

# Esquizofrenia y estados afines

## Introducción

Tradicionalmente se ha considerado la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos como un problema propio del comienzo de la edad adulta, y se ha prestado poca o escasa atención a los trastornos psicóticos del anciano. Se ha calculado que la proporción de estudios sobre la esquizofrenia en jóvenes y ancianos es de 16 a 1<sup>1</sup>. Por otra parte, el aumento de la esperanza de vida ha incrementado también la longevidad de los pacientes con esquizofrenia, poniendo de relieve los problemas clínicos, asistenciales y terapéuticos de estos trastornos. Por ejemplo, en el plano terapéutico, la eficacia de los fármacos antipsicóticos o neurolépticos está fuera de toda duda. Sin embargo, su empleo en ancianos presenta riesgos iatrogénicos notables, como la presentación de discinesia tardía. En la esfera asistencial, la discapacidad resultante de los trastornos psicóticos se ve potenciada en el anciano por la coincidencia con otras causas de incapacidad, como enfermedades neurológicas o cardiopatías, y por la falta de una red social de apoyo, por lo que con frecuencia resulta en la institucionalización del paciente. A su vez, la institucionalización, como en el caso de la enfermedad de Alzheimer, comporta numerosos problemas asociados, entre los que podemos citar el aumento de costes sociales, o la necesidad de tratamiento psiquiátrico especializado en las instituciones o residencias.

Se recogen las entidades nosológicas que engloban la mayoría de los trastornos psicóticos que pueden presentarse en el anciano. La prevalencia global de los mismos alcanza un 4%, aunque en las residencias de ancianos puede alcanzar hasta un 21%, según distintos estudios<sup>2</sup>. Considerando las enfermedades psiquiátricas en su conjunto, puede decirse que existe una incidencia superior de síntomas psicóticos en ancianos, comparados con pacientes más jóvenes<sup>3</sup>. Es posible que algunos factores relacionados con el propio proceso de envejecimiento, como el deterioro funcional de áreas corticales frontotemporales, o ciertos cambios neuroquímicos en el cerebro favorezcan la aparición de sintomatología psicótica en el anciano<sup>4</sup>. Por otra parte, a esta vulnerabilidad biológica pueden sumarse otros factores, como la comorbilidad con enfermedades somáticas, el aislamiento social, los déficits sensoriales, los cambios cognitivos, el empleo de numerosos fármacos, y el abuso de alcohol u otros tóxicos. Los cambios producidos por el envejeci-

miento sobre las características farmacocinéticas y farmacodinámicas pueden modificar la respuesta a determinadas sustancias y favorecer la aparición de delirium. Por último, otros factores como la predisposición genética, la presencia de patrones alterados de personalidad –paranoide, esquizoide, esquizotípica– y el sexo femenino también han sido considerados factores de riesgo para la aparición de psicosis en el anciano<sup>5,6</sup>.

## Esquizofrenia

Centrándonos en la esquizofrenia, ya hemos comentado que se trata de un trastorno relativamente poco estudiado. Quizás una de las causas de esta relativa falta de interés sea la rareza del trastorno. Los escasos estudios epidemiológicos sobre la esquizofrenia en el anciano encuentran en general unas cifras de prevalencia muy baja, en torno al 0,2%<sup>7,8,9</sup>, lo que contrasta con las cifras en torno al 1%<sup>10</sup> que se admiten generalmente para la esquizofrenia en sujetos más jóvenes. Este hecho plantea algunas dudas sobre las razones de esta disminución de la prevalencia. Es posible que los pacientes con esquizofrenia tengan una esperanza de vida menor que la población general, por lo que, al morir antes, no alcanzarían la vejez. Pero también es posible que se recuperen lo suficiente de sus síntomas como para que sea difícil detectarlos, o que pierdan contacto con los servicios psiquiátricos especializados, camuflándose entre la población anciana institucionalizada afectada de enfermedades psiquiátricas graves, tratándoseles de forma indiferenciada como “ancianos demenciados”.

Sin embargo, los estudios sobre la edad de aparición de la esquizofrenia revelan que, aunque la mayoría de los casos mantienen un inicio precoz, por debajo de los 45 años, existe un porcentaje muy apreciable –alrededor del 12%– que presenta un comienzo tardío<sup>11</sup>. De esta manera, aunque se trata de una patología relativamente rara, el problema planteado por esta enfermedad va a ser importante en cifras absolutas, dadas las tendencias demográficas que se prevén para los países de la comunidad europea.

Como ya se ha señalado, a la hora de estudiar la esquizofrenia en el anciano, hay que diferenciar entre las formas de inicio precoz y tardío. En cuanto a las formas de inicio a edad temprana, representan aproximadamente el 90% de los casos de esquizofrenia en el anciano<sup>12</sup>.

**Manuel Martín Carrasco**

Psiquiatra

Existen datos que sugieren que con la edad se produce una atenuación de los síntomas, especialmente de los de tipo positivo y comportamentales, lo que permitiría una resocialización de los pacientes<sup>13</sup>. A ello se opondría, sin embargo, la presencia de problemas sociales, como la falta de cuidadores; sanitarios, como la presencia de comorbilidad con otras enfermedades -dado que los pacientes con esquizofrenia reciben una atención sanitaria por debajo de los niveles de calidad de la población general-, o psiquiátricos, como la frecuente presentación de deterioro cognitivo entre pacientes ancianos con esquizofrenia<sup>14,15</sup>, con la consiguiente disminución de la capacidad funcional<sup>16,17</sup>.

Aunque no puede hablarse propiamente de formas clínicas diferentes, la esquizofrenia de inicio tardío presenta algunos rasgos propios, que la diferencian de las formas más precoces. Por ejemplo, el predominio del sexo femenino, la frecuente presentación de ideación delirante de tipo persecutorio, la menor frecuencia de trastorno formal del pensamiento - por ejemplo, asociaciones laxas, lenguaje extravagante o sin objeto - o la menor incidencia de síntomas de tipo negativo, como el aplanamiento afectivo o la abulia. También se han encontrado diferencias estructurales cerebrales, como el mayor tamaño del tálamo en sujetos con esquizofrenia tardía<sup>18</sup>, o terapéuticas, como la respuesta con menores dosis de antipsicóticos en los casos de inicio tardío.

En cuanto a la etiología de la esquizofrenia tardía, algunos autores han prestado atención a la importancia de la afectación sensorial como factor asociado al desarrollo de una esquizofrenia de inicio tardío. Con frecuencia se encuentra un déficit auditivo -hasta un 30% de los casos- seguido de déficit visual<sup>19</sup>. Otros investigadores han destacado la importancia de otros factores, como la personalidad premórbida de tipo paranoide o esquizoide<sup>20</sup>; en este sentido, se ha señalado que el porcentaje de sujetos solteros o sin pareja era superior entre los pacientes con esquizofrenia tardía que en controles sanos o en pacientes con trastornos afectivos de la misma edad.

En cuanto a la evolución de la esquizofrenia tardía, suele tener un curso crónico, pero sin deterioro. Es un hallazgo común que un porcentaje elevado de casos de pacientes - hasta el 60% en algunas series<sup>21</sup> con esquizofrenia tardía evoluciona hacia un síndrome demencial.

### Trastorno delirante

El trastorno delirante comprende a pacientes con ideas delirantes persistentes sin trastornos perceptivos prominentes -i.e. alucinaciones- en ausencia de demencia, esquizofrenia o trastorno del ánimo. Este trastorno es típico de la edad madura avanzada o del comienzo de la vejez; su pico de incidencia se produce en hombres entre los 40-49 años y entre los 60-69 en mujeres<sup>22</sup>. El trastorno delirante en su forma pura tiene una prevalencia baja (0,05%), aunque la ideación delirante en el anciano puede alcanzar una prevalencia global del 4% en la comunidad<sup>23</sup> y del 15% de los sujetos que acuden a una consulta de geriatría<sup>24</sup>.

En cuanto a la etiología, se ha encontrado una asociación entre el trastorno delirante y determinados trastor-

nos de personalidad (ej. esquizotípico, paranoide). También se ha descrito la asociación entre el trastorno paranoide y la presencia de traumas infantiles y la infertilidad<sup>25,26,27</sup>. Existen datos contradictorios sobre si la pérdida de capacidad auditiva, el sexo femenino, el nivel socioeconómico bajo o la inmigración se asocian o no al trastorno paranoide<sup>28</sup>. Asimismo, algunos autores han observado una incidencia de esquizofrenia más elevada en familias de pacientes con trastorno delirante<sup>29,30</sup>.

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de ideas delirantes no extravagantes y bien circunscritas, de manera que el paciente funciona de manera correcta en áreas no contaminadas por las convicciones erróneas. La temática delirante puede ser de tipo hipocondríaco, celotípica, persecutoria, o bien de robo o infidelidad.

En cuanto al pronóstico, existen pocos datos acerca de la evolución del trastorno, pero los escasos estudios existentes muestran un curso crónico y poco favorable<sup>31</sup>. Ello puede deberse en parte a la resistencia del paciente para solicitar ayuda médica y tratamiento; normalmente cuando lo hace se debe a la intervención más o menos traumática de familiares, vecinos o incluso de la policía, lo que lógicamente es utilizado por el paciente para reafirmarse en sus convicciones delirantes.

### Tratamiento

El tratamiento de los pacientes ancianos con trastornos psicóticos requiere una combinación de intervenciones sociales, comportamentales y de modificación del ambiente, a las que hay que unir en un gran número de ocasiones un tratamiento farmacológico. En este sentido, es necesaria una evaluación escrupulosa de las enfermedades somáticas y de los tratamientos concomitantes antes de iniciar una terapia farmacológica.

Aunque se han empleado otras sustancias, como buspirona, b-bloqueantes, litio, carbamazepina o valproato, el tratamiento básico de los trastornos psicóticos del anciano son los fármacos neurolépticos o antipsicóticos<sup>32</sup>, especialmente en el tratamiento de los síntomas positivos. La reciente introducción de nuevas sustancias antipsicóticas en los últimos años hace obligado por otra parte a revisar este campo con una especial atención.

En general, hay que señalar que los ancianos precisan menores dosis que pacientes más jóvenes, debido probablemente a cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados con la edad. Otra característica general del empleo de fármacos antipsicóticos en ancianos es la presentación más frecuente de efectos secundarios, especialmente de tipo anticolinérgico y extrapiramidales, sedación y bloqueo a-adrenérgico, así como de discinesia tardía<sup>33</sup>. Por todo ello, la elección del fármaco y el ajuste de dosis debe ajustarse al máximo a las características de cada paciente, intentando alcanzar la mínima dosis eficaz y durante el periodo menor de tiempo posible.

Por el contrario, los antipsicóticos atípicos, tales como clozapina, olanzapina, quetiapina, risperidona y ziprasidona pueden ser mejor tolerados en el anciano. La clozapina, pese a ser el fármaco prototipo dentro del grupo, puede ser mal tolerada en ancianos por su ten-

dencia a producir sedación excesiva e hipotensión ortostática, así como cuadros de delirium. Asimismo, existen datos que apuntan a que el riesgo de agranulocitosis puede ser mayor en ancianos<sup>34</sup>.

En cuanto a las otras dos sustancias comercializadas en nuestro país -risperidona y olanzapina- existe una creciente evidencia de su eficacia al menos similar a la de los antipsicóticos clásicos y de su mucha mejor tolerancia en pacientes ancianos, por lo que es de suponer que en los próximos años vayan desbancando progresivamente a los antipsicóticos clásicos en este tipo de población<sup>35,36,37</sup>. Hay que destacar, sin embargo, que los datos proceden en su mayoría de estudios abiertos y de extrapolaciones obtenidas a partir de los segmentos de edad superior de los estudios realizados en muestras más jóvenes, por lo que se hace necesario la realización urgente de ensayos clínicos controlados en población anciana.

## Bibliografía

- Jeste DV, Caligiuri MP. Biological research in Geriatric Psychiatry. *Biol Psychiat* 1991;30:855-856.
- Grossberg GT. Antipsychotics and the elderly: Treatment Strategies. 149th Annual Meeting American Psychiatric Association, Mayo 1996. Nueva York 1996
- Larco JP, Jeste DV. Geriatric Psychosis. *Psychiatr Q* 1997;68:247-260.
- Targum SD, Abbott JL. Psychoses in the elderly: Aspectrum of disorders. *J Clin Psychiatry* 60 (supl. 8): 1999;4-10.
- Thorpe L. The treatment of psychotic disorders in late life. *Can J Psychiatry* 42 (supl. 1): 1997;19-27.
- Pearlson G, Rabins P. The late-onset psychoses: possible risk factors. *Psychiatr Clin North Am* 1998;11:15-32.
- Bland RC, Newman SC, Om H. Prevalence of psychiatric disorders in the elderly in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 77 1998;(supl 338): 57-63.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al. (1993). One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the epidemiologic catchment area study. *Acta Psychiatr Scand* 1993;88:35-47.
- Copeland JRM, Dewey ME, Scott A, Gilmore C, Larkin BA, Cleave N, McCracken CFM, McKibbin PE. Schizophrenia and delusional disorder in older age: community prevalence, incidence, comorbidity and outcome. *Schizophr Bull* 1998;24(1):153-161.
- Keith SJ, Regier DA, Rae DS (1991). Schizophrenic disorders. En: LN Robins, DA Regier (eds) *Psychiatric Disorders in America*. Nueva York: The Free Press 1991; 33-52.
- Babigian HM, Lehman AF. Functional psychoses in later life: epidemiological patterns from the Monroe County Psychiatric Register. En: NE Miller, GD Cohen (eds.) *Schizophrenia & Aging*. Nueva York; The Guilford Press 1987;9-22.
- Lacro JP, Harris MJ, Jeste DV Late-life Psychosis. En: E Murphy, G Alexopoulos. *Geriatric Psychiatry. Key research topics for clinicians*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd 1995;231-244.
- Ciampi L. Catamnestic long-term study of the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophr Bull* 1980;6:606-618.
- Davidson M, Harvey PD, Powchik P, et al. Severity of symptoms in chronically institutionalized geriatric schizophrenic patients. *Am J Psychiatry* 1995;152: 197-207.
- Evans JD, Negron AE, Palmer BW, Paulsen JS, Heaton, RK, Jeste DV. Cognitive deficits in institutionalized versus community-dwelling elderly schizophrenia patients. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1999;12(1):11-15.
- Paterson TL, Klapow JC, Eastham JH, Heaton RK, Evans JD, Koch WL, Jeste DV. Correlates of functional status in older patients with schizophrenia. *Psychiatry Res* 1998;80(1):41-52.
- Harvey PD, Parrella M, White L, Mohs RC, Davidson M, Davis KL. Convergence of cognitive and adaptative decline in late-life schizophrenia. *Schizophr Res* 1999;35(1):77-84.
- Corey-Bloom J, Jernigan T, Archibald S et al. Quantitative magnetic resonance imaging in late-life schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1995;152: 447-449.
- Prager S, Jeste DV. Sensory impairment in late-life schizophrenia. *Schizophr Bull* 1993;19:755-772.
- Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV et al. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1989;146:1568-1574.
- Hymas N, Naguib M, Levy R. Late paraphrenia – a follow-up study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1989;4: 23-29.
- Lacro JP, Jeste DV. Geriatric Psychosis. *Psychiatr Q* 1997;68:247-260.
- Christenson R, Blazer D. Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community. *Am J Psychiatry* 1984;141:1088-1091.
- Greene JA, Asp J. The geriatric patients: a creative approach. *J Tenn Med Assoc* 1986;78:201-205.
- Gurian BS, Wexler D, Baker EH. Late-life paranoia: possible association with early trauma and infertility. *Int J Geriatr Psychiatry* 1992;7:277-284.
- Moore NC. Is paranoid illness associated with sensory deficits in the elderly? *J Psychosom Res* 1981;25:69-74.
- Rockwell E, Krull AJ, Dimsdale J, Jeste DV. Late-onset psychosis with somatic delusions. *Psychosomatics* 1992;35:66-72.
- Cooper AF, Curry AR. The pathology of deafness in the paranoid and affective psychoses of later life. *J Psychosom Res* 1976;20:97-105.
- Winokur G. Delusional disorder. *Comp Psychiatry* 1977;18:511-521.
- Kendler S, David KL. The genetics and biochemistry of paranoid schizophrenia and other paranoid psychosis. *Schizophr Bull* 1981;7:689-709.
- Jorgenssen P (1989) Classification and outcome in non-schizophrenic, non-affective delusional disorder. *Psychopathology* 1989;22:198-201.
- Wragg R, Jeste DV. Neuroleptics and alternative treatments: management of behavioral symptoms and psychosis in Alzheimer's disease and related conditions. *Psychiatr Clin North Am* 1988;11(1): 195-214.
- Harris MJ, Panton D, Caligiuri MP, Krull AJ, Tran-Jhonson TK, Jeste DV. High incidence of tardive dyskinesia in older outpatients on low doses of neuroleptics. *Psychopharmacol Bull* 1992;28:87-92.
- Sweet RA, Pollock BG. New atypical antipsychotics. Experience and utility in the elderly. *Drugs & Aging* 1998;12(2):115-127.
- Sajatovic M, Ramirez LF, Vernon L, Brescan D, Simon M, Jurjus G (1996). Outcome of risperidone therapy in elderly patients with chronic psychosis. *Int J Psychiatry Med* 26(3): 309-317.
- Madhusoodanan S, Brecher M, Brenner R, Kasckow J, Kunik M, Negron AE, Pomara N. Risperidone in the treatment of elderly patients with psychotic disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999;7(2):132-138.
- Lane LM, Burns PR, Sanger TM, Beasley CM, Tollefson G. Olanzapine in the treatment of elderly patients with schizophrenia and related psychotic disorders. 11th European College of Neuropsychopharmacology Congress, Paris, October 31-November 4. 1998