY, Shaikh MR. Challenging the established diagnosis in psychiatric practice: is it worth it? *J Psychiatric Practice*. 2008. 14 (1): 67-72

72. Kitamura T, Suga R. Depressive and negative symptom in major psychiatric disorders. *Compr Psychiatry*. 1991;32:88-94.
73. Krabbendam L, Myin-Germeys I, Hanssen M, y colab. Hallucinatory experiences and onset of psychotic disorder: evidence that the risk is mediated by delusion formation. *Acta Psychiatr Scand* 2004; 110:264-272.
74. Lake Charles Ray, Hurwitz Nathanie Schizoaffective disorder merges schizophrenia and bipolar disorders as one disease - there is no schizoaffective disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2007 Jul; 20(4):365-79.
75. Lake R; Hurwitz N. y colab. Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Res*. 143, 255-287.
76. Lapensee M.A. A review of schizoaffective disorder: I. Current concepts. *Can J. Psychiatry* Volume 37, Issue 5, 1992, Page 335-346.
77. Langarica M, Zandio M, García E, Campos M, Peralta V. estabilidad diagnóstica de los trastornos psicóticos. *Aula Médica Psiquiatría*. 2005; 3: 169-80
78. Levinson Douglas, Umaphy C, Musthaq Mohamado. Treatment of Schizoaffective Disorder and Schizophrenia with Mood Symptoms. *Am J Psychiatry* 156:1138-1148, August 1999.
79. Lewine, R.R., Hudgins, P., Brown, F., Caudle, J., Risch, S.C., 1995. Differences in qualitative brain morphology findings in schizophrenia, major

depression, bipolar disorder, and normal volunteers. *Schizophr. Res.* 15, 253–259.

80. López J, Baca I, Batillo L. Diagnosis error and temporal stability en Bipolar Disorder. *Actas Españolas Psiquiátricas*.2008.36 (4): 205-209.
81. López J, Valdis M y colab. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, Barcelona, 2002, pp359-363
82. Maier W, Lichtermann D, Minges J, Hallmayer J, Heun R, Benkert O, Levinson DF: Continuity and discontinuity of affective disorders and schizophrenia: results of a controlled family study. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50:871–883
83. Maj M; Pirozzi R. y colab. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: Preliminary data. *Journal of Affective Disorders*, Volume 57, Issues 1-3 January-March 2000, Pages 95-98
84. Maj M; Perris C. Patterns of course in patients with a cross-sectional diagnosis of schizoaffective disorder. *Journal of Affective Disorders* Volume 20, Issue 2 , October 1990, Pages 71-77
85. Maj M. The evolution of some European concepts relative to the category of schizoaffective psychoses. *Psychopathology* 1984. 17, 158-167.
86. Maj M. Evolution of the American concept of schizoaffective psychosis. *Neuropsychobiology*. 1984; 11: 7-13.

87. Maj M. Clinical course and outcome of schizoaffective disorders. A three-year follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand.* Volume 72, Issue 6, 1985, Pages 542-550.
88. Maj M. Evolution of the American concept of schizoaffective psychosis. *Neuropsychobiology* Volume 11, Issue 1 , 1984, Pages 7-13
89. Maj M. Response to the dexamethasone suppression test in schizoaffective disorder, depressed type. *J.Affect.Disord.* 1986. 11, 63–67.
90. Maj M, Raffaele Pirozzi, Anna Maria Formicola, Luca Bartoli and Paola Bucci. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: Preliminary data *Journal of Affective Disorders* Volume 57, Issues 1-3 , January-March 2000, Pages 95-98.
91. Maj M. Starace F. Pirozzi R. A family study of DSM III-R schizoaffective disorder, depressive type, compared with schizophrenia and psychotic and nonpsychotic major depression *Am J Psychiatry* 1991. 148, 612–616.
92. Marneros A. Deister A. Rohde A. Sociodemographic and premorbid features of schizophrenic, schizoaffective and Affective psychoses. En Marneros A, Tsuang MT, editors. *Affective and Schizoaffective disorders.* Berlin: Springer-Verlag. 1990 p 130-45.
93. Marneros, A., Deister, A., Rhode, A. Psychopathological and social status of patients with affective, schizophrenic and schizoaffective disorders after long term course. *Acta Psychiatr Scand* 1990. 82, 352-358.

94. Marneros, A., Deister, A., Rhode, A. Stability of diagnoses in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. Cross-sectional versus longitudinal diagnosis. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1991; 241:187-92.
95. Marneros A, Deister A, Rhode A. comparisons of long-term outcome of schizophrenic, affective and schizoaffective disorders. *British Journal of Psychiatry.* 1992. 161, 44-51
96. Marneros A, Rohde A, Deister A. Frequency and phenomenology of persisting alterations in affective, schizoaffective and schizophrenia disorders: a comparison. *Psychopathology.* 1998. 31, 23-8.
97. Marneros A, Rohde A, Deister A. Frequency and phenomenology of persisting alterations in affective, schizoaffective and schizophrenia disorders: a comparison. *Psychopathology.* 1998. 31, 23-8.
98. Marneros Andreas. Schizoaffective disorder: clinical aspects, differential diagnosis, and treatment.- *Curr Psychiatry Rep* 2003 Jul;5(3):202-5
99. Martin RL, Cloninger CR, Guze SB, Clayton PJ. Frequency and differential diagnosis of depressive syndromes in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1985; 46: 9-13
100. McCabe MS, Stromgren E. Reactive psychoses. A family study. *Arch Gen Psychiatry.* 1975; 32: 447-54.
101. McGlashan TH, Carpenter WT Jr: Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1976; 33:231–239

102. McGorry P. The influence of illness duration on syndrome clarity and stability in functional psychosis: does the diagnosis emerge and stabilize with time? *Austr NZ J Psychiatry*. 1994; 28:607-19.
103. Meador –Woodruff JH, Greden JF, Grunhaus L, Haskett RF. Plasma postdexamethasone cortisol levels in schizoaffective disorder. *Psychiatry Res*. 1988. 26, 35-42.
104. Mendlewicz J, Linkowski P, Wilmotte J. Relationship between schizoaffective illness and affective disorder of schizophrenia. *J Affect Dis*. 1980; 2: 289-302.
105. Montero Ana Patricia, Balderas Teresa, Pereira Mariana, y colab. Resultados de la categorización de una muestra de pacientes con diagnóstico de egreso de esquizofrenia. *Acta médica costarricense*. jun. 2002, vol.44, no.2
106. Muller-Oerlinghausen B. Ahrens B Grof E y colab. The effect of long term lithium treatment on the mortality of patients with maniac-depressive and schizoaffective illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1992. 86, 218-22.
107. Murray RM, Sham P, van Os J y colab. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res* 2004 71:405-16.
108. Nardi, A.E., Nascimento, I., Freire, R.C., Melo-Neto, V.L., Valenca, A.M., Dib, M., Soares-Filho, G.L., Veras, A.B., Mezzasalma, M.A., Lopes, F.L., de Menezes, G.B., Grivet, L.O., Versiani, M., Demographic and clinical features

of schizoaffective (schizobipolar) disorder—a 5-year retrospective study. Support for a bipolar spectrum disorder. 2005. *J. Affect. Disord.* 89, 201–206.

109. Naz B, Fochtman LJ, Bromet EJ. Schizophreniform disorder. En : Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Comprehensive textbook of Psychiatry*. 8va ed. Philadelphia Lippincott Williams and Wilkins; 2005 p 1522-5
110. Nurnberger JI Jr Diagnostic interview for genetic studies. Rationale, unique features, and training. NIMH Genetics Initiative. *Arch Gen Psychiatry*, 1994; 51(11): 849-59
111. Opjordsmoen S: Long-term course and outcome in unipolar affective and schizoaffective psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79:317–326
112. Peralta V, Cuesta M. Factor structure of symptoms in functional psychoses. *Biol Psychiatry*. 1997; 42:806-15
113. Peralta V, Cuesta M. The underlying structure of diagnostic systems of schizophrenia: a comprehensive polydiagnostic approach. *Schizophr. Res.* 2005. 79, 217-229.
114. Peralta V, Cuesta M. Exploring the borders of schizoaffective spectrum: a categorical and dimensional approach. *Journal of Affective Disorders* 2008; 108: 71-86
115. Perris C. Leohard and the cycloid psychoses. En Berrios G, Porter R. Editors. *A history of clinical Psychiatry*. London: the Athlone Press; 1995. P. 421-30.
116. Petty RG: Structural asymmetries of the human brain and their disturbance in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1999; 25: 121-139.

117. Pichot P. The concept of psychiatric nosology. In: Schramme T, Thome J (eds). *Philosophy and psychiatry*. Berlin: Walter de Gruyter, 2004: 83-93.
118. Pini Stefano, Valeria de Queiroz, Liliana Dell’Osso, Marianna Abelli, Concettina Mastrocinque, Marco Sættoni, Mario Catena and Giovanni B. Cassano. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *European Psychiatry*, Volume 19 Issue 1, 2004 pag 1-14.
119. Pope HG Jr, JF Lipinski, BM Cohen and DT Axelrod "Schizoaffective disorder": an invalid diagnosis? A comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia, and affective disorder *Am J Psychiatry* 1980; 137:921-927.
120. Rieder, R.O., Mann, L.S., Weinberger, D.R., van Kammen, D.P., Post, R.M. Computed tomographic scans in patients with schizophrenia, schizoaffective, and bipolar affective disorder. 1983. *Arch. Gen. Psychiatry* 40, 735–739.
121. Robins E. Guze SB. Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1970. 126:983-7
122. Robinson DG, Woerner MG, Alvir JM y colab. Predictors of treatment response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*. 1999; 156:544-9.
123. Robinson Delbert, Woerner Margaret, Mc Meniman. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry* 161: 473-479.

124. Sanjay Gupta, M.D., Charles H. Steinmeyer, Ph.D., Kari Lockwood, R.N., Barbara Lentz, R.N., and Kay Schultz, R.N. Comparison of Older Patients With Bipolar Disorder and Schizophrenia/Schizoaffective Disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 15:627-633, July 2007.
125. Samson JA, Simpson JC. Tsuang MT . Outcome of schizoaffective disorders. *Schizophrenia Bulletin*. 1988. 14, 543-54
126. Sauer, H. Koehler KG. Sass H, Hornstein C. Minne HW. The dexamethasone suppression test and thyroid stimulating hormone response to TRH in RDC schizoaffective patients. *Eur. Arch Psychiatry Nerol Sci* . 1984. 234, 264-267.
127. Schimmelmann BG. Huber CG. Lambert M. Cotton S. McGorry PD. Conus P. Impact of duration of untreated psychosis on pre-treatment, baseline, and outcome characteristics in an epidemiological first-episode psychosis cohort. *Journal of Psychiatric Research*. 42(12):982-90, 2008
128. Schumacher J, Jamra RA, Freudenberg J, y colab. Examination of G72 and D-amino-acid oxidase as genetic risk factors for schizophrenia and bipolar affective disorder. *Mol Psychiatry* 2004; 9:203-207.
129. Schwartz J, Fenning Sh, Tanenberg-Karant M, Carlson G, Craig T, Galambos N, Lavelle J, Bromet E. Congruence of diagnoses 2 years after a first admission diagnosis of psychosis. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 593-600.
130. Siris SG: Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV. *Schizophr Bull* 1991; 17:75–98

131. Siris SG, Lavin MR. Schizoaffective disorder, schizophreniform disorder and brief psychotic disorder. En Kaplan HI, Sadock BJ editors. Comprehensive textbook of Psychiatry. 6th edition. Baltimore. Williams and Wilkins; 1995 p 1019-30.
132. Slater E, Cowie C. The genetics of mental disorders. London: Oxford University Press, 1971.
133. Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research Diagnostic Criteria: rationale and reliability. Arch Gen Psychiatry 1978; 35:773–782
134. Strakowski SM. Keck PE Jr. Sax KW, McElroy SL. Hawkins JM. Twelve month outcome of patients with DSM III R schizoaffective disorder: comparisons to matched patients with bipolar disorder. Schizophr Res. 1999; 35: 167-74.
135. Taylor M.A. Are schizophrenia and affective disorder related? A selective literature review. Am J. Psychiatry 1992; 149, 22–32.
136. Tien AY, Eaton WW. Psychopathologic precursors and sociodemographic risk factors for the schizophrenia syndrome. Archives general Psychiatry. 1992; 49: 37-46.
137. Tohen M, Tsuang MT. Goodwin DC. Prediction of outcome in mania by mood- congruent or mood-incongruent psychotic features. Am J Psychiatry. 1992; 149: 1580-4.
138. Torrey EF. Prevalence studies in schizophrenia. Br J Psychiatry. 1987; 150: 598-608.

139. Tsuang MT. Morbidity risks of Schizophrenia and Affective disorders among first degree relatives of patients with schizoaffective disorders. *Br J Psychiatry*. 1991; 158: 165-70.
140. Tsuang, D., Coryell, W., 1993. An 8-year follow-up of patients with DSM-III-R psychotic depression, schizoaffective disorder, and schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1993. 150, 1182-1188.
141. Tsuang MT. Levitt JJ. Simpson JC. Schizoaffective disorder. En Hirsch SR, Weinberger DR, Editors. *Schizophrenia*. London Blackwell Science; 1995.
142. Vieta E. Trastornos bipolares y esquizoafectivos. En Vallejo Ruiloba J, editor. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 4ta edición Madrid: Masson; 1998. P 541-70.
143. Vieta E. and J. Salvà, Diagnóstico diferencial de los trastornos bipolares. In: E Vieta and C Gastó, Editors, *Trastornos bipolares*, Springer-Verlag, Barcelona (1997), pp. 175–193.
144. Whaley Arthur, Symptom clusters in the diagnosis of affective disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia in African Americans. *J Natl Med Assoc* 2002 May; 94(5): 313-319
145. Williams JBW, Gibbon M, First MB, Spitzer RL, Davies M, Borus J, Howes MJ, Kane J, Pope HG, Rounsaville B, Wittchen H-U: The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID), II: multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 630–636
146. Williams, P.V., McGlashan, T.H., 1987. Schizoaffective psychosis: I. Comparative long-term outcome. *Arch. Gen. Psychiatry* 44, 130–137.
147. Wolfgang Maier. Schizophrenia and bipolar disorder: differences and overlaps. *Curr Opin Psychiatry*. 2006; 19(2): 165-170