



## *confrontaciones*



# El nuevo DSM-V o Kraepelin antes de su madurez: El oxímoron del “Trastorno esquizoafectivo”

Salvador M. Guinjoan

*Profesor Regular Adjunto, Departamento de Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires; Profesor Regular Adjunto  
Cátedra I de Neurofisiología, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires; Investigador Independiente, CONICET.  
E-mail: sguinjoan@fleni.org.ar*

---

### Resumen

En los últimos lustros se ha acumulado evidencia que sugiere que la clásica distinción kraepeliniana entre esquizofrenia y enfermedad bipolar no refleja el origen de los cuadros psicóticos, tal como el mismo Kraepelin lo advirtiera en sus años de madurez. A pesar de que la esperada nueva edición del manual diagnóstico y estadístico de la *American Psychiatric Association* (DSM-V) seguramente incorporará la idea de las dimensiones sintomáticas suplantando a los subtipos de esquizofrenia, el sistema binario kraepeliniano se mantiene intacto, incluyendo a la categoría diagnóstica que es testimonio palmario de su obsolescencia: el trastorno esquizoafectivo. En esta comunicación se realiza una breve lectura crítica de este hecho y se señalan las dificultades que la clasificación actual comporta para los avances definidos en este campo del conocimiento.

**Palabras claves:** DSM-V - Psicosis - Trastorno Esquizoafectivo - Esquizofrenia - Enfermedad Bipolar.

DSM-V: A YOUNG KRAEPELIN AND THE “SCHIZOAFFECTIVE DISORDER” OXYMORON

### Summary

The last several years have witnessed the accumulation of evidence suggesting that the Kraepelinian binary system of classification of the psychoses does not capture their true nature, as Kraepelin himself had cautioned in his late years. The long-awaited new edition of the APA's Diagnostic and Statistical Manual will in all probability incorporate symptom dimensions and suppress schizophrenia subtypes. However, the initial Kraepelinian conceptualization of the psychoses is maintained, along with the diagnostic category that epitomizes its obsolescence: schizoaffective disorder. We hereby make a brief critical appraisal of this fact, pointing out how the current classification system might be an obstacle to much-needed advances in this knowledge field.

**Key words:** DSM-V - Psychoses - Schizoaffective Disorder - Schizophrenia - Bipolar Disorder.

El Manual Diagnóstico y Estadístico - 4ª Edición de la *American Psychiatric Association* (1), aparecido en 1994, puede considerarse un verdadero tributo a la fenomenología psiquiátrica reglada por Emil Kraepelin (ver por ejemplo 10). En esencia, Kraepelin dividió a las psicosis en dos formas principales, y otras menores de las que no nos ocuparemos aquí. Una, *Dementia praecox* (llamada ulteriormente Esquizofrenia por Eugen Bleuler; 2), y la otra, Insania maníaco-depresiva (hoy denominada Enfermedad bipolar). En el sistema binario kraepeliniano, los pacientes con Esquizofrenia sufren síntomas prodrómicos caracterizados principalmente por retracción social e indiferencia, padecen una fase aguda con alucinaciones, delirios, incoherencia, o severas anomalías de la conducta, y luego siguen un curso de cierto deterioro, de modo que casi nunca recuperan su funcionamiento anterior al pródromo. En cambio, los pacientes con Enfermedad bipolar padecen una psicosis con muchos síntomas "afectivos" tales como la tristeza o la euforia, y pasada la fase aguda generalmente recuperan completamente su estado previo a la enfermedad. Kraepelin era un apasionado de las clasificaciones; su primer interés en la ciencia fue de hecho clasificatorio, cuando en su adolescencia había generado un herbario clasificando especies de plantas venenosas. Su pasión por la clasificación seguramente se debió a la marcada influencia que sobre él ejerció su hermano Karl, nueve años mayor y un reconocido naturalista autor de varios libros sobre taxonomía de plantas y animales y que llegó a ser director del museo de historia natural de Hamburgo (9).

Este esquema binario representa una sobresimplificación tan grande que el propio Kraepelin, en su madurez clínica y académica, intentó morigerar en sus alcances, en la saludable revisión que periódicamente hacía de sus propias ideas: "*Ningún psiquiatra experimentado negará que existe un alarmante número de casos en los cuales parece imposible, a pesar de la más cuidadosa observación, hacer un diagnóstico firme (...) es cada vez más claro que no podemos distinguir satisfactoriamente entre estas dos enfermedades, y esto trae naturalmente la sospecha de que nuestra formulación del problema puede ser incorrecta*" (11).

Casi un siglo después, el DSM-IV pasaba por alto esta honesta observación. El testimonio más agudo del fracaso del sistema binario kraepeliniano es la formulación que hace dicho sistema clasificatorio sobre el "Trastorno esquizoafectivo", inspirado en la definición inicial de Jacob Kasanin en 1933 (8) y que se mantiene desde la primera edición del manual. Requiere tanto la presencia de síntomas de Esquizofrenia como síntomas de Depresión y/o Enfermedad bipolar, alcanzando el punto más cabal de su fracaso conceptual en el criterio C., que formula que se requiere que durante una duración "sustancial" (SIC), el paciente haya cumplido criterios de episodio depresivo mayor, maníaco o mixto. Los psiquiatras nos hemos preguntado frecuentemente qué debe considerarse "sustancial" y diferentes personas seguramente arribarán a diferentes respuestas. Semejante nivel de incertidumbre es prácticamente desconocido en otras ramas de la medicina. No es sorprendente que la concordancia diagnóstica de distintos clínicos formados en un ambiente similar

no sobrepase, para el trastorno esquizoafectivo, un nivel de Kappa = 0.3, es decir que en ningún caso llega al 30% de concordancia entre distintos observadores, aun cuando sean muy experimentados y compartan la misma formación teórica. Más aun, la mayoría de los estudios de investigación clínica agregan los pacientes con "Trastorno esquizoafectivo" a los estudios sobre esquizofrenia. Es desconocido el editor o *referee* que alguna vez haya objetado esta inclusión, considerando en la práctica al "Trastorno esquizoafectivo" como parte del espectro de la Esquizofrenia. Hay consenso sobre el hecho de que, si el sistema binario kraepeliniano es una entelequia definida arbitrariamente por un grupo de profesionales, el trastorno esquizoafectivo es una entidad inexistente que además carece de utilidad práctica.

Luego de propuestas pioneras como la formulación de Crow sobre la fisiopatología de las psicosis (5), en los últimos 15 años, aproximadamente, se ha desarrollado un consenso poco cuestionado sobre el hecho de que la Esquizofrenia y la Enfermedad bipolar no son enfermedades que los pacientes tienen, sino diagnósticos que los pacientes reciben (12). Hay muchos motivos para que la comunidad científica dude seriamente (o, mejor dicho, acuerde sobre la falta de propiedad) de este esquema binario:

1. Es un hecho clínico muy conocido que los pacientes que incluimos en la categoría diagnóstica de la Esquizofrenia tienen casi uniformemente, en distintos momentos de su evolución, síntomas prominentes de la esfera afectiva, incluyendo disforia o euforia, ansiedad, tristeza y anhedonia, o expansividad, o ideas de autodesvalorización o grandiosas, y retardo o agitación psicomotriz. En términos relativos, el suicidio es más común en los pacientes con Esquizofrenia que en los que padecen Depresión mayor o Manía.

2. Algunas de estas manifestaciones en pacientes con Esquizofrenia responden a antidepresivos que son usados frecuentemente en esta condición. A la inversa, pacientes que consideramos habitualmente como depresivos o maníacos requieren antipsicóticos en su curso clínico. Los fabricantes de medicamentos venden muchos antipsicóticos como "estabilizantes del ánimo" o "aumentadores" del efecto de los antidepresivos.

3. En las familias de pacientes con Esquizofrenia, más frecuente que la Esquizofrenia es la Depresión. La prevalencia de Depresión entre familiares de pacientes con Esquizofrenia es además mayor que en la población en general (7).

4. Existen más superposiciones que divergencias sobre la presencia de anomalías genéticas asociada a la Esquizofrenia y la Enfermedad bipolar. Esto era ya evidente hace varios lustros en los estudios de *linkage* pero ahora es aun más evidente en los estudios de asociación de todo el genoma (*genome-wide association study*, o GWAS) (4).

Para el caso de la Esquizofrenia, el DSM-V con toda seguridad dejará de lado los subtipos actuales de Esquizofrenia (paranoide, desorganizada, catatónica, etc.) y separará de esta a los cuadros de Catatonía (que atraviesarán las divisiones entre trastornos afectivos y trastornos

psicóticos). Por su parte, como implícito (y a criterio del autor, valioso) reconocimiento del empirismo que subyace al sistema clasificatorio, se agregarán dimensiones de la psicosis que deben cuantificarse en cada paciente, incluyendo alucinaciones, delirios, trastornos de la conducta, síntomas cognitivos, depresión y manía.

En contraste, uno de los "avances" de la conceptualización de las psicosis por el DSM-V frente a la versión anterior (18 años más antigua), será que la frase "una proporción sustancial" habrá de sustituirse seguramente por "una proporción mayor al 50%" al referirse a la duración de los síntomas afectivos en relación a la duración total del cuadro. Es descorazonador que muchos años de discusión sobre el nuevo manual hayan producido tan solo este cambio. Esto nos debe mover a una profunda reflexión sobre la falta de avances conceptuales clínicos en nuestro campo del conocimiento, y a una reformulación de sus principales parámetros. En otras palabras, si el lector interesado en las psicosis esperaba un giro copernicano o un cambio de paradigma en la nueva versión del DSM, que abandone la idea de inmediato. Más práctico y más genuino será hojear la 6ta edición del Manual de Psiquiatría de Kraepelin, en la que se expresa más equilibradamente su propuesta nosográfica que,

en las ediciones posteriores, va perdiendo consistencia (10). Al menos él no pensó en el Trastorno esquizoafectivo, testimonio patente de un paradigma médico que ya estaba muerto cuando su autor (aunque anciano) aun estaba con vida, pero que sigue ejerciendo una tiranía conceptual que frena progresos clínicos y científicos en la comprensión de las psicosis, uno de los temas más apasionantes de la cultura.

### Agradecimientos

Realizado con el apoyo de la Agencia de Promoción Científica y Tecnológica, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva de la República Argentina (PICT-2007-01643) y Universidad de Buenos Aires (UBACyT 2011-2014, Facultad de Psicología) y FLENI. SDG.

### Nota

El autor no declara conflictos de interés relevantes a este trabajo ■

## Referencias bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1994.
2. Bleuler E. Dementia praecox o el grupo de las esquizofrenias. Buenos Aires: Polemos; 2011.
3. Cloninger CR. Pro: tests of alternative models of the relationship of schizophrenic and affective psychoses. In: Gershon ES, Cloninger CR, editors. Genetic approaches to mental disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 149-162.
4. Craddock N, O'Donovan MC, Owen MJ. Psychosis genetics: modeling the relationship between schizophrenia, bipolar disorder, and mixed (or "schizoaffective") psychoses. *Schizophr Bull* 2009; 35: 482-490.
5. Crow TJ. Con: the demise of the Kraepelinian binary system as a prelude to genetic advance. In: Gershon ES, Cloninger CR, editors. Genetic Approaches to Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994. p. 163-192.
6. Crow T. From Kraepelin to Kretschmer leavened by Schneider. The transition from categories of psychosis to dimensions of variation intrinsic to Homo sapiens. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 502-504.
7. Fanous AH, Kendler KS. The genetic relationship of personality to major depression and schizophrenia. *Neurotox Res* 2004; 6: 43-50.
8. Heckers S. Is schizoaffective disorder a useful diagnosis? *Curr Psychiatry Rep* 2009; 11: 332-337.
9. Hippus H, Möller H-J, Müller N, Neundörfer-Kohl G. The University Department of Psychiatry in Munich. From Kraepelin and his predecessors to molecular psychiatry. Heidelberg: Springer Medizin Verlag; 2008.
10. Kraepelin E. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Aerzte. Leipzig, Verlag von Johann Ambrosius Barth. Psychiatry: A Textbook for Students and Physicians. Massachusetts: Watson Publishing International; 1976.
11. Kraepelin E. Die Erscheinungsformen des Irreseins Z Gesamte Neurol Psychiatr. In: H. Marshall, traductor. Patterns of mental disorder. In: Hirsch SR, Shepherd M, editors. Themes and Variations in European Psychiatry. Bristol, England: Wright; 1974. p. 7-30.
12. Weinberger DR. 165° Encuentro anual de la American Psychiatric Association. Philadelphia; 2012.