

**LA SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA EN EL TRASTORNO
ESQUIZOAFECTIVO. Evaluación con un instrumento de
auto-reporte: Implicaciones para el diagnóstico**

Por JORGE RODRÍGUEZ-LOSADA A.** y RICARDO SÁNCHEZ PEDRAZA*

RESUMEN

Objetivo. *Evaluar la consistencia del síndrome esquizoafectivo usando un instrumento de auto-reporte.*

Métodos. *Se efectuó búsqueda bibliográfica de métodos de auto-reporte disponibles para evaluación de manía. Con esta información se estructuró un instrumento que fue sometido a ajuste en un grupo focal y en un estudio piloto. El instrumento fue tramitado por 80 pacientes con cuadros agudos de tipo esquizofrénico, esquizoafectivo o maníaco, de servicios de urgencias y hospitalización en Bogotá. Para comparar las mediciones en los diferentes grupos los datos se analizaron con pruebas ANOVA, Jonckheere-Terpstra y Lambda de Wilks.*

Resultados. *Se ensambló un instrumento de 22 ítem que cubrió las diversas manifestaciones clínicas del síndrome. Aunque los pacientes maníacos se diferencian adecuadamente de los otros grupos, los esquizoafectivos y los psicóticos no se distinguen entre ellos. Concluimos que las características del síndrome esquizoafectivo, evaluadas con un instrumento de auto-reporte, se acercan más al espectro esquizofreniforme que al afectivo.*

**THE AFFECTIVE SYMPTOMATOLOGY IN THE DYSFUNCTION
SCHIZOAFFECTIVE. Evaluated with an auto-report
instrument: Implications for the diagnosis**

ABSTRACT

Objective. *Evaluate the consistency of schizoaffective syndrome using a self-assessment instrument.*

Method. *A bibliographic search was undertaken of self-assessment methods available for the evaluation of mania. With this information an instrument was constructed and later was adjusted by a focal group and a pilot study. The instrument was filled in by 80 patients with acute schizophrenia, psychoaffective and manic syndromes, who were attended in Emergency and Hospitalization Services in Bogotá. Jonckheere-Terpstra and Lambda de Wilks analysis was used to compare data obtained from the different groups.*

* Profesor Titulado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.

** Profesor Asociado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia.
Facultad de Medicina, Oficina 202, Ciudad Universitaria, Bogotá, Colombia.

Results. A 22 items instrument was designed and assembled which covered the different clinical manifestations of the syndrome. Though maniac patients adequately differentiate from the other groups, schizophrenic and psychotics cannot be distinguished from one another. Thus, in conclusion, the characteristics of the psychoaffective syndrome, evaluated through a self-assessment method, come closer to a schizophreniform spectrum than to an affective one.

PALABRAS-CLAVE : Trastorno esquizoafectivo, diagnóstico, síntomas y signos, auto-reporte.

KEY WORDS : Schizoaffective disorder, diagnosis, symptoms and signs, self-assessment.

INTRODUCCIÓN

La subjetividad del diagnóstico en psiquiatría ha sido evidente en varias categorías nosológicas, dentro de las que se incluyen la esquizofrenia y las psicosis afectivas.¹

Los diagnósticos son altamente dependientes del sistema nosológico que se utilice. En nuestro medio, un estudio demostró que al cambiar de sistema de clasificación la proporción de pacientes con enfermedad bipolar pasó del 21 al 50%.²

Desde 1970 aproximadamente, el trastorno esquizoafectivo dejó de tomarse como una esquizofrenia y comienza a considerarse como un trastorno del espectro afectivo, teniendo en cuenta lo bien que muchos de estos pacientes respondían al litio.³ Desde entonces el trastorno esquizoafectivo es uno de los diagnósticos psiquiátricos más controvertidos al compartir síntomas tanto de esquizofrenia como de trastornos afectivos. Los clínicos han reconocido que en los pacientes con esquizofrenia no es raro encontrar sintomatología afectiva e incluso su presencia es considerada como factor de buen pronóstico. Hasta ahora la controversia de si el trastorno esquizoafectivo es un subtipo de esquizofrenia, un subtipo de trastorno afectivo o un "tercer tipo de psicosis" no se ha podido

dilucidar a pesar de los estudios sobre el tema.⁴

Con la aparición de la categoría de trastorno esquizoafectivo se intentó dar más claridad diagnóstica a la patología que se encontraba a medio camino entre los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Con el término de esquizoafectivo se entendía el cuadro afectivo con síntomas psicóticos cuyos contenidos delirantes no se relacionaban con lo esperado por el cuadro afectivo que lo acompañaba. Con la definición posterior de trastornos afectivos con síntomas psicóticos congruentes y no congruentes con el estado de ánimo, el terreno diagnóstico del trastorno esquizoafectivo quedó más reducido y problemático. Entonces, se intentó dejar de lado la temática de los delirios y se hizo énfasis en el desarrollo longitudinal del cuadro clínico para hacer el diagnóstico diferencial entre el trastorno esquizoafectivo y el afectivo con síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo. Pero tampoco esto ayudó a delimitar este cuadro clínico.⁵ Al comparar estas tres entidades patológicas se encontró que entre los familiares de los pacientes con trastorno esquizoafectivo había una mayor frecuencia de trastornos afectivos que entre los familiares de esquizofrénicos, y más esquizofrénicos que entre los familiares de los pacientes con

trastornos afectivos, lo que podría sugerir alguna relación con factores genéticos.⁶ Desde el punto de vista epidemiológico, en la esquizofrenia se han encontrado diferencias del pronóstico en cuanto al género -es algo mejor en mujeres- lo cual no se ha visto en el trastorno esquizoafectivo.⁷ Desde el punto de vista de la sintomatología de los distintos cuadros, en algunos trabajos se ha sugerido que el trastorno esquizoafectivo representa una variante de esquizofrenia.⁸ En otros estudios no se han encontrado diferencias sustanciales en sensopercepción y pensamiento entre los pacientes esquizofrénicos y bipolares, si se comparaban con los esquizoafectivos.⁹ También se ha sugerido que el mejor pronóstico existente en el trastorno esquizoafectivo con respecto a la esquizofrenia se debe más a las condiciones requeridas de una duración mínima de seis meses y a la existencia de un cierto deterioro, que a otros criterios en lo que respecta a sus síntomas propios.¹⁰ Mientras que en las esquizofrenias son más frecuentes los síntomas negativos, en los cuadros esquizoafectivos maníacos la preponderancia de los síntomas positivos sobre los negativos es muy notoria.¹¹ En otros trabajos se reafirma que la sintomatología del episodio esquizoafectivo es similar a la esquizofrenia.^{9, 12} También se ha indicado que el insight es menor en la esquizofrenia que en los otros dos cuadros.¹³

Uno de los puntos que genera mayor controversia al estudiar el tema del trastorno esquizoafectivo es el de la poca estabilidad del diagnóstico al seguir la evolución de estos pacientes, lo que ha llevado a plantearse con más insistencia si se trata de una entidad patológica real o más bien se debe considerar como un aspecto de otro cuadro psicótico que en un momento determinado adquiere unas características especiales.^{14, 15} En este sentido Chen y col, siguieron durante varios años la estabilidad de diagnósticos y encontraron que de 43 pacientes diagnosticados de tras-

torno esquizoafectivo, al final del estudio sólo 8 persistían con el mismo diagnóstico.¹⁵ En cuanto a las rehospitalizaciones se ha visto que son más frecuentes en pacientes con diagnósticos de esquizofrenia, y trastornos esquizoafectivos.¹⁶ Algunos estudios muestran una tendencia a equiparar el pronóstico de los esquizoafectivos al de los pacientes esquizofrénicos -incluido un similar deterioro cognitivo- y en cambio diferenciarlo de los trastornos afectivos.^{10, 17, 18} En otros casos este trastorno se considera como algo intermedio entre el pronóstico de la esquizofrenia y los trastornos afectivos.¹⁹ Desde el punto de vista del tratamiento se ha sugerido que en algunos casos una monoterapia con antipsicóticos puede controlar los pacientes esquizoafectivos, lo que de algún modo implicaría que estos trastornos se asemejan más a la esquizofrenia que a los trastornos afectivos.¹⁸ Otros investigadores hacen una diferenciación entre los cuadros esquizoafectivos: los bipolares serían más afines a la enfermedad maníaco depresiva, mientras los unipolares se asimilarían a los esquizofrénicos.¹⁰ Los estudios genéticos han mostrado que la frecuencia de familiares esquizofrénicos es mucho mayor entre los pacientes con trastorno esquizoafectivo que entre los pacientes bipolares.¹⁸

La presente investigación propone evaluar qué tanto el síndrome esquizoafectivo representa una categoría aislada, o si por el contrario se asemeja más a los síndromes maníaco o esquizofrénico. Considerando que estudios previos no han considerado el criterio de medición del paciente, se utilizó un instrumento de auto-reporte en lugar de uno de aplicación por parte del clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para efectuar el presente estudio, la primera fase consistió en desarrollar un instrumento de medición, lo cual se llevó a cabo en los siguientes pasos:

- a. **Revisión de la literatura.** Se efectuó una búsqueda en la base de datos MEDLINE utilizando como palabras claves: "manía", "bipolar disorder", "scale", "measurement", "selfreport". También se efectuó pesquisa bibliográfica en la base de datos LILACS entre los años 1982 y 1997 utilizando las mismas palabras clave.
- b. **Conformación de un grupo focal.** El grupo estuvo integrado por dos clínicos con experiencia en diagnóstico y tratamiento de trastorno bipolar y por tres pacientes con este diagnóstico que no se encontraban en un episodio activo de enfermedad. El grupo fue coordinado por el investigador principal y tuvo la asistencia del investigador asociado. En este grupo se efectuó un estudio y selección de los síntomas representativos del síndrome maniaco, teniendo en cuenta lo descrito en la literatura, la experiencia de los clínicos y la percepción de los pacientes. Cada uno de los síntomas se calificó en una línea análogo-visual de 10 cms. El objetivo de este grupo fue generar un instrumento con validez de apariencia para síndrome maniaco, que recogiera todas las características de este diagnóstico en los pacientes agudamente sintomáticos.
- c. **Estudio piloto.** Se realizó una medición con el instrumento preliminar a 10 pacientes que ingresaron consecutivamente a un servicio de hospitalización para tratamiento psiquiátrico, independientemente de su diagnóstico. Para este efecto tres clínicos diferentes de los que participaron en la estructuración del ins-

trumento efectuaron dicha aplicación. Posteriormente, el investigador principal junto con los clínicos participantes en el estudio piloto, evaluaron y ajustaron lo pertinente para obtener buena aplicabilidad e interpretabilidad del instrumento.

Al finalizar esta etapa, el instrumento anteriormente desarrollado se aplicó a 80 pacientes que ingresaron consecutivamente a servicios de Urgencias y Hospitalización psiquiátrica. Los instrumentos eran tramitados por el mismo paciente. Durante la medición estaba presente un clínico entrenado para auxiliar al paciente en caso de dificultades con el trámite del instrumento. Para participar en el estudio los pacientes o sus responsables legales dieron consentimiento informado de acuerdo con las recomendaciones nacionales y mundiales en este sentido.

El análisis de los datos se efectuó con los programas StatXact 5® y SPSS®. Para que un paciente entrara al estudio se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: Tener entre 15 y 70 años de edad y diagnóstico de episodio maniaco, trastorno esquizoafectivo bipolar en periodo de síntomas afectivos, trastornos esquizotípicos, esquizotípicos o psicóticos breves, de acuerdo a los criterios del DSM IV.⁴⁰ Como criterios de exclusión se consideró la imposibilidad de completar el instrumento de auto-reporte por no colaboración, agitación, compromiso del estado de conciencia o analfabetismo, o que el paciente o su responsable legal no aceptaran la participación en el estudio.

Para el cálculo de tamaño muestral se asumió un análisis de ANOVA de una vía comparando tres grupos (esquizoafectivos-psicóticos-maniacos). Con base en resultados del estudio piloto, y asumiendo un nivel alfa del 5% y un poder del 80% para detectar

diferencias, se establecieron los siguientes parámetros: Tasa de asignación a los grupos: 1-2-4, diferencia estimada de medias: 120-180-70, desviación estándar: 40. Con tamaños muestrales de 12, 24 y 48 se puede sostener un poder del 80% dado los parámetros establecidos. Con muestras de 10 se puede obtener un poder cercano al 60%, manteniendo un nivel de significación del 5%.

Para el análisis estadístico se utilizaron las técnicas de ANOVA de una vía y el procedimiento de Sidak para comparaciones múltiples en el caso de aproximaciones paramétricas. Para evaluar la capacidad para discriminar entre pacientes con los diferentes trastornos se utilizó el estadístico Lambda de Wilks que permite evaluar la significación de la distancia entre los centroides de los dos grupos.²¹ La hipótesis de igualdad distribucional de tres grupos se efectuó con la prueba de Jonckheere-Terpstra,²² asumiendo que existe un ordenamiento en las medidas de localización así: manía > esquizoafectivo > psicótico.

RESULTADOS

A partir de la revisión bibliográfica se ubicaron dos instrumentos de auto-reporte para medir síntomas maníacos. El Inventario de polaridad chino²³ es un instrumento que contiene 20 ítem, cada uno con dos frases que representan los polos depresivo y maníaco del comportamiento. Los ítem son tomados de diferentes escalas de evaluación y de criterios diagnósticos del DSM III. El instrumento incluye síntomas de manía disfórica. Es una escala fácil de procesar, que no requiere entrenamiento para su procesamiento, solamente un mínimo de 7 años de escolaridad. El otro instrumento utilizado fue el Inventario de auto-reporte para manía.²⁴ Este instrumento, que se diseñó como una escala de autoreporte, consta de 48 ítem presentados en oraciones que describen sín-

tomas y comportamientos típicos de la manía. Sus ítem se seleccionaron teniendo en cuenta los criterios de manía del DSM III R, ICD 9 y la experiencia clínica de los autores del instrumento. El tiempo de aplicación es de 5 a 10 minutos. Es un instrumento fácil de procesar y no requiere entrenamiento.²⁵

Con base en los dos instrumentos evaluados, y luego de un trabajo en grupo focal y de un estudio piloto con una versión preliminar, se generó y alistó un instrumento de medición definitivo con 22 ítem. El instrumento fue juzgado por dos expertos como poseedor de validez de apariencia para medir síndrome maníaco (Tabla 1). El puntaje máximo que alcanza dicha escala es de 22 centímetros y el mínimo de cero. Todos los ítem fueron medidos en una escala de 0 a 10 cms., siendo esta medida de naturaleza continua.

El anterior instrumento se aplicó a un total de 80 pacientes. El 43.8% de los pacientes evaluados fueron de sexo femenino. Su promedio de edad fue de 40.2 años, con una mediana de 41 y una desviación estándar de 12.2 años. El rango de edad estuvo entre 16 y 66 años. El puntaje total de la escala tuvo distribución normal (prueba de Shapiro Wilk: $p=0.59$). La media de la escala fue de 105.9 mms, la mediana de 105.49 y la desviación estándar 43.49. Los valores del puntaje total estuvieron entre 20.3 y 200 mms.

Del total de 22 ítem, los que tuvieron una puntuación más alta fueron "sentir mucha energía" y "sentirse más sociable". Los que tuvieron una puntuación menor fueron "alucinaciones" y "delirios". Estos resultados se muestran en la tabla 2 (los valores se expresan en términos de medianas, dado que la mayoría de los ítem no tienen distribución simétrica).

La distribución de los pacientes según la categoría diagnóstica tuvo las siguientes ca-

TABLA 1

ÍTEM INCLUIDOS EN EL INSTRUMENTO DE MEDICIÓN DE AUTO-REPORTE

1.	Me sentía una persona con capacidades especiales.
2.	Me sentía alegre y optimista.
3.	Sentía que todo me salía mal.
4.	Me sentía deprimido.
5.	Me sentía con mucha energía.
6.	Me sentía acelerado.
7.	Sentía que mis pensamientos se producían más rápido.
8.	Me sentía más activo.
9.	Me sentía más resistente al cansancio.
10.	Estaba más impulsivo, no me podía controlar con frecuencia.
11.	Tenía el genio muy inestable: pasaba fácilmente de la tristeza a la alegría o la rabia.
12.	Sentía que la gente quería aprovecharse de mí.
13.	Me costaba trabajo concentrarme en una sola cosa.
14.	Me sentía irritable, de mal genio.
15.	Me sentía con ganas de discutir y de pelear.
16.	Me distraía con facilidad.
17.	Sentía que la gente estaba en mi contra.
18.	Me sentía con más ganas de hablar con los demás, más sociables.
19.	Me sentía desanimado, sin ganas de hacer cosas.
20.	Escuchaba voces raras.
21.	No sentía ganas de dormir.
22.	Tenía ideas que nunca antes había tenido.

racterísticas: el 57.5% de los pacientes se ubicó dentro de la categoría de manía (n=46), el 30% en la de esquizofrénicos y esquizofreniformes (n=24) y el 12.5% en la de esquizoafectivos (n=10). Como puede verse, se preservó casi completamente la distribución propuesta en el cálculo del tamaño muestral.

Los puntajes de la escala fueron más altos en el grupo de maníacos (mediana = 119.2), seguido por el grupo de esquizofrénicos y esquizofreniformes (mediana 81.5) y por último del grupo de pacientes esquizoafectivos (mediana 77).

Las puntuaciones de cada uno de los ítem en cada uno de los grupos de diag-

nóstico se presentan en la tabla 3, puede verse que los ítem que tuvieron mayor puntuación en el grupo de maníacos fueron “sentirse más sociable” y “sentir mucha energía”, mientras que los que tuvieron menor puntuación fueron “alucinaciones”, “delirios” y “sentir que todo sale mal”. En el grupo de pacientes con trastorno esquizoafectivo “sentir mucha energía”, “sentir que se aprovechan de mí”, y “distrabilidad”, tuvieron la calificación más alta. Los que tuvieron menor calificación en este grupo fueron “alucinaciones”, “impulsividad” y “mayor resistencia al cansancio”. Finalmente, en el grupo de pacientes del espectro esquizofrénico los ítem con mayor puntaje fueron “sentir mayor resistencia al cansancio”, “sentir persecución” y “abulia”.

TABLA 2

MEDIANA DEL PUNTAJE PARA CADA UNO DE LOS ÍTEM

ÍTEM	MEDIANA
Sentir capacidades especiales	5
Alegría y optimismo	7
Sentir que todo sale mal	3
Depresión	5
Mucha energía	7.5
Sentirse acelerado	5
Sentir pensamientos rápidos	6
Sentirse más activo	5
Sentir > resistencia al cansancio	6
Estar más impulsivo	2
Labilidad afectiva	5
Sentir que se aprovechan de mí	5
Dificultad para concentrarme	5
Irritabilidad	5
Agresividad	5
Distraibilidad	3
Sentir persecución	5
Sociabilidad	7.5
Alucina	3.5
Alucinaciones	0
No necesidad de dormir	5
Delirios	0

Los que se calificaron más bajo en este grupo fueron "sentir capacidades especiales" e "impulsividad".

Se constató normalidad de la variable "puntaje total" en cada uno de los tres grupos de diagnóstico ($p > 0.08$ en los tres grupos). Además se asume que las varianzas en cada uno de los grupos son iguales (test de Bartlett: $\chi^2 = 0.5093$ Prob $\chi^2 = 0.775$).

Para evaluar la hipótesis de que las medias del puntaje total en cada uno de los grupos es igual, se aplicó una prueba de ANOVA de una vía, dado que se plantea que

la única fuente de variación de los puntajes depende de la pertenencia o no al grupo de diagnóstico. El resultado del procedimiento muestra que hay diferencia en por lo menos un par de medias de puntaje de la escala entre los grupos de diagnóstico ($F_{2,77} = 6.22$, $p = 0.0031$). Para evaluar diferencias de medias una a una se realizó el test post-ANOVA de Sidak que mostró que las diferencias se encuentran entre el grupo de maníacos con el de pacientes de espectro esquizofreniforme ($p = 0.015$), y entre el de maníacos con pacientes esquizoafectivos ($p = 0.045$). No se encontró diferencia entre Esquizofreniforme-Esquizoafectivo ($p = 0.99$).

TABLA 3

MEDIANAS DE PUNTAJE EN CADA ÍTEM SEGÚN CATEGORÍA DIAGNÓSTICA

ÍTEM	Manía	Esqzofren. ¹	Esqzoafc. ²
Sentir capacidades especiales	8.5	0	0.3
Alegría y optimismo	8.75	4.53	5
Sentir que todo sale mal	2	2	3.4
Depresión	4.4	4.15	5
Mucha energía	9.25	5	6.5
Sentirse acelerado	9	4	2.15
Sentir pensamientos rápidos	8.25	0.75	2.75
Sentirse más activo	8.1	3	2.75
Sentir resistencia al cansancio	9	5	0
Estar más impulsivo	5	0	0
Labilidad afectiva	5.5	2.7	2.25
Sentir que se aprovechan de mí	5	4.75	6.25
Dificultad para concentrarse	5	3.5	1.5
Irritabilidad	6.65	3.05	2.15
Agresividad	5	3.2	2.75
Distraibilidad	3.65	3.85	5.85
Sentir persecución	4.75	5	5
Sociabilidad	10	3.5	5.3
Abulia	0.5	5	5
Alucinaciones	0	1.05	0
No necesidad de dormir	5	2.25	4.5
Delirios	0	0.15	3.35

¹ Esquizofrénicos, esquizofreniformes

² Esquizoafectivos

Asumiendo una ordinalidad en la severidad de síntomas afectivos se generó una variable con valores de 1 a 3, donde 1 corresponde al diagnóstico de síndrome esquizofreniforme (mínimos síntomas maniformes), 2 al síndrome esquizoafectivo (síntomas maniformes intermedios) y 3 al síndrome maníaco (síntomas maniformes marcados). Se efectuó una prueba de Jonckheere-Terpstra para evaluar si las medidas de localización del puntaje total del instrumento se desplazan a la derecha en la medida en que se pasa de síndrome esquizofreniforme a síndrome ma-

níaco. El estadístico se computó con el método exacto del programa StatXact 5@ encontrándose un valor de T positivo y significativo ($T=3.318$, $p=0.0004$). Esto sugiere que existe una correlación entre el puntaje que mide el instrumento de auto-reporte y el grado de sintomatología afectiva del síndrome, no diferenciándose en este sentido los promedios encontrados entre las categorías 1 y 2 (Esquizofreniformes y esquizoafectivos).

Para confirmar los anteriores análisis, y definir si las distancias entre los centroides de

los grupos difieren entre sí, se calculó el Lambda de Wilks, encontrándose que el único centroide que se diferencia de los demás es el correspondiente a los maníacos (Esquizofreniforme-Esquizoafectivo: $\lambda=0.998$, $p=0.84$; Esquizoafectivo-Maníaco: $\lambda=0.890$, $p=0.013$; Esquizofreniforme-Maníaco: $\lambda=0.880$, $p=0.003$)

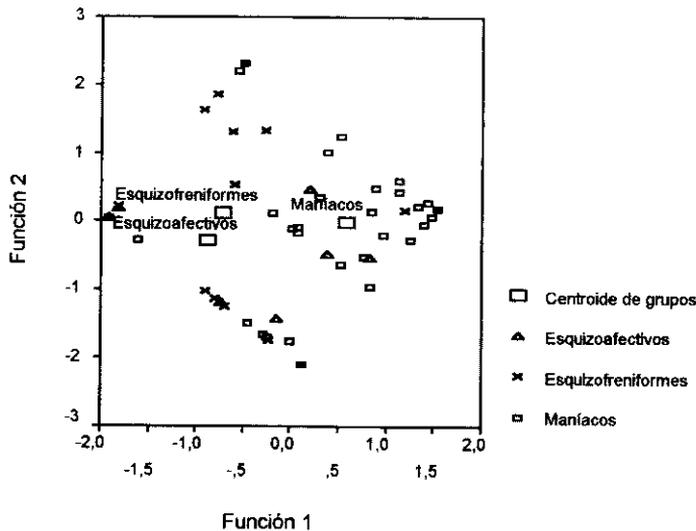
Lo anterior puede observarse en la representación gráfica de los centroides a partir de la estimación de las funciones discriminantes canónicas (figura 1). En este gráfico se representan los diferentes valores de las mediciones de cada uno de los ítem del instrumento de auto-reporte y la ubicación del centroide del grupo respectivo. Se evidencia la cercanía de los centroides correspondientes a las categorías Esquizofreniforme y Esquizoafectivo, y el alejamiento de la categoría Maníacos.

DISCUSIÓN

El presente trabajo se centra en uno de los puntos más debatidos en la actualidad en lo que respecta al diagnóstico y manejo de una serie de pacientes con sintomatología psicótica aguda. El diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, a medida que pasa el tiempo, se hace más controversial. Ya en la misma definición de la sintomatología del cuadro aparecen dificultades que no hacen fácil su diagnóstico. Por ejemplo, no siempre es fácil diferenciar una fuga de ideas de unas asociaciones laxas o la anhedonia depresiva de la que se presenta en un paciente con sintomatología esquizofrénica residual, o la hiperactividad maníaca de la desorganización conductual en una esquizofrenia desorganizada. De otra parte, la aparición de los trastornos afectivos con síntomas psicóticos no

FIGURA 1

UBICACIÓN DEL CENTROIDE DE LOS TRES GRUPOS



congruentes con el estado de ánimo plantean otro difícil diagnóstico diferencial con los trastornos psicóticos en los que daría la impresión que la presencia de los síntomas de primer rango de Schneider serían indicativos de un cuadro esquizofrénico.

La primitiva idea de que el trastorno esquizoafectivo estaría a mitad de camino entre un trastorno afectivo y una esquizofrenia cada vez se sostiene más difícilmente. La experiencia clínica diaria cada vez lo pone más cerca de los trastornos psicóticos que de los afectivos. En este sentido, el actual estudio confirma esta impresión clínica, ya avalada en otros estudios.⁸ En el instrumento desarrollado los puntajes de los pacientes con diagnóstico de cuadros esquizoafectivos y cuadros esquizofreniformes tienen un puntaje total muy similar (77 y 81.5). En cambio, los pacientes con cuadros maníacos tienen un puntaje notoriamente elevado (119.2). Desde este punto de vista no se puede considerar, según este estudio, el trastorno esquizofreniforme como un punto medio entre esquizofrenia y trastornos afectivos.

En cuanto a los ítem más dominantes en cada grupo de enfermedades hay cierto equilibrio entre los tres grupos. El trastorno esquizoafectivo coincide con los maníacos en "sentirse con mucha energía" y con los esquizofreniformes con "sentir que se aprovechan de mí". Sin embargo, llama la atención el alto puntaje de delirios en el trastorno esquizoafectivo en comparación con los otros grupos.

Por último, se efectuó la prueba de Jonckheere-Terpstra con la idea de ver si realmente el trastorno esquizoafectivo se situaba en un

lugar intermedio entre las otras entidades nosológicas, pero el resultado no lo confirmó: los promedios encontrados entre las categorías de los esquizoafectivos y los esquizofrénicos no se diferenciaron. Esto sería otro indicativo de que el trastorno esquizoafectivo está más próximo a la esquizofrenia que a los trastornos afectivos.

Dentro de los ítem reseñados llama la atención que el referido al tema de ideación delirante es mayor en los esquizoafectivos que en los esquizofrénicos. Esto se podría explicar por el mejor insight que presentan estos pacientes y, quizás, por la menor tendencia a la ocultación de los síntomas psicóticos.

La alta puntuación conseguida por los pacientes maníacos sugiere que el instrumento es adecuado para la valoración de la sintomatología afectiva. La práctica clínica nos confirma que la sociabilidad aumentada, el sentimiento de tener mucha energía, el sentirse acelerado y la mayor resistencia al cansancio es normalmente más indicativo de manía que el mismo optimismo y euforia y los sentimientos de grandeza.

Hay que tener en cuenta que el estudio presenta la limitación de que el instrumento utilizado solo tiene validez de apariencia según expertos y no ha sido sometido a un juicio procedimiento de validación. En este orden de ideas, en estudios posteriores será importante utilizar instrumentos para medición específica de síntomas psicóticos y, eventualmente, complementar la evaluación de auto-reporte con una valoración efectuada por un clínico que haya sido sometido a enmascaramiento en cuanto al diagnóstico del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berner P y col: Criterios diagnósticos para la esquizofrenia y las psicosis afectivas. Barcelona: Espaxs. 1986.
2. Sánchez R, García M, Velásquez J. Influencia del ambo de sistema de clasificación diagnóstica sobre indicadores hospitalarios. Boletín Epidemiológico de Antioquia 1996; 23: 110-121.
3. Kaplan H, Sadock B Sinopsis of Psychiatry. 8th edition. Baltimore. Williams & Wilkins, 1998.
4. Kendler KS et al. Examining the validity of DSM-II-R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon Family Study. Am J Psychiatry 1995; 152 (5): 755-764.
5. Frances A, First MB, Pincus HA. DSM-IV. Guía de uso. Barcelona. Masson; 1997.
6. Tsuang MT. Morbidity risk of schizophrenia and affective disorders among firstdegree relatives of patients with schizoaffective disorders. B. J. Psychiatry 1991; 158:165-170.
7. Bardenstein KK, McGlashan TH. Gender differences in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. A review. Schizophr Res 1990; 3(3): 159-172.
8. Evans JD, et al. Schizoaffective Disorder: A form of schizophrenia of affective disorder?; J Clin Psychiatry 1999; 60(2): 874-882.
9. Ricca V et al. Assesment of basic symptoms in schizophrenia, schizoaffective and bipolar disorders. Psychopathology 1997; 30(1): 53-58.
10. Maj M et al. Reliability and validity of the DSM-IV diagnostic category of schizoaffective disorder: preliminary data. J. Affect Disord 2000; 57(1-3): 95-98.
11. Benabarre A et al. Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. Eur Psychiatry 2001; 16(3): 167-172.
12. Amador XF et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. Arch Gen Psychiatry 1994; 51(10): 826-836.
13. Lapierre YD. Schizophrenia and manic-depression: separate illness or a continuum? Can J Psychiatry 1994; 39 (suppl 2): 59-64.
14. Rice JP et al. Stability of psychiatric diagnoses. An application to the affective disorders. Arch Gen Psychiatry 1992; 49 (10): 824-830.
15. Chen YR, Swann AC, Johnson Ba. Stability of diagnosis in bipolar disorder. J Nerv Ment Dis 1998, 186(1):17-23.
16. Haywood TH et al. Predicting The Revolving Door phenomenon among patients with schizophrenic, schizoaffective and affective disorders. Am J Psychiatry 1995; 152:856-861.

17. McElroy SL, Keck PE, Strakowski SM. An overview of the treatment of schizoaffective disorder. *J. Clin Psychiatry* 1999;60 (suppl 5):16-21.
18. Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. *Oxford textbook of Psychiatry*. Third edition. Oxford. Oxford University Press 1996.
19. Lapierre YD. Schizophrenia and manic-depression: separate illness or a continuum? *Can J Psychiatry* 1994; 39(suppl 2):59-64.
20. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. 4 revised. (DSM-IV). Washington, DC. American Psychiatric Press:1994.
21. Tabachnik BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. New York. Harper Collins College Publishers, 1996, pag 400-401.
22. Hollander M, Wolfe DA. *Nonparametric statistical methods*. New York, John Wiley and Sons, Inc:1999; pp 202-213.
23. Zheng YP, Lin KM. The reliability and validity of the Chinese Polarity Inventory. *Acta Psychiatr. Scand* 1994; 89:126-131.
24. Shugar G, Scherzer S, Tonner BB, Di Gasbaro I. Development, use and factor analysis of a selfreport inventory for mania. *Compr Psychiatry* 1992; 33:331-335.
25. Cooke R, Krüger S, Shugar G. Comparative evaluation of two self-report mania rating scales. *Biol Psychiatry* 1996;40:279-283.