

# Manual para pacientes con **trastorno esquizoafectivo**

**Autor: Dr. Antonio Benabarre**

*Especialista del Servicio de Psiquiatría  
Hospital Clínic de Barcelona*

Es un material promovido  
por el Proyecto VIVE



Janssen-Cilag, S.A.



P.10290 XEP. LIBRO ESQUIZOAFECT PAC\_FAM

**Manual**  
para pacientes  
con **trastorno**  
**esquizoafectivo**



**EDITA:**  **Entheos**

©2012 GRUPO EDITORIAL ENTHEOS, S.L.U.  
Avda. Cerro del Águila, 2. Edificio 3 - Planta 4 - Puerta 11  
28703 San Sebastián de los Reyes. Madrid

**e-mail:** [entheos@editorialentheos.com](mailto:entheos@editorialentheos.com)

**Ilustraciones:** José Palacios Altares

**ISBN:** 978-84-695-6897-2

**D.L.:** M-7816-2013

Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

## Autores

### **Antonio Benabarre**

Especialista del Servicio de Psiquiatría.  
Hospital Clínic de Barcelona.

### *Colaboradores:*

### **Marcela Waisman Campos**

Médica especialista en Psiquiatría y Neurología Cognitiva. Coordinadora de investigaciones psicofarmacológicas en FLENI. Profesora en la Universidad de El Salvador y en la Universidad de Favaloro (Facultad de Medicina). Miembro del Capítulo de Psiquiatría Biológica de APSA y del CAPYN (Buenos Aires, Argentina).

### **Jaime Vengoechea**

Especialista en Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana. Especialista en Psiquiatría de Enlace, Pontificia Universidad Javeriana. Fundador y Presidente del Colegio Colombiano de Neuropsicofarmacología CCNP. Past-Presidente Colegio Latinoamericano de Neuropsicofarmacología CLANP. Miembro Activo Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicum CINP. Miembro Activo Comité Latinoamericano CINP. Miembro Fundador Asociación Colombiana del Sueño. Ex docente Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana. Docente Psicofarmacología, Clínica Nuestra Señora de La Paz, Bogotá.

### **Hernán Silva**

Profesor titular, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Maestro de la Psiquiatría Chilena. Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2011. Miembro de la Editorial Borrada de World Journal of Biological Psychiatry y de Asia Pacific Psychiatry.

### **Guillermo Dorado**

Médico especialista en Psiquiatría. Fellow del CINP. Profesor Adjunto Universidad de El Salvador y Universidad de Favaloro (Buenos Aires, Argentina). Profesor visitante de la Universidad Católica San Pablo (Santa Cruz de la Sierra, Bolivia). Profesor Universidad Cayetano Heredia (Lima, Perú).

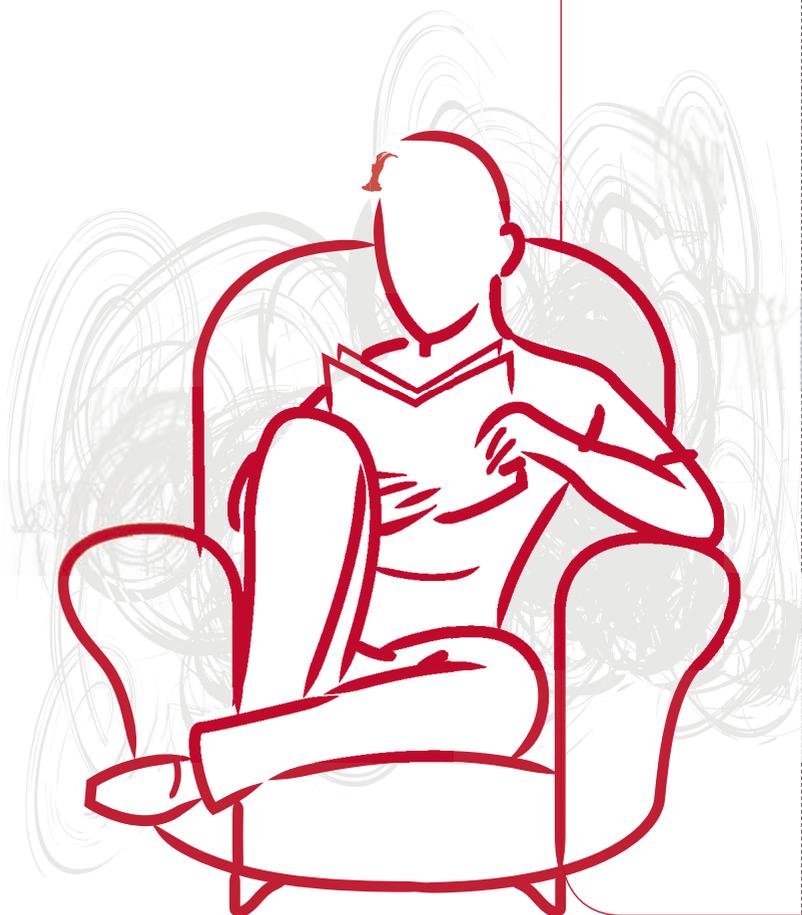
### **Gerardo García Bonetto**

Médico especialista en Psiquiatría. Licenciado en Psicología Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de Córdoba. Director de Investigaciones Clínicas en Instituto DAMIC de Córdoba. Presidente de la Asociación Argentina de Trastornos del Humor. Coordinador de la Sección Trastornos Bipolares AAP. Miembro de la ISBD.

# Índice

<b>Prólogo</b> .....	<b>7</b>
<b>Introducción</b> .....	<b>9</b>
<b>Causas</b> .....	<b>10</b>
<b>Inicio</b> .....	<b>11</b>
<b>Clínica</b> .....	<b>12</b>
Depresión .....	13
Hipomanía y manía .....	14
Psicosis .....	17
Fases mixtas .....	19
<b>Estrategias frente a un nuevo episodio</b> .....	<b>19</b>
¿Qué hacer ante una descompensación maníaca? .....	19
¿Qué hacer ante una descompensación depresiva? .....	20
<b>Razones principales de no adherencia al tratamiento</b> .....	<b>20</b>
<b>Factores asociados a la no adherencia</b> .....	<b>21</b>
<b>Razones principales de recaída</b> .....	<b>22</b>
<b>Recomendaciones para dormir mejor</b> .....	<b>23</b>
<b>Trastorno esquizoafectivo y familia</b> .....	<b>23</b>
<b>Diagnóstico diferencial con trastornos bipolares</b> .....	<b>25</b>
<b>Curso de la enfermedad</b> .....	<b>28</b>
<b>Tratamiento</b> .....	<b>29</b>
Recomendaciones a cumplir respecto a la medicación .....	30
Modelos de intervención psicológica .....	30
Tratamiento farmacológico del trastorno esquizoafectivo .....	31
Necesidad de un tratamiento individualizado .....	37
Uso de medicamentos en el embarazo y la lactancia .....	38
<b>Caso clínico</b> .....	<b>39</b>
<b>Bibliografía</b> .....	<b>43</b>

## Prólogo



*Las enfermedades mentales, aunque con frecuencia complejas y provistas de un halo de misterio o incluso tabú, se engloban desde hace muchas décadas dentro del conocimiento médico científico. Ello significa que sus manifestaciones se pueden agrupar en signos y síntomas, y éstos en síndromes y trastornos, con distintos pronósticos y tratamientos. Comprobar que las sensaciones que experimenta el paciente o los fenómenos que observan sus familiares se corresponden con signos y síntomas puede ayudarles a sentir que no están solos, que lo que les sucede es conocido por la medicina y que, con el adecuado tratamiento y soporte, pueden mejorar.*

*Los objetivos de este manual son aportar información relevante al paciente y a la familia acerca de la enfermedad y brindarles recursos útiles para mejorar la adherencia al tratamiento y prevenir o disminuir la frecuencia de nuevos episodios. No sustituye el consejo de su psiquiatra.*

*El diagnóstico temprano y el tratamiento adecuado tienen como objetivo disminuir los síntomas, evitar y prevenir las recaídas y recurrencias, y por lo tanto modificar el curso de la enfermedad. Aún queda mucho camino por recorrer, pero en este capítulo trataremos de arrojar algo de luz para que todos hablemos el mismo idioma y nos demos cuenta que viajamos al mismo sitio: **la mejor calidad de vida del paciente.***

# Manual para pacientes con **trastorno esquizoafectivo**



## Introducción

Algunas de las palabras que empleamos los especialistas en salud mental han trascendido al lenguaje popular, aunque no siempre queremos decir lo mismo. Por ello hemos creído conveniente aclarar algunos términos antes de explicar con más detalle los síntomas.

El trastorno esquizoafectivo es una enfermedad mental caracterizada por episodios recurrentes de alteraciones del ánimo y psicosis. Entendemos la psicosis como un conjunto de síntomas que implican un distanciamiento de la realidad (alucinaciones, creencias y sensaciones extrañas, desorganización de la conducta y del pensamiento). El ánimo se define como *“la emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo”*. Estamos hablando por tanto de un trastorno que afecta aspectos fundamentales del funcionamiento mental como son la noción de realidad y las propias emociones en su cualidad y estabilidad, y que lo hace de forma episódica, con períodos de mejoría y recaídas. Asimismo, en el trastorno esquizoafectivo, la psicosis y los cambios en el estado anímico pueden ocurrir conjuntamente o solos. Es, por lo tanto, una entidad en la que se observan una gran variedad de manifestaciones clínicas.

Presenta una base biológica compleja que actualmente se continúa estudiando, ya que la causa exacta se desconoce. La enfermedad afecta a millones de personas en el mundo y se manifiesta a través de una amplia variedad de síntomas y el tratamiento farmacológico específico, combinado en caso de ser necesario con terapia, son el mejor recurso para que la persona afectada recupere su autonomía y tener una mejoría en su calidad de vida.

Su presentación es variable, generalmente una combinación de los siguientes episodios de manera alternativa, concurrente o concomitan-

te: depresión, hipomanía, manía y psicosis. Por lo tanto, no se presentan los mismos síntomas en todos los pacientes.

Trataremos de explicarlas de modo comprensible, para proporcionar al paciente y su entorno un mayor conocimiento y, con ello, un marco de mayor seguridad y confianza. Conocer los síntomas debe, por tanto, ayudarles a sentir que lo que sucede no es extraño. Asimismo, debe favorecer la detección precoz de descompensaciones, con el objetivo de evitar un empeoramiento clínico, minimizar el sufrimiento y la alteración de la vida cotidiana así como evitar hospitalizaciones, facilitando la comunicación con los terapeutas.

### Causas

Describir la causa de las enfermedades psiquiátricas puede no resultar simple, las hipótesis se centran en la desregulación entre varios sistemas de neurotransmisión, o sea en los sistemas de comunicación neuronal que participan en un rol esencial para el adecuado funcionamiento cerebral, incluyendo los movimientos, sensaciones, emociones y memoria.

Probablemente la conjunción de factores genéticos o hereditarios, que alteran la neurotransmisión cerebral, unida a factores desencadenantes actuales, activan o exacerban los síntomas.

Es importante que tanto el paciente como la familia identifiquen adecuadamente los síntomas para colaborar directamente con el tratamiento y para disminuir el impacto de la enfermedad en la vida cotidiana. Aún no sabemos cuántos y cuáles son los genes que pueden contribuir a una enfermedad mental, pero sí que las enfermedades mentales comparten determinadas alteraciones genéticas.

### Inicio

Generalmente se presenta hacia los 20-30 años, en algunos casos aparece en la infancia o en la adultez tardía. La frecuencia es igual en los dos sexos aunque las características de presentación pueden ser distintas. El inicio puede ser brusco pero generalmente es insidioso (no es posible definir un día determinado, sino que aparece la enfermedad progresivamente). Puede presentarse con aislamiento social, pérdida de interés en los estudios o en el trabajo, disminución del rendimiento general y alteraciones en el comportamiento (ejemplo: el deterioro en la higiene personal). La asociación entre los eventos estresantes de la vida y los factores del medio ambiente pueden actuar como precipitantes pero no siempre están presentes.

Las alteraciones primarias de la enfermedad se encuentran en el pensamiento y en el ánimo, modificándose luego las conductas del paciente, e implican un cambio en el funcionamiento previo. La aparición de conductas extrañas o las que enumeraremos a continuación corresponden a la fase activa y permiten detectar la enfermedad.



## Clínica

Una adecuada exploración clínica psiquiátrica fundamenta el diagnóstico. Se basa en los síntomas presentes, su duración y las consecuencias de esos síntomas en la vida cotidiana del paciente. Se realizan estudios complementarios (imágenes cerebrales, análisis de sangre y orina, etc.) para descartar otras enfermedades que puedan explicar el cuadro clínico.

La enfermedad se manifiesta con síntomas afectivos (manía, hipomanía, depresión) junto con síntomas psicóticos generalmente en forma de episodios: inician progresivamente y mediante el tratamiento culminan, aunque pueden persistir síntomas interepisódicos. La duración y los síntomas de cada episodio pueden ser variables.

La coexistencia de múltiples síntomas se agrava por la presencia de ansiedad secundaria que repercute directamente en el paciente y en las familias. Los cambios de humor no siempre son patológicos, sólo cuando constituyen un síntoma suficientemente intenso y persistente. La depresión y la manía son extremos opuestos de un espectro afecti-

vo, aunque a veces se presentan juntos y se conocen como estado del humor “mixto”. La manía puede presentarse en menor grado, conociéndose como “hipomanía”.

## Depresión

Solemos asociar la depresión con tristeza, y ésta es un componente fundamental, aunque no el único. En la depresión, la tristeza es vivida como “distinta” de la que se sufre por una pérdida de alguien cercano o por una gran decepción, llegándose a percibir en ocasiones de forma física, como una opresión en el pecho. Pero el estado de ánimo en una depresión no sólo puede ser triste, puesto que en ocasiones se acompaña de disforia (“mal humor”) e irritabilidad.

Se suele percibir una falta de energía, con dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas (“todo se hace una montaña”), y una menor capacidad para disfrutar de las cosas que habitualmente son placenteras, lo que llevará a renunciar a éstas y normalmente a permanecer poco activo o incluso en reposo la mayor parte del tiempo. Pese a disminuir sus actividades se siente cansado, e incluso pueden aparecer molestias físicas que no ceden con los tratamientos habituales. En casos graves podremos observar cómo el movimiento y el pensamiento se inhiben profundamente, se vuelven muy lentos. Habrá una tendencia al aislamiento social y a descuidar el aspecto e higiene.

El contenido del pensamiento se torna negativo, con baja autoestima e ideas de desesperanza y culpa. A menudo la persona deprimida se preocupa mucho acerca de cosas que para los demás pueden ser poco relevantes. En casos graves puede no ver salida a su situación, pensar con frecuencia en la muerte e incluso contemplar el suicidio; no hay que tener reparos a la hora de hablar de ello con el médico, puesto que se trata de síntomas, y como tal mejorarán con el tratamiento. Como ya he-



mos comentado, el ánimo deprimido puede acompañarse en algunos casos de síntomas psicóticos, como alucinaciones o ideas delirantes (que suelen ser de tono negativo, como creer que la ruina amenaza a uno y su familia, sentir una gran culpa y prever consecuencias desproporcionadas por acciones pasadas, pensar que el propio cuerpo no funciona correctamente...). Encontraremos también alteraciones del apetito (habitualmente disminución, con posible pérdida de peso) y del sueño (es común la presencia tanto de dificultades para lograr dormirse, como el despertar temprano sin lograr volver a conciliar el sueño), pero en ocasiones, que los psiquiatras llamamos “atípicas”, la persona puede tener más hambre y sueño del habitual. De acuerdo con la cantidad e intensidad de los síntomas la depresión puede ser: leve, moderada o grave.

### Hipomanía y manía

El ánimo exaltado suele clasificarse en hipomanía (síntomas más leves, que suelen alterar menos el funcionamiento diario) o manía (síntomas graves, que claramente dificultan las actividades y relaciones de la persona). Esta gradación es importante, puesto que si aprendemos a identificar los primeros síntomas de descompensación, esto es, la hipomanía (como empezar a dormir menos, estar algo más locuaz o desinhibido...), podremos prevenir el progreso a una fase maníaca franca.

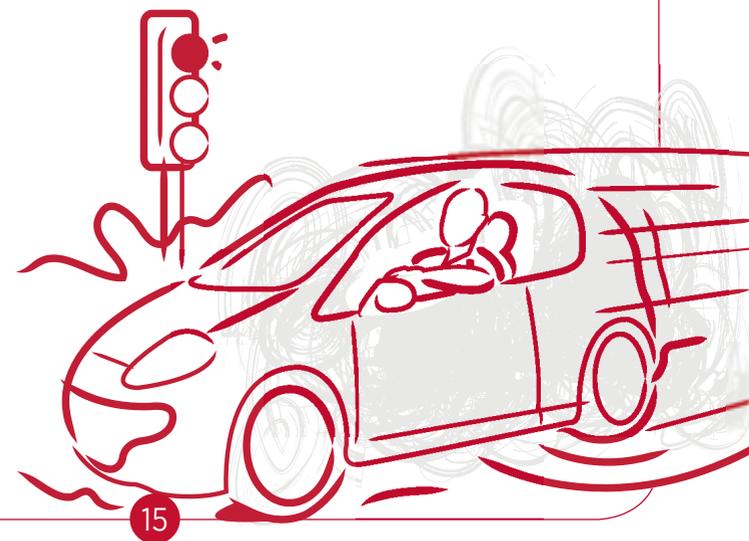
El estado de ánimo se encuentra elevado, con sensación de bienestar (a menudo los pacientes dicen encontrarse “mejor que nunca”, hecho que con frecuencia dificulta que comprendan que lo que les sucede puede ser patológico y requerir tratamiento), aunque suelen tener cambios bruscos de humor, pudiendo enfadarse mucho ante una mínima contrariedad, o pasar del llanto a la risa con gran facilidad.

Describiremos a continuación algunas características que podemos observar en los pacientes:

- Humor elevado: se muestran demasiado alegres o más de lo habitual, hacen bromas continuas y fuera de contexto, se sienten invencibles.
- Humor irritable: se irritan fácilmente, poniéndose agresivos, hostiles, con crisis de ira.
- Autoestima exagerada o sentimientos de grandiosidad: creen ser poderosos, ser mejores que el resto de la personas.

Otros síntomas que pueden estar presentes:

- Aumento de la actividad: siempre están buscando qué hacer, múltiples actividades de manera simultánea, inquietud.
- Exposición a riesgos: conductas desinhibidas, como conducir el auto a alta velocidad.
- Menor necesidad de dormir: duermen menos horas de lo habitual, sin manifestar cansancio.
- Distracción fácil o dificultades para concentrarse en las tareas: se muestran dispersos y desatentos.
- Más hablador de lo habitual: es una consecuencia de la aceleración del pensamiento, no dejan de hablar o no se los puede interrumpir.
- Aceleración de los pensamientos: la conversación puede ser difícil de seguir, por pasar de un tema a otro continuamente, ya que se agolpan muchas ideas en la cabeza y con gran velocidad.



La conducta a menudo es desinhibida e inapropiada (pudiendo resultar impertinentes, realizar bromas pesadas sin comprender que no sienten bien a los demás, vestir de forma muy llamativa, gastar dinero de forma desmesurada, mantener relaciones sexuales de forma promiscua...). Dado que las personas con exaltación del ánimo tienen dificultades para valorar las consecuencias de sus acciones, el comportamiento puede suponer un peligro para sí mismos y para los demás, lo que resalta la necesidad de cumplir con el tratamiento y, en ocasiones, puede requerir un ingreso hospitalario.

Ejemplos que relatan los pacientes:

*“Empiezo a interesarme por temas místicos o esotéricos”.*

*“Me pongo ropa de colores fuertes y me maquillo demasiado”.*

*“Soy tranquilo, pero cuando empiezo a acelerarme discuto hasta con las plantas”.*

*“Pierdo la timidez, y me expongo a situaciones de riesgo”.*



### Psicosis

La psicosis implica una alteración en el pensamiento y por lo tanto en la percepción de la realidad, ya sea a través de lo que llamamos delirios o por la presencia de alucinaciones. Denominamos síntomas positivos a fenómenos que aparecen como añadidos a la experiencia normal de la persona. Son percepciones, creencias y conductas anormales, que implican una pérdida de contacto con la realidad. No obstante, es importante resaltar que son vivenciados por la persona como algo completamente real, y que desde la lógica no se logrará convencer, por lo que debe evitarse la confrontación directa. Debemos aproximarnos al paciente más desde el padecimiento que puedan provocarle, facilitando así que pida ayuda. Sin embargo, aunque se trate de síntomas que nos puedan llamar mucho la atención por lo inusual, suelen responder favorablemente al tratamiento farmacológico.

Una alucinación consiste en percibir algo sin que ello realmente exista: se puede ver una persona, un animal u oír un ruido o voz que no se produjo. Estos disturbios sensorio-perceptivos pueden colocar al paciente en una situación crítica, en la que interpreta falsamente los hechos y crea ideas de cierto contenido que lo angustian.

Los delirios son creencias equivocadas basadas en una interpretación incorrecta de la realidad. Para el paciente tiene el carácter de una convicción absoluta, su contenido puede ser de diversos temas: sentirse perseguido u observado, creer tener poderes especiales, sentimientos extremos de culpa o ruina, pensar que mensajes especiales están ocultos en lugares comunes, creer que un agente externo controla los propios pensamientos y acciones, entre otras.

Existen distorsiones de los procesos normales del pensamiento, que se expresan en el lenguaje con desorganización: perder el hilo de la conversación, pasar de un tema a otro, hablar demasiado o muy poco, etc.

**Desorganización del pensamiento y la conducta:** en descompensaciones importantes se puede perder la coherencia del pensamiento, observándose un lenguaje inconexo y sin sentido, y la persona en momentos puede aparentar estar bloqueada o desconectada de su entorno. Ello derivará en una conducta errática, sin finalidad clara.

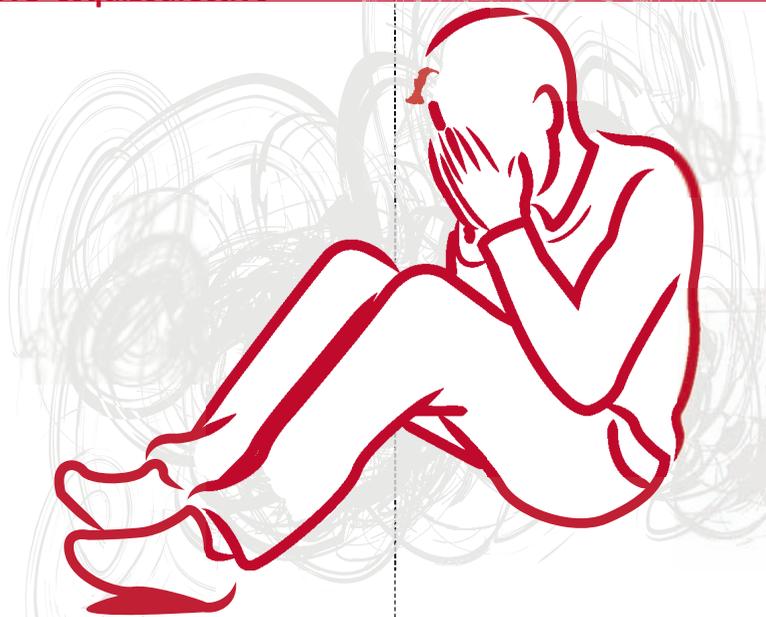
Cabe comentar que los síntomas que hemos citado pueden generar situaciones de importante angustia y miedo, que en ocasiones pueden llevar a la persona que los sufre a elaborar ideas de suicidio. Una vez más hay que destacar la importancia de detectar estos síntomas y corregirlos lo antes posible con un tratamiento adecuado.

Otro grupo de síntomas que se presentan en el contexto de un episodio psicótico son los síntomas negativos. A veces son difíciles de detectar porque llaman menos la atención que los síntomas positivos que describimos anteriormente. El grado en que estén presentes es variable, y siempre será importante diferenciar si son efectos secundarios del tratamiento, si se asocian con síntomas depresivos o positivos, o bien se presentan aislados y son inherentes a la enfermedad (los que llamamos “síntomas negativos primarios”).

Podemos destacar los siguientes:

**Alogia:** es la disminución de la productividad de la comunicación verbal (el lenguaje se vuelve “pobre”).

**Anhedonia:** consiste en una menor capacidad de disfrutar de las actividades.



**Apatía y abulia:** suelen definirse como una falta de motivación y constancia, y un desinterés generalizado.

**Aplanamiento afectivo:** se trata de una disminución en la expresividad emocional no verbal (podemos ver una cara poco expresiva, menor gesticulación, escaso contacto visual...).

**Asociabilidad:** es una pérdida de interés en las relaciones con las demás personas.

### Fases mixtas

Se trata de un estado en el que se mezclan características de la depresión y la manía, siendo frecuente encontrar irritabilidad y ansiedad, con pensamientos de contenido negativo pero acelerados, e hiperactividad.

### Estrategias frente a un nuevo episodio

#### ¿Qué hacer ante una descompensación maníaca?

- Acudir al psiquiatra.
- Aumentar las horas de sueño.
- Limitar el número de actividades y el ejercicio físico.
- Evitar el consumo de bebidas energéticas o excitantes.
- No realizar gastos de dinero ni tomar decisiones importantes.

### ¿Qué hacer ante una descompensación depresiva?

- Acudir al psiquiatra.
- No dormir más horas de las necesarias.
- Mantener las actividades diarias.
- No tomar decisiones importantes.

### Razones principales de no adherencia al tratamiento

La adherencia se ha definido como "el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de medicamentos, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las recomendaciones proporcionadas por el médico o personal sanitario, aceptadas de mutuo acuerdo" (Barofsky, 1978; NCCSDO, 2005).

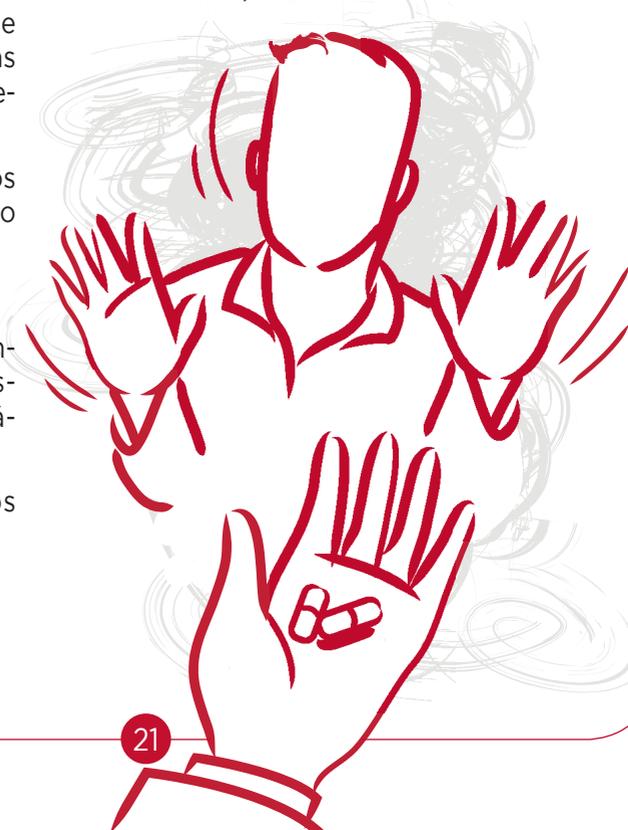
Es frecuente en esta enfermedad que los pacientes durante el transcurso del tratamiento tengan dificultades para asistir a las visitas profesionales, o dar información relevante y tomar adecuadamente la medicación, lo que llamamos: inadecuada adherencia al tratamiento terapéutico. Puede ser absoluta (rechazan todo el tratamiento), selectiva (rechazan una parte del tratamiento) o intermitente (períodos variables de no cumplimiento). En las enfermedades con evolución por episodios, y donde el tratamiento previene la recurrencia de los síntomas o disminuye su impacto, es necesario brindar información al paciente y alertar sobre los riesgos de la no adherencia; al comprender mejor su enfermedad podrían facilitar con ello el tratamiento.

La prevalencia de incumplimiento es variable, pero sí sabemos que aumenta la frecuencia de episodios, las hospitalizaciones, pérdida de días laborales, por lo tanto impacta directamente en la calidad de vida del

paciente. Es importante una implicación activa y voluntaria en el tratamiento aceptado de mutuo acuerdo, cuyo fin es producir un resultado terapéutico deseado.

### Factores asociados a la no adherencia

- Negar o minimizar el impacto de la enfermedad.
- Creer que uno mismo puede controlar la enfermedad.
- Inicio de un episodio hipomaniaco: puede ser primero la fase y luego el abandono del tratamiento, o al revés.
- Las creencias erróneas del paciente sobre la medicación: pensar que tomar la medicación es señal de debilidad, miedo a los efectos secundarios, a "depender de la medicación", pautas farmacológicas complejas de realizar.
- Mensajes inadecuados por desconocimiento del entorno.
- Buscar "la locura".
- Cambiar continuamente de psiquiatra buscando soluciones mágicas.
- Olvidos no deseados por el paciente.
- Consumo de tóxicos.



- Sentirse bien y pensar que ya no son necesarios los tratamientos.
- Pobre relación con su terapeuta.
- Ante la presencia de uno o varios de estos factores de no adherencia, el empleo de tratamientos orales de toma diaria en lugar de tratamientos de larga duración puede desencadenar más fácilmente una situación de no adherencia al tratamiento.
- Puede entender cada una de sus dudas conversando con su médico.

### Razones principales de recaída

La recaída, o sea el inicio de un nuevo episodio, ocurre con bastante frecuencia y hay que tenerlo en cuenta para utilizar la mejor terapia que evite o minimice el impacto en la vida diaria del paciente. Es importante detectar tempranamente el inicio de un episodio e intentar evitar severidad.

Todas las situaciones que configuran un desafío adaptativo implican cierto riesgo de recaída de los síntomas: estrés, situaciones de incertidumbre, situaciones que generan respuesta emocional negativa, etc. Entre las causas más frecuentes se encuentran:

- El consumo de alcohol o tóxicos ya que justamente potencian las alteraciones en los circuitos cerebrales, como explicamos anteriormente.



- Abandonar el tratamiento: dejar los controles médicos y/o la medicación aumenta las probabilidades de presentar dificultades en el control de un nuevo episodio.
- Variar la cantidad de horas habituales de sueño.

### Recomendaciones para dormir mejor

- Si tiene dificultades para dormir de noche, no duerma siesta.
- Es útil acostarse con su apetito satisfecho.
- No ingiera demasiado líquido antes de acostarse pues la necesidad de orinar lo puede despertar.
- No tome bebidas con cafeína (café, té, mate, bebidas cola) por la noche.
- El alcohol produce un efecto de rebote por el cual dormirá al principio pero se despertará unas horas después, evítelo.
- Vaya a la cama cuando esté cansado (no utilice la cama para mirar televisión, comer, etc.).
- Acuéstese y levántese si es posible siempre en los mismos horarios.

### Trastorno esquizoafectivo y familia

La enfermedad no sólo afecta al paciente sino también a la familia. Es importante, por lo tanto, que la familia sea parte del proceso terapéutico, acompañándole y apoyándole en los tratamientos especializados, en el cumplimiento del plan de medicación y en la concreción de los proyectos personales.

Las familias ante el diagnóstico pueden reaccionar de diferentes maneras:

- Minimizar la enfermedad: por desconocimiento o miedo.
- Mostrarse ambivalentes u oponerse al paciente: se acercan tratando de ayudar al paciente y cuando se sienten impotentes o inútiles se alejan e ignoran el problema para no verse afectados emocionalmente, aunque esto es imposible.
- Ocuparse de manera excesiva: la familia se vuelve hipersensible, se pierde espontaneidad.
- Sentirse culpables por la enfermedad.
- Cansarse de dar apoyo emocional o incluso económico.

La familia puede colaborar activamente en la evolución de la enfermedad:

- Hacer todo lo posible por conocer y entender la enfermedad.
- Pedir ayuda profesional frente a alguna situación que no puedan manejar en la familia.
- Cooperar con el tratamiento: preste atención a pequeños cambios de conducta.

Si la persona con trastorno esquizoafectivo no acepta recibir ayuda, puede ocurrir por temor a reconocer que tiene un trastorno, por vergüenza, por miedos relacionados al tratamiento, creer que nadie lo puede ayudar o que no lo necesita.

Otorgar información acerca de la enfermedad a quien la padece y los tratamientos posibles ayuda a acercarse a un tratamiento, pero siempre pida ayuda profesional

## Diagnóstico diferencial con trastornos bipolares

Realizar un diagnóstico diferencial es distinguir entre enfermedades que tienen una forma clínica común, síntomas y signos similares o una presentación parecida. Es una parte esencial de un proceso mayor que lo contiene: **“el proceso diagnóstico”**.

El diagnóstico en psiquiatría continúa siendo fundamentalmente un proceso de análisis clínico, donde los síntomas y signos que presenta el paciente ocupan el lugar preponderante.

Nunca será suficiente insistir en la necesidad de un diagnóstico correcto en medicina general y en la psiquiatría en particular.

No es un preciosismo académico: un tratamiento racional es la continuación de un diagnóstico correcto. El diagnóstico diferencial será necesario para establecer la mejor terapéutica para el paciente concreto.



Entonces, será particularmente sensible en todos aquellos casos en que existen síntomas comunes a diferentes cuadros clínicos. Debemos destacar particularmente la necesidad de una adecuada diferenciación entre:

- Trastornos bipolares.
- Esquizofrenias.
- Cuadros del espectro afectivo como el episodio depresivo mayor con características psicóticas.
- Enfermedades médicas o por intoxicación con sustancias.

Analizar las evidencias para cada uno de estos modelos excede la propuesta de este manual. Sólo se hace mención a estos modelos para poner de manifiesto las dificultades intrínsecas a la naturaleza del problema y la posibilidad de que algunos pacientes a lo largo de la evolución de su enfermedad reciban distinto diagnóstico psiquiátrico.

Se reconocen dos tipos de trastorno esquizoafectivo:

- **Tipo bipolar:** si la alteración incluye un episodio maníaco o mixto y episodios depresivos mayores.
- **Tipo depresivo:** si la alteración sólo incluye episodios depresivos mayores.

El primer tipo tiene una presentación más semejante al trastorno bipolar. En el trastorno esquizoafectivo los síntomas psicóticos tienen una preponderancia central.

En el siguiente párrafo nos centraremos en el diagnóstico diferencial entre ambas patologías, resumiendo las diferencias entre ambos trastornos en la siguiente tabla:

### Trastorno esquizoafectivo vs. trastorno bipolar

En el trastorno esquizoafectivo:

- Los episodios psicóticos son frecuentes y más prolongados<sup>1</sup>.
- Los delirios son más frecuentes en la primera presentación<sup>2</sup>.
- Peor evolución global (el tipo maníaco puede tener mejor curso que el subtipo deprimido)<sup>1,4</sup>.
- Menor respuesta a medicamentos estabilizadores del ánimo<sup>3</sup>.
- Mayor probabilidad de antecedentes familiares de esquizofrenia<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Ghaemi SN. Mood Disorders: A Practical Guide, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2008.

<sup>2</sup>Abrams DJ, et al. Neuropsychiatr Dis Treat 2008; 4 (6): 1089-1109.

<sup>3</sup>Malhi GS, et al. Bipolar Dis 2008; 10 (1 pt 2): 215-230.

<sup>4</sup>Kendler KS, et al. Am J Psychiatry 1995; 152 (5): 755-764.

Existe en la actualidad, en proceso, un nuevo modelo de sistema de diagnóstico combinado, dimensional y por categorías, para los pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo, acompañado por resultados cuantitativos en cinco dimensiones principales: síntomas de psicosis, síntomas llamados negativos, deterioro cognitivo, depresión y manía. Las dimensiones serán evaluadas en una escala de 0-4 en sección transversal, con la evaluación de la gravedad sobre la base de un mes. La gravedad relativa de los síntomas a través de estos dominios varía en el curso de la enfermedad y en los pacientes.

En cuanto a la esquizofrenia: se representa como mayor presencia de psicosis, síntomas negativos y deterioro cognitivo; mientras que la manía y depresión aparecen en menor medida.

En pacientes con trastorno bipolar predominan los síntomas de manía, depresión y psicosis, mientras que en menor medida encontramos los síntomas negativos y deterioro cognitivo.

En pacientes con trastorno esquizoafectivo se trata de una situación intermedia entre las dos anteriores, pues presenta los cinco síntomas en similares proporciones.

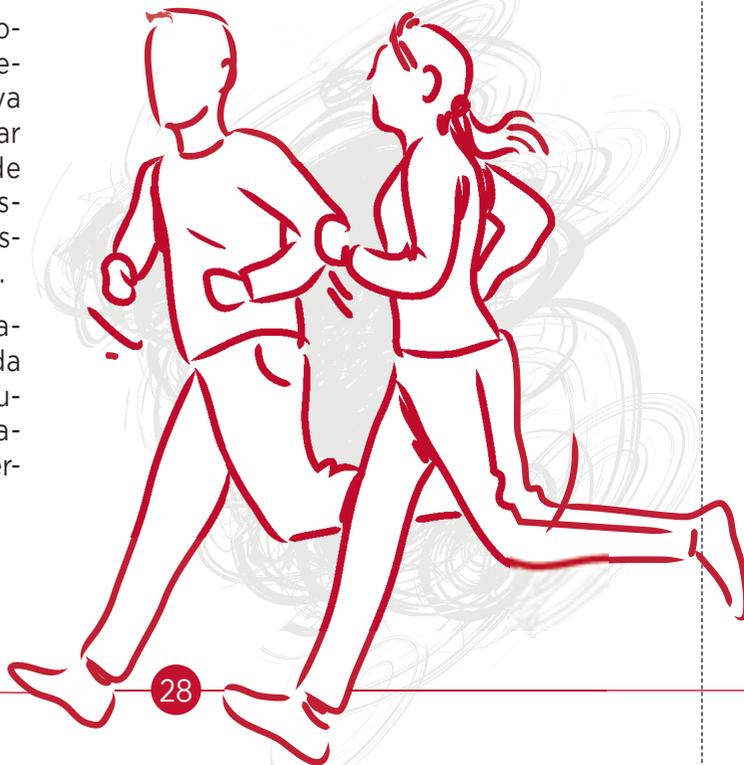
La adición de dimensiones allana el camino para un diagnóstico en psiquiatría y se presenta en un manual de clasificación (DSM-IV) que proporciona criterios diagnósticos y busca aumentar la fiabilidad de los diagnósticos de manera consensuada según los conocimientos actuales en este campo.

### Curso de la enfermedad

El curso es variable, algunos pacientes sufren episodios de exacerbaciones o remisiones y otros permanecen crónicamente enfermos. Cuando los síntomas son significativos es necesario hospitalizarlos.

Es importante monitorear la salud física general del paciente, ya que pueden presentar mayor frecuencia de patología cardiovascular, metabólica, respiratoria e infecciosa.

Para prevenir alteraciones se recomienda un estilo de vida saludable, con alimentación equilibrada y ejercicio físico regular.



### Tratamiento

La temprana identificación y la implementación de estrategias terapéuticas adecuadas son importantes para regular rápidamente los síntomas y sus consecuencias en la vida cotidiana. Una vez realizada la evaluación inicial se planearán las intervenciones terapéuticas basadas en modelos integrativos. La intención del tratamiento es facilitar la recuperación, adaptar al paciente a su nueva realidad, compensar las dificultades, resolver problemas y también entrenar, motivar y educar al paciente y a su familia. La estabilidad que ofrece la medicación a los pacientes que presentan una enfermedad mental adecuadamente diagnosticada y tratada, *versus* las implicancias y riesgos de no tratarla (deterioro en la calidad de vida, retraimiento social, suicidio, etc.) es indiscutible.

Los síntomas observados se pueden tratar y reducir desde el inicio de la enfermedad a través de fármacos. Los antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos son los principales a utilizar dependiendo del episodio actual del paciente. Los fármacos deben ser eficaces para tratar la fase aguda y para disminuir la recurrencia de los episodios. Es necesario complementar el tratamiento farmacológico con abordajes psicológicos como la terapia cognitiva (conductual, el entrenamiento en habilidades sociales, la psicoeducación, la rehabilitación cognitiva y la intervención familiar).

Sólo en caso de necesidad se requiere la hospitalización para la seguridad del paciente y del ambiente que lo rodea.

La psicoeducación intenta proporcionar un marco teórico y práctico para que tanto el paciente como la familia puedan comprender y abordar la enfermedad, colaborando activamente en el tratamiento. Esta intervención puede ser individual o grupal. La detección e inter-

vención temprana al inicio de un episodio nuevo mejora la evolución y disminuye el impacto en la calidad de vida del paciente y su entorno.

Los médicos deben explicar los efectos de los fármacos y las limitaciones de los mismos, brindando expectativas reales que se puedan obtener y los plazos de tiempo para evaluar la eficacia de los mismos. Los estudios actuales buscan fármacos más eficaces y mejor tolerados, pero en el caso de presentar un evento adverso consulte con su médico antes de actuar.

### Recomendaciones a cumplir respecto a la medicación

- Realice todas las preguntas necesarias a su médico, éste le dará respaldo y aliviará sus miedos.
- Si alguna indicación terapéutica le resulta compleja, explíquese a su médico y juntos buscarán alternativas.
- No modifique ni salte la toma de la medicación.
- Cuando los síntomas se atenúen o desaparezcan no interrumpa el tratamiento, consulte a su médico acerca de los plazos que estime necesarios para el tratamiento.

### Modelos de intervención psicológica

- Modelo de tratamiento comunitario.
- Empleo protegido para la rehabilitación laboral.
- Intervenciones familiares psicoeducativas.
- Entrenamiento en habilidades sociales.
- Terapia cognitivo-conductual.



- Tratamiento integrado para pacientes con diagnóstico dual (trastorno esquizoafectivo y consumo de sustancias).

Los tratamientos psicológicos se centran:

- Efectos de la adaptación a las experiencias psicóticas.
- Prevención de recaídas.
- Cumplimiento del tratamiento.
- Potenciar las relaciones interpersonales.
- Adquisición de habilidades para la vida independiente.
- Reducción del estrés.
- Reducción de la carga familiar.

Para esto es importante establecer como objetivo el establecimiento de una relación terapéutica sólida y segura.

### Tratamiento farmacológico del trastorno esquizoafectivo

Los estudios sobre el tratamiento farmacológico de los pacientes con trastorno esquizoafectivo son escasos. La mayor parte de los estudios

se han efectuado en pacientes con esquizofrenia, los que han incluido casos que cumplen con los criterios diagnósticos para trastorno esquizoafectivo. Las recomendaciones se basan en los resultados obtenidos en ese subgrupo de pacientes específico, o por extrapolación de los resultados obtenidos en pacientes esquizofrénicos o en pacientes afectivos con psicosis. Sin embargo, recientemente algunos tratamientos han realizado o están realizando estudios clínicos específicos en pacientes exclusivamente con trastorno esquizoafectivo, lo que ha permitido conocer con mayor exactitud los resultados esperables en esta población y desarrollar la indicación para el tratamiento de esta patología.

Por la diversidad de síntomas presentes en los pacientes con trastorno esquizoafectivo, los medicamentos más empleados son de tres clases: antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y antidepresivos.

### Antipsicóticos

Los más empleados son los antipsicóticos de segunda generación, los que tienen menor riesgo de producir síntomas extrapiramidales (rigidez, temblor, síndrome parkinsoniano), en contraste con los antipsicóticos clásicos o neurolépticos.

La paliperidona, antipsicótico de liberación prolongada, es el único tratamiento que ha sido estudiado específicamente en pacientes con trastorno esquizoafectivo, demostrando buena respuesta. Por ello es el primer y único antipsicótico hasta el momento que ha sido aprobado para el tratamiento del trastorno esquizoafectivo, tanto en monoterapia como junto a estabilizadores del ánimo y/o antidepresivos.

Es un medicamento bien tolerado siendo insomnio, parkinsonismo, acatisia, sedación/somnolencia y cefalea algunos efectos adversos frecuentes, aunque los tratamientos pueden presentar además otros. Para más información en relación a efectos adversos, por favor consultar el prospecto. En contraste con otros antipsicóticos, la paliperidona presenta metabolismo hepático limitado y es por lo tanto menos probable que cause alteraciones hepáticas en pacientes que reciben múltiples medicaciones.

Paliperidona también está disponible como tratamiento de larga duración de administración mensual. La administración mensual permite mantener niveles de fármaco en sangre más estables que las formulaciones diarias de toma oral, resultando en un perfil de tolerabilidad y efectos adversos más favorable.

La risperidona ha sido estudiada tanto en su efecto a corto como a largo plazo, con buenos resultados. Es un medicamento que generalmente se emplea por vía oral de toma diaria, pero existe en una formulación inyectable de larga duración. En general es bien tolerada, aunque puede inducir aumento leve de peso y elevación de prolactina, que en ocasiones puede conllevar la aparición de efectos adversos.

La risperidona de acción prolongada ha sido ampliamente estudiada, y está especialmente indicada en pacientes con escaso cumplimiento de las indicaciones, o con tendencia a abandonar los tratamientos.

La olanzapina también ha demostrado buenos resultados al emplearla en el corto y largo plazo. Su eficacia parece ser similar a la de la risperidona y su principal efecto secundario es el aumento de peso y los problemas metabólicos.



La ziprasidona también ha sido estudiada a corto y largo plazo en pacientes con esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo, demostrando un efecto positivo. Tiene la ventaja de inducir menor aumento de peso.

La quetiapina es un antipsicótico ampliamente estudiado en pacientes bipolares. Ha demostrado ser eficaz especialmente en el control de los síntomas depresivos. Tiene una escasa frecuencia de efectos extrapiramidales y tendencia a producir aumento de peso y sedación.



El aripiprazol es un antipsicótico de segunda generación con un mecanismo de acción diferente al resto. Ha demostrado ser eficaz en el tratamiento de pacientes con trastorno esquizoafectivo. No se asocia a aumento de peso significativo o a excesiva elevación de prolactina, aunque ocasionalmente puede producir insomnio.

La clozapina es un antipsicótico de elevada potencia y que ha demostrado eficacia en cuadros resistentes a otros tratamientos. Su principal limitación es que puede producir agranulocitosis (disminución de glóbulos blancos) en un bajo porcentaje de casos (0,04%), por lo que requiere el empleo de exámenes de sangre (hemogramas) periódicos por seguridad. Debido a estos controles periódicos y el potencial problema de seguridad de agranulocitosis se emplea como último recurso cuando la respuesta a otros medicamentos ha sido insuficiente, y puede producir sedación, aumento de peso y salivación excesiva (sialo-

rra). Una propiedad llamativa de este medicamento es que puede reducir el riesgo de suicidio.

Los antipsicóticos convencionales, o neurolepticos, tienen eficacia sobre los síntomas psicóticos del trastorno esquizoafectivo, pero en general son menos eficaces sobre los síntomas anímicos que los antipsicóticos de segunda generación. Por otra parte, los importantes síntomas extrapiramidales y otros efectos adversos (sedación excesiva, problemas cognitivos, etc.) limitan su empleo.

### *Estabilizadores del ánimo*

Son medicamentos que reducen la intensidad y/o la recurrencia de los episodios maníacos o depresivos. El más tradicional es el litio, y en los últimos años se emplean cada vez más algunos anticonvulsivantes que han demostrado ser estabilizadores del ánimo.

Estos medicamentos, aunque no poseen indicación específica en el tratamiento de estos episodios en el trastorno esquizoafectivo, han demostrado utilidad en la práctica clínica, sin haber obtenido formalmente esta indicación. Para más información sobre las indicaciones específicas de estos medicamentos, por favor, consulten la página web de la Agencia Española del Medicamento (AEM): <http://www.aemps.gob.es/cima/fichasTecnicas.do?metodo=detalleForm>.

El litio es probablemente uno de los fármacos más estudiados en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo. Ha demostrado ser eficaz en la prevención de las fases afectivas, especialmente de las fases maníacas. Su empleo requiere la medición de sus niveles plasmáticos (litemias) periódicas y de la función renal, ya que se excreta por la orina y está contraindicado en casos de insuficiencia renal. Además ha demostrado que posee la capacidad de reducir el riesgo de suicidio.

La carbamazepina es un anticonvulsivante que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento a corto y largo plazo del trastorno esquizoafectivo. Reduce la frecuencia y duración de los episodios afectivos. Por inducir diversas enzimas hepáticas, siempre hay que evaluar las interacciones farmacológicas cuando se emplea asociado a otros medicamentos.

El ácido valproico es otro anticonvulsivante ampliamente utilizado en el tratamiento del trastorno bipolar y que parece ser eficaz en reducir la frecuencia e intensidad de las fases afectivas en el trastorno esquizoafectivo.

La lamotrigina también se emplea ampliamente en el tratamiento del trastorno bipolar y parece ser útil en el tratamiento del trastorno esquizoafectivo. Tiene la ventaja de ser bien tolerada, su instalación debe ser gradual para evitar el riesgo de reacciones dermatológicas.

El topiramato es otro fármaco que puede ser útil en el tratamiento de los trastornos esquizoafectivos.

Otros anticonvulsivantes como gabapentina o fenitoína también han demostrado utilidad en algunos casos.

El clonazepan es una benzodiazepina de alta potencia con efecto anticonvulsivante que con frecuencia se emplea asociada a otros medicamentos como estabilizadores del ánimo o antipsicóticos, para el control de síntomas ansiosos o en los períodos de agitación del trastorno esquizoafectivo.

### **Antidepresivos**

El empleo de antidepresivos, especialmente de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) o de duales como venlafaxina, es útil en algunos pacientes esquizoafectivos y en algunos períodos de la enfermedad.

Pueden ayudar en la mejoría de la sintomatología depresiva, pero en algunos casos pueden exacerbar los síntomas psicóticos o aumentar la inestabilidad del ánimo. Por lo tanto, su empleo debe ser cuidadoso y en general asociado a estabilizadores del ánimo y/o a antipsicóticos.



### **Necesidad de un tratamiento individualizado**

El tratamiento debe considerar las características clínicas de cada paciente individual. Si bien existen estudios en pacientes esquizoafectivos que pueden orientar el tratamiento, mucha de la evidencia para tratar los síntomas psicóticos, maníacos o depresivos, deriva de estudios efectuados en pacientes bipolares o esquizofrénicos.

El tratamiento debe tener como objetivos tratar el episodio actual y prevenir la aparición de episodios futuros. Es recomendable distinguir entre los subtipos bipolar y depresivo dentro del trastorno esquizoafectivo, ya que dicha distinción ayuda a orientar el tratamiento farmacológico.

En el subtipo bipolar, en el que la psicosis y los síntomas maníacos son prominentes, es recomendable el empleo de antipsicóticos. Los datos

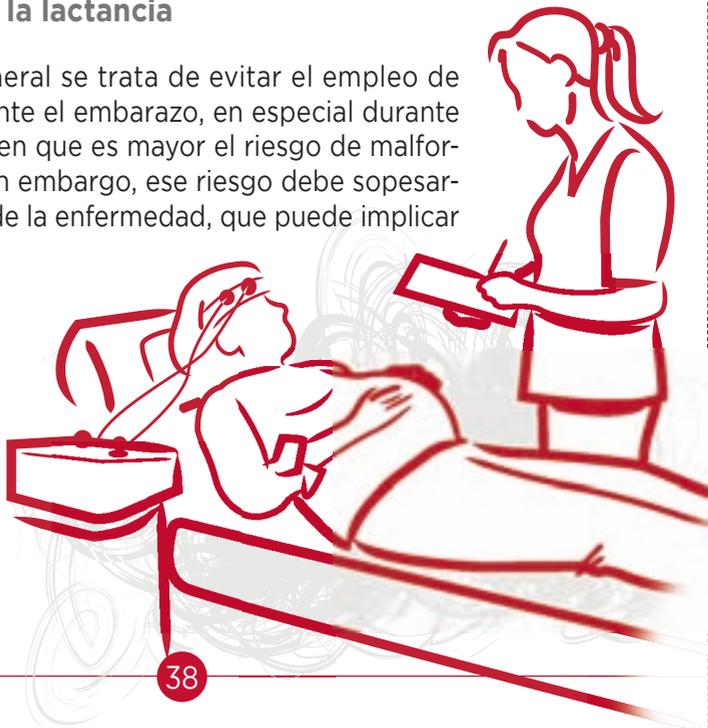
obtenidos en pacientes bipolares sugieren el empleo de un antipsicótico atípico o de segunda generación y de un estabilizador del ánimo como tratamiento de primera línea. Este mismo esquema es recomendable para el mantenimiento junto a la psicoeducación. El empleo de antidepresivos dependerá de cada caso en particular.

En el subtipo depresivo la combinación de un antipsicótico atípico junto a un antidepresivo y a un estabilizador del ánimo puede ser la mejor alternativa terapéutica, junto a la psicoeducación.

Los casos refractarios pueden requerir el empleo de terapia electroconvulsiva o de clozapina. Asimismo, cuando hay elevado riesgo de suicidio se puede considerar el empleo de litio o clozapina, ya que permiten disminuir ese riesgo.

### Uso de medicamentos en el embarazo y la lactancia

Como principio general se trata de evitar el empleo de psicofármacos durante el embarazo, en especial durante el primer trimestre, en que es mayor el riesgo de malformaciones fetales. Sin embargo, ese riesgo debe sopesarse con la gravedad de la enfermedad, que puede implicar peligro de suicidio y de elevado estrés que también puede ser nocivo para el feto. Cuando es indispensable el empleo de medicamentos, el médico recurrirá a



aquellos que tienen menos riesgos para el embrión. Hay bases de datos, en permanente actualización, que ponderan dichos riesgos. En general, la decisión de usar o no fármacos durante el embarazo debe ser tomada en conjunto con la paciente y con su familia. Una alternativa bastante segura en ese período es la terapia electroconvulsiva.

Lo mismo vale para el período de lactancia, ya que muchos medicamentos pasan a la leche materna. En tal caso hay que evaluar la necesidad de suspender la lactancia materna para administrar medicamentos, ya que el período puerperal es un momento de particular vulnerabilidad para la descompensación de estos cuadros.

### Caso clínico

A modo ilustrativo, ofrecemos un breve caso clínico con lo que podría ser la historia natural de un paciente con trastorno esquizoafectivo. Como hemos comentado, la clínica y la evolución son muy variables, con lo que debemos tomar el caso que sigue como un simple ejemplo.

La señora M, de 38 años de edad, era una persona definida por sus allegados como introvertida, tranquila, responsable y trabajadora. Su madre tuvo un trastorno depresivo recurrente, y una tía materna fue diagnosticada de esquizofrenia. Entre sus antecedentes médicos destacaba una hipertensión arterial que controlaba con fármacos. No consumía tóxicos.

Consultó por primera vez al psiquiatra a los 20 años, tras presentar ansiedad e insomnio en contexto de problemas en el trabajo, por lo que recibió tratamiento con benzodiazepinas durante unos meses, con buena respuesta. A los 28 años presentó un episodio de ánimo exaltado, con aumento de la energía, disminución de la necesidad de

dormir e implicación en multitud de actividades; se mostraba asimismo muy sociable y se interesó por cosas que nunca le habían llamado la atención.

Su conducta se fue alterando progresivamente, con conductas de riesgo cada vez más frecuentes, su ánimo se tornó más irritable y comenzó a expresar pensamientos extraños, principalmente relacionados con la idea que ella era una enviada de Dios con una misión que cumplir, y que éste se comunicaba con ella a través de sus pensamientos y mediante señales diversas. Finalmente, su familia logró que acudiese a urgencias de psiquiatría, y allí se procedió a su ingreso para estudiarla y tratarla.

Se realizaron análisis de sangre y pruebas de imágenes cerebrales, que no demostraron anomalías. Se inició tratamiento con fármacos estabilizadores del humor y antipsicóticos, con lo que su estado de ánimo se normalizó y disminuyó la intensidad de los síntomas psicóticos, lo que permitió que fuese dada de alta con control ambulatorio.

Tras el alta, su estado de ánimo se mantuvo estable, si bien persistieron de forma más o menos larvada las ideas místicas y religiosas que presentó previo al ingreso, aunque no implicaron alteraciones de conducta ni angustia relevantes, por lo que la paciente mantuvo un trabajo estable y un nivel aceptable de actividades.

La persistencia de los delirios sin alteraciones del ánimo acompañantes llevó a reconsiderar el diagnóstico, cambiando éste al de trastorno esquizoafectivo, tipo bipolar. Recibió diversos tratamientos antipsicóticos, que disminuyeron los síntomas, pero persistieron levemente ciertas ideas extrañas.

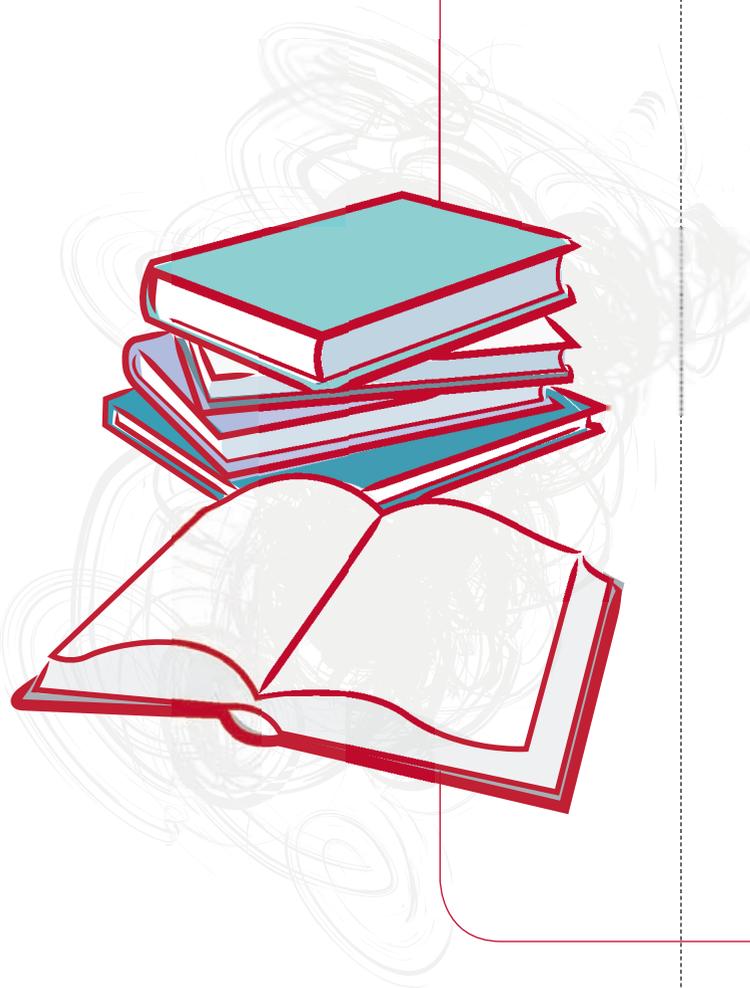
A los 30 años, tras abandonar la medicación antipsicótica (olanzapina), según la paciente porque ya estaba bien y por referir sentirse de-

masiado sedada, presentó un nuevo episodio de exaltación del ánimo y se exacerbaron las ideas y conductas extrañas, por lo que requirió nuevamente ingreso hospitalario. Se indica nuevamente antipsicóticos, teniendo en cuenta la falta de adherencia al tratamiento farmacológico previo; se decide trabajar sobre esto durante su ingreso e indicar otro fármaco, que luego nos dé la posibilidad de administración mensual (paliperidona) para facilitar la aceptación de la paciente y minimizar la posibilidad de nuevas descompensaciones severas. La paciente mejoró sustancialmente y fue dada de alta. Desde entonces ha permanecido estable, salvo por un período breve de exaltación del humor que fue tratado con prontitud, por lo que no requirió ser hospitalizada.

La señora M continúa acudiendo a las visitas ambulatorias, mantiene un trabajo estable y los pensamientos y sensaciones extrañas se mantienen ausentes desde su última hospitalización.



## Bibliografía



1. Ficha técnica de Invega.
2. Ficha técnica de Xeplion.
3. Ficha técnica de Risperdal oral.
4. Ficha técnica de Risperdal Consta.
5. Ficha técnica de Zyprexa.
6. Ficha técnica de Zeldox.
7. Ficha técnica de Seroquel.
8. Ficha técnica de Abilify.
9. Ficha técnica de Leponex.
10. Ficha técnica de Plenur.
11. Ficha técnica de Tegretol.
12. Ficha técnica de Depakine.
13. Ficha técnica de Lamictal.
14. Ficha técnica de Topamax.
15. Ficha técnica de Neurontin.
16. Ficha técnica de Epanutin.
17. Ficha técnica de Rivotril.
18. Ficha técnica de Vandral.
19. Abrams DJ, Rojas DC, Arciniegas DB. Is schizoaffective disorder a distinct categorical diagnosis? A critical review of the literature. *Neuro-psychiatr Dis Treat* 2008; 4 (6): 1089-1109.
20. Vázquez G, Strejilevich S, García Bonetto G, Cetkovich-Bakmas M, Akiskal H. Trastornos bipolares. Conceptos clínicos, neurobiológicos y terapéuticos. Ed. Médica Panamericana, 2006.
21. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
22. Benabarre A, et al. Trastornos esquizoafectivos. Ed. Espaxs, 2007.

23. Correa E, Silva H, Risco L. Trastornos bipolares. Ed. Mediterráneo, 2008.
24. Ghaemi SN. Mood Disorders: A Practical Guide, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer, 2008.
25. Ghaemi SN. The Concepts of Psychiatry: A pluralistic approach to the mind and mental illness. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press, 2003.
26. Jäger M, Becker T, Weinmann S, Frasch K. Treatment of schizoaffective disorder – a challenge for evidence-based psychiatry. *Acta Psychiatr Scand* 2010; 121: 22-32.
27. Kane JM, Leucht S, Carpenter D, Docherty JP. Expert consensus panel for optimizing pharmacologic treatment of psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 2003; 64 (Suppl 12): 4-100.
28. Kane JM. An evidence-based strategy for remission in schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 2008; 69 (Suppl 3): 25-30.
29. Kantrowitz JT, Citrome L. Schizoaffective disorder. A review of current research themes and pharmacological management. *CNS Drugs* 2011; 25 (4): 317-331.
30. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, Walsh D. Examining the validity of DSM-III-R schizoaffective disorder and its putative subtypes in the Roscommon Family Study. *Am J Psychiatry* 1995; 152 (5): 755-76.
31. Malhi GS, Green M, Fagiolini A, et al. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations. *Bipolar Disorders* 2008; 10 (1pt2): 215-230.
32. Murru A, Pacchiarotti I, Nivoli AMA, Bonnin CM, Patrizi B, Amann B, Vieta E, Colom F. Rates and clinical correlates of treatment non adherence in schizoaffective bipolar patients. *Acta Psychiatr Scand* 2012; 125: 412-418.
33. Peralta V, Cuesta MJ. Exploring the borders of the schizoaffective spectrum: a categorical and dimensional approach. *J of Affective Disorders* 2008; 108: 71-86.
34. Vieta E. Developing an individualized treatment plan for patients with schizoaffective disorders: From pharmacotherapy to psychoeducation. *J Clin Psychiatry* 2010; 71 (Suppl 2): 14-19.
35. Vieta E, et al. La enfermedad de las emociones. El trastorno bipolar. Ed. Ars Medica, 2004.