



SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"



PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Frecuencia de pacientes con diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo diagnosticados previamente con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el período del año 2018 al 2019.

Alumno: Dr. Alonso Garduño Pérez, R4
Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez
Fecha: Agosto del 2020

Asesor Metodológico: Dr. Pablo Vera Flores
Asesor Teórico: Dr. Fernando Corona Hernández



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada, quisiera agradecerle profundamente a mi pareja y a mi familia que me apoyan en todas las decisiones tomadas a través del camino. Le agradezco al Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez por darme la oportunidad de trabajar en él, y el mayor agradecimiento a los pacientes mismos; ya que si no fuera por ellos no existiría el verdadero aprendizaje dentro de la Medicina.

ÍNDICE

Resumen.....	3
Introducción.....	4
Marco Teórico.....	5
Método:	
Justificación.....	10
Planteamiento del Problema.....	13
Pregunta de Investigación.....	14
Objetivos: General y Específicos.....	14
Hipótesis.....	15
Variables.....	15
Muestreo.....	17
Criterios de Selección.....	17
Alcance del Estudio	18
Procedimiento.....	19
Consideraciones Éticas.....	20
Resultados	22
Discusión.....	38
Conclusión.....	44
Referencias Bibliográficas.....	47
Anexos.....	49

RESUMEN

Introducción: Los trastornos psicóticos y afectivos son la principal causa de consulta psiquiátrica en el servicio de Urgencias y el principal motivo de internamiento en Hospitalización continua. El Trastorno Esquizoafectivo siempre ha constituido un verdadero reto diagnóstico; ya que presenta mucha similitud clínica, tanto con Esquizofrenia como con el Trastorno Bipolar, y es muy fácil errar el diagnóstico.

Objetivo: El presente proyecto tiene la finalidad de determinar la frecuencia de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo diagnosticados previamente con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el período de enero a diciembre del 2018, y así determinar la estabilidad diagnóstica de dicho padecimiento.

Material y Métodos: Se llevará a cabo una revisión y análisis de Expedientes clínicos, los cuales serán tomados de acuerdo a una lista proporcionada por el servicio de Estadística.

Resultados: Solamente el 17.14% de los pacientes presentaron diagnóstico previo de Trastorno Esquizoafectivo, la gran mayoría presentaron diagnóstico de Esquizofrenia (57.71%) y Trastorno Bipolar (24.57%), ya sea como diagnóstico único o en combinación con otros diagnósticos.

Conclusiones: Poder brindar un diagnóstico adecuado y oportuno a pacientes con Trastorno Esquizoafectivo cambiaría su tratamiento, lo cual brindaría un mejor pronóstico a largo plazo, debido a que el paciente presentaría menos deterioro y tendría una mayor funcionalidad.

Palabras Clave: *Trastorno Esquizoafectivo, Estabilidad Diagnóstica, Esquizofrenia, Trastorno Bipolar.*

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de investigación tiene la finalidad de poder determinar la frecuencia de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo diagnosticados previamente con Esquizofrenia y/o Trastorno Bipolar en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el período del año 2018 al 2019.

Para determinar el diagnóstico del Trastorno Esquizoafectivo se utilizan los criterios clínicos del CIE-10 en el apartado F25, el cual hace referencia a un grupo de trastornos episódicos en el que se producen de manera simultánea y predominante, tanto sintomatología psicótica como afectiva. Esto a diferencia de la Esquizofrenia donde predomina la sintomatología psicótica, y de la Bipolaridad donde predomina la sintomatología afectiva, aunque tanto en la Esquizofrenia como en la Bipolaridad se puede cursar con sintomatología psicótica y/o afectiva al mismo tiempo, motivo por el cual puede ser muy complicado y confuso la realización de un diagnóstico diferencial entre estas tres entidades clínicas¹. La meta a lograr en este proyecto de investigación es determinar la frecuencia de los pacientes con reciente diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo, que ya han sido diagnosticados previamente con Esquizofrenia y/o Bipolaridad, y así poder valorar la estabilidad diagnóstica de este padecimiento. Los resultados de esta investigación podrían motivar a largo plazo a la elaboración de un protocolo específico adecuado para la realización del diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo (F25), de manera más acertada y precoz, lo cual a la larga repercutirá en un mejor tratamiento y pronóstico para los pacientes^{2,3}.

MARCO TEÓRICO

El Trastorno Esquizoafectivo comprende a un grupo de trastornos episódicos, en los cuales se producen de manera simultánea y predominante, tanto sintomatología psicótica como afectiva, sin cumplir los criterios diagnósticos para integrar los diagnósticos de Esquizofrenia o un trastorno afectivo de tipo Bipolar ^{4,5}.

El Trastorno Esquizoafectivo se encontraba agrupado, al igual que el Trastorno Esquizofreniforme, dentro del diagnóstico de las “*Psicosis Atípicas*”⁶. Diversos autores le nominaron de diferentes maneras, como psicosis marginales, psicosis mixtas, aunque las nominaciones que probablemente tenían mayor concordancia fueron los términos: “*Psicosis Periódicas*” brindado por Kraepelin (1912) y “*Psicosis Cicloides*” brindado por Kleist (1928), debido a los episodios afectivos que los pacientes presentaban dentro de un contexto de sintomatología psicótica. Fue hasta 1933 que Kasanin estudia a un grupo de nueve pacientes que presentaban de manera simultánea sintomatología psicótica y afectiva, y le brinda el nombre de “*Psicosis Esquizoafectiva Aguda*”. En estos pacientes observó características comunes: como el hecho de que todos ellos eran jóvenes, tenían personalidad Premórbida similar e inteligencia normal, presentaban de manera brusca, sin aparentes estresores desencadenantes, una mezcla de síntomas “*esquizofrénicos*” (psicóticos) y afectivos, y aunque aparentemente tenían una adecuada recuperación de dichos episodios mixtos, existía una tendencia cíclica a presentar este tipo de episodios sintomáticos ⁷.

En la década de los setenta el Trastorno Esquizoafectivo deja de incluirse dentro de las Esquizofrenias y se empieza a considerar como un trastorno del espectro afectivo; ya que

muchos de estos pacientes respondían de manera adecuada al Litio, al igual que en la *Psicosis Maníaco-depresiva*; nombre tradicional para el Trastorno Bipolar ⁶. En el DSMIV el Trastorno Esquizoafectivo se empieza a incluir dentro de los Trastornos Psicóticos y en el DSMV se considera dentro de la categoría denominada: *“Espectro de la Esquizofrenia y otros trastornos Psicóticos”*. En esta clasificación, se acepta que los criterios de inclusión para los pacientes, sea tener un episodio de psicosis aguda, aunado a un episodio depresivo o maníaco, con la persistencia de dos síntomas psicóticos positivos, en un período en el que no existan manifestaciones afectivas. Generalmente iniciando dicho episodio con sintomatología psicótica y persistiendo con esta, posterior a la remisión de la sintomatología afectiva ^{4,5,6}.

Actualmente, después de casi un siglo, todavía se acepta *“parcialmente”* la existencia del diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo, aunque a través del tiempo, a pesar de toda la investigación y la amplia evidencia clínica que existe sobre este Trastorno, la cual es muy incidente y relevante, todavía existe mucha duda diagnóstica. Además de que muchos clínicos, sobretodo Psiquiatras tradicionales, argumentan que este diagnóstico no existe. Esto puede ser una de las mayores determinantes de que este trastorno no sea diagnosticado a tiempo y de que tenga una baja estabilidad diagnóstica en general, los diversos estudios arrojan cifras de estabilidad diagnóstica media del 30%, con un rango de 17 – 61.5% ⁸.

Estabilidad Diagnóstica se define como el grado o porcentaje en el que el mismo diagnóstico es confirmado en evaluaciones posteriores, o el grado en el que continua sin cambios a través del seguimiento del paciente a través del tiempo. Este parámetro es de gran relevancia en psiquiatría, debido a que uno de los criterios mayores para validar

diagnósticos de Trastornos Psiquiátricos es la estabilidad del mismo a través del tiempo⁹. También se comenta en un estudio que la falta en la consideración de las comorbilidades del paciente, podría ser una gran desventaja en establecer confiabilidad longitudinal del diagnóstico psiquiátrico¹⁰.

A diferencia de otros padecimientos Médicos en que la estabilidad diagnóstica es muy alta o casi del 90-100%, por ejemplo en el caso de Enfermedades Metabólicas/Endocrinológicas como la Diabetes Mellitus, en la cual existen signos clínicos observables además de confirmación a través de estudios de laboratorio. Los padecimientos psiquiátricos son más difíciles de diagnosticar debido a que generalmente no cuentan con signos clínicos observables y/o estudios de laboratorio/imagen que puedan corroborarlos. Una de las mayores dificultades para brindar un Diagnóstico psiquiátrico es la dificultad de clasificar estas enfermedades en categorías con un nivel aceptable de consistencia y replicabilidad. Además de que estas enfermedades son diferentes a otros padecimientos médicos; ya que sus manifestaciones generalmente no son observables ni comprobables con estudios de laboratorio e imagen, sino que presentan manifestaciones del comportamiento, emociones, percepciones, descripciones subjetivas, elementos en la historia de vida y temperamento¹¹.

Se ha comentado previamente que uno de los parámetros que puede condicionar cambios en un diagnóstico es la falta de veracidad en la medición de Criterios clínicos, lo que lleva a desacuerdos entre los Clínicos para categorizar diagnósticos. Algunas causas de variación propuestas que condicionan dichos cambios son: variabilidad individual del paciente (idiosincrasia), variación de Episodios (Episodios afectivos del trastorno Bipolar), variación en la información (diferencias entre Clínicos) y variabilidad en los criterios diagnósticos⁹.

En cuanto a epidemiología se refiere, se estima que la prevalencia del trastorno Esquizoafectivo oscila entre el 0.5 – 0.8 % de la población general, aunque se sabe que esta cifra está infravalorada, debido a que en la mayoría de los casos existe un retraso diagnóstico considerable de varios años debido a que se confunde con otros Trastornos Psicóticos y Afectivos primarios. El trastorno Esquizoafectivo tiene una menor prevalencia e incidencia que la esquizofrenia, y tiene un alto riesgo de presentación en familias con carga genética considerable para esquizofrenia y trastornos del estado de ánimo, sobretodo cuando existen familiares de primer grado ⁸.

En cuanto a la Fisiopatología, se sabe que las alteraciones neuroquímicas que ocurren, tanto en la esquizofrenia, como en el trastorno Bipolar y en el trastorno Esquizoafectivo, son similares, aunque con un perfil serotoninérgico y patrones electrofisiológicos más parecidos entre el trastorno Esquizoafectivo al trastorno Bipolar, que con la esquizofrenia ¹².

Además de la clínica y la fisiopatología, existe además evidencia a nivel genético de la existencia del Trastorno Esquizoafectivo, en el cual se sabe que guarda mucha similitud tanto con la Esquizofrenia¹³ como con el Trastorno Bipolar¹⁴. Se han realizado diversos estudios genómicos en poblaciones mexicanas y latinoamericanas para determinar en que regiones específicas de diversos cromosomas (locus) existen genes que sugieren relevancia en la fisiopatología de estas tres entidades clínicas ^{13, 14}. Esto podría tener importantes repercusiones clínicas, entre las cuales se podría explicar la respuesta que existe en estos pacientes a diversos tratamientos específicos. Por ejemplo, el nivel de carga genética de genes asociados a la Esquizofrenia (*Polygenic score for Schizophrenia*), que tiene un

paciente con Trastorno Bipolar, está correlacionado de manera inversamente proporcional con la respuesta al tratamiento que el paciente puede generar al Litio¹⁴.

El trastorno Esquizoafectivo, presenta desde el punto de vista de presentación clínica, evolución y pronóstico, mayor afinidad con la psicosis afectiva (trastornos del humor con síntomas psicóticos) que con la esquizofrenia, a pesar de que estos trastornos se encuentren agrupados dentro del grupo del espectro de Trastornos Psicóticos primarios. Sin embargo, ningún dato resulta totalmente concluyente. La existencia de una genética de riesgo compartida para el trastorno bipolar, esquizofrenia y el trastorno esquizoafectivo apoya una probable continuidad entre los distintos cuadros psicóticos, siendo la dimensión defectual (deterioro neurocognitivo) lo que diferencia entre estas entidades nosológicas⁷.

El Trastorno Esquizoafectivo siempre ha constituido un verdadero reto diagnóstico; puede ser confundido con trastornos del espectro de la Esquizofrenia o con un Episodio Afectivo del Trastorno Bipolar, el error en un diagnóstico certero cambia significativamente la evolución, el tratamiento y pronóstico a largo plazo^{7, 12}. Por el cual se requiere hacer un diagnóstico Longitudinal para comprender la cronología, tiempo de duración y gravedad de la sintomatología, tanto psicótica como afectiva, para así poder determinar de manera más adecuada y pronta el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo¹². Esto tiene una gran relevancia clínica; ya que de esta manera se podrá brindar un tratamiento más adecuado al paciente desde el principio, lo cual a largo plazo brindará un mejor pronóstico al paciente, mayor eficacia del tratamiento para disminuir/remitir la sintomatología, un menor deterioro, tanto estructural como funcional, además de mayor funcionalidad en su vida cotidiana^{1, 7}. Se sabe que existe una respuesta positiva al Tratamiento específico (antipsicótico y

modulador afectivo) hasta de un 87% en la fase aguda del Trastorno Esquizoafectivo, en comparación con brindar monoterapia, ya sea con antipsicótico o modulador afectivo, en el caso de confundirse con Esquizofrenia y/o Trastorno Bipolar ⁸.

En cuanto al Diagnóstico diferencial para el Trastorno Esquizoafectivo, se refiere que se puede realizar con todo Trastorno Psiquiátrico, Médico, relacionado con Sustancias psicoactivas o Medicamentos que produzca sintomatología psicótica o del estado de Animo, y en general se incluyen los mismos cuadros que forman parte del diagnóstico diferencial para Esquizofrenia y Trastornos del Estado de ánimo con Síntomas Psicóticos, ya que es muy complicado distinguir de dichos padecimientos y son estos los principales diagnósticos diferenciales. Algunos diagnósticos diferenciales de Trastornos Psicóticos/Afectivos Primarios son Trastorno Psicótico por sustancias psicoactivas, Trastornos de Personalidad, Discapacidad Intelectual, Descontrol de enfermedades Médicas (Metabólicas, Endocrinológicas, Neurológicas), entre otras⁸

MÉTODO

1. JUSTIFICACIÓN

Es de gran relevancia clínica brindar de manera más precoz un diagnóstico certero de Trastorno Esquizoafectivo, debido a que esto cambiaría significativamente la evolución, el tratamiento y pronóstico a largo plazo de estos pacientes. Esto condicionará un mejor pronóstico al paciente debido a que habrá una mayor eficacia al tratamiento para disminuir/remitir la sintomatología, presentar menos episodios de exacerbación

sintomática, lo que a la larga condicionará menor deterioro del paciente, tanto estructural como funcional, además de presentar mayor funcionalidad en su vida cotidiana^{1,7}.

Los trastornos psicóticos y afectivos primarios son de gran relevancia epidemiológica con una prevalencia a nivel mundial de 1% para Esquizofrenia, 0.5 – 1.6% para el Trastorno Bipolar y de 0.5 – 0.8% para el Trastorno Esquizoafectivo, el cual se encuentra infravalorado con una estabilidad Diagnóstica aproximada del 30%. Se estima también que el 10% de estos pacientes con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo cambie su diagnóstico con el tiempo y se cambiará a un diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno afectivo primario del tipo bipolar⁸.

Dichos padecimientos son una de las principales causas de consulta Psiquiátrica, tanto en los servicios de Urgencias, Consulta Externa e Internamiento Psiquiátrico a nivel Mundial y Nacional, además de ser muy relevantes epidemiológicamente hablando, debido a que los tres diagnósticos presentan altas tasas de intentos suicidas a lo largo de la vida y suicidio consumado hasta en un 10% de los pacientes. Motivos por los cuales es muy importante el estudio más profundo de este Diagnóstico.

En el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez (HPFBA) son de las principales causas de consulta en el servicio de Urgencias y Consulta Externa, además de ser de las primeras causas de internamiento en el servicio de Hospitalización Continua y seguimiento por el servicio de Hospital Parcial¹³. Por ejemplo, en la Tabla # 1 se muestra que en el año 2018 - 2019 el Trastorno Esquizoafectivo ocupó la quinta causa de Hospitalización con un porcentaje de 5.4% en una muestra total de 3558 pacientes hospitalizados en un año. Ocupando en este mismo período de tiempo, la primera causa de Hospitalización los

pacientes con el Diagnóstico de Esquizofrenia Paranoide con un porcentaje de 27.54% y la tercera causa el Trastorno Bipolar de tipo Maníaco con un porcentaje de 10.99%. En la Tabla # 2, se muestra los datos estadísticos de pacientes con diagnósticos de Trastorno Esquizoafectivo, Esquizofrenia y Trastorno Bipolar en sus múltiples subtipos, que acudieron a Consulta de Urgencias o en Consulta Externa de seguimiento en el período de 2018-2019; datos brindados por el servicio de Estadística del HPFBA ¹⁵.

#	CIE-10	DIAGNOSTICO	Hombres	Mujeres	TOTAL
1	F20	Esquizofrenia Paranoide	599	381	980
2	F19.5	Trastorno Psicótico por el Consumo de Múltiples Sustancias	280	44	324
3	F31.2	Trastorno Bipolar, Episodio Actual Maníaco con Síntomas Psicóticos	72	158	230
4	F06.2	Trastorno Esquizofreniforme Orgánico	134	65	199
5	F25.0	Trastorno Esquizoafectivo Maníaco	95	98	193
6	F33.2	Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual sin Síntomas Psicóticos	49	120	169
7	F60.3	Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad	24	137	161
8	F31.1	Trastorno Bipolar, Episodio actual Maníaco sin Síntomas Psicóticos	32	51	83
9	F70.1	Discapacidad Intelectual Leve que requiere tratamiento Médico	31	44	75
10	F32.2	Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos	23	31	54
			1339	1129	2468
		OTROS	503	587	1090
		TOTAL	1842	1716	3558

Tabla # 1: Principales Causas de Morbilidad en Hospitalización del HPFBA en el período 2018 – 2 019; Censo brindado por el Departamento de Estadística del HPFBA ¹⁵.

DX	CE	URGENCIAS	TOTAL
F25.X	246	369	615
F20.X	1063	3435	4498
F31.X	404	997	1401

Tabla # 2: Número de pacientes por Género, que acudieron tanto a Consulta Externa de seguimiento como a consulta al servicio de Urgencias en el período 2018 – 2019, datos brindados por el Departamento de Estadística del HPFBA ¹⁵. F25.X - Trastorno Esquizoafectivo Subtipos: 0 – Manía, 1 – Depresión, 2 – Mixto, 8 – Otros F25, 9 – No especificado. F20.X - Esquizofrenia Subtipos: 0 – Paranoide, 1 – Hebefrénica, 2 – Catatónica, 3 – Indiferenciada, 5 – Residual, 6 – Simple, 8 – Otras F20. F31.X - Trastorno Bipolar Subtipos de Episodios Afectivos: 1 – Manía sin Psicosis, 2 – Manía con Psicosis, 3 – Depresivo Leve, 4 – Depresivo Grave sin Psicosis, 5 – Depresivo Grave con Psicosis, 6 – Mixto, 7 – Remisión, 8 – Otros F31, 9 – Sin especificación.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Brindar de manera adecuada el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo (F25) siempre ha sido un gran reto diagnóstico; ya que puede confundirse fácilmente con Esquizofrenia o un episodio afectivo del Trastorno Bipolar por la similitud sintomática. Esto ocurre cuando es observado solamente de manera transversal, es decir si solamente se valora el episodio actual que el paciente está experimentando en el momento del diagnóstico. De ahí la importancia de realizar el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo de manera longitudinal, para así determinar la duración, relación y predominio de sintomatología psicótica y/o afectiva, determinar la funcionalidad del paciente y hacer así, las diferencias con la Esquizofrenia y/o el Trastorno Bipolar. Por eso es tan importante determinar la verdadera frecuencia del Trastorno Esquizoafectivo que ha sido confundido previamente con otros diagnósticos, lo cual repercutiría a la larga en el tratamiento empleado y en el pronóstico del paciente.

3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

¿Existe una alta frecuencia de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo diagnosticados previamente con Esquizofrenia Paranoide o Trastorno Bipolar en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el período de 2018 – 2019? (Enero – Diciembre 2018)

4. OBJETIVOS:

A. **GENERAL:** Determinar la frecuencia de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo previamente diagnosticados con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el período del año 2018 al 2019.

B. ESPECÍFICOS:

- a. Valorar la Estabilidad Diagnóstica del Trastorno Esquizoafectivo de manera longitudinal a través del tiempo de enfermedad.
- b. Encontrar criterios que llevaron a la determinación del diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo.
- c. Determinar las frecuencias específicas de los pacientes que habían sido diagnosticados previamente con Esquizofrenia, con Trastorno Bipolar, con ambos diagnósticos, y otros diagnósticos previos que hayan tenido los pacientes estudiados.
- d. Elucidar algunas causas o teorías que llevaron a los médicos a pensar que estos pacientes tuvieran otros diagnósticos (F20 o F31 o ambos).
- e. Proponer otros factores que pudieran apoyar al adecuado y más oportuno diagnóstico del Trastorno Esquizoafectivo, lo cual a la larga repercutiría en un mejor pronóstico para el paciente.

5. HIPÓTESIS:

- a) Hipótesis de Investigación: Existe una alta frecuencia de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo diagnosticados previamente con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar en el HPFBA en el período del año 2018 al 2019.
- b) Hipótesis Nula: No existe una alta frecuencia de pacientes con Trastorno Esquizoafectivo diagnosticados previamente con Esquizofrenia o Trastorno Bipolar en el HPFBA en el período del año 2018 al 2019.

6. VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES:				
VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición
Pacientes con Previo diagnóstico alterno de F20, F31 o ambos	Pacientes que previamente habían sido diagnosticados con otro diagnóstico como esquizofrenia o bipolaridad o ambos.	Paciente previamente diagnosticado con F20 y/o con F31	Cualitativa nominal, dicotómica	SI NO Criterios CIE-10 Cuantificar # de pacientes con previos Dx
Pacientes con reciente diagnóstico de F25	Pacientes que recientemente han sido diagnosticados con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo	Paciente recientemente diagnosticado con F25	Cualitativa nominal, dicotómica	SI NO Criterios CIE-10

VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de Medición	Unidad de Medición
Género	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas	Género de paciente	Cualitativa, nominal, dicotómica	Masculino o Femenino
Edad	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento hasta el momento actual.	Años de vida cumplidos del trabajador	Cuantitativa, continua, ordinal	Años
Tiempo de Duración del Estudio	Período de tiempo durante el cual se lleva a cabo el estudio.	2018 al 2019	Cuantitativa, continua, ordinal	Durante un año
Pacientes del HPFBA	Pacientes que reciben atención en esta institución	Recibe atención En el HPFBA	Cualitativa, nominal y dicotómica	Si No
Derechohabiciencia	Pacientes que tienen derecho a recibir prestaciones sanitarias públicas en SSA, ISSSTE, PEMEX e ISSEMYM, más no en el IMSS.	Paciente con derechohabiciencia a servicios de salud, menos al IMSS	Cualitativa, nominal y dicotómica	Si No
Trastorno Esquizoafectivo	Es un trastorno psiquiátrico en el cual se presentan de manera simultánea sintomatología psicótica y afectiva y puede presentar episodios maníacos, depresivos o mixtos.	Paciente con Trastorno Esquizoafectivo F25	Cualitativa, nominal, dicotómica	SI NO Criterios CIE-10
Esquizofrenia	Es un grupo de trastornos psiquiátricos en los cuales existe una alteración en la percepción de la realidad, desorganización del pensamiento, lenguaje y comportamiento.	Paciente con Esquizofrenia F20	Cualitativa, nominal, dicotómica	SI NO Criterios CIE-10
Trastorno Bipolar	Es un grupo de trastornos psiquiátricos en los cuales existen alteraciones de la afectividad y los niveles de actividad, se pueden presentar episodios maníacos, depresivos o mixtos, además de presentar síntomas psicóticos asociados	Paciente con Trastorno Bipolar F31	Cualitativa, nominal, dicotómica	SI NO Criterios CIE-10

7. MUESTREO

- Tipo de Estudio: Estudio Descriptivo, Observacional, Transversal y Retrospectivo
- En este estudio se utilizó como técnica de Muestreo probabilístico el muestreo selectivo, en donde se tomaron expedientes clínicos del período 2018-2019 de pacientes con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo, se buscó de manera intencionada si al paciente se le ha brindado algún otro Diagnóstico(s) previo(s).
- La muestra fue tomada de una lista de Expedientes Clínicos solicitada al servicio de Archivo Clínico y Estadística del HPFBA. (Anexo 2)
- El tamaño de la muestra fue determinado por el número de pacientes que fueron diagnosticados en la última alta Hospitalaria con Trastorno Esquizoafectivo en el año 2018 – 2019. De acuerdo a la Tabla # 1, este número es de 193, aunque hubo ligera variabilidad dependiendo de la disponibilidad de Expedientes Clínicos en el Departamento de Archivo Clínico.

8. CRITERIOS DE SELECCIÓN:

A. INCLUSIÓN:

- a. Pacientes diagnosticados recientemente con Trastorno Esquizoafectivo
- b. Pacientes que hayan sido diagnosticados previamente con Esquizofrenia, Trastorno Bipolar u otros diagnósticos
- c. Pacientes del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez que cuenten con expediente clínico del mismo.
- d. Pacientes con derechohabencia a Secretaría de Salud, ISSSTE, PEMEX e ISSEMyM

- e. Período de tiempo del año 2018 al 2019
- f. Ambos sexos
- g. Edad: mayores de 18 años, sin límite mayor de edad

B. EXCLUSIÓN:

- a. Pacientes que no cuenten con diagnóstico actual de F25.0 en última alta hospitalaria en el año 2018 – 2019
- b. Pacientes que no sean usuarios del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez y no cuenten con expediente clínico del mismo.
- c. Pacientes con derechohabiencia al IMSS
- d. Edad: pacientes menores de 18 años

C. ELIMINACIÓN: No aplica para este estudio

D. SUSTITUCIÓN: No aplica para este estudio

9. ALCANCE DEL ESTUDIO

La significancia del estudio es poder brindar información que a largo plazo apoye a un diagnóstico más oportuno y adecuado del Trastorno Esquizoafectivo, con la intención de que se brinde un tratamiento adecuado más oportuno, y a la larga los pacientes con dicho Diagnóstico puedan tener un mejor pronóstico, con menor deterioro y mayor funcionalidad. Hay una gran prevalencia e incidencia de este trastorno, el cual en la mayoría de los casos tarda años en ser diagnosticado de manera adecuada, debido a que es un verdadero reto diagnóstico; ya que la sintomatología se puede confundir con otros Trastornos Psicóticos o Trastornos Afectivos primarios. Esta información podría brindar información valiosa para la elaboración de un Protocolo Diagnóstico más específico para el Trastorno

Esquizoafectivo, además de sugerir algunas razones por las cuales el clínico brindó diversos diagnósticos en diferentes momentos de la enfermedad.

10. INSTRUMENTO

Para este estudio no es necesario un Instrumento de Medición debido a que solamente se llevó a cabo a través de la revisión estricta y análisis de Expedientes Clínicos.

11. PROCEDIMIENTO

En el siguiente estudio se revisaron expedientes clínicos de acuerdo a lista brindada por servicio de Estadística, de pacientes con diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo y se buscó de manera intencionada si se le ha brindado algún otro diagnóstico(s) previo(s), con especial atención en los diagnósticos de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar (todos los subtipos). Posteriormente se realizó un análisis estadístico de la frecuencia que a estos pacientes se les han brindado diferentes diagnósticos previos, para así poder determinar la estabilidad Diagnóstica del Trastorno Esquizoafectivo en el año 2018-2019. Se identificaron además algunos otros parámetros y condiciones que pudieran ser importantes para la determinación del Diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo.

La manera en la que se realizó el estudio fue a través de la revisión y análisis de Expedientes Clínicos del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez para encontrar información relevante para corroborar el diagnóstico de manera longitudinal de Trastorno Esquizoafectivo, revisando algunos parámetros importantes para ayudar a determinar el Diagnóstico, por ejemplo: cronología y aparición de la sintomatología psicótica y afectiva, grado de funcionalidad del paciente antes y después del diagnóstico y del tratamiento, mejoría y respuesta a diferentes tratamientos (Antipsicóticos, moduladores afectivos,

antidepresivos), número y ciclaje de los episodios afectivos, algunos otros estresores que pudieran condicionar sintomatología psicótica y/o afectiva como consumo de sustancias psicoactivas, otras lesiones orgánicas, etc. Después se buscó si a estos pacientes se le había brindado diagnósticos previos, enfocándonos en los diagnósticos de Esquizofrenia F20 y Trastorno Bipolar F31 (cualquier subtipo) primordialmente.

Los expedientes clínicos fueron elegidos por medio de una lista de Expedientes clínicos solicitada al servicio de Estadística del HPFBA (Anexo 2), los cuales fueron revisados de manera ordenada de acuerdo con dicha lista. A menos de que algún expediente clínico no se encontrara disponible en el Archivo Clínico, se continuó con los siguientes expedientes, se intentó en varias ocasiones obtener expedientes clínicos que no se encontraban en un inicio.

El análisis de información y escritura de Tesis se llevará a cabo tentativamente después de los primeros seis meses del tercer año de la residencia (Julio – Noviembre 2019), con fecha aproximada de término del proyecto tres meses antes de terminado ese mismo año, tentativamente (Diciembre 2019).

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

La declaración de Helsinki, en el año 2013 tuvo su 68° asamblea continuando como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables, en donde se declaró que el médico debe velar siempre por la salud de sus pacientes y considerar siempre lo mejor para ellos cuando preste su atención. Así mismo, se estipula que la investigación en seres humanos debe abordar causa, evolución y efecto de las enfermedades para poder intervenir

preventivamente, así como diagnosticar y dar tratamiento oportuno. Durante el proceso de investigación debe protegerse: la vida, la salud, la dignidad, la integridad, derecho a la autodeterminación, intimidad y confidencialidad de la información. Por lo anterior, los principios fundamentales de la bioética resumen: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Para la realización de este estudio nos apegaremos estrictamente a los criterios de la declaración de Helsinki para proteger la salud, dignidad, integridad, intimidad y confidencialidad.

De acuerdo a los principios de la bioética se procurará tener un beneficio de esta entrevista y no causar un maleficio, así como dar autonomía a los sujetos de estudio para retirarse de la investigación en el momento que ellos lo deseen y todas las personas que participen en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

En este caso, la realización del estudio es de riesgo mínimo debido a que se llevará a cabo a través de la revisión estricta de Expedientes Clínicos, para determinar si los pacientes con diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo fueron diagnosticados previamente con otros trastornos Psicóticos o Afectivos primarios. Dicho estudio es un estudio descriptivo y observacional, motivo por el cual no se requerirá de la participación activa de los Pacientes y/o familiares, por lo que no se requiere de realización de Escalas Clinimétricas ni la solicitud de un Consentimiento Informado para la realización del mismo. La confidencialidad de los expedientes clínicos de los pacientes participantes se conservará de manera completamente estricta.

RESULTADOS

La muestra final que se utilizó en este protocolo de estudio fue de 175 (100%) Expedientes clínicos. De manera inicial el 100% de los expedientes clínicos utilizados cumplió con los criterios de inclusión correspondientes para este estudio, debido a que presentaron al momento de su última alta hospitalaria el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo (cualquier tipo) en la lista proporcionada por el servicio de Estadística, sin embargo durante la revisión de expedientes, se encontró que 21 expedientes ya no cuentan con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo (Tabla 2), debido a que en valoraciones posteriores (Consulta Externa/Urgencias) recibieron un diagnóstico diferente, por lo cual fueron descartados para el análisis posterior.

En la tabla 1 se muestran las diferentes variables analizadas en el estudio, como género, edad, diagnósticos actuales y previos y algunos factores de riesgo importantes que podrían condicionar Episodios Afectivos y/o Psicóticos, aumentando así la inestabilidad en la variabilidad diagnóstica de estos pacientes. Dichos parámetros serán descritos a continuación.

RESULTADOS			
GENERO	Femenino: 94 (53.71%)	Masculino: 81 (46.29%)	TOTAL: 175
EDAD	RANGO 18 – 76 años	MEDIA: 42 años	MEDIANA: 46 años
DX ACTUAL	T. ESQUIZOAFECTIVO: 154 (88%) <i>*F25.0/F25.1/F25.2/F25.9</i>		OTROS: 21 (12%) <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia 10 (5.71%) • T. Bipolar 5 (2.86%) • T. Esquizofreniforme Orgánico: 5 (2.86%) • T. Psicótico por Sustancias 1 (0.57%)
DX PREVIOS	T. ESQUIZOAFECTIVO: 18 (10.29%) F25.X + Otros: 12 (6.86%) <i>*F25.0/F25.1/F25.2/F25.9</i>	PUROS: <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia: 66 (37.71%) • T. Bipolar: 27 (15.43%) • T. Psicótico inespecífico: 3(1.71%) • T. Psicótico Sustancias: 4(2.29%) • T. Personalidad: 4(2.29%) • Discapacidad Intelectual: 3(1.71%) 	MIXTOS: <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia 35 (20%) + F06 – 2 (1.14) + F19.5 – 5 (2.86) + F25 – 9 (5.14) + F29 – 3 (1.71) + F31 – 10 (5.71) + F60 – 2 (1.14) + F70 – 3 (1.71) + G40 – 1 (0.57) • T. Bipolar 16 (9.14%) + F19.5 – 1 (0.57) + F20 – 10 (5.71) + F25 – 1 (0.57) + F70 – 2 (1.14) + F90 – 2 (1.14) • Discap. Intel 9 (5.14%) + F06 – 3 (1.71) + F20 – 3 (1.71) + F25 – 1 (0.57) + F31 – 2 (1.14) OTRAS: • F00 + F06 – 1(0.57) • F20+F25+F31 – 1(0.57) • F06+F60+F20 – 1(0.57) • F20+F31+F70 – 1(0.57)
FACTORES RIESGO	- Consumo perjudicial Sustancias – 25 (14.29%) - AHF Trastorno Psicótico 1° – 23 (13.14%) - Traumatismos Craneoencefálicos – 9 (5.14%) - Episodios Afectivos Postparto – 8 (4.57%)	Otros Antecedentes: Episodios Catatonía: 2 (1.14), Epilepsia-1 (0.57), Hipotiroidismo – 1 (0.57), VIH + - 1 (0.57), Secuelas Poliomieltis (0.57)	
YOUNG	39 (22.29%) cuentan con escala de YOUNG en último internamiento cuando aparentemente 154 (88%) de los pacientes se encontraban dentro de un episodio de Manía (Diversos diagnósticos)		

Tabla 1. Diferentes parámetros utilizados en el Estudio y sus porcentajes conforme al número total de pacientes (175) en todos los porcentajes calculados. Los parámetros analizados fueron Género, Edad, Diagnóstico (Dx) actual, Diagnósticos previos, Factores de Riesgo, Escala de Young. F00 – Deterioro Neurocognitivo, F06 – Trastorno Esquizofreniforme Orgánico, F9.5 – Trastorno Psicótico por Sustancias, F20 – Esquizofrenia, F25 – Trastorno Esquizoafectivo (Subtipos: 0 – Manía, 1 – Depresión, 2 – Mixto, 9 – No especificado), F31 – Trastorno Bipolar, F60 – Trastorno de Personalidad (Clúster B), F70 – Discapacidad Intelectual, F90 – Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad, G40 – Epilepsia. Se utilizó el número total de 175 para el cálculo de los diferentes porcentajes.

En la figura 1 se muestra el número de los pacientes correspondientes a cada género, encontrándose que no existen diferencias significativas entre ambos géneros, debido a que el 53.71% de los expedientes analizados corresponden al género femenino y el 46.29% al género masculino, habiendo una diferencia solamente del 7% (Tabla 1, Fig. 1).

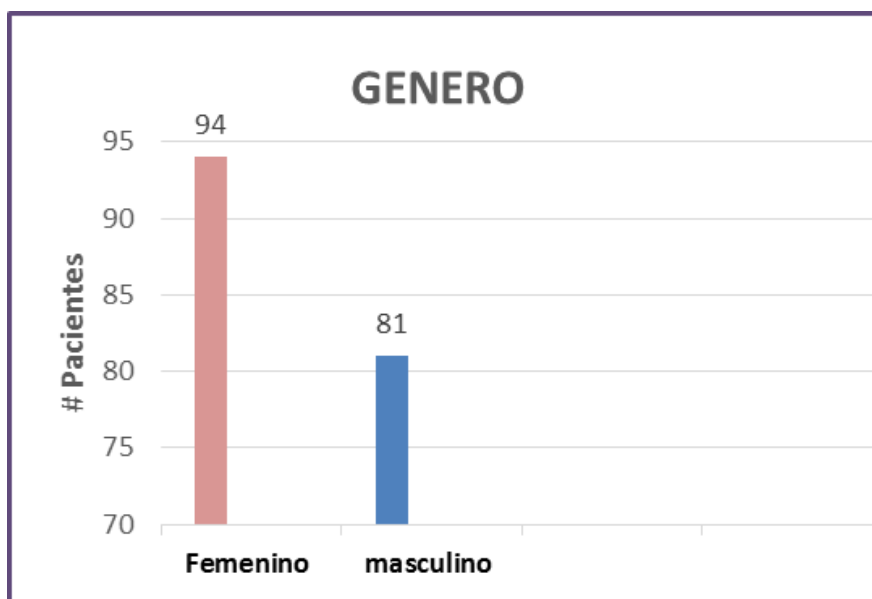


Fig 1. Números de pacientes por Género:
Femenino: 94 (53.71%); Masculino: 81 (46.29%). Total pacientes: 175

En cuanto a la edad, se observa en la tabla 2 y figura 2 los diferentes rangos de edad, se encontró que el rango con mayor número de pacientes fue el de 40 – 49 años con un 31.43%, continuando con los de 30-39 años (20%), 20-29 años y 50-59 años, ambos con 17.14%, seguido por el de 60-69 años (9.14%). Los rangos de edad más bajos fueron los rangos de 18-19 años (2.29%) y el rango de 70 – 79 años (2.86%). Se obtuvo una media de edad de 42 años y una mediana de 46 años (Tabla 1, tabla 2, Fig. 2).

Se presentaron los mayores rangos de edad en los adultos donde se encuentra la mayoría de la población según las últimas estadísticas poblacionales del INEGI. Los menores rangos,

como era de esperarse, fueron los rangos de 18-19 años y 70 – 79 años, esto podría deberse a que se contó con muy pocos pacientes de la segunda década de la vida; ya que no se aceptan pacientes menores de 18 años en el HPFBA, además de que éste era uno de los criterios de Inclusión para la participación en el estudio era la mayoría de edad. También fueron muy pocos los pacientes en el rango de 70 – 79 años, siendo el paciente con mayor edad de 76 años, esto podría deberse a que la sobrevivencia de los pacientes con padecimientos psiquiátricos es menor al resto de la población general o que en algunos casos los diagnósticos de padecimientos psiquiátricos hayan cambiado a través del tiempo.

RANGO EDAD	
18-19	4 (2.29%)
20-29	30 (17.14%)
30-39	35 (20%)
40-49	55 (31.43%)
50-59	30 (17.14%)
60-69	16 (9.14%)
70-79	5 (2.86%)
TOTAL	175 (100%)

Tabla 2. Número y porcentajes de pacientes involucrados dependiendo de sus Rangos de Edad.

Se utilizó el número total de 175 para el cálculo de los diferentes porcentajes.

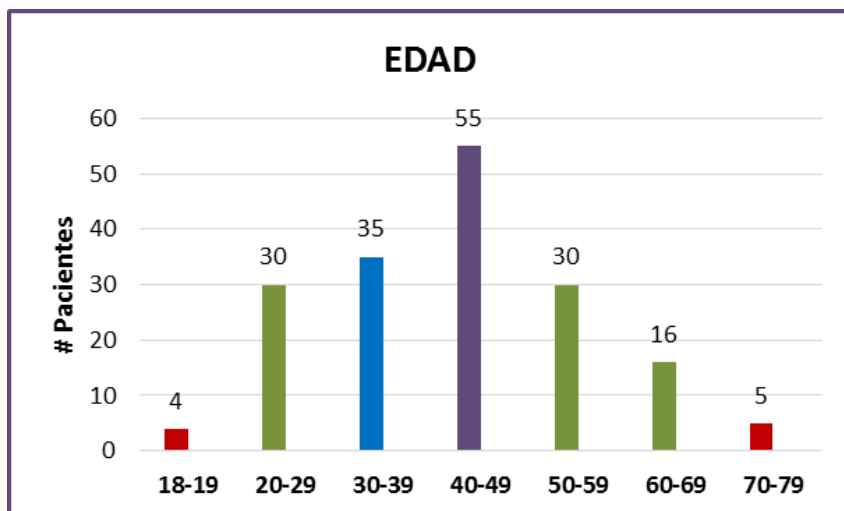


Fig 2. Número de Pacientes que entraron dentro de los diferentes rangos de edad

En la figura 3 se muestran el número de pacientes que contaron con diferentes factores de riesgo que podrían condicionar sintomatología afectiva y/o psicótica, lo cual puede aumentar variabilidad diagnóstica, y se puede realizar diagnóstico diferencial con otros trastornos afectivos y/o psicóticos primarios o algunas condiciones que podrían condicionar sintomatología afectiva y psicótica secundaria a lesión orgánica, como la presencia de TCE, Enfermedades Neurológicas o Médicas. Estos factores de Riesgo identificados en el estudio asociados a episodios de sintomatología afectiva y/o psicótica fueron: Abuso de consumo de Sustancias Psicoactivas en 25 pacientes (14.29%), Antecedentes Heredofamiliares de Trastornos Psicóticos y/o Afectivos primarios 23(13.14%), Traumatismos Craneoencefálicos 9(5.14%), Episodios Afectivos (*maníacos*) y/o psicóticos postparto 8(4.57%), dentro de la categoría de "Otros" se encierran algunas otras comorbilidades y condiciones que podrían condicionar episodios de sintomatología afectiva y/o psicótica como Enfermedades neurológicas como Epilepsia 1(0.57%), comorbilidades médicas como Hipotiroidismo 1(0.57%), Infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana 1(0.57%), Secuelas Poliomielitis (0.57%) o algunas otras condiciones que pueden surgir generalmente

dentro de un Trastorno Psicótico y/o Afectivo Primario, como lo es un episodio de Síndrome Catatónico 2(1.14%), (Tabla 1; Fig. 3).

Algo importante que cabe mencionar de la Tabla 1 es que se encontró que en el último internamiento, solamente 39 (22.29%) de los 175 expedientes analizados, contaban con escala de Young al internamiento, cuando 154 (88%) de estos pacientes fueron ingresados aparentemente por un episodio de Manía (independientemente de la causa). Por lo que sería muy importante considerar la realización de dicha escala en todos los casos al pensar en un Episodio de Manía durante la valoración de Ingreso Hospitalario.

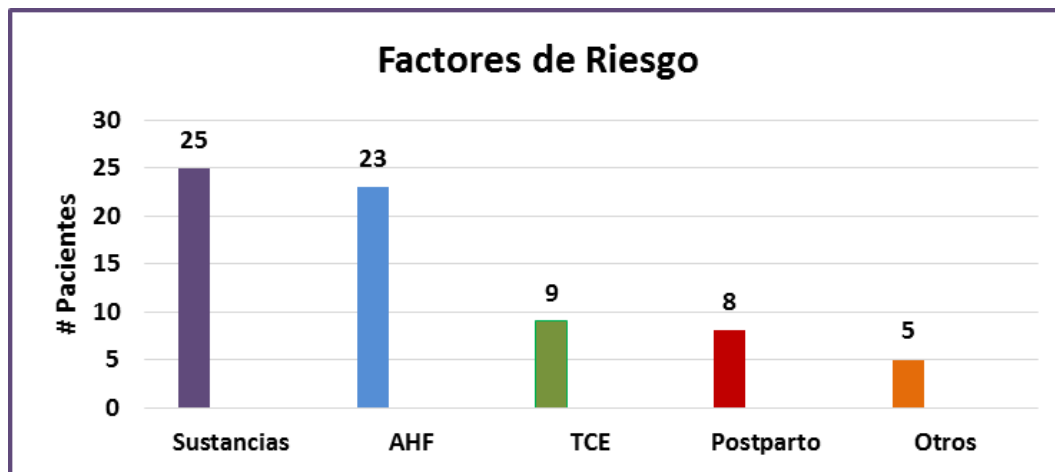


Fig 3. Algunos Factores de Riesgo analizados en el estudio que podrían condicionar sintomatología afectiva y/o psicosis y estar así asociados al diagnóstico. Consumo de Sustancias Psicoactivas, Antecedentes Heredofamiliares de trastornos Psicóticos y/o afectivos primarios (AHF), Traumatismos Craneoencefálicos (TCE), Episodios Afectivos/psicóticos postparto y Otros: epilepsia, hipotiroidismo, episodios previos de Catatonía, infección por VIH, secuelas de Poliomielitis.

En la figura 4 (resultados Tabla 1) se muestran los diagnósticos actuales de los pacientes en los expedientes revisados (175). Se obtuvo un valor de estabilidad diagnóstica para el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo de 88%, debido a que 154 de los 175 pacientes todavía contaban con dicho diagnóstico, aunque al momento de revisar el cumplimiento de

criterios clínicos (Tabla 3), solamente 17.14% de los expedientes clínicos contaban con criterios diagnósticos para el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo.

Durante el análisis de expedientes clínicos, 21 (12%) de los pacientes ya no contaban con diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo en últimas notas de Evolución de Consulta Externa o Urgencias, por lo que ya no fueron tomados en cuenta para el análisis posterior y sólo se utilizaron 154 expedientes; debido a que los otros 21 ya no forman parte de los criterios de Inclusión para este estudio, aunque es interesante resaltar que la mayoría de estos últimos cuentan actualmente con el diagnóstico de Esquizofrenia (47.6%), seguidos por el diagnóstico de Trastorno Bipolar en un 23.81%, el resto fueron pacientes con reciente diagnóstico de Trastorno Bipolar y Trastorno Esquizofreniforme Orgánico (ambos 23.81%) y el menor porcentaje con diagnóstico de Trastorno Psicótico por Sustancias (4.76%), (Tabla 1, Tabla 3, Fig. 4). Esto concuerda con la literatura con que la mayoría de los pacientes que cambiaron diagnóstico ahora tengan diagnóstico de Esquizofrenia y Trastorno Bipolar, debido a que estos son los diagnósticos con los que más se pueden confundir el Trastorno Esquizoafectivo y con los que se debe hacer primordialmente diagnóstico diferencial.

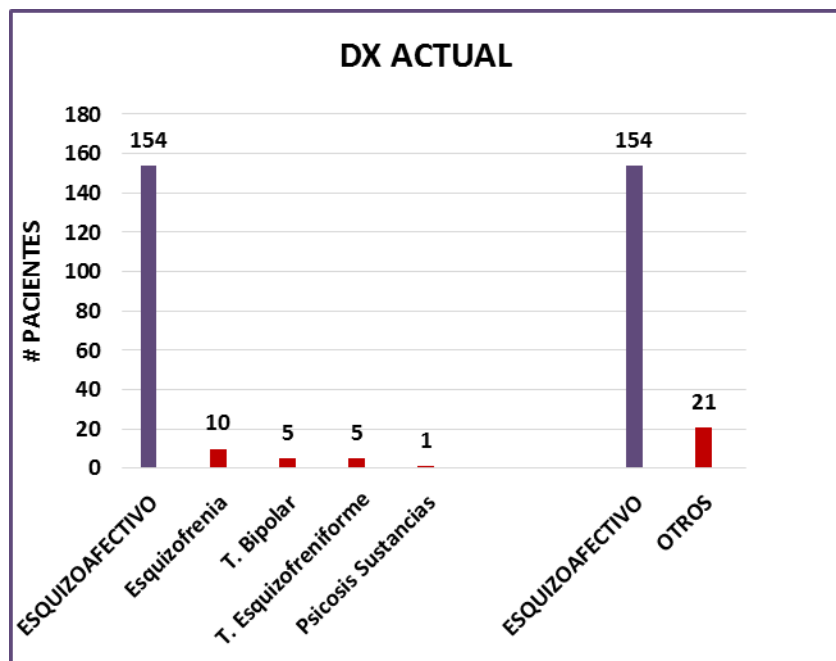


Fig 4. Número de Pacientes con Diagnóstico Actual de Trastorno Esquizoafectivo vs Diferentes padecimientos psiquiátricos, valores tomados de la Tabla 1. En el lado derecho de la figura se observa la diferencia entre el número de pacientes con Diagnóstico F25 y otros, desglosados del lado izquierdo.

En la figura 5 (resultados Tabla 1) se muestran los diferentes diagnósticos previos que han presentado los pacientes con diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo (diferentes subtipos), ya sea como Trastorno puro (Único) o combinaciones de diversos diagnósticos (Mixto).

Se encontró que de los diagnósticos previos brindados en estos expedientes, solamente 30 pacientes (17.14%) tuvieron diagnóstico previo de Trastorno Esquizoafectivo, ya sea diagnóstico único o en diversas combinaciones con otros diagnósticos, lo cual es esperado debido a que generalmente no se brinda de primera instancia este diagnóstico. El diagnóstico previo más prevalente fue el de Esquizofrenia, tanto como diagnóstico único como en combinación con otros diagnósticos [Dx único – 66(37.71%); Dx Mixto – 35(20%)], seguido por el Trastorno Bipolar en ambos casos [Dx único – 27(15.43%); Dx Mixto – 18(9.14%)], posteriormente el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo [Dx único

– 18 (10.29%); Dx Mixto – 12 (6.86%)]. Otros diagnósticos que presentaron números poco significativos ($\leq 4\%$) fueron: Discapacidad Intelectual, Psicosis por Sustancias, Trastornos de Personalidad (Clúster B), Trastorno Esquizofreniforme Orgánico y Trastorno Psicótico no especificado (Fig. 5), todos los cuales son diagnósticos diferenciales para Trastorno Esquizoafectivo. Estos resultados son de gran relevancia debido a que los diagnósticos más asociados al Trastorno Esquizoafectivo son Esquizofrenia y Trastorno Bipolar y son los que obtuvieron los mayores valores en todos los casos, los demás diagnósticos que se encontraron también pueden llegar a presentar episodios de sintomatología psicótica y/o afectiva (sustancias psicoactivas, lesiones neurológicas, comorbilidades médicas), sugiriendo que es fundamental la realización del diagnóstico diferencial con dichas entidades Psiquiátricas y Clínicas.

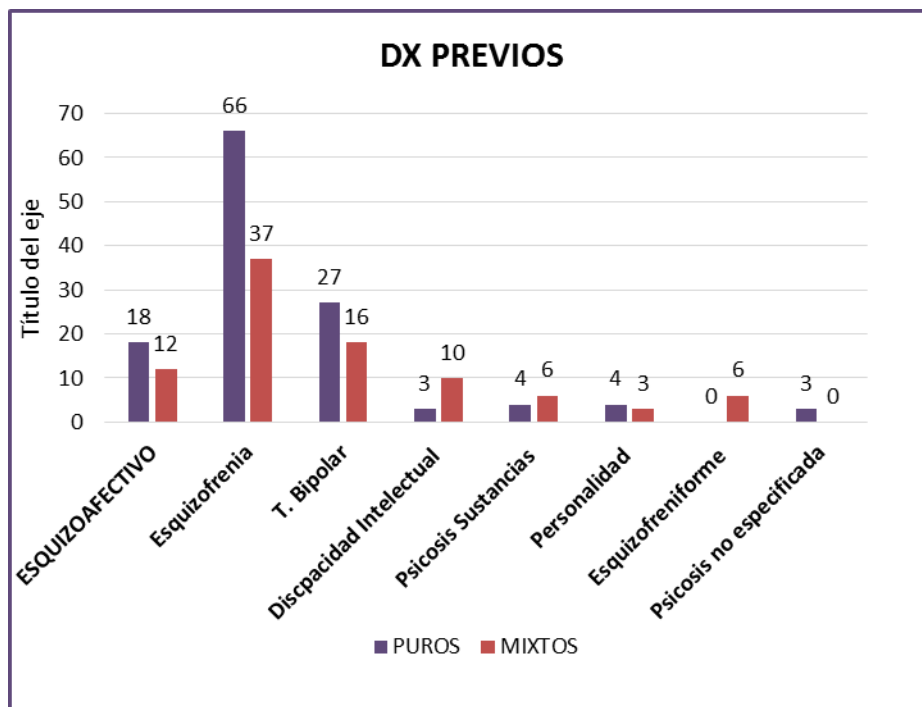


Fig 5. Número de Pacientes con Diagnóstico Actual de Trastorno Esquizoafectivo vs Diferentes padecimientos psiquiátricos, valores tomados de la Tabla 1. En el lado derecho de la figura se observa la diferencia entre el número de pacientes con Diagnóstico F25 y otros, desglosados del lado izquierdo

En cuanto al cumplimiento de criterios diagnósticos CIE-10 para aceptar o rechazar el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo, se revisaron diferentes documentos en el expediente clínico como Ingresos Hospitalarios e ingreso a diferentes servicios (Hospitalización continua y servicios especiales), Historias Clínicas, Notas de evolución y Notas de Egreso. Hubo especial énfasis en aquellas notas donde se realizan cambios diagnósticos o donde se confirma un el diagnóstico de Trastornos Esquizoafectivo que en previas notas/ingresos se encontraba como *“Probable”*.

En la tabla 3 se enumeran los parámetros y/o condiciones que se utilizaron para el cumplimiento de dichos criterios diagnósticos de acuerdo al CIE-10 para el Trastorno Esquizoafectivo. Se observa que solamente en 30(17.14%) de los 154(88%) pacientes restantes, fue posible corroborar el diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo al análisis de dichos documentos previos en los Expedientes Clínicos, donde se tomó como criterio principal que los pacientes contaran con *“Predominio de Síntomas Psicóticos y Episodios Afectivos previos”*. Es importante resaltar que este análisis solamente se llevó a cabo con expedientes clínicos, sin la realización de una valoración clínica del paciente al corte transversal lo cual haría mucho más objetivo y completo el estudio, esta es una de las principales limitaciones del estudio.

En cuanto a los 124(70.86%) expedientes en los cuales se rechazó el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo al no cumplir con criterios diagnósticos, los principales motivos fueron: No poder integrar Episodios Afectivos previos 65(52.42%) o por contar con predominio de sintomatología psicótica y algunos síntomas afectivos sin integrar episodios afectivos como tal 50(40.32%). En otros casos cumplían con criterios clínicos para

Trastorno Bipolar 11(8.87%), estos pacientes generalmente habían tenido diagnóstico previo de Trastorno Bipolar, otros pacientes no presentaban síntomas psicóticos suficientes como para pensar en un Trastorno Psicótico primario 8(6.45%), y en algunos otros casos no se brindaba justificación diagnóstica longitudinal 7 (5.65%%), por ejemplo en el caso de varios pacientes provenientes de otras instituciones (otros Hospitales Psiquiátricos de Secretaría de Salud o con Derechohabencia a otras instituciones como ISSSTE, PEMEX o que hayan contado previamente con IMSS), por lo que se desconoce la mayoría de la evolución del padecimiento o no se justificaba en otros casos el cambio diagnóstico en las notas de evolución. En el caso de algunos pacientes solamente se había brindado el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo por resultados de SPECT 4(3.23%), aunque no se correlacionaba clínicamente con notas de evolución. En un par de casos los pacientes contaban con múltiples condiciones como antecedente de Discapacidad Intelectual además de Traumatismos Craneoencefálicos (moderados a severos), por lo que se requiere una valoración más extensa para poder brindar un diagnóstico afirmativo de Trastorno Esquizoafectivo 2(1.61%).

En varios de los expedientes clínicos se encontró que se confundía un aparente “*Episodio Depresivo*” con probables síntomas negativos de un trastorno Psicótico primario. En otros casos se integraba un episodio de Manía solamente con algunos síntomas afectivos “*Maníacos*”, los cuales podrían ser confusos en pacientes con sintomatología psicótica florida, de no llevar una adecuada semiología de los síntomas, cuando el paciente se encuentra poco cooperador, cuando el paciente acude solo o el acompañante desconoce la evolución del padecimiento. En muchos casos, no se podía integrar un episodio afectivo por temporalidad aparente de los síntomas, número de síntomas y severidad de los mismos.

Dichos síntomas “*Maníacos*” podrían ser los siguientes: Disminución de la necesidad del Sueño (vs insomnio debido a ansiedad por psicosis), Aumento de la actividad intencionada (vs conducta errática), Verborrea (vs pensamiento y lenguaje desorganizado), Afecto expansivo o eufórico (vs afecto inapropiado, irritabilidad, labilidad emocional).

CUMPLE CRITERIOS DX PARA F25		
SI: 30 (17.14%)		NO: 145 (82.86%)
SI	• Episodios Afectivos previos + Predominio Síntomas Psicóticos – 30 (17.14%)	
NO	<p>Ya NO cuentan actualmente con Diagnóstico de F25.X – 21 (12%)</p> <p>Dx Actual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia – 10(47.62%) • T. Bipolar – 5(23.81%) • T. Esquizofreniforme – 5 (23.81%) • T. Psicótico Sustancias – 1 (4.76%) <p>*Total: 21 (100%)</p>	<p>Diagnóstico actual F25.X – 124 (70.86%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • No cumple para Episodios afectivos y/o Algunos síntomas Afectivos – 65 (52.42%) • Predominio Síntomas Psicóticos – 50 (40.32%) • Cumplen criterios Diagnóstico T. Bipolar – 11 (8.87%) • Pocos Síntomas Psicóticos – 8 (6.45%) • NO justificación Dx y/o justificación cambios diagnósticos, Desconocimiento evolución del paciente – 7 (5.65%) • Dx F25 brindado por resultados SPECT – 4 (3.23%) • Múltiples Condiciones – 2 (1.61%) <p>*Porcentajes calculados con Total de 124 (100%)</p>

Tabla 3. Números de expedientes clínicos que cumplieron criterios Diagnósticos de acuerdo al CIE-10 para F25 y Justificaciones más frecuentes encontradas en Expedientes Clínicos para aprobar o rechazar el cumplimiento de criterios Diagnósticos para Trastorno Esquizoafectivo. Se tomó como parámetro único para cumplimiento del Diagnóstico de F25 el hecho de que los pacientes tuvieran predominio de sintomatología psicótica más episodios afectivos. 21 pacientes ya no cuentan con diagnóstico actual de F25, y se brindan los porcentajes correspondientes a los nuevos diagnósticos. En cuanto a los pacientes que no cumplieron con Diagnóstico de F25 por análisis de expedientes clínicos (124), pueden contar con múltiples condiciones mencionadas en el cuadro inferior derecho, no solamente con una de las condiciones (*razón por la cual la cuenta total no corresponde a 124*)

La Tabla 4 muestra los pacientes que cumplieron o no con criterios diagnósticos de acuerdo al CIE-10 para diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo, corroborando o rechazando así dicho diagnóstico, además de los diagnósticos previamente brindados en los 154(100%) pacientes según el análisis de expedientes clínicos. En las figuras 6 – 8 se puede observar los resultados de la Tabla 4 de manera más gráfica.

DX PREVIOS		
	SI	NO
TOTAL	30 (17.14%)	124 (70.86%)
DX ACTUAL	T. ESQUIZOAFECTIVO	
DX PREVIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia - 9 (30%) • T. Bipolar - 8 (26.66%) • Esquizofrenia y otros - 6 (20%) • Esquizoafectivo - 4 (13.33%) • Trastorno Personalidad - 2 (6.66%) • Discapacidad Intelectual - 1 (3.33%) <p style="text-align: center;"><i>*Total: 30 (100%)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Esquizofrenia - 56 (45.16%) • T. Bipolar - 18 (14.52%) • Esquizoafectivo - 8 (6.45%) • Psicosis Sustancias - 3 (2.42%) • T. Personalidad - 2 (1.61%) • Discapacidad Intelectual - 1 (0.81%) • Combinaciones - 36 (29.03%) <li style="padding-left: 20px;">F20 + Otros - 20 (16.13%) <li style="padding-left: 20px;">F31 + Otros - 12 (9.68%) <li style="padding-left: 20px;">F70 + Otros - 11 (8.87%) <p style="text-align: center;"><i>*Porcentajes calculados - Total 124 (100%)</i></p>

Tabla 4. Diagnósticos previos brindados en expediente clínico en pacientes que cumplen o no criterios diagnósticos de acuerdo al CIE-10 para F25. Se tomó 124 como el total de pacientes que NO cumplen con criterios diagnósticos para Trastorno Esquizoafectivo según expedientes Clínicos, debido a que 21 de los pacientes restantes ya cuentan con un nuevo diagnóstico, por lo que no se tomarán en cuenta en el análisis posterior. En cuanto a los pacientes que SI cumplieron criterios se tomó como total 30 para el cálculo de los porcentajes, y en cuanto a los pacientes que NO cumplieron con criterios se tomó como total 124 para el cálculo de los porcentajes.

La figura 6 y 7 muestran los diversos diagnósticos previamente brindados, tanto en los pacientes que si cumplieron con criterios diagnósticos (Fig. 6) como en los pacientes que no cumplieron con criterios diagnósticos (Fig. 7). Se puede observar que en ambos casos el diagnóstico previo más frecuente fue el de Esquizofrenia ambos casos (SI – 30%; NO – 45.16%), además de que en el rubro de “Combinaciones”, los pacientes que presentaron porcentajes más altos fueron aquellos asociados a Esquizofrenia con otros diagnósticos (SI – 20%; NO – 16.13%).

El diagnóstico con mayores cifras en ambos casos por el Trastorno Bipolar (SI – 26.66%; NO – 14.52%). Esto es de gran relevancia y se correlaciona con lo esperado en la hipótesis y pregunta de investigación; ya que estos son los principales diagnósticos con los que se

debe realizar diagnóstico diferencial para el Trastorno Esquizoafectivo, el cual no es un diagnóstico que se brinde en primera instancia.

El siguiente diagnóstico brindado previamente en ambos casos (cumplimiento o no con criterios Dx) fue el Trastorno Esquizoafectivo con un porcentaje significativo (13%; 6%), seguidos por otros diagnósticos con muy pocos porcentajes como Psicosis por sustancias, Trastornos de Personalidad (sobre todo personalidad de de Clúster B) y Discapacidad Intelectual, siendo el de menor porcentajes en todos los casos el de Discapacidad Intelectual (3%; 1%). En todos estos diagnósticos previamente mencionados se puede presentar sintomatología psicótica y/o afectiva. La sintomatología “*Maniatiforme*”, puede estar asociada por ejemplo en el consumo de sustancias psicoestimulantes como la cocaína; episodios micropsicóticos en los trastornos de personalidad; afecto inapropiado, síntomas psicóticos y afectivos poco estructurados en pacientes con Discapacidad Intelectual.

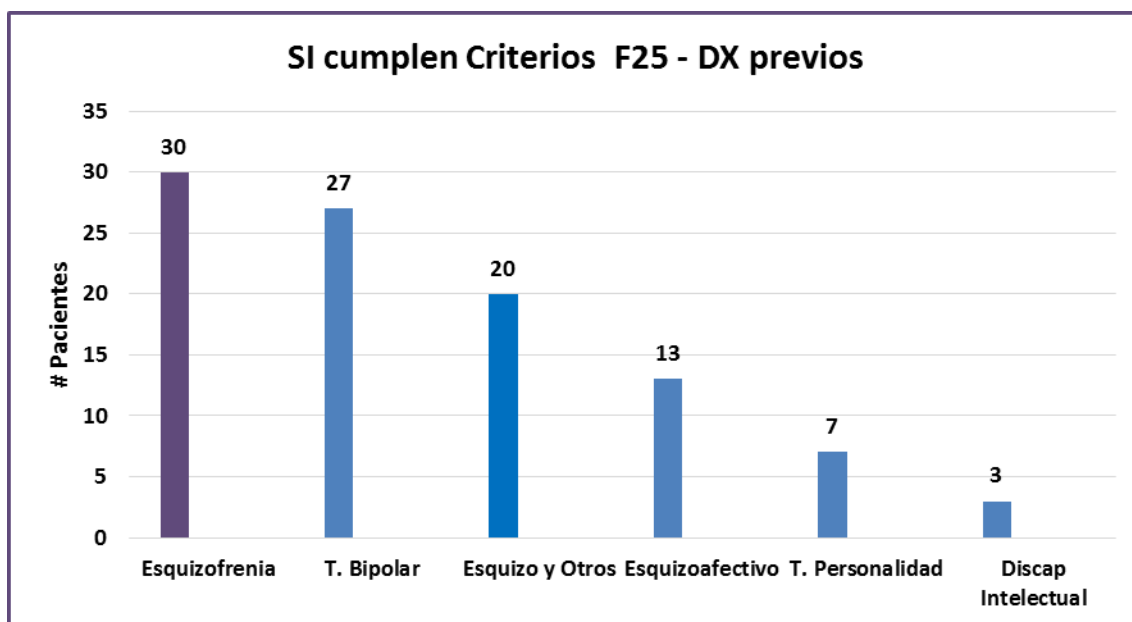


Fig 6. Porcentajes de pacientes que si cumplieron con criterios diagnósticos para Dx actual de F25 y los diferentes diagnósticos previos que habían tenido dichos pacientes de acuerdo al análisis de expedientes clínicos. Las cifras fueron redondeadas para hacer más simple la visualización de diferencias. Se utilizó el número total de 30 para el cálculo de todos los porcentajes.

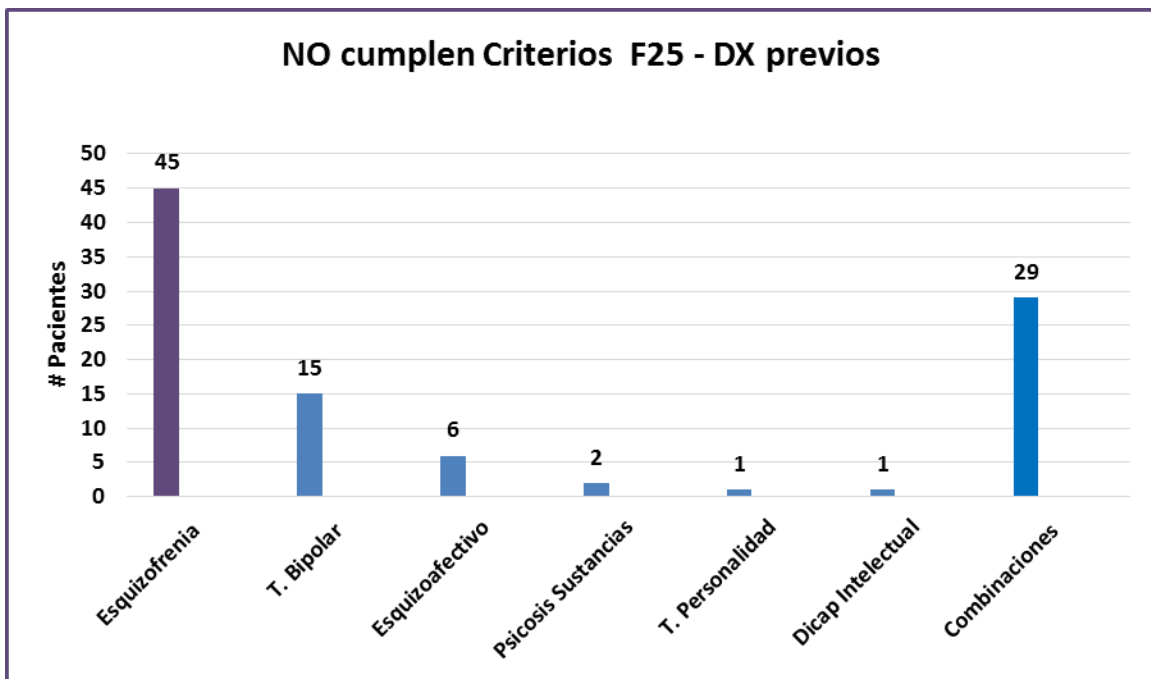


Fig 7. Porcentajes de pacientes que NO cumplieron con criterios diagnósticos para Dx actual de F25 y los diferentes diagnósticos previos que habían presentado dichos pacientes de acuerdo al análisis de expedientes Clínicos. Las cifras fueron redondeadas para hacer más simple la visualización de diferencias. Se utilizó el número total de 124 para el cálculo de todos los porcentajes.

La figura 8 muestra en una Gráfica comparativa los porcentajes de pacientes con diagnósticos previos de diversos padecimientos psiquiátricos, mostrando en Morado los que SI cumplieron con criterios y en Azul los que NO cumplieron con criterios diagnósticos. Se puede observar que los valores más altos en ambos casos se encuentran asociados a diagnósticos previos de Esquizofrenia, seguidos por Trastorno Bipolar, posteriormente por Trastorno Esquizoafectivo, con pocos casos de Trastorno Psicótico por sustancias y Trastornos de Personalidad, finalmente los valores más bajos corresponden al diagnóstico de Discapacidad Intelectual. En cuanto al rubro de "Combinaciones", de acuerdo a la Tabla 4, los que Si cumplieron con criterios, previamente habían tenido diagnóstico de Esquizofrenia y otros (T. Bipolar o Psicosis por sustancias), y en cuanto a los que no

cumplieron con criterios presentan múltiples combinaciones de diagnósticos, siendo la de mayor porcentaje la de Esquizofrenia y otros (55% de las combinaciones), las otras combinaciones diagnósticas son con Trastorno Bipolar y Discapacidad Intelectual y otros diagnósticos.

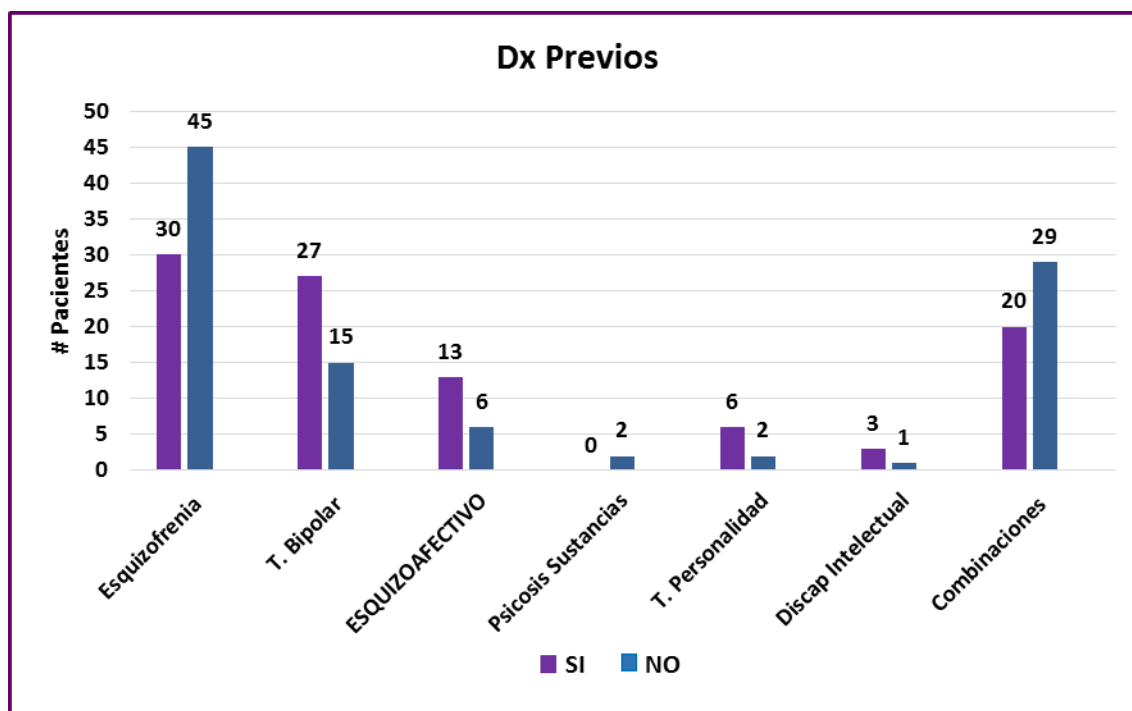


Fig 8. Gráfica comparativa de porcentajes de pacientes que tanto SI cumplieron (Color Morado) con criterios para F25 como de pacientes que NO cumplieron (Color Azul) con criterios para F25 y los Diagnósticos que habían presentado previamente en sus expedientes clínicos. Porcentajes tomados de las figuras 7 y 8 mostrados de manera comparativa. Las cifras fueron redondeadas para hacer más simple la visualización de las diferencias.

DISCUSIÓN

Hay diversos estudios que han analizado Estabilidad diagnóstica de los diagnósticos psiquiátricos. En un estudio muy relevante realizado en España, se tomó una muestra significativa de 10,025 pacientes valorados en cuatro años en diferentes escenarios clínicos (Hospitalización, Urgencias y Consulta Externa), se encontró que la consistencia temporal de los diagnósticos de diversos Trastornos mentales en general es baja, con un rango de 29% en Trastornos de Personalidad hasta un 70% en el caso de Esquizofrenia, se obtuvo en general mayor estabilidad diagnóstica en aquellos pacientes hospitalizados en comparación con aquellos valorados en Consulta Externa ⁹. En este estudio se observó que la variable más importante que condiciona variabilidad en el diagnóstico fue el “*Escenario Clínico*” en el cual se brinda el diagnóstico, con mayor estabilidad diagnóstica en lugares de estancia prolongada como Hospitalización Continua en comparación con lugares de corta estancia como valoración en Consulta Externa y Urgencias ⁹. Este es un factor que definitivamente sería interesante valorar en un futuro estudio, lo que si se encontró en nuestro estudio es que la mayoría de los pacientes presentaban otro diagnóstico al Ingreso del servicio de Urgencias para Hospitalización continua, que el diagnóstico al egreso del internamiento.

En otro estudio realizado en Inglaterra con 312 pacientes con múltiples diagnósticos psiquiátricos a través del período de 4 años, se presentaron porcentajes muy variables de estabilidad diagnóstica de acuerdo al diagnóstico psiquiátrico, siendo de significancia para nuestro estudio los porcentajes de estabilidad diagnóstica para Esquizofrenia 74% y Trastorno Bipolar 52%, aunque no se analizaron valores de estabilidad diagnóstica para Trastorno Esquizoafectivo ¹⁰. También en este estudio se presentaron valores muy bajos en

otros diagnósticos (Trastornos Depresivos, Trastornos de Personalidad, etc), sugiriendo que aún en general es muy poco satisfactoria la Estabilidad diagnóstica de los Trastornos Psiquiátricos en la Práctica Clínica ¹⁰.

En cuanto al Diagnóstico diferencial para el Trastorno Esquizoafectivo, se refiere que se puede realizar con todo Trastorno Psiquiátrico, Médico, relacionado con Sustancias psicoactivas o Medicamentos que produzca sintomatología psicótica o del estado de Animo, y en general se incluyen los mismos cuadros que forman parte del diagnóstico diferencial para Esquizofrenia y Trastornos del Estado de ánimo con Síntomas Psicóticos, ya que es muy complicado distinguir de dichos padecimientos de manera transversal y son estos los principales diagnósticos diferenciales. Algunos diagnósticos diferenciales de Trastornos Psicóticos y/o Afectivos Primarios son: Trastorno Psicótico por sustancias psicoactivas, Trastornos de Personalidad, Discapacidad Intelectual, Descontrol de enfermedades Médicas (Metabólicas, Endocrinológicas, Neurológicas), entre otras ⁸

Los pacientes con patología orgánica (epilepsia, traumatismo craneoencefálico), tratamiento con algunos medicamentos (corticoides) o el abuso de sustancias psicoestimulantes (cocaína) tienen mayor propensión de manifestar síntomas psicóticos y afectivos de forma concurrente, además de que la proporción de síntomas psicóticos y afectivos puede variar durante la evolución de la enfermedad, por lo que el diagnóstico adecuado para un determinado episodio puede cambiar de un episodio a otro e incluso dentro del mismo episodio ⁸

Esta información concuerda con el estudio, en cuanto a que los diagnósticos más encontrados previamente en relación al diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo fueron

Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, y en pocos casos Psicosis por Sustancias, Discapacidad Intelectual, además de que se encontró relación con sintomatología psicótica y afectiva asociada con lesiones orgánicas como Traumatismos Craneoencefálicos y epilepsia.

En general en otros estudios se ha encontrado alta estabilidad diagnóstica para el diagnóstico de Esquizofrenia (arriba del 70% en general) y menor para el diagnóstico de Trastorno Bipolar (aproximadamente 50%) ^{9, 10, 16}.

En un estudio australiano reciente realizado en individuos con Psicosis de reciente inicio, en el cual se calculó la estabilidad diagnóstica de 96 pacientes en seguimiento a lo largo de 2 años, se encontró una alta estabilidad en los diagnósticos de Esquizofrenia (82%), Trastorno Bipolar (89%) y Trastorno Esquizoafectivo (89%) ¹⁷. Este estudio fue realizado en pacientes con Psicosis de reciente inicio a diferencia de los expedientes clínicos tomados de pacientes del HPFBA con muy diversas poblaciones clínicas, la gran mayoría con Trastornos Psicóticos de muy larga evolución. Se comenta que algunas limitaciones de dicho estudio son: tener una muestra pequeña en comparación con otros estudios y que la información fue tomada solamente de Notas Clínicas en vez de corroborar dicha información con entrevistas semi-estructuradas (presenciales). Además de que se desconoce si se corroboró el cumplimiento de criterios diagnósticos para el Trastorno Esquizoafectivo.

Dicha información concuerda con nuestro estudio debido a que se obtuvo un valor de estabilidad diagnóstica para el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo de 88%, aunque al momento de revisar el cumplimiento de criterios clínicos solamente 17.14% de los expedientes clínicos contaban con justificación de criterios diagnósticos.

Otra limitación que comentan en el estudio anterior es la temporalidad en el consumo de sustancias psicoactivas, ya que sugieren comparar los pacientes con consumo de larga evolución con aquellos que presentan consumo reciente menor de seis meses ¹⁷. Lo cual sería de gran relevancia para valorar si los cuadros afectivos y sintomatología psicótica están relacionados al consumo de sustancias psicoactivas o debido al Trastorno Esquizoafectivo como tal.

En otro estudio español sobre estabilidad diagnóstica de episodios psicóticos agudos, fue realizado con 48 pacientes con Episodios Psicóticos Agudos que presentaron evolución diagnóstica a un Trastorno Psicótico o Afectivo primario. Se comenta que una parte importante de estos pacientes (43.8%) evolucionaron en dos años a presentar el diagnóstico de Esquizofrenia o Psicosis Afectivas, el resto 56.2% se mantuvo con el diagnóstico inicial de Psicosis Aguda. De los pacientes que presentaron cambio diagnóstico, el 47.6% fueron diagnosticados con Esquizofrenia, 19% con Trastorno Esquizoafectivo y 14% con Trastorno Bipolar. Algo muy interesante y relevante de este estudio es que ninguna de las variables sociodemográficas o clínicas estudiadas en dicho estudio, estuvieron relacionadas significativamente para predecir cambios diagnósticos posteriores a algún Trastorno en específico. Aparentemente el factor predictor más significativo para desarrollar Esquizofrenia en una Psicosis Aguda es la presencia de Síntomas negativos, aunque no se observaron factores psicopatológicos significativos relacionados a las Psicosis Afectivas¹⁸. Concuerdancia con nuestro estudio que la mayoría de estos pacientes hayan sido diagnosticados con Esquizofrenia y una menor proporción con Trastorno Esquizoafectivo, debido a que este no es generalmente el diagnóstico brindado de primera instancia y en muchos casos el

diagnóstico de Esquizofrenia fue brindado previamente en pacientes con diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo.

Un estudio de Meta-análisis sobre estabilidad diagnóstica del Trastorno Bipolar comenta que en general dicho diagnóstico presenta una consistencia diagnóstica con rango de 67.6 – 77.4 %. Algunos factores mencionados que generan inestabilidad diagnóstica en el Trastorno Bipolar son: edades en los extremos de la vida, género femenino, presencia de síntomas psicóticos, cambios en el tratamiento, abuso de sustancias psicoactivas, historia familiar de Trastornos Afectivos y edad de inicio del padecimiento ¹⁹. En comparación con nuestro estudio, algunos de estos factores también se encuentran asociados a inestabilidad diagnóstica a través del tiempo, como lo son el consumo de sustancias psicoactivas y antecedentes heredofamiliares de Trastornos Psicóticos/Afectivos primarios.

En otro estudio analizado se estudió la estabilidad diagnóstica del Trastorno Psicótico por Sustancias, el cual es también uno de los diagnósticos diferenciales del Trastorno Esquizoafectivo. En este estudio se analizaron 116 pacientes con diagnóstico inicial de Trastorno Psicótico por Sustancias, la mayor parte de ellos con adicción al consumo de Cannabis (60.3%) y Cocaína (40.5%), de estos pacientes una proporción significativa del 41.6% cambió su diagnóstico a un Trastorno Psicótico Primario a lo largo de 3 años²⁰.

En otro estudio sobre estabilidad diagnóstica de Trastornos Psicóticos con abuso de sustancias comórbido, preferentemente alcohol y cannabis en un 80%. Se comenta que al año de seguimiento 62% de ellos se mantuvo con un diagnóstico de Trastorno Psicótico primario (no se especifica tipo) y 37% de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Psicótico por Sustancias cambió su diagnóstico, no se indica específicamente cuales

diagnósticos. Las principales limitaciones de este estudio a diferencia del anterior fueron que la muestra fue más pequeña (50 pacientes) y se tomó en cuenta menor tiempo de seguimiento, factores que aumentan el porcentaje de variación²¹.

Estos últimos estudios muestran que el consumo de sustancias psicoactivas puede condicionar gran inestabilidad diagnóstica. Motivo por el cual el consumo de sustancias psicoactivas fue tomado en cuenta para el análisis en nuestro estudio, además de que el diagnóstico de Trastorno Psicótico por sustancias es uno de los diagnósticos diferenciales principales y más encontrados durante nuestro análisis de expedientes clínicos.

CONCLUSIONES

Es de gran relevancia clínica brindar de manera más precoz el diagnóstico certero de Trastorno Esquizoafectivo, debido a que esto cambiaría significativamente la evolución, el tratamiento y pronóstico a largo plazo de estos pacientes, condicionando así menor deterioro de estos pacientes en las diferentes áreas y mayor funcionalidad en su vida cotidiana.

Los resultados del estudio fueron significativos y relevantes conforme a la pregunta de investigación planteada en el protocolo, ya que se encontró que la mayoría de los pacientes diagnosticados actualmente con Trastorno Esquizoafectivo, previamente habían sido diagnosticados primordialmente con Esquizofrenia y/o Trastorno Bipolar (diferentes subtipos de ambos). Un hallazgo importante es la prevalencia en los expedientes revisados de los diagnósticos de Trastorno Psicótico por sustancias, Trastorno Esquizofreniforme orgánico debido a múltiples causas, Trastornos de Personalidad y Discapacidad Intelectual, por lo que es importante realizar diagnóstico diferencial con estos diagnósticos.

Se estima que el 10% de los pacientes con diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo cambiará su diagnóstico con el tiempo, sobre todo al diagnóstico de Esquizofrenia o Trastorno Afectivo primario del tipo bipolar ⁸. En este estudio se encontró que 21 (12%) de los pacientes en un año ya habían cambiado su diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo a otros diagnósticos actuales, sobretodo al diagnóstico de Esquizofrenia (47.62%) y Trastorno Bipolar (23.81%), lo cual es esperado debido a que estos son los principales diagnósticos diferenciales.

También es muy importante considerar que hay muchas otras condiciones que pueden condicionar sintomatología psicótica y/o afectiva y así aumentar la variabilidad diagnóstica de dichos padecimientos psiquiátricos, como lo son traumatismos craneoencefálicos, enfermedades neurológicas (epilepsia) y otras comorbilidades médicas en descontrol (endocrinológicas), el consumo activo de sustancias psicoestimulantes, antecedentes heredofamiliares de trastornos psicóticos o afectivos primarios, además de episodios psicóticos y/o afectivos postparto. Factores de riesgo importantes que fueron identificados durante el estudio.

En el estudio se obtuvo un valor de estabilidad diagnóstica para el Trastorno Esquizoafectivo de 88%, aunque al momento de revisar el cumplimiento de criterios clínicos solamente 17.14% de los expedientes clínicos contaban con criterios diagnósticos para poder corroborar dicho diagnóstico. Con lo cual se concluye que el hecho de brindar el diagnóstico actual de Trastorno Esquizoafectivo, debe correlacionarse con el cumplimiento de criterios clínicos en notas de evolución, donde se justifique clínicamente los episodios de sintomatología afectiva y psicótica, además de la elaboración de escalas clinimétricas para corroborar dichos episodios. Parte de los hallazgos del estudio es que solamente 22.29% de los expedientes contaban al internamiento con Escala de Young para Manía, cuando aparentemente 88% habían sido ingresados en un episodio de Manía. Los pocos casos de Trastorno Esquizoafectivo que habían sido internados por un episodio Depresivo o Mixto no contaban con escalas clínicas para corroborar el Episodio Depresivo.

Una de las principales limitaciones de este estudio, como se ha mencionado previamente, es que fue realizado a través del análisis de Expedientes Clínicos, cuando tendría que valorarse clínicamente a dichos pacientes para así corroborar de manera más objetiva los diagnósticos, por ejemplo tras la realización de una entrevista semi-estructurada presencial además del apoyo de información de algún familiar responsable.

Otra limitación importante es que en varios casos se encontraba mucha información faltante en el expediente clínico, por lo que no era posible determinar de manera adecuada la evolución del padecimiento o justificar los cambios diagnósticos. Por ejemplo, en los casos en los que el paciente proviene de otras instituciones donde se encontraba llevando su seguimiento previo (Otros Hospitales Psiquiátricos de Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, PEMEX), en los cuales se consideró el diagnóstico previamente brindado, sin encontrarse una justificación diagnóstica en alguna Nota del expediente, para correlacionar con la evolución del padecimiento.

Este estudio pretende identificar algunos parámetros y condiciones que pudieran apoyar al clínico para realizar un diagnóstico más pronto y eficaz del Trastorno Esquizoafectivo, y así poder brindar un mejor Tratamiento, con el cual el paciente pudiera presentar un mejor pronóstico a futuro, con menor deterioro Neurocognitivo y aumento en la funcionalidad global. Motivo por el cual dicho estudio podría servir en un futuro para la elaboración de un Protocolo Diagnóstico, en el cual se pudiera brindar de manera más pronta el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1.- Dr. A. Marneros. Trastorno esquizoafectivo: una realidad clínica y una controversia teórica. El desarrollo de un concepto. Editorial Médica Panamericana. Benabarre, 2015.
- 2.- Dr. Antonio Benabarre. Manual para pacientes con trastorno Esquizoafectivo. Especialista del Servicio de Psiquiatría, Hospital Clínico de Barcelona. Janssen-Cilag S.A. Grupo Editorial Entheos, Madrid, 2012
- 3- Dr. Katherine Darton. Understanding Schizoaffective disorder. Published by Mind (National Association for Mental Health), England, 2016
- 4.- Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento CIE-10, Criterios de la OMS. Editorial Médica Panamericana, 2000
- 5.- Guía para el Diagnóstico Clínico DSMV. Manual Moderno. México, 2014
- 6.- Enrique Chávez León. La psicopatología y el Tratamiento por el Especialista. Asociación Psiquiátrica Mexicana. México, 2013
- 7.- V. Lermada, D. Holmgren, F. Soto-Aguilar, F. Sapag. Trastorno Esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia?, ¿Cuánto de bipolar? Schizoaffective disorder. How much belongs to schizophrenia?, How much belongs to bipolar disorder?. Rev Chil Neuro-Psiquia, 2013; 51 (1): 46-60
- 8.- M. Roca Bennasar et al. Trastornos Psicóticos. Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental. Barcelona, España, 2007; México 2008
- 9.- E. Baca-García, M. Pérez-Rodríguez et al. Diagnostic stability of psychiatric disorders in clinical practice. The British Journal of Psychiatry. April 2007
- 10.- TK. Daradkeh. Stability of psychiatric diagnoses in clinical practice. International Journal of Social Psychiatry (1996), Vol. 42., No. 4, 207-212
- 11.- HR Vorst, J. Contreras. El Diagnóstico en psiquiatría: una discusión teórica y práctica para el abordaje clínico. Acta Médica Costarricense, Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Oct – Dic 2017, Vol 59 (4), 134-137
- 12.- DJ Abrams, DC Rojas, DB Arciniegas. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. Departments of Psychiatry and Neurology, University of Colorado School of Medicine, Denver, CO, USA Neuropsychiatric Disease and Treatment 2008;4(6) 1089–1109

- 13.- M. Escamilla et al. A Schizophrenia Gene Locus on Chromosome 17q21 in a New Set of Families of Mexican and Central American Ancestry: Evidence From the NIMH Genetics of Schizophrenia in Latino Populations Study. American Psychiatric Association. *AJP in Advance*. February 2009.
- 14.- T. Asmeraw et al. Association of Polygenic Score for Schizophrenia and HLA Antigen and Inflammation Genes With Response to Lithium in Bipolar Affective Disorder (A Genome-Wide Association Study). *JAMA Psychiatry*, American Medical Association. November, 2017
- 15.- Cifras estadísticas del servicio de Urgencias y Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez – Departamento de Estadística del HPFBA.
- 16.- TK. Daradkeh, OE. Rufaie, et al. The diagnostic stability of ICD-IO psychiatric diagnoses in clinical practice. Elsevier Paris, *Eur Psychiatry* 1997; 12:136-- 139
- 17.- PB. Cawkwell, KW. Bolton et al. Two-year diagnostic stability in a real-world sample of individuals with early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2020;1–4.
- 18.- A. Pedrós, J. Martí et al. Estabilidad diagnóstica y pronóstico a 2 años de episodios psicóticos agudos. *Servicios de Psiquiatría y Salud Mental, Valencia España, Actas Esp Psiquiatr* 2009;37(5):245-251
- 19.- FB. Cegla-Schwartzman, S. Ovejero et al. Diagnostic Stability in Bipolar Disorder: A Narrative Review. *Harvard Review of Psychiatry*. Vol 27, No. 1. February 2019
- 20.- L. Inchausti, I. Gorostiza et al Diagnostic Stability in Substance-Induced Psychosis. Elsevier España. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, Enero 2020.
- 21.- Ankit Singal, P. S. Bhat1 et al. The study of primary psychotic disorders with concurrent substance abuse in terms of their diagnostic stability. *Indian Journal of Psychiatry*. 57(3), Jul-Sep 2015

ANEXOS:

1.- Solicitud de petición de Información al Archivo Clínico y Servicio de Estadística del HPFBA para poder así solicitar Expedientes Clínicos.

 SECRETARÍA DE SALUD
COMISIÓN COORDINADORA DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD
SERVICIOS DE ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"

 **SALUD**
SECRETARÍA DE SALUD



15 DE ABRIL DEL 2019

JEFE ENCARGADO DEL ARCHIVO CLÍNICO DEL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ

Por medio del presente documento, le solicitamos a usted de la manera más atenta, me pueda proporcionar el censo del año 2018 - 2019 de pacientes con Diagnóstico al Alta de Trastorno Esquizoafectivo F25 de cualquier tipo (Depresivo, Maníaco o Mixto).

El motivo por el cual se realiza esta petición es debido a que el Médico Residente de Tercer año de Psiquiatría: **DR. GARDUÑO PÉREZ ALONSO** con Cédula Profesional: 10347475 y Número de Matrícula de la UNAM: 517231371, llevará a cabo un Protocolo de estudio sobre Frecuencia de Pacientes con Diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez en el periodo 2018-2019.

Por lo cual agradeceremos mucho su apoyo y sin otro asunto particular por el momento, aprovechamos la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente,


Dr. Alonso Garduño Pérez
Céd. Prof. 10347475


V. O. B. DR. HÉCTOR CABELLO RANGEL.
Jefe de la División de Auxiliares Diagnósticos; HPFBA