

## Psicosis de inicio tardío

M. Pilar Elías-Villanueva, Maeva Fernández-Guardiola, Arancha Ortiz-Martín, Sandra Gallego-Villalta

**Resumen.** La aparición de alteraciones neuropsicológicas de origen tardío en pacientes con deterioro cognitivo supone un factor de malestar y tensión para sus familiares, cuidadores y personal asistencial, sobre todo por los cambios de comportamiento del paciente y su difícil tratamiento. Aunque aumenta el interés por el estudio de estos casos, la diversidad de métodos utilizados, la carencia de una definición de psicosis tardía y la inexistencia de una clasificación concreta y fiable de los trastornos psicóticos de la vejez imposibilitan la formalización de un cuadro epidemiológico claro del fenómeno. Es necesario diseñar y consensuar estrategias que permitan el diagnóstico diferencial de procesos demenciales y síntomas psicóticos con otras psicopatologías asociadas al envejecimiento. Actualmente, los antipsicóticos atípicos son el tratamiento farmacológico de elección, sin despreciar las conductas terapéuticas no farmacológicas, adecuadas a cada caso, con el objetivo de recuperar la función mental y la rápida integración familiar y social del paciente anciano.

**Palabras clave.** Delirio tardío. Deterioro cognitivo. Síntomas psicóticos.

### Introducción

El interés por el estudio de los estados psicóticos de inicio tardío y su relación con el deterioro cognitivo y los procesos demenciales ya instalados está creciendo paulatinamente. Parece que existe un acuerdo en que este deterioro determina la aparición de algunas alteraciones neuropsiquiátricas, que suelen ser indicadoras del estadio evolutivo de la enfermedad [1].

Algunos autores mencionan que los estados psicóticos en ancianos tienen una prevalencia del 4% en la comunidad global, del 17,2% en la consulta externa y alcanza un 21% en residencias de ancianos [2]. Sin embargo, el uso de metodologías diversas y la ausencia de definiciones conceptuales de psicosis tardías hace imposible presentar un cuadro epidemiológico más claro del fenómeno.

Entre los factores de riesgo que influyen en la aparición de psicosis en edades avanzadas se pueden mencionar: sexo femenino, ser soltero, escasa descendencia, aislamiento social, personalidad premórbida paranoide y esquizoide, déficit sensorial (especialmente auditivo), problemas neuropsicológicos relacionados con el lóbulo frontal y temporal, comorbilidad somática, empleo de polifarmacia, consumo de tóxicos o psicotónicos y estrés psicossocial [2]. Además, es preciso determinar las diferentes formas en que se pueden presentar los síntomas psicóticos, puesto que cada una origina repercusiones clínicas y terapéuticas diferentes.

El cuadro clínico de las psicosis de inicio tardío se puede caracterizar por predominio de delirios, alucinaciones visuales (30%) y auditivas (10%), interpretaciones paranoides (errores de percepción) y otros síntomas schneiderianos. Los trastornos afectivos no son significativos, aunque pueden presentar cuadros depresivos moderados, sin que lleguen a constituirse en una depresión mayor de tipo psicótico. Frecuentemente se asocia a personalidad premórbida esquizoide o paranoide.

Las alteraciones del comportamiento se presentan más en el periodo de crisis psicótica, pero en general hay menos desorganización y conductas bizarras que en aquellos con cuadros crónicos de esquizofrenia [3].

La aparición de los síntomas descritos en pacientes con deterioro cognitivo constituye un factor de malestar y tensión para sus familiares, cuidadores y personal asistencial, especialmente por los cambios comportamentales inherentes y las dificultades en el tratamiento.

### Caso clínico

Varón de 80 años de edad, derivado desde el Servicio de Neurología por presentar un deterioro cognitivo con alucinaciones visuales y auditivas que no mejoraban con el tratamiento.

Refería que su abuelo sufría temblor en el brazo izquierdo, sin otras indicaciones de interés. Era el

Unidad de Agudos de Psiquiatría.  
Hospital Royo Villanova.  
Zaragoza, España.

#### Correspondencia:

Dra. M. Pilar Elías Villanueva.  
Santa Orosia, 2-4, bloque 2, 5.º B.  
E-50010 Zaragoza.

#### E-mail:

peliasvillanueva@gmail.com

Este trabajo obtuvo el tercer premio del Primer Concurso de Casos Clínicos del Área Temática de Psicogeriatría de Psiquiatría.com y la Sociedad Española de Psicogeriatría, que contó con el patrocinio de Brainpharma.

© 2011 Psicogeriatría

segundo de un total de seis hermanos, existiendo poca relación entre ellos. Embarazo, parto y desarrollo psicomotor sin complicaciones.

Con escasa escolaridad, durante la infancia se dedicó a tareas agrícolas y al cuidado de animales. En su vida laboral fue empleado de la compañía nacional de ferrocarriles.

Era viudo desde hacía 35 años, al fallecer su esposa a los 47 años de edad. Tuvieron cuatro hijos, dos de ellos fallecidos en los últimos años. Hasta hace dos años vivía sólo, siendo independiente para las actividades básicas de la vida diaria, pero actualmente vivía con una hija soltera en una localidad rural.

En la infancia sufrió neumonía y presentó un nuevo episodio grave sobre los 20 años de edad. En general, disfrutó de buena salud hasta hacía dos años, cuando sufrió un infarto capsulolenticular derecho cardioembólico, resuelto favorablemente.

No refería antecedentes de hábitos tóxicos ni enfermedad mental conocida.

La exploración psicopatológica mostraba un paciente alerta, consciente, desorientado en tiempo y espacio, pero orientado en persona y entorno familiar. Tenía dificultad para expresarse y en ocasiones se atropellaba en el lenguaje. Cálculo, lectura y escritura no eran valorables por su bajo nivel cultural. Memoria inmediata y reciente muy alterada.

Presentaba contenido del pensamiento alterado, con un delirio en el que se sentía observado y fotografiado desde su televisión, visualizando una cámara que le sacaba fotos. Sufría alucinaciones auditivas y perceptivas que se dirigían a él, y le llegaban a molestar los programas que emitían bailes por ser una falta de respeto al recordarle el fallecimiento de su hijo. Apagaba el televisor porque pensaba que tenían el propósito de hacerle daño y conspirar contra sus intereses al interferir en sus recuerdos. Refería que 'pensaba mucho' desde el fallecimiento de su esposa y sus dos hijos. No presentaba alteraciones de tipo conductual. Eutímico, apetito normal y sin alteraciones en el sueño.

La exploración física objetivó una tensión arterial de 170/90 mm/Hg. Auscultación: arrítmico y sin soplos. Normoventilación. Sin focalidad sensitivo-motora en las extremidades. Pares craneales normales. Marcha normal y sin signos extrapiramidales.

Se efectuaron diversas pruebas complementarias: hemograma y bioquímica sanguínea, normales. Tomografía axial computarizada cerebral: infarto capsulolenticular derecho e infartos antiguos en ganglios basales. Ecocardiograma: normal. Eco-Doppler de troncos supraaórticos: normal.

Se llegó al diagnóstico de deterioro cognitivo mixto moderado, encuadrado en el código F06.2 de la

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) como trastorno delirante de probable causa orgánica.

Actualmente se evidencia un empeoramiento del cuadro cognitivo con desorientación temporoespacial y dificultad para realizar actividades diarias como afeitarse, el aseo personal, vestirse, etc. No sale solo del domicilio ni maneja pequeñas cantidades de dinero, y en los últimos meses sufría continuas alucinaciones visuales y auditivas.

El paciente llevaba tratamiento diario con 40 mg de atorvastatina, Sintrom®, 24 mg de galantamina y 100 mg de quetiapina. Como persistían los síntomas psicóticos, incluso con mayor intensidad, se añadió 1 mg de risperidona en el desayuno para potenciar el efecto de la quetiapina, consiguiendo en pocos días disminuir los síntomas psicóticos y mejorar su calidad de vida y la de la familia que se ocupa de su cuidado.

## Discusión

No existe hasta el momento una clasificación exacta y fiable de los trastornos psicóticos propios de la vejez, lo que repercute en la confusión de la denominación de casos de inicio tardío. El tiempo de evolución de la enfermedad, los indicadores de deterioro cognitivo, la sintomatología clínica específica, la personalidad premórbida y las diferentes variables individuales deben ser los puntos de partida para el estudio de los procesos psicóticos de inicio tardío. Además, se debe procurar establecer parámetros neuropsicológicos y de neuroimagen que distingan los cuadros de episodios psicóticos de inicio tardío de aquellos con una psicopatología de inicio temprano que se cronifican [2].

Tales estrategias permitirán el diagnóstico diferencial con procesos demenciales que presentan episodios psicóticos y con otras psicopatologías asociadas al envejecimiento, facilitando el establecimiento de terapéuticas más lógicas que permitan recuperar la función mental y la mejor integración del paciente anciano a su medio familiar y social, en el menor tiempo posible.

Las alteraciones neuropsiquiátricas suelen aparecer a lo largo de toda la evolución de la demencia y aunque son más frecuentes conforme ésta avanza, algunas pueden variar su presencia o intensidad en función del estadio de la enfermedad. En las fases moderadas predominan los síntomas psicóticos, la agitación y la ansiedad, pero en los estadios graves disminuye la depresión, la desinhibición y la irritabilidad y se incrementa la actividad motora anómala [1]. En ancianos con delirios de aparición tardía,

el delirio es el síntoma predominante y el trastorno depresivo es secundario y dependiente del grado de conciencia que el enfermo posea de su situación y del malestar emocional que le produzca [2].

El uso de psicofármacos en pacientes ancianos con deterioro cognitivo y psicosis se orienta a conseguir una acción terapéutica eficaz con las menores dosis y en el menor tiempo posible, controlando los efectos adversos indeseables, especialmente de tipo anticolinérgico y extrapiramidales, sedación y bloqueo adrenérgico, así como la discinesia tardía. Por ello, los neurolepticos atípicos son actualmente los fármacos de elección en el tratamiento [4].

La quetiapina, en dosis promedio de 100 mg/día, se ha demostrado beneficiosa tanto para la demencia como para la esquizofrenia, aunque se recomienda iniciar el tratamiento en dosis bajas de 25 mg/día porque puede producir efectos secundarios como hipotensión postural, somnolencia y agitación [5]. Por otro lado, la risperidona (0,5-2 mg/día) se muestra eficaz contra los síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, desconfianza, perturbaciones del pensamiento y hostilidad) y negativos (embotamiento afectivo, retraso motor y retirada emocional y social) de las psicosis esquizofrénicas y otros trastornos psicóticos, y muestra una menor propensión a causar efectos secundarios extrapiramidales, lo que influye favorablemente en un mayor cumpli-

miento del tratamiento, cercano al 70% y sensiblemente superior al 60% del cumplimiento con quetiapina [6,7].

Conviene no olvidar las posibilidades terapéuticas no farmacológicas para este tipo de pacientes, que comprenden estrategias de educación y de orientación, apoyo a familiares y cuidadores, terapias cognitivas comportamentales y terapias ocupacionales.

#### Bibliografía

1. Artaso B, Goñi A, Gómez AR. Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial. *Rev Neurol* 2004; 38: 506-10.
2. Alarcón-Velandia RP. Psicosis de inicio tardío y su relación con las demencias. *Avances en Psiquiatría Biológica* 2005; 6: 102-16.
3. Amores GF. Funciones cognitivas superiores. Taller Máster de Psicogeriatría. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2004.
4. Gil-Gregorio P, Martín-Sánchez J. Demencia. In Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, eds. *Tratado de geriatría para residentes*. Madrid: SEG; 2006. p. 173-88.
5. Marriott RG, Neil W, Waddingham S. Antipsicóticos para ancianos con esquizofrenia. (Revisión Cochrane traducida). Oxford: Update Software; 2008. URL: <http://www.update-software.com>.
6. Bullock R, Libretto S. Risperidone in the treatment of psychoses in the elderly a case report series. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 96-103.
7. López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Garre-Olmo J, Pons S, Cucurella MG. Caracterización y prevalencia de los síntomas psicológicos y conductuales en pacientes con demencia. *Rev Neurol* 2007; 45: 683-8.

#### Late-onset psychosis

**Summary.** The appearance of late-onset neuropsychological complaints in patients with cognitive impairment is a factor that causes unease and tension for their relatives, caregivers and healthcare workers, above all due to the changes in the patient's behaviour and the difficulty involved in treating them. Although there is growing interest in studying these cases, the wide range of methods used, the lack of a definition of late-onset psychosis and the inexistence of a solid, reliable classification of psychotic disorders in the elderly makes it impossible to formulate a clear epidemiological snapshot of the phenomenon. It is necessary to design and agree on strategies that allow a differential diagnosis to distinguish dementia processes and psychotic symptoms from other psychopathologies associated to ageing. Today, the atypical antipsychotics are the preferred pharmacological treatment, without disregarding non-pharmacological therapeutic methods, tailored to meet the needs of each case, with the aim of regaining mental functioning and a swift integration of the elderly patient within the familial and social setting.

**Key words.** Cognitive impairment. Late-onset delirium. Psychotic symptoms.