

**ESQUIZOFRÈNIA TARDANA, UN DIAGNÒSTIC DIFERENT?
CONCEPTUALITZACIÓ I SIMPTOMATOLOGIA**
**ESQUIZOFRENIA TARDÍA, ¿UN DIAGNÓSTICO DIFERENTE?
CONCEPTUALIZACIÓN Y SINTOMATOLOGÍA**
*LATE ONSET SCHIZOPHRENIA, A DIFFERENT DIAGNOSIS?
CONCEPTUALIZATION AND SYMPTOMATOLOGY*

*Paula Melero**, *Laura Galiana***

DOI: 10.7203/anuari.psicologia.17.1.119

Resum

L'esquizzofrènia tardana ha estat un diagnòstic destacat per la seua controvèrsia al llarg de l'últim segle. La polèmica sorgida al voltant d'aquest trastorn se centra en el marc psicopatològic i en les diferències i similituds amb l'esquizzofrènia primerenca. Per tot això, l'objectiu d'aquesta revisió és conceptualitzar el trastorn i esclarir els símptomes, així com delimitar si l'esquizzofrènia tardana s'hauria de considerar com una categoria independent.

Aquesta revisió ha utilitzat com a motor de recerca la metabase de dades ProQuest Central, i s'han seleccionat un total de vint-i-dues bases de dades. Es van fer dues cerques, en què es van emprar els termes «*late onset schizophrenia*» i «*late life schizophrenia*». S'empraren diversos criteris d'inclusió, a saber: a) textos procedents de revistes científiques; b) accés complet; c) textos en català, castellà o anglès, i d) textos relacionats amb la conceptualització o la simptomatologia de l'esquizzofrènia tardana. En aplicar aquests criteris, es van seleccionar un total de vint-i-tres treballs per a incloure'ls en la revisió sistemàtica.

Els resultats van mostrar una presència més gran de símptomes schneiderians de primer ordre, al·lucinacions i deliris i mitjana més baixa de trastorns

* Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament, Universitat de València. Avinguda de Blasco Ibàñez, 21, 46010, València. Adreça electrònica: <paumerue@alumni.uv.es>.

** Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament, Universitat de València. Adreça electrònica: <Laura.Galiana@uv.es>.

del pensament, aplanament afectiu i personalitat premòrbida. L'evidència trobada no és suficient per a afirmar la distinció categòrica entre l'esquizofrènia tardana i l'esquizofrènia primerenca.

Paraules clau: esquizofrènia tardana, esquizofrènia primerenca, símptomes.

Resumen

La esquizofrenia tardía se ha revelado como un diagnóstico destacado por su controversia a lo largo del último siglo. La polémica surgida en torno a este trastorno se centra en su marco psicopatológico y en sus diferencias y similitudes con la esquizofrenia temprana. Por ello, el objetivo de esta revisión es conceptualizar el trastorno y esclarecer los síntomas, así como delimitar si la esquizofrenia tardía debería ser considerada como una categoría independiente.

La presente revisión utilizó como motor de búsqueda la metabase de datos ProQuest Central, seleccionando un total de veintidós bases de datos. Se realizaron dos búsquedas, utilizando los términos «late onset schizophrenia» y «late life schizophrenia». Se emplearon diversos criterios de inclusión, a saber: a) textos procedentes de revistas científicas; b) acceso completo; c) textos en catalán, castellano o inglés, y d) textos relacionados con la conceptualización o la sintomatología de la esquizofrenia tardía. Aplicando estos criterios, se seleccionaron un total de veintitrés trabajos para ser incluidos en la revisión sistemática.

Los resultados muestran una mayor presencia de síntomas schneiderianos de primer orden, alucinaciones, y delirios y menor promedio de trastornos del pensamiento, aplanamiento afectivo y personalidad premòrbida. La evidencia encontrada no es suficiente para afirmar la distinción categòrica entre la esquizofrenia tardía y la esquizofrenia temprana.

Palabras clave: esquizofrenia tardía, esquizofrenia temprana, síntomas.

Abstract

Late onset schizophrenia's diagnosis has been noted for its controversy along the last century. This controversy surrounding the disorder is focused on its psychopathological framework and the differences and similarities when compared to early onset schizophrenia.

Therefore, the aim of this review is to conceptualize the disorder and clear up its symptoms, as well as to delimitate if the late onset schizophrenia should be considered as an independent category. Current research used the metadatabase ProQuest as a search engine, including 22 databases. Two searches were conducted, using the expressions «late onset schizophrenia» and «late life schizophrenia». Several inclusion criteria were employed, namely: a) texts coming from scientific journals; b) complete access; c) texts written in Catalan, Spanish, or English; and d) texts related to the late onset schizophrenia conceptualization and symptomatology. Applying the above

criteria, a total of 23 works were selected in order to be included in the systematic review.

Results show a great presence of Schneiderian first rank symptoms, hallucinations and delusions, and a lower average of thought disorders, affective flattening, and premorbid personality. The evidence found is not enough to submit the categorical discrimination between the late onset schizophrenia and the early onset schizophrenia.

Key words: late onset schizophrenia, early onset schizophrenia, symptoms.

Introducció

El terme «esquizofrènia tardana» és un concepte que ha generat nombroses controvèrsies, tant en la delimitació simptomàtica, com en la delimitació de l'edat a la qual es refereix. Moltes terminologies diferents han fet servir diversos autors, la qual cosa ha generat encara més confusió a la comunitat científica. L'Associació Americana Psicològica –*American Psychological Association, APA*–, en l'última versió del *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (DSM-V; APA, 2013), estableix la conceptualització més acceptada del terme «esquizofrènia»:

Presència de dos o més dels símptomes següents durant almenys un mes: deliris, al·lucinacions, discurs desorganitzat, comportament molt desorganitzat o catatònic i/o símptomes negatius. Exclusió de trastorn esquizoafectiu, depressiu o bipolar i que els símptomes són conseqüència d'un trastorn orgànic o efectes d'una substància. És necessària la duració superior a sis mesos i el deteriorament en el nivell de funcionament en un o més àmbits principals (F20.9) (APA, 2013).

Aquest manual subclassifica el trastorn esquizotípic, de deliris, psicòtic breu, esquizofreniform, esquizofrènia, esquizoafectiu, psicòtic induït per substàncies o medicaments, catatonia i no especificat, a la categoria «Espectre de l'esquizofrènia i altres trastorns psicòtics», de manera que no discrimina específicament com a categoria l'esquizofrènia tardana.

Malgrat que en l'actualitat el DSM-V (APA, 2013) no inclou una diferenciació entre l'esquizofrènia i l'esquizofrènia tardana, en una versió anterior sí que es va incloure una categoria separada per a pacients amb un inici de la simptomatologia posterior als quaranta-cinc anys d'edat (APA, 1987). L'aparició i desaparició posterior va ser el fruit d'un debat intens entre professionals i científics sobre la similitud o diferència entre l'esquizofrènia i l'esquizofrènia tardana.

Kraepelin va encunyar en 1893 el terme «demència precoç» per a referir-se a una psicosi endògena amb dèficits en els processos emocionals i intencional que es desenvolupava en individus joves (Kraepelin, 1893). El mateix

autor també va emprar el terme *parafrènia* per a referir-se a pacients amb al·lucinacions i deliris, però sense dèficits de resposta afectiva. Malgrat que, inicialment, Kraepelin no va proposar límits d'edat en el terme *parafrènia*, més tard va incloure en la definició els pacients amb esquizofrènia tardana. També va distingir entre quatre tipus de parafrènies: sistemàtica –idees persecutòries, al·lucinacions auditives–, expansiva –al·lucinacions, deliris, megalomania, estats d'humor exaltats–, confabulatòria –idees persecutòries, falsos records, megalomania, deliris– i fantàstica –deliris incoherents, idees persecutòries, al·lucinacions auditives i neologismes– (Harris i Jeste, 1988).

Manfred Bleuler (1943), per la seua banda, fou un dels pioners a incloure pacients diagnosticats d'esquizofrènia tardana en els seus estudis. Els resultats van mostrar que el 15% dels pacients van ser diagnosticats amb esquizofrènia després dels quaranta anys, i el 4% després dels seixanta. Bleuler va admetre llavors que l'esquizofrènia podia començar després de l'adulthood tardana i va encunyar el terme *esquizofrènia tardana* –*late onset schizophrenia*, LOS– per als pacients que tingueren un inici de la malaltia entre els quaranta i els seixanta anys.

Hopkins i Roth (1953), seguint Kraepelin, van començar també a utilitzar el terme *parafrènia* per a referir-se a deliris i al·lucinacions, sense defectes en la resposta afectiva ni en la personalitat. No obstant, més tard Roth (1955) va observar que gran part dels parafrènics presentaven un inici de la malaltia posterior als seixanta anys i van comentar a utilitzar l'expressió «parafrènia tardana» –*late paraphrenia*–. Uns anys més tard, el mateix autor va decidir subdividir la parafrènia tardana en tres grups diagnòstics en funció de la presència d'estressors socials, dèficits en la personalitat o parafrènia endògena (Kay i Roth, 1961).

Malgrat els avanços diagnòstics, molts altres autors, fonamentalment d'influència alemanya, van seguir utilitzant l'expressió parafrènia sense cap límit d'edat. Leonhard (1959) no va establir cap distinció d'edat i va agrupar els diagnosticats d'esquizofrènia paranoide a la categoria de parafrènics. El DSM-I (APA, 1952) i el DSM-II (APA, 1968) tampoc no van incloure categories en què es fera una distinció per edat. Malgrat tot, el segon manual va incloure el terme «parafrènia» en la categoria de parafrènia involutiva –*involutional paraphrenia*– com a trastorn diferent de l'esquizofrènia, caracteritzat per l'absència de trastorns del pensament.

Post (1966), per la seua banda, va establir una classificació dels pacients amb símptomes paranoies sense trastorn afectiu, que presentaven un inici del trastorn posterior als cinquanta anys. Va determinar, aleshores, tres categories: al·lucinosi paranoide –idees persecutòries–, síndrome esquizofreniforme i síndrome esquizoafectiu. En aquesta última va incorporar el que altres autors havien anomenat esquizofrènia paranoide o parafrènia. Contràriament a la pro-

posta de Post, Feighner (1972) va determinar com a criteri que el començament dels símptomes tinguera lloc abans dels quaranta anys per a poder parlar d'esquizofrènia. En aquesta mateixa línia, el DSM-III (APA, 1980) només va reconèixer l'esquizofrènia en els individus en els quals els primers símptomes tingueren lloc abans dels quaranta-cinc anys i va eliminar la categoria de parafrènia involucional. Set anys més tard, la versió revisada d'aquest manual parlava de l'esquizofrènia tardana a partir dels quaranta-cinc anys (DSM-III-R; APA, 1987).

Paral·lelament, la Classificació Internacional de Malalties –*International Classification of Disease*, ICD– no reconeix cap línia de tall basada en l'edat per al trastorn de l'esquizofrènia. A l'ICD-9 (WHO, 1978) es va diferenciar entre l'esquizofrènia i la parafrènia, de manera que l'última no estava dominada per dèficits afectius o trastorns del pensament. No obstant això, en la darrera versió, l'ICD-10 (WHO, 1992) elimina tant el concepte de parafrènia tardana com la categoria de parafrènia. D'aquesta manera, tots els pacients diagnosticats com a parafrènics es classifiquen actualment com a esquizofrènics o com a delírium.

Aquesta falta de consens en la terminologia ha afectat tant la conceptualització del terme com la comparació d'estudis i les investigacions fetes (Riecher-Rössler, Rössler, Förstl i Meise, 1995). Malgrat els esforços de molts autors per delimitar els símptomes i l'edat d'aquests trastorns psicòtics, part del problema és conseqüència de les limitacions presents a les investigacions clíniques. Per exemple, determinar l'edat d'inici en esquizofrènics és un procés difícil per la possible existència de trets paranoides previs en la personalitat del malalt. A més, conèixer el punt d'inici dels símptomes pot fer-se complicat en persones majors amb problemes de memòria. És possible que inclús la presència d'alguns dèficits sensorials o en l'aprenentatge dificulten la descripció simptomatològica, fet que interfereix amb la diagnosi (Harris i Jeste, 1988).

Per tots aquests motius, quan parlem d'esquizofrènia tardana, d'esquizofrènia primerenca o de parafrènia, no hi ha un acord sobre els criteris que les delimiten. Molts autors utilitzen els termes indistintament, o com a sinònims els uns dels altres, fet que aporta encara més confusió en aquest camp. Sorgeixen llavors qüestions sobre si vertaderament hi ha diferències entre l'esquizofrènia i l'esquizofrènia tardana com per a establir una categoria diferenciada, o si les diferències es redueixen exclusivament al criteri d'aparició del trastorn. En aquest context, aquesta investigació té com a objectiu determinar els avanços que fins ara s'han fet sobre esquizofrènia tardana a la literatura. D'aquesta manera, es busca conceptualitzar el trastorn i esclarir-ne els símptomes, així com delimitar si l'esquizofrènia tardana s'hauria de considerar com una categoria independent.

Metodologia

2.1 Fonts d'informació

Aquesta revisió ha utilitzat com a motor de recerca la metabase de dades ProQuest Central, amb la selecció d'un total de vint-i-dues bases de dades: *Bibliografía de la Literatura Española*, *Dissertations & Theses @ Universitat de València*, *ebrary e-books*, *EconLit*, *International Bibliography of Art (IBA)*, *International Pharmaceutical Abstracts*, *Library and Information Science Abstracts (LISA)*, *MLA International Bibliography*, *National Criminal Justice Reference Service (NCJRS) Abstracts Database*, *Periodicals Archive Online*, *Periodicals Index Online*, *Philosopher's Index Online*, *Philosopher's Index*, *PILOTS: Published International Literature On Traumatic Stress*, *ProQuest Aquatic Science Collection*, *ProQuest Central*, *ProQuest Dissertations & Theses Ayl*, *ProQuest Entrepreneurship*, *ProQuest Social Sciences Premium Collection*, *PsycARTICLES*, *PsycCRITIQUES*, *PsycINFO* i *PsycTESTS*.

2.2 Paraules clau

Prenent com a referència aquestes bases, es van fer dues cerques. En la primera, el terme buscat fou «*late onset schizophrenia*», tant al títol del document com al resum -ti *late onset schizophrenia*- AND ab *late onset schizofrenia*-. En la segona cerca, els termes cercats foren «*late life schizophrenia*» i «*late onset schizophrenia*» -ti *late life schizophrenia*- OR ti *late onset schizofrenia*-, ambdós al títol del document.

2.3 Criteris d'inclusió i exclusió

Es van incloure articles la temàtica central dels quals fóra l'estudi del constructe de l'esquizofrènia tardana, o bé dels símptomes implicats en aquesta patologia. Dins dels que van complir el criteri de la temàtica, només es van triar els publicats en revistes científiques -entenen-se com a tals les sotmeses a una revisió doble i cega- i als quals es tinguera accés complet a través de la xarxa de la Universitat de València. Addicionalment, van quedar exclosos tots els resultats que no estigueren publicats en català, castellà o anglès.

Resultats

En la primera cerca, el terme utilitzat, «*late onset schizophrenia*», va donar lloc a cent quaranta resultats. Dels quals només tretze compliren els criteris d'inclusió. Atesos els resultats escassos, es va dur a terme una segona cerca,

utilitzant dos termes, «*late life schizophrenia*» i «*late onset schizophrenia*», que van donar lloc a un total de 335 resultats, vint-i-set dels quals compliren els criteris d'inclusió. Presos conjuntament, i després d'eliminar els treballs repetits en ambdues cerques, es van seleccionar un total de vint-i-tres treballs per a incloure'ls a la revisió sistemàtica –per a més detall, consulteu la figura 1–. A la taula 1 es poden consultar les característiques principals d'aquests estudis.

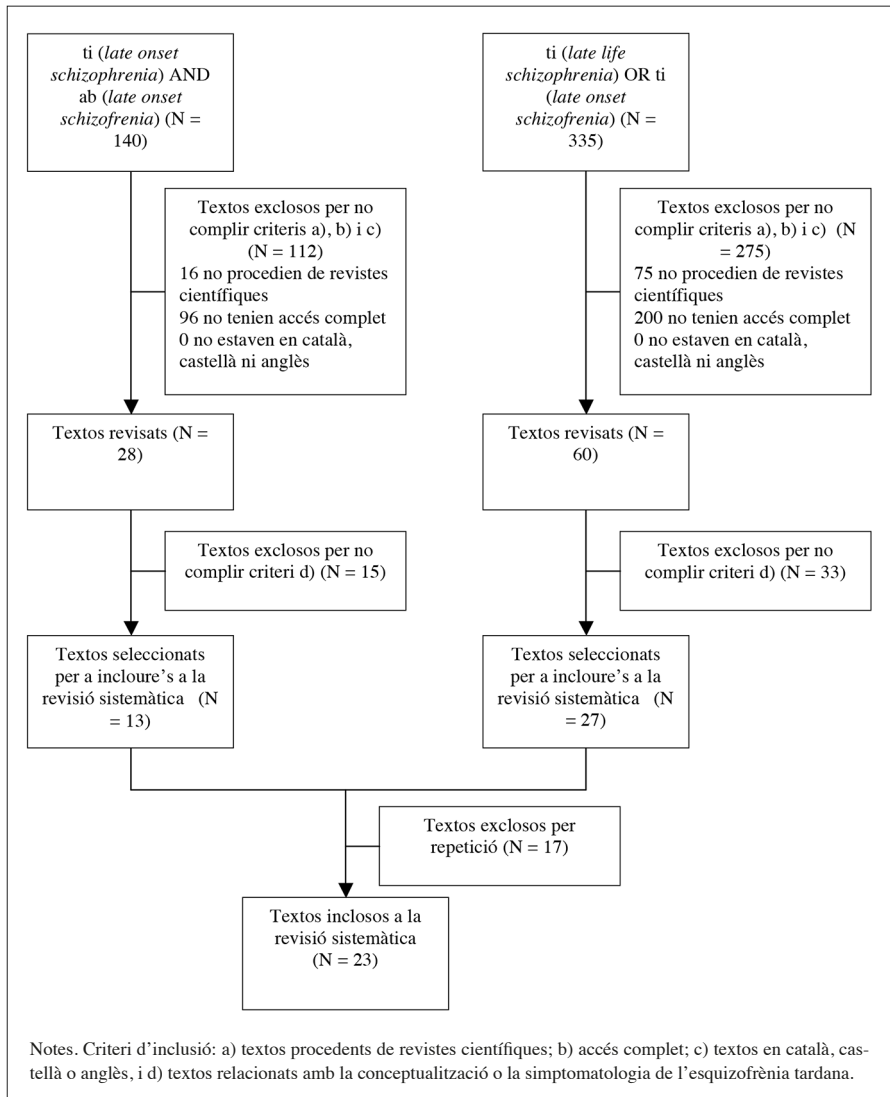


Figura 1. Diagrama de flux de les cerques bibliogràfiques dutes a terme.

Dels estudis revisats, set eren revisions, tres estudis de casos, un comentari a l'editor i tretze estudis experimentals.

El número de participants als estudis experimentals variava des de 32 fins a 1270 subjectes. Als estudis experimentals i als estudis de cas, el límit d'edat utilitzat pels autors per a parlar d'esquizofrènia tardana o molt tardana també era variant. Nou estudis van utilitzar el límit que estableix el DSM-III-R (APA, 1987), segons el qual a partir dels quaranta-cinc anys l'inici de l'esquizofrènia es diagnostica com a esquizofrènia tardana (Adityanjee i Khandelwal, 1989; Castley i Murray, 1993; Davidson i al., 1996; Howard i al., 1993; Jeste i al., 1995; Mulsant i al., 1993; Pearson, 1989; Rabins i Laurisha, 2003; Yassa i Suranyi-Cardotte, 1993); quatre estudis van utilitzar els quaranta anys d'edat per a parlar d'esquizofrènia tardana (Adityanjee i Khandelwal, 1989; Mazeh, Zemishlani, Aizenberg i Barak, 2005; Riecher-Rössele i al., 1977, 2003), i els tres estudis més recents van seguir els criteris establerts pel Consens Internacional d'Esquizofrènia Tardana, que defensa el diagnòstic de l'esquizofrènia tardana per a edats compreses entre els quaranta i els seixanta anys i de l'esquizofrènia molt tardana a partir dels seixanta anys (Meesters i al., 2012; Moore i al., 2006; Sharma i al., 2014).

Als estudis revisats, la prevalença de l'esquizofrènia tardana també fou molt diferent. La proporció de pacients esquizofrènics la malaltia dels quals començava a partir dels quaranta anys variava des del 4,6% (Adityanjee i Khandelwal, 1989) fins a arribar al 36,4% (Meesters i al., 2012). Una major quantitat d'estudis van coincidir en una prevalença del 23,5% (Harries i Jeste, 1989; Howard i al., 2000; Sharma i al., 2014). D'altra banda, l'estudi de Riecher-Rössler, Löffler i Munk-Jørgensen (1997) va xifrar la prevalença en un rang d'entre el 15 i el 25%. Pel que fa a la prevalença a la població, Howards i al. (2000) informaren d'un rang entre el 0,1 i el 0,5% per a esquizofrènics d'inici molt tardà (a partir dels seixanta-cinc anys). En aquesta mateixa línia, Meesters i al. (2012) apuntaren una prevalença del 0,05% per a l'esquizofrènia molt tardana (a partir dels seixanta anys) i del 0,14% per a l'esquizofrènia tardana (entre els quaranta i els seixanta anys).

La gran part dels estudis revisats coincideixen en l'existència d'una major proporció de dones tant a l'esquizofrènia tardana, com a l'esquizofrènia d'inici molt tardà (Castle i Murray, 1993; Harries i Jeste, 1989; Harvey i al., 2012; Howard, 2001; Jeste i al., 1995; Riecher-Rössler i al., 1997), contràriament al que ocorre a l'esquizofrènia primerenca (amb inici anterior als quaranta anys), que té més prevalença en homes (Riecher-Rössler i al., 1997). A l'estudi de Yassa i Suranyi-Cadotte (1993) la ràtio augmentava fins a 5,67:1. L'estudi de Harris i Jeste (1988), per la seua banda, va establir un rang entre 1,9:1 i 45:2. Pel que fa a l'esquizofrènia molt tardana (a partir dels seixanta anys), la ràtio es va situar en 1,9:1 (Moore i al., 2006). Dos estudis van coincidir en situar la

ràtio Dona:Home en esquizofrènia tardana en 1,67:1 (Adityanjee i Khandelwal, 1989; Sharma i al., 2014). No obstant, davant d'aquesta majoria d'estudis, estudis més recents han apuntat una prevalença més alta de l'esquizofrènia primerenca i d'inici molt tardà en les dones, però no en l'esquizofrènia tardana (Meesters i al., 2012).

En relació amb les característiques clíniques de l'esquizofrènia tardana, els estudis revisats ofereixen distintes conclusions.

Trastorns del pensament. Cinc dels estudis coincideixen a apuntar que durant l'esquizofrènia tardana hi ha una probabilitat més baixa de mostrar trastorns del pensament en comparació amb l'esquizofrènia primerenca (Howard, 2001; Howard i al., 2000; Pearlson i al., 1989; Riecher-Rössler i al., 1977). Pel que fa a l'esquizofrènia molt tardana, trastorns del pensament es van caracteritzar com a molt estranys o inclús inexistents (Howard i al., 2000; Vahia i al., 2007). També la inserció del pensament és molt poc comuna (Howard, 2001).

Aplanament afectiu. Sis estudis corroboren que l'aplanament afectiu és molt menor en esquizofrènics tardans en comparació amb els esquizofrènics primerencs (Howard, 2001; Howard i al., 2000; Jeste i al., 1995; Meesters i al., 2012; Pearlson i al., 1989; Riecher-Rössler i al., 1977). Harris i Jeste (1988), per exemple, van concloure que en pacients crònics el retraïment afectiu i l'eufòria són més comuns. Howards i col·laboradors (2000), per la seua banda, explicaven com, després de l'inici als seixanta anys, l'aplanament afectiu continua tenint una prevalença baixa.

Al·lucinacions. Nou estudis coincideixen en el fet que la ràtio d'al·lucinacions auditives, visuals i tàctils és major a l'esquizofrènia tardana en relació amb l'esquizofrènia primerenca (Castle i Murray, 1993; Harries i Jeste, 1989; Howard i al., 2000; Mulsant i al., 1993; Rabins i Laurisha, 2003; Riecher-Rössler i al., 1977; Sharma i al., 2014; Vahia i al., 2007; Yassa i Suranyi-Cadotte, 1993). Pearlson i al. (1989) negaven una presència més gran d'al·lucinacions a l'esquizofrènia tardana enfront de la primerenca; més aïna es tracta de més tipus d'al·lucinacions, però no de més quantitat. Dos estudis, per contra, apunten que les al·lucinacions en tercera persona, acusatòries i abusives, són més comunes en esquizofrènics tardans (Howard i al., 1993, 2000).

Deliris. Segons huit estudis, els deliris de parament i persecutoris són els més probables entre esquizofrènics tardans, per comparació amb els qui pateixen un inici més primerenc (Castle i Murray, 1993; Howard, 2001; Howard i al., 1993, 2000; Pearlson i al., 1989; Riecher-Rössler i al., 1997; Sharma i al., 2014; Vahia i al., 2007). Dos estudis, a més, apunten que aquests deliris són, no només més probables, sinó també més estranys i extravagants (Howard i al., 1993; Yassa i Suranyi-Cadotte, 1993).

Síntomes schneiderians de primer ordre. En aquesta simptomatologia el consens entre els diversos autors consultats és menor. Pearlson i al. (1989)

trobaren evidència que aquests símptomes són igualment comuns a l'esquizofrènia primerenca i a la tardana. Tres estudis apunten una mitjana més alta en el nombre de símptomes de primer ordre en esquizofrènics tardans (Rabins i Laurisha, 2003; Riecher-Rössler i al., 1997; Yassa i Suranyi-Cadotte, 1993). Mentre, Howard (2001) en va apuntar una prevalença més baixa en els casos de l'inici tardà.

Símptomes negatius. La disparitat de resultats encara hi és més present quan es tracta de l'estudi dels símptomes negatius. Tres estudis troben un percentatge més alt d'esquizofrènics tardans que presenten símptomes negatius (Cohen i al., 2008; Harris i Jeste, 1989; Yassa i Suranyi-Cadotte, 1993). Altres tres estudis, però, afirmen el contrari (Howard, 2001; Mulsant i al., 1993; Vahia i al., 2007). Finalment, els estudis de Harris i Jeste (1988) i Meesters i al. (2012) apunten una proporció igual o similar de símptomes negatius tant en l'esquizofrènia primerenca com en la tardana.

Personalitat premòrbida. Tres estudis corroboren que els pacients amb esquizofrènia tardana presenten més sovint característiques de personalitat premòrbida del tipus esquizoide o paranoide (Howard, 2001; Jeste i al., 1995; Pearlson i al., 1989). Aquests estudis també coincidien en el fet que aquests pacients presentaven millors paràmetres premòrbids per comparació amb els pacients amb esquizofrènia primerenca (Castle i Murray, 1993; Howard, 2001; Jeste i al., 1995).

Dèficits cognitius. Els esquizofrènics tardans mostren dèficits cognitius més lleus en quatre estudis (Howard i al., 2000; Jeste i al., 1995; Meesters i al., 2012; Mulsant i al., 1993). En un altre estudi, però, sí que es reporten dèficits cognitius en esquizofrènics tardans, i aquest declivi cognitiu era més o menys constant fins als seixanta-cinc anys, moment en què la velocitat de decadència augmentava (Cohen i al., 2008).

Funcionament social. Dos estudis obtenen evidència d'un funcionament social premòrbid més bo en el cas dels pacients amb esquizofrènia tardana (Meesters i al., 2012; Vahia i al., 2007).

Neologismes. Harris i Jeste (1988) afirmen que en els casos en què l'esquizofrènia tardana es va mantindre durant un temps, podien aparèixer neologismes i una parla incoherent.

Dèficits sensorials. Quatre estudis donen suport a l'existència d'una alta prevalença de dèficits auditius i visuals en pacients amb esquizofrènia tardana (Harris i Jeste, 1989; Howard, 2001; Pearlson i al., 1989; Vahia i al., 2007). Howard (2001), a més, afirma que la sordesa associada a la psicosi tardana és més conductiva que degenerativa.

Finalment, pel que fa a la diferenciació explícita sobre la categorització independent de l'esquizofrènia tardana, els resultats mostren que tampoc hi ha un consens en aquest sentit. Quatre estudis donen suport a la idea que cal una

categoria separada per a l'esquizofrènia tardana, per les diferències que té davant de la primerenca (Castle i Murray, 1993; Harris i Jeste, 1989; Howard i al., 1993, 2000). L'estudi de Mazeh i al. (2005), a més, apuntava l'esquizofrènia tardana i la d'inici molt tardana com a categories diagnòstiques diferencials. Contràriament, altres quatre estudis donen suport a la decisió de les versions posteriors al DSM-III-R d'eliminar la categoria, en afirmar que etiològicament i en funció de les característiques clíniques es tracta de dues malalties molt similars (Adityanjee i Khandelwal, 1989; Jeste i al., 1995; Pearlson i al., 1989; Riecher-Rössler i al., 1997).

Discussió

Aquest treball presentava com a objectiu principal descriure les característiques clíniques determinants de l'esquizofrènia tardana, i determinar si s'havia de considerar com una categoria diferent i independent a l'esquizofrènia primerenca. Per a donar-hi resposta, s'ha dut a terme una revisió de la literatura publicada fins a l'actualitat, tenint en compte criteris que garanteixen el rigor científic dels estudis objecte d'estudi.

A partir dels resultats obtinguts en la revisió, es pot concloure que hi ha un acord més gran entre els autors en descriure la simptomatologia tardana, en comparació amb l'esquizofrènia primerenca, amb una presència més alta d'al·lucinacions, deliris –de persecució i de paraments–, símptomes schneiderians de primer ordre i dèficits sensorials (Castle i Murray, 1993; Harries i Jeste, 1989; Howard, 2001; Howard i al., 1993, 2000; Mulsant i al., 1993; Pearlson i al., 1989; Rabins i Laurisha, 2003; Riecher-Rössler i al., 1997, 2003; Sharma i al., 2014; Vahia i al., 2007; Yassa i Suranyi-Cadotte, 1993). Per contra, l'esquizofrènia tardana es caracteritza per menys aparició de trastorns del pensament, aplanament afectiu i condicions més bones de funcionament social, personalitat premòrbida i dèficits cognitius lleus (Castle i Murray, 1993; Howard, 2001; Howard i al., 2000; Jeste i al., 1995; Meesters i al., 2012; Mulsant i al., 1993; Pearlson i al., 1989; Riecher-Rössler i al., 1997; Vahia i al., 2007). Pel que fa als símptomes negatius, no hi ha acord entre els estudis revisats (Cohen i al., 2008; Harries i Jeste, 1989; Howard, 2001; Meesters i al., 2012; Mulsant i al., 1993; Vahia i al., 2007; Yassa i Suranyi-Cadotte, 1993).

Pel que fa a la prevalença en funció del sexe, els estudis mostren més prevalença d'esquizofrènia tardana en dones. Hi ha autors que l'expliquen mitjançant la hipòtesi dels estrògens (Castle i Murray, 1993; Riecher-Rössler i al., 1997; Sharma i al., 2014). Les dones tenen un factor de protecció, els estrògens, de caràcter antidopaminèrgic, que es manté fins a l'entrada en la menopausa. Amb la menopausa, els nivells d'estrògens pateixen un descens ràpid, que elimina

aquest factor de protecció i incrementa la predisposició a sofrir certs trastorns com l'esquizofrènia. Això podria explicar la superioritat de la ràtio Dona:Home.

En relació a les diferències principals entre l'esquizofrènia primerenca i la tardana, diversos estudis apunten a un funcionament premòrbid i social més bo en pacients amb esquizofrènia tardana (Castle i Murray, 1993; Howard, 2001; Jeste i al., 1995; Meesters i al., 2012; Vahia i al., 2007), fet que pot ser conseqüència de l'inici posterior dels símptomes psicòtics en aquests pacients, el qual faria que tingueren un desenvolupament psicosocial més bo en comparació amb els pacients amb esquizofrènia primerenca. En aquest sentit, els pacients amb esquizofrènia tardana han viscut més temps sense alteracions que afecten factors psicosocials com les relacions interpersonalmentals, matrimoni, relacions laborals, etc. (Castle i Murray, 1993; Cohen i al., 2008; Jeste i al., 1995), la qual cosa faria que presenten un ajust més bo.

Si reprenem la qüestió que s'havia proposat a l'inici del treball, sobre si vertaderament hi ha diferències entre l'esquizofrènia i l'esquizofrènia tardana com per a establir una categoria diferenciada, o si les diferències es redueixen exclusivament al criteri d'aparició del trastorn, els resultats obtinguts a partir dels articles revisats no mostren un acord en un sentit o altre, sinó que són més aïna dispersos. Autors com Adityanjee i Khandelwal (1989), Pearlson i al. (1989) o Riecher-Rössler i al. (1997), no troben evidència d'aquestes diferències. Sembla, doncs, que no hi ha suficients evidències de diferències entre aquests trastorns, tendeixen a considerar-se més homogenis que heterogenis, mentre que altres com Howard (2001), Howard i al. (2001), Harries i Jeste (1989) o Castle i Murray (1993) troben diferències entre l'esquizofrènia primerenca i la tardana, i defensen una categoria separada per a la darrera.

En qualsevol cas, els estudis consultats presenten una sèrie de limitacions que, d'alguna manera, impossibiliten unes conclusions més taxatives. Per exemple, la majoria de les investigacions presenten una mostra menuda, només tres estudis tenen una mostra superior a mil subjectes. A més, en gran part dels estudis hi ha grans diferències mostrals entre els grups d'esquizofrènia primerenca i els d'esquizofrènia tardana. D'altra banda, la limitació de l'edat establerta a partir de la qual s'utilitza el diagnòstic d'esquizofrènia tardana tampoc és constant al llarg dels estudis. El terme «tardana» s'utilitza per a esquizofrènies que s'inicien a partir dels quaranta, quaranta-cinc, seixanta o setanta anys, de la mateixa manera que el terme «molt tardana» comença a emprar-se als seixanta, seixanta-cinc o setanta anys. D'altra banda, l'exclusió d'estudis que preveuen les característiques neuropsicològiques dels trastorns pot haver comportat l'exclusió de dades rellevants tant per a la delimitació clínica del trastorn, com per a la diferenciació entre l'inici primerenc i el tardà.

Per a afrontar les limitacions esmentades, les investigacions futures han de tenir en compte la necessitat de l'ús d'un únic conjunt de criteris per al

diagnòstic de l'esquizofrènia tardana. Així doncs, hi haurien d'acotar tant límits d'edat com l'ús d'una única nomenclatura, i desestimar termes que s'han utilitzat de manera indistinta i inconsistent com ara «parafrènia» o «parafrènia tardana». L'ús de diferents terminologies no concedeix una descripció vàlida de l'esquizofrènia tardana, així com tampoc la limitació davant d'altres trastorns delirants. Alhora, aquesta confusió limita la descripció exacta d'altres possibles subcategories, com ara l'esquizofrènia tardana paranoide. Aquest aspecte suposa un impediment important tant en el foment de noves investigacions com en la comparació d'estudis a escala internacional.

També és interessant dur a terme estudis sobre la simptomatologia de l'esquizofrènia tardana que controlen altres factors, com ara el mateix efecte de l'edat i els canvis associats. És a dir, estudis prospectius que permeten conèixer si hi ha diferències entre els canvis associats al desenvolupament dels diversos estadis de la malaltia des de l'inici primerenc davant de les característiques observades en pacients esquizofrènics tardans.

Més enllà del món acadèmic, els resultats del treball han de servir perquè la presència de determinats símptomes en la població major s'utilitzen com a incidents crítics per a detectar i diagnosticar l'esquizofrènia més bé. En aquesta línia, ser dona (Castle i Murray, 1993; Harries i Jeste, 1989; Harvey i al., 2012; Howard, 2001; Jeste i al., 1995; Riecher-Rössler i al., 1997), l'existència d'una personalitat premòrbida prèvia esquizoide o paranoide (Howard, 2001; Jeste i al., 1995; Pearlson i al., 1989), patir deliris de persecució o de paraments (Castle i Murray, 1993; Howard, 2001; Howard i al., 1993, 2000; Pearlson i al., 1989; Riecher-Rössler i al., 1997; Sharma i al., 2014; Vahia i al., 2007) o la presència d'al·lucinacions, ja siguin auditives, visuals o tàctils (Castle i Murray, 1993; Harries i Jeste, 1989; Howard i al., 2000; Mulsant i al., 1993; Rabins i Laurisha, 2003; Riecher-Rössler i al., 1977; Sharma i al., 2014; Vahia i al., 2007; Yassa i Suranyi-Cadotte, 1993) podrien indicar l'inici d'una esquizofrènia tardana.

Referències

- Adityanjee, R. G. S. P. i Khandelwal, S. K. (1989). «Current Status of Multiple Personality Disorder in India». *The American Journal of Psychiatry*, 146, pp. 1607-1610.
- APA (1952). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Primera edició. Madrid: Panamericana.
- APA (1968). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Segona edició. Madrid: Panamericana.
- APA (1980). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Tercera edició. Madrid: Panamericana.

- APA (1987). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Tercera edición revisada. Madrid: Panamericana.
- APA (1994). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Cuarta edición. Madrid: Panamericana.
- APA (2013). American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta edición. Madrid: Panamericana.
- Bleuler, M. (1943). Late schizophrenic clinical pictures». *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 15, pp. 259-290.
- Castle, D. J. i Murray, R. M. (1993). «The epidemiology of late-onset schizophrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 19(4), pp. 691-700.
- Pearlson, G. D.; Kreger, L.; Rabins, P. V.; Chase, G. A.; Cohen, B.; Wirth, J. B.; Schlaepfer, T. B. i Tune, L. E. (1989). «A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 146(12), pp. 1568-1574.
- Cohen, C. I.; Vahia, I.; Reyes, P.; Diwan, S.; Bankole, A. O.; Palekar, N.; Kehn, M. i Ramírez, P. (2008). «Focus on geriatric psychiatry: schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being». *Psychiatric Services*, 59(3), pp. 232-234.
- Davidson, M.; Harvey, P.; Welsh, K. A.; Powchik, P.; Putnam, K. M. i Mohs, R. C. (1996). «Cognitive functioning in late-life schizophrenia: a comparison of elderly schizophrenic patients and patients with Alzheimer's disease». *American Journal of Psychiatry*, 153(10), pp. 1274-1279.
- Feighner, J. P.; Robins, E.; Guze, S. B.; Woodruff, R. A.; Winokur, G. i Munoz, R. (1972). «Diagnostic criteria for use in psychiatric research». *Archives of General Psychiatry*, 26(1), pp. 57-63.
- Harris, M. i Jeste, D. (1988). «Late-Onset schizophrenia: An overview». *Schizophrenia Bulletin*, 14(1), pp. 39-55.
- Harvey, P. D.; Czaja, S. J. i Loewenstein, D. A. (2012). «Schizophrenia in later life». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(1), pp. 1-4.
- Hopkins, B. i Roth, M. (1953). «Psychological test performance in patients over sixty: II Paraphrenia, arteriosclerotic psychosis and acute confusion». *The British Journal of Psychiatry*, 99(416), pp. 451-463.
- Howard, R. (2001). «Late-onset schizophrenia and very late-onset schizophrenia-like psychosis». *Reviews in Clinical Gerontology*, 11(04), pp. 337-352.
- Howard, R.; Castle, D.; Wessley, S. i Murray, R. (1993). «Differences in late- and early-onset schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 150(5), pp. 846-846.
- Howard, R.; Rabins, P. V.; Seeman, M. V. i Jeste, D. V. (2000). «Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus». *American Journal of Psychiatry*, 157(2), pp. 172-178.

- Jayaswal, S. K.; Lal, K. P. i Khandelwal, S. K. (1989). «Late-onset schizophrenia: An Asian study». *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), p. 171.
- Jeste, D. V.; Harris, M. J.; Krull, A.; Kuck, J.; McAdams, L. A. i Heaton, R. (1995). «Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia». *American Journal of Psychiatry*, 152(5), pp. 722-730.
- Kay, D. W. K. i Roth, M. (1961). «Environmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age («late paraphrenia») and their bearing on the general problem of causation in schizophrenia». *The British Journal of Psychiatry*, 107(449), pp. 649-686.
- Kraepelin, E. (1893). *Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Leipzig: Ambr. Abel.
- Leonhard, K. (1959). *Psicosis cicloides. Tratado de psiquiatría*. Madrid: Morata.
- Mazeh, D.; Zemishlani, C.; Aizenberg, D. i Barak, Y. (2005). «Patients with very-late-onset schizophrenia-like psychosis: a follow-up study». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), pp. 417-419.
- Meesters, P. D.; de Haan, L.; Comijs, H. C.; Stek, M. L.; Smeets-Janssen, M. M.; Weeda, M. R.; Eikelenboom, P.; Smit, J. H. i Beekman, A. T. (2012). «Schizophrenia spectrum disorders in later life: prevalence and distribution of age at onset and sex in a Dutch catchment area». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(1), pp. 18-28.
- Moore, R.; Blackwood, N.; Corcoran, R.; Rowse, G.; Kinderman, P.; Bentall, R. i Howard, R. (2006). «Misunderstanding the intentions of others: an exploratory study of the cognitive etiology of persecutory delusions in very late-onset schizophrenia-like psychosis». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(5), pp. 410-418.
- Mulsant, B. H.; Stergiou, A.; Keshavan, M. S.; Sweet, R. A.; Rifai, A. H.; Pasternak, R. i Zubenko, G. S. (1993). «Schizophrenia in late life: elderly patients admitted to an acute care psychiatric hospital». *Schizophrenia Bulletin*, 19(4), 709.
- Post, F. (1966). *Persistent persecutory states of the elderly*. Oxford, Nova York: Pergamon Press.
- Rabins, P. V. i Lavrisha, M. (2003). «Long-term follow-up and phenomenologic differences distinguish among late-onset schizophrenia, late-life depression, and progressive dementia». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(6), p. 589.
- Riecher-Rössler, A.; Löffler, W. i Munk-Jørgensen, P. (1997). «What do we really know about late-onset schizophrenia?». *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247(4), pp. 195-208.
- Riecher-Rössler, A.; Rössler, W.; Förstl, H. i Meise, U. (1995). «Late-onset Schizophrenia and late paraphrenia». *Schizophrenia Bulletin*, 21(3), pp. 345-354.

- Roth, M. (1955). «The natural history of mental disorder in old age». *The British Journal of Psychiatry*, 101(423), pp. 281-301.
- Sharma, E. R.; Debsikdar, A. V.; Naphade, N. M. i Shetty, J. V. (2014). «Very late-onset schizophrenia like psychosis: Case series and future directions». *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(2), p. 208.
- Templer, D. I. (1989). A comment on late-onset schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), pp. 173-174.
- Ting, C.; Rajji, T. K.; Ismail, Z.; Tang-Wai, D. F.; Apanasiewicz, N.; Miranda, D.; ... i Mulsant, B. H. (2010). «Differentiating the cognitive profile of schizophrenia from that of Alzheimer disease and depression in late life». *PloS One*, 5(4), e10151.
- Vahia, I.; Bankole, A. O.; Reyes, P.; Diwan, S.; Palekar, N.; Sapra, M.; Ramírez, P. i Cohen, C. I. (2007). «Schizophrenia in later life». *Aging Health*, 3(3), pp. 383-396.
- World Health Organization (1978). *ICD-9 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Albany, NY, EUA: World Health Organization (WHO).
- World Health Organization (1992). *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Albany, NY, EUA: World Health Organization (WHO).
- Yassa, R. i Suranyi-Cadotte, B. (1993). «Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder». *Schizophrenia Bulletin*, 19(4), pp. 701-707.

Data de recepció: 26-07-2016
Data d'acceptació: 15-10-2016