

Trastorno esquizoafectivo: un diagnóstico controversial

Autores

Sebastián Lema

Médico psiquiatra. Asistente de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Ramiro Almada

Médico psiquiatra. Exasistente de Clínica Psiquiátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Correspondencia:

sebastianlemaspinelli@gmail.com

Resumen

Desde su primera descripción, la enfermedad esquizoafectiva ha sufrido variaciones en cuanto a su forma de caracterización, lo que ha influido en su relevancia, aplicabilidad, validez e impacto en la práctica clínica. Hoy en día existe una discusión en torno al diagnóstico del trastorno esquizoafectivo, sustentada en la evidencia de su escasa confiabilidad y estabilidad temporal. Para comprender este debate es necesario detenerse sobre planteos actuales que afectan de manera transversal este diagnóstico, como el lugar de los manuales diagnósticos operacionales, las concepciones psicopatológicas de las psicosis crónicas y agudas, la determinación de la confiabilidad de los diagnósticos realizados, la presencia de trastornos longitudinales y transversales y la variedad de posiciones nosográficas. En este caso, se decide realizar una revisión narrativa sobre el surgimiento y la historia del trastorno esquizoafectivo, detallando los puntos de discusión actuales y planteando posibles alternativas para abordar esta problemática.

Palabras clave

*trastorno esquizoafectivo
nosografía
validez
diagnóstico
psicopatología
teoría órgano-dinámica*

Summary

Ever since its first description, schizoaffective disorder has undergone variations in its characterization which have had an influence on its relevance, applicability, validity and impact in clinical practice. There is a discussion at present regarding the diagnosis of schizoaffective disorder, based on the evidence of its limited reliability and temporal stability. In order to understand this debate it is necessary to analyze present issues that transversally affect this diagnosis, such as the importance of operational diagnostic manuals, psychopathology of chronic and acute psychosis, reliability determination of previous diagnosis, longitudinal and transversal disorders and different nosographic theories. Authors make a narrative revision regarding the emergence and history of schizoaffective disorder, pointing out current discussions and suggesting possible alternatives when addressing this problem.

Key words

*schizoaffective disorder
nosography
validity
diagnosis
psychopathology
organodynamic theory*

Introducción

El diagnóstico en la medicina es un proceso de gran importancia; en psiquiatría, adquiere una particular complejidad.

El diagnóstico en medicina en general es un proceso por el que se intenta someter a verificación científica la hipótesis de la pertenencia de determinadas manifestaciones clínicas observadas en un paciente a una clase o a una dimensión, dentro de una determinada clasificación de referencia.¹

Las obras históricas como las de P. Laín Entralgo evidencian que el sustrato sólido de la medicina en su evolución ha sido la objetivación progresiva de formas clínicas típicas.² La identificación de formas clínicas y su diagnóstico han estado fundamentados principalmente en la nosología, la que establece el vínculo entre las formas clínicas sindromáticas y su base patológica.

En muchas ramas de la medicina la evolución de la nosografía y las clasificaciones se ha dado en consonancia con la evolución del desarrollo biotecnológico, que ha permitido discernir con mayor precisión la base fisiopatológica de las entidades clínicas. En psiquiatría subsiste sin embargo el problema de la distancia existente entre las manifestaciones psicopatológicas y su base,³ distancia que implica que el proceso de identificación de formas clínicas típicas se encuentre menos influido por el conocimiento que se va generando a nivel de la base fisiopatológica de índole neurobiológica.

Estas características determinan idas y venidas en cuanto a la identificación y denominación de las patologías, así como en cuanto a las clasificaciones de uso. Este proceso se ha visto influido a lo largo del tiempo, al igual que otro conjunto de fundamentos conceptuales, por la existencia de cuerpos doctrinales y marcos teóricos que adoptan posiciones de dominio o de mayor influencia relativa. Así, por ejemplo, Casarotti señala que «el análisis histórico también revela que esa objetivación de las formas clínicas con sus reglas diagnósticas y pronósticas guarda estrecha relación y es inseparable de los cambiantes contextos de

la teorización y de la praxis que caracterizan a cada etapa».²

La noción de discontinuidad subyacente a tales «idas y venidas» se contraponen con una idea positivista de desarrollo constante, homogéneo, unidireccional y de acumulación y mejoría del conocimiento, según el cual podría asumirse que «lo último es lo más verdadero», noción que es cuestionada por el análisis histórico de la disciplina.⁴

Según un análisis esquemático puede sostenerse que a lo largo de la historia las clasificaciones en psiquiatría estuvieron guiadas primero por la búsqueda de formas clínicas que reflejaran la existencia de procesos etiológicos identificables, en el primer siglo de la disciplina. Luego, con Kraepelin fundamentalmente, clasificaciones basadas en la descripción clínica observable y su evolución; más tarde, a partir de Bleuler, por la identificación y descripción de los procesos psicopatológicos subyacentes, hasta que en el último período han predominado las clasificaciones criteriológicas que, mediante la utilización de criterios claros, simples y objetivos, pretenden la descripción sindromática de los cuadros clínicos que constituyeran diagnósticos fiables, evitando las referencias etiológicas y psicopatológicas.¹

Es en referencia a este último marco teórico que ha obtenido notoriedad en la nosografía psiquiátrica el trastorno esquizoafectivo. Nuestro objetivo en este caso es presentar las principales discusiones en torno a la validez y utilidad de esta categoría nosográfica.

Metodología

Para la realización de este trabajo se utilizó una combinación de métodos incluyendo una búsqueda de actualización, en conjunto con la utilización selectiva de autores de relevancia como fuente. Para la primera se utilizaron los descriptores «trastorno esquizoafectivo», «diagnóstico» y «revisión» en las bases de datos Scielo y Google Scholar, tanto en inglés como español, seleccionando entre los resultados obtenidos aquellos que resultaran más

informativos. El trabajo constituye revisión narrativa.

Trastorno esquizoafectivo

Los manuales diagnósticos actuales entienden la realidad de la presencia de pacientes que presentan un solapamiento de «síntomas esquizofrénicos» y «reacciones afectivas», asignándoles un lugar particular que los discrimina de otras categorías. El lugar del trastorno esquizoafectivo ha variado en sus criterios diagnósticos y en su concepción. Considerando el *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM) en un inicio, se consideraba esta presentación clínica como un subtipo dentro de la esquizofrenia: DSM-I: reacción esquizofrénica, tipo esquizoafectivo; DSM-II: esquizofrenia, tipo esquizoafectivo excitado y depresivo. Luego, en la versión de 1980, el DSM-III establece el trastorno esquizoafectivo como una entidad nosológica particular, pero es el único diagnóstico sin criterios operacionales explícitos.⁵ En la revisión del DSM-III-R se establecen los criterios diagnósticos, que van a determinar una diferencia clara con la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE), destacándose que la remisión sintomática interepisódica y la mejor evolución no fueron incluidas como criterios diagnósticos. Las siguientes revisiones no realizaron modificaciones significativas hasta el actual DSM-5.⁶

Si bien el término «psicosis esquizoafectiva» fue establecido por Jacob Kasanin en 1933, ya existía la idea de identificar un tipo de presentación clínica que incluía los síntomas característicos de la esquizofrenia, pero sin la evolución deteriorante clásica de esta patología (psicosis esquizofreniforme, psicosis cicloide, psicosis reactiva). Esta situación llevó a diferentes concepciones de esta nueva entidad nosológica, ya que el modelo dicotómico establecido por Emil Kraepelin dividía las psicosis entre la esquizofrenia (*dementia praecox*) y trastornos del humor (psicosis maníaco-depresiva), basándose en que estas

categorías presentaban una etiología, hallazgos neuropatológicos y una evolución particular.⁷

Como se desprende etimológicamente de su nombre, el trastorno esquizoafectivo sugiere una asociación entre esquizofrenia y síntomas de la esfera afectiva.⁸ La descripción clínica realizada por Jacob Kasanin se centraba en pacientes con psicosis agudas que tenían una remisión completa en período de tiempo corto.⁷ En esta descripción, a los nueve casos considerados se les describe características singulares, atípicas, que se apartan de los criterios formales de la esquizofrenia. Son pacientes jóvenes, con un adecuado ajuste social premórbido e inteligencia normal o superior, que presentan una psicosis de comienzo brusco, súbito, usualmente precedida por un estado de depresión latente y con el antecedente de un evento vital estresante significativo que actúa como desencadenante. Estos casos presentaron una compensación rápida e intensa y de duración limitada. Cursaron con inestabilidad emocional, distorsión de la realidad y en algunos casos con presencia de impresiones sensoriales falsas. Se recuperaron rápidamente y evolucionaron a largo plazo sin defecto.⁹

La enfermedad esquizoafectiva sin embargo no adquiere un lugar de notoriedad en el uso de los psiquiatras sino hasta su designación como trastorno esquizoafectivo en los manuales categoriales criteriológicos. Pese a su permanencia hasta las recientes ediciones, ha sido siempre una entidad cuestionada y sometida a la crítica. El DSM-III menciona al respecto: «se necesitarán investigaciones futuras para determinar si existe la necesidad de esta categoría y, de ser así, cómo se debe definir y cuál es su relación con la esquizofrenia y el trastorno afectivo», mientras que el DSM-IV reconoce las dificultades en su aplicabilidad: «la categoría llena un agujero necesario e importante en el sistema de diagnóstico, pero desafortunadamente no hace su trabajo muy bien».

La discusión sobre la validez y utilidad de este diagnóstico puede organizarse en una serie de puntos clave.

1. Problemas que surgen de la comparación de las distintas versiones del DSM y la CIE

Un primer tipo de problema surge a la hora de abordar los criterios diagnósticos en los manuales DSM y CIE, fundamentalmente en cuanto a las discrepancias entre los síntomas específicos considerados y la relación temporal.⁸

Por ejemplo, si bien el DSM y la CIE presuponen la existencia de sintomatología depresiva, maníaca o mixta en conjunto con síntomas característicos de la esquizofrenia, se diferencian en el criterio temporal establecido. Debido a que el DSM exige la disociación temporal entre la presencia de síntomas del dominio psicótico y la presencia de sintomatología del humor, y la CIE plantea una concomitancia, puede suceder que un mismo paciente presente, por un lado, el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo utilizando los criterios de la CIE, y por otro, el diagnóstico de trastorno del humor con síntomas psicóticos no congruentes con estado de ánimo utilizando los criterios del DSM, lo que evidencia un claro problema en la armonización de ambos manuales.⁷

En el caso del DSM los síntomas afectivos y psicóticos se plantean de diferente relevancia y con una disociación temporal: «Durante el mismo período de enfermedad ha habido ideas delirantes o alucinaciones durante al menos 2 semanas en ausencia de síntomas afectivos acusados», estableciendo de manera poco específica o ambigua el grado de la presencia de síntomas afectivos, utilizando menciones como «mayor parte de la duración total» en el DSM-5 o «parte sustancial» en el DSM-IV. Mientras que en la CIE los síntomas afectivos y psicóticos son abordados de manera simultánea e igualmente relevante: «Se trata de trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea».

La CIE-11 entiende la dificultad en el diagnóstico diferencial del trastorno esquizoafectivo y si bien mantiene un perfil de diagnóstico

transversal, se realizaron modificaciones para lograr un diagnóstico con mayor exactitud, planteando la necesidad de cumplir con los criterios diagnósticos de esquizofrenia y concomitantemente un episodio depresivo de severidad moderada o un episodio mixto o un episodio maníaco por un período de 4 semanas. Aún faltan estudios que determinen el éxito de la disminución de la ambigüedad con los cambios sugeridos, teniendo como elementos los resultados de los estudios de campo sobre las modificaciones de la CIE-11, que, si bien demostraron cierta mejoría, aún no especifican un cambio significativo.¹⁰

2. Baja confiabilidad, estabilidad temporal y validez

Una de las principales críticas es la dificultad que presenta el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, representada por su baja confiabilidad y estabilidad temporal.^{6, 11} La confiabilidad es una condición necesaria para la validez de un trastorno psiquiátrico (concordancia diagnóstica entre distintos observadores, medida por el valor kappa); en el caso del trastorno esquizoafectivo se han evidenciado valores kappa que presentan una concordancia moderada (0.41 a 0.60) en los estudios realizados utilizando el DSM y la CIE, siendo uno de los trastornos con menor confiabilidad.⁷ Únicamente el 36 % de los pacientes permanece con el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo a los 2 años de realizado (estabilidad temporal).⁶ Esta dificultad se puede hipotetizar de distintas formas; algunos autores hacen referencia a la tendencia o facilidad de diagnosticar elementos de exaltación del humor en la esquizofrenia comparado con el diagnóstico de sintomatología depresiva.⁶

Con respecto a la dificultad comparada de diagnosticar sintomatología de exaltación del humor y sintomatología depresiva, es relevante la presencia de estudios que valoran el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo, tipo maníaco, en comparación con esquizofrenias

y trastornos afectivos. Pope *et al.* comparan estos diagnósticos utilizando como criterio de validación la historia familiar, respuesta al tratamiento a corto plazo y respuesta al tratamiento a largo plazo. En este sentido la conclusión de los autores se relaciona con que, si bien es claramente distinguible el diagnóstico entre esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, tipo maníaco, no es tan clara la diferenciación con respecto a los trastornos afectivos, lo cual puede estar relacionado con la baja validez del diagnóstico.¹²

3. ¿Entidad longitudinal (trastorno) o transversal (episodio)?

Otra de las dificultades para conceptualizar el trastorno esquizoafectivo es la posibilidad de considerarlo como un episodio agudo (enfoque transversal) o como un trastorno crónico (enfoque longitudinal). Los criterios diagnósticos del DSM-5 hacen referencia a un diagnóstico longitudinal en donde se especifican tipos depresivos y bipolares según la presentación de episodios, y se desarrollan múltiples especificadores del curso de la enfermedad con episodios únicos, múltiples o curso crónico.^{13,14} Sin embargo, en el momento de utilizar los criterios diagnósticos se puede observar que estos son más apropiados para describir un episodio psiquiátrico que para una categoría nosológica. Una propuesta realizada por algunos autores sería la de diferenciar criterios diagnósticos para un episodio esquizoafectivo (transversal) y para un trastorno esquizoafectivo (longitudinal).¹⁵

Al observar la conceptualización de la CIE-10 se destaca la mención de ambos sentidos, como trastorno y como episodio. Se describe como un trastorno episódico recurrente con recuperación completa. Pero también se aclara que «la aparición de un episodio esquizoafectivo de forma ocasional no invalida el diagnóstico de trastorno bipolar o trastorno depresivo recurrente si el cuadro clínico es típico en otros aspectos». En este sentido se puede interpretar una disquisición realizada

por el manual entre trastorno esquizoafectivo y episodio esquizoafectivo.

Se observa igualmente que las investigaciones referentes al trastorno esquizoafectivo parten de la base de un trastorno crónico, como es el caso del análisis de la incidencia de los eventos vitales en este trastorno.¹⁶

4. Identidad sindromática y alternativas

Otro de los puntos clave en la valoración del trastorno esquizoafectivo consiste en determinar hasta qué punto los síntomas considerados constituyen un síndrome diferencial, irreductible a otras categorías, y por lo tanto identificador de una categoría nueva.

Chenieux resume las distintas posibilidades alternativas que se abren ante la consideración de la conjunción de síntomas que se encuentran en el hipotético trastorno esquizoafectivo.⁸

Un primer planteo es que nos encontremos ante una forma atípica de esquizofrenia con predominancia de síntomas afectivos.¹⁷

Un segundo planteo es que el trastorno esquizoafectivo se encuentre formando parte del espectro bipolar con la presencia de síntomas psicóticos.¹⁸ Se inclinan por esta hipótesis Pope *et al.*, planteando que los síntomas delirantes en un episodio maníaco no afectan el curso o la evolución de un trastorno bipolar.¹²

Un tercer planteo es que la presentación clínica sea el resultado de una comorbilidad entre esquizofrenia y un trastorno del humor.

Un cuarto planteo, que se acerca a la descripción original de Jacob Kasanin, es la hipótesis de una «tercera psicosis» como entidad nosológica distinta a la esquizofrenia o el trastorno del humor. En este planteo se ubican Angst, Felder y Lohmeyer,¹⁹ fundamentándose en que la evolución de estos pacientes se ubica en un punto intermedio, presentando un funcionamiento significativamente mejor que la esquizofrenia, pero con una evolución más desfavorable que en el trastorno bipolar.²⁰

Un quinto planteo es que sea un grupo heterogéneo de individuos con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno del humor. Esta

situación implica que, si bien la presentación clínica pueda expresarse con síntomas psicóticos y afectivos, en última instancia el diagnóstico es esquizofrenia o trastorno del humor.

El último planteo parte del supuesto de que la esquizofrenia y el trastorno del humor forman parte de un *continuum* en el cual estas dos patologías se encontrarían en los extremos, y el trastorno esquizoafectivo se ubicaría en un lugar intermedio.^{8, 21} Este planteo presenta cierta correlación con el Research Domain Criteria (RDoC) planteado por el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, el cual utiliza un enfoque dimensional y no categorial, determinando nuevas formas de clasificación psicopatológica basadas en dimensiones de comportamientos observables y análisis neurobiológicos. En este sentido, el trastorno esquizoafectivo se enmarca en un enfoque dimensional dentro de la escala esquizo-bipolar.²²

5. Discusiones generales

Ghaemi analiza el trastorno esquizoafectivo en torno al problema del debate categorial/dimensional del diagnóstico en psiquiatría.²³ Según el planteo, la existencia de la categoría esquizoafectiva pone en cuestionamiento la gran demarcación kraepeliniana entre demencia precoz y enfermedad maníaco-depresiva, como la gran distinción entre las enfermedades afectivas y las psicosis (no afectivas). En su análisis, Ghaemi se basa en los postulados de Robins y Guze para considerar la validez de la categoría esquizoafectiva. Estos autores proponen un proceso de validación diagnóstica que incluye varios factores: la valoración de un síndrome clínico transversal; la existencia de un curso de enfermedad típico; una historia familiar como indicador de una base genética; la existencia de marcadores biológicos o pruebas de laboratorio.²⁴ La convergencia de datos positivos en favor de una categoría provenientes de estas cuatro fuentes sostiene la validación de un diagnóstico psiquiátrico.

Aplicando estos criterios al trastorno esquizoafectivo, Ghaemi encuentra que, si bien es posible identificar una conjunción de síntomas pasible de constituir un eventual síndrome esquizoafectivo, no hay datos en favor provenientes de las otras tres fuentes. En relación con el curso «el trastorno esquizoafectivo no parece verdaderamente corresponder a una categoría separada» y los estudios genéticos tampoco identifican un comportamiento que lo sitúe por separado. Además, tampoco la respuesta terapéutica es específica individualmente. En cuanto a los marcadores o pruebas de laboratorio, la valoración de Ghaemi es general: en Psiquiatría no tenemos hasta ahora.²³

Si bien puede argumentarse que existe un gran número de categorías que no cumplen satisfactoriamente los criterios de Robins y Guze, se debe advertir que al menos las grandes categorías psiquiátricas cumplen los criterios de síndrome y curso. En cuanto al criterio de síndrome respecto al trastorno esquizoafectivo, Ghaemi concuerda con los diversos críticos en que el conjunto de síntomas puede corresponder a variantes de las dos principales patologías de la nosología kraepeliniana, así como al resultado fenotípico de una comorbilidad entre ellas. Considerando entonces que «la enfermedad esquizoafectiva tiene solo evidencia subsindromática que la avale», concluye finalmente que desde una perspectiva kraepeliniana y considerando los preceptos que sostienen el DSM (criteriológicos) «los datos de investigación apoyan el hecho de que el trastorno esquizoafectivo no es una condición separada que invalida la nosología kraepeliniana».²³

En el debate actual, Marneros y Maier han tomado una postura clara en cuanto a las diferentes conclusiones que se pueden tomar de la situación actual del trastorno esquizoafectivo. El primero adopta una postura de revisión, mientras que el segundo tiene una posición de eliminación del diagnóstico como tal.^{15, 25}

Marneros plantea críticas específicas ante el diagnóstico actual del trastorno esquizoafectivo. Por un lado, hace referencia a que

los manuales diagnósticos categorizan el trastorno, no el episodio; sin embargo, los criterios son más apropiados para categorizar un episodio psiquiátrico. Por otro lado, destaca que el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo representa un diagnóstico provisional, siendo utilizado cuando no existe un curso típico de una esquizofrenia o un trastorno del humor. Su crítica es sobre la insuficiencia de los criterios diagnósticos actuales, no sobre la existencia de un trastorno esquizoafectivo, entendiendo a aquellos como responsables de la poca validez y confiabilidad que acompaña este diagnóstico. A su vez responde en contra de la baja estabilidad temporal, argumentando que también sucede en la esquizofrenia, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos psicóticos agudos y transitorios, no siendo un argumento específico.¹⁵

Maier insiste sobre la existencia de una superposición sintomática basándose en que no puede distinguirse la esquizofrenia y los trastornos afectivos sobre una base neurobiológica. Entendiendo este diagnóstico como una «variación cuantitativa en el sustrato etiológico y fisiopatológico común de la esquizofrenia y los trastornos afectivos».²⁵ En respuesta al planteo de Marneros de diferenciar episodio de trastorno, Maier reafirma la idea de descartar conceptos de diagnóstico categóricos y sustituirlos por dimensiones (psicótica, maníaca y depresiva), con graduaciones y superposiciones.

Al igual que sobre la imposibilidad de cumplir con los postulados de Robins y Guze, Marneros sostiene que, si bien el trastorno esquizoafectivo no es una entidad nosológica definida neurobiológicamente, tampoco existe una evidencia tan clara para la esquizofrenia o el trastorno bipolar. Por último, cabe mencionar que la argumentación de Marneros se sustenta en una visión pragmática, ya que el diagnóstico es concebido desde su función clínica en respuesta a una realidad clínica: los pacientes con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo en su mayoría tienen una adaptación social diferente, una sintomato-

logía diferente y un pronóstico diferente que los pacientes esquizofrénicos puros.¹⁵

Psicopatología

«Es como si hicieran un estofado y a un trastorno bipolar le agregaran una pizca de esquizofrenia al guiso.» Así describía una paciente su diagnóstico de trastorno esquizoafectivo.²⁶

La metáfora culinaria de suma de ingredientes representa el tipo de diagnóstico criteriológico de sumatoria de síntomas. El mismo DSM utiliza este tipo de metáfora para advertir sobre ciertos riesgos: «Los criterios diagnósticos específicos deben servir como guías y usarse con juicio clínico, sin seguirse a rajatabla como un libro de cocina». Unas líneas antes afirma: «Nuestra prioridad ha sido la de proporcionar una guía útil para la práctica clínica. Mediante la brevedad y la concisión de los criterios, la claridad de expresión, y la manifestación explícita de las hipótesis contenidas en los criterios diagnósticos, esperamos que este manual sea práctico y de utilidad para los clínicos. Otro objetivo, aunque adicional, es el de facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos y los investigadores.» Al poner en primer lugar el objetivo de ofrecer una guía de utilidad clínica el DSM entra en el problema de proponer, por un lado, una serie de criterios «breves y concisos» que actúan operando dentro de una sumatoria, pero, por otro lado, tener la necesidad de hacer una advertencia en cuanto a la importancia de utilizar el «juicio clínico» para su correcto uso.

¿De qué fuente conceptual proviene el «juicio clínico» que se requiere para el ejercicio diagnóstico? Durante un período significativo de la historia de la disciplina la principal referencia en cuanto al fundamento del ejercicio clínico ha sido la psicopatología, en particular la psicopatología fenomenológica. Diversos autores hacen referencia al estado crítico en el que el conocimiento psicopatológico se encuentra en la actualidad. Stagnaro

resume de la siguiente manera la hipótesis presente en la obra de Lanteri-Laura: «El paradigma dominante que nos contenía hasta los años 70, el de las Grandes Estructuras Psicopatológicas, surgido de la influencia de la Gestalttheorie, la lingüística estructural y la neurología globalista y expresado en las corrientes fenomenológicas, especialmente en la obra de Minkowsky y Binswanger, en el psicoanálisis y en el organodinamismo de Henri Ey, ha sufrido una desagregación tal, que bien podemos catalogar la situación actual como de crisis paradigmática, en el sentido en que emplea este término Thomas Kuhn».²⁷

Muchos han abordado el problema del rol del DSM en el contexto de esta posible «crisis paradigmática actual». La más famosa referencia al respecto proviene sin embargo de las propias entrañas de la Asociación Americana de Psiquiatría. Nancy Andreasen señala, entre otras, como «consecuencias no deseadas»: «Los DSM se convirtieron sin querer en la autoridad máxima en psicopatología y nosología, universal y acriticamente aceptada. Se convirtieron también en la base para la enseñanza de la disciplina en todo EUA. Concordantemente los clásicos han sido olímpicamente ignorados.» Determinando también, entre otras cosas, que la validez (de las categorías) ha sido sacrificada en nombre de la confiabilidad (reproductibilidad).²⁸ Para concluir que en la actualidad el declive en la consideración de las complejidades psicopatológicas es tan severo, que puede ser referido como la muerte de la fenomenología en Estados Unidos.²⁸

En el período de tiempo dominado según Lanteri-Laura por el «paradigma de las grandes estructuras psicopatológicas», «la psicopatología cobra un rol esencial y la psiquiatría clínica es la consecuencia práctica de su aplicación. La psicopatología recoge lo esencial de una enfermedad mental al no remitir enteramente ni a factores exógenos ni a factores orgánicos, sino a la estructura como su esencia. El análisis estructural busca identificar una esencia a la cual se puede reducir el abanico de manifestaciones que presentan. La descripción semiológica se enfoca no en

una yuxtaposición discreta de elementos uno al lado del otro, sino en una estructura.»²⁹ En este caso, se ubica como «mojón inaugural» del período la presentación en 1926 de Bleuler en Ginebra de su concepción sobre el grupo de las esquizofrenias. Según Casarotti, «a partir de la concepción bleuleriana las enfermedades mentales serán entendidas como formas empobrecidas de vida mental, que no pueden ser definidas por uno u otro síntoma, ni tampoco por su simple sumatoria, sino por la organización deficitaria que adopta la vida mental, o sea, por la estructura típica que constituye».²

Esto implica el reconocimiento de una organización psíquica en un plano diferente al de los síntomas «positivos» que emergen eminentes a la observación.³⁰ «Un síntoma puede ser configurado como “tal síntoma” solo cuando se ha captado “eso” que constituye lo fundamental de cada trastorno psíquico. No estando “eso” de fundamental en los síntomas entendidos como fragmentos, sino en el modo peculiar como se generan o manifiestan, es decir, en el proceso psíquico que subtendiéndolos los hace síntomas de tal enfermedad. Lo fundamental en cada trastorno es esa estructuración, ese todo singular que en cada uno constituye “el síntoma fundamental”».²¹ De esta manera describe Casarotti cómo se vinculan los síntomas positivos con el diagnóstico fenomenológico-estructural. Agrega que solo este modo de lectura puede captar lo típico de cada déficit psíquico, en la variedad y en la atipia de sus manifestaciones.³⁰

De tal manera el conocimiento de la estructura psicopatológica de las enfermedades mentales y su reconocimiento en el ejercicio clínico mediante el método semiológico basado en la fenomenología pueden ser la base que fundamente el «juicio clínico». A modo de ejemplo, el síndrome discordante propio de la esquizofrenia (Ey), la fuga de ideas propia de la manía (Binswanger) o la estructura melancólica propia de la depresión constituyen descripciones fenomenológicas de las formas patológicas en sus variantes típicas, y permiten identificar el *core* del proceso pa-

tológico a partir del cual reconocer también sus formas atípicas.

En relación con el trastorno esquizoafectivo, si el enfoque estructural permite reflejar mejor la naturaleza de la patología mental entonces se hace difícil la comprensión de una entidad propuesta como una yuxtaposición de «síntomas esquizofrénicos» y «síntomas del humor» (depresivos y de exaltación), que quedan de esta manera desenvueltos de cualquier estructura específica. El enfoque estructural cuestiona la existencia de la realidad clínica específica subyacente al trastorno esquizoafectivo como tal.

Entonces ¿qué *patología* sufren los pacientes que son diagnosticados con la categoría del trastorno esquizoafectivo? A las alternativas tradicionales que pone en juego el problema del síndrome esquizoafectivo,⁸ la teoría órgano-dinámica de Henri Ey puede auxiliarnos todavía más. De particular utilidad en el discernimiento de los cuadros clínicos resulta la distinción genérica entre enfermedades agudas y enfermedades crónicas. Superando la psicología de las funciones se propone una psicopatología globalista en la que el cuerpo psíquico se organiza, por un lado, en una «estructura» que en un corte transversal de la vida psíquica en cada momento organiza la experiencia actual (campo de la conciencia), y por otro, un corte longitudinal de la persona que constituye el eje de sus modalidades permanentes de adaptación a los acontecimientos de la existencia (la personalidad o el ser consciente de sí mismo).³¹ Personalidad y conciencia constituyen entonces dos «estructuras» no enteramente yuxtapuestas ni enteramente trascendentales cuya alteración patológica diferencial determina las enfermedades mentales crónicas y agudas, respectivamente. La profundización de este esquema es el que permite luego identificar las distintas formas de desestructuración de conciencia (episodios agudos), así como los distintos tipos de estructura psicopatológica alterada en las enfermedades crónicas.

La identificación y conceptualización del género de las patologías mentales agudas son

algunos de los aportes más importantes de la obra de Henri Ey. Atendiendo a los criterios sintomáticos propuestos para el trastorno esquizoafectivo es posible inferir su correspondencia a este género de patologías. Desde la descripción original de Kasanin se puede trazar una historia de pertenencia a un grupo patológico de características atípicas para las nosografías de la época.

En la descripción de 1933, las características más resaltables incluyen el comienzo brusco, la presencia de eventos vitales estresantes, las manifestaciones con síntomas psicóticos y afectivos, la duración limitada, la recuperación sin defecto, pero con tendencia a la repetición.⁹

A partir de la obra de Henri Ey quedan conceptualizadas las enfermedades mentales agudas, cuya unidad viene dada por el criterio psicopatológico de la desestructuración de conciencia, y cuya integración viene dada por distintas formas típicas que representan distintos niveles de desestructuración: los episodios melancólicos y maníacos, las psicosis delirantes agudas, y las confusiones mentales. Formas clínicas que, sin embargo, se caracterizan por su variabilidad y por su complejidad y multiplicidad sintomática. En estas psicosis agudas «la tipicidad no se fundamenta en tal o cual síntoma, sino en la organización regresiva que adopta la estructura de la conciencia. Con este criterio desaparecen las formas intermedias y de transición, es decir, las formas atípicas, ya que es precisamente en la variabilidad de sus síntomas que el clínico debe reconocer cada nivel típico (formas semiológicas y evolutivas de las diferentes “psicosis agudas”).»³⁰

Según Casarotti existe una dificultad para conceptualizar adecuadamente los trastornos psicóticos transitorios, dada porque esta gestalt psicopatológica aparece siempre como atípica cuando a los criterios diagnósticos que se utilizan se los pretende «simples y claros», y queda al margen de los tipos clínicos tradicionales cuando estos son construidos mediante principios de clasificación artificiales.³⁰ Plantea que en los sistemas actuales la posibilidad de diagnosticar positivamente estos fenómenos

distinguiéndolos de las formas clínicas relacionadas depende del criterio simplificado que se elija: 1) si lo que se valora es su brevedad se lo diagnostica como “trastorno psicótico breve”; 2) si se remarca la alteración del humor se utilizan las formas psicóticas de los trastornos del humor con síntomas psicóticos o los trastornos esquizoafectivos; 3) si destaca una etiología orgánica se habla de formas atípicas de “delirium”; 4) si el diagnóstico se basa en el criterio A de esquizofrenia se concluye en el trastorno esquizofreniforme de buen pronóstico.³⁰

De tal manera se concluye también cuando, al no aplicar el concepto de desestructuración de conciencia como elemento unificador, «las psicosis delirantes agudas de la escuela francesa aún son repartidas en tres categorías del DSM: trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme de buen pronóstico y en formas maníacas del trastorno esquizoafectivo».¹

La teoría de Henri Ey nos permite ubicar el género de los episodios psicóticos agudos como un grupo dentro del cual poder ubicar más naturalmente al cuadro clínico que sufren muchos de los pacientes que podrían ser diagnosticados como esquizoafectivos.³¹

Historia y corolario

La Psiquiatría ha llevado a cabo un esfuerzo a lo largo del tiempo de identificar categorías diagnósticas que reflejen lo mejor posible la realidad clínica de la patología mental. En este esfuerzo ha desarrollado múltiples soluciones nosológicas que han abordado, entre otras cosas, el «problema» de las entidades clínicas en las que aparecen «síntomas psicóticos y afectivos» conjuntos, problema que es tal en la medida que se parta de una psicología de las funciones que diferencia a estas como bloques que se comportan como unidades diferenciables a la hora de enfermar. Ya en los inicios del alienismo, en las descripciones de manía y melancolía que se consideraban encontramos un «delirio acentuado referido a casi todos los aspectos, asociado a un estado

de agitación y furor», en el primer caso, y un «delirio exclusivo, limitado a una serie particular de objetos con estupor, y unos afectos vivos y profundos», en el segundo.³²

El precursor belga Joseph Guislain proponía a la frenalgia como el núcleo mismo de la alienación mental, como una lesión del sentimiento, un dolor del sentido a punto de partida de las afecciones, de las emociones, que constituye el inicio de la enfermedad, de la que luego el delirio es una reacción secundaria.³³ La obra de Guislain influyó sobre la del alemán Wilhem Griesinger, quien sostenía que «la locura la mayoría de las veces consiste principalmente en una lesión de los sentimientos», donde se produce un «imperio de los dolores morales» sobre la que se edifica luego la enfermedad, con sus delirios, incoherencias y alteraciones del lenguaje.³⁴

La demarcación de una categoría que nuclea una alteración de los afectos surge con Falret y Baillarger en 1854, con la postulación de la «locura circular» y la «locura a doble forma», respectivamente, los precedentes análogos (anacronía mediante) a la futura enfermedad maníaco depresiva.³⁵ Por entonces las enfermedades delirantes eran enmarcadas en distintas entidades nosológicas cuyo criterio demarcatorio era variable y podía corresponder tanto al tema delirante, como al mecanismo, o al curso, y que sobre finales del siglo XIX estuvieron muy influidas por la teoría de la degeneración de Morel y Magnan.²⁹

La variedad de las posiciones nosográficas tiene su «solución» en la obra de Kraepelin, cuya clasificación se constituye en la más influyente para la psiquiatría, y en la que se establece la demarcación fundamental entre la demencia precoz y la psicosis maníaco-depresiva. Cabe destacar que dicha demarcación admitía todo un conjunto de formas clínicas como variantes en las que se combinaban síntomas psicóticos y afectivos. Así por ejemplo en la 8.ª edición de su tratado (1913) se encuentra como formas clínicas de la demencia precoz a la «demencia precoz depresiva simple o estuporosa», la «demencia precoz depresiva delirante», y las «demencias agitadas» con sus

cuatro subtipos: «demencia precoz circular, demencia precoz agitada, demencia precoz periódica y catatonía, excitación y estupor (melancolía atónita)».³⁶

Conclusiones

La descripción de Kasanin de 1933 introduce la enfermedad esquizoafectiva como una manera específica de abordar este problema desafiando la «dicotomía kraepeliniana». La denominación de Kasanin es acogida por el DSM y en este contexto cobra popularidad en el diagnóstico psiquiátrico el trastorno esquizoafectivo.

Pese a su persistencia en las clasificaciones hasta la actualidad, ha sido siempre una entidad controversial. Una de las grandes divisiones en cuanto a la categorización diagnóstica es la concepción como episodio en un diagnóstico transversal o como trastorno en un diagnóstico longitudinal. El análisis actual se basa fundamentalmente en una aplicación del diagnóstico transversal, faltando elementos para presentar conclusiones con respecto a un diagnóstico longitudinal. Desde un análisis «interno» se ha constatado su baja confiabilidad diagnóstica (baja concordancia entre distintos evaluadores) y su baja estabilidad diagnóstica a lo largo del tiempo. También es discutida su validez, cuestionándose la identidad sindromática que pueda tener. Se presenta como alternativa la vigencia de la «dicotomía kraepeliniana».

Desde una perspectiva psicopatológica y estructural, resulta difícil poder conceptualizar una entidad que se construye a partir de la combinación de síntomas aislados y desenvueltos de una estructura que los contenga, de tal manera que una combinación superficial de «síntomas esquizofrénicos» y de «síntomas afectivos» termina dibujando una suerte de quimera nosográfica. Precisamente el análisis estructural plantea una psicopatología globalista que se propone superar la psicología de las funciones, de la que los planteos del

tipo del trastorno esquizoafectivo del DSM son herederos.

La teoría órgano-dinámica nos ofrece un enfoque estructural y la conceptualización del género de las psicosis agudas, dentro del cual podría clasificarse más naturalmente el tipo patológico de muchos pacientes considerados como esquizoafectivos.

Referencias bibliográficas

1. **Guimón J.** Condicionamientos del diagnóstico psiquiátrico. Ponencia en II Congreso Mundial Vasco. Bilbao, 12 al 14 de noviembre de 1987.
2. **Casarotti H.** ¿Esquizofrenia aguda? *Rev Psiquiatr Urug* 2002; 66(2):107-118.
3. **Casarotti H.** Valor humano del enfermo mental. *Rev Psiquiatr Urug* 2017; 81(2):113-126.
4. **Berrios GE, Luque R, Villagrán JM.** Schizophrenia: a conceptual history. *Intern Jour Psych Psychol Ther* 2003; 3(2):111-40. Disponible en: <www.researchgate.net/publication/28068209_Schizophrenia_A_Conceptual_History/link/0f3175394bf4a23e66000000/download>. (Consulta: julio 2019)
5. **Tandon R, Maj M.** Nosological status and definition of schizophrenia. Some considerations for DSM-V and ICD-11. *Asian J Psychiatr* 2008; 1(2):22-27. DOI: 10.1016/j.ajp.2008.10.002
6. **Malaspina D, Owen MJ, Heckers S, et al.** Schizoaffective disorder in the DSM-5. *Schizophr Res* 2013; 150(1):21-5. DOI: 10.1016/j.schres.2013.04.026
7. **Jäger M, Haack S, Becker T, Frasch K.** Schizoaffective disorder —an ongoing challenge for psychiatric nosology. *Eur Psychiatry* 2011; 26(3):159-65. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2010.03.010
8. **Cheniaux E, Landeira-Fernandez J, Lessa Telles L, et al.** Does schizoaffective disorder really exist? A systematic review of the studies that compared schizoaffective disorder with schizophre-

- nia or mood disorders. *J Affect Disord* 2008; 106(3):209-17. DOI: 10.1016/j.jad.2007.07.009
9. **Lermenda V, Holmgren D, Soto-Aguilar F, Sapag F.** Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? *Rev Chil Neuropsiquiat* 2013; 51(1):46-60. Disponible en: <<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v51n1/art07.pdf>>. (Consulta: julio 2019)
 10. **Peterson DL, Webb CA, Keeley JW, et al.** The reliability and clinical utility of ICD-11 schizoaffective disorder: A field trial. *Schizophr Res* 2019; 208:235-41. DOI: 10.1016/j.schres.2019.02.011
 11. **Santelmann H, Franklin J, Bußhoff J, Baethge C.** Diagnostic shift in patients diagnosed with schizoaffective disorder: a systematic review and meta-analysis of rediagnosis studies. *Bipolar Disord* 2016; 18(3):233-46. DOI: 10.1111/bdi.12388
 12. **Pope HG, Lipinski JF, Cohen BM, Axelrod DT.** “Schizoaffective disorder”: an invalid diagnosis? A comparison of schizoaffective disorder, schizophrenia, and affective disorder. *Am J Psychiatry* 1980; 137(8):921-27. DOI: 10.1176/ajp.137.8.921
 13. **Esan O.** DSM-5 schizoaffective disorder: will clinical utility be enhanced? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2015; 50(3):501-2. DOI: 10.1007/s00127-015-1011-8
 14. **Parker G.** How well does the DSM-5 capture schizoaffective disorder? *Can J Psychiatry* 2019;1-4. DOI: 10.1177/0706743719856845
 15. **Marneros A.** Do schizoaffective disorders exist at all? *Acta Psychiatr Scand* 2007; 115(2):162. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00945.x
 16. **Vardaxi CC, Gonda X, Fountoulakis KN.** Life events in schizoaffective disorder: A systematic review. *J Affect Disord* 2018; 227:563-70. DOI: 10.1016/j.jad.2017.11.076
 17. **Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, McAdams LA, Heaton SC, Jeste DV.** Schizoaffective disorder: a form of schizophrenia or affective disorder? *J Clin Psychiatry* 1999; 60(12):874-82. PMID: 10665641
 18. **Lake CR, Hurwitz N.** Schizoaffective disorders are psychotic mood disorders; there are no schizoaffective disorders. *Psychiatry Res* 2006; 143(2-3):255-87. DOI: 10.1016/j.psychres.2005.08.012
 19. **Arenas Borrero A, Rogelis Prada A.** Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. *Universitas Medica* 2006; 47(2):147-56. Disponible en: <www.redalyc.org/articulo.oa?id=231018675006>. (Consulta: julio 2019)
 20. **Angst J.** The course of schizoaffective disorders. In: Marneros A, Tsuang MT (eds). *Schizoaffective psychoses*. Springer, Berlin, Heidelberg; 1986, pp. 63-93.
 21. **Tondo L, Vázquez GH, Baethge C, et al.** Comparison of psychotic bipolar disorder, schizoaffective disorder, and schizophrenia: an international, multi-site study. *Acta Psychiatr Scand* 2016; 133(1):34-43. DOI: 10.1111/acps.12447
 22. **Keshavan MS, Morris DW, Sweeney JA, et al.** A dimensional approach to the psychosis spectrum between bipolar disorder and schizophrenia: the Schizo-Bipolar Scale. *Schizophr Res* 2011; 133(1-3):250-4. DOI: 10.1016/j.schres.2011.09.005
 23. **Ghaemi SN.** Dimensiones vs. categorías. En: Ghaemi SN. *Psiquiatría. Conceptos*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2008, pp. 211-229.
 24. **Robins E, Guze SB.** Establishment of diagnostic validity in psychiatric illness: its application to schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1970; 126(7):983-7. DOI: 10.1176/ajp.126.7.983
 25. **Maier W.** Do schizoaffective disorders exist at all? *Acta Psychiatr Scand* 2006; 113(5):369-71. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2006.00763.x
 26. **Brescia S, Navarro V, de Mattos S, Moreira A, Alves G, Yemini P.** Ate-

- neo Clínico. Rev Psiquiatr Urug 2018; 82(1):61-83.
27. **Stagnaro JC.** Elementos para pensar una psiquiatría dinámica hoy. Psicoanálisis APdeBA 2006; 28(1):187-202. Disponible en: <www.apdeba.org/wp-content/uploads/Stagnaro.pdf>. (Consulta: julio 2019)
28. **Andreasen NC.** DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. Schizophr Bull 2007; 33(1):108-12. DOI: 10.1093/schbul/sbl054
29. **Lantéri-Laura G.** Ensayo sobre los paradigmas de la psiquiatría moderna. Madrid: Triacastela; 2000, 336pp.
30. **Casarotti H.** Diagnóstico de psicosis y modelo órgano-dinámico de Henri Ey. Presentado en el X Congreso Mundial de Psiquiatría, Madrid; 1996. Disponible en: <www.henriey.com/docs/arts_hc/1996_diagnostico_psicosis.pdf>. (Consulta: julio 2019)
31. **Ey H, Bernard P, Brisset Ch.** Organización de la vida psíquica. En: Tratado de Psiquiatría. 8.^a ed. Barcelona: Masson; 1978, pp. 28-36.
32. **Pinel P.** Tratado médico-filosófico sobre la alienación mental (1809). En: J-E. Esquirol, J. Haslam, P. Pinel, J. Reil. El nacimiento de la psiquiatría. Buenos Aires: Polemos; 2012, pp. 341-639.
33. **Guislain J.** Lecciones orales sobre las frenopatías (1852). En: A. Bayle, J. Cotard, P. Chaslin. Alucinar y delirar (tomo I). Buenos Aires: Polemos; 1998, pp. 29-38.
34. **Griesinger W.** Patología y terapéutica de las enfermedades mentales. Buenos Aires: Polemos; 1997, 186pp.
35. **Buschiazzo D, Roldan L, Guidi S.** Jules Gabriel François Baillarger y «La locura de doble forma». Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica 2014; 19(1):31-42. Disponible en: <www.alcmeon.com.ar/19/05_Locdobleforma_buschiazzo.pdf>. (Consulta: julio 2019)
36. **Kraepelin E.** La demencia precoz. 8.^a ed. Buenos Aires. Polemos; 1996, 210pp.