

Informaciones Psiquiátricas

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA DE LOS CENTROS
DE LA CONGREGACIÓN DE HERMANAS HOSPITALARIAS DEL SAGRADO CORAZÓN DE JESÚS

Fundada en 1955 por el Dr. D. Parellada

DIRECTOR

Dr. JOSEP TRESERRA TORRES

CONSEJO DE DIRECCIÓN

Dr. J. A. LARRAZ ROMEO

Dr. CARLOS LINARES DEL RÍO

Dr. I. MADARIAGA ZAMALLOA

Dr. M. MARTÍN CARRASCO

Dr. F. DEL OLMO ROMERO-NIEVA

JEFE DE REDACCIÓN

Dr. J. M. CEBAMANOS MARTÍN

CONSEJO DE REDACCIÓN

Prof. C. GÓMEZ-RESTREPO

Dr. J. ORRIT CLOTET

Dr. P. PADILLA MENDÍVIL

Dr. P. ROY MILLÁN

ASESORES CIENTÍFICOS

Prof. Dr. E. ÁLVAREZ MARTÍNEZ

Prof. Dr. ARANGO LÓPEZ

Prof. Dr. J. L. AYUSO MATEO

Prof. Dr. A. BULBENA VILARRASA

Prof. Dr. M. CASAS BRUGUE

Prof. Dr. J. L. GONZÁLEZ RIVERA

Prof. Dr. J. GUIMÓN UGARTECHEA

Dr. M. GUTIÉRREZ FRAILE

Prof.^a Dra. C. LEAL CERCOS

Prof. Dr. P. MCKENNA

Dr. M. MARTÍNEZ RODRÍGUEZ

Prof. Dr. L. ORTEGA MONASTERIO

Prof. Dr. J. SÁIZ RUIZ

Prof. Dr. L. SALVADOR CARULLA

Dr. J. TIZÓN GARCÍA

Prof. Dr. M. VALDÉS MIYAR

Dr. E. VIETA PASCUAL

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver:
<http://www.icmje.org>

DIRECTOR ADMINISTRATIVO

Sor Teresa López Beorlegui

BENITO MENNI, COMPLEJO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL

Dr. Pujadas, 38 - 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona)

Tel.: 93 652 99 99 / Fax: 93 640 02 68

e-mail: inf-psiQuiatrics@hospitalbenitomeni.org / <http://www.hospitalarias.org>

Las referencias de esta revista se publican periódicamente en: IME/Índice Médico Español; PSICO-DOC/Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid; CINDOC (ISOC) (CSIC) (IBECS)/Consejo Superior de Investigaciones Científicas; Psiquiatria.com

Informaciones Psiquiátricas

N.º 203 / 1.º trimestre 2011

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN DE TRABAJOS

Las siguientes normas de publicación se adaptan a los requisitos de uniformidad para manuscritos presentados a revistas biomédicas, establecidos por el estilo Vancouver: <http://www.icmje.org>

INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS aceptará para su publicación, previo informe favorable del Consejo de Redacción, aquellos trabajos que versen sobre temas de Psiquiatría, Psicología o Medicina Psicosomática, y que se ajusten a las siguientes normas:

1. Los trabajos serán clasificados de acuerdo con las secciones de que consta la Revista y que son las siguientes: Originales, Revisiones de Conjunto, Comunicaciones Breves y Notas Clínicas. A juicio del Comité de Redacción podrán aceptarse aportaciones sobre temas de actualidad, cartas al director, crítica de libros, etc.
2. Los trabajos serán inéditos y no deberán estar pendientes de valoración o publicación en otra revista.
3. Serán remitidos a la Secretaría de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS, calle Doctor Antoni Pujadas, n.º 38, 08830 Sant Boi de Llobregat (Barcelona).
4. Los trabajos deberán presentarse en disquette, utilizando el programa Word 97 e impresos en folios numerados escritos a doble espacio por una sola cara.
5. En la primera página deberá constar, exclusivamente, los siguientes datos:
 - Título del trabajo.
 - Filiación completa del autor principal y coautores.
 - Teléfono/s de contacto y correo electrónico.
 - Centro donde se realizó el estudio.
 - Cargo o cargos del autor o autores en el citado centro de trabajo.
6. En la segunda página figurará, nuevamente, el título del trabajo, un resumen del mismo y se deberán añadir de 3 a 6 palabras clave para la elaboración del índice de la revista, todo ello en español e inglés.
7. La estructura del texto se acomodará a la sección donde deberá figurar el trabajo en caso de su publicación.
En el caso de los trabajos originales de investigación, la estructura del texto deberá contar con los siguientes apartados y por el orden que se citan:
 - Introducción.

- Material y Métodos.
 - Resultados.
 - Discusión.
8. Los trabajos deberán ir acompañados de la correspondiente bibliografía, que se presentará en hoja u hojas aparte. Las referencias bibliográficas se citarán numéricamente en el texto y atenderán a las siguientes normas:
 - a) Se dispondrán las citas bibliográficas según orden de aparición en el trabajo, con numeración correlativa, y en el interior del texto constará siempre dicha numeración.
 - b) Las citas de artículos de **revistas** se efectuarán de la siguiente manera:
 - Apellidos e inicial de los nombres de todos los autores en mayúsculas.
 - Título del trabajo en su lengua original.
 - Abreviatura de la revista, de acuerdo con la norma internacional.
 - Año, número de volumen: página inicial - página final.

Kramer MS, Vogel WH, DiJohnson C, Dewey DA, Sheves P, Cavicchia S, et al. Antidepressants in 'depressed' schizophrenic inpatients. A controlled trial. Arch Gen Psychiatry 1989;46(10):922-8.
 - c) Las citas de **libros** comprenderán por el siguiente orden:
 - Apellidos e iniciales del nombre de los autores en mayúsculas.
 - En: Título original del libro.
 - Apellidos e inicial de los (ed).
 - Ciudad, Editorial, Año: página inicial - página final.

Thomas P, Vallejo J. Trastornos afectivos y bulimia nerviosa. En: Trastornos de la alimentación: anorexia nerviosa, bulimia y obesidad. Turón J (ed). Barcelona, Masson; 1997: 164-177.
 9. La iconografía que acompañe al texto (tablas, dibujos, gráficos...) deberá tener la suficiente calidad para su reproducción, estar enumerado correlativamente y se adjuntará al final del mismo.
 10. La Redacción de INFORMACIONES PSIQUIÁTRICAS comunicará la recepción de los trabajos y, en su caso, la aceptación de los mismos y fecha de su publicación.
El Consejo de Redacción podrá rechazar los trabajos cuya publicación no estime oportuna, comunicándolo, en este caso, al autor principal. Los trabajos publicados quedarán en propiedad de la Revista.
Una vez publicado el trabajo, el primer autor recibirá 20 separatas, totalmente gratuitas.

ÍNDICE

- 5 ESQUIZOFRENIA TARDÍA. TERAPÉUTICA INTEGRAL
MANUEL MARTÍN CARRASCO, EDUARDO GONZÁLEZ FRAILE, PAULA MUÑOZ HERMOSO
Y ANA DOMÍNGUEZ PANCHÓN
- 35 ACERCA DE UN CASO DE HEBEFRENIA
MARCELO JORGE AMBRÓS, INMA BURILLO, ANNA CÓRDOBA,
LUIS DE MIGUEL IZQUIERDO, MAGÍN FLORENSA BECANA, MATILDE JIMÉNEZ UTRILLA,
SANDRA LARRUY POUSADA, PAU MARTÍNEZ FARRERO, JOSEP MOYA,
ANA CARIDAD ROMERA PÉREZ Y ÀNGELS VILLAR
- 57 EL *BURNOUT* DE LOS AUXILIARES GERIÁTRICOS:
ACUERDO Y DESACUERDO ENTRE INDIVIDUO Y TRABAJO
GIORGIO G. BELLOTTI, DUCCIO VANNI Y MARÍA ROSA MADERA
- 65 ASPECTOS TERAPÉUTICOS EN TRASTORNOS
RELACIONADOS CON USO DE CANNABIS
JOSEP SOLÉ, M.^a JESÚS SOTELO E ISAAC RÍOS

ESQUIZOFRENIA TARDÍA. TERAPÉUTICA INTEGRAL

MANUEL MARTÍN CARRASCO

PAULA MUÑOZ HERMOSO

Clínica Psiquiátrica Padre Menni, Pamplona

EDUARDO GONZÁLEZ FRAILE

Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Fundación M.^a Josefa Recio), Bilbao

ANA DOMÍNGUEZ PANCHÓN

Hospital Aita Menni, Arrasate/Mondragón (Gipuzkoa)

Recepción: 06-05-10 / Aceptación: 22-02-11

RESUMEN

Los cambios demográficos van a traer consigo un aumento muy notable del número de personas mayores con esquizofrenia en las próximas décadas. Si bien en la mayoría de los casos (80 % o más) se trata de procesos de inicio temprano, hay un número no desdeñable de formas tardías.

El tratamiento de la esquizofrenia en el anciano adolece de una falta muy notable de ensayos clínicos controlados, por lo que en la mayoría de las veces se utilizan inferencias realizadas a partir de los datos obtenidos en estudios con otro tipo de población.

En conjunto, los datos disponibles avalan el tratamiento de la esquizofrenia en el anciano con antipsicóticos de segunda generación, por su mejor tolerancia y perfil de seguridad con respec-

to a los antipsicóticos típicos, aunque no existen diferencias en cuanto a eficacia global con ambos tipos de sustancias. El empleo de sustancias con propiedades anticolinérgicas está especialmente mal indicado en personas mayores. La eficacia global del tratamiento antipsicótico es similar a la que observamos en sujetos más jóvenes. Los datos acerca de otras formas de tratamiento, como técnicas de psicoterapia o intervenciones psicosociales, son todavía más escasos, aunque cada vez se reconoce más el papel de estas opciones terapéuticas en aras de una terapia integral.

Palabras clave

Esquizofrenia, ancianos, antipsicóticos atípicos, antipsicóticos clásicos, psicoterapia.

ABSTRACT

Demographic changes will cause an increasing prevalence of elderly people affected by schizophrenia in the next decades. Although most of the cases (80% or more) have an early onset, the number of late onset is by no means despicable.

Given that good quality data from randomized clinical trials are lacking as far as therapy of schizophrenia in the elderly is concerned, inferences from studies performed in other age segments are commonly used.

Taking together the available data, the use of atypical antipsychotics is recommended in the elderly, because of better tolerance and safety profile, since there is no evidence of better efficacy compared with classic first generation antipsychotics. Drugs with anticholinergic properties are particularly inadvisable in elderly people. Antipsychotic therapy efficacy is broadly similar between age groups. Data about the clinical usefulness of non pharmacological treatments —such as psychotherapy or psychosocial interventions— are even sparser, while the role of these therapeutical options is increasingly recognized.

Key words

Schizophrenia, elderly, atypical antipsychotics, classic antipsychotics, psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la inmensa mayoría del esfuerzo científico y asistencial dedicado a la esquizofrenia ha estado orientado al segmento más joven de

población que la padece. Algunos autores han estimado que el 90% de los trabajos sobre esquizofrenia excluye a la población mayor de 65 años¹. Sin embargo, los cambios demográficos han hecho que un porcentaje cada vez mayor de individuos afectados por esta enfermedad alcance una edad avanzada, por lo que el interés hacia estos pacientes ha ido aumentando progresivamente. En España, hasta hace pocas décadas, los pacientes con esquizofrenia envejecían tradicionalmente en los hospitales psiquiátricos, y su condición permanecía ignorada. Esta situación ha cambiado tras el cierre o transformación de muchos hospitales psiquiátricos, por lo que la atención a los pacientes esquizofrénicos ancianos se realiza con frecuencia en recursos asistenciales no específicos, como residencias de ancianos, sin asistencia psiquiátrica, o bien malviven en la comunidad sin contar con los apoyos necesarios. Sin duda se está incubando un problema asistencial de primera magnitud, ya reconocido en otros países^{2, 3}.

Se estima que, aproximadamente, el 23,5% de los pacientes con esquizofrenia desarrollan la enfermedad después de los 40 años, lo que se considera esquizofrenia de inicio tardío. Solo el 4% presenta el inicio por encima de los 60 años, a lo que se denomina como esquizofrenia de inicio muy tardío. En conjunto, se estima que la esquizofrenia mantiene en la población anciana una prevalencia cercana al 0,65%, de los que un 15-20% correspondería a formas de inicio tardío (40-65 años) y el resto a pacientes que presentaron un inicio más temprano. Menos de una décima parte de los pacientes ancianos con cuadros psicóticos similares a la esquizofrenia tienen un inicio posterior

a los 65 años, y un porcentaje significativo de estos casos evolucionan posteriormente a demencia^{4, 5}.

Las personas con esquizofrenia de inicio temprano presentan una evolución variable al envejecer. Las cifras sobre remisión completa oscilan entre el 8%⁶ y el 49% de casos⁷; estas discrepancias se explican por diferencias metodológicas entre los estudios. Otro 20% presenta un curso fluctuante, con remisiones más o menos completas y recaídas. En el 60% de los casos la enfermedad se presenta de forma permanente, aunque con intensidad variable⁸. Generalmente, tras los 10 primeros años de evolución, el cuadro clínico tiende a estabilizarse, o a mejorar ligeramente. Se considera que el sexo femenino, el inicio a edad más avanzada, el predominio de los síntomas positivos sobre los negativos, la presencia del subtipo paranoide, el inicio precoz del tratamiento y la presencia de soporte sociofamiliar (por ejemplo, estar casado), son factores de buen pronóstico para la evolución⁹.

En la esquizofrenia de inicio temprano en personas mayores nos encontramos con frecuencia con cuadros estabilizados, con predominio de los síntomas negativos y con importantes problemas de comorbilidad somática. Asimismo, hay que destacar la frecuente presencia de síntomas de tipo depresivo, que complican tanto el cuadro clínico como el ajuste social y la calidad de vida en general de estos pacientes¹⁰. Por otra parte, cuando comparamos los sujetos ancianos esquizofrénicos con individuos sanos de su misma edad, encontramos en los primeros déficits cognitivos, como deterioro de la memoria o alteraciones en las funciones ejecutivas, así como la capacidad de planificación o la interpretación de conceptos abstractos.

En la mayoría de los casos, estos déficits permanecen estables, pero existe una minoría de pacientes, generalmente de edad más avanzada, con menor nivel educativo y síntomas positivos más prominentes, en los que puede darse una evolución progresiva hasta alcanzar el diagnóstico de síndrome demencial¹¹. En cuanto a la etiología de estos casos de demencia, permanece desconocida¹², aunque estudios recientes basados en la hipótesis de la reserva cerebral permiten aventurar que puede producirse una confluencia de los cambios típicos de la enfermedad de alzheimer —aun sin alcanzar el nivel suficiente para realizar un diagnóstico de esta entidad— con el deterioro característico de la esquizofrenia¹³.

Asimismo, es frecuente la presencia de deterioro funcional y problemas sociales en los pacientes ancianos con esquizofrenia. En un estudio sobre esta población, solo el 30% de los pacientes había llegado a desempeñar algún tipo de actividad laboral, y la mayoría (70%) se encontraba residiendo en la comunidad con un apoyo social deficitario¹⁴. A igual que en poblaciones más jóvenes, la presencia de síntomas negativos, deterioro cognitivo y nivel educativo previo bajo se correlacionan positivamente con una peor adaptación social^{15, 16}. Estos aspectos son de gran importancia a la hora de efectuar un abordaje terapéutico integral.

En cuanto a la esquizofrenia de inicio tardío, desde el punto de vista psicopatológico, los delirios y alucinaciones pueden aparecer igualmente que en las formas tempranas, aunque los delirios de paramentos —voces o ruidos que emergen de tabiques, suelos o techos, con carácter persecutorio— son más frecuentes en la esquizofrenia tardía, y

las alucinaciones visuales o cenestésicas son también más características en estos casos. En cambio, las alteraciones formales del pensamiento y los síntomas negativos, como aplanamiento afectivo o abulia, son menos frecuentes en las formas tardías. Por lo que respecta a la etiología de las formas tardías, permanece sin esclarecer, aunque en algunos casos de inicio muy tardío se ha encontrado un mayor riesgo de evolución a demencia, así como una mayor presencia de hiperintensidades de la sustancia blanca periventricular^{17, 18}.

Pese a estas diferencias, en este artículo sobre terapéutica nos referiremos a las distintas formas de esquizofrenia en personas mayores en su conjunto, englobándolos bajo el término «esquizofrenia tardía». La razón para ello es que la gran mayoría de los trabajos sobre el tratamiento de la esquizofrenia en ancianos no realizan esta distinción, y de hecho, en la práctica, los abordajes terapéuticos, en el actual estado de conocimientos, son similares. Este es el enfoque utilizado en la mayoría de manuales clínicos, incluyendo los publicados bajo el auspicio de la *International Psychogeriatric Association*¹⁹. También es el criterio adoptado por la revisión Cochrane más reciente sobre el tema²⁰. No obstante, cuando sea posible, introduciremos los matices diferenciales oportunos.

HACIA UNA TERAPIA INTEGRAL

El abordaje terapéutico de la esquizofrenia es complejo en cualquier momento del ciclo vital. En la población anciana, se unen a las dificultades habituales las propias de este momento de

TABLA I Áreas de evaluación en la esquizofrenia tardía

1. *General*: edad, sexo, idioma, educación, ocupación, metas.
2. *Médica*: diagnósticos, historia, medicaciones, estado físico, dolor, confort.
3. *Funcional*: nivel de funcionamiento en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, capacidad motora y funcional.
4. *Psicopatológica*: síntomas positivos y negativos, prestando especial atención a los aspectos emocionales (estado de ánimo, sufrimiento, fuentes de placer y malestar).
5. *Cognoscitiva*: capacidad de comprender, aprender, recordar y realizar procesos de pensamiento.
6. *Social*: relaciones significativas, capacidad de interactuar y conversar, preferencias.
7. *Comportamiento*: conductas desadaptativas o socialmente inaceptables.
8. *Hábitos*: rutinas, higiene, baño, alimentación, sueño, ejercicio.
9. *Intereses*: estilo de vida, aspiraciones, eventos y fechas significativos, aficiones.
10. *Necesidades especiales*: gafas, audífono, dieta, medicamentos, silla de ruedas, andador, etc.
11. *Intervenciones*: historia de las intervenciones practicadas con el paciente y la respuesta a ellas.
12. *Habilidades*: capacidades o habilidades especiales, fortalezas.
13. *Religión*: preferencias, hábitos, convicciones, valores.

Fuente: elaboración propia.

la vida. Con frecuencia se ha hecho demasiado énfasis en el papel de la terapia farmacológica en el tratamiento de la esquizofrenia tardía, de manera que el concepto de «tratamiento» se ha convertido en un sinónimo de «tratamiento farmacológico». Sin negar el papel fundamental de los fármacos antipsicóticos en el tratamiento de la es-

quizofrenia tardía, existe cada vez un convencimiento mayor de la necesidad de realizar un abordaje integral de estos trastornos, que incluya las dificultades cognitivas y funcionales derivadas de los mismos. En esta terapia integral se incluyen no solo los tratamientos farmacológicos, sino también las intervenciones psicoterapéuticas centradas en el

TABLA II

Etapas en la elaboración y aplicación de un plan integral de tratamiento para el paciente anciano con esquizofrenia

-
1. Diagnóstico:
 - 1.1. Historia previa, sintomatología actual (síntomas positivos, negativos y cognoscitivos, funcionamiento, trastornos del comportamiento).
 - 1.2. Diagnóstico diferencial.
 2. Definir la relevancia de las anomalías observadas en las diferentes áreas.
 3. Identificar puntos fuertes y débiles del paciente.
 4. Identificar desencadenantes de las alteraciones del comportamiento u otras conductas desadaptativas.
 5. Elaborar un plan de intervención interdisciplinar.
 6. Consolidar una relación de confianza.
 7. Establecer un tratamiento farmacológico adecuado.
 8. Optimizar el funcionamiento y la calidad de vida, apoyándose en los puntos fuertes preservados.
 9. Abordar las conductas socialmente inaceptables o disruptivas.
 10. Paliar los déficits funcionales.
 11. Abordar los aspectos familiares y psicosociales.
 12. Abordar los aspectos éticos y legales.
 13. Considerar los riesgos y complicaciones de otras enfermedades y tratamientos intercurrentes.
 14. Monitorizar la evolución del paciente de forma sistemática y pautada, y ajustar en consonancia el plan de tratamiento.
-

Fuente: elaboración propia.

paciente, el abordaje de la problemática de los cuidadores, y las modificaciones ambientales y sociales necesarias para proporcionar un entorno protector y estimulante a estos pacientes.

Una terapia integral solo puede surgir de una evaluación integral. El abordaje interdisciplinar es la mejor forma de enfocar este problema, aunque a veces puede no ser posible. Idealmente, los pacientes residentes en la comunidad deberían ser evaluados al menos por el psiquiatra, el psicólogo y el trabajador social, y debería efectuarse un intercambio de información con el equipo de atención primaria (médico, enfermera). En el caso de pacientes institucionalizados, debería contarse también con el terapeuta ocupacional y la enfermera.

La tabla I recoge algunos de los aspectos que deben valorarse en una evaluación integral del paciente anciano con esquizofrenia. El objetivo de la evaluación interdisciplinar consiste en elaborar un listado jerarquizado de problemas clínicos, y establecer en consonancia un plan de tratamiento individualizado, que debe actualizarse periódicamente (tabla II). En los últimos años se han desarrollado varios instrumentos de evaluación integral que puede ser de ayuda a la hora de establecer el listado de necesidades y el plan de intervención. Entre ellos podemos citar el MRC^{21a} o el CANE^{22b}, ambos suficientemente versátiles y adecuados para su empleo en la práctica clínica habitual.

^a MRC: Needs for Care Assessment.

^b CANE: Camberwell Assessment of Need for the Elderly. Existe una versión española de este instrumento, que puede obtenerse del Profesor Raimundo Mateos, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Santiago de Compostela.

EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Como ya se ha comentado, el tratamiento farmacológico es fundamental en la esquizofrenia tardía, y con frecuencia es imprescindible para conseguir una mejoría que permita poner en práctica el resto de medidas terapéuticas. La base del tratamiento farmacológico de la esquizofrenia tardía la constituye los fármacos antipsicóticos, aunque otros grupos farmacológicos también pueden tener un papel relevante.

Cambios farmacológicos asociados con el envejecimiento

A la hora de aplicar cualquier medida farmacológica en pacientes ancianos, es preciso tener en cuenta los cambios farmacocinéticos que aparecen con la edad, y que pueden afectar a la distribución, metabolismo y excreción de los fármacos. Los antipsicóticos son sustancias que se ven especialmente afectadas por los mismos, ya que la mayoría son liposolubles y se unen a proteínas plasmáticas. El envejecimiento se asocia a disminución en el volumen total de agua corporal y masa muscular, y un incremento en el tejido adiposo. Estos cambios aumentan el volumen de distribución de cualquier sustancia que sea liposoluble, aumentando, por tanto, su vida media de eliminación. Por otra parte, el hígado sintetiza menor cantidad de proteínas plasmáticas, lo que tiene el efecto de aumentar la fracción libre—no unida a proteínas plasmáticas y farmacológicamente activa— de las sustancias que normalmente circulan unidas a ellas. Por otra parte, la disminución del aclaramiento renal también contribuye a la acumulación de fármacos y metabolitos activos. Los cambios farmacodi-

námicos asociados a la edad también tienden a aumentar la sensibilidad ante los fármacos. De manera especial, la disminución del *turnover* de dopamina, serotonina y acetilcolina predispone a la aparición de efectos anticolinérgicos y extrapiramidales. Por ejemplo, los pacientes ancianos con esquizofrenia presentan un riesgo cuatro veces superior al de los pacientes más jóvenes a presentar discinesia tardía^{23, 24}.

Estos cambios fisiológicos se ven potenciados por el efecto concomitante de las enfermedades somáticas y la polifarmacia, frecuentes en los pacientes ancianos con esquizofrenia. Además, en pacientes ancianos es frecuente el mal cumplimiento terapéutico, lo que lleva a tomar dosis inadecuadas de fármacos o a seguir posologías erróneas. En conjunto, estas circunstancias conducen a una mayor sensibilidad ante los efectos de los psicofármacos en los ancianos.

Fármacos antipsicóticos

Los fármacos antipsicóticos constituyen la herramienta terapéutica fundamental en la esquizofrenia tardía, aunque su utilización en este tipo de pacientes requiere un estudio específico, que no se ha realizado hasta el momento actual. La falta de estudios controlados, aleatorizados y prospectivos limita la validez de las recomendaciones que podemos hacer en este campo. La impresión general es que el patrón de respuesta a los antipsicóticos en pacientes con esquizofrenia es similar a lo largo del ciclo vital: existe una buena respuesta en síntomas positivos, como alucinaciones y delirios, y una efectividad más limitada en el resto de síntomas. Sin embargo, dado que en los sujetos ancianos los síntomas negativos y cognitivos tienden a

estabilizarse o a ser menos prominentes, la impresión general puede ser de mayor efectividad. No existen pruebas de la superioridad de algún fármaco sobre otros en cuanto a efectividad, por lo que las preferencias de utilización se basan sobre todo en el perfil de tolerancia de los distintos fármacos. Existen datos que sugieren que la respuesta terapéutica es peor en los casos de inicio juvenil, comparados con los de inicio tardío —si exceptuamos a los casos en que el cuadro psicótico constituye la forma de inicio de una demencia— aunque este hecho no está estudiado de forma rigurosa^{25, 26}.

Resulta especialmente relevante desde un punto de vista clínico la diferencia entre los antipsicóticos clásicos y atípicos en el tratamiento de la esquizofrenia tardía. Los antipsicóticos atípicos se caracterizan por presentar un perfil de ocupación de neuroreceptores diferente al de los antipsicóticos clásicos. Se cree que los neurolépticos clásicos, como el haloperidol, ejercen su acción antipsicótica a través del bloqueo de los receptores D₂ en regiones mesolímbicas, pero esta misma acción a nivel del núcleo estriado conduciría a la aparición de los efectos secundarios extrapiramidales. Además, los antipsicóticos clásicos actúan sobre receptores histaminérgicos —dando lugar a sedación e hipotensión— y muscarínicos, ejerciendo una acción anticolinérgica. Por el contrario, los fármacos atípicos se caracterizan por presentar acción antipsicótica a una dosis menor de la necesaria para que aparezcan los síntomas extrapiramidales, y el perfil farmacológico es mucho más variado. Por ejemplo, la risperidona presenta una marcada afinidad por receptores serotoninérgicos tipo 2 (5-HT_{2A}), dopaminérgi-

cos (D_2) y $\alpha 1$ -adrenérgicos, pero no se une a receptores dopaminérgicos D_1 o muscarínicos. La olanzapina presenta un perfil farmacológico más complejo, similar al de clozapina, con la que está emparentada estructuralmente, y en el que destacan la alta afinidad por D_4 , D_3 , D_1 y D_2 , 5-HT_{2A/2C}, 5-HT₃, 5-HT₆, y receptores muscarínicos, histaminérgicos y $\alpha 1$ -adrenérgicos, con mayor afinidad por receptores D_4 que D_2 . Quetiapina presenta, además de la acción bloqueante de receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos, una alta afinidad por receptores H_1 histaminérgicos y $\alpha 1$ -adrenérgicos, pero carece de acción anticolinérgica. La característica general de los antipsicóticos atípicos de poseer una eficacia similar a los clásicos en la reducción de síntomas psicóticos, pero con menores efectos extrapiramidales, puede deberse a una mayor especificidad sobre áreas mesolímbicas o a la acción sobre receptores serotoninérgicos. Otra característica favorable a los antipsicóticos atípicos de cara a su utilización en pacientes ancianos con esquizofrenia es su efectividad, o al menos su menor repercusión, sobre los síntomas cognoscitivos²⁷.

Antipsicóticos típicos

Como ya se ha comentado, existen pocos datos acerca de la utilidad de los antipsicóticos en el tratamiento de la esquizofrenia en ancianos. Una revisión Cochrane dirigida a casos de inicio tardío no pudo encontrar ningún estudio que cumpliera los requerimientos metodológicos, concluyendo que en el momento actual no es posible efectuar una recomendación clínica basada en pruebas sobre el tratamiento de la esquizofrenia de inicio tardío²⁸. Otra re-

visión Cochrane más reciente se dirigió al conjunto de los pacientes ancianos con esquizofrenia, pero únicamente pudo encontrar tres estudios en los que basar su análisis²⁰. La dificultad para encontrar referencias válidas del empleo de estas sustancias es mayor en el caso de los fármacos clásicos o típicos. Los problemas metodológicos más frecuentes son el pequeño tamaño de la muestra, la falta de criterios de diagnóstico válidos, y la carencia de métodos de evaluación²⁹. A continuación se resumen los resultados de algunos estudios más fiables.

Por lo que respecta a la esquizofrenia de inicio tardío, Félix Post publicó en 1966 su estudio clásico sobre 71 pacientes con psicosis paranoide de inicio tardío —por encima de los 60 años—, excluyendo pacientes con demencia o psicosis afectiva. Tras implantar tratamiento con trifluoroperazina o tioridazina, el 91 % de los pacientes presentaron una mejoría parcial o completa³⁰. En estudios posteriores se ha podido apreciar una tasa de respuesta que oscila entre el 50-85 %, empleando distintas sustancias³¹⁻³⁴. Un hallazgo interesante en este grupo de pacientes es la tendencia al mal cumplimiento terapéutico, por lo que el uso de tratamientos de depósito se asociaba a una mejor respuesta, incluso en casos que aparentemente no respondían a la medicación por vía oral. Las dosis empleadas son típicamente menores que en pacientes ancianos con esquizofrenia de inicio temprano; aproximadamente la mitad de dosis. La conclusión general de estos estudios es que la respuesta terapéutica es apreciable, pero modesta³⁵.

Por lo que respecta a pacientes ancianos con esquizofrenia de inicio temprano, el fármaco más estudiado es la

tioridazina. Esta sustancia se empleó profusamente en ancianos con trastornos psicóticos, por las ventajas que ofrecía su perfil sedante y con efectos extrapiramidales relativamente escasos. En muchos estudios fue utilizada, incluso, como fármaco de referencia. Sin embargo, su comercialización fue suspendida dado su potencial cardiotoxico y anticolinérgico. Un estudio doble ciego comparó haloperidol y tioridazina durante 12 semanas en una muestra de 50 pacientes psicóticos de edad superior a 63 años, residentes en un hospital psiquiátrico, 22 de los cuales estaban diagnosticados de esquizofrenia crónica. La dosificación era flexible; como media, los pacientes tomaban 2 mg/d de haloperidol, y 100-125 mg/d de tioridazina. Ambas sustancias se mostraron igualmente eficaces a la hora de reducir síntomas como ansiedad, trastorno afectivo, hostilidad, suspicacia, aplanamiento afectivo, alucinaciones y alteraciones del pensamiento (ej. desorganización). Aparecieron efectos adversos significativos, aunque de intensidad moderada, en 27 pacientes, 15 del grupo de haloperidol y 12 del grupo de tioridazina³⁶. Otro estudio doble ciego cruzado comparó flufenazina (v.o.) con tioridazina durante ocho semanas en una muestra de 30 pacientes en un hospital psiquiátrico, con una edad media de 67 años. Los pacientes fueron tratados sucesivamente con ambos fármacos, con un período de lavado intermedio de cuatro semanas. Los dos tratamientos fueron significativamente efectivos a la hora de reducir la sintomatología psicótica, empleando las escalas CGI^c y BPRS^{37 d}. La tioridazina

era más eficaz que la flufenazina a la hora de reducir la tensión, pero producía más retardo motor. En cuanto a efectos adversos, la flufenazina se asociaba con mayor frecuencia a rigidez, mientras que la tioridazina se asociaba a aumento de peso (2 kg de media), hipotensión ortostática, y cambios en el ECG. Un último estudio doble ciego comparó durante 24 semanas trifluoperazina y acetofenazina en 308 varones de 66 años de edad media diagnosticados de esquizofrenia. De nuevo, ambos fármacos se mostraron igualmente eficaces a la hora de disminuir la sintomatología psicótica y la irritabilidad, y mejorar los hábitos personales y las relaciones sociales³⁸. Otro estudio con tioridazina comparó esta sustancia con remoxipride³⁹; ambos fármacos están hoy fuera de comercialización.

Finalmente, hay que destacar un trabajo realizado por Ritchie et al.⁴⁰ sobre pacientes ancianos con esquizofrenia, en el que el cambio de un antipsicótico convencional a olanzapina o risperidona resultó en una mejoría para los pacientes en los síntomas nucleares de la esquizofrenia y en síntomas motores, sin que se registraran diferencias entre los dos fármacos atípicos.

Antipsicóticos atípicos

Los antipsicóticos atípicos se han convertido en los fármacos de primera elección para el tratamiento de los síndromes psicóticos en el anciano, incluyendo la esquizofrenia⁴¹. Dado que no se ha probado una diferencia en eficacia entre antipsicóticos típicos y atípicos en pacientes ancianos con esquizofrenia, esta preferencia se basa en la mejor tolerabilidad de los segundos, especialmente en cuanto a efectos extrapirami-

^c CGI: Clinical Global Impression.

^d BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale.

dales. Sin embargo, no hay que perder de vista que los nuevos antipsicóticos no están exentos de efectos adversos, aunque el aumento de mortalidad de tipo cerebrovascular⁴² apreciado en pacientes con demencia no se ha podido confirmar en la esquizofrenia, y parece menor en cualquier caso que el producido por los antipsicóticos típicos⁴³. Existe un trabajo retrospectivo sobre 21 pacientes con esquizofrenia de inicio muy tardío tratados con antipsicóticos atípicos —aripirazole, quetiapina, olanzapina y risperidona— en los que aproximadamente la mitad de los casos experimentaron una mejoría clínica significativa⁴⁴. Sin embargo, como veremos al examinar más detenidamente los trabajos con cada sustancia, los datos de que se dispone provenientes de estudios rigurosos son todavía muy escasos.

Clozapina

El empleo de clozapina en pacientes ancianos se ve limitado por su perfil de efectos adversos. Aunque la presencia de efectos extrapiramidales es excepcional, pueden aparecer agranulocitosis, hipotensión postural, sedación, efectos anticolinérgicos y crisis convulsivas. Sin embargo, continúa siendo el fármaco de referencia en casos de esquizofrenia resistente, y existen varias publicaciones sobre su utilización en pacientes ancianos con esquizofrenia, que revisaremos brevemente.

Salzman et al.⁴⁵ estudiaron 20 pacientes ancianos psicóticos hospitalizados, con una edad media de 72 años, y tratados con dosis moderadas de clozapina (dosis media de 210 mg/d). Todos los pacientes mejoraron, pero 12 experimentaron sedación excesiva, y en cuatro casos aparecieron complicaciones

respiratorias de importancia. Chengappa et al.⁴⁶ realizaron una revisión retrospectiva de 12 pacientes de sexo femenino mayores de 60 años que habían sido tratadas con clozapina durante 30 meses. Solo cuatro pacientes continuaban en tratamiento con clozapina al finalizar este período, y todas pertenecían a un grupo que había sido tratado con dosis bajas (150 mg/d de media), y con un período largo de instauración. Todas las pacientes que recibieron dosis en el rango superior (300 mg/d) e instauraron el tratamiento de forma rápida (tres semanas) tuvieron que suspender el tratamiento con clozapina, en la mayoría de los casos a causa de hipotensión ortostática. Se presentó un caso de agranulocitosis reversible. Pitner et al.⁴⁷ publicaron una serie corta, de solo cuatro casos, en la que destacaron la presencia de efectos adversos —ejemplo, delirium— a dosis relativamente bajas. Howanitz et al.⁴⁸ compararon la eficacia y seguridad de clozapina y clorpromazina en 42 pacientes de edad superior a 65 años con esquizofrenia. Se trataba de un estudio doble ciego, de 12 semanas de duración y dosificación flexible. Ambos tratamientos se mostraron igualmente eficaces —a dosis medias de 300 mg/d y 600 mg/d, respectivamente— sobre los síntomas positivos y negativos, medidos con las escalas PANSS^e y CGI; tampoco aparecieron diferencias en cuanto a efectos adversos.

Sajatovic et al.⁴⁹ realizó un estudio abierto sobre 10 pacientes ancianos con esquizofrenia (edad media 70,6 años) refractaria tratados con clozapina a dosis de 204 mg/d, concluyendo que este fármaco puede ser una opción válida

^e PANSS: Positive and Negative Syndrom Scale.

en este tipo de pacientes. El mismo autor⁵⁰ analizó a lo largo de 5 años, con una metodología de estudio abierto, una muestra de 329 adultos mayores y ancianos (edad media 63,4 años) con psicosis refractaria tratados con clozapina, en la que más del 85 % de los sujetos estaban diagnosticados de esquizofrenia. El tratamiento con clozapina, a dosis media de 310 ± 223 mg/d produjo una mejoría significativa de los síntomas, medida con la escala BPRS. Sin embargo, hay que señalar que los pacientes de edad igual o superior a 65 años experimentaron menor mejoría y mayor tasa de retirada debida a efectos adversos que el grupo de edad comprendida entre 55 y 64 años.

Finalmente, hay que destacar la revisión realizada por Barak et al.⁵¹ sobre la utilización de clozapina en pacientes psicóticos ancianos con cualquier tipo de diagnóstico, en la que concluyeron que la mayoría de los pacientes experimentan una mejoría significativa a dosis relativamente bajas (130 mg/d), pero advierten de un riesgo mayor de agranulocitosis en los pacientes de edad más avanzada. La incidencia acumulada de agranulocitosis es del 7 %, con un aumento asociado al envejecimiento del 50 % por década a partir de los 65 años⁵².

Risperidona

Risperidona es el antipsicótico atípico más empleado en población anciana, y por ende el más estudiado, aunque la mayoría de trabajos con metodología rigurosa han sido realizados en pacientes con demencia y síntomas psicóticos y/o agitación. Sajatovic et al.⁵³ realizaron un estudio naturalístico sobre la eficacia, tolerabilidad y adherencia al

tratamiento con risperidona de 26 pacientes psicóticos ancianos (edad media 70,4 años), de los que el 69 % estaba diagnosticado de esquizofrenia. La dosis media empleada fue de 3,8 mg/d, durante un período medio de utilización de 251 días. El 85 % de los pacientes presentaron una mejoría clínica sustancial. Madhusoodanan et al.⁵⁴ investigaron la eficacia, seguridad y tolerabilidad de risperidona en 103 pacientes ancianos (edad media 71 años) diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo, en un estudio abierto, multicéntrico y prospectivo. A una dosis media de 2,4 mg/d, el 50 % de los pacientes experimentó una mejoría significativa —i.e. una reducción de igual o más del 20 %— en los síntomas psicóticos, medida con la PANSS, y la medicación fue bien tolerada por la mayoría de los pacientes. Otros estudios con metodología similar en muestras más reducidas han informado de hallazgos similares^{55,56}.

Davidson et al.⁵⁷ llevaron a cabo un estudio abierto de 12 meses de duración en 180 pacientes ancianos (edad media 72 años) con un trastorno psicótico crónico, de los que el 94 % estaba diagnosticado de esquizofrenia. Un total de 97 pacientes completaron el año de estudio, con una dosis media final de risperidona de 3,7 mg/d. El 54 % de los pacientes presentaron una mejoría clínica significativa (igual o más del 20 % de reducción en la puntuación total de la PANSS). El 10 % de los pacientes presentaron efectos adversos, entre ellos síntomas extrapiramidales, sedación, mareo e hipotensión ortostática. Sin embargo, la gravedad de los síntomas extrapiramidales preexistentes disminuyó de forma significativa a lo largo del estudio, y la utilización de medicación

antiparkinsoniana disminuyó del 41,1 % al 25,6 %. No se produjeron informes espontáneos de discinesia tardía, y la incidencia de discinesia tras la exploración neurológica fue del 4,3 %, contrastando con la cifra del 26 % anual que se ha informado en pacientes ancianos tratados con antipsicóticos convencionales²⁴. La misma muestra fue analizada en otro estudio examinando la presencia de ganancia excesiva de peso, sin que se apreciara este efecto adverso tan común en pacientes jóvenes, lo que permite suponer que puede existir una respuesta diferente al respecto según la edad⁵⁸. Ritchie et al.⁵⁹ realizaron un estudio abierto comparando risperidona y olanzapina en 66 pacientes ancianos con esquizofrenia a lo largo de seis meses a dosis medias de 1,2 mg/d y 9,9 mg/d respectivamente, como prolongación del estudio de cambio de un antipsicótico convencional por un atípico mencionado anteriormente⁴⁰, confirmando la eficacia y tolerabilidad de las dos sustancias, y sin que encontraran diferencias entre las mismas.

En 2003, Jeste et al.⁶⁰ realizaron un estudio doble ciego de ocho semanas de duración, comparando los dos antipsicóticos atípicos más comúnmente utilizados, risperidona y olanzapina, en pacientes ancianos con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Los 175 pacientes incluidos, atendidos en diversos recursos —consulta ambulatoria, hospitalizados, residentes en centros de larga estancia— fueron tratados con risperidona (1-3 mg/d) u olanzapina (5-20 mg/d). La duración media de la enfermedad era de 36,5 años. La dosis media fue 2 mg/d, y 10 mg/d la de olanzapina. Ambos tratamientos se mostraron significativamente efectivos a la hora de disminuir las puntuacio-

nes en la PANSS, sin que se registraran diferencias significativas entre ellos. Tampoco aparecieron diferencias significativas en cuanto a la aparición de síntomas extrapiramidales, medidos con la ESRS^f. Una contribución importante de este estudio ha sido establecer la dosis óptima de risperidona en este tipo de paciente, en torno a los 2 mg/d; inferior, por tanto, a la empleada en pacientes más jóvenes con esquizofrenia, pero superior a la utilizada en pacientes con enfermedad de Alzheimer y síntomas psicóticos.

La adherencia al tratamiento puede constituir un grave problema en pacientes ancianos con esquizofrenia que residen solos en la comunidad, de manera que hasta el 40 % puede abandonar el tratamiento a lo largo de tres años^{61, 62}. En este sentido, la introducción de la risperidona depot supuso el inicio de la aplicación de este tipo de formulación en pacientes ancianos⁶³, ya que las presentaciones clásicas con flufenazina y pipotiazina no eran adecuadas para esta población por los efectos extrapiramidales, principalmente^{64, 65}. Se han realizado varios estudios con risperidona depot en pacientes ancianos con esquizofrenia, que han sido revisados recientemente por Singh y O'Connor⁶⁶. Aunque los estudios consisten en análisis retrospectivos de muestras clínicas, pueden deducirse algunas conclusiones interesantes. La edad media en los estudios realizados se sitúa en torno a los 70 años, por lo que los resultados pueden no ser representativos de muestras de edad más avanzada. Las dosis utilizadas con más frecuencia son las de 25-50 mg cada dos semanas, con una tendencia clara a emplear la dosifica-

^f ESRS: Extrapiramidal Symptom Rating Scale.

ción más baja. La tasa de abandonos a causa de efectos adversos se sitúa entre el 10-25%. En general las conclusiones apuntan hacia que esta presentación puede ser una forma cómoda, efectiva y segura de administración en esta población^{67, 68}.

Olanzapina

En la última década han ido apareciendo trabajos sobre olanzapina en pacientes ancianos con esquizofrenia. Los primeros trabajos consistieron en series de casos, y en ellos las dosis utilizadas oscilaron entre los 5-10 mg/d, con una tasa de abandono en torno al 25% y de efectos adversos en el 16-17% de los pacientes, sin que se apreciaran diferencias significativas con otras sustancias⁵⁶. Utilizando datos procedentes de un gran estudio doble ciego comparando olanzapina y haloperidol, Kennedy et al.⁶⁹ realizaron un análisis *post hoc* sobre los resultados en pacientes de edad igual o superior a 60 años. Las dosis iniciales fueron de 5 mg/d en ambos casos, y posteriormente se permitía una dosificación flexible entre 5-20 mg/d. La dosis media de olanzapina fue de 11,8 mg/d, y la de haloperidol, de 11,9 mg/d. Olanzapina se mostró significativamente más eficaz que haloperidol en cuanto a mayor reducción en la puntuación de la PANSS y menor presentación de efectos extrapiramidales. Otro estudio abierto randomizado sobre 20 pacientes ancianos (edad media 72,7 años), comparó haloperidol y olanzapina en pacientes ancianos con esquizofrenia⁷⁰. Ambos fármacos produjeron una mejoría clínica significativa medida con las escalas PANSS y CGI, sin diferencias en las puntuaciones totales, aunque

olanzapina se mostró superior a haloperidol en cuanto a eficacia en síntomas negativos y menor presentación de efectos extrapiramidales.

Sajatovic et al.⁷¹ encontraron resultados similares en un estudio abierto sobre 27 pacientes de edad igual o superior a 65 años con esquizofrenia, tratados previamente con antipsicóticos clásicos con buena respuesta clínica. El estado psicopatológico fue valorado con la escala BPRS. La presencia de movimientos anormales fue evaluada con la SANRS^g, la BAS^h, y la AIMSⁱ. La dosis media empleada fue de $8,4 \pm 4,2$ mg/d. (La edad media de la muestra era $70,6 \pm 4,1$ años.) No se apreciaron cambios significativos en la BPRS, pero las puntuaciones en las escalas que valoraban la presencia de efectos extrapiramidales mejoraron de forma significativa, sin que se apreciara ningún cambio en la tasa de enfermedades somáticas, ni en el estado cognitivo de los pacientes, medido con el MMSE^j.

Ya se ha mencionado el estudio comparativo entre olanzapina y risperidona realizado por Jeste et al.⁷². Ambos fármacos mostraron una eficacia clínica similar, medida por la PANSS. En cuanto al perfil de efectos adversos, no aparecieron tampoco diferencias en cuanto a la presentación de efectos anticolinérgicos, un aspecto importante a destacar, dada la capacidad anticolinérgica de olanzapina *in vitro*. En cambio, sí se produjo un aumento significativo de peso (>7%) en el 14% de los pacientes tratados con olanzapina. Otro resultado

^g SANRS: Simpson-Angus Neurological Rating Scale.

^h BAS: Barnes Akathisia Scale.

ⁱ AIMS: Abnormal Involuntary Movement Scale.

^j MMSE: Mini-Mental State Examination.

interesante de este estudio consistió en establecer la dosis de olanzapina en este tipo de pacientes en 10 mg/d. Otro trabajo sobre la misma muestra de pacientes, realizado por Harvey et al.⁷³, examinó la repercusión de ambos medicamentos sobre el funcionamiento cognitivo, medido a través de una amplia batería neuropsicológica —incluía las pruebas *Continuous Performance Test* (CPT), *Serial Verbal Learning Test* (SVLT), *Trail Making Test* (TMT) Partes A and B, *Wisconsin Card Sorting Test* (WCST), y *Verbal Fluency Examinations* (VFE)— sin que se apreciaran diferencias significativas entre olanzapina y risperidona; las dos sustancias producían una mejoría en el rendimiento cognitivo. Otro estudio comparativo entre olanzapina y risperidona⁷⁴, también de tipo retrospectivo, consistió en el análisis *post hoc* del grupo de pacientes de edades comprendidas entre 50-65 años, incluidos en un estudio doble ciego más amplio⁷⁵. La muestra estaba formada por 39 pacientes —20 en el grupo de olanzapina y 19 en el de risperidona—, y en ella se apreció una mejor respuesta en la subescala de síntomas negativos de la PANSS en el grupo de olanzapina.

Hay que señalar que al menos tres trabajos han destacado que no se aprecia en pacientes ancianos con esquizofrenia el aumento de peso que aparece en sujetos más jóvenes en tratamiento con olanzapina, lo que coincide con las observaciones hechas con otros antipsicóticos atípicos⁷⁶⁻⁷⁸.

Quetiapina

La quetiapina es un antipsicótico atípico que puede resultar de utilidad en el tratamiento de la esquizofrenia en el

anciano, dado su perfil de efectos adversos, del que destaca la incidencia muy baja de efectos anticolinérgicos y extrapiramidales, lo que le convierte en el fármaco de elección en el tratamiento de los síntomas psicóticos presentes en procesos con una intolerancia especial a los síntomas extrapiramidales, como la demencia con cuerpos de Lewy o la enfermedad de Parkinson⁷⁹. En este sentido, Mintzer et al.⁸⁰ han publicado un análisis *post hoc* de una muestra de 92 pacientes ancianos con trastornos psicótico procedente de un ensayo multicéntrico abierto comparando quetiapina y risperidona. Los dos fármacos presentaban una eficacia antipsicótica similar medida con las escalas PANSS y CGI. Sin embargo, la quetiapina, con una dosis media de 300 mg/d, presentaba un perfil más favorable de efectos adversos extrapiramidales que la risperidona, a dosis media de 3 mg/d, aunque esta observación debe tomarse con cautela, dadas las limitaciones metodológicas de este tipo de trabajos. Otro dato favorable lo proporciona un estudio farmacocinético sobre quetiapina en ancianos, en el que no se encuentran diferencias con los parámetros obtenidos en adultos jóvenes, pero se aconseja un escalado más lento para minimizar efectos adversos como hipotensión ortostática o mareo⁸¹.

Hay que señalar, sin embargo, la escasez de estudios sobre la utilización clínica de quetiapina en ancianos, limitado en general a series clínicas, que contrasta con las buenas perspectivas para su empleo en estos pacientes^{82, 83}.

Existe un único estudio multicéntrico, abierto, de 52 semanas de duración, sobre la utilización de quetiapina en pacientes ancianos aquejados de una variedad de trastornos psicóticos, realizado por Tariot et al.⁸⁴. Se han pu-

blicado también análisis de esta misma muestra a las 12 semanas de tratamiento⁸⁵. La eficacia del tratamiento se valoró con las escalas BPRS, CGI, SANRS, y AIMS. Se incluyó en el estudio a 184 pacientes con un trastorno psicótico (98 mujeres y 86 hombres), con una edad media de 76,1 años. El 72 % de los pacientes tenían un diagnóstico de trastorno psicótico secundario a otra enfermedad médica, por lo general enfermedad de Alzheimer, y el 28 % tenía otro trastorno psicótico, por lo general esquizofrenia. Un total de 89 (48 %) pacientes completaron las 52 semanas de estudio. La dosis media fue de 137,5 mg/d de quetiapina. Las razones para abandonar el estudio fueron falta de eficacia (19 %), efectos adversos (15 %), abandono del seguimiento (13 %), incumplimiento del protocolo (3 %), y mejoría (2 %). Los efectos adversos más comunes fueron somnolencia (31 %), mareo (17 %) e hipotensión ortostática (15 %). Aparecieron síntomas extrapiramidales en el 13 % de los pacientes, aunque al finalizar el estudio la puntuación en la SANRS había descendido 1,8 puntos como media. Se apreció una disminución significativa en las escalas BPRS ($n = 170$, $P < 0,001$) y CGI ($n = 177$, $P < 0,002$), mientras que se apreció una disminución menor o igual al 20 % en la escala BPRS en 83 (49 %) pacientes. En conjunto, estos datos avalan la realización de estudios controlados tanto en pacientes con demencia y síntomas psicóticos, como en pacientes ancianos con esquizofrenia.

Amisulpride

El amisulpride es un fármaco que se caracteriza farmacológicamente por su

afinidad con los receptores dopaminérgicos D₂ y D₃ y su mayor selectividad por las estructuras límbicas y del hipocampo que por las estructuras estriatales, con una baja propensión a inducir efectos extrapiramidales⁸⁶. El acontecimiento adverso más frecuente de amisulpride es el aumento de prolactina en sangre que, en ocasiones, puede ser sintomática. Este aumento está relacionado con la dosis, género (más frecuente en el femenino) y, especialmente, con la edad (a mayor edad menos aumento de la prolactina), considerándose que este efecto adverso es poco relevante en pacientes ancianos⁸⁷. Existen varios estudios diseñados para evaluar la farmacocinética y la seguridad en voluntarios sanos ancianos^{88, 89}. Los resultados confirman su tolerabilidad y que no existen diferencias en los parámetros farmacocinéticos entre jóvenes y ancianos, por lo que no es necesario ajustar las dosis de amisulpride en esta población. Estos hallazgos se han visto confirmados en un estudio naturalístico que evaluaba el efecto de la edad sobre la relación entre dosis, niveles plasmáticos y eficacia clínica⁹⁰. También se ha estudiado la función cognitiva en voluntarios sanos ancianos comparada con haloperidol y placebo⁹¹. Amisulpride, a dosis de 50-200 mg/d no se asoció a disminución de la atención, memoria de trabajo, memoria verbal ni en la coordinación visomotora, al contrario que haloperidol. Otra propiedad interesante de este fármaco de cara a su empleo en pacientes ancianos con esquizofrenia es su acción sobre síntomas afectivos. Se ha realizado también un estudio abierto en pacientes ancianos distímicos comparando amisulpride y sertralina. Ambos tratamientos fueron eficaces y seguros sin encontrarse dife-

rencias entre ellos⁹². En otro estudio, amisulpride a dosis de 50 mg/d demostró su eficacia en los problemas psicoafectivos del anciano⁹³.

Como en otras sustancias, hay que lamentar la relativa falta de estudios directos sobre la efectividad de amisulpride en pacientes ancianos con esquizofrenia, aunque la larga experiencia acumulada en los 15 años de utilización clínica de esta sustancia en todos los grupos de edad avala su empleo en esta población⁹⁴. Es destacable, por tanto, la publicación reciente de dos trabajos. El primero de ellos corresponde a un estudio abierto retrospectivo sobre 26 pacientes con esquizofrenia de inicio tardío, con una edad media de 76,2 años, que fueron tratados con amisulpride a dosis media de 101 mg/d durante cinco semanas, y en los que se apreció una mejoría significativa de las escalas de evaluación (BPRS y CGI), sin que se apreciaran síntomas extrapiramidales significativos⁹⁵. El segundo corresponde a un estudio piloto randomizado doble ciego comparando amisulpride y risperidona en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia de edad superior a 65 años a lo largo de seis semanas⁹⁶. Las dosis aplicadas fueron flexibles a criterio clínico, dentro de un rango de 100-400 mg/d para amisulpride y 1-4 mg/d para risperidona. La muestra de estudio consistió en 38 pacientes, de los que 25 fueron tratados con amisulpride y 13 con risperidona. No se apreciaron diferencias significativas en cuanto a eficacia medida con la escala PANSS —con una disminución de 29 % en el grupo de risperidona y del 37,8 en el de amisulpride— o a la presentación de efectos adversos. Un paciente en cada rama tuvo que abandonar el estudio ante la aparición de síntomas

extrapiramidales. Estas conclusiones hay que interpretarlas con cautela, dado lo reducido de la muestra.

Ziprasidona

Ziprasidona es un antipsicótico atípico que a nivel farmacológico se caracteriza por ser un antagonista para los receptores de la serotonina tipo 2A (5-HT_{2A}) y para los receptores de la dopamina tipo 2 (D₂). Aunque no existen datos publicados sobre su utilización en pacientes ancianos con esquizofrenia, sus propiedades farmacológicas podrían ser interesantes en este tipo de pacientes. Además de su baja capacidad de producir síntomas extrapiramidales, tiene escasa repercusión sobre el peso, y produce escasos síntomas extrapiramidales o hiperprolactinemia. No se han descrito cambios farmacocinéticos asociados a la edad o al sexo⁹⁷, ni en sujetos con insuficiencia renal o hepática leve o moderada^{98, 99}, aunque en este último caso deben considerarse dosis menores.

Una desventaja de ziprasidona es su asociación con un aumento significativo del intervalo QTc en el electrocardiograma, aunque está por determinar la relevancia clínica de la misma en pacientes ancianos, ya que existen trabajos en la práctica habitual en los que no se registraron complicaciones cardiovasculares¹⁰⁰.

Se ha descrito en un trabajo¹⁰¹ la eficacia de ziprasidona intramuscular a lo largo de tres días consecutivos de tratamiento para controlar la agitación en una muestra de 21 pacientes psicóticos ancianos. La dosis se ajustó individualmente; tras una dosis inicial 10-20 mg, a las doce horas se podía administrar otros 10-20 mg, hasta un máximo de

40 mg al día. Se apreció una disminución media de 26,8 puntos en la escala BPRS, y la tolerancia fue buena.

Aripiprazol

Aripiprazol es un antipsicótico atípico que posee la capacidad de actuar como antagonista o agonista parcial de los receptores dopaminérgicos, dependiendo de la cantidad de dopamina disponible en el cerebro. En los estudios realizados en sujetos jóvenes, presenta un buen perfil en cuanto a efectos secundarios extrapiramidales, cardiacos, o derivados de hiperprolactinemia¹⁰². No parece necesario un ajuste de dosis con la edad.

Como suele ser habitual, los ensayos de aripiprazol en esquizofrenia incluyen especialmente sujetos jóvenes. No obstante, un estudio de mantenimiento de 26 semanas de duración incluyó sujetos de hasta 77 años de edad. La edad media fue de 41 años, y el número preciso de casos por encima de 65 años de edad no se incluyó en la publicación¹⁰³. En el estudio, 310 pacientes con esquizofrenia crónica fueron randomizados para recibir 15 mg/d de aripiprazol o placebo. La variable principal de resultado fue el tiempo hasta la recaída, que fue significativamente superior en el grupo de tratamiento activo comparado con placebo, junto con una mayor reducción en las escalas PANSS total y PANSS síntomas positivos. No se analizó si existía una respuesta diferencial según la edad. En un estudio abierto de 52 semanas de duración que se llevó a cabo como extensión del ensayo anteriormente comentado¹⁰⁴, los pacientes recibieron olanzapina (10-20 mg/d) o aripiprazol (15-30 mg/d), sin que se apreciaran diferencias en cuanto a efi-

cacia clínica entre ambas sustancias, pero sí en cuanto a ganancia de peso, perfil lipídico y niveles de glucosa en ayunas, que resultaron favorables a aripiprazol, sin que se apreciara influencia alguna de la edad.

Asimismo, se dispone de dos estudios publicados en pacientes ancianos con esquizofrenia tratados con aripiprazol, consistente en una serie retrospectiva de 10 pacientes¹⁰⁵, y otra con 52 pacientes agudos hospitalizados, aunque solo el 29% tenía diagnóstico de esquizofrenia¹⁰⁶. En estas series, el fármaco resultó bien tolerado y eficaz; el efecto adverso más notable fue la presencia de inquietud o agitación. Aripiprazol puede estar especialmente indicado en pacientes ancianos con esquizofrenia y síntomas depresivos¹⁰⁷, o deterioro cognitivo pronunciado¹⁰⁸.

Paliperidona

La paliperidona es el metabolito activo más importante de la risperidona (9-hidroxisisperidona), y presenta un perfil similar en cuanto a eficacia y tolerabilidad, aunque produce mayor hiperprolactinemia. Su ventaja práctica más importante sobre la risperidona es la administración en una única toma diaria, y otras ventajas posibles son objeto de debate¹⁰⁹.

Existe un trabajo de gran interés sobre la tolerabilidad de la paliperidona en pacientes ancianos con esquizofrenia¹¹⁰. Se trata de un estudio multicéntrico randomizado doble ciego controlado con placebo de seis semanas de duración, con una prolongación opcional de 24 semanas en régimen abierto, cuyo objetivo era valorar la seguridad y tolerabilidad del fármaco en personas con esquizofrenia de edad superior a

65 años. En el estudio participaron 114 pacientes, a los que se administró inicialmente una dosis de paliperidona de 6 mg/d, que podía ajustarse con incrementos de 3 mg/d. Durante la fase de doble ciego, la tasa de discontinuación a causa de efectos adversos fue similar entre paliperidona (7%) y placebo (8%), así como la incidencia general de efectos adversos (paliperidona 67% y placebo 71%). Se apreció un aumento de los niveles plasmáticos de prolactina en la mitad de los pacientes tratados con paliperidona. No se encontraron efectos adversos relacionados con el aumento de los niveles de prolactina y/o el metabolismo de la glucosa. Las medidas de eficacia, aunque no constituían el objetivo del estudio, también fueron favorables a la utilización de paliperidona en pacientes ancianos con esquizofrenia. Se trata de una sustancia con un potencial interesante de cara a su empleo en personas mayores¹¹¹.

Otros psicofármacos en el tratamiento de la esquizofrenia en el anciano

El empleo de psicofármacos distintos a los antipsicóticos es frecuente en la esquizofrenia. En el estudio CATIE, el 38% de la muestra basal seguía tratamiento con antipsicóticos, y el 22% con ansiolíticos¹¹². Este hecho concuerda con la observación clínica de que una de las complicaciones más frecuentes en la esquizofrenia del anciano es la presentación simultánea de síntomas psicóticos y depresivos, que puede adoptar una gran variedad de formas clínicas, desde cuadro subsindrómicos a episodios depresivos bien caracterizados. La presencia de síntomas depresi-

vos se asocia a mayor gravedad de los síntomas psicóticos y de la patología somática concomitante, mayor deterioro funcional y presencia de acatisia¹⁰.

El tratamiento farmacológico en esos casos pasa con frecuencia por añadir antidepressivos al tratamiento con antipsicóticos. Estudios recientes sugieren que los clínicos prescriben antidepressivos al 30% de los pacientes con esquizofrenia ingresados, y al 43% de los tratados ambulatoriamente. Los ensayos clínicos que han evaluado esta práctica se han centrado en fármacos serotoninérgicos como fluoxetina, sertralina, fluvoxamina y citalopram, aunque por lo general se trata de muestras reducidas, y el número de sujetos ancianos incluidos ha sido muy pequeño¹¹³.

Citalopram es una de las sustancias estudiada específicamente en personas mayores con esquizofrenia. Kascow et al.¹¹⁴ llevaron a cabo un estudio simple ciego comparando la potenciación con citalopram a dosis de 20-40 mg/d con la no intervención en 19 pacientes de edad media y avanzada con esquizofrenia, obteniendo una mejoría significativa en calidad de vida y sintomatología depresiva en el grupo tratado con citalopram. Zisook et al.¹¹⁵ llevaron a cabo un estudio doble ciego controlado con placebo sobre la eficacia de citalopram en 198 pacientes ancianos con esquizofrenia y síntomas depresivos, encontrando resultados favorables al empleo de esta sustancia, tanto desde el punto de vista sintomático como funcional¹¹⁶, sin que se apreciara como consecuencia de la edad variación en la respuesta o mayor tasa de efectos adversos¹¹⁷. También se apreció, en la misma muestra, una reducción significativa de la tasa de ideación autolítica¹¹⁸.

EL TRATAMIENTO PSICOSOCIAL

En los últimos años ha ido ganando adeptos la idea de que el tratamiento psicosocial es un complemento imprescindible del tratamiento antipsicótico en pacientes ancianos con esquizofrenia, a pesar de las deficiencias existentes en esta área, tanto por la falta de trabajos de investigación clínica como de modelos de intervención bien estructurados. Dos aspectos esenciales a la hora de valorar la eficacia de este tipo de intervenciones consisten en ajustar los criterios de evaluación de resultados a las peculiaridades de estos pacientes¹¹⁹ y disponer de instrumentos de evaluación adecuados^{120, 121}. Asimismo, parece evidente que estas intervenciones deben centrarse en las necesidades específicas de este tipo de pacientes, como el aislamiento, la falta de soporte, la mala salud física o el mal cumplimiento terapéutico¹²².

Patterson et al.¹²³ realizaron un estudio piloto en una muestra de 40 pacientes con cuadros psicóticos crónicos de edad madura o avanzada, asignados aleatoriamente a recibir el abordaje terapéutico habitual con o sin 24 sesiones de terapia grupal encaminadas a mejorar su rendimiento en actividades de la vida diaria (programa FAST^k). El grupo tratado con el programa FAST mejoró de forma significativa al final del período de intervención, y mantuvo la mejoría al cabo de los tres meses, sin que se apreciaran cambios en la psicopatología. Posteriormente, en 2006, el mismo equipo publicó el trabajo completo sobre 240 pacientes, encontrando una mejoría significativa en el grupo que recibió el

FAST en cuanto a habilidades sociales y funcionamiento en actividades de la vida diaria, aunque no en el manejo de medicación¹²⁴.

McQuaid et al.¹²⁵ publicaron en 2000 un trabajo en el que describían un modelo de aplicación simultánea de dos intervenciones psicosociales —terapia cognitivo-conductual y aprendizaje de habilidades sociales— ampliamente utilizadas en pacientes más jóvenes. El trabajo incluía un estudio piloto sobre 10 pacientes, con resultados prometedores. El mismo equipo inició un estudio randomizado aplicando este tipo de intervención mixta, denominada CBSST^l, a pacientes ancianos con esquizofrenia residentes en la comunidad, y publicó unos resultados preliminares sobre 15 pacientes¹²⁶. Los pacientes fueron asignados aleatoriamente a recibir farmacoterapia o farmacoterapia y terapia CBSST. Esta consistía en 12 sesiones semanales de 90 minutos, aplicadas en formato grupal. La intervención estaba especialmente adaptada al rendimiento cognitivo de pacientes ancianos. Los resultados fueron prometedores en cuanto a adherencia y satisfacción con la terapia, mejora del cumplimiento terapéutico general y mejoría psicopatológica, especialmente de los síntomas de tipo afectivo. Finalmente, en 2005 se publicaron los resultados del ensayo completo con una muestra de 76 pacientes aleatorizados a recibir CBSST —24 sesiones semanales— o el tratamiento habitual¹²⁷, y dos años más tarde los de un seguimiento de 12 meses de la misma muestra¹²⁸. Con respecto al estudio controlado, los pacientes que recibieron la CBSST experimentaron una

^k FAST: Functional adaptation skills training.

^l CBSST: Cognitive-Behavioral Social Skill Training.

mejoría significativa en el número de actividades sociales emprendidas sobre el grupo control, aunque las habilidades empleadas dentro de las mismas no diferían significativamente. También se encontró una mejoría significativa en la capacidad de introspección acerca de los síntomas psicóticos en el grupo que recibió la intervención, aunque no se apreciaron diferencias en cuanto a frecuencia o intensidad de los síntomas con respecto al grupo control. A los 12 meses se mantenían las diferencias en cuanto a actividades sociales, pero no en la introspección.

Finalmente, un tercer grupo ha desarrollado una intervención en habilidades destinada a mejorar la autonomía personal y las habilidades sociales. La intervención consiste en sesiones educativas semanales y otras de puesta en práctica en la comunidad con periodicidad quincenal a lo largo de un año, junto con una intervención sobre la salud realizada por una enfermera especialista. Los resultados son prometedores, pero todavía preliminares¹²⁹⁻¹³¹.

Otro aspecto de la intervención psicosocial en pacientes ancianos con esquizofrenia es la atención a los familiares y cuidadores de estos pacientes¹³². Resulta paradójico que esta área reciba poca atención en la literatura científica, cuando se han dedicado tantos esfuerzos hacia otros colectivos, como los familiares de pacientes con demencia. Evidentemente, la sobrecarga de atender a un familiar con esquizofrenia, no desmerece en nada a la atender a un paciente con demencia, y sus consecuencias en cuanto a calidad de vida de los cuidadores¹³³ o a la institucionalización de los pacientes, tampoco¹³⁴. Los escasos trabajos existentes avalan la eficacia de las intervenciones psicoeducativas

con familiares, aunque, como se ha comentado, la necesidad de estudios es apremiante^{135, 136}.

RECOMENDACIONES CLÍNICAS

El paso más importante para efectuar un tratamiento correcto de la esquizofrenia en el anciano es realizar un buen diagnóstico, que incluya el diagnóstico diferencial de los trastornos psicóticos, ya que la esquizofrenia —a diferencia de lo que ocurre en otras épocas de la vida— no es la causa más frecuente de psicosis en el anciano. Una vez efectuado el diagnóstico, es necesario realizar una intervención precoz e integral, que se base en una evaluación completa de la situación clínica del paciente y de sus necesidades en varios órdenes. La intervención precoz puede producir resultados tan satisfactorios en pacientes ancianos como en jóvenes¹³⁷.

Los antipsicóticos atípicos a dosis bajas, con la excepción de clozapina, son fármacos eficaces y bien tolerados por los pacientes ancianos con esquizofrenia, y deben ser considerados el tratamiento de primera elección en la esquizofrenia tardía¹³⁸. Se recomienda en esta población iniciar el tratamiento antipsicótico a dosis bajas, y realizar un escalado lento, dada su mayor sensibilidad por los efectos adversos. Aunque la respuesta terapéutica puede obtenerse a dosis más baja que en sujetos más jóvenes, pueden alcanzarse dosis similares a las empleadas en estos, siempre que la tolerancia sea adecuada. No debe olvidarse que la respuesta terapéutica de los pacientes ancianos es más lenta, por lo que es necesario una mayor perseverancia antes de descartar la eficacia

TABLA III
**Recomendaciones de dosis
 de antipsicóticos atípicos
 en personas ancianas
 con esquizofrenia (edad > 65 años^m)**

Medicación	Dosis de inicio (mg/d)	Dosis de mantenimiento (mg/d)
Clozapina	6-12	50-250
Risperidona	0,25-0,5	2-3
Olanzapina	2,5	10-15
Quetiapina	12,5-25	75-200
Amisulpride	50-150	300-600
Ziprasidona	40-80	80-160
Aripiprazol	5	10-15

Fuente: Modificado de Moran y Lawlord (2005)⁹.

terapéutica de un determinado medicamento^{139, 140}. Las dosis de inicio y mantenimiento se sitúan entre un 25-50 % de las empleadas en sujetos más jóvenes, si bien, en casos de esquizofrenia de inicio tardío, la dosificación debe ser incluso menor, similar a la empleada en el tratamiento de los trastornos psicóticos en la enfermedad de Alzheimer (tabla III). También debe considerarse una dosificación menor en pacientes con comorbilidad somática importante, deterioro cognitivo importante o antecedentes de sensibilidad a los antipsicóticos.

Siempre que sea posible, el tratamiento antipsicótico debe complementarse con una intervención psicosocial. En la actualidad existen datos de que este tipo de terapia, especialmente la combinación de terapia cognitivo-conductual y aprendizaje de habilidades

^m Se trata de recomendaciones generales. El ajuste individual de las dosis es imprescindible.

sociales, puede contribuir a mejorar el funcionamiento y la adaptación social del paciente, así como su adherencia al tratamiento en general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jeste DV, Nasrallah HA. Schizophrenia and aging: no more dearth of data? *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 Nov;11(6):584-7.
2. Palmer BW, Heaton SC, Jeste DV. Older patients with schizophrenia: challenges in the coming decades. *Psychiatr Serv* 1999 Sep;50(9):1178-83.
3. Folsom DP, Lebowitz BD, Lindamer LA, Palmer BW, Patterson TL, Jeste DV. Schizophrenia in late life: emerging issues. *Dialogues Clin Neurosci* 2006;8(1):45-52.
4. Harris MJ, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull* 1988;14(1):39-55.
5. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry* 2000 Feb;157(2):172-8.
6. Auslander LA, Jeste DV. Sustained Remission of Schizophrenia Among Community-Dwelling Older Outpatients. *Am J Psychiatry* 2004;161(8):1490-3.
7. Bankole A, Cohen CI, Vahia I, Diwan S, Palekar N, Reyes P, et al. Symptomatic remission in a multi-racial urban population of older adults with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Dec;16(12):966-73.

8. Huber G. The heterogeneous course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997 Dec 19;28(2-3):177-85.
9. Moran M, Lawlor B. Late-life Schizophrenia. *Psychiatry* 2005;4(11): 51-5.
10. Zisook S, Montross L, Kasckow J, Mohamed S, Palmer BW, Patterson TL, et al. Subsyndromal depressive symptoms in middle-aged and older persons with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007 Dec;15 (12):1005-14.
11. Harvey PD, Silverman JM, Mohs RC, Parrella M, White L, Powchik P, et al. Cognitive decline in late-life schizophrenia: a longitudinal study of geriatric chronically hospitalized patients. *Biol Psychiatry* 1999 Jan 1;45(1):32-40.
12. Purohit DP, Perl DP, Haroutunian V, Powchik P, Davidson M, Davis KL. Alzheimer disease and related neurodegenerative diseases in elderly patients with schizophrenia: a postmortem neuropathologic study of 100 cases. *Arch Gen Psychiatry* 1998 Mar;55(3):205-11.
13. Rapp MA, Schnaider-Beeri M, Purohit DP, Reichenberg A, McGurk SR, Haroutunian V, et al. Cortical neuritic plaques and hippocampal neurofibrillary tangles are related to dementia severity in elderly schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2010 Jan;116(1):90-6.
14. Palmer BW, Heaton RK, Gladsjo JA, Evans JD, Patterson TL, Golshan S, et al. Heterogeneity in functional status among older outpatients with schizophrenia: employment history, living situation, and driving. *Schizophr Res* 2002 Jun 1;55(3): 205-15.
15. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, Palmer BW, Patterson T, Jeste DV. The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. *Biol Psychiatry* 2003 Mar 1;53(5):422-30.
16. Sitzler DI, Twamley EW, Patterson TL, Jeste DV. Multivariate predictors of social skills performance in middle-aged and older out-patients with schizophrenia spectrum disorders. *Psychol Med* 2008 May;38(5): 755-63.
17. Lagodka A, Robert P. Is late-onset schizophrenia related to neurodegenerative processes? A review of literature. *Encephale* 2009 Sep;35(4): 386-93.
18. Barak Y, Aizenberg D, Mirecki I, Maze D, Achiron A. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: clinical and imaging characteristics in comparison with elderly patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002 Nov;190(11):733-6.
19. Ames D, Chiu E, Lindsay J, Shulman KI. Schizophrenia and related disorders in late life. En: *Guide to the Psychiatry of Old Age*. Cambridge, Cambridge University Press; 2010; 87-94.
20. Marriott RG, Neil W, Waddingham S. Antipsychotic medication for elderly people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; (1):CD005580.
21. Brewin CR, Wing JK, Mangen SP, Brugha TS, MacCarthy B. Principles and practice of measuring needs in the long-term mentally ill: the MRC needs for care assessment. *Psychol Med* 1987 Nov;17(4): 971-81.

22. Reynolds T, Thornicroft G, Abas M, Woods B, Hoe J, Leese M, et al. Camberwell Assessment of Need for the Elderly (CANE). Development, validity and reliability. *Br J Psychiatry* 2000 May;176:444-52.
23. Goldberg RJ. Tardive dyskinesia in elderly patients: an update. *J Am Med Dir Assoc* 2003 Mar;4(2 Suppl):S32-S42.
24. Jeste DV, Caligiuri MP, Paulsen JS, Heaton RK, Lacro JP, Harris MJ, et al. Risk of tardive dyskinesia in older patients. A prospective longitudinal study of 266 outpatients. *Arch Gen Psychiatry* 1995 Sep;52(9):756-65.
25. Palmer BW, McClure FS, Jeste DV. Schizophrenia in late life: findings challenge traditional concepts. *Harv Rev Psychiatry* 2001 Mar;9(2):51-8.
26. Tariot PN, Ismail MS. Use of quetiapine in elderly patients. *J Clin Psychiatry* 2002;63 Suppl 13:21-6.
27. Daniel DG. Antipsychotic treatment of psychosis and agitation in the elderly. *J Clin Psychiatry* 2000;61 Suppl 14:49-52.
28. Arunpongpaisal S, Ahmed I, Aqeel N, Suchat P. Antipsychotic drug treatment for elderly people with late-onset schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2): CD004162.
29. McClure FS, Jeste DV. Treatment of late-onset schizophrenia and related disorders. In: Howard R, editor. *Leeds Castle Symposium*. New York: Leeds Castle; 1998.
30. Post F. *Persistent Persecutory States of the Elderly*. Londres: Pergamon Press; 1996.
31. Rabins P, Pauker S, Thomas J. Can schizophrenia begin after age 44? *Compr Psychiatry* 1984 May;25(3): 290-3.
32. Craig TJ, Bregman Z. Late onset schizophrenia-like illness. *J Am Geriatr Soc* 1988 Feb;36(2):104-7.
33. Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV, Chase GA, Cohen B, Wirth JB, et al. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1989 Dec;146(12): 1568-74.
34. Howard R, Levy J. Which factors affect treatment response in late paraphrenia? *Int J Geriatr Psychiatry* 1992;7:667-72.
35. Raskind MA, Risse SC. Antipsychotic drugs and the elderly. *J Clin Psychiatry* 1986 May;47 Suppl: 17-22.
36. Tsuang MM, Lu LM, Stotsky BA, Cole JO. Haloperidol vs. thioridazine for hospitalized psychogeriatrics patients: double blind study. *J Am Geriatr Soc* 1971;19:593-600.
37. Branchey MH, Lee JH, Ramesh A. High- and low-potency neuroleptics in elderly psychiatric patients. *JAMA* 1978;239:1860-2.
38. Honigfeld G, Rosenbaum MP, Blumenthal II, et al. Behavioral improvement in the older schizophrenic patients: drug and social therapies. *J Am Geriatr Soc* 1965;13(57-71).
39. Phanjo AL, Link C. Remoxipride versus thioridazine in elderly psychotic patients. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1990;358:181-5.
40. Ritchie CW, Chiu E, Harrigan S, Hall K, Hassett A, MacFarlane S, et al. The impact upon extra-pyramidal side effects, clinical symptoms and quality of life of a switch from conventional to atypical antipsychotics (risperidone or olanzapine)

- in elderly patients with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 May;18(5):432-40.
41. Sable JA, Jeste DV. Antipsychotic Treatment for Late-life Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2002;4: 299-306.
 42. Jeste DV, Dolder CR, Nayak GV, Salzman C. Atypical antipsychotics in elderly patients with dementia or schizophrenia: review of recent literature. *Harv Rev Psychiatry* 2005 Nov;13(6):340-51.
 43. Pratt N, Roughead EE, Ryan P, Salter A. Antipsychotics and the risk of death in the elderly: an instrumental variable analysis using two preference based instruments. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010 Jul;19 (7):699-707.
 44. Scott J, Greenwald BS, Kramer E, Shuwall M. Atypical (second generation) antipsychotic treatment response in very late-onset schizophrenia-like psychosis. *Int Psychogeriatr* 2010 Dec 1;1-7.
 45. Salzman C, Vacarro B, Lie K, Weiner A. Clozapine in older patients with psychosis and behavioral disturbance. *Am J Geriatr Psychiatry* 1995;3(26):33.
 46. Chengappa KN, Baker RW, Kreinbrook SB, Adair D. Clozapine use in female geriatric patients with psychoses. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1995;8:12-5.
 47. Pitner JK, Mintzer JE, Pennypacker LC, Jackson CW. Efficacy and adverse effects of clozapine in four elderly psychotic patients. *J Clin Psychiatry* 1995 May;56(5):180-5.
 48. Howanitz E, Pardo M, Smelson DA, et al. The efficacy and safety of clozapine versus chlorpromazine in geriatric schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 1999;60:41-4.
 49. Sajatovic M, Jaskiw G, Konicki PE, Jurjus G, Kwon K, Ramírez LF. Outcome of clozapine therapy for elderly patients with refractory primary psychosis. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997 May;12(5):553-8.
 50. Sajatovic M, Ramírez LF, Garver D, Thompson P, Ripper G, Lehmann LS. Clozapine therapy for older veterans. *Psychiatr Serv* 1998 Mar;49(3):340-4.
 51. Barak Y, Wittenberg N, Naor S, Kutzuk D, Weizman A. Clozapine in elderly psychiatric patients: tolerability, safety, and efficacy. *Compr Psychiatry* 1999 Jul;40(4):320-5.
 52. Wahlbeck K, Cheine M, Essali A, Adams C. Evidence of clozapine's effectiveness in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *Am J Psychiatry* 1999 Jul;156(7):990-9.
 53. Sajatovic M, Ramírez LF, Vernon L, Brescan D, Simon M, Jurjus G. Outcome of risperidone therapy in elderly patients with chronic psychosis. *Int J Psychiatry Med* 1996; 26(3):309-17.
 54. Madhusoodanan S, Brecher M, Brenner R, Kasckow J, Kunik M, Negron AE, et al. Risperidone in the treatment of elderly patients with psychotic disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 1999;7(2):132-8.
 55. Berman I, Merson A, Sison C, Allan E, Schaefer C, Loberboym M, et al. Regional cerebral blood flow changes associated with risperidone treatment in elderly schizophrenia patients: a pilot study. *Psychopharmacol Bull* 1996;32(1):95-100.

56. Madhusoodanan S, Suresh P, Brenner R, Pillai R. Experience with the atypical antipsychotics-risperidone and olanzapine in the elderly. *Ann Clin Psychiatry* 1999 Sep;11(3): 113-8.
57. Davidson M, Harvey PD, Vervarcke J, Gagiano CA, De Hooge JD, Bray G, et al. A long-term, multicenter, open-label study of risperidone in elderly patients with psychosis. On behalf of the Risperidone Working Group. *Int J Geriatr Psychiatry* 2000 Jun;15(6):506-14.
58. Barak Y. No weight gain among elderly schizophrenia patients after 1 year of risperidone treatment. *J Clin Psychiatry* 2002 Feb;63(2):117-9.
59. Ritchie CW, Chiu E, Harrigan S, MacFarlane S, Mastwyk M, Halliday G, et al. A comparison of the efficacy and safety of olanzapine and risperidone in the treatment of elderly patients with schizophrenia: an open study of six months duration. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006 Feb;21(2):171-9.
60. Jeste DV, Barak Y, Madhusoodanan S, Grossman F, Gharabawi G. International multisite double-blind trial of the atypical antipsychotics risperidone and olanzapine in 175 elderly patients with chronic schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 Nov;11(6):638-47.
61. Masand PS, Gupta S. Long-acting injectable antipsychotics in the elderly: guidelines for effective use. *Drugs Aging* 2003;20(15):1099-110.
62. Ritchie CW, Harrigan S, Mastwyk M, MacFarlane S, Cheesman N, Ames D. Predictors of adherence to atypical antipsychotics (risperidone or olanzapine) in older patients with schizophrenia: an open study of 3(1/2) years duration. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 Nov 27.
63. Martin SD, Libretto SE, Pratt DJ, Brewin JS, Huq ZU, Saleh BT. Clinical experience with the long-acting injectable formulation of the atypical antipsychotic, risperidone. *Curr Med Res Opin* 2003;19(4): 298-305.
64. Burch EA, Jr., Ayd FJ, Jr. Depot pipotiazine 1970-1982: a review. *J Clin Psychiatry* 1983 Jul;44(7): 242-7.
65. Altamura AC, Mauri MC, Girardi T, Panetta B. Clinical and toxicological profile of fluphenazine decanoate in elderly chronic schizophrenia. *Int J Clin Pharmacol Res* 1990;10 (4):223-8.
66. Singh D, O'Connor DW. Efficacy and safety of risperidone long-acting injection in elderly people with schizophrenia. *Clin Interv Aging* 2009;4:351-5.
67. Kissling W, Glue P, Medori R, Simpson S. Long-term safety and efficacy of long-acting risperidone in elderly psychotic patients. *Hum Psychopharmacol* 2007 Dec;22(8): 505-13.
68. Tadger S, Baruch Y, Barak Y. Symptomatic remission in elderly schizophrenia patients treated with long-acting risperidone. *Int Psychogeriatr* 2008 Dec;20(6):1245-50.
69. Kennedy JS, Jeste DV, Kaiser CJ, Golshan S, Maguire GA, Tollefson G, et al. Olanzapine vs haloperidol in geriatric schizophrenia: analysis of data from a double-blind controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003;18(11):1013-20.
70. Barak Y, Shamir E, Zemishlani H, Mirecki I, Toren P, Weizman R.

- Olanzapine vs. haloperidol in the treatment of elderly chronic schizophrenia patients. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry* 2002; 26(6):1199-202.
71. Sajatovic M, Pérez D, Brescan D, Ramírez LF. Olanzapine therapy in elderly patients with schizophrenia. *Psychopharmacol Bull* 1998;34: 819-23.
72. Jeste DV, Barak Y, Madhusoodanan S, Grossman F, Gharabawi G. International multisite double-blind trial of the atypical antipsychotics risperidone and olanzapine in 175 elderly patients with chronic schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2004;11(6):638-47.
73. Harvey PD, Napolitano JA, Mao L, Gharabawi G. Comparative effects of risperidone and olanzapine on cognition in elderly patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003 Sep;18(9):820-9.
74. Feldman PD, Kaiser CJ, Kennedy JS, Sutton VK, Tram PV, Tollefson G, et al. Comparison of risperidone and olanzapine in the control of negative symptoms of chronic schizophrenia and related psychotic disorders in patients aged 50 to 65 years. *J Clin Psychiatry* 2003;64(9): 998-1004.
75. Tram PV, Hamilton SH, Kuntz AJ, et al. Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders. *J Clin Psychopharmacol* 1997;17:407-18.
76. Barak Y, Aizenberg D. Effects of olanzapine on lipid abnormalities in elderly psychotic patients. *Drugs Aging* 2003;20(12):893-6.
77. Barak Y, Shamir E, Mirecki I, Weizman R, Aizenberg D. Switching elderly chronic psychotic patients to olanzapine. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004 Jun;7(2):165-9.
78. Ciudad A, Montes JM, Olivares JM, Gómez JC. Safety and tolerability of olanzapine compared with other antipsychotics in the treatment of elderly patients with schizophrenia: a naturalistic study. *Eur Psychiatry* 2004 Sep;19(6):358-65.
79. Hoeh N, Gyulai L, Weintraub D, Streim J. Pharmacologic management of psychosis in the elderly: a critical review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2003;16:213-8.
80. Mintzer JE, Mullen JA, Sweitzer DE. A comparison of extrapyramidal symptoms in older outpatients treated with quetiapine or risperidone. *Curr Med Res Opin* 2004;20 (9):1483-91.
81. Jaskiw GE, Thyrum PT, Fuller MA, Yeh C. Pharmacokinetics of quetiapine in elderly patients with selected psychotic disorders. *Clin Pharmacokinet* 2004;43(14):1025-35.
82. Madhusoodanan S, Brenner R, Alcantra A. Clinical experience with quetiapine in elderly patients with psychotic disorders. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000;13(1):28-32.
83. Mazeh D, Paleacu D, Barak Y. Quetiapine for elderly non-responsive schizophrenia patients. *Psychiatry Res* 2008 Jan 15;157(1-3):265-7.
84. Tariot PN, Salzman C, Yeung PP, Pultz J, Rak IW. Long-Term use of quetiapine in elderly patients with psychotic disorders. *Clin Ther* 2000 Sep;22(9):1068-84.

85. McManus DQ, Arvanitis LA, Kowalczyk BB. Quetiapine, a novel antipsychotic: experience in elderly patients with psychotic disorders. *J Clin Psychiatry* 1999;60:292-8.
86. Leucht S. Amisulpride, a selective dopamine antagonist and atypical antipsychotic: results of a meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Neuropsychopharmacol* 2004;7(Supl 1):S15-S20.
87. Melkersson K, Dahl ML. Adverse metabolic effects associated with atypical antipsychotics: literature review and clinical implications. *Drugs* 2004;64(7):701-23.
88. Hamon-Vilcot B, Chaufour S. Safety and pharmacokinetics of a single oral dose of amisulpride in healthy elderly volunteers. *Eur J Clin Pharmacol* 1998;54(5):405-9.
89. Canal M, Chaufour S, Lavanant C, Zieleniuk I, Piette JF, Deschamps C. Amisulpride pharmacokinetics: no difference between young and elderly subjects. Munich, Germany: Abstracts of the 13th European College on Neuropsychopharmacology (ECNP) Congress; 2000 p. S331.
90. Muller MJ, Eich FX, Regenbogen B, Sachse J, Hartter S, Hiemke C. Amisulpride doses and plasma levels in different age groups of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *J Psychopharmacol* 2009 May;23(3):278-86.
91. Legangneux E, McEwen J, Wesnes KA, Bergougnan L, Miget N, Canal M, et al. The acute effects of amisulpride (50 mg and 200 mg) and haloperidol (2 mg) on cognitive function in healthy elderly volunteers. *J Psychopharmacol* 2000;14(2):164-71.
92. Bellino S, Barzega G, Bogetto F, Maina G, Venturello S, Ravizza L. An open-label, randomized, prospective comparison of sertraline and amisulpride in the treatment of dysthymia in the elderly. *Curr Ther Res* 1997;58(10):798-808.
93. Robillard J. Etude préliminaire de l'amisulpride (Solian 50) sur les troubles psycho-affectifs déficitaires du sujet âgé. *J Med Prat* 1990;4(1):20-2.
94. Bullock R, Saharan A. Atypical antipsychotics: experience and use in the elderly. *Int J Clin Pract* 2002;56(7):515-25.
95. Psarros C, Theleritis CG, Paparrigopoulos TJ, Politis AM, Papadimitriou GN. Amisulpride for the treatment of very-late-onset schizophrenia-like psychosis. *Int J Geriatr Psychiatry* 2009 May;24(5):518-22.
96. Riedel M, Eich FX, Moller HJ. A pilot study of the safety and efficacy of amisulpride and risperidone in elderly psychotic patients. *Eur Psychiatry* 2009 Apr;24(3):149-53.
97. Wilner KD, Tensfeldt TG, Baris B, Smolarek TA, Turncliff RZ, Colburn WA, et al. Single- and multiple-dose pharmacokinetics of ziprasidone in healthy young and elderly volunteers. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49 Suppl 1:15S-20S.
98. Aweeka F, Jayesekara D, Horton M, Swan S, Lambrecht L, Wilner KD, et al. The pharmacokinetics of ziprasidone in subjects with normal and impaired renal function. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49 Suppl 1:27S-33S.
99. Everson G, Lasseter KC, Anderson KE, Bauer LA, Carithens RL, Jr., Wilner KD, et al. The pharmacoki-

- netics of ziprasidone in subjects with normal and impaired hepatic function. *Br J Clin Pharmacol* 2000;49 Suppl 1:21S-6S.
100. Centorrino F, Maclean E, Salvatore P, Kidwell JE, Fogarty KV, Berry JM, et al. Ziprasidone: first year experience in a hospital setting. *J Psychiatr Pract* 2004 Nov;10(6): 361-7.
 101. Barak Y, Mazeh D, Plopski I, Baruch Y. Intramuscular ziprasidone treatment of acute psychotic agitation in elderly patients with schizophrenia. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006 Jul;14(7):629-33.
 102. El-Sayeh HG, Morganti C. Aripiprazole for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2): CD004578.
 103. Pigott TA, Carson WH, Saha AR, Torbeyns AF, Stock EG, Ingenito GG. Aripiprazole for the prevention of relapse in stabilized patients with chronic schizophrenia: a placebo-controlled 26-week study. *J Clin Psychiatry* 2003 Sep;64(9):1048-56.
 104. Chrzanowski WK, Marcus RN, Torbeyns A, Nyilas M, McQuade RD. Effectiveness of long-term aripiprazole therapy in patients with acutely relapsing or chronic, stable schizophrenia: a 52-week, open-label comparison with olanzapine. *Psychopharmacology (Berl)* 2006 Dec;189(2):259-66.
 105. Madhusoodanan S, Brenner R, Gupta S, Reddy H, Bogunovic O. Clinical experience with aripiprazole treatment in ten elderly patients with schizophrenia or schizoaffective disorder: retrospective case studies. *CNS Spectr* 2004 Nov;9(11): 862-7.
 106. Coley KC, Scipio TM, Ruby C, Lenze EJ, Fabian TJ. Aripiprazole prescribing patterns and side effects in elderly psychiatric inpatients. *J Psychiatr Pract* 2009 Mar;15(2): 150-3.
 107. Sheffrin M, Driscoll HC, Lenze EJ, Mulsant BH, Pollock BG, Miller MD, et al. Pilot study of augmentation with aripiprazole for incomplete response in late-life depression: getting to remission. *J Clin Psychiatry* 2009 Feb;70(2):208-13.
 108. Madhusoodanan S, Shah P. Management of psychosis in patients with Alzheimer's disease: focus on aripiprazole. *Clin Interv Aging* 2008;3(3):491-501.
 109. Dolder C, Nelson M, Deyo Z. Paliperidone for schizophrenia. *Am J Health Syst Pharm* 2008 Mar 1; 65(5):403-13.
 110. Tzimos A, Samokhvalov V, Kramer M, Ford L, Gassmann-Mayer C, Lim P, et al. Safety and tolerability of oral paliperidone extended-release tablets in elderly patients with schizophrenia: a double-blind, placebo-controlled study with six-month open-label extension. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008 Jan;16(1): 31-43.
 111. Madhusoodanan S, Zaveri D. Paliperidone use in the elderly. *Curr Drug Saf* 2010 Apr;5(2):149-52.
 112. Chakos MH, Glick ID, Miller AL, Hamner MB, Miller DD, Patel JK, et al. Baseline use of concomitant psychotropic medications to treat schizophrenia in the CATIE trial. *Psychiatr Serv* 2006 Aug;57(8): 1094-101.
 113. Kasckow JW, Zisook S. Co-occurring depressive symptoms in the

- older patient with schizophrenia. *Drugs Aging* 2008;25(8):631-47.
114. Kasckow JW, Mohamed S, Thallasinos A, Carroll B, Zisook S, Jeste DV. Citalopram augmentation of antipsychotic treatment in older schizophrenia patients. *Int J Geriatr Psychiatry* 2001 Dec;16(12):1163-7.
 115. Zisook S, Kasckow JW, Golshan S, Fellows I, Solorzano E, Lehman D, et al. Citalopram augmentation for subsyndromal symptoms of depression in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2009 Apr;70(4):562-71.
 116. Kasckow J, Lanouette N, Patterson T, Fellows I, Golshan S, Solorzano E, et al. Treatment of subsyndromal depressive symptoms in middle-aged and older adults with schizophrenia: effect on functioning. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010 Feb;25(2):183-90.
 117. Kasckow J, Fellows I, Golshan S, Solorzano E, Meeks T, Zisook S. Treatment of subsyndromal depressive symptoms in middle-age and older patients with schizophrenia: effect of age on response. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010 Sep;18(9):853-7.
 118. Zisook S, Kasckow JW, Lanouette NM, Golshan S, Fellows I, Vahia I, et al. Augmentation with citalopram for suicidal ideation in middle-aged and older outpatients with schizophrenia and schizoaffective disorder who have subthreshold depressive symptoms: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2010 Jul;71(7):915-22.
 119. Cohen CI, Cohen GD, Blank K, Gaitz C, Katz IR, Leuchter A, et al. Schizophrenia and older adults. An overview: directions for research and policy. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8(1):19-28.
 120. Pedrelli P, McQuaid JR, Granholm E, Patterson TL, McClure F, Beck AT, et al. Measuring cognitive insight in middle-aged and older patients with psychotic disorders. *Schizophr Res* 2004 Dec 1;71(2-3):297-305.
 121. Perivoliotis D, Granholm E, Patterson TL. Psychosocial functioning on the Independent Living Skills Survey in older outpatients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2004 Aug 1;69(2-3):307-16.
 122. Berry K, Barrowclough C. The needs of older adults with schizophrenia: implications for psychological interventions. *Clin Psychol Rev* 2009 Feb;29(1):68-76.
 123. Patterson TL, McKibbin C, Taylor M, Goldman S, Davila-Fraga W, Bucardo J, et al. Functional adaptation skills training (FAST): a pilot psychosocial intervention study in middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003 Jan;11(1):17-23.
 124. Patterson TL, Mausbach BT, McKibbin C, Goldman S, Bucardo J, Jeste DV. Functional adaptation skills training (FAST): a randomized trial of a psychosocial intervention for middle-aged and older patients with chronic psychotic disorders. *Schizophr Res* 2006 Sep;86(1-3):291-9.
 125. McQuaid JR, Granholm E, McClure FS, Roepke S, Pedrelli P, Patterson TL, et al. Development of an integrated cognitive-behavioral and

- social skills training intervention for older patients with schizophrenia. *J Psychother Pract Res* 2000; 9(3):149-56.
126. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Pedrelli P, Jeste DV. A randomized controlled pilot study of cognitive behavioral social skills training for older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2002 Jan 1;53(1-2):167-9.
 127. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2005 Mar;162(3):520-9.
 128. Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Link PC, Perivoliotis D, Gottlieb JD, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral social skills training for older people with schizophrenia: 12-month follow-up. *J Clin Psychiatry* 2007 May;68(5):730-7.
 129. Bartels SJ, Forester B, Mueser KT, Miles KM, Dums AR, Pratt SI, et al. Enhanced skills training and health care management for older persons with severe mental illness. *Community Ment Health J* 2004 Feb;40(1):75-90.
 130. Bartels SJ, Pratt SI. Psychosocial rehabilitation and quality of life for older adults with serious mental illness: recent findings and future research directions. *Curr Opin Psychiatry* 2009 Jul;22(4):381-5.
 131. Pratt SI, Mueser KT, Driscoll M, Wolfe R, Bartels SJ. Medication nonadherence in older people with serious mental illness: prevalence and correlates. *Psychiatr Rehabil J* 2006;29(4):299-310.
 132. Lefley HP. Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: an emerging social problem. *Hosp Community Psychiatry* 1987 Oct; 38(10):1063-70.
 133. Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001 Mar;36(3):128-33.
 134. Smith GC. Predictors of the stage of residential planning among aging families of adults with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2004 Jul;55(7):804-10.
 135. Veltman A, Cameron J, Stewart DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *J Nerv Ment Dis* 2002 Feb; 190(2):108-14.
 136. Zhang M, He Y, Gittelman M, Wong Z, Yan H. Group psychoeducation of relatives of schizophrenic patients: two-year experiences. *Psychiatry Clin Neurosci* 1998 Dec;52 Suppl:S344-S347.
 137. Burke D, Shome S. Early intervention in schizophrenia in the elderly. *Aust N Z J Psychiatry* 1998 Dec;32 (6):809-14.
 138. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 2:5-99.
 139. Sable JA, Jeste DV. Antipsychotic treatment for late-life schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep* 2002 Aug;4(4):299-306.
 140. Tune LE, Salzman C. Schizophrenia in late life. *Psychiatr Clin North Am* 2003 Mar;26(1):103-13.

ACERCA DE UN CASO DE HEBEFRENIA

MARCELO JORGE AMBRÓS

Psiquiatra, Unidad de subagudos, Hospital Sagrat Cor, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

INMA BURILLO

Trabajadora social, CSMA (centro de salud mental de adultos) Sant Feliu de Llobregat, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

ANNA CÓRDOBA

Psiquiatra, CSMA Sant Feliu de Llobregat, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

LUIS DE MIGUEL IZQUIERDO

Psiquiatra, Hospital de día de adultos de Martorell, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

MAGÍN FLORENSA BECANA

Psiquiatra, Unidad de agudos, Hospital Sagrat Cor, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

MATILDE JIMÉNEZ UTRILLA

Psiquiatra, CSMIJ (centro de salud mental infantil y juvenil) Molins de Rei, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

SANDRA LARRUY POUSADA

Trabajadora social, CSMIJ Molins de Rei, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

PAU MARTÍNEZ FARRERO

Psicólogo, CSMA Sant Feliu de Llobregat, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

JOSEP MOYA

Psiquiatra y supervisor clínico, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

ANA CARIDAD ROMERA PÉREZ

Psicóloga, Unidad de subagudos, Hospital Sagrat Cor, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

ÀNGELS VILLAR

Enfermera, CSMA Sant Feliu de Llobregat, Sagrat Cor, Serveis de Salut Mental.

Recepción: 23-09-10 / Aceptación: 28-10-10

RESUMEN

El término hebefrenia, acuñado por la psiquiatría clásica, fue sustituido por el de psicosis indiferenciada en los manuales modernos. Un caso clínico, que por su complejidad ha obligado la intervención de varios servicios de la red psiquiátrica, muestra que el concepto de hebefrenia sigue siendo útil y actual.

Palabras clave

Hebefrenia, psicosis indiferenciada.

ABSTRACT

The term hebephrenia, coined by classical psychiatry, was replaced by undifferentiated psychosis in modern textbooks. A clinical case, that complexity

has forced the intervention of several psychiatric network services, shows that the concept of hebephrenia remains useful and current.

Key words

Hebephrenia, undifferentiated psychosis.

INTRODUCCIÓN

La hebefrenia es una enfermedad que irrumpe durante la pubertad. Hecker, que fue uno de los primeros investigadores de la hebefrenia, entiende la pubertad como un momento en que el pensamiento, lenguaje y motricidad carecen de la seguridad propia tanto en niños como en adultos, y aparece la descoordinación. A la vez, el psiquismo no es capaz de ordenar las representaciones mentales, perdiendo capacidad de concentración y delimitación de la personalidad. La enfermedad provoca un giro en el desarrollo posterior del psiquismo y produce una particular forma de debilidad mental, donde solo se conservan los elementos de la fase de desarrollo previa.

Según Hacker la hebefrenia empieza con una alteración profunda de los sentimientos, síntomas claros de melancolía que se expresa en una tristeza indeterminada o indescriptible, dando lugar a una idea delirante determinada, categórica, aunque muy variable u oscilante, que puede acabar manifestándose como un delirio de persecución o influencia. No obstante, tales ideas delirantes se muestran muy raramente y aparece una clase de ocurrencias bizarras muy superficiales, claramente diferentes de las ideas delirantes, que dan lugar a confusión en el momento del diagnóstico.

El caso clínico que planteamos presenta diversos elementos que permiten establecer el diagnóstico de hebefrenia y descartar otras propuestas como el retraso mental, la parafrenia o las diferentes formas de neurosis.

CASO CLÍNICO

Inicio del cuadro y primer ingreso

La historia psiquiátrica de Nadya empieza tras cumplir los 15 años, cuando ingresa en el área de psiquiatría de un hospital general infantil, después de un proceso de unos siete meses de duración caracterizado por una conducta de aislamiento en que se negaba a salir de su habitación, a la vez que le costaba expresar las emociones, hablaba menos, manifestaba tener ideas de tipo delirante como de perjuicio y envenenamiento, se negaba a comer, realizaba estereotipias motoras, sufría posibles alucinaciones auditivas, reía inmotivadamente y padecía insomnio de conciliación, todo ello sin que Nadya manifestara algún tipo de conciencia de enfermedad. Este cambio vital había coincidido con una mudanza de domicilio y de colegio. Pocos años antes de esta mudanza ella y su familia habían llegado a Barcelona procedentes de Rumania. La madre explica de este modo cómo se produjo el ingreso en el citado hospital: «Un día llegó a casa acompañada de la policía, informando que la encontraron en un parque durante las horas de escuela. La llevamos al médico, quien aconsejó ingresarla en el hospital porque estaba muy delgada. Ingresó en el hospital infantil con diagnóstico de anorexia».

El ingreso duró un mes y medio, siendo valorada como un trastorno es-

quizofreniforme inespecífico y medicada con Risperidona 3 mg (1,0,1), Akinetón 2 mg (1,0,0), Fluoxetina 20 mg (1,0,0) y Loracepan 1 mg (1,0,1). Al aparecer fenómenos extra piramidales se le redujo la dosis de Risperidona a 4,5 mg (1/2,0,1), con lo que se eliminaron dichos efectos. Tras el alta hospitalaria se derivó al CSMIJ de su zona.

En el centro de salud mental infantil y juvenil (CSMIJ)

En el centro de salud mental infanto-juvenil se pone en evidencia una estructura psicótica caracterizada por un escaso contacto visual, indiferencia afectiva que rozaba la frialdad, lenguaje escaso casi monosilábico con gran pobreza de contenido, apatía y abulia que denotaba una gran desvitalización y un comportamiento pueril que enmascaraba, a su vez, fragmentos puntuales de frases con elementos autorreferenciales y de perjuicio, reducto de una ideación delirante no sistematizada. No había ninguna consciencia de enfermedad por parte de Nadya, y sus padres, a pesar de la evidencia, sostenían la creencia de un malestar transitorio.

En entrevistas con los padres estos referían la sorpresa en el «derrumbamiento» de su hija, a la que describían como una niña demasiado responsable con sus estudios, con gran facilidad para hacer amigos y muy cariñosa.

La madre comentaba, con gran frustración, la interrupción que «esto» ha supuesto en los estudios de Nadya, de la que esperaba que cursase estudios universitarios, que era uno de los motivos por los cuales toda la familia había hecho el esfuerzo de emigrar a España. A pesar del ingreso hospitalario de

Nadya y de sus entrevistas con los servicios sociales y con el psicólogo escolar, la madre no entendía qué le ocurría a su hija y por qué estaba cambiando tanto.

El padre manifestaba su desconcierto pero era más consciente de la gravedad de lo ocurrido, aunque se mostraba poco resolutivo y con gran impotencia, ya que se consideraba con menos recursos intelectuales y de manejo del idioma que su mujer, a la que dejaba dirigir la situación, sumándose al ideal familiar de conseguir estudios universitarios para sus hijas.

En aquellos momentos el padre trabaja por la mañana en una empresa de construcción y la madre en un restaurante por la tarde, aunque se superponían sus horarios en muchos momentos. Se sentían desbordados en la atención de Nadya y no sabían qué hacer para favorecer la recuperación de su hija.

Los padres de Nadya situaban la «ruptura» de la vida cotidiana de esta en las dificultades escolares entorno al aprendizaje del idioma catalán y de las matemáticas, que tuvieron como consecuencia la repetición de 3.º de la ESO. «Estaba triste, no quería ir al colegio». Esta frase de la madre, en la primera entrevista, fue continuada por Nadya diciendo: «Estaba en 3.º dos veces. Me tenían que poner en 4.º. Se reían». Es la única frase compleja que verbalizó en esta entrevista inicial junto a sus padres.

En la siguiente visita volvió a comentar «Tercero, dos veces», cuando la madre entró unos minutos al final de la entrevista y volvió a insistir en lo responsable que era antes Nadya.

Se diagnosticó de psicosis esquizofrénica desorganizada o hebefrénica. La trabajadora social del CSMIJ buscó

un recurso socio-educativo-terapéutico de transición y se valoró la derivación al hospital de día, como paso intermedio, dada la sintomatología negativa tan importante y las dificultades del entorno familiar para sostener el día a día de Nadya.

Antes de dicha derivación, aparecieron quejas de que la medicación le producía gran somnolencia por la mañana, tanto por parte de Nadya como de su madre, por lo que se le redujo la dosis de Loracepan 1 mg a una sola toma nocturna. Se coordinaron la trabajadora social del CSMIJ, la de la zona y la del hospital de día para encuadrar y hacer viable la derivación (ya que los padres alegaban tener dificultades en cuanto al desplazamiento de Nadya al hospital del día), permaneciendo en este dispositivo dos meses.

Desde allí nos comentaron que Nadya había podido mejorar ciertos aspectos de su sintomatología negativa: volvía a preocuparse de su aseo personal, se relacionaba con los compañeros de los talleres ofertados por el centro, se dedicaba a «copiar» un libro que estaba leyendo en casa (*El perfume*), se mantenía un contacto menos embotado y aplanado, y su discurso era menos monosilábico y menos disgregado. Explicaban que habían mejorado las relaciones en casa con respecto a la hermana y que era capaz de acometer tareas sencillas de ayuda doméstica. Al alta se retiró el Akinetón y se rebajó la Risperidona a 3 mg por la noche, manteniéndose igual el resto de la medicación.

De nuevo en el CSMIJ se reinstauraron las visitas quincenales de seguimiento psicoterapéutico y se reanudaron las visitas de acompañamiento a los padres, tanto por parte de psiquiatría

como de la trabajadora social. Se continuaron también las coordinaciones internas entre terapeuta y trabajadora social del dispositivo y las coordinaciones externas entre el CSMIJ y los servicios sociales de la zona, a la vez que con el dispositivo escolar (EAP de zona) para favorecer tanto los aspectos emocionales de Nadya como su integración familiar y su reinserción socio-educativa. Este último aspecto resultó muy complejo, pues carecía de los documentos legales necesarios para acceder a cursos de garantía social fuera del ámbito propiamente escolar (se valoró contraproducente seguir en el instituto). Se propuso una escuela de adultos para la preparación del graduado escolar, dada la importancia e interés (ideal familiar) de Nadya en la obtención de algún título profesional en un futuro, junto a la asistencia a una escuela taller.

Desde el CSMIJ se sostuvo este ideal familiar como punto de estabilización de Nadya al mismo tiempo que se trabajó en la disminución paulatina de las expectativas megalómanas de cursar estudios universitarios; todo ello encuadrado en una maniobra transferencial de gran dificultad, pero que apostamos como posible. En aquellos momentos la madre también estaba preparando la obtención del graduado escolar, ya que no podía obtener la homologación de sus estudios cursados en Rumania. Este rasgo de identificación imaginaria a la madre permitió a Nadya una estabilización (suplencia) rudimentaria y proclive al desanudamiento de su frágil estructura, por lo que se trabajó con la madre y con ella esta idea sobrevalorada que por un lado anudaba, es decir, que producía un «cosido», un artificio de remiendo que la instalaba en un proyecto

vital, pero que por otro, quedaba librada a demasiadas variables de fractura en su sostenimiento.

Apareció una gran mejoría en la sintomatología negativa simultáneamente al buen resultado que iba obteniendo en la escuela de adultos, y la mejora en la relación con los compañeros; llegó a hacer un amigo con el que estudiaba y paseaba. Cada vez su discurso se hacía más coherente aunque seguía siendo rudimentario y su contacto afectivo mejoraba de manera importante, lo que permitió ir reduciendo la medicación hasta anularse el antidepresivo y el ansiolítico, quedando solo el antipsicótico a dosis de 3 mg repartido en dos tomas. La proximidad a los 18 años permitió pensar no solo en la obtención del graduado sino también en la posibilidad de realizar cursos de garantía social, apuntándose por fin a un curso de informática, que le condujo a sentir que tenía un lugar en el mundo más vitalizado y consistente.

Al cabo de un tiempo se produjeron dos hechos relevantes que organizaron el desabrochamiento de la estructura tan precaria de Nadya. Por un lado, suspendió el examen del graduado escolar. Se le aconsejó no examinarse en la primavera y postergarlo para el otoño, ante las dificultades que aún tenía en algunas asignaturas pero, ante su insistencia, le propusieron tomárselo como un ensayo. Por otro lado, la familia viajó en vacaciones de verano a Rumania después de cuatro años. Allí visitó a toda su familia y conversó con su mejor amiga, tan estudiosa como ella lo había sido. Con la primera circunstancia se produjo un retroceso evidente, como estar más parada, volver a recluirse en su habitación y sus conversaciones se redujeron a mo-

nosílabos, comentando que no le pasaba nada. Al partir de viaje se le aumentó la dosis de Risperidona a 4,5 mg.

A la vuelta de Rumania, la caída en la desconexión fue muy evidente. Según los padres, en casa, apenas hablaba y cuando lo hacía era con un tono muy elevado, apenas comía, se volvía a aislar en su mundo, sonreía sola y la poca conversación la mantenía con personas fuera de su entorno familiar. Nadya, en una entrevista solamente dijo: «No será, no es». En las dos siguientes visitas individuales comentó sus actividades de preparación del graduado y del curso de inglés al que se había apuntado, de manera fría, con una expresión facial carente de gesticulación y un tono de voz monótono.

Posteriormente apareció una importante mejoría que creímos relacionada con la vuelta a su rutina anterior: clases para la obtención del graduado, horarios de estudio, programas de televisión búlgaros por satélite, música... y un primer trimestre en el que obtuvo una media de notable. Volvió a relacionarse con los compañeros de clase y salir con su antiguo amigo de paseo y al cine. En el siguiente trimestre mantuvo la media de notable pero siguió rechazando los cursos que se le ofrecían de tipo manipulativo con el objetivo de su reinserción laboral. Solo aceptaba realizar cursos de inglés y de informática para complementar su futuro título de graduado, teniendo como perspectiva el bachillerato y la universidad: «Mi madre también quiere ir a la universidad y mi hermana, también». Este retorno al ideal familiar, imposible en su meta, produjo una nueva estabilidad cuya fragilidad estuvo, de nuevo, como contrapunto. Volvió a realizar cursos de informática y de na-

tación. Se trabajó con ella y la familia cierta autonomía que empezaba con venir a las visitas al CSMIJ acompañada de su hermana y salir con ella y sus amigos los fines de semana. Tuvo una gran alegría al saber que pronto adquiriría los papeles de residencia española, con lo que esto suponía en cuanto a su ideal de titulación y ejercicio profesional.

Ya cumplidos los 20 años, se trabajó la derivación al CSMA de la zona, con ella y los padres, comentando el proceso terapéutico realizado y los puntos a tener en cuenta para evitar posibles recaídas. La medicación al alta se mantuvo en dosis de 4,5 mg de Risperidona distribuido en tres tomas: 1/2, 1/2, 1/2.

En el centro de salud mental de adultos (CSMA)

A cumplir los 20 años se decidió continuar su tratamiento en el centro de salud mental de adultos. En una de las primeras visitas allí la madre explicaba: «Nadya empezó a llorar, no sé por qué está triste. Empieza a llorar por la mañana y desde hace un tiempo también por la tarde. Si le pregunto por qué llora aún llora más». También aportó algunos datos referentes a la anamnesis: «en el embarazo notaba que Nadya se movía mucho. Los primeros dos meses de embarazo tuve que ingresar porque estaba muy débil y tenía muchos vómitos. Después del cuarto mes no tuve más problemas. Tras el parto recuerdo ver a la niña y luego perdí el conocimiento. Llegué a estar en coma. Entonces yo tenía 20 años. Recuerdo que aquella noche tenía mucho frío. Pero la niña estaba muy bien. Me desperté a las 12 horas del parto».

«En cuanto a la alimentación Nadya

siempre comió bien. Al principio pude darle el pecho. De pequeña nunca tuvo problemas con la alimentación. Fue en la adolescencia cuando empezó a empuñarse en no comer. Controló esfínteres con normalidad y también a andar. Tampoco le costó empezar a hablar.»

«A los tres años fue a la guardería. Al principio le costó un poco, durante un tiempo durmió con inquietud, pero no tardó en adaptarse. Por esa época nació su hermana. Se puso muy contenta y siempre se han llevado muy bien. Ahora la hermana está estudiando 2.º de bachillerato. En la escuela Nadya era una niña excelente. Tenía muchas amigas, los profesores estaban muy contentos con ella.»

«Le gustaba mucho jugar a los peluches, más que con las muñecas. Cuando fue más mayorcita salía mucho con las amigas. Antes de venir a España, cuando tenía 14 años, le gustaba mucho ir con las amigas a las discotecas, a la hora que dejan entrar a los más jóvenes. De pequeña era una niña muy alegre. Excelente en el colegio. Tenía buenas amigas. Nunca ha tenido enfermedades importantes ni tampoco ninguna operación quirúrgica.»

«El abuelo paterno de Nadya murió de una caída de un árbol cuando ella tenía un año. No sabemos qué ocurrió, tal vez un golpe de calor, que se mareara. La abuela paterna murió antes de venir nosotros a España. Mis padres se separaron cuando yo tenía 11 años. Mi padre se unió a otra mujer. Hace mucho tiempo que no lo veo. Al separarse, mi padre se distanció mucho de mí y de mis dos hermanos. Yo tuve que ingresar en un orfanato.»

«Vinimos a Barcelona cuando Nadya tenía 14 años y su hermana 11. Al prin-

cipio estaba muy sorprendida. No quería venir pero le dijimos que no podíamos dejarla. Vivíamos en un pueblo de Rumania, lejos de la capital, en la casa de la abuela paterna, que murió antes de venimos, después de estar mucho tiempo encamada por problemas graves de diabetes. Antes que nosotros vino mi esposo a España y Nadya aceptó bien que él partiera. En realidad Nadya nunca dio ningún tipo de problema.»

«Al llegar a Barcelona Nadya empezó a tener muchas dificultades con el idioma, no tanto con el castellano como con el catalán. Me decía que los chicos de la escuela se reían de ella cuando intentaba hablar en catalán, y que eso la hacía sufrir mucho. Desde que vivimos aquí en España le ha costado mucho hacer amigas. En la escuela todo le costaba mucho y se preocupaba excesivamente por las notas. Poco después empezó a decir que estaba gorda y que quería adelgazar. Dejó de comer.»

«Ahora se encierra en su habitación. Come mucho. Al mediodía se quiere comprar chucherías, antes de comer. Luego no quiere comer.»

Nadya explica que sus únicas aficiones son jugar a videojuegos de películas de Walt Disney y descargarse por Internet dibujos de los personajes de Walt Disney para luego colorearlos manualmente. No muestra preocupación por su estado. Por medio del lenguaje verbal es difícil entrar en relación con ella puesto que prácticamente solo responde con monosílabos. Decidimos utilizar la técnica del juego, como si se tratara de una sesión de psicoterapia con niños. En un papel dibujamos un tablero de «tres en raya». Nadya conoce el juego y parece divertirla. Cuando al inicio de una sesión le preguntamos qué prefiere

hacer siempre responde que quiere jugar. Durante el juego prácticamente no habla, pero no se cansa de jugar al tres en raya y al terminar una partida pide empezar otra. Lo cierto es que no juega muy bien. Comete errores propios de un niño en edad de latencia. Pero no parece importarle demasiado. Después de cada partida quiere hacer otra, no se cansa.

Debido a la complejidad del cuadro psicopatológico y la conducta de aislamiento decidimos intervenir desde la vertiente psicosocial.

Intervención psicosocial

Iniciamos visitas desde trabajo social para continuar el plan de trabajo que se había realizado en el CSMIJ, desde donde nos habían indicado haber observado mucha exigencia en la madre respecto a su hija, a la vez que mucha dificultad por reconocer la gravedad de su estado psicopatológico. Por ejemplo, la madre insistía en que Nadya realizara estudios formativos reglados de un cierto nivel.

Nos proponemos que Nadya tenga una actividad y evitar así el aislamiento. En aquel momento Nadya había terminado la formación de la escuela de adultos y tenía pensado estudiar inglés durante el siguiente curso. Nos asesoramos e informamos a Nadya de horarios y condiciones en la escuela oficial de idiomas. Decidió presentarse a las pruebas de nivel y en octubre inició el curso de inglés asistiendo a clase tres días por semana.

Paralelamente iniciamos un trabajo con la familia, pero solo pudo asistir la madre, ya que el padre debía cumplir una amplia jornada laboral. Realizamos tres visitas de intervención familiar y se

le propuso a la madre participar en los grupos de familias que organizamos periódicamente en el centro de salud mental, dirigidos fundamentalmente a familiares de pacientes que padecen trastorno mental severo. Dicho programa grupal está estructurado en dos niveles. El primero consta de un grupo psicoeducativo que tiene por objetivo proporcionar información y asesoramiento sobre la enfermedad y aportar elementos suficientes que ayuden a entender el proceso patológico. El segundo corresponde a un grupo de reestructuración familiar, cuyo objetivo es favorecer procesos de adaptación ante los cambios consecuentes a la enfermedad.

La madre de Nadya mostró interés con este plan de intervención psicosocial, asistiendo con regularidad a las visitas individuales y a las sesiones grupales. Cabe señalar que la participación en los encuentros grupales consistió fundamentalmente en la escucha y la observación, limitándose a hablar cuando se le preguntaba directamente a ella, y siempre refiriéndose al estado de Nadya. En cambio, mostraba más dificultad en responder cuando se le preguntaba por ella misma. A pesar de que era aceptada y reconocida por los demás miembros del grupo, estableció poca interacción con ellos.

Período de descompensación

Durante los cuatro primeros meses en el centro de salud mental de adultos Nadya permaneció estable psicopatológicamente, consiguió obtener el graduado escolar y continuó el curso de inglés, al que acudía tres tardes a la semana. Durante las mañanas se quedaba en casa, coloreando dibujos de persona-

jes de Walt Disney que descargaba de Internet, y escuchando música.

Durante ese verano la familia regresó de vacaciones a Rumania. Tras este viaje Nadya inició un período de descompensación psicopatológica: se intensificaba el contacto psicótico, se mostraba más reticente a la comunicación verbal, le costaba más responder a las preguntas y empeoraba el mantenimiento de la atención durante la entrevista. Se mostraba inquieta y la madre explicaba que a veces la veía llorar pero que no explicaba el motivo.

Un mes más tarde se produjo un episodio en el que la policía local encontró a Nadya sentada en las vías del tren. Avisaron a sus padres y la acompañaron al servicio de urgencias psiquiátricas. Ante la petición de los padres se desestimó el ingreso.

En este momento decidimos que iniciara un tratamiento psicoterapéutico y revisamos la medicación.

No obstante, Nadya no justificó ese incidente en las vías con intención de morir ni con otro tipo de finalidad. Lo relacionó con alteraciones sensorio-perceptivas cenestésicas o sensaciones alucinatorias somáticas (dolores inespecíficos en espalda y cabeza). Coincidiendo con este episodio aparecieron estereotipias motoras (se tocaba repetidamente el pelo y la nariz), se acentuó la pobreza ideomotoria, el aplanamiento afectivo y la latencia de respuesta, a la vez que reapareció la ideación delirante de perjuicio, aumentaron los llantos inmotivados, los momentos de agitación, las alteraciones conductuales y la desorganización general de su comportamiento (lloraba rabiosa y prolongadamente en un horario repetido y concreto sin poder concretar ningún motivo, tiraba objetos,

rechazaba a la madre, realizaba actos donde parecía desorientada, se negaba al cumplimiento farmacológico, etc.).

El cuadro psicopatológico seguía empeorando y propusimos a los padres que Nadya ingresara en el hospital de día, pero la paciente se negó, argumentando que perdería el curso de inglés. Iniciamos un tratamiento neuroléptico con depot.

Control de enfermería

El primer contacto que tenemos de Nadya en enfermería es al iniciar el tratamiento con Risperdal Consta. Acudió con su madre, quien explicó que durante el día había estado llorando mucho y que tenía cefaleas. Nadya no decía nada pero manifestaba tener miedo al inyectable. Le costó levantarse de la silla para la administración del inyectable. Cuando lo hizo empezó a dar vueltas por el despacho, queriendo esquivar la enfermera. Mientras, la madre le iba hablando para intentar tranquilizarla.

La segunda dosis fue a los 15 días. La madre comentó que había tenido algún día un poco mejor y que había hablado algo más. Persisten las cefaleas, la madre dijo que sabía cuando las tenía si ella se lo preguntaba pero que no quería tomar nada para remediarlas.

Antes del tercer inyectable, se pactó con la paciente un ingreso voluntario en el hospital psiquiátrico, ya que no se apreciaba mejora ni cambio alguno.

En el hospital psiquiátrico: dos ingresos en la unidad de agudos y uno en la de subagudos

«La palabra griega symbolon quiere decir señal de reconocimiento, tessara; era un objeto partido en dos entre dos

individuos. Cada individuo retenía una mitad. Luego de una larga ausencia uno de los individuos presentaría su mitad y si se correspondía con la otra mitad que tenía el otro individuo, pondría en evidencia un vínculo entre los dos... el symbolon era, por tanto, un objeto tangible que, en la ausencia, recordaba a los dos individuos de su relación y que en la correspondencia del objeto bi-partito les recordaba la ausencia mutua. Es, en pocas palabras, la combinación de presencia más una memoria de ausencia.»

(DI CEGLI, 1987)

En la unidad de agudos y subagudos del hospital psiquiátrico, nos dimos cuenta que la apariencia encantadora e infantil de Nadya movilizaba contra-transferencialmente a hablarle como haría una madre con un niño, procurando no herir su frágil personalidad aún por desarrollar. Nadya no mostraba ningún tipo de *insight* ante sus acciones y dificultades, pero sí expresaba el estar triste porque «me han interrumpido los estudios de inglés». Lo más llamativo eran los berrinches repentinos y sin motivo aparente, pero que solían acontecer antes de las comidas, seguidos de comentarios como «hecho de menos mi casa»; «yo es que soy de Rumania», «mi abuela murió antes de yo venir aquí». Apreciamos rasgos regresivos y ansiedades psicóticas, probablemente exacerbados por la nueva situación, en forma de aislamiento, percepciones sensoriales difusas de dolor, actividades repetitivas, manierismos centrados en el cuerpo, tales como tocarse el pelo y olerse, preferentemente las axilas, y rascarse el acné hasta el extremo de provocarse lesiones o pinzarse repetidamente los círculos de grasa abdominal. También habían sig-

nos de dismorfofobia de inicio en la adolescencia como forma de expresar su dificultad ante dicho cambio evolutivo, pues Nadya explicaba tener la sensación de habersele agrandado los labios.

Al realizar las entrevistas clínicas estimamos las múltiples pérdidas que no había acabado de asumir, como el paso a la adolescencia, la separación del pueblo natal, sus amistades o la muerte de los abuelos que reforzaban su temor a que se modificara algo del entorno, ya que los cambios y las separaciones pueden ser catastróficos a nivel emocional. De hecho, la separación del compañero de clase que se produjo por el actual ingreso de Nadya en el hospital, y un viaje de su padre a Rumania al que ella se negó a ir, le hace reeditar las vivencias de ruptura y las ansiedades psicóticas de tipo catastrófico. «No voy porque tengo miedo a tener un accidente de tráfico» y explicó mientras hacía un dibujo que es como el cuento de *La Bella y la bestia* ya que por carretera le puede ocurrir lo mismo que a la protagonista «la Bella se cae por un barranco y casi la devoran los lobos».

Comprendimos también y la paciente nos ayudó con la observación de su comportamiento que mostraba un funcionamiento infantil y concretista, basado en un pensamiento-acción cuyo contenido específico son las sensaciones y las percepciones diferentes del pensamiento metafórico maduro cuyo contenido son los conceptos (Hernández, 2008). Decidimos pasar algunas pruebas complementarias para valorar su estado cognitivo y su capacidad de asimilar un tratamiento. El WAIS reprodujo un coeficiente verbal de 102 y un coeficiente manipulativo de 106, siendo la puntuación total de 104, que mostraba

un coeficiente dentro de la normalidad. El HTP mostraba rasgos regresivos infantiles con falta de límites, cambios vitales vividos como interrupciones de su desarrollo psicológico y dependencia, también mostraba algún tinte de *horror vacui*, llenando los dibujos terapéuticos que realizaba de forma repetitiva hasta los bordes de la hoja, asociándolos a recuerdos de dificultades económicas.

De manera que nos planteamos la hipótesis que el conjunto de los rasgos regresivos, así como la negativa a las ingestas podrían ser defensas de negación dirigidas a mantener la fantasía inconsciente de que eso la iba a permitir quedarse en la idealizada dependencia infantil, protegiendo a modo de coraza un *self* poco desarrollado y deprimido que daba una sensación de vacío. Interpretando a Sullivan (1962) en cuanto a las crisis de llanto, estas podrían ser un resurgimiento del *self* disociado y deficitario generando un estado de pánico.

Nadya quisiera mantenerse en una infancia interminable en la que no tuviera que sentir pérdidas. Como ella dice «yo no soy adulta». Asumir los duelos, los cambios, la adolescencia, el contacto con la realidad se hacía demasiado duro para su psiquismo, que optó por una estaticidad con una gran dificultad para introyectar experiencias de relación en las que confiar y que modifiquen los objetos internos y la sensación de fragmentación, de manera que su yo está cada vez más empobrecido y vacío. La siguiente frase puede ser un ejemplo de este proceso estancado a nivel simbólico: «He dado los caramelos (como contenidos mentales, pensamientos-acción) para liberarme de ellos porque no los como y se me van a estropear». Seguidamente, señaló la caja de

un puzzle y expresó: «mira, se ha quedado vacía».

Se niega a avanzar, continuar en su proceso de maduración manteniendo una relación excluyente con los objetos que hay a su alrededor. Intenta mantenerse niña e impedir que los caracteres secundarios de la identidad sexual se manifiesten, negando la feminidad. Los gritos y llantos, son una forma de expresar lo rota que se siente ante el contacto con la realidad y de reeditar su necesidad de no alimentarse de la misma, ya que no le gusta, de no querer asumirla y crecer porque cada vez le cuesta más y se siente más perdida.

Demanda afecto y necesidad de no ser abandonada en ese momento y de una figura referente que la calme a través de un vínculo adecuado, y por otro le da rabia tener que depender de ese mismo referente cuando lo que pretende es ponerle límites para que crezca. En este caso, la madre aunque con una buena predisposición, tiene dificultades para contener las ansiedades y la confunde. «Me pone nerviosa, me pone camisetas pequeñas y a veces grandes. Yo las prefiero grandes para tapar el cuerpo»; «pero a la vez no me gusta que me traten como a una niña». A su vez, los intentos de entrar en el mundo de los adultos a través de la identificación con la figura femenina y llenar los vacíos a través de su consolidación creativa en algunas actividades es negado por la familia como sobreprotección; «quiero cocinar en casa y no me dejan».

De modo que decidimos compaginar una terapia farmacológica que disminuyera la intensidad de las iteraciones, la sintomatología mixta y las ansiedades psicóticas: Anafranil 75 mg (1-1-0), Clonazepam 2 mg (0-0-1/2-0), Risperi-

dona 50 mg consta im c/14 días, Risperidona 3 mg (1/2-0-1-0), Biperideno 2 mg (1-0-0-0), con una terapia psicológica para trabajar las defensas regresivas de negación y una terapia grupal de expresión para fomentar las relaciones interpersonales y la diferenciación, todo ello con el objetivo de ayudarla de forma limitada a expresar e interiorizar sus ansiedades y estados emocionales, reducir las iteraciones y generar cierta noción de los cambios anteriormente comentados que han representado frustraciones y una interrupción en el sentimiento de continuidad de Nadya.

Dado que a Nadya le gusta dibujar validamos dicha forma de expresión en la terapia, fomentando la capacidad simbólica y realizando una función de *reverie* (ensueño), como diría Bion «la capacidad de la madre de devolverle al bebe su experiencia emocional sin metabolizar (elementos beta) en forma de pensamientos adecuados para ser contenidos y pensados por él (elementos alfa)».

En este sentido, las características definitorias de los dibujos terapéuticos que realizó durante su ingreso son las defensas regresivas, como la necesidad de controlar la sensación de vacío interno actual y de llenarse de lo que le gusta, al igual que déficits en la identidad, repletando dibujos en blanco. Por ejemplo, realizó la careta de un payaso alegre y otro triste y explicó que hay que pintar lo blanco que queda pobre y rellenarlo con color (repletarlo de significado). También concretó sus ansiedades y necesidad de aislamiento ante la falta de construcción de la identidad, así como dificultades para representar el propio *self*, dibujando en ocasiones camisetas y pantalones sin dibujarse ella,

o dibujándose junto con la hermana, la cual le permitía cierta referencia. En otro de sus dibujos, justo en el reverso del payaso triste, representaba el duelo por la emigración, la pérdida y la incertidumbre a asumir el futuro y los cambios, recreando una carretera que partía de Rumania con dos grandes montañas al fondo, pero que no se sabía hacia dónde iba, ya que se cortaba como si hubiera un precipicio y alrededor, unos árboles en medio de una fuerte tormenta eran succionados por el viento. También casas rumanas humildes con corazones alados.

Una vez iniciado el tratamiento, la paciente se movilizó parcialmente a realizar las ingestas alimentarias y a buscar el contacto con los demás, desplazando sus defensas de control, con predominio de lo táctil y sensorial más que de lo verbal, probablemente esto se debía a un aprendizaje basado en el funcionamiento familiar. Se acercó a los demás y tocaba alguna parte de su cuerpo, habitualmente los brazos, el cabello, las manos y la espalda, o algún objeto que llevasen puesto. Según Tustin (1995) en el retraimiento autístico, en este caso asociado a los estados o funcionamientos psicóticos «manejar los terrores asociados con la gente y compensar la falta de conexión emocional es dominado por lo táctil, de forma estereotipada y repetitiva» lo cual, permite asegurar un alivio de las propias necesidades de sentirse segura al salir del aislamiento y vincularse a un objeto. Freud (1905-1915) lo llamaba «pulsión de apoderamiento», ya que el adherirse a la superficie del otro la ayuda a suplir sus aspectos dependientes y faltos de límites psíquicos así como conseguir continuidad y seguridad. Las figuras subjetivas son senti-

das en términos de impresiones táctiles sobre las superficies del cuerpo del sujeto resultando consoladoras y calmantes (Winnicott, 1958).

Una vez se siente más segura, puede empezar a manejar las ansiedades confusionales y persecutorias (más psicóticas) e inicia una búsqueda de simetrías que la ayuden a no diferenciarse frustrantemente de los demás, probablemente reeditando experiencias previas de adaptación a diferentes cambios vitales: «no me gusta porque no es igual. No se parece a mí», y que muestran puntos indiscriminados y simbióticos (falta de límites): «tu chaqueta es como la mía», «tu cabello es como el mío». Después de un tiempo intenta diferenciarse mostrando satisfacción aunque de forma un tanto pueril: «yo estoy bien y tú mal», «mis pies son pequeños y los tuyos grandes», «los estudios en Rumania son mejores que aquí». Lo que denota una mejora pero aún cierta dificultad para representar el propio *self*. Dicha sensación de inseguridad derivada de un *self* poco desarrollado da a Nadya la «sensación de estar en el aire, en un vacío de significados» y el consiguiente miedo a caerse que suele ejemplificar con frases como «a ver si tocamos el suelo y aterrizamos» o lo escenifica sentándose en las sillas sin tocar el suelo.

Dichos cambios, aunque limitados y que no eximen de un nuevo ingreso, representan una nueva experiencia de relación y un intento de que Nadya interiorice recursos propios y comprensión acerca de su situación emocional y que eso disminuya su temor ante el cambio y el crecimiento.

Dado el interés de la familia y su capacidad de colaboración, se opta por

realizar entrevistas que ayuden a mejorar la convivencia, ya que Nadya por sí misma solo habla de la hermana y no menciona a los padres. En una de las primeras entrevistas familiares apreciamos que Nadya concebía a sus padres como un objeto frustrante que a veces la gritaban (rompían) cuando pretendían tratarla como si fuera una adulta y ella no respondía: aunque esté sentada enfrente no les mira, se calma con iteraciones y curiosamente se dedica a cortar las puntas de su larga melena, reeditando una vez más la vivencia de ruptura o bien, se muestra únicamente interesada en dirigir la mirada a su hermana, a la que por otro lado envidia por su relación con el padre y a los terapeutas, mientras que con la mano se aprieta el acné y cuando ve que sale el pus expresa: «me gusta ver que sale algo de dentro» con la intención de excorpar aquello que no le gusta. La madre se muestra dolorosamente ansiosa y preocupada al no entender qué le ocurre a su hija mostrando dificultades ya antiguas a la hora de contener las ansiedades de Nadya, y el padre no sabe cómo asumir la gravedad de la paciente. Hecho que probablemente se repite desde la infancia y que se agravó con el nacimiento de la hermana, menos ansiosa que Nadya. De manera que ante el repetido fracaso de la paciente en intentar que los demás comprendan su miedo a crecer y sus dificultades de adaptación traducidas en crisis de llanto, a los cambios y las pérdidas opta por llenarse mediante objetos que suplen la relación frustrante y le dan un principio de placer y una fantaseada apariencia de tranquilidad (nada va a cambiar). De hecho, tal como los padres explican, la mayoría de actividades de Nadya están rela-

cionadas con objetos inanimados que la ayudan a calmarse y recobrar una mágica sensación de control, tales como jugar a videojuegos de contenido fantástico e infantil, tipo Walt Disney, además de coleccionar mariposas y hacer punto de cruz.

La farmacoterapia, el refuerzo de los vínculos interpersonales y la terapia de expresión ayudó a estabilizar y a que Nadia se socializara parcialmente sintiéndose algo más segura en su entorno, aceptar ciertos cambios y depender temporalmente de alguien que la enseñe para poder crecer sin experimentar excesivas ansiedades. En esta fase solía realizar dibujos representando su barrio e incluyendo el hospital de día, al que aceptó vincularse tras el ingreso y en el que sabía que encontraría a compañeros que había tenido en los grupos realizados en el hospital, lo cual la hacía sentir tranquila.

Período entre ingresos

Entre el segundo y tercer ingreso volvió a acudir a la consulta de enfermería en el centro de salud mental de adultos para continuar la administración del inyectable. No se apreció un cambio significativo desde la última vez que había venido, seguía igual, callada, solo respondía a preguntas directas y con monosílabos. La madre comentó que en casa el contacto ahora es algo mejor, casi no tiene episodios de llanto y cuando los tiene son más leves.

Quince días más tarde de salir del hospital psiquiátrico se produjeron dos episodios consecutivos de conducta desorganizada, con riesgo vital, que motivaron el reingreso: una noche la madre la encontró, en pijama, caminando por

el rellano de la escalera de su edificio sin que Nadya supiera explicar qué hacía; al día siguiente, viajando en coche con sus padres y hermana, sentada en el asiento posterior junto a la madre, en un movimiento rápido abrió la puerta e intentó saltar del coche, pero la madre consiguió asirla a tiempo. De nuevo, vuelve a ingresar en el hospital psiquiátrico, produciéndose el tercer ingreso. Posteriormente, es derivada al hospital de día de adultos.

En el hospital de día de adultos

En el hospital de día de adultos Nadya mantenía poco contacto con el resto de compañeros y con los terapeutas, y buscaba voluntariamente el aislamiento, si bien se mostraba colaboradora en las actividades terapéuticas. De la exploración psicopatológica que realizamos en el hospital de día destacaba la actitud suspicaz y desconfiada, la puerilidad en el contacto, y la alexitimia, con un discurso empobrecido centrado en su voluntad de proseguir sus estudios de idiomas; no refirió alucinaciones auditivas ni se observaron ideas delirantes sistematizadas, si bien aparecieron ideas dismorfofóbicas, tales como que se le agrandan los labios u otras partes del cuerpo. El estado de ánimo alternaba desde la eutimia hasta episodios puntuales de llanto incoercible que duraban una media hora, durante los cuales adoptaba una postura fetal, sin dar razón ninguna a posteriori, con aparente recuperación total tras la crisis. Asimismo presentaba tics y manierismos, como tocarse el pelo y los granos de la cara de forma repetida. No se observaron alteraciones de la ingesta ni del ritmo sueño-vigilia.

A nivel farmacológico se mantuvo el tratamiento propuesto desde la unidad de subagudos del hospital psiquiátrico, con Clomipramina 150 mg/d, Risperidona Consta 50 mg cada dos semanas, y Paliperidona 6 mg/d.

Tras un período de un mes de estancia, Nadya se negó a acudir al hospital de día, sintiéndose los padres impotentes para convencerla de proseguir el ingreso, por lo que se procedió a la alta voluntaria.

ANÁLISIS CLÍNICO

Observamos que en este caso clínico no hay ningún indicador de neurosis pero a su vez falta una estructura delirante. Podemos pensar el desarrollo del cuadro psicopatológico como una ruptura esquizofrénica en la que no aparece un delirio organizado, por lo que no se puede hablar en términos de parafrenia.

A pesar del comportamiento bizarro de Nadya, de su dificultad para establecer un diálogo, de su comportamiento pueril, que podrían hacer pensar en una forma de retraso mental, hay otros elementos como la psicomotricidad bien desarrollada, la frialdad afectiva y haber tenido una correcta escolarización hasta que vino a España, que sugieren tratarse de un trastorno psicótico que ha mermado gravemente los recursos intelectuales.

La madre describe una infancia caracterizada por la normalidad, aunque es posible que pasasen desapercibidos diversos elementos que hablarían de morbilidad de tipo psicótico.

La evolución del cuadro se dirige hacia la desorganización, la debacle y la paciente tiene muchas dificultades para

encontrar estrategias que la vinculen con el mundo en general. En estos momentos su único vínculo es el que le proporciona las clases de inglés.

Por todo ello se puede pensar que se trata de un caso de esquizofrenia hebefrénica, es decir, de un sujeto que no está vinculado con la vida, a diferencia de otras formas psicopatológicas, en que lo determinante sería la frustración ante una circunstancia vital.

En Nadya no aparece ideación suicida y por ello no es capaz de explicar o justificar los episodios de impulsividad. Explica sus intentos de suicidio desde la normalidad.

La hebefrenia es la forma más brutal y terrible de psicosis, puesto que la persona ha perdido el vínculo con la vida y vive fuera del mundo, sin un relato que lo identifique. En la hebefrenia no hay vida, a diferencia de la melancolía o la depresión. Es probable que en la mente de la paciente no exista ningún tipo de pensamiento elaborado, es decir, por su cabeza «no pasa nada».

La conexión con el aprendizaje del idioma inglés solo puede entenderse como en términos de puro «significante». No hay significado, es decir, una explicación que lo justifique. Se trata simplemente de la relación de la paciente con los signos del lenguaje. Solamente tiene sentido como fenómeno acústico, pero podría utilizarse este interés que muestra por el inglés para vincularla al tratamiento.

Un objetivo terapéutico importante consistiría en conseguir que la paciente se vinculara con un terapeuta. Si es difícil lograrlo por medio del lenguaje, convendría probar otras formas de relación de tipo preverbal, como la técnica del juego que se practica en el tratamiento

psicoterapéutico de niños. O bien, aprovechando el interés por el aprendizaje del inglés, utilizar el inglés en forma de juego con ella.

A pesar de que la madre explica que la descompensación de la paciente coincide con sus dificultades para entender el idioma catalán, no parece en realidad que haya sido un elemento desencadenante del cuadro psicótico.

ACERCA DE LA HEBEFRENIA

Descripción

En una edición anterior de *Informaciones Psiquiátricas* y con motivo de otro caso clínico, rescatamos el concepto histórico acuñado por Kraepelin en 1919 de Parafrenia. Es un concepto omitido en el DSM-IV, e incluido de forma poco descriptiva en la CIE-10 dentro de la categoría «Trastornos de ideas delirantes persistentes». Es especialmente interesante la recuperación de dicho término, pues como sucede de forma frecuente, existen entidades clínicas que no tienen correlato diagnóstico en el DSM-IV. Nos referíamos entonces a un cuadro clínico que no cumplía los criterios diagnósticos de la esquizofrenia, pues no se observaba deterioro cognitivo ni merma de actividades sociales, tal como requiere el DSM-IV. Tampoco podía ser englobado en la entidad diagnóstica «Trastorno delirante crónico», pues los delirios de estos cuadros suelen ser no extraños (el de este paciente sí lo era), y no presentan alucinaciones auditivas ni visuales, que también sufría dicho paciente.

En el caso clínico que este artículo nos ocupa, el término diagnóstico his-

tórico que queremos recuperar no ha sufrido tan mala fortuna como el de Parafrenia, en el sentido que no ha sido totalmente omitido del DSM-IV, pero ha perdido la riqueza descriptiva y la consistencia clínica que le fue otorgada históricamente.

Nos referimos al concepto de Hebefrenia, que si bien sigue constando en el DSM-IV como subtipo en la Esquizofrenia tipo desorganizada, lo hace casi de soslayo.

En 1871 Ewalt Hecker describe e investiga sobre la Hebefrenia en su trabajo *Zur Begründung des Klinischen Standpunktes in der Psychiatrie*, efectuado en Gorlitz, bajo la influencia de su maestro K. Kahlbaum. La hebefrenia es una enfermedad que, según Hecker, siempre hace su erupción en el desarrollo de la pubertad, cuando la renovación psicológica y la reorganización del yo, en condiciones normales, alcanza su terminación.

Hecker describe el proceso psicológico normal de la pubertad como un momento donde interna y externamente, en el pensamiento, lenguaje, movimientos propios y manualidades faltan las formas justas, seguras, delimitadas, que hallamos tanto en niños como en adultos, existiendo confusión y aturdimiento. Así como ha crecido rápidamente una figura inhábil, incoordinada, puesto que todos los movimientos que comienzan en sus manos, brazos y piernas son negligentes o perezosos o bien agitados o bruscos, todas las acciones necias se cometen con ciertos movimientos impulsivos y desenfrenados. De la misma manera, la psiquis tampoco realiza un conveniente empleo de las nuevas representaciones e impulsos, que resbalan de un lado para otro, sin

objetivo, y sin que el sujeto comprenda el valor de la nueva riqueza: solo poco a poco aparece, hacia los 18 años, cierta concentración y delimitación de la personalidad.

Pues bien, es justamente en este tiempo donde ocurren aquellos trastornos mentales que designamos como hebefrénicos, y producen su acción destructora sobre aquella personalidad recién solidificada, provocando así una grave alteración de los contenidos psíquicos. La enfermedad coloca un límite al desarrollo posterior del psiquismo y produce una particular forma de debilidad mental, donde solo se conservan los elementos de la fase de desarrollo ya pasada. La «lucha púber» ha cesado, pero en cierto modo los elementos batientes se han aferrado en su posición, como si aún siguiera la contienda.

Curso y manifestación clínica

- La enfermedad comienza, según Hecker, en la mayoría de los casos, y como consecuencia de la alteración profunda de los sentimientos, con claros síntomas de melancolía que se expresa en una tristeza indeterminada o indescriptible, junto a una opresión que finalmente se consolida en una idea delirante determinada, categórica, aunque muy variable u oscilante, que puede acabar manifestándose como un delirio de persecución o influencia.

Pero esta melancolía se muestra con gran superficialidad de las sensaciones, de tal modo que parece que el paciente coquettee o juegue con sus sensaciones melancólicas, y precozmente aparece simultáneamente otro humor más alegre, con impulso a reír, efectuar chistes necios, o sur-

gir un impulso bizarro a la acción, incluso con furia expansiva, sin objeto, dirección ni fin, necia.

La dificultad exploratoria de estos casos radica en la grave alteración formal: las ideas delirantes se demuestran muy raramente y aparece una clase de ocurrencias bizarras muy superficiales, claramente diferentes de las ideas delirantes.

Observamos en el caso de Nadya que este llanto repetitivo, intenso, furioso y sin afecto, puede encajar en esta descripción de la melancolía superficial, caprichosa y ambivalente descrita por Hecker. Nadya presenta un llanto sin tristeza, intercalado con acciones de tirar objetos y rechazar, con hostilidad física a su madre, sin motivo ni finalidad. Tras dicho episodio Nadya se muestra tranquila, aparentemente eutímica, y puede sonreír y bromear con su madre. Asimismo, y tal como describe Hecker, la ideación delirante que probablemente presenta Nadya es rudimentaria, pobre, no sistematizada, y queda fácilmente enmascarada tras las ocurrencias bizarras. En el caso de Nadya, su compromiso con el curso de inglés aparece como bizarro, desproporcionado, casi delirante. A pesar de existir abulia para cualquier otra actividad, y su aislamiento social, resulta imposible para ella faltar a ninguna clase, y se le hace insoportable la idea del ingreso por la separación temporal que este representaría.

- Especialmente importantes son las alteraciones formales en el lenguaje del hebefrénico y, sobre todo, las alteraciones de la escritura. Existe una particular desviación en la lógica de las frases, como la negligencia en la unión entre las frases y la incapaci-

dad de precisar en forma concreta un pensamiento, sin separación y sin puntuaciones.

Es la forma alógica del pensamiento (incapacidad para precisar de forma concreta un pensamiento), rasgo que ocupará las investigaciones de Kleist.

- El paciente hebefrénico suele «quedar pegado» a un determinado tema, y utiliza constantemente giros o formas del lenguaje vinculados a ese tema.
- A menudo utiliza palabras extranjeras equivocadamente o determinadas mutilaciones.

En el caso de Nadya es difícil valorar estos últimos puntos del lenguaje, dada la dificultad idiomática existente.

Clasificación de las Hebefrenias (Kleist, Leonhard y Faust)

Kleist es el primero en clasificar las Hebefrenias, y lo hace en 4 tipos:

1. Hebefrenia apática-improductiva.
2. Hebefrenia necia.
3. Hebefrenia amanerada.
4. Hebefrenia depresiva.

No se conoce ningún trabajo de Hecker donde haya distinguido formas clínicas dentro de la hebefrenia. En Francia, Morel describe a «pacientes afectos de estupidez desde su más temprana edad» como «dementes precoces». Kraepelin reunió todos los casos con el nombre de Demencia Precoz y distinguía tres formas clínicas: una simple, la Hebefrenia, una forma catatónica

o hebefrenocatónica, y una forma paranoide, sin dedicarse en forma profunda a la hebefrenia propiamente dicha.

Henry Ey describe dentro de las formas graves a la hebefrenia, considerando que es aquella demencia precoz de los jóvenes descrita por Morel, siendo la forma más frecuente la de una gran apatía progresiva, con indiferencia, comportamiento pueril y caprichoso.

Kleist, en su trabajo sobre las catatonías, intentó dar una explicación sobre la esencia misma de las hebefrenias desde el punto de vista psicopatológico. Establece que se trata de un «embotamiento afectivo» basado en la ausencia de los procesos impulsivos del tallo cerebral junto a una modificación de la conducta o carácter de raíz córtico-orbitario.

Leonora Welt había demostrado en 1888 que lesiones del lóbulo orbitario llevaban a un particular «Trastorno del Carácter», siendo posteriormente confirmado por Kleist con numerosos heridos de guerra y el «aislamiento del yo-social».

Para Leonhard existían estos tipos de hebefrenias: de forma necia, de forma depresiva, extravagante o excéntrica, la hebefrenia chata y la forma autística.

Las cuatro formas de hebefrenias que Kleist, Leonhart y Faust discriminan en 1950 son: Hebefrenia necia (lappische), Hebefrenia depresiva (Verchrobene de Leonhard), Hebefrenia apática (flache de Leonhard), Hebefrenia autística (Leonhard).

Hebefrenia necia: el embotamiento afectivo clásico de la hebefrenia existe desde el principio. El paciente se muestra indiferente ante hechos importantes, abúlico, inactivo, con un lenguaje especialmente empobrecido y alógico.

La expresión facial es vacía e inafectiva. La conducta necia es el síntoma cardinal, en forma de risas inmotivadas y tendencia a chistes y bromas pueriles (que van desapareciendo con el deterioro).

Hebefrenia depresiva: comienza siempre con un cuadro depresivo de duración variable, donde pueden aparecer gestos suicidas. Son frecuentes las quejas hipocondríacas, que se mantienen durante todo el curso de la enfermedad como un síntoma conductor. Pueden existir manierismos (a veces similares a las acciones obsesivas), extravagancias y cuadros excitatorios. Son frecuentes las repeticiones del lenguaje y del contenido del discurso y pueden mantener cierta actividad.

Hebefrenia apática-improductiva: es de difícil diagnóstico porque en su comienzo suelen aparecer ideas delirantes y alucinaciones, que hace pensar en una esquizofrenia paranoide, y crisis de «grave distimia». La apatía e improductividad va imponiéndose con los años, siendo el «gran desmoronamiento afectivo» (chatura afectiva) el síntoma principal de esta forma clínica.

Hebefrenia autística: suele confundirse también con una enfermedad del grupo paranoide, porque la afección comienza habitualmente con ideas delirantes de miedo al envenenamiento y alucinaciones, a veces muy abundantes, acompañadas de poderosos estados de excitación, similares a la hebefrenia apática. Con el transcurso de los años se impone un notable autismo que bautiza esta forma clínica, y que obedece a una acentuación de rasgos autísticos prepiscóticos comunes a todos los casos.

Diagnóstico diferencial

Hebefrenia y esquizofrenia simple

Rasgos en común:

- Alteraciones en la esfera afectiva.
- Inicio insidioso, que de manera progresiva, afecta la capacidad de planear y prever el futuro.
- Ausencia de síntomas productivos, como delirios o trastornos floridos del pensamiento.
- Escasa respuesta emocional.
- No hay conciencia del grave empobrecimiento progresivo de la personalidad.

Rasgos diferenciales:

- La esquizofrenia hebefrénica tiene un inicio más precoz (en la pubertad).
- En la esquizofrenia hebefrénica llama la atención la conducta simple y absurda, como accesos de risa inmotivada y sin sentido, la propensión a bromas pueriles o las actividades motoras extravagantes.
- La esquizofrenia simple tiene un progreso más lento, a veces desapercibido por los propios familiares.

El inicio tan brusco y precoz del cuadro en Nadya hace pensar en la forma de la esquizofrenia hebefrénica.

Hebefrenia y retraso mental

Rasgos en común:

- Pobreza en el rendimiento intelectual (la hebefrenia es la forma de esquizofrenia en que el rendi-

miento intelectual está más perjudicado).

- Déficit en la capacidad de abstracción.
- La posibilidad de desencadenarse una esquizofrenia durante la adolescencia o la edad adulta es el doble en el retraso mental que en el caso de la población general.

Rasgos diferenciales:

- En el retraso mental suele haber una alteración orgánica que la desencadene, ya sea de tipo prenatal, perinatal o postnatal. Según el DSM IV, el retraso mental es el resultado de la interacción de procesos patológicos psicosociales y biológicos.
- En la esquizofrenia hebefrénica la capacidad intelectual suele estar conservada hasta el momento de la eclosión del trastorno en la pubertad o adolescencia, mientras que en el retraso mental existe un pobre rendimiento intelectual desde la niñez.
- En la hebefrenia la respuesta emocional se caracteriza por su frialdad, no siendo así en el retraso mental, que puede estar muy acorde con la situación ambiental y relacional.

A pesar del comportamiento bizarro de Nadya, de su dificultad de establecer un diálogo, de su comportamiento pueril, no obstante tanto por los aspectos psicomotrices bien desarrollados que podemos observar en ella, su frialdad afectiva, y la información proporcionada por la madre de que en la escuela era una chica aplicada, hacen pensar de

que no se trata de una forma de retraso mental sino más bien de un trastorno de orden psicótico que eclosiona en la pubertad, mermado gravemente los recursos intelectuales a partir de entonces.

Hebefrenia y parafrenia

Rasgos en común:

- Pérdida del sentido de la realidad.
- Ausencia de conciencia de enfermedad.
- En la parafrenia el inicio también puede ser insidioso aunque en ocasiones es rápido e inmediato.

Rasgos diferenciales:

- En la parafrenia existe la presencia de delirios de carácter polimorfo, con gran riqueza imaginativa.
- En la parafrenia se produce una buena adaptación social.

En el caso de Nadya hay ausencia de delirio y una nula adaptación social.

CONCLUSIÓN

Tras esta descripción podemos ubicar a nuestra paciente dentro de lo que se entiende como Hebefrenia depresiva. Aunque no se observa un ánimo depresivo en la paciente ni una intencionalidad suicida en sus gestos desorganizados, existen claramente quejas hipocondríacas que Leonhard describe como «síntoma conductor» de este tipo de Hebefrenia, y que acompaña de forma rígida, repetitiva y casi exclusiva, todo el discurso (el breve discurso) de Nadya.

Lo que realmente ha motivado a estudiar este caso clínico es la especial im-

potencia e incompreensión que provoca. Estamos familiarizados con los contenidos delirantes más frecuentes de nuestros pacientes psicóticos, y podemos entender el delirio como ese intento de «reconexión» ante el «vacío» psicótico. Pero el caso de Nadya desborda toda esta estructura. La «desorganización», la «hebefrenia», nos muestra un sujeto que no presenta la desesperación neurótica ni tampoco aquella desesperación psicótica que nos conecta con el sufrimiento psicótico. Ni siquiera aquellas formas en las que, como hemos visto, hay ese intento de «reconstrucción» mediante el delirio o las alucinaciones (formas apática y autística) frente a la desorganización. El sujeto hebefrénico es un sujeto desvinculado, desvitalizado, desconectado de la vida, sin relato. Muestra el vacío psicótico «desnudo», desprovisto y cruel.

Y justamente, la labor terapéutica consistirá en facilitar la vinculación con la vida, tal vez a través de discursos no verbales, ya que en el enfermo hebefrénico tal discurso casi no existe. Debemos ser hábiles para captar aquello que el sujeto nos muestre, saber leer su «otro lenguaje», y conectar con él, para convertirnos nosotros en ese «hilo» metafórico, simbólico, pero «vital».

El curso de inglés de Nadya, que le permite jugar con los significantes (las palabras desprovistas de contenido), colorear dibujos, que la ayudan a interiorizar contenidos mentales y conectar significados emocionales a través de dibujos libres, retarse al «tres en raya», la constancia, la repetición, el interés, la atención sostenida, etc., pueden ser en Nadya esa red que la separe del abismo de la desvitalización.

El lugar del terapeuta y el de las dis-

tintas funciones que trabajan con estos enfermos debe ser un lugar sostenido por el deseo, pero un deseo vaciado de ideales propios y conducido por los «artificios» que cada sujeto psicótico, en su singularidad, va armando.

Nadya es una chica que nos dice de dónde parte en su construcción. Sus cimientos son precarios, están basados en una identificación imaginaria al ideal familiar de ser alguien intelectualmente: obtener un «título» que la nomine, que la nombre como «capacitada en». La suplencia (la estabilización) buscada se lo pone y nos lo pone muy difícil, ya que la meta requiere recursos cognitivos y emocionales que su desencadenamiento en la psicosis ha mermado de manera importante. Por ello, la ayuda farmacológica se hace imprescindible en este caso como sumatoria a esta identificación al ideal familiar. Tenemos, pues, identificación más medicación antipsicótica como una primera estabilización, primera y precaria. Pero, no podemos quedarnos aquí, tenemos un vector rudimentario que podría hacer de suplencia (compensación) simbólica (andamiaje más sólido): «TITULO» --- «CAPACITADA EN».

No se trata de comprender, de dar significación a estos significantes (elementos pivote y parciales del lenguaje que en sí mismos no significan nada concreto) desde nuestra propia estructura mental pues nos llevaría a concluir frases como: «no está capacitada para obtener un título importante, hay que decirle a los padres o a ella que esto no es posible, hay que hacerle comprender que de esta manera no logrará una inserción en el mundo laboral...». Se trata, más bien, de ayudarle a insertar estos significantes en un discurso que le per-

mita cierto deslizamiento, combinarlos con otros significantes en frases axiomáticas más abiertas a posibilidades de encontrar una misión, un sentido a su vida más asequible. Un lugar más consistente y vitalizado que le posibilite un mínimo lazo social con el otro, un lugar menos solo y, por tanto, menos librado al repliegue depresivo y/o autístico.

El clínico no puede sino sentirse impotente, pobre, sobrepasado e incapaz frente a un sujeto que actúa sin finalidad, que atenta contra su vida no por desesperación, sino porque no se siente ubicado en ella. Salirse de este lugar de impotencia y desesperación son pasos previos para iniciar un tratamiento y un sostenimiento familiar. Apostemos, pues, con ella, en este camino plagado de obstáculos pero siempre posible.

BIBLIOGRAFÍA

Benítez I. La evolución del concepto de hebefrenia. Revista argentina de clínica neuropsicológica ALMECON, mayo 1992;2(n.º 2):182-205.

Bleuler E. La demencia precoz. Buenos Aires, Paidós; 1960.

CIM-9-MC. Clasificación internacional de las enfermedades, 9.ª revisión. Modificación clínica, 4.ª edición. Barcelona, Pórtic; 2003.

DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona, Masson; 1997.

Ey H, Bernard P, Brisset Ch. Tratado de psiquiatría (8.ª edición). Barcelona, Masson; 1978.

Freud S. Tres ensayos de teoría sexual (1905). En Obras Completas VII. Buenos Aires, Amorrortu Editores; 1976.

Freud S. Pulsiones y destinos de pulsión (1915). En Obras Completas XIV. Buenos Aires, Amorrortu Editores; 1976.

Hecker E. La hebefrenia: contribución a la psiquiatría clínica (1871). Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 1995;(15):287-293.

Hernández V. Las psicosis: sufrimiento mental y comprensión psicodinámica, Barcelona, Paidós; 2008.

Lacan J. Seminario 3: Las psicosis (1955-56). Buenos Aires, Paidós; 2002.

Lacan J. De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis.

Escritos II. Madrid, Siglo veintiuno editores; 1998.

Outes DL, Castaño AM. Las esquizofrenias según la escuela Kleist-Leonhard. Las catatonias. Buenos Aires, Instituto Nacional de Salud Mental; 1971.

Sullivan HS. Schizophrenia as a human process. New York, Norton; 1962.

Winnicott DW. Collected Papers: Through Paediatrics to Psychoanalysis, Londres, Tavistock Publications; 1958.

Tustin F. Ser o no ser: un estudio acerca del autismo. Psicoanálisis APdeBA, 1995;17(3):675-696.

EL BURNOUT DE LOS AUXILIARES GERIÁTRICOS: ACUERDO Y DESACUERDO ENTRE INDIVIDUO Y TRABAJO

GIORGIO G. BELLOTTI

Medico. Profesor Ordinario. Departamento de Medicina y Salud Publica. Facultad de Medicina. Universidad de Insubria-Varese (Italia).

DUCCIO VANNI

Medico. Profesor Colaborador Honorario. Departamento de Ciencias Neurológicas y Psiquiátricas. Facultad de Psicología. Universidad de Florencia (Italia).

MARÍA ROSA MADERA

Psicóloga clínica. Departamento de Medicina y Salud Publica. Facultad de Medicina. Universidad de Insubria-Varese (Italia).

Recepción: 08-11-10 / Aceptación: 25-01-11

RESUMEN

El *burnout* (en castellano «quemado») en los lugares de trabajo es un problema complejo que incluye factores de diferente origen en relación que puede ser con el individuo o bien con las condiciones objetivas del ambiente de trabajo; no es un problema que aparezca de forma aguda, sino al contrario, va haciéndolo de forma gradual. Es un proceso, y sus síntomas se presentan después de un determinado período de tiempo en el que se han mantenido unas condiciones de estrés, y se manifiesta con un agotamiento crónico, actitud de cinismo y desarraigo del trabajo. El auxiliar geriátrico, que se encuentra en permanente contacto con problemas como la enfermedad crónica sobre todo mental, es uno de los ejemplos más absolutos de profesional de riesgo de *burnout* y exige una respuesta de atención y soporte por parte de la organización. En la experiencia descrita el compromiso de la orga-

nización ha conseguido disminuir las discrepancias entre las personas y el trabajo, permitiendo al auxiliar geriátrico una mejor adaptación con el ambiente y un mayor equilibrio con todo el equipo de trabajo.

Palabras clave

Burnout, apoyo, trabajo.

ABSTRACT

Job burnout is a complex problem, which entails different factors whose origins are to be searched both within the individual and the objective work conditions; it isn't a sudden process, but it is rather subject to a gradual development. Therefore job burnout is a process characterized by symptoms that begin to emerge after a prolonged exposure to stressful work conditions; it evolves contently and gradually and it manifests itself in the form of a chronic

nervous breakdown, cynism and total detachment from work. The geriatric social worker, who is continuously faced with dilemmas such as illness chronicity, especially psychiatric disorders, gives us the example par excellence of a geriatric operator who is at high risk for job burnout and who requires the organization he works for to provide him with the support he needs and the possibility to share his experience. In the described experience, the effort made by the organization has appeared to be of high significance in reducing the discrepancy existing between the person and the job allowing the social worker to better adapt to the environment and to find a greater balance within the professional setting.

Key words

Burnout, counseling, work.

INTRODUCCIÓN

La literatura relacionada con profesiones, así como la verificación empírica subrayan que el *stress* en los lugares de trabajo es un problema complejo de importancia psicosocial, que comporta altos gastos, ya sea para el interesado individualmente, como para la comunidad donde este trabaja^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7}.

Esta afirmación demuestra la presencia y la interacción de factores de origen diverso: por un lado, los relacionados con el individuo: origen, historia de vida, y personalidad; y por otro, los que tienen que ver con las objetivas condiciones de trabajo, más concretamente con su medio ambiente.

Los auxiliares geriátricos que desarrollan su actividad en contacto directo con las personas ancianas y con proble-

máticas como las enfermedades crónicas y la elevada mortalidad, están muy comprometidos emocionalmente, como sucede en todas las profesiones de ayuda, *helping professions*. Ellos son un ejemplo típico de trabajadores con riesgo elevado de estrés, más todavía si se considera que ellos, sobre todo cuando inician el trabajo en este campo, imaginan una relación con los ancianos que les permitirá crecer personalmente y desean ser el auxiliar geriátrico ideal, que sabe, que sabe hacer y que hace bien; en una palabra: el profesional perfecto. Cuando las objetivas condiciones de trabajo o las experiencias subjetivas no permiten la satisfacción de acercarse al modelo ideal, la insatisfacción consigo mismo y con la profesión puede establecerse y expresarse con un permanente disgusto y un agotamiento crónico, o sea, un *síndrome de burnout*.

En el 1974 H. J. Freudenberger⁸ adoptó este término para definir un estado de cansancio y de frustración crónica, como consecuencia de una excesiva explotación de propias energías en los trabajadores de clínicas privadas en EE.UU., de allí en adelante la atención por este fenómeno fue creciendo progresivamente y aparecieron nuevas definiciones que actualmente pueden ser sintetizadas como un «*síndrome de burnout*, que indica la incapacidad de una persona para desarrollar el trabajo que le ha sido designado... implica un empeoramiento en lo que se refiere a los valores, a la dignidad, al espíritu y a la voluntad de las personas... es una enfermedad que se expande constante y gradualmente como agotamiento crónico, actitud cínica y desarraigo en el trabajo»⁹.

A propósito de las expresiones clínicas, los efectos negativos no son exclusivos de este síndrome, ya que se en-

cuentran también en otras formas de estrés, pero aquí aparecen con mayor evidencia: la persona enferma con síndrome de *burnout* presenta síntomas físicos como el cansancio crónico, y enfermedades psicosomáticas como el insomnio, y también síntomas psicológicos como depresión, ansiedad, baja autoestima y disminución de relaciones interpersonales.

Estas características no solo perjudican a los auxiliares, de hecho los pacientes reciben un servicio poco adecuado y poco atento, la institución ya no ofrece un buen servicio y hasta debe soportar las constantes ausencias del personal auxiliar y el descontento de otros empleados. Es más, las relaciones entre colegas, personal administrativo, supervisores, etc. son siempre de peor calidad y en vez de contener y ayudar las relaciones interpersonales, resultan más complicadas que aquellas que se viven con los pacientes.

En los últimos veinte años la opinión general ha sido que el *burnout* era un problema individual causado por las propias carencias. Los estudios actuales, demuestran, en cambio, que la mayor parte de las causas nacen en el ambiente de trabajo.

Vista la naturaleza del síndrome, la extensión de sus repercusiones y la calidad de los factores predeterminantes, es importante programar la prevención, la supervisión y el tratamiento del *burnout* para que se intervenga en todos los sujetos comprometidos en este proceso: el individuo, el equipo, la organización.

EL INDIVIDUO: EQUILIBRIO ENTRE OFERTA Y DEMANDA

El *burnout* no aparece improvisamente, sino de forma gradual, es un proceso

cuyos síntomas surgen después de un cierto período de participación en situaciones de estrés y sobre todo cambia de un individuo a otro, según como estos perciben el estrés.

C. Chermis¹⁰ se refiere a este proceso en tres fases:

- La primera se caracteriza por la falta de equilibrio entre los recursos disponibles y las energías necesarias.
- La segunda corresponde a la inmediata respuesta a este desequilibrio con expresiones de angustia, rigidez, cansancio y agotamiento.
- La tercera implica una serie de cambios en el comportamiento, como por ejemplo tratar a los pacientes con gran distancia y pretendiendo con cinismo e interés un reconocimiento a su trabajo.

Otros autores han puesto la atención sobre el hecho que algunos aspectos de la personalidad influyen sobre la sensibilidad individual a la predisposición al estrés mostrando la relación entre *locus of control* externa y la poca actitud a la capacidad de ayuda, pero también el auxiliar con *locus of control* interior puede ser sometido a una dura prueba cuando delante del anciano, enfermo, crónico, moribundo, experimenta su propia impotencia.

Se resumen a continuación los aspectos psicológicos predominantes del auxiliar con riesgo de *burnout*, que han sido identificados a través de una experiencia realizada con trabajadores sociosanitarios que trabajan en algunos recursos para ancianos de la provincia de Varese (Italia) y desarrollada a través de grupos de discusión que llevaban como tema propio el *burnout*.

- **Impotencia u Omnipotencia:** se trata de la típica bipolaridad de la relación de ayuda. La impotencia se alterna con una imagen de sí mismo y del propio trabajo como muy positivos, hasta hacer sentir el auxiliar como un experto de la historia y de la vida de los demás.
- **Super identificados o Despegados:** el auxiliar se vuelve súper activo y muy invasivo en los encuentros con los familiares; la carga emocional resultante es siempre más insoportable, y esto es considerado como una evidente consecuencia de estrés de trabajo.

La situación opuesta, o sea, el demasiado desarraigo, no permite reconocer las propias emociones y esto lleva a la inhibición de las mismas perjudicando el desarrollo de una buena relación de ayuda.

- **Identificación exagerada con el paciente:** el contacto de cada día con temas como la proximidad de la muerte y su significado, necesariamente trae a la luz las experiencias personales de duelos vividos, así como las propias angustias a propósito de la muerte y del sufrimiento, (también a nivel inconsciente), que surgen de la identificación con el paciente.

Sigue una descripción de los pasos progresivos del *burnout* relacionado con los aspectos psicológicos del auxiliar geriátrico que atiende un anciano moribundo, teniendo en consideración las sugerencias del auxiliar.

- **Primera fase:** idealización de la profesión, identificarse demasiado con el paciente (empatía) para ayudarlo mejor, conducta de complicidad, atención centrada en uno mismo y en su imagen.
- **Segunda fase:** cansancio físico, disminución del tono del humor,

desilusión, primeros síntomas de estrés.

- **Tercera fase:** susceptibilidad, predisposición al cólera, impulsividad, alejamiento voluntario de los colegas, dificultad en la resolución de problemas, dificultades en la propia familia.
- **Cuarta fase:** desarraigo emocional, demasiada identificación con el paciente, exceso de sensibilidad emocional, pena, tristeza, pesimismo, ausencias en el trabajo, agotamiento psíquico.

A propósito de este proceso la experiencia referida ha puesto en evidencia dos necesidades reconocidas también en los textos de estudio: la necesidad de diálogo y la necesidad de contención; Astrom en un análisis horizontal realizado con un grupo de sesenta enfermeros, después de un año de aplicación de un específico programa de formación, ha descubierto una notable disminución de los riesgos que se presentaban al principio¹¹.

EL ROL DE LA ORGANIZACIÓN: DESCRIPCIÓN DE UNA EXPERIENCIA

Las investigaciones de C. Maslach y M. P. Leiter¹², evidencian seis aspectos de discrepancia o causas que dan origen al *burnout*, y que se relacionan con el trabajador o con la organización: sobrecarga laboral, falta de controles, sueldo insuficiente, ausencia de familiaridad con el medio ambiente (pertenencia), ausencia de paridad (injusticia) y conflicto de valores.

Es indispensable controlar el nivel de estrés de los trabajadores auxiliares, es-

pecialmente cuando atienden personas incapacitadas o con problemas mentales. Por esta razón, en los recursos asistenciales para ancianos y alojamientos no residenciales que existen en la Provincia de Varese, se ha utilizado el MBI (Maslach Burnout Inventory¹³) a todo el personal sociosanitario. Los resultados demuestran la necesidad de considerar algunas inquietudes relacionadas con la autorrealización y la necesidad de procesos de formación, que en un principio se ha iniciado en el sector de alojamiento no residencial donde la variedad de ancianos atendidos es mayor y por lo tanto evidencia una mayor necesidad de apoyo.

El equipo del alojamiento no residencial está formado por un médico, dos enfermeros, dos asistentes sociosanitarios, un entretenedor, un especialista en psicomotricidad, un fisioterapeuta y un psicólogo.

Las personas que frecuentan el alojamiento son parcialmente autónomas entre los 65 y 80 años de edad. Las patologías más comunes son demencias iniciales, trastornos de adaptación con ansiedad, y alteraciones del estado de ánimo. Gran parte de los pacientes sufren de falta de autoestima, indiferencia por la propia salud y son propensos a aislarse de los demás.

Las tareas asistenciales más relacionadas con el trabajo del auxiliar geriátrico, son aquellas que responden a las exigencias individuales de los ancianos. A su vez la organización se compromete a respetar los criterios de calidad de los tratamientos y tiene entre sus objetivos principales el bienestar de los profesionales, favoreciendo la predisposición de los mismos a los programas de formación que están destinados a mejorar las capacidades intelectuales, físi-

cas, psicológicas y las relaciones interpersonales.

El trayecto de formación que se ha deducido de las exigencias de los profesionales, se ha desarrollado en dos partes. La primera con pequeños grupos de debates, comparando los factores que pueden determinar o aumentar los niveles de estrés y el riesgo de *burnout*. Los participantes han evidenciado la importancia de las condiciones organizativas y de trabajo en el origen del *burnout*; y entre ellas el buen funcionamiento del equipo, y la solidaridad entre la organización/institución como recursos fundamentales en la prevención y el tratamiento del *burnout*. Estos temas de la psicología de la organización ayudaron a resaltar la necesidad de reflexión sobre los nuevos conceptos relacionados con la satisfacción laboral, el clima psicológico y el clima institucional.

La segunda parte consistió en un programa quincenal de supervisión del grupo de trabajo que se desarrollaba durante el horario de trabajo.

Al principio los temas de comparación se referían a las dinámicas interpersonales; así se reconocieron las dificultades con los familiares de los ancianos, entre colegas, pero también se descubrieron las provenientes de falta de materiales y de comunicación. Luego se estudiaron las características, los comportamientos, las exigencias y las biografías de los pacientes.

Los encuentros con el equipo, además de mejorar el conocimiento del enfermo y de favorecer la adopción de un método integral que respetara las capacidades profesionales, han permitido también, mejorar el conocimiento de sí mismo, el rol y las competencias de cada uno, así como los propios recursos y necesidades. Otro beneficio fue el de

mejorar la motivación por el bienestar profesional con los demás colegas, no solo en función de los objetivos terapéuticos sino también de los momentos difíciles a nivel interpersonal, emocional y de comunicación.

La importancia de esta experiencia ha motivado los especialistas a solicitar a la organización, el hacer permanente y formal la supervisión del grupo de trabajo.

Durante los encuentros, es siempre activa la participación de todos los miembros de grupo; el supervisor, que es un psicólogo externo, ayuda en la reflexión sobre las conductas, y favorece la búsqueda de estrategias y métodos para mejorar la comunicación y la percepción de sí mismo y de los demás.

El escuchar activa y críticamente las observaciones y las reflexiones del supervisor, así como el análisis integral de las diferentes intervenciones, permite trabajar mejor, sobre todo porque se revisa el trabajo desarrollado en pasado.

El claro acuerdo que caracteriza la supervisión ayuda a mantener el trabajo de grupo sobre un modelo no centralizado y a crear un espacio de reflexión que se transforma persiguiendo objetivos primordiales como:

- Garantizar que el interés del auxiliar geriátrico se dirija a las necesidades del anciano.
- Crear trayectos comunes y capacidades comunes en la atención y en el objetivo terapéutico.
- Promover espacios de autocrítica y de autoformación para mejorar el servicio que se otorga.
- Facilitar la concienciación de la propia predisposición para escuchar y comprender a los demás.

- Promover el intercambio entre los auxiliares y los dirigentes de la organización.

Pasado un año desde que comenzó la experiencia, los encuentros de supervisión conservan su significado, o sea, un espacio donde poder reconocer, expresar y comparar las emociones de cada uno, así como las inquietudes relacionadas con el contexto organizativo y que tienen su origen en seis aspectos principales que Maslach y Leiter señalan^{9, 12}.

Durante esta experiencia los auxiliares que han vivido, por razones diferentes, períodos de crisis personal en el ambiente de trabajo, han podido pedir una ayuda (contención) individual por parte de un psicólogo en un ciclo de supervisiones (*counselling*). En general se refieren a situaciones que fueron consideradas de forma subjetiva como amenazas, y que parecían sobreponerse a la propia capacidad de adaptarse y reaccionar.

Se ha solicitado a los miembros del grupo, su opinión respecto a las experiencias de formación, de supervisión y de ayuda, como medidas preventivas para el *burnout*, y las respuestas han sido muy positivas.

Los grupos de debate han ayudado a un mayor conocimiento e integración entre los miembros del equipo, mayor participación en los problemas y necesidades.

Por su parte, el supervisor ha valorado la continuidad a lo largo del tiempo y el compromiso de la organización para no abandonarla.

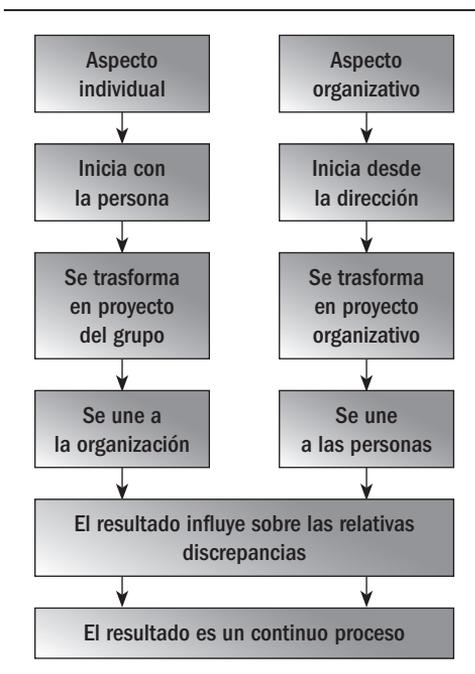
El *counselling* ha puesto su objetivo en la ayuda a la persona para aumentar el sentimiento de autoeficacia, en situaciones críticas en las que debe controlar la sobrecarga emocional a través de los siguientes pasos:

1. Facilitar la expresión libre de las propias emociones y experiencias vividas.
2. Individuar el principal elemento de amenaza en la experiencia.
3. Garantizar una ayuda y evidenciar los recursos.
4. Enfrentarse con un problema a la vez.
5. Ayudar a recuperar el sentido de autocontrol.

Las respuestas positivas, además de evidenciar el valor de la experiencia realizada, confirman y proponen nuevamente a la organización encargada la demanda de compromiso que considere la exigencia fundamental de reconocimiento, de valorización y, en la medida de lo posible, de participación en algunos procesos de toma de decisiones, estableciendo un cierto pacto entre ambos (*engagement*).

Por tanto, no se trata de intervenir en beneficio de los auxiliares, sino de intervenir junto a ellos. La demanda de formación y de supervisión, y también el compromiso de garantizar, por ejemplo, la aplicación de las normas de seguridad, disminuyen las discrepancias entre la persona y el trabajo y promueven una actitud de buenas prácticas y estructuras eficaces, la prevención y el tratamiento del *burnout*. En el gráfico I exponemos los dos puntos de vista en el proceso de resolución de los problemas de prevención y terapia para el *burnout*¹². El punto de vista organizativo relacionado con la discrepancia considera los mismos puntos analizados a nivel individual (puesto de trabajo, control, sueldo, sentido comunitario, equidad y valores) y enfoca en particular las condiciones de trabajo además de la crisis del indivi-

GRÁFICO I
Los puntos de vista en el proceso de resolución del problema



duo; una dirección no excluye la otra, ambas se encuentran y se suman.

CONCLUSIONES

La experiencia de formación realizada sugiere que se puede prevenir el *burnout* en el momento en que se realizan las condiciones para mejorar la armonización de los seis aspectos de la discrepancia, permitiendo obtener una buena adaptación en el trabajo.

El estrés de trabajo y el *burnout* representan en cada trabajador riesgos potenciales; en el sector geriátrico los efectos se reflejan sobre el anciano en especial si este no está capacitado o con alteraciones psíquicas.

La imagen del anciano con dificultades, pero testigo real de valores funda-

mentales desde el punto de vista humano, como por ejemplo la dignidad y el sentido de su experiencia, determinan la reflexión sobre el sentido y la importancia de adjudicar a ese trabajo, sea por parte del auxiliar como de la estructura organizativa. En la asistencia del anciano frágil el auxiliar sociosanitario, preparado, sensible, reconoce con frecuencia la necesidad de cumplir una tarea asistencial importante a nivel de valores humanos que debe ser reconocida, y defendida por aquellos que tiene un rol de responsabilidad y de organización.

Evidenciar la misión de la empresa y la difusión entre los trabajadores, se convierte en un valor añadido, que favorece el incremento de la libertad de expresión con una óptica de carácter comunitario, revelándose una forma de ayuda técnica y afectiva de alta calidad para ofrecer un servicio a la persona anciana y para prevenir el *burnout*.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece la colaboración al presidente y al consejo de administración, a la directora, al responsable sanitario, al personal sanitario especializado de la fundación «Centro acogliaenza anziani» de Lonate Pozzolo (Varese, Italia).

BIBLIOGRAFÍA

Freudenberger HJ, Richelson G. *Burnout: the high cost of high achievement*. NY, Doubleday, Garden City; 1980.

Pines A, Aronson E. *Career burnout: Causes and cures*. NY, Free Pres; 1988.

Bellani ML, Trotti E, Pezzotta P, Gatti M, Bellotti GG. *Il burnout come ris-*

chio professionale nel personale infermieristico dei reparti di malattie infettive lombarde, Abstract 2.º convegno di aggiornamento e dibattito sui problemi infermieristici nell'AIDS e nelle sindromi correlate. Milano, ANLAIDS; 1992.

Bellani ML, Bellotti GG, Trotti E. *Fattori individuali come predittori di burnout negli operatori sanitari di Malattie Infettive*, Abstract VIII Convegno Nazionale AIDS e sindromi correlate. Bologna, ANLAIDS; 1994.

Del Río C. *Percorsi di vita, di stress, di lavoro*, Prospettive Sociali e Sanitarie, 1995;19:1-6.

Hersen M, Van Hasselt VB. *Psychological treatment of older adults*, tr. it. *Trattamenti psicologici nell'anziano*. Cesa-Bianchi M, Tammara AE (eds) (1996). Milano, McGraw-Hill; 1998.

Pellegrino F. *La síndrome del burn-out*, Torino, Centro Scientifico Editore; 2000.

Freudenberger HJ. *Staff burnout*. *Journal of Social Issues*, 1974;30:159-165.

Maslach C, Leiter MP. *The truth about burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*. USA, Jossey-Bass Inc.; 1997.

Cherniss C. *Staff burnout: job stress in the human services*, Sage. California, Thousand Oaks; 1980.

Astrom S, Nilsson M, Norberg A, Sandman P. *Staff burnout in dementia care: relations to empathy and attitudes*, *International Journal of Nursing Studies*, 1991; 8(1):65-75.

Maslach C, Leiter MP. *Preventing burnout e building engagement*. USA, Jossev-Bass Inc.; 2000.

Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory Manual*, 3.ª ed. Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press; 1996.

ASPECTOS TERAPÉUTICOS EN TRASTORNOS RELACIONADOS CON USO DE CANNABIS

JOSEP SOLÉ, M.^a JESÚS SOTELO E ISAAC RÍOS

*Unidad de Patología Dual y Centro de Atención a Drogodependencias.
Benito Menni Complejo Asistencial en Salud Mental.*

Recepción: 30-04-09 / Aceptación: 30-05-09

RESUMEN

Dado que hay cada vez más demanda de tratamiento para trastornos relacionados con el consumo de cannabis, se resumen los abordajes psicofarmacológico y educativo; en otro artículo de esta revista se hace lo propio con la psicoterapia. No se dispone hasta ahora de farmacoterapia basada en evidencias de eficacia, que tampoco existen para psicoeducación específica de patología dual, pero este componente debe formar parte del tratamiento según consenso de expertos. Se enumeran los principales psicofármacos empleados en trastornos relacionados con cannabis y se resume también el programa de psicoeducación en patología dual considerado de elección y que se imparte en Benito Menni CASM.

Palabras clave

Trastornos por cannabis, tratamiento psicofarmacológico, psicoeducación, patología dual.

SUMMARY

As treatment for cannabis-related disorders is increasingly demanded, both pharmacological and psychoeducational approaches are summarised; another article in this issue does it for psychotherapy. Evidence-based pharmacotherapy is still lacking and there are as well no efficacy evidences for specific psychoeducation in dual diagnosis, although it is recommended by expert consensus as an adjunct. The main drugs used in cannabis-related disorders treatment are briefly reviewed,

and the first choice dual diagnosis psychoeducation programme, which is imparted in Benito Menni CASM, is also summarised.

Key words

Cannabis related disorders, medication, psychoeducation, dual diagnosis.

INTRODUCCIÓN

En población general el hábito de consumir cannabis se asocia a psicosis como la esquizofrenia, y entre los casos nuevos de esquizofrenia se considera que están sobrerrepresentados quienes muestran dicho hábito^{13, 40, 42, 43}. Expresado en términos de evidencia científica, el uso de cannabis puede precipitar síntomas psicóticos e incluso esquizofrenia en individuos con vulnerabilidad personal o familiar y empeorarla una vez instaurada^{4, 18, 19, 33, 34, 39}. Uno de los factores generales de vulnerabilidad más importantes es la edad^{1, 4, 9, 11, 13, 18, 20, 21, 22, 24, 27}. De hecho, adolescentes y adultos jóvenes con exposición al cannabis y demás drogas son vulnerables per se, y de ahí los esfuerzos preventivos y terapéuticos que debieran multiplicarse^{1, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 19, 20, 22, 25, 32, 33, 39, 40, 45}. La coincidencia de uso de cannabis y trastorno psicótico, sea inducido o bien por esquizofrenia⁴⁰, es sin duda uno de los ejemplos más importantes de comorbilidad psiquiátrica y diagnóstico dual³⁸ en la actualidad. Así como el principal riesgo médico de fumar tabaco es oncológico, cáncer de pulmón, el principal riesgo médico de fumar cannabis es psiquiátrico, esquizofrenia³⁶.

Se considera que, en este campo, el abordaje psiquiátrico tiene que incluir farmacoterapia³⁰ y tratamiento psicoso-

cial³⁵ que incluya componentes de índole cognitiva, conductual, motivacional e interpersonal^{2, 23, 26, 36}. Hay consenso en que el tratamiento sea ecléctico e inclusivo, con medicación, consejo o psicoterapia y psicoeducación^{2, 6, 7, 9, 12, 13, 23, 29, 41}. Hasta ahora no se dispone de ningún tratamiento empíricamente validado³⁸.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Todavía no existen estudios aleatorizados controlados sobre medicamentos para tratar el síndrome de abstinencia de cannabis o el ansia (craving) de consumirlo. Candidatos a llenar este vacío podrían ser la formulación galénica del principio psicoactivo delta-9-tetrahidrocannabinol (THC) y el antidepresivo bupropion empleado en tabaquismo. Rimonabant (Acomplia), que actúa en interacción con el sistema endocannabinoide, no ha llegado finalmente al mercado por efectos adversos afectivos, disforia e ideación suicida. Se han ensayado con resultados poco prometedores fármacos como naltrexona, nefazodona, mirtazapina, valproato, litio³⁸ y otros.

Los **antipsicóticos** se indican en presencia de alucinaciones, ideas delirantes y manía, sean inducidas o primarias. También en el síndrome de abstinencia por cannabis³ pueden estar indicados neurolepticos si aparecen síntomas de la serie psicótica que se juzga adecuado cubrir. En general y de primera intención se opta por indicar los antipsicóticos de segunda generación (olanzapina, risperidona, quetiapina, ziprasidona, amisulprida y aripiprazol) por mayor tolerabilidad y seguridad que los de primera generación. En trastornos rela-

cionados con uso de cannabis se recomienda posología antipsicótica según gravedad. Con olanzapina y risperidona son útiles los comprimidos bucodispersables, para evitar incumplimiento por escamoteo; la última novedad neuroléptica, paliperidona, también puede incorporarse. Quetiapina se está utilizando en dosis nocturnas como posible alternativa a antipsicóticos hipnoinductores clásicos (Sinogan, Etumina). Los últimos neurolépticos incorporados al mercado, ziprasidona, amisulprida y aripiprazol, vienen siendo utilizados. Alternativamente también pueden emplearse haloperidol —sigue siendo el neuroléptico con el que los demás se comparan— y benzodiazepinas, y en cambio es preferible evitar las fenotiazinas por riesgo de crisis anticolinérgica.

Los **antidepresivos**, además de indicarse como tales, pueden ser útiles en tanto que ansiolíticos, sobre todo en tratamiento de mantenimiento. Se recomienda prescribir de primera intención inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina —fluoxetina, paroxetina, fluvoxamina, sertralina, escitalopram— o de la serotonina y la noradrenalina, como venlafaxina y duloxetina. El tratamiento inmediato de síntomas depresivos relacionados con uso de cánnabis^{5, 20} puede realizarse con benzodiazepinas. Si persiste la sintomatología afectiva, tanto la depresiva como la ansiosa, se prescribirán antidepresivos, cuyo efecto suele demorarse dos o más semanas. Aunque con efecto ansiolítico menos rápido que el de las benzodiazepinas, los antidepresivos muestran un potencial de inducir dependencia bastante menor. Para el tratamiento de episodios ansiosos por cánnabis se sigue considerando válida la propuesta clásica de Colin Smith³⁶: ad-

ministrar **ansiolíticos** vía oral en poca dosis y simultáneamente seguir el método de la charla (talk down) relajada con el paciente, sin otro propósito que calmarle la angustia. Más allá de esta psicoterapia de apoyo, solo en algún caso habrá de recurrirse a la administración oral o intramuscular de benzodiazepinas o, más raramente todavía, de antipsicóticos. Con el cánnabis no hay que ser terapéuticamente intervencionista de primera intención, pues los trastornos inducidos tienden a autolimitarse. Prescribir benzodiazepinas muestra el conocido riesgo de adicción y de que puedan suponer un fácil refugio que aleje de afrontar los propios problemas. Aunque se considera que todas las benzodiazepinas tienen actividad anticonvulsivante, encabezan la lista las tres con eficacia reconocida en convulsiones febriles³⁸: diazepam (disponible vía oral, parenteral y rectal), lorazepam (de primera elección en presencia de hepatopatía) y clonazepam. También pueden utilizarse clobazam, alprazolam, bentazepam, bromazepam, clorazepato, clordiazepóxido, clotiazepam, halazepam, ketazolam y pinazepam.

En psicopatología relacionada con uso de cánnabis pueden ser útiles los **anticonvulsivantes**, dotados del efecto estabilizador del estado de ánimo llamado eutimizante. Los considerados de elección son valproato, topiramato, lamotrigina y oxcarbazepina. Esta última es más ventajosa que la carbamazepina en interacciones farmacológicas; junto a valproato y litio es de indicación para tratar la polaridad depresivo-maníaca/hipomaníaca. Se considera en principio preferible evitar litioterapia, a causa de mayor riesgo de toxicidad por incumplimiento terapéutico en población con trastorno adictivo. En cuanto a topira-

mato, se considera que es ventajoso en impulsividad, y que lamotrigina lo es en depresión bipolar. La mayoría de estas aseveraciones pueden alcanzar nivel de consenso³⁰, pero no de evidencia contrastada.

PSICOEDUCACIÓN ESPECÍFICA DE PATOLOGÍA DUAL

Se considera de elección el programa modular debido al grupo de Thad Eckman²⁸, que fue invitado a las Jornadas de Patología Dual de Benito Menni CASM de 2006. Este programa didáctico se compone de módulos en tanto que lecciones intercambiables, sin que por ello se desensamble el sistema. Su finalidad es el entrenamiento de habilidades para pacientes con diagnóstico comórbido de esquizofrenia / trastorno mental severo y dependencia de alcohol / sustancias. Proviene de los trabajos de Robert Liberman sobre rehabilitación psiquiátrica y desarrolla la prevención cognitivo-conductual de recaídas y la reducción de daños de Gordon Allan Marlatt para grupos de pacientes con diagnóstico dual, sean ambulatorios u hospitalarios. Consta de ocho sesiones de entrenamiento básico y nueve de entrenamiento de habilidades que incluyen role-play. Las primeras enseñan a controlar daños, escribir la propia tarjeta de emergencia, controlar el ansia por consumir, identificar situaciones de alto riesgo y signos de alarma, tener en cuenta placeres sanos y hábitos saludables, no olvidar las razones por las que se ha dejado de consumir y saber administrar el dinero. En cuanto a las habilidades a entrenar son: recuperarse de una recaída leve, saber informar de una

recaída, rechazar drogas ofrecidas por un «camello», rechazar drogas ofrecidas por un amigo o familiar, concertar una entrevista con una persona ocupada, conseguir una persona de confianza, saber informar al médico de los síntomas y efectos secundarios, pedir a alguien que comparta un placer sano y negociar con el responsable económico. El formador se vale de impresos y otros materiales ad hoc, como cuestionarios para medir el nivel de adquisición de conocimientos logrados y la satisfacción del paciente. Destacan los más de ochenta pósters disponibles, que ayudan a transmitir a enfermos mentales graves adictos a alcohol y/o sustancias, cannabis entre ellas, no solo ideas centrales como que rehabilitarse supone el esfuerzo de subir cuesta arriba siendo fácil resbalar, sino incluso conceptos de asimilación menos inmediata, como por ejemplo el carácter (des)adaptativo del síndrome de abstinencia y el componente de reflejo pavloviano propio del craving.

En definitiva, estos módulos de psicoeducación grupal específica de diagnóstico dual impartidos en Benito Menni CASM se consideran de gran valor para completar el tratamiento integrado de la adicción a cannabis y en general a sustancias psicoactivas, tratamiento que también ha de incluir los abordajes farmacológico y psicoterapéutico, tanto individual como de grupo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adjacic-Gross V, Lauber C, Warnke I et al. Changing incidence of psychotic disorders among the young in Zurich. *Schizophr Res* 2007;95: 9-18.

2. Bobes J, Calafat A (ed). Monografía Cannabis. Adicciones (Socidrogalcohol), vol. 12, supl. 2, 330 págs., 2000.
3. Budney AJ, Hughes JR, Moore BA, Vandrey R. Review of the validity and significance of cannabis withdrawal syndrome. *Am J Psychiatry*. 2004 Nov; 161(11):1967-77.
4. Compton WM, Grant BF, Colliver JD, Glantz MD, Stinson FS. Prevalence of marijuana use disorders in the United States: 1991-1992 and 2001-2002. *JAMA*. 2004 May 5; 291(17):2114-21.
5. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction*. 2003 Nov; 98(11):1493-504.
6. De Irala J, Ruíz Canela M, Martínez González MA. Causal relationship between cannabis use and psychotic symptoms or depression. Should we wait and see? A public health perspective. *Med Sci Monit* 2005; RA355-8.
7. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF. Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry* 2007; 6:131-6.
8. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT, Madden PA. Early reactions to cannabis predict later dependence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Oct; 60(10):1033-9.
9. French MT, Roebuck MC, Dennis ML, Godley SH, Liddle HA, Tims FM. Outpatient marijuana treatment for adolescents. Economic evaluation of a multisite field experiment. *Eval Rev*. 2003 Aug; 27(4):421-59.
10. Green B, Kavanagh D, Young R. Being stoned: a review of self-reported cannabis effects. *Drug Alcohol Rev*. 2003 Dec; 22(4):453-60.
11. Hall WD. The mental health risks of adolescent cannabis use. *PLoS Med* 2006; 3:159-62.
12. Hall WD, Degenhardt L. What are the policy implications of the evidence on cannabis and psychosis? *Can J Psychiatry* 2006; 51:566-74.
13. Henquet C, Krabbendam L, Spauwen J, Kaplan C, Lieb R, Wittchen HU, van Os J. Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*. 2005 Jan 1; 330(7481):11.
14. Hides L, Dawe S, Kavanagh DJ et al. Psychotic symptoms and cannabis relapse in recent onset psychosis. Prospective study. *Br J Psychiatry* 2006; 189:137-43.
15. Iversen L. Cannabis and the brain. *Brain*. 2003 Jun; 126(Pt 6):1252-70.
16. Jackson D, Mannix J. Then suddenly he went right off the rails: mothers' stories of adolescent cannabis use. *Contemp Nurse*. 2003 Apr; 14(2):169-79.
17. Kalant H. Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2004 Aug; 28(5):849-63.
18. Kendler KS, Jacobson KC, Prescott CA, Neale MC. Specificity of genetic and environmental risk factors for use and abuse/dependence of cannabis, cocaine, hallucinogens, sedatives, stimulants, and opiates in male twins. *Am J Psychiatry*. 2003 Apr; 160(4):687-95.
19. Leweke FM, Gerth CW, Klosterkotter J. Cannabis-associated psycho-

- sis: current status of research. *CNS Drugs*. 2004; 18(13):895-910.
20. Lynskey MT, Glowinski AL, Todorov AA, Bucholz KK, Madden PA, Nelson EC, Statham DJ, Martin NG, Heath AC. Major depressive disorder, suicidal ideation, and suicide attempt in twins discordant for cannabis dependence and early-onset cannabis use. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Oct; 61(10):1026-32.
 21. Macleod J, Oakes R, Copello A, Cromie I, Egger M, Hickman M, Oppenkowski T, Stokes-Lampard H, Davey Smith G. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet*. 2004 May 15; 363(9421):1579-88.
 22. McArdle P. Substance abuse by children and young people. *Arch Dis Child*. 2004 Aug; 89(8):701-4.
 23. McRae AL, Budney AJ, Brady KT. Treatment of marijuana dependence: a review of the literature. *J Subst Abuse Treat*. 2003 Jun; 24(4):369-76.
 24. Merline AC, O'Malley PM, Schulenberg JE, Bachman JG, Johnston LD. Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *Am J Public Health*. 2005 Jan; 94(1):96-102.
 25. Moore TH, Zammit S, Lingford-Hughes A et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet* 2007; 370:319-28.
 26. Ramos Atance JA. (ed). *Cannabis*. Comunidad de Madrid / Harcourt, 1999.
 27. Rey JM, Martin A, Krabman P. Is the party over? Cannabis and juvenile psychiatric disorder: the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004 Oct; 43(10):1194-205.
 28. Roberts LJ, Shaner A, Eckman TA. *Cómo superar las adicciones. Entrenamiento de habilidades para pacientes con esquizofrenia*. Patología Dual. Seny, Barcelona, 2001 (Overcoming addictions: skills training for people with schizophrenia. New York, Norton; 1999).
 29. Roffman RA, Stephens RS. *Cannabis dependence: its nature, consequences and treatment*. Cambridge, Cambridge University Press; 2006.
 30. San, L (coord.) *Consenso sobre Patología Dual (Sociedad Española de Psiquiatría)*, Ars Médica, Barcelona, 2004.
 31. Schwartz RH, Cooper MN, Oria M, Sheridan MJ. Medical marijuana: a survey of teenagers and their parents. *Clin Pediatr (Phila)*. 2003 Jul-Aug; 42(6):547-51.
 32. Sharp D. Highs and lows of cannabis. *Lancet*. 2004 Jan 31; 363(9406):344.
 33. Sim MG, Khong E, Hulse G. Cannabis and psychosis. *Aust Fam Physician*. 2006 Apr; 33(4):229-32.
 34. Smit F, Bolier L, Cuijpers P. Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction*. 2005 Apr; 99(4):425-30.
 35. Solé Puig J. The European Launch of interpersonal psychotherapy in the Xth World Congress of Psychiatry. *Eur Psychiatry*. 1999; 12:46-48.
 36. Solé Puig J, Ramos Atance, JA. (ed). *Cannabinoides: aspectos psiquiátri-*

- cos y bioquímicos. Ediciones Rol, Barcelona, 240 págs., 2001.
37. Solé Puig J. Tratamiento de la adicción a cannabis. En: Guía Básica sobre los Cannabinoides. Sociedad Española de Investigación sobre Cannabinoides. Ministerio del Interior y Plan Nacional sobre Drogas, Madrid, 2002.
 38. Solé Puig J. Tratamiento del abuso y dependencia de cannabis. En: Manual de trastornos adictivos (Sociedad Española de Toxicomanías). Madrid, Panamericana; 2006.
 39. Van den Bree MB, Pickworth WB. Risk factors predicting changes in marijuana involvement in teenagers. *Arch Gen Psychiatry*. 2005 Mar; 62 (3):311-9.
 40. Veen ND, Selten JP, van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW, Kahn RS. Cannabis use and age at onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2004 Mar; 161(3):501-6.
 41. Verdejo-García A, López-Torrecillas F, Giménez CO, Pérez-García M. Clinical implications and methodological challenges in the study of the neuropsychological correlates of cannabis, stimulant, and opioid abuse. *Neuropsychol Rev*. 2004 Mar; 14(1):1-41.
 42. Verdoux H, Tournier M. Cannabis use and risk of psychosis: an etiological link? *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2004 Apr-Jun;13(2):113-9.
 43. Vieta, E. Persistent cognitive dysfunctions in Bipolar I Disorder and Schizophrenic patients: A 3-year follow-up study. *Psychother & Psychosomatics* 2005, 74:2.
 44. Vik PW, Cellucci T, Jarchow A, Hedt J. Cognitive impairment in substance abuse. *Psychiatr Clin North Am*. 2005 Mar;27(1):97-109, ix.
 45. Voth EA. A peek into Pandora's box: the medical excuse marijuana controversy. *J Addict Dis*. 2003; 22(4): 27-46.

