

Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad

Álvaro Arenas Borrero*
Adriana Rogelis Prada*

Resumen

Objetivos

Revisar los aspectos históricos del trastorno esquizoafectivo, así como la importancia del abordaje, teniendo en cuenta la personalidad.

Métodos. Revisión de la literatura.

Se presenta una revisión literaria centrada en los aspectos históricos y la polémica que ha existido acerca del trastorno esquizoafectivo como una entidad independiente dentro de la nosografía. Se revisa también la importancia del estudio de la dimensión de la personalidad en el diagnóstico y el manejo de este trastorno.

Conclusiones

La comprensión del trastorno esquizoafectivo requiere de un abordaje multidimensional, con especial interés en los rasgos de personalidad.

Palabras clave: trastorno esquizoafectivo, historia, rasgos de personalidad.

Abstract

We present a literary revision of the history of schizoaffective disorder and his place in the

modern diagnosis classification system. We address the importance of personality traits in the diagnosis and management of schizoaffective disorder, we review also the importance of the study of personality traits in the diagnosis and management of this disorder.

Metodología

Se realizó una búsqueda de la literatura en las bases de datos de medline y psynfo y, de manera manual, en las revistas del tema. Inicialmente se cruzaron los términos MeSH, *personality traits* y *schizoaffective disorder*, y se seleccionaron artículos escritos en inglés o español, de los últimos cinco años. Se complementó la búsqueda con artículos clásicos acerca de la historia del trastorno esquizoafectivo.

Introducción

La clasificación de las enfermedades ha sido un problema de vital importancia desde el

* Residente de Psiquiatría, III año, Pontificia Universidad Javeriana.

origen de la medicina. Para la psiquiatría, éste ha sido un punto fundamental desde sus inicios y aún hoy en día existen patologías psiquiátricas sobre las que se debate su lugar en la nosología, como ocurre con el trastorno esquizoafectivo.

Cuando Kraepelin realizó la descripción y la clasificación de las enfermedades mentales, encontró dos grandes grupos de trastornos: la enfermedad maniaco-depresiva, hoy llamada trastorno afectivo bipolar, y la esquizofrenia; de esta forma, se dio origen al llamado sistema binario. Sin embargo, desde aquellos días se han encontrado pacientes con síntomas que podrían pertenecer a los dos grupos y todavía tenemos problemas para asignarles un diagnóstico[1]. De esa dificultad surge el concepto de trastorno esquizoafectivo, el cual ha sufrido una serie de transformaciones a lo largo del tiempo, que se irán considerando a lo largo de este artículo.

Revisaremos las distintas hipótesis acerca de la naturaleza del trastorno esquizoafectivo, resumidas en tres posiciones principales: el trastorno esquizoafectivo como variante de la esquizofrenia, como parte de los trastornos afectivos o como una entidad independiente.

Un problema fundamental ha sido definir si la esquizofrenia y las enfermedades afectivas son dos enfermedades distintas o si pertenecen a un mismo espectro, en el que la diferenciación estaría dada por la predominancia de uno u otro grupo de síntomas, más que por una diferencia de fondo. Algunos autores han propuesto que el trastorno esquizoafectivo representa un puente entre los trastornos afectivos y la esquizofrenia[2].

Para tratar de resolver este problema, se presenta un resumen de los distintos puntos de vista que se han desarrollado al respecto.

Historia del trastorno esquizoafectivo

La distinción entre la enfermedad maniaco-depresiva (hoy trastorno afectivo bipolar) y la esquizofrenia, fue descrita claramente por Kraepelin en su detallado y descriptivo análisis de los dos trastornos. Desde entonces, los pacientes que no caben claramente en ninguno de los dos han representado un reto para los investigadores cuando tratan de asignarles un diagnóstico. Aunque en la clasificación inicial de Kraepelin se encuentran síntomas que se solapan en los dos grupos, la distinción se puede hacer con base en el curso longitudinal, que para la esquizofrenia sería de deterioro y para los trastornos afectivos sería de tendencia a la remisión con períodos intercríticos y con un buen nivel de funcionamiento.

En su obra *Die Erscheinungsformen des Irreseins* (Las formas fenomenológicas de la locura), publicada en 1920, Kraepelin propone: “Los trastornos mentales pueden tener elementos de los dos grupos de trastornos mentales, a saber: la demencia precoz y la enfermedad maniaco-depresiva, y pueden tener también diferente curso y diferente pronóstico que la demencia precoz”[1]. Desde ese entonces, se reconocía la necesidad de una nueva categoría que englobara estos trastornos heterogéneos.

Lo anterior se vio reforzado cuando Zendig, en su publicación *Contribución al diagnóstico diferencial de la enfermedad maniaco-depresiva y la demencia precoz*, reportó que aproximadamente 30% de los pacientes que fueron clasificados como esquizofrénicos, según los criterios de Kraepelin, tuvieron un curso y un resultado que no correspondían al propuesto para la demencia precoz. De esta forma, se dieron cuenta de la debilidad del modelo dicotómico y Kraepelin anotó: “Tenemos que vivir con una clase de trastorno en el que los criterios aplicados por nosotros no son suficientes para diferenciar fidedignamente todos los

casos entre esquizofrenia y enfermedad maniaco-depresiva"[1].

Eugen Bleuler, también consciente de estos casos en los que se unían los dos grupos de síntomas, los llamó psicosis mixtas. Para Bleuler, sólo se necesitaba alguno de los síntomas cardinales de esquizofrenia para hacer el diagnóstico, sin importar el curso longitudinal de la enfermedad o si ésta estaba acompañada por un episodio afectivo claro.

Kraepelin consideraba la esquizofrenia y los trastornos afectivos como dos enfermedades diferentes, aunque reconocía que se podían presentar síntomas afectivos en la esquizofrenia, así como esquizofrénicos en los trastornos afectivos.

Origen del término esquizoafectivo

Posteriormente, en 1993, el psiquiatra estadounidense Jacob Kasanin acuñó el término de psicosis esquizoafectivas para describir un grupo de pacientes con síntomas tanto afectivos como esquizofrénicos, con un inicio agudo en la juventud, posterior a un suceso vital estresante y con un ajuste social premórbido adecuado. Su artículo fue publicado en junio de 1933, en el *American Journal of Psychiatry*, y consistió en la presentación de las historias de nueve casos de pacientes con síntomas afectivos y esquizofrénicos.

Uno de esos casos fue el de un hombre de 42 años, negociante, quien ingresó el 18 de enero de 1926 con diagnóstico de demencia precoz. Se trataba de un cuadro de una semana de evolución, de inicio súbito, en el que el paciente centra su conversación en el tema religioso, lo cual era extraño pues el paciente se preocupaba poco por este tema. Decía que Dios se le aparecía y le decía qué hacer; por ejemplo, uno de los días previos al ingreso no tomó su desayuno y se

dejó el abrigo puesto todo el día, pues Dios así se lo había ordenado. Finalmente, el día del ingreso se agitó y amenazó a su familia con una cuchilla, por lo que fue remitido al hospital.

De la historia familiar del paciente, Kasanin anota que tuvo un desarrollo psicomotor normal, buena adaptación en la escuela (donde hizo unos pocos amigos), se destacó como un buen atleta y mostró poco interés en las niñas. En la casa era bastante distante de los hermanos y muy cariñoso con la madre. Luego, inició con éxito su carrera como administrador de empresas y a los 32 años estableció su propio negocio. En el campo afectivo, había tenido un desengaño amoroso reciente.

El examen físico de ingreso fue normal y la evolución del examen mental mostró irritabilidad, suspicacia y preocupación los dos primeros días; luego se tornó más hablador y colaborador. El afecto cambió de euforia, al ingreso, a depresión moderada. Las funciones cognitivas se encontraron intactas.

Durante la hospitalización, se concluyó que la etiología del trastorno era secundaria a agitación afectiva. La vida emocional del paciente estaba bloqueada debido al hecho de que la mujer de la que estaba enamorado no correspondía sus sentimientos. Tenía una marcada tensión de su instinto sexual [...]. Gradualmente, el paciente desarrolló un punto de vista más sano y finalmente logró una buena introspección[2].

Se le dio de alta el 3 de abril de 1926 y después de unas cortas vacaciones pudo regresar al trabajo. Poco tiempo después, conoció una mujer con la que se casó en 1927 y, a partir de entonces, logró un nivel de funcionamiento satisfactorio.

Hay que anotar que los casos descritos por Kasanin no corresponden exactamente

con lo que hoy llamamos trastorno esquizoafectivo. En la clasificación actual, podrían ubicarse en trastornos psicóticos agudos transitorios. Otros autores realizaron la descripción de casos que corresponderían exactamente al trastorno esquizoafectivo. Ese fue el caso del alemán Kurt Schneider quien, en la década de 1930, describió los “casos en el medio” que corresponden al actual esquizoafectivo.

Estudios posteriores mostraron cómo hasta 50% de los pacientes con síntomas esquizofrénicos y afectivos tenían un adecuado desenlace a largo plazo, comparados con los esquizofrénicos. Por esto, en 1963, Vailant clasificó a todos los pacientes en quienes se observó remisión de la esquizofrenia como esquizoafectivos.

Era de los manuales diagnósticos

En 1952, se desarrolló el primer *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM-I) como respuesta al desacuerdo en las clasificaciones de la OMS y el CIE 6 europeo. Desde entonces, los criterios diagnósticos de trastorno esquizoafectivo han evolucionado: en el DSM-II, el trastorno esquizoafectivo se clasificó como un subtipo de esquizofrenia y comprendía a pacientes con cualquier síntoma afectivo, al tiempo que cumplían criterios para esquizofrenia. Después, en el DSM-III (1980), con base en estudios realizados en Gran Bretaña y Estados Unidos, se concluyó que los síntomas de la esquizofrenia podían coexistir con los de los trastornos afectivos mientras no persistieran al remitir la psicosis. En esta edición se sacó al esquizoafectivo de la esquizofrenia y se ubicó en el grupo de los trastornos psicóticos no clasificados en otra parte.

En 1987, con la publicación del DSM-III R, se incluyó el criterio que determinaba dos semanas como la duración mínima de

los síntomas esquizoafectivos para hacer el diagnóstico.

Actualmente, el trastorno esquizoafectivo se define por un período continuo de enfermedad en el cual, en algún momento, se presenta un episodio maniaco, depresivo o mixto concurrente, con síntomas que cumplan el criterio A de esquizofrenia. Los síntomas esquizofrénicos deben estar presentes por lo menos durante dos semanas en la ausencia de síntomas afectivos prominentes y los síntomas afectivos deben estar presentes por un período de tiempo significativo del total de la duración de las fases activa y residual de la enfermedad. Se debe tener en cuenta, también, el criterio de exclusión que indica que los síntomas no se explican mejor por los efectos de una sustancia o una enfermedad médica general.

Se clasifica en tipo bipolar si los síntomas afectivos son maníacos o mixtos y, unipolares, si sólo se presenta con un episodio depresivo mayor.

A los criterios actuales del DSM-IVTR y el CIE 10 se les ha criticado que ninguno de los dos incluye el aspecto longitudinal de la enfermedad. Se ha visto que no hay diferencia en la historia familiar, la personalidad o la adaptación premórbida entre los pacientes que sólo tienen episodios esquizodepresivos y aquéllos que cambian entre episodios esquizofrénicos y afectivos a lo largo del tiempo. La investigación actual ha definido dos tipos de trastornos esquizoafectivos: el concurrente y el secuencial.

En el tipo concurrente se incluyen trastornos en los que únicamente se presentan episodios esquizodepresivos, esquizo-maniacos o mixtos. En el tipo secuencial se tiene en cuenta el curso longitudinal del trastorno, en el cual el individuo puede pasar de episodio esquizodepresivo a esquizofrénico, de éste a maniaco, etc.

En cuanto a la división según los subtipos unipolares, bipolares y mixtos, se ha encontrado que los trastornos esquizoafectivos bipolares se parecen más a los trastornos afectivos bipolares en las características premórbidas y sociodemográficas, y difieren de los trastornos esquizoafectivos unipolares de la misma manera que los trastornos afectivos bipolares se diferencian de los afectivos unipolares.

Otro punto importante es que el porcentaje de casos de trastorno esquizoafectivo mixto dentro del esquizoafectivo bipolar es igual al porcentaje de trastorno afectivo mixto dentro de los trastornos afectivos bipolares. Sin embargo, los pacientes con trastorno esquizoafectivo se enferman primero, tienen episodios más largos y tienen un nivel de funcionamiento menor que los pacientes con trastorno afectivo mixto.

En las descripciones iniciales se consideró al trastorno esquizoafectivo como parte del grupo de las esquizofrenias. Este concepto ha cambiado con el tiempo y la investigación actual ha mostrado cada vez más que este trastorno se parece más a los trastornos afectivos que a la esquizofrenia. Sin embargo, la última palabra no se ha dicho y el debate está abierto para que nuevas investigaciones diriman este debate.

Hipótesis acerca de la naturaleza del trastorno esquizoafectivo

A continuación revisamos las principales hipótesis que pretenden explicar el fenómeno del trastorno esquizoafectivo, presentando los estudios que apoyan cada uno de los puntos de vista.

Trastorno esquizoafectivo como variante de la esquizofrenia

La idea de que las psicosis con una mezcla de síntomas esquizofrénicos y afectivos corresponden a un subtipo de la esquizofrenia,

se remonta a Kraepelin y Bleuler y persistió hasta la clasificación del CIE 9 en la que aparece como un subtipo de esquizofrenia.

Esta hipótesis está basada en que el pronóstico de los pacientes con trastorno esquizoafectivo es más parecido al de los pacientes esquizofrénicos que el de los pacientes afectivos. Se ha observado que el curso de la enfermedad en los pacientes diagnosticados como esquizoafectivos es de deterioro, al igual que en la esquizofrenia. Las medidas de pronóstico, como psicopatología, actividad social y empleo, también son similares.

Trastorno esquizoafectivo como variante de los trastornos afectivos

Algunos estudios han aportado evidencia que soporta la teoría de que los trastornos afectivos están relacionados con el esquizoafectivo; la tendencia actual de investigación se inclina hacia esta hipótesis. Algunos autores (Pope y Lipinski) han concluido que los síntomas delirantes no congruentes con el afecto no alteran el curso de los trastornos bipolares y que los pacientes esquizomaniacos pertenecerían a la categoría bipolar[3].

Trastorno esquizoafectivo como una categoría heterogénea

En el estudio realizado por Angst, Felder y Lohmeyer, se encontró que aunque los pacientes con trastorno esquizoafectivo tuvieron menos episodios que los pacientes bipolares, el esquizoafectivo remitió con menor frecuencia[3].

El resultado a largo plazo de los pacientes esquizoafectivos cae en el medio de los otros dos grupos; tienen un nivel de funcionamiento significativamente mejor que los esquizofrénicos, pero significativamente peor que los afectivos, lo que hablaría a favor de que estaríamos frente a una categoría heterogénea.

Se puede concluir que el trastorno esquizoafectivo representa un espectro de psicopatología entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos; entre mayor sea el número de síntomas esquizofrénicos, más crónico será el trastorno.

Estudios del trastorno esquizoafectivo divididos según subtipo

Subtipo depresivo

Estos estudios han comparado los pacientes con trastorno esquizoafectivo depresivo con pacientes esquizofrénicos y con pacientes depresivos. Los resultados reportan que los pacientes esquizodepresivos caen en el medio de los pacientes esquizofrénicos y depresivos en todas las medidas de desenlace. Se ha concluido, también, que los pacientes con síntomas predominantemente esquizofrénicos y con curso crónico tenían un peor pronóstico que los pacientes en los que predominaba la sintomatología afectiva y tenían un curso agudo.

Se ha comparado también a los pacientes esquizodepresivos con los pacientes diagnosticados con depresión psicótica, y se encontró un aumento considerable de la morbilidad en el grupo de los esquizodepresivos. Como conclusión de este estudio, se encontraron tres factores de predicción independientes para un curso crónico del cuadro psicótico, que fueron: no haber contraído matrimonio, un pobre ajuste social durante la adolescencia y la presencia de síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo.

Subtipo maniaco

Los estudios que han comparado los pacientes esquizomaniacos con maniacos no han encontrado diferencias significativas en el pronóstico a largo plazo entre los dos grupos. Estos resultados pueden indicar que el

subtipo esquizomaniaco podría corresponder a una variante del trastorno afectivo bipolar.

Sin embargo, cuando se comparan los pacientes esquizomaniacos crónicos con los esquizofrénicos, se encuentran grandes similitudes que hacen pensar que, cuando el trastorno se vuelve crónico, es más probable que corresponda a un subtipo de esquizofrenia.

La esquizofrenia y los trastornos afectivos, enfermedades separadas o continuas

Ni la esquizofrenia ni los trastornos bipolares cumplen los criterios para considerarse entidades fisiopatológicas diferentes. Para esto, se requeriría que cada una tuviera unos factores de riesgo identificables, un agente patogénico determinado que explique los síntomas y el curso, y la determinación de cómo los factores de riesgo contribuyen a la fisiopatología de la enfermedad. Por esta razón, estos trastornos deben ser vistos como síndromes, es decir, el conjunto de síntomas y signos que son distinguibles clínicamente de otros síndromes. Se ha postulado que existe una continuidad en el interior de los trastornos afectivos, la cual estaría dividida en dos cursos diferentes. Por una parte, está el curso bipolar que se inicia con el temperamento ciclotímico, continúa en gravedad ascendente con los trastornos de personalidad hipertímicos o ciclotímicos, luego la ciclotimia, la hipomanía, los trastornos bipolares I y II, continuando con los trastornos afectivos mixtos, los afectivos con síntomas psicóticos y terminando con el trastorno esquizoafectivo bipolar.

Por otra parte, está el curso unipolar que se inicia con el temperamento depresivo, continúa con los trastornos de personalidad depresivos, sigue con la distimia, los episodios depresivos moderados, la melancolía,

la depresión psicótica y, finalmente, el trastorno esquizoafectivo unipolar.

Se ha encontrado que los familiares de probandos con trastorno esquizoafectivo tienen un riesgo significativamente mayor de sufrir cualquier trastorno afectivo que esquizofrenia, lo que hablaría a favor de la cercanía del esquizoafectivo al polo afectivo más que al esquizofrénico. Sin embargo, en otros estudios se ha encontrado una relación familiar entre el trastorno esquizoafectivo y la esquizofrenia.

Se ha formulado una serie de alternativas a esta teoría del continuo. Al respecto, Fovles y Bedford han propuesto un sistema jerárquico en el cual los pacientes que muestran síntomas a cierto nivel también los muestran en los niveles inferiores. De esta manera, un paciente con fobia social (nivel 2) también tendrá síntomas psicológicos inespecíficos como preocupación o irritabilidad. Este modelo ha mostrado una concordancia elevada, pero el trastorno esquizoafectivo no está contenido en este modelo[4].

Se ha propuesto que el trastorno esquizoafectivo corresponde a un diagnóstico poco certero que posteriormente, con el análisis del curso longitudinal, se puede separar en esquizofrenia o trastorno afectivo, lo que ha llevado a la pregunta de si realmente existe o es un artefacto nosológico.

Curso longitudinal de los trastornos psicóticos

El curso longitudinal de los trastornos psicóticos es fundamental para determinar en qué categoría nosológica ubicarlos y, dentro del curso longitudinal, es de vital importancia conocer el funcionamiento de los pacientes en los períodos intercríticos.

En un estudio reciente realizado en Europa[5], se analizaron 138 pacientes

ambulatorios, 68 con diagnóstico de trastorno afectivo bipolar, 34 con trastorno esquizoafectivo y 37 con esquizofrenia. A estos pacientes se les realizó un estudio tanto retrospectivo como prospectivo durante tres años, con intervalos de dos meses.

Las variables analizadas fueron de tres tipos: epidemiológicas (sexo, estado civil e historia familiar de trastornos psiquiátricos y suicidio), clínicas (edad de inicio, tipo del primer episodio, presencia de síntomas psicóticos, número total de episodios, número de episodios maniacos, depresivos, mixtos o sin síntomas afectivos, historia de intentos de suicidio y enfermedad médica general) y de pronóstico (autonomía personal y funcionamiento ocupacional).

El análisis de las variables demográficas no mostró diferencias en sexo o edad entre los tres grupos de pacientes. Los pacientes bipolares fueron solteros menos frecuentemente que los esquizofrénicos y esquizoafectivos. Los pacientes bipolares mostraron la mayor frecuencia de historia familiar de trastorno del afecto.

En cuanto al número de episodios, los pacientes esquizoafectivos fueron los que más tuvieron (promedio 7,4), comparados con los bipolares (5,8) y los esquizofrénicos (3,7). La presencia de síntomas psicóticos durante el primer episodio fue más frecuente en los esquizofrénicos y los esquizoafectivos. No hubo diferencias en la tasa de intentos de suicidio.

Por último, el análisis de las variables de pronóstico colocó a los pacientes esquizoafectivos en un punto medio entre los bipolares y los esquizofrénicos, con respecto al funcionamiento ocupacional y la autonomía. En todos los grupos se encontró algún grado de deterioro en la autonomía personal.

Este estudio soporta la hipótesis de que los trastornos esquizoafectivos son una for-

ma fenotípica intermedia entre la esquizofrenia el trastorno bipolar. Teniendo en cuenta las variables de sintomatología, estaría más cercano a la esquizofrenia, pero, si se tienen en cuenta las variables de desenlace y pronóstico, se asemeja mucho más al trastorno afectivo. Otros estudios han buscado factores de predicción de la calidad de vida en pacientes con trastornos psicóticos[7]. Para estos efectos, han definido la calidad de vida como la satisfacción subjetiva en los dominios de funcionamiento diario. En el estudio en mención, se realizó un seguimiento de 148 pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo y se les realizó un seguimiento longitudinal para identificar los factores de pronóstico de calidad de vida.

Se encontró que la percepción de la calidad de vida es similar entre los pacientes esquizofrénicos y los esquizoafectivos. Sin embargo, se encontró diferencia entre los factores de predicción de calidad de vida; en la esquizofrenia, fue la reducción de la ansiedad y los síntomas paranoides y, para los pacientes del espectro esquizoafectivo, fue la sensibilidad, la mejoría de los síntomas depresivos y la emoción expresada.

Otro punto que merece atención es si existe diferencia en el curso longitudinal de los trastornos del pensamiento entre la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo. Se ha concluido que los trastornos del pensamiento son más frecuentes y persistentes que en los demás trastornos psicóticos (trastorno esquizoafectivo, trastornos afectivos con síntomas psicóticos y trastorno psicótico no especificado)[8]. En este estudio, la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo no difirieron significativamente con respecto a la gravedad y la prevalencia del trastorno del pensamiento. Las diferencias entre los cursos de los trastornos del pensamiento, entre la esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo, tampoco fueron significativos, aunque en el esquizoafectivo

se observó una mayor tendencia a la remisión, lo que corresponde a la visión del esquizoafectivo como un trastorno más episódico que la esquizofrenia que se asemeja a los trastornos afectivos.

También, se han realizado estudios teniendo en cuenta los síntomas negativos. En un estudio realizado en 2001 en la Universidad de Illinois[9], se siguió durante 10 años a 150 pacientes con trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, otros trastornos psicóticos o depresión mayor. Se encontró que la depresión no se asoció a la presencia de síntomas negativos en ninguno de los grupos diagnósticos. Con respecto a la frecuencia de estos síntomas y el curso, se encuentra la mayor gravedad en la esquizofrenia, seguida del trastorno esquizoafectivo, otros trastornos psicóticos y, finalmente, la depresión. En este estudio no se encontró un aumento en la gravedad de los síntomas negativos con el paso del tiempo, aunque hay estudios que sugieren lo contrario[10]. Los pacientes con trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia mostraron una mayor frecuencia y persistencia de síntomas negativos, comparativamente con la depresión.

Estos estudios se han limitado a una aproximación categórica de los trastornos basados en los criterios del DSM-IV, la CIE 10 Y el RDC. Sin embargo, un factor que puede afectar y matizar la forma de presentación de un trastorno psiquiátrico es la personalidad, lo que implica un estudio desde el punto de vista dimensional[6], por lo que sería útil determinar las características del eje 11 de estos pacientes, las cuales podrían, eventualmente, explicar las discrepancias que hasta ahora se han encontrado en los tres grandes grupos de diagnósticos.

Dimensión de la personalidad en el trastorno esquizoafectivo

Un modelo más comprensible de la calidad de vida incluye el papel de los factores de

personalidad, relacionado con la aprehensión subjetiva de la calidad de vida, lo cual ha sido poco estudiado.

Hansson, en un estudio, investigó en una muestra de 418 pacientes con esquizofrenia y encontró una asociación positiva entre la autoestima y la percepción subjetiva de la calidad de vida[11].

Cloninger *et al.* han desarrollado un modelo psicobiológico de factores de personalidad basados en siete dimensiones que incluyen: cuatro factores temperamentales: búsqueda de la novedad, evitación de daño, dependencia de la gratificación y persistencia, considerados como estables a lo largo de la vida, y tres factores de carácter: autonomía, cooperativismo y autotranscendencia, con lo cual consideraban una respuesta de maduración al aprendizaje social y las experiencias de vida. Estas dimensiones están medidas por el TCI (*temperament and character inventory*).

Como parte de una investigación de calidad de vida y de cuidado y situaciones de vida, de personas con trastornos mentales graves que viven en comunidad, este estudio explora la relación entre los factores de personalidad medidos por el TCI y la apreciación subjetiva de la calidad de vida.

El análisis de las diferencias entre los subgrupos de diagnóstico (esquizofrenia-esquizoafectivo) con las siete dimensiones de personalidad medidos por TCI, no reveló diferencias significativas.

La correlación entre las variantes mostró que las dimensiones de personalidad estaban relacionadas con las cuatro medidas de calidad de vida que se utilizaron en el estudio. El hallazgo más consistente mostró: una correlación significativa de la autodireccionalidad (definida como el grado en el cual un individuo se percibe a sí mismo como un individuo autónomo con capacidad de

autodeterminación y la capacidad de modificar su comportamiento en armonía con los objetivos elegidos y sus principios) con todas las medidas de calidad de vida y una correlación de la evitación de daño con las medidas de calidad de vida, excepto con la característica de "estar bien" (utilizaron una escala de calidad de vida, llamada LQQLP, la cual no está adecuadamente descrita en el artículo).

Los altos niveles de autonomía y autodeterminación están relacionados con una buena satisfacción con la vida.

La evitación de daño mide la presencia de comportamientos como preocupación pesimista en la anticipación de futuros problemas, y comportamientos pasivos de evitación como el miedo, la timidez y la fatiga rápida. En este estudio, los bajos niveles de este comportamiento se correlacionaron con una calidad de vida buena.

Los resultados de este estudio sugieren una relación entre la personalidad y la calidad de vida, en personas con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo. Los pacientes con altos niveles de neurosis, especialmente caracterizados por hostilidad y depresión, reportaron baja calidad de vida. Se encontró una asociación entre extroversión y calidad de vida, en sujetos cuyo perfil de personalidad se caracterizaba por entusiasmo, tendencia a la agregación y emociones positivas, quienes reportaban altos niveles de satisfacción con la calidad de vida[11].

En esta muestra, la calidad de vida aparecía como independiente de los síntomas. Se encontró una falta de correlación entre los niveles de satisfacción y los reportes de síntomas psicóticos, paranoia o depresión realizados por los pacientes.

Se plantea que, en estrategias clínicas, las intervenciones que modifiquen el estilo de personalidad tendrían un papel en los resultados de calidad de vida.

Conclusiones

Desde que Kraepelin propuso el sistema binario para agrupar los trastornos psiquiátricos, se han realizado importantes avances en la comprensión de las bases de los trastornos afectivos y la esquizofrenia. Sin embargo, aún es cuestión de debate si estos trastornos corresponden a entidades separadas o a manifestaciones de un continuo. La investigación actual ha estado enfocada en la solución de este dilema teórico que permanece sin solución.

Se requiere de enfoques novedosos al problema del trastorno esquizoafectivo. Uno

de ellos, que ha permanecido inexplorado, es el de su relación con los trastornos de personalidad. Se debe estudiar de qué manera la patología del eje II interfiere con lo que llamamos trastorno esquizoafectivo.

Comprender mejor el trastorno esquizoafectivo permitirá realizar nuevos enfoques terapéuticos, ya que hasta el momento el tratamiento que se propone es de carácter sintomático, con medicación según la sintomatología que predomine en un momento determinado. Poco ha sido el avance en la terapia en los períodos intercríticos de la enfermedad. Se requieren nuevos estudios enfocados en ese campo.

Bibliografía

1. Marneros A. *The schizoaffective phenomenon: the state of the art*. Acta Psychiatr Scand 2003; 108 (Suppl.1418): 29-33.
2. Kasanin J. *The acute schizoaffective psychoses*. Am J Psychiatry 1933; 13: 97-126.
3. Lapensée M. *A review of schizoaffective disorder: I. current concepts*. Can J Psychiatry 1992; 37: 335-45.
4. Lapierre Y. *Schizophrenia and manic-depression: separate illnesses or a continuum?* Can J Psychiatry 1994; 39 (Suppl.12): S59-63.
5. Bernabarre A. *Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences*. Eur Psychiatry 2001; 16: 167-72.
6. Terrence AK. *Psychotic bipolar disorders: dimensionally similar to or categorically different from schizophrenia?* Journal of Psychiatric Research 2004; 38: 47-61.
7. Ritsmer M, et al. *Predictors of quality of life in mayor psychoses: a naturalistic follow up study*. J Clin Psychiatry 2003; 64: 308-15.
8. Marengo JT, Marrow M. *Longitudinal course of thought disorder in schizophrenia and schizoaffective disorder*. Schizophrenia Bulletin, 1997; 23: 273-87.
9. Herbener ES, Harrow M. *Longitudinal assessment of negative symptoms in schizophrenia/schizoaffective patients, other psychotic patients and depressed patients*. Schizophrenia Bulletin. 2001; 27: 527-37.
10. Fenton WS, Mc Glashan TH. *Natural history of schizophrenia subtypes, positive and negative symptoms and long term course*. Archives of General Psychiatry. 1991; 48: 978-86.
11. Hanson L, Kalund M. *The relationship between personality and quality of life in persons with schizoaffective disorder and schizophrenia*. Quality of Life Research. 2001; 10: 133-9.