

Todos los estudios presentes implican que los problemas cognoscitivos aparecen temprano en la enfermedad y que permanecen más o menos estables a través del tiempo negando la hipótesis de un proceso degenerativo en la esquizofrenia una vez que los síntomas positivos han aparecido y el trastorno se ha hecho manifiesto. Este declinamiento en las funciones cognoscitivas es de una gran variabilidad individual y ocurre gradualmente, especialmente durante la adolescencia. Es la creencia de algunos investigadores que el compromiso específico causado por la esquizofrenia es iniciado o disparado por el comienzo de la enfermedad.

Este proceso, que inicia la enfermedad, esta siendo estudiado activamente y las respuestas obtenidas o a obtenerse van a proporcionar una gran cantidad de información sobre la génesis de esta enfermedad catastrófica.

Una de las hipótesis más aceptadas es la de que existe un paro en el neurodesarrollo a nivel neurobiológico con suficiente evidencia para apoyar que las conexiones entre las áreas subcorticales (límbicas entre ellas) y la corteza prefrontal están comprometidas. Esta hipótesis junto a la estabilidad en el curso de los problemas cognoscitivos permiten la afirmación de que la esquizofrenia es una encefalopatía estática y no una demencia progresiva.

S21 Diagnóstico de la Esquizofrenia: Enfoque por Categorías y Dimensiones

Douglas Levinson

Las categorías diagnósticas actuales para los desórdenes relacionados a la esquizofrenia son difíciles de aplicar en forma confiable. Dependiendo del clínico y del sistema diagnóstico, entre 10-40% de los pacientes psicóticos tienen episodios con síntomas afectivos concurrentes. La esquizofrenia puede ser diferenciada del desorden bipolar y de la depresión con síntomas psicóticos congruentes con el afecto y los estudios familiares genéticos confirman la independencia de estos trastornos. Sin embargo, la esquizofrenia y el desorden esquizoafectivo ocurren muchas veces en las mismas familias, son difíciles de distinguir y generalmente responden a los mismos tratamientos. La utilidad de la categoría esquizoafectiva puede cuestionarse; sin embargo, estos pacientes si tienen un riesgo familiar aumentado para los desórdenes afectivos y algunos desordenes esquizoafectivos parecen evolucionar en el tiempo en pacientes con psicosis afectivas. Otro límite difícil se presenta entre las esquizofrenias y las psicosis atípicas que simulan la esquizofrenia en el cuadro clínico y en el riesgo familiar pero no llenan todos los criterios diagnósticos.

Un enfoque a estos problemas es determinar la severidad y curso de dimensiones como síntomas positivos, negativos y desorganizados, síntomas afectivos, deterioro, síntomas psicóticos

considerados en general más típicos de la esquizofrenia vs los síntomas psicóticos típicos de los desórdenes afectivos, y características no típicas de la esquizofrenia. Uno de estos enfoques, la escala "Lifetime Dimensions of Psychosis" (LDP) será presentada. Esta escala, que aún está en desarrollo, requiere hacer una serie de mediciones basadas en la entrevista diagnóstica para investigación y en información de otros y de los expedientes médicos, y da como resultado un cuadro global del curso de la enfermedad. Las mediciones de los parámetros generalmente son replicables, aunque esto es menos cierto para las mediciones de los síntomas negativos y desorganizados, probablemente debido a que estos se describen inadecuadamente en los expedientes clínicos. Este enfoque estimula al clínico a determinar en forma completa cada dominio de síntomas, sin importar la prominencia de otros tipos de síntomas y en lugar de terminar la evaluación tan pronto como se alcanza una impresión diagnóstica. Las mediciones también muestran perfiles más diversos que las categorías mayores utilizadas actualmente.

Es posible que este tipo de evaluación pruebe ser de utilidad en los estudios genéticos moleculares debido a que el sistema actual clasifica a pacientes muy similares en categorías diferentes en base a distinciones sutiles y no replicables. Sin embargo, no esta claro si será de utilidad para estudiar estas dimensiones como un continuo o rasgos cuantitativos que reflejen el riesgo genético, o si representan formas alternativas de crear grupos o perfiles que pueden diferenciarse en forma más fidedigna debido a la naturaleza del procedimiento de evaluación. Por el momento, no hay evidencia de que estas dimensiones correspondan a algún tipo de continuo genético y la patología subyacente puede aún ser debido a una serie de síndromes distintos con síntomas que se sobrelapan. Es posible que para lograr un completo entendimiento de estos puntos sean necesarios más datos de los estudios genéticos y de neuropatología.

Notas: _____

