

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA  
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

**PSICOSIS DE INICIO TARDÍO EN EL ADULTO MAYOR:  
ANÁLISIS DE UN CASO CLÍNICO**

Trabajo de investigación sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Especialidades Médicas para optar por el título de Médico Especialista en Psiquiatría

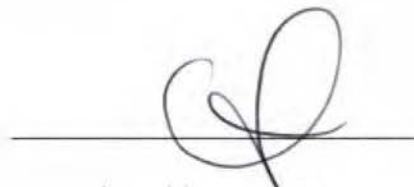
Candidata:

Andrea Rodríguez González

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2017

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Especialidades Médicas en Psiquiatría para optar por el grado y título de Especialidades en Psiquiatría



**Dra. Carla Subirós Castresana- Islas**

**Directora de Tesis**



**Dra. Carolina Montoya Brenes**

**Directora de Posgrado en Psiquiatría**



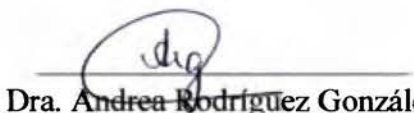
**Dra. Ivannia Salas Bogantes**

**Asesor de Tesis**



**Dr. Roberto Chavarría Bolaños**

**Asesor de Tesis**



**Dra. Andrea Rodríguez González**

**Candidata**

## DEDICATORIA

A toda mi familia y especialmente a mi hija, por ser mi motor para seguir adelante.

A mi tía, por ser mi amiga incondicional.

A los profesores que me han enseñado tanto.

Y a los pacientes, que me han permitido crecer profesionalmente.

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco el apoyo de la Dra. Carla Subirós, por la guía y tutoría en este trabajo.

A las Dras. Salas, Madrigal y Montoya y al Dr. Chavarría por la revisión y guía.

A mis compañeros, Juan Rafael Villagra y Luis Diego Rojas, porque hicieron este camino más  
llevadero.

## TABLA DE CONTENIDOS

Carta de aprobación	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	v
Lista de tablas	x
Lista de abreviaturas	xi
Introducción	1
1. Marco metodológico	3
1.1 Justificación	3
1.2 Planteamiento del problema	4
1.3 Objetivos	5
1.4 Metodología	6
1.5 Criterios de Búsqueda	7
a. Antecedentes	8
i. Antecedentes internacionales	8
1.6.2 Antecedentes nacionales y locales	11
2. Resultados	13
2.1 Reporte de caso	13
2.2.1 Ficha de identificación	13
2.2.2 Antecedentes patológicos personales	13
2.2.3 Antecedentes personales no patológicos	13
2.2.4 Antecedentes quirúrgicos	14

2.2.5 Antecedentes patológicos familiares	14
2.2.6 Antecedentes perinatales y del desarrollo	15
2.2.7 Historia personal	15
2.2.8 Motivo de consulta	16
2.2.9 Padecimiento actual	16
2.2.10 Evolución del caso durante el internamiento	19
2.2.11 Pruebas neuropsicológicas	21
2.2.12 Diagnóstico	26
2.2.13 Tratamiento	26
3. Marco Teórico	27
3.1 El proceso de envejecimiento y el concepto de fragilidad	27
3.2 Psicosis en el Adulto Mayor	30
3.3 Definición y pautas del trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes	32
3.3.1 Definición	32
3.3.2 Criterios diagnósticos, según CIE 10	33
3.3.2.1 Criterio A	33
3.3.2.2 Criterio B	33
3.3.2.3 Criterio C	33
3.3.3 Limitaciones de los criterios diagnósticos en la población adulta mayor	34
3.4 Diagnósticos diferenciales	35
3.4.1 Psicosis primarias	35
3.4.1.1 Psicosis similar a la esquizofrenia de inicio muy tardío	36

3.4.1.2 Trastorno de ideas delirantes	45
3.4.1.3 Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos	47
3.4.2 Psicosis secundarias	51
3.4.2.1 Delirium	53
3.4.2.2 Síndrome de Wernicke-Korsakoff	57
3.4.2.3 Psicosis secundaria a TCE	60
3.4.2.4 Demencias	63
3.4.2.4.1 Demencia por enfermedad de Alzheimer	66
3.4.2.4.2 Demencia por enfermedad de Parkinson	69
3.4.2.4.3 Demencia por cuerpos de Lewy	70
3.4.2.4.4 Demencia vascular	72
4. Discusión	74
4.1 Introducción a la discusión	74
4.2 Sobre el diagnóstico y los criterios cumplidos	76
4.3 Sobre los aspectos fenomenológicos	78
4.4 Sobre el curso, pronóstico y factores de riesgo asociados	79
4.5 Sobre el diagnóstico diferencial	80
4.6 Sobre los aspectos neurobiológicos	82
4.7.7 Sobre el tratamiento	82
5. Conclusiones	84
6. Recomendaciones	87
7. Referencias bibliográficas	88
8. Carta de la filóloga	102

## RESUMEN

Los trastornos psicóticos representan uno de los padecimientos psiquiátricos más graves, con severas repercusiones, tanto para el individuo que lo padece como para sus familiares, sin importar el grupo etario al que pertenezca, por su impacto a nivel biopsicosocial, causando grandes repercusiones en los afectados y sus cuidadores.

Los síntomas psicóticos en los AM son bastantes frecuentes, presentándose hasta en un 4 % en AM sin síntomas demenciales o trastornos afectivos primarios. Mientras que, en los síndromes demenciales, los síntomas neuropsiquiátricos (síntomas cognitivos, delirios, alucinaciones, trastornos afectivos: apatía, disforia, euforia y trastornos conductuales, tales como, desinhibición, irritabilidad, deambulación sin rumbo) son bastante frecuentes, por lo que es conveniente hacer una adecuada valoración y diagnóstico diferencial en esta población.

Ante la presencia de una persona adulta mayor con síntomas psicóticos de aparición tardía (después de los 60 años), lo usual es pensar que la causa de dicho hallazgo es una enfermedad neurodegenerativa, por su alta incidencia en la población adulta mayor, por ser esta la segunda causa de psicosis en esta población. Sin embargo, debemos recordar que la primera causa de psicosis en la población de adultos mayores son los trastornos depresivos con síntomas psicótico.

Los síntomas psicóticos en este grupo, también puede ser el resultado de una enfermedad psiquiátrica que inició en la juventud y que se mantiene en la tercera edad, manifestándose como recaídas.

La presentación clínica en esta población se caracteriza por predominio de ideas delirantes, alucinaciones visuales principalmente, mientras que, los síntomas negativos y los trastornos formales del pensamiento son infrecuentes.



El interés del presente trabajo radica en la ausencia de estudios locales y nacionales, que nos ayuden a caracterizar la población de adultos mayores con diagnóstico de trastorno psicótico agudo de inicio tardío, lo que, a su vez nos impide implementar protocolos de atención nacionales, que se adapten a las características especiales de esta población y a la realidad de nuestro país.

A través del presente estudio, se pretende revisar las principales causas de psicosis primarias y secundarias, asociadas a síntomas psicóticos en el adulto mayor, con la finalidad de poder diferenciar estas entidades, favorecer el abordaje de estos pacientes.

## **LISTA DE TABLAS**

Tabla 1: Ejemplos de algunos cambios morfológicos y funcionales del envejecimiento

Tabla 2: Comparación de los hallazgos clínicos presentes en EOS, LOS y VLOSLP

Tabla 3: Alteraciones anatómicas en la KS y su correlación clínica

Tabla 4: Comparación clínica de la psicosis en la EA y la esquizofrenia

## LISTA DE ABREVIATURAS

AM: Adulto Mayor

APA: “American Psychiatry Association”

BPSSD: síntomas conductuales y psicológico de demencia

CAM: Confussion Assessment Method

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición

CONAPAM: Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición

EA: Enfermedad de Alzheimer

EOS: Esquizofrenia de Inicio Temprano

EW: Encefalopatía de Wernicke

HIV: Virus de Inmunodeficiencia Adquirida

HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico

ISRS: Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina

LBD: Demencia por Cuerpos de Lewy

LLD: depresión en el adulto mayor

LOS: Esquizofrenia de Inicio Tardío

PANI: Patronato Nacional de la Infancia

PD: Enfermedad de Parkinson

RMN: Resonancia Magnética Nuclear

SK: Psicosis de Korsakoff

TAC: Tomografía Axial Computarizada

TCE: Trauma Craneoencefálico

VLOSLP: Psicosis similar a la Esquizofrenia de Inicio Muy Tardío

## **Introducción**

Psicosis se define como un estado alterado del ser humano, en el que se encuentra despegado de la realidad social y cultural en la que vive, en el que puede presentar un cambio conductual y de personalidad, con respecto a su funcionamiento basal, discurso desorganizado, delirios y trastornos senso perceptivos, que ocasionan aislamiento social y deterioro funcional del individuo.

La psicosis se puede presentar en cualquier momento de la vida de un ser humano, su efecto llega a ser catastrófico para el individuo que lo padece y para su familia. Existen ciertas consideraciones que se deben tener presentes cuando se valora un trastorno psicótico de aparición tardía en un adulto mayor, como se especificará más adelante. La aparición de psicosis en este grupo etario puede ser el reflejo de enfermedades médicas, que pueden comprometer la vida de la persona, o dejar secuelas irreversibles o incapacitantes si no se corrigen a tiempo.

Se debe valorar al AM desde su contexto social, desde su fragilidad como adulto mayor y desde su reserva fisiológica y cognitiva, usualmente disminuida; parámetros que hacen al AM más vulnerable a desarrollar múltiples enfermedades, dentro de ellas la psicosis.

Teniendo en cuenta que la fragilidad y la disminución de la reserva fisiológica, producto del envejecimiento mismo se traduce en una disminución de los mecanismos encargados de mantener la homeostasis, los AM se exponen a sufrir efectos adversos ante los eventos estresantes de la vida, sin importar su dimensión (física, mental, social), lo que se puede reflejar de muchas maneras, como delirium, fatiga extrema, psicosis, entre otros.

Al enfrentarnos con un paciente con psicosis, debemos tomar en consideración que esta puede ser de origen primario, cuando se da en el contexto de una enfermedad psiquiátrica mayor o secundaria, o en el contexto de una enfermedad médica, metabólica, neurológica, demencial, entre otros; por tanto, se requiere cautela al valorar a un paciente con psicosis de inicio tardío, resulta meritorio realizar una completa historia clínica, una historia longitudinal exhaustiva, examen físico y exámenes de laboratorio y gabinete, pues, “aproximadamente un 60 % de los adultos mayores con psicosis incidental de primera vez presentan una psicosis secundaria” (Reinhardt., Cohen, 2015).

Han sido muchos los investigadores que han intentado diferenciar la psicosis según el momento en que se presenta en la vida del ser humano: en la infancia, en la adultez joven, en la adultez media o al final de la vida; en el AM, su presencia es diferente según la etapa en que se aparezca. Esta tesis ha generado diferentes opiniones, unos investigadores como los del grupo de esquizofrenia de inicio tardío la defienden, otros se inclinan a definirla como un proceso neurodegenerativo y rechazan su existencia.

## **1. Marco Metodológico**

### **1.1 Justificación**

El interés por el presente trabajo de investigación se debe a la ausencia de estudios locales que ayuden a caracterizar a la población de adultos mayores con diagnóstico de Trastorno psicótico agudo de inicio tardío, que está siendo abordada en el Hospital Nacional Psiquiátrico, esta limitante impide implementar protocolos de atención adecuados y específicos para esta población para que sean socializados en otras unidades de psiquiatría a nivel nacional y lograr así, una valoración integral y eficaz en todos los niveles de atención. Se tendrán en cuenta, los diagnósticos diferenciales durante el abordaje de los AM. Los diagnósticos más frecuentes son: trastornos depresivos mayores con síntomas psicóticos, síndrome confusional agudo y trastornos neurocognitivos. Todos estos capaces de asociar síntomas psicóticos como parte de su presentación clínica.

Es necesario implementar, como parte del abordaje de esta población, la realización de estudios de neuroimágenes, como la tomografía axial computarizada, de manera rutinaria en los primeros ingresos de adultos mayores con síntomas psicóticos, para descartar la presencia de alteraciones en la estructura cerebral, que orienten hacia un diagnóstico diferencial, como la enfermedad cerebrovascular y el síndrome demencial y con base a esto, seleccionar el tratamiento farmacológico y no farmacológico por utilizar, considerando que la población AM es más sensible a los efectos secundarios de los antipsicóticos, tienen mayor riesgo de desarrollar disquinesia tardía a corto plazo y pueden tener mayor riesgo de complicar enfermedades metabólicas y comorbilidades presentes.

## **1.2 Planteamiento del problema**

El interés de este tema de investigación surgió a raíz del caso de un paciente sin antecedentes psiquiátricos previos, quien fue referido por el Departamento de Psiquiatría Forense para su valoración intrahospitalaria.

La interrogante por estudiar es: ¿Cuáles son las características clínicas que presentó un paciente ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP por sus siglas en español) en el año 2016 para realizar el diagnóstico de trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes?



## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Identificar las características clínicas que llevaron al diagnóstico de trastorno psicótico agudo en un paciente AM ingresado en el Hospital Nacional Psiquiátrico en el año 2016.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Conocer las características clínicas del Trastorno psicótico agudo, de origen primario, en un AM, en la literatura médica actual y que se ilustran a través de la recopilación de la historia médica de un expediente clínico de un paciente en el Hospital Nacional Psiquiátrico durante el año 2016.

Discutir los factores de riesgo presentes en el adulto mayor que lo hacen vulnerable de desarrollar un trastorno psicótico agudo.

Distinguir los hallazgos fenomenológicos principales de los trastornos psicóticos primarios y secundarios.

## 1.4 Metodología

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo, no intervencionista, estructurado en dos partes:

1. Un reporte de caso. Se realizó una compilación de los datos disponibles dentro del expediente clínico, así mismo se contactó al equipo tratante de este caso.
2. Una búsqueda bibliográfica sistemática sobre el Trastorno psicótico agudo en el AM.

De acuerdo con la estrategia “PICO” para la pregunta de investigación, se obtiene:

**Población:** se trata de un reporte de caso, por lo que la población está representada por un único paciente que fue diagnosticado con Trastorno psicótico agudo.

**Intervención:** es un estudio descriptivo por lo que no hay una intervención directa con el paciente, se realiza una revisión bibliográfica basada en el diagnóstico final del usuario y los diagnósticos diferenciales más prevalentes en esta población.

**Control:** no se realiza comparación con otros estudios, por ser un reporte de caso descriptivo.

**Resultados obtenidos:** ver apartado correspondiente.

## **1.5 Criterios de búsqueda**

Al indagar, los artículos publicados en las bases de datos de Pubmed, Medline, PubPDF, Ovid, ScienceDirect y EBSCOhost, con las palabras claves, “late life psychosis”, “geriatric psychosis”, “psychosis in elderly”, “primary psychosis in elderly”, “secondary psychosis”, “psychosis and dementia”, “psychotic depression in elderly”, se logró encontrar doscientos treinta artículos. Los límites aplicados a la revisión fueron: revistas científicas, tesis nacionales, libros internacionales con énfasis en psicogeriatría y neuropsiquiatría, idiomas: restringido al inglés, español y portugués.

Se escogieron artículos sobre parafrenia, de revisión, publicados entre 1989 y posteriores, pues fue en ese momento cuando más se publicó sobre el tema. Se excluyeron los artículos relacionados con otras ramas como biología, zoología, veterinaria, y ecología.

La última búsqueda realizada fue el 29 de diciembre de 2016.

## **1.6 Antecedentes**

### **1.6.1 Antecedentes internacionales**

Ernst Feuchtersleben, psiquiatra de origen austriaco, es reconocido por el mérito de haber introducido el concepto de psicosis en la literatura psiquiátrica, alrededor de 1845. “Describió las interacciones psicofísicas involucradas en el desarrollo de los síntomas y demostró en su ecuación de psicosis y psicopatía que la persona se veía afectada en su totalidad por la enfermedad” (Bürgy, 2012, p. 134).

Se pueden encontrar diferentes definiciones en la literatura de lo que se entiende como psicosis, unas muy simples, como “pérdida de contacto con la realidad” y otras más complejas como la que podemos encontrar en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales (DSM-5 conocido por sus siglas en inglés): “Anormalidad en una o más, de las siguientes áreas: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, conducta motora desorganizada, síntomas negativos” (2013, p. 51).

Kraepelin, fue el primero en utilizar el término “Parafrenia”, acuñado por Esquirol, para hacer referencia a un grupo de pacientes con sintomatología similar a la “dementia praecox” (ahora conocida como esquizofrenia) pero de inicio tardío, con características paranoides, describiéndolo como un estado intermedio entre la dementia praecox y la paranoia, intentando explicar así, la diferencia del cuadro clínico según la edad de presentación de la enfermedad (Yong, Young y Min-Seong, 2015).

Posteriormente, el término “esquizofrenia de inicio tardío”, (LOS conocidos por sus siglas en

inglés), fue utilizado por primera vez por Bleuler para hacer referencia a enfermedades con características similares a la esquizofrenia, pero con la diferencia de que la enfermedad iniciaba después de los 40 años.

Sin embargo, fueron Roth y Morrissey (1952), quienes adoptaron el término “parafrenia tardía” y lo utilizaron para describir un grupo específico de adultos mayores con delirios paranoides bien sistematizados y alucinaciones, con personalidad y respuesta afectiva preservada. Concepto que más adelante fue desarrollado por Kay y Roth, para describir los casos con síntomas paranoides complejos, en los cuales la condición era juzgada por el contenido de los síntomas delirantes y alucinatorios, sin ser debidos a un trastorno afectivo primario, en ausencia de síndrome demencial o estado confusional (Almeida, Howard, Förstl y Levy, 1992).

El diagnóstico como tal, ha evolucionado a lo largo de los manuales estadísticos y diagnósticos y con el pasar de los años. En el DSM II se le llamó “parafrenia involutiva”, en el DSM III, el diagnóstico de esquizofrenia sólo estaba permitido para menores de 45 años, restricción que posteriormente se eliminó, hasta la fecha (Yong. et al, 2015). Sin embargo, en la actualidad, tanto el DSM 5 como el CIE 10, no hacen referencia a los casos que inician posterior a los 60 años.

El Grupo Internacional de Esquizofrenia de Inicio Tardío se reunió en el año 2000, para emitir una declaración de consenso sobre “la esquizofrenia de inicio tardío”. En dicha declaración aceptaron tanto la clasificación de Esquizofrenia de Inicio Tardío, como la clasificación de Psicosis, similar a la esquizofrenia de inicio muy tardío (VLOSLP conocido por sus siglas en inglés), al encontrar que hay suficiente evidencia para sustentar ambas enfermedades. Son claros

en defender que la “psicosis similar a la esquizofrenia” en ausencia de un trastorno afectivo o en ausencia de anormalidades cerebrales, puede aparecer en cualquier momento de la vida, su presentación clínica es diferente cuando se da en los extremos del ciclo vital. (Howard., Rabins, Seeman, Jeste y Grupo Internacional de Esquizofrenia de Inicio Tardío, 2000).

En el nivel internacional se pueden encontrar múltiples estudios sobre parafrenia desde la época de Kraepelin; sin embargo; dichos estudios no son específicos para la población AM, pues se han utilizado diferentes cortes de edad para definir el inicio de la enfermedad, por lo que, muchos de estos artículos hacen referencia a la LOS, sin hacer diferenciación alguna con la VLOSLP.

Algunos de los artículos específicos sobre esta población son: la revisión realizada por Almeida, Howard, Förstl y Levy. (1992), sobre los trastornos delirantes- alucinatorios en el AM, se basó en la evidencia disponible que apoyara el diagnóstico de parafrenia tardía y realizó una discusión sobre el abandono prematuro de dicho diagnóstico en el CIE- 10.

Webster y Grossberg (1998), encontraron en su revisión que, un 40 % de la psicosis de inicio tardío estaba relacionada con demencia, mientras que una tercera parte se relacionaba con depresión mayor; un 7 % era secundaria a delirium y 7 % se asociaba a otras causas médicas y sólo un 4 % fue diagnosticado como un trastorno de ideas delirantes o esquizofrenia.

Barak, Aizenberg, Mirecki, Mazeh y Achiron, (2002) realizaron un estudio de seguimiento por un período de dos años, de veintiún pacientes con diagnóstico de VLOSLP y compararon los resultados con veintiún pacientes AM con esquizofrenia y encontraron que el grupo de pacientes con VLOSLP presentaban niveles educativos más altos; mayor porcentaje de matrimonio; mejor

respuesta al tratamiento y atrofia cerebelar más pronunciada.

En otro estudio, Mazeh, D., Zemishlani, C., Aizenberg, D., Barak, Y. (2005), realizaron un seguimiento de veintiún pacientes con diagnóstico de VLOSLP y los compararon con un grupo de diecinueve pacientes AM, institucionalizados, con diagnóstico de esquizofrenia, con la intención de valorar la evolución de la enfermedad y el estado funcional de los pacientes. En los resultados encontraron que la mayoría de los pacientes con VLOSLP no presentaban deterioro cognitivo ni funcional, mientras que, ocho de los AM con esquizofrenia presentaban algún grado de deterioro funcional.

### **1.6.2 Antecedentes nacionales y locales**

Según, Yong, Young y Min-Seong, (2015), los Trastornos psicóticos agudos de inicio tardío, no asociados a un síndrome demencial o a un trastorno afectivo de fondo, en la población de adultos mayores son infrecuentes en el nivel mundial. En Costa Rica no existen estudios específicos sobre la incidencia, prevalencia, caracterización, factores de riesgo asociado o guías de manejo para el abordaje de estos casos, siendo dicha información indispensable para el correcto abordaje de los mismos.

En el nivel local, existe una tesis para optar por el título de psiquiatría: Angulo (2006), en la cual se intentó identificar las diferencias clínicas entre la psicosis relacionada con la demencia y la psicosis en pacientes con trastornos psicóticos primarios, en la población de adultos mayores egresados por primera vez del HNP en el 2005. Como parte de los resultados se encontró que el

trastorno demencial es la segunda causa de ingreso de AM con síntomas psicóticos en el HNP, esto se asocia con internamientos más prolongados, hasta por diez días. Además, el síntoma que garantizó el diagnóstico de psicosis asociada a demencia fue el deterioro cognitivo y los trastornos de memoria. Se encontraron algunas inconsistencias con lo reportado en la literatura internacional, como que la demencia es excluyente de otros diagnósticos como, depresión y trastornos afectivos, a diferencia de lo encontrado en la literatura que sugiere que, la comorbilidad es frecuente en la demencia.



## **2. Resultados**

### **2.1 Reporte de caso**

#### **2.1.1 Ficha de identificación**

El usuario “PRS”, masculino de 67 años, divorciado, sin hijos, católico, vecino de Orotina, Alajuela. Primaria incompleta (tercer grado), pensionado por IVM por un accidente laboral. Vive solo desde hace 10 años. Situación económica estable. Diestro.

#### **2.1.2 Antecedentes patológicos personales**

- Médicos: El paciente no contaba con antecedentes médicos importantes conocidos hasta el momento de la revisión. No llevó control médico regular. No recibió tratamientos médicos relevantes. No tenía internamientos hospitalarios por causas médicas.

- Psiquiátricos: No contaba con control previo en psicología o psiquiatría. No tenía internamientos previos por psiquiatría. Nunca recibió psicoterapia ni psicomedicación en el pasado.

#### **2.1.3 Antecedentes personales no patológicos**

Antecedente de consumo de licor desde los 13 años, con un patrón de consumo de fines de semana hasta la embriaguez. En abstinencia desde hace 40 años. En la historia clínica no se documentó si durante los períodos de intoxicación aguda o en los períodos de abstinencia, “PRS” presentó en algún momento, síntomas psicóticos, delirium tremens o alucinosis alcohólica. Tampoco se documentó qué tipo de licor consumía.

Antecedente de tabaquismo, dos paquetes diarios. Inactivo hace 7 años.

Negó consumo de otras drogas. Negó historia de alergias.

#### **2.1.4 Antecedentes quirúrgicos**

- Antecedente de trauma cráneo encefálico hace aproximadamente 30 años, sin pérdida de la conciencia, estando en estado de ebriedad. En el expediente no se consignó más detalles del evento, como mecanismo del trauma, signos de concusión cerebral ni se detalla si recibió atención médica por el mismo.

- Fractura del pie izquierdo hace más de 25 años, producto de un golpe con un riel de ferrocarril, motivo por el que fue pensionado por el régimen de invalidez, vejez y muerte. En el expediente clínico no se consignó en cuál hospital fue valorado ni el tipo de intervención realizada ni se mencionó si presentó algún tipo de secuela o discapacidad secundaria a la fractura. Tampoco en el examen físico de ingreso se acota algún grado de discapacidad física o funcional en el usuario.

- Fractura nasal hace más de 25 años, secundario a golpe contuso, con desviación del tabique nasal como secuela. En el expediente no se consignó si en el momento del golpe tuvo pérdida de la conciencia o si el paciente recibió atención médica por el mismo.

#### **2.1.5 Antecedentes patológicos familiares**

- Médicos: Antecedente de hepatopatía crónica en una hermana. En la historia clínica no se consignó más información sobre este antecedente familiar.

- Psiquiátricos: Niegan antecedentes de enfermedad mental en padres, hermanos, tíos. También negó control con psiquiatría o psicología, por parte de familiares.

### **2.1.6 Antecedentes perinatales y del desarrollo**

Parto domiciliario. Desarrollo psicomotor descrito como normal.

En la infancia, descrito como un niño tranquilo, sin dificultad en las relaciones interpersonales con su grupo de pares. En la etapa escolar presentó problemas de aprendizaje que lo llevaron a repetir dos veces primero, segundo y tercero, desertando del sistema educativo después de 6 años de escolarización, sin lograr concluir el tercer grado.

### **2.1.7 Historia personal**

Familia dedicada a la agricultura y ganadería.

“PRS” fue el tercero de nueve hermanos. Todos hijos de la misma relación de ambos padres.

Vivió en pobreza extrema en su infancia, situación que lo llevó a trabajar desde joven.

A los 20 años se casó con una vecina para ayudarla a salir del hogar donde sufría violencia. La convivencia solo duró un mes, ya que ésta abandonó el hogar. Posteriormente, “PRS” estableció una nueva relación de pareja, con quien convivió por 10 años. Relación descrita como afectiva, sin datos de agresión, Concluyó por el etilismo crónico del usuario.

Posterior a su segunda ruptura sentimental, “PRS” no estableció otras relaciones de pareja. Residió con sus progenitores hasta que estos fallecieron. Luego continuó viviendo solo, esto desde hace 10 años. Actualmente mantiene relación cercana y afectiva con los hermanos y las

sobrinas.

Descrito como trabajador, se desempeñó en múltiples labores agrícolas desde los 13 años. Trabajó en el ferrocarril por 29 años, hasta que se pensionó por invalidez, posterior a un accidente laboral.

En su comunidad ha participado en la Junta de Educación activamente, siendo considerado un líder comunal, manteniendo buenas relaciones personales con los vecinos. Ha trabajado con la municipalidad de Orotina, en el mantenimiento del parque, con el apoyo de la alcaldesa.

#### **2.1.8 Motivo de consulta:**

Referido por la Sección de Psiquiatría y Psicología Forense del Departamento de Medicina Legal del Organismo de Investigación Judicial, al HNP para estudios por posible alteración del pensamiento, posterior a evaluación pericial solicitada por el Juzgado Penal del I Circuito Judicial de Alajuela, por una causa contra “PRS”, por agresión, siendo el denunciante un vecino de este, quién relató que, a mediados de diciembre había sido golpeado por “PRS” en varias ocasiones, después de que este le dijera “estoy cansado de ustedes, esto no se va a quedar así y me falta el otro”, refiriéndose al hermano del agredido. Agregó que, “al usuario se le había metido la idea de que él lo molestaba, que le echó gas a su casa, y que lo vigilaba”.

#### **2.1.9 Padecimiento actual:**

“PRS”, consultó en el servicio de emergencias del HNP en los primeros días de mayo, acompañado por su hermana, con la intención de buscar asesoría, por “estar siendo agredido (física y psicológicamente), por unos vecinos de la comunidad”, desde hacía ocho meses

aproximadamente, lo que ocasionó que el usuario dejara de salir de su casa, por temor de que le hicieran daño. En esa ocasión, se les recomendó la reubicación transitoria del usuario con familiares y se les insta a buscar asesoría en el Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM conocido por sus siglas en español) y en caso de persistir los trastornos conductuales en el usuario, consultar nuevamente en el servicio de emergencias del HNP.

Cuatro días después de su visita al HNP, fue valorado en la Sección de Psiquiatría y Psicología Forense del Organismo de Investigación Judicial. Durante la pericia relató que, “tenía 1 año de tener problemas con los vecinos que lo denunciaban, aclarando que la situación inició, porque él le ayudaba a una vecina que tiene niños pequeños. Entonces, un día sus vecinos lo amenazaron con matarlo y consideraba que, se pusieron de acuerdo con la muchacha para tenderle trampas, como, por ejemplo, hacer que se quedara a solas con uno de los niños, para entonces llamar a la policía y al Patronato Nacional de la Infancia (PANI conocido por sus siglas en español) y acusarlo de abuso. Comentó que se había salvado de esas trampas porque la noche anterior, en sueños, el Señor y sus discípulos le decían que no entrara en la casa de la vecina. También agregó que, creía que los vecinos les pagaban a menores de edad para que se subieran al techo de su casa y por ahí, lo rociaran con un químico que ortigaba, pero que el olor solo lo percibía él, ya que a pesar de que el “olor era tan fuerte que se impregnaba en el colchón” su hermana no lograba percibirlo. También, refirió que lo han rociado con ácido mientras dormía, produciéndole quemaduras en la piel (sin que esto llegara a despertarlo)”. Ante dicha declaración, se decidió que lo más beneficioso en el caso particular era la valoración intrahospitalaria.

En el servicio de emergencias del Hospital Nacional Psiquiátrico, “PRS” relató: “tenía un altercado con un vecino, que merodeaba su hogar, debido a que él había iniciado una relación de amistad con una mujer de 50 años, mal vista por sus vecinos, quienes deseaban que esa mujer se casara con otro vecino, por lo que empezaron a molestarlo y acosarlo de manera verbal, le lanzaban piedras a su casa y polvo pica pica en el techo y jardín, provocándole lesiones en la piel. Además, le pagaron a un menor de edad para que le tirara el polvo pica pica y así, no verse implicados de manera directa en el caso. Con el tiempo, dicha situación provocó que el usuario durmiera debajo de la cama, para evitar el polvo pica pica; comenzó a tapar las grietas de la casa para que no le cayera ácido y comenzó a cocinar en la sala por la misma razón. Además, dejó de salir de la casa por temor y comenzó a tapar a sus mascotas con plástico para evitar que les cayera veneno”.

Estando internado comentó que “desde mayo de 2015 tenía problemas con los vecinos, describió como una vecina le faltó el respeto y le echó los perros y como él respondió que no estaba interesado en ella, la familia de esta lo empezó a molestar. Describió como él sabía que lo vigilaban desde las otras casas y cómo al regresar por la noche a su casa, después de trabajar, encontraba su casa y mascotas bañadas en un aceite que era veneno, porque le querían hacer daño”.

Comentó que la situación actual con sus vecinos, lo mantenía muy preocupado. Agregó que, “mientras era llevado al pabellón, para completar el internamiento, consideró la posibilidad de que el enfermero le estuviera sacando fotos con el celular para enviárselas a sus vecinos”, ya que lo vio sacar el celular en el camino.

Con historia real conflictiva con dos vecinos de la comunidad, de aproximadamente 1 año de evolución, verificada por la hermana y vecinos de la comunidad, incluyendo lo del polvo pica pica. Al parecer, el conflicto inicia porque, la hermana de uno de los vecinos le dijo a “PRS” que, “a su edad debía buscarse una esposa”, a lo que él responde que “lo dejara tranquilo, que no le gustaban las gordas”. Así inició, el conflicto, ante la ofensa y el rechazo de las partes. En octubre, 2015 “PRS” interpuso una denuncia contra uno de sus vecinos, quién vive frente al usuario, por aparentes agresiones, como “echarle polvo pica pica y lanzarle piedras”, hechos reales, confirmados por las familiares de “PRS” y algunos vecinos de confianza. La denuncia fue archivada, por no presentarse las partes al juzgado.

La conflictiva con los vecinos motivó que uno de los hermanos de “PRS”, se trasladara a vivir con él, por 6 meses para acompañarlo; sin embargo, esto se suspende cuando el hermano establece relación de pareja. Por lo que, en los últimos dos meses, su hermana lo acompañó los fines de semana.

La problemática con los vecinos empeoró en los últimos dos meses, asociando ideas de daño en su contra, éstas aumentaron al punto de que, en diciembre, “al ver que se acercaba el vecino, tomó un palo y lo golpeó”, lo que genera la denuncia por parte de este.

#### **2.1.10 Evolución del caso durante el internamiento**

Durante su internamiento, el usuario fue valorado de forma integral, por psiquiatría, psicología, geriatría y trabajo social.

Durante el internamiento se reportó un examen mental que se describe como:

“Tranquilo, colaborador, establece contacto visual. Adecuado tono de voz. Normobúlico. Afecto eutímico. Pensamiento irreal con ideas de daño en su contra. Sin ideación suicida ni homicida. Niega trastornos sensorio-perceptivos. Consciente, orientado. Impresiona psicótico. Sin introspección. No presenta conductas disruptivas”.

Desde su segundo día de internamiento se le inició tratamiento con 1 mg de haloperidol, con buena tolerancia y buenos resultados en la disminución de la sintomatología del usuario, sin efectos secundarios asociados, por lo que se mantuvo la dosis hasta el egreso.

En la valoración neuropsicológica se encuentra que presenta un funcionamiento atencional amnésico y ejecutivo, que se ubican dentro de un rango de normalidad de acuerdo con su edad y escolaridad.

Durante su estancia hospitalaria no dio problemas de manejo. No presentó conductas disruptivas con el personal y otros usuarios. Se mostró anuente a las intervenciones por el equipo. Además, socializaba adecuadamente con su grupo de pares. Participa de las actividades de terapia ocupacional, muestra independencia en actividades de la vida básica e instrumental. Aceptó adecuadamente el tratamiento.

Por otra parte, “PRS” al momento del egreso expresó que, tenía claridad en que “no podía volver a pegarle a su vecino en la calle, pero que si lo encontraba dentro de su propiedad era otra situación”. Muestra introspección intelectual, al momento del egreso.

Como parte de las intervenciones realizadas por parte del equipo, se fortaleció la red familiar y comunal para brindarle apoyo y contención al usuario, en caso de que se presentaran futuros



inconvenientes.

### **2.1.11 Exploración neuropsicológica**

Se le aplicaron las siguientes pruebas neuropsicológicas:

Neuropsi Atención y Memoria, Test de Alteración de la Memoria, Trail Making Test, Examen Cognitivo Camcog, Test de Barcelona, Test Gestáltico Visomotor Bender, con la intención de valorar la presencia de deterioro cognitivo en el usuario.

Resultados obtenidos por áreas, según las pruebas realizadas por psicología:

- “Atención y Orientación: El usuario se encuentra orientado en espacio, tiempo y persona. Frente a las tareas planteadas, logra orientarse y mantener el nivel de activación y concentración requeridos.

En cuanto al funcionamiento global de la atención, se puede observar que, ante algunas tareas, presenta un rendimiento normal; en algunas otras, se observan alteraciones leves, por ejemplo, aquellas que implican un funcionamiento ejecutivo. En la atención selectiva se observa que el usuario logra discriminar cuales son los estímulos en los que se debe focalizar su atención, sin evidencia de afectación en este proceso a causa de la distracción que generan otros estímulos irrelevantes.

En el caso de la atención sostenida, cabe señalar que el funcionamiento del usuario se ve favorecido cuando los estímulos ingresan por canales visuales; los rendimientos se ven disminuidos cuando la información ingresa por el canal auditivo. Esto se evidencia en

un spam de atención que aumenta uno o dos elementos cuando la información ingresa de esa manera. En el funcionamiento de la atención dividida, se observa que logra mantener esta dualidad por períodos cortos de tiempo, así, cuanto más tiempo haya transcurrido para gestionar múltiples estímulos y más compleja sea la tarea, menor será el rendimiento.

- Memoria: A nivel general, en el proceso neuropsicológico de la memoria, se observa que “PRS” conserva un funcionamiento normal en comparación con las personas de su misma edad y grado educativo; se observa que el rendimiento tiende a disminuir en tareas que implican planificación y organización de la conducta con cierto nivel de complejidad, así como cuando se logra codificar estímulos verbales que implican realizar asociaciones entre los mismos.

En lo que se refiere a la codificación de la memoria, se evidencia que al usuario se le facilita codificar estímulos que ingresan por canal visual; en donde si bien, en la memoria verbal inmediata tiene un rendimiento apropiado, se caracteriza por presentar una curva de aprendizaje ascendente que incluye un spam de memoria de cinco elementos, se observa que la cantidad de estímulos que el usuario logra codificar cuando la información ingresa a través de estímulos visuales aumenta a siete, se incrementa por tanto el spam de memoria.

Las dificultades para realizar codificaciones de estímulos que ingresan auditivamente, tiende a ser constantes; se observa que el rendimiento no mejora a través de asociaciones

de palabras fonológicas y aunque el funcionamiento aumenta cuando realiza asociaciones semánticas, ambos rendimientos tienden a evidenciarse empobrecidos. Se debe descartar que un medio para potenciar la codificación por canal fonológico, sea facilitar que el usuario reconozca y verbalice las características significativas de un estímulo presentado; esto basado en que los rendimientos de la memoria lógica fueron superiores.

En el proceso de codificación a través de tareas visoespaciales, el rendimiento del usuario evidencia un rango de normalidad, esto se asocia con un adecuado funcionamiento en tareas complejas que requieren la participación de múltiples actividades cerebrales, así como la integridad de varias capacidades, entre las que destacan: la percepción adecuada del estímulo (lo cual implica el buen funcionamiento del analizador visual y auditivo, así como la capacidad adecuada de comprensión del lenguaje y generación de imágenes mentales), la planificación de la tarea solicitada y el dominio de las coordenadas y de las relaciones espaciales; de igual forma, el sistema motor, además de mantenerse un adecuado control y verificación de todos los actos elementales que constituyen la tarea final.

Con base en los rendimientos antes expuestos, se observa que, para el almacenamiento en la memoria, “PRS” tiende a presentar mejores rendimientos cuando la información ingresa por el canal cónico, existiendo conexiones débiles con la información cuando otra vía sensorial es utilizada.

Tal y como sucede en el proceso de codificación y almacenamiento, el proceso de evocación se observa beneficiado por la memoria visual, logra evocar con mayor

facilidad los estímulos que ingresaron por este medio.

Por otra parte, el usuario obtiene rendimientos adecuados en la codificación de la memoria lógica, así como también durante el proceso de evocación. Lo anterior podría implicar que en las capacidades para retener información realizando un análisis del material brindado, “PRS” obtiene un procedimiento significativo tanto en la memoria a corto plazo como en la memoria a largo plazo. Se infiere, por tanto, que conforme pasa el tiempo, las características de la información tienden a preservarse, esto genera que posterior a un tiempo, la evocación presente un mínimo de información intrusiva.

En la evocación de la memoria verbal, se observa que los rendimientos que presentan el usuario, tienden a ser los esperados para una persona de su edad y grado escolar, se evidencia facilidad para lograr evocar información verbal de manera espontánea y por reconocimiento, se debe destacar que, cuando la evocación se presenta por medio de claves, la información que brinda tiende a estar caracterizada por intrusiones.

El funcionamiento de la memoria de trabajo se observa conservado, esto implica que cuenta con habilidades que le permiten integrar percepciones instantáneas y reproducirlas en un período corto de tiempo.

- **Funcionamiento ejecutivo:** En relación con los rendimientos ejecutivos, se observa que el mismo tiende a ser inferior en comparación con las habilidades neurocognitivas valoradas.

Con respecto a la planificación y organización, se observa que, aunque el usuario cuenta con herramientas para lograr ordenar y direccionar su conducta; en algunas ocasiones dichas herramientas no responden de manera efectiva a las tareas planteadas o bien, no

logran seguir una directriz específica para guiar el comportamiento. Cabe destacar que, ante algunas tareas, el usuario daba la impresión de generar intencionalmente tiempos que le permitieran organizar su conducta; no obstante, esta estrategia representaba solamente una leve mejora en su rendimiento, dado que las tareas, al menos aquellas en las que el componente práctico se encontraba incluido, muestran una velocidad de procesamiento disminuida.

En la fluidez verbal se observa un rendimiento apropiado en la producción controlada, muestra una activación, producción, control y organización lingüística esperada para una persona de su edad. Cabe destacar que, aunque los rendimientos se encuentran cuantitativamente en un mismo nivel categórico, se observa que la producción semántica tiende a ser superior, lo que es coherente con el funcionamiento de las tareas de formación de categorías.

Al momento de la evaluación, la función de auto-monitoreo se observa conservada, lo que implica una capacidad para iniciar, mantener, cambiar y detener una conducta.

En las tareas donde se evalúa la flexibilidad mental se observa que, aunque haya interferencias, los rendimientos tienden a ser considerados normales, esto implica que el usuario cuenta con habilidades para adaptar su comportamiento a las demandas de una nueva tarea.

En las funciones motoras se evidencia un funcionamiento asociado con alteraciones de leves a moderadas, en donde se observa un tiempo de latencia importante para responder a los estímulos planteados, así se detectan dificultades para realizar movimientos con su mano izquierda y ejecutar con fluidez y continuidad secuencial dibujos planteados”.

- Impresión diagnóstica

Los resultados obtenidos indican: desde el punto de vista neurocognitivo, un funcionamiento atencional, amnésico y ejecutivo que se ubican dentro de un rango de normalidad de acuerdo con su edad y escolaridad”.

#### 2.1.12 Diagnóstico de egreso

El usuario fue egresado con el diagnóstico de:

Otro Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, Secundario a una situación estresante aguda.

#### 2.1.13 Tratamiento

Tanto durante el internamiento como al momento del egreso, el paciente recibió como único tratamiento, 1mg de Haloperidol hora sueño, con adecuada tolerancia, nulos efectos secundarios. No requirió ajustes de la dosis indicada, ya que con 1 mg de haloperidol se alcanzó la remisión de los síntomas psicóticos.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 El proceso del envejecimiento y el concepto de fragilidad**

Con el paso de los años se producen cambios en el ser humano, en sus diferentes órganos y sistemas, como parte del envejecimiento, que hacen que su funcionamiento fisiológico y metabólico sean diferente al de otros grupos etarios. Este proceso que va a depender de factores, como los ambientales, el estilo de vida que se ha llevado, las enfermedades que se hallan adquirido

Estos cambios a su vez, se relacionan con cambios en la absorción, distribución y excreción de los medicamentos en el AM. Cambios que deben tomarse en cuenta al seleccionar los medicamentos a utilizar en esta población y al ajustar la dosis, que debe adecuarse a las características especiales del AM y sus comorbilidades.

La farmacodinámica también se modifica en esta población, haciéndolos más susceptibles a la acción de los medicamentos y a sus efectos secundarios, ocasionándoles severas repercusiones si pasamos por alto estos cambios propios del envejecimiento.

**Tabla 1***Ejemplos de algunos cambios morfológicos y funcionales asociados al envejecimiento*

	CAMBIOS MORFOLOGICOS	CAMBIOS FUNCIONALES
CARDIOVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de matriz colágena en túnica media</li> <li>- Pérdida de fibras elastina</li> <li>Hipertrofia cardiaca:</li> <li>Engrosamiento septum</li> <li>- Disminución de los cardiomiocitos y aumento matriz extracelular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rigidez vascular y cardíaca</li> <li>-Mayor disfunción endotelial</li> <li>-Volumen expulsivo conservado</li> <li>-Mayor riesgo de arritmias</li> </ul>
RENAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adelgazamiento corteza renal</li> <li>-Esclerosis arterias glomerulares</li> <li>-Engrosamiento membrana basal glomerular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor capacidad para concentrar orina</li> <li>-Menores niveles renina y aldosterona</li> <li>-Menor hidroxilación vitamina D</li> </ul>
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor masa cerebral</li> <li>-Aumento líquido cefalorraquídeo</li> <li>-Mínima pérdida neuronal, focalizada</li> <li>-Cambios no generalizados de arborización neuronal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Menor focalización actividad neuronal</li> <li>-Menor velocidad procesamiento</li> <li>-Disminución memoria de trabajo</li> <li>-Menor destreza motora</li> </ul>
MUSCULAR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pérdida de la masa muscular</li> <li>Infiltración grasa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Disminución de fuerza</li> <li>Caídas</li> <li>Fragilidad</li> </ul>
METABOLISMO GLUCOSA	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Aumento de grasa visceral</li> <li>-Infiltración grasa de tejidos</li> <li>-Menor masa de células beta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Mayor Producción adipokinas y factores inflamatorios</li> <li>-Mayor resistencia insulínica y diabetes</li> </ul>

Tomado de: Salech, F., Jara, R., Michea, L. (2012). CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO. *REV MED CLIN CONDES*, 23(1) 19-29.



Por otro lado, se considera, “la fragilidad como una situación de desregulación provocada por factores referidos a cualquiera de las dimensiones del ser humano (física, psíquica o social), que produce acumulación de déficits, descenso de la reserva biológica y propensión a padecer efectos adversos” (Clegg, Young, Liffé, Rikkert y Rockwood, 2013. p. 752).

Dado que uno de los mayores problemas de la población AM es esta condición dinámica de fragilidad, que les confiere mayor vulnerabilidad a presentar cambios repentinos en su salud (física o mental), ante situaciones del diario vivir, como, por ejemplo, los eventos estresantes, se hace necesario valorar a los AM de manera integral, considerando factores psicológicos, físicos y sociales, pues esta misma fragilidad psicológica, está relacionada con la alta prevalencia de enfermedades mentales en las personas mayores de 65 años (Benabarre, et al., 2016).

### **3.2 Psicosis en el adulto mayor**

Cuando se habla de psicosis se hace referencia a un estado en el cual la persona se encuentra despegada de la realidad y como parte de este estado se pueden presentar síntomas psicóticos como delirios, alucinaciones, conducta desorganizada, como los hallazgos más llamativos.

“La psicosis es una de las condiciones más comunes en el adulto mayor, con un riesgo a lo largo de la vida del 23 %” (Reinhardt, et al., 2015).

Autores como, Giblin, Livingston y Howard (2004) mencionan que, la psicosis de aparición tardía (después de los 60 años), surge en ausencia de demencia o trastornos afectivos primarios, afecta del 2 al 4 % de las personas adultas mayores.

El cuadro clínico se caracteriza por predominio de delirios, alucinaciones visuales (30%) y auditivas (10%) y otros síntomas psicóticos, mientras que los trastornos del pensamiento y síntomas negativos son raros (Claire, Clare, Ryan y Jackson, 2009).

Dentro de los factores de riesgo asociados con psicosis de aparición tardía se incluyen: sexo femenino, presencia de antecedentes heredofamiliares, bajo estatus socioeconómico, aislamiento social, ser inmigrante, personalidad premórbida paranoide o esquizoide y la presencia de déficit sensoriales, especialmente auditivo, consumo de sustancias psicoactivas, estrés psicosocial y eventos de vida traumáticos (Brunelle, Cole y Elie, 2012).

La psicosis, como síntoma clínico, se puede presentar en varias enfermedades psiquiátricas mayores, como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno de ideas delirantes, depresión mayor con síntomas psicóticos, enfermedad bipolar. Ante esta diversa gama de posibilidades, es necesario realizar una exhaustiva historia clínica, para descartar episodios maniacales,

depresivos o psicóticos previos en la persona, que descarten un episodio de psicosis de inicio tardío, como tal.

### **3.3 Definición y diagnóstico del Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas**

#### **delirantes**

#### **3.3.1 Definición**

El diagnóstico con el que se egresó el paciente del HNP fue: Otro Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, secundario a una situación estresante aguda, el cual corresponde en el CIE 10 (1992) al apartado F23.31 y presenta las siguientes características: presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables, que no satisfacen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Usualmente las ideas delirantes son de persecución o de referencia. Mientras que las alucinaciones generalmente son auditivas (voces que hablan directamente al enfermo).

Para que cumpla con el diagnóstico de Trastorno psicótico agudo, el cuadro clínico debe haber iniciado de manera aguda, esto se refiere a dos semanas o menos de evolución, estableciéndose un cambio en la persona, pasando de un estado normal a un estado psicótico.

#### **Pautas para el diagnóstico**

- Si las ideas delirantes persisten más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de Trastornos de ideas delirantes persistentes (F22).
- Si solo las alucinaciones son las que persisten por más de tres meses, el diagnóstico debe cambiarse por el de, Otros trastornos psicóticos no orgánicos (F28).
- La presencia de estrés agudo en la historia clínica, como factor desencadenante del Trastorno psicótico agudo en la persona, puede ser identificado dentro del diagnóstico.

Debe establecerse la asociación temporal entre la situación estresante y la aparición de los síntomas psicóticos, no más allá de dos semanas después.

- Usualmente se da una recuperación completa, en un plazo de dos o tres meses después del estrés vital, solo es permanente en un pequeño porcentaje de la población.
- Debe descartarse una causa orgánica, como delirium, trastorno neurocognitivo, intoxicación aguda o síndrome de abstinencia, por sustancias psicoactivas, alcohol o benzodiacepinas, entre otras, antes de establecer este diagnóstico.
- Los síntomas prodrómicos de la enfermedad (ansiedad, labilidad, depresión, aislamiento social, trastornos conductuales leves) no deben ser tomados en cuenta a la hora de establecer el tiempo de evolución del cuadro clínico.

### **3.3.2 Criterios diagnósticos**

#### **3.3.3 Criterio A**

El comienzo de los síntomas psicóticos es agudo (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).

#### **3.3.4 Criterio B**

Las ideas delirantes o alucinaciones han estado presentes durante la mayoría del tiempo desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse.

#### **3.3.5 Criterio C**

No se satisfacen las pautas de la esquizofrenia (F20) ni del trastorno psicótico agudo polimorfo

(F23.0).

### **3.3.6 Limitaciones de los criterios diagnósticos en la población adulta mayor**

El CIE-10 no hace referencia a poblaciones especiales, como lo son los adultos mayores, resulta difícil incluirlos o excluirlos de estas categorías diagnósticas.

Por otro lado, los manuales diagnósticos más utilizados, llámese CIE-10 y DSM-5, no concuerdan completamente en sus categorías diagnósticas, esto también dificulta consignar un diagnóstico fiable y estable a través del tiempo, que facilite el seguimiento a los pacientes que lo presentan y realizar estudios con estas poblaciones.

En el DSM-5 tampoco existe un apartado especial para la población adulta mayor, donde se contemplen los cambios físicos, sociales, funcionales que vive esta población.

### **3.4 Diagnósticos diferenciales**

#### **3.4.1 Psicosis primarias**

Psicosis primarias se refiere a los síntomas psicóticos secundarios, a patologías psiquiátricas mayores, como por ejemplo, esquizofrenia en su amplio espectro, enfermedades afectivas, trastorno esquizoafectivo, entre otros.

Estas manifestaciones pueden presentarse en cualquier momento del ciclo vital. En el adulto mayor pueden presentarse como una manifestación de una enfermedad que inició en la juventud o como parte de una enfermedad que está iniciando en la vejez.

El manejo de las psicosis primarias en el adulto mayor es ligeramente diferente al que se da en el adulto joven, por las diferencias propias del adulto mayor, en muchos sentidos: farmacocinéticos, farmacodinámicos, crisis vitales, comorbilidades médicas, vulnerabilidad y fragilidad propia de la edad.

Se desarrollan algunas de las causas más frecuentes de psicosis primaria en el adulto mayor, se pone énfasis en el diagnóstico diferencial.

### **3.4.2 Psicosis similar a la esquizofrenia de inicio muy tardío**

Históricamente se creía que la esquizofrenia afectaba principalmente a los adultos jóvenes; sin embargo, con el paso del tiempo se ha evidenciado que también puede tener un inicio tardío. Nebbinani, Pareek y Grover (2014, p. 60), sostienen que, “aproximadamente 23 % de los pacientes con esquizofrenia tienen un inicio de la enfermedad después de los 40 años, 3 % de ellos en mayores de 60 años”.

El término “parafrenia” propuesto inicialmente por Kraepelin (1919), hacía referencia al grupo específico de individuos, adultos mayores que presentaban algunas características de la esquizofrenia, como un sistema bien organizado de delirios paranoides y alucinaciones, conservada la personalidad y el afecto del individuo, en donde los delirios paranoides eran considerados la base psicopatológica.

Sin embargo, fueron Eugen y Manfred Bleuler, quienes defendieron que la esquizofrenia se podía presentar de manera tardía en la vida del ser humano (Jeste, et al., 1997).

Han pasado muchos años desde la propuesta de Kraepelin y los Bleuler, en los cuales se han dado cambios en los diferentes sistemas de clasificación internacional, sin que actualmente el CIE-10 o el DSM 5 contengan un apartado para la psicosis de inicio muy tardío. Muchos se han mostrado escépticos ante la posibilidad de que la esquizofrenia se pueda presentar por primera vez en un individuo después de los 60 años, sin que dicha aparición se asocie a un trastorno afectivo o a un trastorno neurodegenerativo de fondo. Fue hasta el año 2000, que el Grupo Internacional de Esquizofrenia de Inicio Tardío se reunió y se pronunció sobre la evidencia existente, declaró que era suficiente para aceptar ambas clasificaciones, como dos enfermedades



por separado: Esquizofrenia de inicio tardío (LOS), agrupando los casos que presentan la aparición de la enfermedad entre los 40 y los 60 años y la Esquizofrenia de inicio muy tardío, similar a Psicosis (VLOSLP), para describir los casos que se presentaban después de los 60 años (Howard, et al., 2000).

### **Hallazgos clínicos**

Los pacientes con LOS presentan alucinaciones visuales, olfatorias, táctiles con mayor frecuencia que los pacientes con esquizofrenia de inicio temprano (EOS). Las alucinaciones auditivas tienden a ser de naturaleza acusatoria o incluyen a una tercera persona haciendo comentarios de ellos (Iglewicz, Meeks, Jeste, 2011).

Son menos propensos a presentar trastornos del pensamiento y aplanamiento o embotamiento afectivo en comparación con los casos de EOS (Howard., et al., 2000).

También se ha dicho que los pacientes con LOS presentan niveles más bajos de síntomas negativos, en comparación con los pacientes con EOS (Palmer, McClure y Jeste, 2001).

Los delirios de partición, consisten en la creencia de que personas, objetos, animales u otros, pueden pasar a través de cosas que normalmente constituyen una barrera, como puertas, paredes, techos. Usualmente se acompañan de delirios de persecución. Estos delirios son reportados con frecuencia en la parafrenia tardía y los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y raramente son vistos en esquizofrénicos de inicio temprano (Howard. Castle, O'Brien y Almeida, 1992).

## **Epidemiología**

Según un estudio de captación de zona epidemiológica que se llevó a cabo en 1991, la prevalencia a lo largo de la vida, de esquizofrenia en personas mayores de 65 años o mayores es de 0.3 % (Robins y Regier, 1991).

Mazeh et al., (2005) estiman que la incidencia de VLOSLP se encuentra en un rango de 17 a 24 personas por 100000 habitantes.

Estudios epidemiológicos de 1992 sugieren que, “la prevalencia de delirios paranoides en adultos mayores va de un 2 – 4 %” (Almeida., Howard, Förstl, Derick y Levy, 1992, p.544), siendo el mayor responsable de este alto porcentaje, los síndromes demenciales.

Los individuos con VLOSP tienden a presentar altos niveles educativos, altas tasas de matrimonio, historias laborales exitosas, mejores respuestas a la Risperidona y mayor atrofia del cerebelo, por lo que se ha sugerido que la VLOSP podría ser parte de un proceso neurodegenerativo (Nebhinani, et al., 2014).

## **Etiología**

La presencia de antecedentes familiares de esquizofrenia, es más frecuente en pacientes con inicio temprano e intermedio de la enfermedad, que en los casos de inicio muy tardío. Algunos estudios también sugieren la presencia de trastornos afectivos en pacientes con LOS, no así para la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, demencia por Cuerpos de Lewy (Howard, et al., 2000).

Los mismos autores indican que se han encontrado que los familiares de pacientes con LOS y VLOSLP presentan un riesgo de 2.9% de desarrollar esquizofrenia, mientras que para EOS el riesgo es de 10.2 %.

### **Factores de riesgo**

Individuos con EOS y LOS reportaron tener historia familiar de esquizofrenia en un 10 – 15 %, sin que se haya encontrado asociación entre la edad de presentación de la enfermedad y el riesgo genético de esquizofrenia como tal (Kendler, Tsuang y Hays, 1987). Sin embargo, se ha visto mayor riesgo de desarrollar esquizofrenia en los familiares de pacientes con VLOSLP que los familiares de pacientes con EOS (Howard, et al., 2000).

Según Nebhinani, et al., (2014), existe una mayor prevalencia de esquizofrenia de inicio tardío en la población femenina, sin que se haya logrado explicar dicha asociación. Se han postulado varias hipótesis, unas relacionadas con los estrógenos y su efecto como antipsicótico endógeno, otros lo han relacionado con la mayor longevidad de la mujer, sin que hayan podido comprobar alguna de estas propuestas.

Los déficits sensoriales se han asociado con la aparición de síntomas psicóticos en el AM y se han asociado a la aparición de LOS, de estos particularmente la hipoacusia (Howard, et al., 2000). El efecto de la hipoacusia sobre la personalidad del ser humano es incierto, sin embargo Roth y McClelland (1971) reportaron mayor prevalencia de hipoacusia en los pacientes esquizofrénicos de todas las edades, que en pacientes con trastornos afectivos, señalando que la hipoacusia se puede asociar con consecuencias psicológicas, como aumento de la sensibilidad, baja autoestima, acentuación de los rasgos de personalidad preexistentes, exacerbación de

cualquier tendencia preexistente al aislamiento y la distorsión paranoide de la realidad (Cooper, Curry, 1975).

El proceso de envejecimiento y los factores psicosociales asociados al mismo, como la jubilación, inestabilidad financiera, discapacidades físicas, muertes de amigos, familiares, pareja pueden estar relacionados con la aparición de los síntomas psicóticos en el adulto mayor (Howard, et al., 2000), como manifestación de los eventos estresantes durante la etapa del envejecimiento.

Se ha visto que VLOSLP es más frecuente en poblaciones inmigrantes, esto sugiere que podría estar relacionado con un factor psicosocial, proponiéndose que el evento adverso psicosocial, como la migración se asocia con la aparición de psicosis, aún antes de que la vulnerabilidad innata del individuo entre en escena (Mitter, 2005).

Se ha encontrado que los rasgos de personalidad esquizoide o paranoide, pueden ser parte de una vulnerabilidad pre mórbida para el estrés psicológico en la vida adulta, así como los eventos traumáticos en la infancia y los eventos difíciles a lo largo de la vida (Fuchs, 1999).

### **Neuroimágenes**

Estudios cerebrales con tomografía axial computarizada (TAC conocido por sus siglas en español) y resonancia magnética nuclear (RMN conocido por sus siglas en español) han demostrado cambios estructurales inespecíficos, como atrofia más pronunciada del cerebelo y ventrículos cerebrales de mayor diámetro (Mazeh, et al., 2005).

La falta de diferencias en las medidas de anisotropía fraccional y difusividad media, medida con

RMN de tensión de difusor, entre los pacientes con VLOSLP y los individuos control, argumenta contra la presencia de anomalías microestructurales dentro de los tractos del fascículo longitudinal superior, inferior fronto occipital y uncinado y rechaza la hipótesis de que, una alteración focal de la sustancia blanca sea la responsable del inicio de la psicosis (Jones, et al., 2005).

Se han reportado anomalías cerebrovasculares focales o áreas de señal de alta intensidad reportadas en RMN en T2, en pacientes con VLOSLP (Howard, et al., 2000).

### **Deterioro Neurocognitivo**

Independientemente de la edad de inicio, se ha visto que la esquizofrenia se asocia con un deterioro cognitivo generalizado, en comparación con sujetos sanos y sin que esto se halle asociado con el desarrollo de una demencia progresiva (Howard., 2000).

Sobre este tema Jeste y colaboradores (1997), menciona lo siguiente: “En pruebas neuropsicológicas, los pacientes con LOS tienden a mostrar menos deterioro en aprendizaje, abstracción y flexibilidad del pensamiento que los pacientes con EOS” .

En comparación con los sujetos sanos, los pacientes con LOS mostraron medidas más bajas en función ejecutiva, aprendizaje, habilidades motoras y habilidad verbal. No mostraron diferencia en evocación de la memoria y con respecto a los pacientes con EOS, pero sí mostraron mejores mediciones en el test de Wisconsin y el test de aprendizaje verbal de California, lo que significa que presentan un mejor funcionamiento ejecutivo (Jeste, et al., 1995).

Por otro lado, estos pacientes están orientados en tiempo y espacio, a pesar de los déficits en memoria y atención que se han descrito y que se pueden presentar en ellos (Almeida, et al.,

1992). También, estos mismos autores han sugerido que los pacientes con VLOSLP van a mostrar más estabilidad cognitiva en su funcionamiento diario que los adultos mayores institucionalizados con esquizofrenia crónica.

## **Tratamiento**

Debido a los cambios en la farmacocinética y la farmacodinamia que se dan con el envejecimiento, se debe tener precaución al prescribir medicamentos a estos pacientes, la regla para medicar a los AM es, iniciar despacio, y titularlos despacio, siempre vigilantes de los efectos secundarios que puedan producir (Sharma, Debsikdar, Naphade, Shetty, 2014).

Los pacientes con VLOSLP pueden responder a dosis bajas de medicamentos, incluso dosis tan bajas como una décima parte de la dosis utilizada en adultos jóvenes (Howard, et al., 2000).

Los antipsicóticos son el tratamiento principal para combatir los síntomas psicóticos en los pacientes con VLOSLP y, además, reducir el riesgo de recaídas en un futuro (Sharma, et al., 2000), por lo que no se debe temer utilizarlos en la población adulta mayor, siempre y cuando se tengan las precauciones necesarias, individualizando los casos y valorándolos integralmente, según las comorbilidades que puedan estar presentes en el AM, como lo podría ser la insuficiencia renal, insuficiencia hepática, o la trombosis venosa, entre otros.

En general, se considera que los antipsicóticos atípicos son la primera línea de tratamiento para los trastornos psicóticos en el adulto mayor. Esto se debe, por el menor riesgo de síntomas extrapiramidales que presentan, pero al costo de mayor riesgo metabólico.

La mayoría de estudios apoya la eficacia de los antipsicóticos atípicos, incluyendo Clozapina,

Risperidona, Olanzapina y Aripripazol, como tratamiento en la psicosis en la vejez (Sable, Jeste, 2000).

Otros estudios han encontrado que la Risperidona, Olanzapina y Quetiapina, en dosis bajas son efectivas y bien toleradas en pacientes con VLOSLP (Sciolla., Jeste, 1998).

Se ha visto en ensayos controlados, que la Risperidona en dosis bajas muestra resultados positivos en la remisión de síntomas psicóticos (Madhusoodanan., Suresh, Brenner, 1999).

La Clozapina ha mostrado buenos resultados en dosis bajas; sin embargo, se recomienda utilizarlo para los casos de refractarios al tratamiento y en aquellos pacientes que presentan disquinesia tardía severa, dado su perfil de efectos secundarios. (Sharma, et al., 2014, p. 210).

Estudios abiertos con antipsicóticos típicos para el tratamiento de LOS y VLOSLP, muestran remisión completa de los síntomas psicóticos en un 48 – 61 %. Los antipsicóticos típicos en general, se asocian a efectos extrapiramidales y anticolinérgicos, efectos secundarios a los que los AM son más sensibles que otros grupos etarios (Howard., et al., 2000).

Las revisiones muestran que la población de adultos mayores que han recibido antipsicóticos típicos presentan mayor incidencia de disquinesia tardía, con respecto a la población adulta (Jeste y Finkel, 2000).

Por otro lado, el uso de medicamentos de depósito, en dosis bajas puede asegurar el adecuado apego al tratamiento, por lo que puede ser considerado una opción terapéutica en caso de que los AM rechacen el tratamiento. Y con respecto a la posibilidad de utilizar terapia electroconvulsiva (TEC por sus siglas en español) en AM con diagnóstico de VLOSLP es

insuficiente la información encontrada en la literatura (Sharma, 2014).

La terapia cognitiva conductual, el entrenamiento en habilidades sociales y psicoterapia de apoyo, son tratamientos útiles para mejorar el funcionamiento social e individual de la persona que presenta la enfermedad, esto, a su vez, facilitará el trabajo de los cuidadores.

**Tabla 2:**

*Comparación de los Hallazgos Clínicos presentes en EOS, LOS y VLOSLP*

Hallazgos	EOS	LOS	VLOSLP
<b>Edad de presentación</b>	Antes de los 40 años	Entre los 40 – 60 años	60 años o más
<b>Mayor incidencia en mujeres</b>	-	+	++
<b>Síntomas negativos</b>	++	+	-
<b>Anomalías físicas menores</b>	+	+	-
<b>Deterioro neuropsicológico:</b>			
<b>Aprendizaje</b>	++	+	¿++
<b>Retención</b>	-	-	-
<b>Deterioro Cognitivo Progresivo</b>	-	-	++
<b>Anomalías en las estructuras cerebrales</b>	-	-	++
<b>Historia familiar de esquizofrenia</b>	+	+	-
<b>Desajuste en la infancia temprana</b>	+	+	-
<b>Dosis de neurolépticos diaria</b>	++	+	+
<b>Riesgo de disquinesia tardía</b>	+	+	++

Tomado de: Nebhinani, Pareek y Grover. (2014). J Geriatr Mental Health, 1(2), p.62



### **3.4.3 Trastorno de ideas delirantes**

Es poca la literatura disponible sobre el trastorno delirante en el adulto mayor. Históricamente se han referido al trastorno delirante como paranoia, reacción paranoide, parafrenia, psicosis paranoide, estado paranoide y trastorno paranoide, lo que hace difícil diferenciar a través del tiempo, el cuadro clínico específico, su prevalencia y nosología (Kendler, 1982).

Según la Organización Mundial de la Salud, en su manual diagnóstico y estadístico, conocido como CIE-10 (1992), el trastorno de ideas delirantes se caracteriza por, “presentar un único tema delirante o un grupo de ideas delirantes, relacionadas entre sí, que normalmente son muy persistentes, que pueden durar toda la vida”, de temas múltiples: persecución, grandeza, somáticos, celotípicos, entre otros (p. 127).

Usualmente se presenta en la edad adulta tardía, siendo más frecuente en mujeres que en hombres, en una proporción de 1,6:1, mujer: hombre, siendo los hombres quienes presentan síntomas más severos y peor pronóstico (de Portugal., et al., 2010).

El diagnóstico se establece cuando un individuo presenta delirios por al menos un mes de evolución, que no pueden ser explicados por otros trastornos psiquiátricos, sin la presencia de otros síntomas psicóticos.

Se ha visto que hasta un 6 % de los adultos mayores presentan delirios paranoides; sin embargo, la mayoría de estos pacientes presentan un síndrome demencial de base.

Estudios poblacionales reportan la prevalencia de síntomas psicóticos en AM sin demencia asociada en la comunidad, en un rango de 2.6 – 4.2 %. Esta sintomatología puede afectar

significativamente la calidad de vida de los adultos mayores y sus cuidadores, representando situaciones de mucho estrés para todo el núcleo familiar (Sigström., et al., 2009).

Dentro de los subtipos de trastornos delirantes, el delirio de parasitosis, conocido como, síndrome de Ekbom, se presenta con mayor frecuencia en los adultos mayores, especialmente en las mujeres, aunque puede aparecer en cualquier momento de la vida adulta (Prakash., et al., 2012).

Dentro de los factores de riesgo para que los AM desarrollen delirios de persecución se encuentran: los déficits sensoriales, el aislamiento social, las enfermedades médicas, el deterioro cognitivo y el propio envejecimiento (Christenson, Blazer, 1984).

Factores de riesgo para trastorno delirante incluye historia familiar de esquizofrenia y trastorno de personalidad paranoide, esquizoide o evitativo (Kendler., Davis, 1981).

Ante la sospecha de un trastorno delirante, se deben realizar exámenes de laboratorio y gabinete, además de un examen físico exhaustivo, ya que primero debemos descartar otras causas primarias de psicosis, como esquizofrenia y trastornos afectivos y causas orgánicas, como hipotiroidismo, déficit de vitamina B12, diabetes mellitus, demencia, enfermedad cerebrovascular, intoxicación con cocaína, virus de inmunodeficiencia adquirida (Prakash, 2012).

### **3.4.4 Trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos**

Según el CIE-10 (1992), consiste en un cuadro caracterizado por: ánimo depresivo, anhedonia, anergia, que conlleva a una disminución de la actividad, de al menos dos semanas de duración, que también puede asociar: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y baja autoestima, ideas de culpa, pesimismo ante el futuro, pensamientos de muerte, trastorno del sueño y pérdida del apetito, en el que también van a estar presentes, síntomas psicóticos, como: ideas delirantes, alucinaciones o estupor depresivo (Organización Mundial de la Salud, 1992).

Para que este diagnóstico sea posible, los síntomas psicóticos deben darse en el contexto de un trastorno depresivo mayor. Además, manifestar: ideas delirantes, de culpa, persecución, nihilistas, somáticas, celotípicas, siendo éstos los temas más frecuentes, pero no los únicos, en los que el paciente tiene la creencia de que, cosas malas (catástrofes) están a punto de sucederle.

Pueden presentar alucinaciones en sus diferentes modalidades, como por ejemplo, voces que los acusan, los ofenden o los critican; también pueden percibir olores desagradables. Los síntomas psicóticos se pueden clasificar en congruentes o no congruentes con el ánimo depresivo.

Los AM son más vulnerables a desarrollar depresión debido a varias causas que interactúan entre sí, como el mismo proceso de envejecimiento, las enfermedades médicas de fondo, los cambios inflamatorios, endocrinos e inmunológicos, que comprometen las vías frontoestriatales, la amígdala y el hipocampo. Por lo que, aquellos que presenten enfermedad terminal, deterioro cognitivo y discapacidad, son más propensos a presentar depresión, lo que a su vez empeora su evolución y aumenta su mortalidad. También se ha visto que, los problemas psicosociales, las

dificultades económicas, el aislamiento social, la discapacidad física, la institucionalización, las pérdidas y duelos, aumentan la vulnerabilidad de los AM a la depresión (Alexopoulos, et al., 2002).

Los AM con depresión mayor sin demencia asociada, usualmente presentan dificultades en la concentración, la velocidad del procesamiento mental y la función ejecutiva, lo que se puede confundir con un síndrome demencial (Elderkin-Thompson, et al., 2003).

### **Prevalencia**

La prevalencia del trastorno depresivo en el AM es más alta en población hospitalaria que en la población de la comunidad (Blazer, 2003).

Los pacientes con demencia, usualmente asocian síntomas depresivos. La prevalencia de depresión mayor en pacientes con EA es cerca del 17 %, presentan prevalencias aún mayores en las demencias subcorticales (Wragg, Jeste, 1989).

Se ha visto que, los síntomas depresivos usualmente se presentan aún antes de que el deterioro cognitivo y el síndrome demencial se manifiesten en el individuo (Yaffe, et al., 1999).

### **Factores de riesgo**

El antecedente personal de depresión es considerado un factor de riesgo para depresión en la vejez y para demencia (van Duijn, et al., 1994).

Para realizar un diagnóstico adecuado es necesario contar con un familiar cercano del paciente, que nos informe el comportamiento y el contenido del discurso del adulto mayor, dada la

dificultad que representa detectar los síntomas psicóticos (Copeland, et al, 1998).

## **Tratamiento**

El tratamiento con antidepresivos es bien tolerado por los AM y en general, suelen ser tan eficaces como en los adultos jóvenes (Alexopoulos, 2005).

El uso de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina se ha popularizado en los adultos mayores. El citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina y la sertralina han demostrado ser efectivos en adultos mayores con depresión asociada, mostrando buena tolerancia y pocos efectos secundarios en esta población, que muestra características farmacocinéticas y farmacodinámicas diferentes a los adultos jóvenes. (Nebhinani, et al, 2014).

Rothschild (2013) menciona en su revisión que, tanto en la guía práctica nacional publicada por el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica del 2010 (NICE por sus siglas en inglés), como en la guía multidisciplinaria emitida por el Comité Nacional Holandés de Orientación Multidisciplinaria en Salud Mental (2005), se recomienda la monoterapia con antidepresivos como primera línea de tratamiento. No recomiendan el uso de antipsicóticos como monoterapia para el tratamiento de la depresión psicótica.

Mientras que, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés), en su guía para el manejo de pacientes con trastorno depresivo mayor, recomienda la combinación de antidepresivos y antipsicóticos para el tratamiento agudo de la depresión psicótica (Rothschild, 2013).

A pesar de esta recomendación emitida por el APA, los estudios en general han demostrado,

que sólo 5 % de los pacientes con depresión psicótica, reciben una combinación adecuada de antidepresivos y antipsicóticos, asociado a dosis bajas y por períodos menores a los indicados (Andreescu, et al., 2007).

El TEC continúa siendo un tratamiento de elección para el manejo de los episodios depresivos en el AM, especialmente si se asocian con ideación suicida y síntomas psicóticos refractarios (Jain, Kumar, Chakrabarti, Grover, 2008).

### 3.4.5 Psicosis secundarias

Se ha llegado a considerar que, casi cualquier sustancia, medicamento o condición médica, que afecte el sistema nervioso central, puede llegar a generar síntomas neuropsiquiátricos.

Keshavan y Kaneko, (2013), mencionan algunas de las posibles causas de psicosis orgánicas:

- Trastornos Metabólicos: enfermedad de Wilson, feocromocitoma
- Trastornos Endocrinos: hiper/hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, enfermedad de Hashimoto, enfermedad de Graves
- Trastornos Congénitos: enfermedad de Prader Willi, síndrome velocardiofacial, leucodistrofia metacromática
- Trastornos Autoinmunes: lupus eritematoso sistémico, encefalitis anticuerpos NMDA
- Trastornos Nutricionales: déficit de tiamina, vitamina B12, vitamina D
- Trastornos Infecciosos: neurosífilis, toxoplasma, HIV, encefalitis
- Trastornos Inducidos por Sustancias/Tóxicas: mercurio, plomo, arsénico, marihuana, LSD, alcohol, ketamina
- Trastornos Neurocognitivos: enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson, demencia por Cuerpos de Lewy, enfermedad de Huntington
- Accidentes Cerebrovasculares: demencia vascular aguda o subaguda, hematomas
- Enfermedades Desmielinizantes: esclerosis múltiple
- Tumores Cerebrales
- Trauma Craneoencefálico
- Epilepsia: crisis parciales, complejas y temporales

- Medicamentosos: isoniacida, esteroides

Debido a las múltiples patologías que pueden causar síntomas psicóticos, secundarios a la enfermedad de fondo, se hace necesario que los médicos en general las conozcan, identifiquen y diferencien de las causas primarias, por el bienestar del individuo enfermo.



### **3.4.5.1 Delirium**

El síndrome confusional agudo, también conocido como delirium, puede cursar con síntomas psicóticos como parte de su presentación clínica heterogénea.

Según Maldonado (2013), el delirium se define como: “Un síndrome neuroconductual, causado por una disregulación de la actividad neuronal basal secundario a una alteración sistémica, caracterizado por una alteración en el nivel de atención y alerta, que se desarrolla en un período corto de tiempo y que representa un cambio en el basal del sujeto” (p. 1191).

La aparición del delirium en el adulto mayor va a depender de la interacción entre la vulnerabilidad y reserva cognitiva propia del individuo y los factores precipitantes, externos o internos (Inouye, Westerndorn, Saczynski, 2014).

Es considerado una emergencia psiquiátrica que afecta a un 30 – 50 % de los adultos mayores hospitalizados (Sikka, Kalra, Galwankar, 2015, p. 826), ya que se ha visto que se asocia con mayor riesgo de morbi-mortalidad, mayor riesgo de deterioro cognitivo y funcional, esto, a su vez, se asocia con hospitalizaciones más prolongadas, síndrome de inmovilización e institucionalización.

Algunos factores que predisponen el desarrollo del delirium son: demencia, deterioro cognitivo, deterioro funcional, deterioro sensorial (visual o auditivo), antecedente de delirium previo, depresión, antecedente de isquemia cerebral, edad mayor de 75 años, uso perjudicial de alcohol, comorbilidad con enfermedades médicas. Mientras que, algunos de los factores que se mencionan como precipitantes son: uso perjudicial de drogas (sedantes, hipnóticos,

psicoactivas), uso de contención mecánica, uso de sonda Foley, acidosis metabólica, alteración hidroelectrolítica, alteración en la función renal, infecciones, deshidratación, dolor, procedimientos quirúrgicos (Inouye., et al., 2014, p.).

Como se puede ver, son muchos los factores que pueden intervenir en el desarrollo del delirium y dado que es usual que el AM presente varios factores, precipitantes y predisponentes, interaccionando en el mismo momento, se hace necesario y obligatorio, descartar su presencia, ya sea como causa secundaria o como causa asociada, de los síntomas neuropsiquiátricos que el paciente presenta.

Clínicamente, se puede definir que el delirium es un síndrome mental orgánico, agudo o subagudo, que se caracteriza por presentar inatención, fluctuación en el estado de conciencia, alteración en la cognición (orientación, memoria, lenguaje). Se pueden encontrar trastornos asociados, como alteración en la habilidad visoespacial, alteración en la percepción (alucinaciones), delirios, alteración en la conducta psicomotriz y alteración en el ciclo sueño-vigilia, que no se logra explicar por un trastorno neurocognitivo preexistente (Maldonado, 2013).

Se clasifica en tres subtipos: hiperactivo, hipoactivo y mixto. El subtipo hiperactivo se muestra inquieto, con agitación psicomotriz, hipervigil. El subtipo hipoactivo se asocia con somnolencia, letargia y disminución de la actividad psicomotriz. Usualmente el subtipo hipoactivo pasa desapercibido, lo que aumenta la morbilidad de la persona que lo presenta.

Investigadores reportan que la incidencia de alucinaciones visuales en delirium es de un 30%, mientras que las alucinaciones auditivas se presentan en un 15% (Cutting, 1987).

Diferentes áreas del cerebro, como la calcarina primaria, lóbulo occipital y parietal y corteza temporal, contribuyen con la producción de las alucinaciones. Mientras que lesiones en los ganglios basales, tálamo, áreas temporal y parietal contribuyen con la aparición de los delirios (Trzepacz, 1994).

El tamizaje más utilizado para identificar el síndrome confusional agudo es el Confusion Assessment Method (CAM conocido por sus siglas en inglés), ya que es una herramienta corta, validada y estandarizada, que, por medio de un algoritmo diagnóstico, puede ayudar a diferenciar entre un delirium y otras causas de deterioro cognitivo (Wei, et al., 2008).

El paso más importante para establecer o descartar un delirium es obtener una historia clínica completa, incluyendo los antecedentes personales patológicos, la lista de medicamentos que utiliza (medicados, auto-medicados y “naturales” o de la macrobiótica), el funcionamiento basal de la persona, el tiempo de evolución y el cuadro clínico que presenta. Además, se debe realizar un examen físico y neurológico completo y solicitar exámenes de laboratorio y gabinete, para identificar la causa del cuadro y corregirla.

Para los síntomas, se deben implementar medidas no farmacológicas como reorientar en espacio y tiempo, corregir deterioros sensoriales con anteojos o audífonos, evitar procedimientos invasivos como sonda Foley o catéteres, evitar sujeciones mecánicas, utilizar la menor cantidad de medicamentos posibles (menos es ganancia para el paciente, permitir el acompañamiento de familiares (Fleet., Ernst, 2013).

La mayoría de estudios demuestran la eficacia de los antipsicóticos para manejar los síntomas conductuales del delirium. El haloperidol ha sido considerado por mucho tiempo, el

medicamento de elección para el delirium, siempre y cuando se indique a dosis bajas y por tiempo limitado, por su perfil de efectos secundarios: poco efecto anticolinérgico, poco efecto cardiovascular y poco efecto sedante. Incluso se ha visto que, a dosis de 0.3 mg/d, puede reducir la duración y grado de agitación del delirium en los pacientes en postoperatorio. Por otro lado, se ha visto que este medicamento a dosis bajas tiene una eficacia similar a los antipsicóticos atípicos (olanzapina y risperidona), sin que haya evidencia de mayores efectos secundarios (Saxena, Lawley, 2009).

Estudios han demostrado que la risperidona, a dosis de 0.5 – 4 mg/d muestra una efectividad del 80 – 85% para manejar los síntomas conductuales del delirium, mientras la olanzapina a dosis de 2,5 – 11 mg/d mostró 70 – 76 % de efectividad (Ozbolt, Paniagra., Kaiser, 2008).

El uso de medicamentos psicotrópicos, como los benzodiazepinas pueden ser utilizados para manejar el delirium asociado al síndrome de abstinencia por alcohol o benzodiazepinas. También pueden utilizarse como tratamiento coadyuvante, cuando los antipsicóticos no han sido efectivos para manejar los síntomas conductuales o cuando los pacientes han mostrado efectos secundarios indeseables a los antipsicóticos (Martínez, Petidier-Terrosa, Casas-Herro, 2012).

### 3.4.5.2 Encefalopatía de Wernicke y Síndrome de Wernicke-Korsakoff

La dependencia al alcohol constituye la toxicomanía más frecuente a nivel mundial, tanto en la población adolescente, como en la población adulta joven y adulta mayor, esto provoca grandes repercusiones a nivel individual y social.

Algunas de las repercusiones que podemos encontrar producto del etilismo crónico son:

- Alteraciones nutricionales, como desnutrición y deficiencia de tiamina
- Cirrosis hepática, que puede causar a su vez, encefalopatía
- Alta incidencia de traumas craneoencefálicos, que a su vez se asocian a mayor incidencia de hemorragias subaracnoideas o intraparenquimatosas. Incidencia que aumenta con el nivel de etanol ingerido (Martínez, Rábano, 2002).

La tiamina es una vitamina hidrosoluble, también conocida como vitamina B1. Esta es almacenada en pequeñas cantidades en el organismo, cuyos niveles van a depender de la ingesta de alimentos que la contienen, como carne, legumbres, vegetales y granos, entre otros. Actúa en el metabolismo de los carbohidratos y el ciclo del ácido cítrico. Las alteraciones neuropatológicas asociadas, van a depender del estadio de la enfermedad, los cuales pueden ser: agudo, subagudo y crónico. Su deficiencia puede asociarse con: acidosis láctica, neuropatía periférica, ataxia, oftalmoplejía y nistagmus. Si la deficiencia es crónica, se puede asociar con pérdida de la memoria, psicosis y confabulación (Frank, 2015).

La encefalopatía de Wernicke (EW por sus siglas en español) son síntomas avanzados de la deficiencia crónica de tiamina, manifestándose como: polineuropatía, ataxia, oftalmoplejía,

nistagmus, confusión, confabulación y pérdida de la memoria a corto plazo. Usualmente se presenta en individuos con historia de consumo crónico de etanol, siendo la prevalencia más alta de esta patología en pacientes con historia de alcoholismo crónico (Thomsom y Pratt, 1987). Por otro lado, vamos a tener que la EW como patología puede, remitir espontáneamente, remitir con tratamiento adecuado o evolucionar a un síndrome de Korsakoff (Frank, 2015).

Las alteraciones anatómico patológicas que se encuentran con mayor frecuencia en la EW son: atrofia de los cuerpos mamilares (con mayor frecuencia en la EW crónica) y las estructuras cercanas a las paredes del tercer ventrículo, como el hipotálamo, región periventricular del tálamo, sustancia gris periacueductal y suelo del cuarto ventrículo (Frank, 2015).

El síndrome de Korsakoff, corresponde al síndrome amnésico, crónico, que se suele presentar posterior a la EW, se caracteriza clínicamente por alteración de la memoria reciente y anterógrada, en un individuo que no presenta alteración de la conciencia, con capacidad de respuesta preservada, que puede estar asociado o no a la confabulación. Usualmente se asocia con afectación del tálamo en un alto porcentaje de los casos (53-100 %), especialmente del núcleo medial dorsal, aunque también se pueden observar lesiones en los cuerpos mamilares y de las estructuras de la línea media del tálamo, sin involucrar el núcleo medio dorsal (Mair, Warrington, Weiskrantz, 1979).

Si como parte de la sintomatología clínica del síndrome de Korsakoff, hay presencia de psicosis y/o alucinaciones, se trata de una Psicosis de Korsakoff, también llamado, Síndrome de Wernicke-Korsakoff. Se ha visto que, sólo un 20 % de estos pacientes se recuperan.

**Tabla 3**

*Alteraciones anatómicas en la KS y su correlación clínica*

Estructuras Limbicodiencéfálica (cuerpos mamilares, núcleo medial dorsal y núcleo anterior del tálamo)	Memoria Anterógrada
Lóbulos Frontales	Memoria Retrógrada

El tratamiento con tiamina, a dosis adecuadas se asocia con la recuperación total en un 25 % de los casos y con una recuperación parcial en un 50 %. De ahí la importancia de un diagnóstico oportuno y un tratamiento adecuado.

En la EW en estadios iniciales, el tratamiento consiste en administrar dosis de tiamina de 100 mg, dos o tres veces al día, por una o dos semanas, mientras que en el síndrome de Korsakoff, se debe administrar la tiamina por un período de 3 a 12 meses (Sivolap, 2005).

### **3.4.5.3 Psicosis secundaria a Trauma Craneoencefálico**

Trauma Craneoencefálico (TCE por sus siglas en español) se define como: “un daño cerebral causado por una fuerza externa que puede producir alteración del estado de conciencia, alteración de las habilidades cognitivas y alteración del funcionamiento físico” (Ponsford, Sloan y Snow, 1995).

Los TCE constituyen una de las principales causas de muerte traumática en la población, asociada a serias complicaciones neurológicas y funcionales en los sobrevivientes, siendo los síntomas neuropsiquiátricos, los que generan mayores repercusiones.

Se ha observado que la incidencia de TCE es más frecuente en tres grupos etarios: primera infancia, adolescencia tardía y en la vejez. Siendo más frecuentes en la población masculina (Bruns y Hauser, 2003).

Según, Silver, McAllister y Yudofsky (2005), los factores de riesgo que se han asociado con el desarrollo de trastornos neuropsiquiátricos después de un TCE son: edad joven, escolaridad baja, antecedente de trastorno de personalidad, historia personal de consumo de sustancias psicoactivas, antecedente personal de enfermedad mental, TCE grave y el desarrollo de epilepsia postraumática.

Establecer una relación directa entre el TCE y el desarrollo de los síntomas neuropsiquiátricos no es una tarea fácil, ya que en muchas ocasiones los síntomas se presentan muchos años después del evento traumático, por lo que resulta difícil establecer la relación temporal con el evento. Por otro lado, se ha visto que los TCE son más frecuentes en pacientes psicóticos y a su vez, los síntomas psicóticos son más frecuentes en personas con antecedente de TCE (Pérez y Agudelo, 2007).

Es por esto que en la historia clínica y longitudinal se debe obtener la información relevante del TCE (temporalidad entre el trauma y la aparición de los síntomas, gravedad, pérdida de conciencia, presencia de amnesia postraumática), cuadro clínico atípico, edad de inicio de la clínica inusual con respecto a los trastornos psiquiátricos mayores, presencia de personalidad



premórbida, ausencia de antecedentes heredofamiliares de esquizofrenia, buena respuesta al tratamiento y una evolución satisfactoria del cuadro clínico (Kim, et al., 2007).

Los TCE pueden ocasionar síntomas neuropsiquiátricos heterogéneos en el ser humano, siendo algunos de estos: trastornos depresivos, ansiedad, manía, psicosis, trastornos conductuales, síntomas obsesivos compulsivos, cambios en la personalidad, síndrome apático y síndrome postconcusional, los cuales no siempre se relacionan con el grado de severidad del TCE (Pérez y Agudelo, 2007).

Los mecanismos implicados en el TCE (cerrado o abierto; lesiones focales: hematomas, contusiones o lesiones secundarias al efecto expansivo y desplazamiento y distorsión del parénquima cerebral o las lesiones difusas: daño axonal difuso, edema cerebral y daño isquémico global) afectan tanto a las neuronas lesionadas directamente por el trauma como, a otras áreas cerebrales alejadas de la lesión. De ahí que podamos encontrar síntomas neuropsiquiátricos tan variados (Guzmán, 2008).

En el abordaje de este tipo de pacientes se hace necesario contar con estudios de neuroimágenes, con la intención de encontrar alteraciones estructurales del cerebro, secundarias al trauma, que confirmen nuestra sospecha diagnóstica.

Guzmán (2008), en su artículo de revisión, citan algunos de los hallazgos más comunes, descritos en estudios de neuroimágenes en pacientes con antecedente de TCE, los más comunes son:

- Dilatación ventricular
- Atrofia en el hipocampo
- Atrofia del tálamo
- Afectación de los ganglios basales (núcleo putamen y pálido)

Según la literatura, los síntomas psicóticos son una manifestación poco frecuente en los pacientes con lesión cerebral secundaria a TCE; sin embargo, son más frecuentes en este grupo que en la población general, aumentan su incidencia cuanto más extensas y graves sean las

lesiones, sobre todo si esta se encuentra localizada en el lóbulo temporal, especialmente si se ha asociado a un estado de coma de más de 24 h de duración y convulsiones. La presentación más frecuente de los síntomas psicóticos en esta población son, los delirios de persecución. También es posible encontrar como parte de su manifestación, trastornos sensorio-perceptivos y alteración en el curso del pensamiento. (Legascue de Larrañaga, 2007).

Por otro lado, se menciona que el riesgo de desarrollar psicosis posterior a un TCE también podría estar relacionado con la carga genética presente en la persona, que lo hace más vulnerable, genéticamente hablando a desarrollar cuadros psicóticos (González, et al., 2004).

#### **3.4.5.4 Demencias**

La demencia se define como, un síndrome neuropsiquiátrico que se asocia con un deterioro progresivo en al menos uno de los dominios neurocognitivos, lo que genera una disminución en el funcionamiento de la persona, interfiere directamente en la calidad de vida de la persona y de su familia.

Según los cambios realizados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), las antes llamadas Demencias, ahora son clasificadas como Trastornos Neurocognitivos, los cuales a su vez van a ser clasificados según el dominio neurocognitivo afectado (memoria, comunicación, lenguaje, aprendizaje, atención compleja, función ejecutiva, cognición social, percepción visual) y según los déficits asociados dependiendo del área afectada (American Psychiatric Association, 2013).

Los síndromes demenciales son una causa frecuente de psicosis secundaria, se presenta sobre todo en la demencia por enfermedad de Parkinson (PDD conocido por sus siglas en inglés), la demencia vascular (VaD conocido por sus siglas en inglés) y la demencia por Cuerpos de Lewy (LBD conocido por sus siglas en inglés) (Iglewicz, et al., 2010).

Alrededor del 80 % de los pacientes con un síndrome demencial puede presentar, síntomas conductuales, reacciones psicológicas y síntomas psiquiátricos de demencia (BPSD conocido por sus siglas en inglés), los cuales pueden ser: agitación, agresión, ilusiones, delirios, alucinaciones y falsas identificaciones (el paciente percibe que los familiares o amigos cercanos han sido sustituidos), vocalizaciones repetitivas y gritos, alteración del ciclo circadiano y deambulación errática (Sikka., et al, 2015).

“Los síntomas psicóticos pueden ser más comunes conforme aumenta la edad y los cambios sutiles del cerebro, como los cambios degenerativos o vasculares. Los síntomas psicóticos como tal, pueden ser la expresión de un pródromo de demencia, lo que también se vuelve más frecuente conforme aumenta la edad” (Sigstróm, et al., 2009).

Los síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (BPSD) incluyen un amplio rango de

síntomas heterogéneos que incluyen: reacciones psicológicas, síntomas psiquiátricos y conductas, que se presentan en personas con demencia (Finkel, et al., 1996). Para estos síntomas, el manejo no farmacológico es crucial.

Con respecto al manejo de los trastornos neurocognitivos, vamos a tener que las medidas no farmacológicas son consideradas la primera opción terapéutica en el manejo de los síntomas conductuales en los síndromes demenciales. Algunos ejemplos de esta intervención son: psicoeducación al cuidador, habilidades para simplificar las tareas y la comunicación, programa de ejercicios y actividades para el paciente, rutina para dormir (Gitlin, Kales, Lyketsos, Plank, 2012).

Mientras que el manejo farmacológico con antipsicóticos atípicos son utilizados para manejar los síntomas conductuales y los síntomas psicóticos en los pacientes con demencia, síntomas que exponen a estos pacientes a experimentar conductas auto y heteroagresivas, caídas y riesgo de ser institucionalizado. Sin embargo, estos han sido asociados a un riesgo aumentado para eventos cerebrovasculares y síndrome metabólico, en pacientes con demencia, por lo que en el 2005, la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) incluyó una advertencia en estos medicamentos (Schneider, Dagerman, Insel, 2005).

La excepción para utilizar antipsicóticos antagonistas de los receptores D2 son las demencias por cuerpos de Lewy, por la sensibilidad a estos medicamentos presentes hasta en un 50% de estos pacientes, produciéndose una reacción paradójica.,(McKeith, Perry, Fairbairn, Jabeen, 1992).

Al utilizar estos medicamentos, el clínico debe poner en una balanza los riesgos y beneficios del paciente y explicárselos a los cuidadores, sin dejar de lado, el análisis de los factores de riesgo propios de la persona para presentar enfermedad cerebrovascular o cardiovascular.

Ante dicha evidencia, las guías recomiendan utilizar estos medicamentos en pacientes con demencia, por períodos cortos, con una reducción de la dosis o inclusive su discontinuación después de haber alcanzado la estabilización de los síntomas (Schneider, Dagerman, Insel, 2005).

#### **3.4.5.4.1 Demencia por enfermedad de Alzheimer**

Ropacki y Jeste (2005) encontraron que la prevalencia de los síntomas psicóticos en pacientes con EA era de un 41.1 %, encontrando una prevalencia de un 36 % para delirios y un 18 % para alucinaciones.

En otro estudio encontraron que, de los síntomas psicóticos presentes en la EA, 23,4% correspondían a delirios de identificación errónea; 21,1% a delirios paranoides y 3,1% a delirios por falta de identificación (Sweet, et al., 2010).

Con respecto a los factores de riesgo para desarrollar psicosis en la EA, se ha relacionado de manera inconsistente con el envejecimiento, la duración del EA y con el inicio tardío de la EA (Ropacki, et al., 2005), y se ha relacionado de manera débil con: antecedentes familiares de demencia, vejez, sexo femenino.

Algunas de las diferencias clínicas entre la psicosis por EA y la esquizofrenia de inicio tardío son:

- En la AE las alucinaciones visuales son más comunes que las alucinaciones auditivas, a diferencia de lo que podemos observar en esquizofrenia (Ropacki, 2005).
- Los síntomas de primer rango de Schneider son raros en EA. (Jeste, et al., 2000).
- La falsa identificación y el síndrome de Capgras (la falsa creencia de que los seres amados no son quienes dicen ser) son los delirios reportados con mayor frecuencia en la psicosis por EA (Sweet, 2010).
- Es raro que los pacientes con EA presenten antecedentes de síntomas psicóticos en su historia de vida (Jeste, et al., 1992).
- Los síntomas psicóticos en la EA presentan un curso fluctuante con recaídas y remisiones, desaparecen usualmente en los estadios finales de la enfermedad. También, se han asociado con un aumento de los síntomas depresivos, más agresión, mayor edad y mal estado de salud, mientras que, las alucinaciones en la EA se han asociado con mayor

severidad de la enfermedad (Jeste, 2000).

Jeste y Finkel (2000), informaron que “se ha encontrado una asociación entre los delirios en la demencia y la disfunción de la corteza frontotemporal; además de una asociación entre la demencia con síntomas psicóticos y un aumento de los niveles subcorticales de norepinefrina, disminución de la serotonina cortical y subcortical y mayores cambios neurodegenerativos corticales” (p. 29).

Lee y colaboradores (2006), describieron la correlación entre los síntomas psicóticos en la EA y los cambios en la sustancia blanca en la corteza frontal, parieto-occipital y ganglio basal izquierdo. Mientras que, los cambios en la sustancia blanca solo se han asociado con los delirios de identificación errónea, no así con los delirios paranoides ni con las alucinaciones.

La psicosis con EA se asocia con mayor deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo rápidamente progresivo. También, se ha asociado con mayor estrés de los cuidadores, mayor deterioro en la calidad de vida de la persona portadora, mayor prevalencia de síntomas extrapiramidales, deterioro físico, mayor mortalidad, mayor asociación con otros síntomas neuropsiquiátricos como ansiedad, agitación y agresión (Iglewicz, et al., 2010).

Por otro lado, las alteraciones conductuales y la agitación son factores de riesgo para el deterioro funcional y la institucionalización (Cummings, J., et al., 1996).

**Tabla 4***Comparación de los hallazgos clínicos de la psicosis en la esquizofrenia y la EA*

<b>Hallazgos</b>	<b>Psicosis en la EA</b>	<b>Psicosis en Esquizofrenia</b>
<b>Prevalencia</b>	3.5 – 5 % de los pacientes con EA	Menos del 1 % de la población general
<b>Delirios complejos o bizarros</b>	Raro	Frecuente
<b>Falsa identificación de los cuidadores</b>	Frecuente	Raro
<b>Presentación más común de Alucinaciones</b>	Visuales	Auditivas
<b>Escala funcional de Schneider</b>	Raro	Frecuente
<b>Presencia de Ideación suicida</b>	Raro	Frecuente
<b>Antecedente de psicosis</b>	Raro	Muy común
<b>Remisión de la psicosis</b>	Frecuente	Infrecuente
<b>Necesidad de antipsicótico de mantenimiento</b>	Infrecuente	Frecuente
<b>Tratamiento coadyuvante</b>	Sensorial Actividades estructuradas Terapia conductual Contacto social	Terapia Cognitivo Conductual Entrenamiento en habilidades sociales

Tomado de: Nebhinani, N., et al. (2014). Late-life psychosis: An overview. **J Geriatr Mental Health, 1 (2), p. 65.**



#### **3.4.5.4.2 Demencia por enfermedad de Parkinson**

La demencia por enfermedad de Parkinson (PPD conocido por sus siglas en inglés), se diagnostica cuando la demencia se presenta después de un año o más, de haber iniciado el parkinsonismo (McKeith, Dickson, Lowe, et al., 2005).

La presencia de parkinsonismo y psicosis (tanto para la PDD como para LBD) se puede clasificar como: alucinosis benigna o como síntomas benignos complejos

Los pacientes con parkinsonismo y psicosis (LBD y PDD) se pueden clasificar como "alucinosis benigna" o como síntomas psicóticos complejos. La alucinosis benigna, que usualmente se presenta en la enfermedad de Parkinson sin demencia (PD conocido por sus siglas en inglés), implica trastornos perceptivos visuales leves, con capacidad de introspección conservada, que usualmente no requiere tratamiento. Mientras que las personas con PDD y LBD usualmente experimentan síntomas psicóticos complejos, aterradores, sin capacidad de introspección, con cambios en la conducta, que usualmente requiere tratamiento. (Weintraub, Hurtig, 2007).

La PD con psicosis está asociada a: mayor severidad del curso, mayor riesgo de desarrollar demencia, mayor discapacidad, alteración del sueño REM y necesidad de tratamiento con dosis altas de dopaminérgicos (Forsaa, Larsen, Wentzel-Larsen., et al., 2010).

Los síntomas psicóticos más frecuentes en la PDD son las alucinaciones visuales, están presentes en casi la mitad de los pacientes (Marti, Tolosa, de la Cerda., 2007).

Los delirios usualmente están asociados a la presencia de alucinaciones y están presentes en el 10 % de los pacientes (Aarsland., Larsen, Cummins, et al., 1999).

La presencia de síntomas psicóticos se asocia con estrés del cuidador, deterioro funcional y riesgo de institucionalización (Weintraub, et al., 2007).

#### **3.4.5.4.3 Demencia por Cuerpos de Lewy**

La presentación típica de la LBD involucra tres aspectos: alteración de la cognición (con cambios en la atención y el estado de alerta), alucinaciones visuales recurrentes, bien definidas y parkinson espontáneo (Weisman, McKeith, 2007).

LBD se diagnostica cuando el inicio de la demencia se produce dentro de un año después de la aparición de los síntomas motores de parkinsonismo (McKeith, et al., 2005).

La LBD con síntomas psicóticos se puede clasificar con alucinaciones, delirios o falsas identificaciones, siendo las alucinaciones visuales la más frecuente, se puede considerar uno de los hallazgos diagnósticos nucleares (Nagahama, Okina, Suzuki, et al., 2007).

Los delirios bien sistematizados y los trastornos sensorceptivos auditivos, táctiles, son menos frecuentes que las alucinaciones visuales, pero se pueden dar y su presencia apoya el diagnóstico de LBD.

Los delirios de falsas identificaciones en LBD pueden ir desde, simples falsas identificaciones de personas hasta los síndromes delirantes de falsas identificaciones, como el síndrome de Capgras y el delirio del “huésped fantasma”, que consiste en la idea delirante de que un intruso vive en el hogar (Iglewicz, et al., 2010).

Un estudio reciente encontró que los pacientes con LBD presentaban: 78 % alucinaciones, 56 % falsas identificaciones y un 25 % presentaban delirios (Nagahama, Okina, Suzuki, et al., 2007).

La LBD presenta incidencias más altas de alucinaciones y delirios que las personas con PPD y PD sin demencia y que las personas con EA (Aarsland, Ballard., Larsen, et al., 2001), ya que se presentan en el individuo desde etapas tempranas de la enfermedad, esto, a su vez, se ha asociado con niveles altos de estrés en el cuidador desde las etapas iniciales de la enfermedad (Ricci, et al., 2009).

Las alucinaciones se asocian con disfunción en las áreas de asociación cortical, occipital y

parietal; los delirios con la corteza frontal y los errores de identificación con el área límbica y paralímbica (Aarsland, et al., 1999).

La sensibilidad a los antipsicóticos antagonistas de los receptores D2 ocurre en un 50 % de los pacientes con LBD, produciéndose una reacción paradógica con estos medicamentos (McKeith, Perry, Fairbairn, Jabeen, 1992).

El manejo de LBD incluye intervenciones farmacológicas y no farmacológicas. Se ha sugerido que los inhibidores de acetilcolinesterasa, como el donepezilo, la rivastigmina y la galantamina, son el tratamiento base, por la disfunción del sistema colinérgico que presentan estos pacientes.

Los síntomas psicóticos pueden exacerbar con los antipsicóticos típicos, por lo que deben evitarse. Si es necesario, los antipsicóticos atípicos pueden ser utilizados a dosis bajas y con las precauciones necesarias (Weisman, McKeith, 2007)

#### **3.4.5.4.4 Demencia vascular**

La demencia vascular (VaD conocido por sus siglas en inglés) es un trastorno neurodegenerativo que abarca los diferentes cuadros clínicos demenciales, causados por enfermedad cerebrovascular. Es el segundo tipo más frecuente, después de EA.

Como parte de la presentación clínica, podemos encontrar: déficits cognitivos y signos, también síntomas neurológicos focales, como: parestesias, alteración de la marcha, alteración de los reflejos tendinosos, parálisis pseudobulbar, que nos hagan sospechar de la enfermedad (Colimón, Martán, Mendoza, 2005).

Se ha planteado la posible relación entre la presentación de los síntomas psiquiátricos y cognitivos y la gravedad de la lesión a nivel cerebral, a nivel sustancia blanca (Östling, et al., 2010).

Los síntomas psiquiátricos en los pacientes con VaD pueden ser heterogéneos y muy variados, que pueden ir desde trastornos afectivos (depresión, distimia, manía), irritabilidad, agresividad, desinhibición, psicosis, apatía, ansiedad, alteración del ciclo sueño vigilia. (Artaso-Irigoyen, et al., 2004).

El estudio Cache Country encontró que la prevalencia de las alucinaciones es similar entre la EA y la demencia vascular (VaD conocido por sus siglas en inglés), mientras que los delirios eran menos frecuentes (Leroi, Voulgari, Breitner, Lyketsos, 2003).

Por otro lado, Ostling y colaboradores (2011), encontraron que las personas con VaD presentan un porcentaje mayor de síntomas psicóticos, que las personas con EA, siendo los delirios casi

el doble de lo observado en EA, sin lograr asociar esto con el grado de severidad de la demencia, a diferencia de lo encontrado en la EA. Otra diferencia que podemos encontrar, según este estudio es que, los síntomas psicóticos en la VaD, se presentan en los estadios iniciales de la enfermedad, a diferencia de lo que ocurre en la EA.

La diferencia en la presentación clínica de los síntomas psicóticos en la EA y la VaD están relacionados con la localización de las lesiones y el área cerebral afectada y las diferencias fisiopatológicas de ambas enfermedades (Luna-Matos, Mcgrath, Gaviria, 2007).

## **4. Discusión**

### **4.1 Introducción a la discusión**

La discusión que se realiza en este trabajo consta de la identificación de las características clínicas presentadas por el paciente en su historia clínica psiquiátrica y su historia longitudinal, que ayudan a definir el diagnóstico de Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, secundario a situación estresante aguda.

“PRS”, masculino de 67 años, soltero, primaria incompleta, agricultor, vecino de Alajuela, sin antecedentes psiquiátricos previos, sin antecedentes heredofamiliares psiquiátricos conocidos, con antecedente de etilismo importante en la juventud y adultez media, con más de 40 años de abstinencia. Con un funcionamiento independiente en actividades de vida básica e instrumental, quién, además, participaba de manera activa en las actividades de su comunidad.

Tal y como se mencionó en el apartado de reporte de caso, el usuario “PRS”, consultó en el servicio de emergencias del HNP a principios de mayo, acompañado por su hermana, con la intención de buscar asesoría dada la situación de violencia que sufría “PRS”, por unos vecinos de la comunidad desde hacía 1 año aproximadamente. Situación que en ese momento se constató era real, según aseguraba la hermana. Esta situación ocasionó que el usuario dejara de salir de su casa por temor a que le hicieran daño.

Cuatro días después fue valorado en la Sección de Psiquiatría y Psicología Forense del Organismo de Investigación Judicial, a solicitud del Juzgado Penal del I Circuito Judicial de Alajuela, en donde se lleva una causa contra PRS por agresión. El denunciante, un vecino de “PRS”, relató cómo a mediados de diciembre había sido golpeado por PRS en varias ocasiones,

después de que este le dijera “estoy cansado de ustedes, esto no se va a quedar así y me falta el otro”. Agregó que, “al usuario se le había metido la idea de que él lo molestaba, que le echó gas a su casa, y que lo vigiló”.

Durante la pericia relató que tenía 1 año de tener problemas con los vecinos, quienes: “amenazaban con matarlo, le tendían trampas para acusarlo de abuso contra menores, le pagaban a menores de edad para que se subieran al techo de su casa a rociarle un químico que ortigaba, le rociaban ácido mientras dormía produciéndole quemaduras en la piel,” sin que éste acto lo despertara. Posterior a la pericia, psiquiatría forense recomienda su internamiento para valoración.

En emergencias del HNP relató que tenía un altercado con un vecino, que merodeaba su hogar, debido a que él había iniciado una “relación de amistad” con una mujer de 50 años, mal vista por sus vecinos, quienes deseaban que esa mujer se casara con otro vecino, por lo que empezaron a molestarlo y acosarlo de manera verbal, le lanzaban piedras a su casa y polvo pica pica en el techo y jardín, provocándole lesiones en la piel. Además, le pagaron a un menor de edad para que le tirara el polvo pica pica y así, no verse implicados de manera directa en el caso.

Con el pasar del tiempo, dicha situación provocó que el usuario “durmiera debajo de la cama”, para evitar el polvo pica pica; comenzó a tapar las grietas de la casa para que no le cayera ácido ni a él ni a sus mascotas y comenzó a cocinar en la sala por la misma razón. Además, dejó de salir de la casa, por temor y comenzó a “tapar a sus mascotas con plástico, para evitar que les cayera veneno”.

En otro momento, durante su internamiento comentó cómo, “una vecina le faltó el respeto y le

echó los perros” y como él respondió que no estaba interesado en ella, la familia de esta lo empezó a molestar. Refirió que él sabía que lo vigilaban desde las otras casas y cómo, al regresar por la noche, encontraba su casa y mascotas “bañadas en un aceite que era veneno, porque le querían hacer daño”.

En pabellón, “PRS” comentó que, al ser llevado hacia el pabellón, consideró la posibilidad de que “el enfermero le estuviera sacando fotos con el celular para enviárselas a sus vecinos”, ya que éste sacó su celular mientras lo llevaba en silla de ruedas.

La historia de conflictiva con dos vecinos de la comunidad, de 1 año de evolución, era ratificada por la hermana y algunos vecinos de la comunidad, como real, incluyendo la historia del polvo pica pica, del cual uno de estos también fue víctima.

El paciente interpuso una denuncia contra sus vecinos por las agresiones sufridas; sin embargo, ésta se archivó al no presentarse estos al juzgado.

Conforme el conflicto con los vecinos fue empeorando en los últimos dos meses, PRS asoció ideas delirantes de daño en su contra, las cuales fueron aumentando al punto de que, en diciembre, “al ver que se acercaba el vecino, tomó un palo y lo golpeó”. Hecho que genera su denuncia, peritaje forense y posterior internamiento.

#### **4.2 Sobre el diagnóstico y criterios cumplidos**

Considerando los criterios diagnósticos, expuestos en el capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento, del CIE-10, en el apartado F23.31, el paciente cumple con los siguientes hallazgos:



- Presencia de ideas delirantes de daño en su contra, de 1 mes de evolución, que no satisfacen los criterios diagnósticos de la esquizofrenia.
- El cuadro clínico se presenta de manera aguda, en una persona adulta mayor, funcional, independiente e involucrada en las actividades comunales, con el antecedente real de conflictiva con unos vecinos de la comunidad, esto implica un cambio en el funcionamiento y conducta de la persona y refleja un cambio de un estado normal a un estado psicótico en la persona.
- El paciente presentó una recuperación completa de su sintomatología psicótica durante su internamiento, el cual fue de 1 mes, logró mostrar adecuada introspección sobre la conflictiva con los vecinos y su conducta agresiva, que lo llevó a ser acusado judicialmente.

El paciente tenía historia de estrés agudo, por la conflictiva con los vecinos de 1 año de evolución. Es difícil dilucidar en qué momento de esta conflictiva, sus reservas cognitivas se agotaron y su fragilidad y vulnerabilidad se volvieron mayores, se rompió la homeostasis interna de “PRS” y lo llevó a la psicosis.

Se descartó la presencia de causas orgánicas como delirium, deterioro neurocognitivo, intoxicación aguda o síndrome de abstinencia por sustancias psicoactivas, alcohol o benzodiacepinas, antes de establecer este diagnóstico, se le solicitó exámenes de laboratorio y gabinete completos.

- Los síntomas prodrómicos de la enfermedad (ansiedad, labilidad, aislamiento social, temor a salir del hogar, trastornos conductuales leves) no fueron tomados en cuenta, al intentar establecer el tiempo de evolución del cuadro clínico, como tal, aunque fue difícil

establecer el momento en que “PRS” cruzó la delgada línea que separa, la conflictiva real con sus vecinos, constante y ofensiva por muchos meses y los delirios de daño en su contra, que lo llevaron a presentar su conducta agresiva.

El cuadro clínico cumplió con los criterios diagnósticos, según el CIE-10:

- Criterio A: Comienzo agudo de los síntomas psicóticos (desde un estado no psicótico a otro claramente psicótico en dos semanas o menos).
- Criterio B: Las ideas delirantes o alucinaciones, que hayan estado presentes durante la mayor parte del tiempo, desde que el cuadro clínico comenzó a manifestarse.
- Criterio C: No se satisfacen los criterios diagnósticos para esquizofrenia ni para trastorno psicótico agudo polimorfo.

Desde el punto de vista nosológico, siguiendo los lineamientos establecidos por el CIE-10, el paciente cumple con todos los criterios diagnósticos para, Otro trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, secundario a una situación estresante aguda.

### **4.3 Sobre los aspectos fenomenológicos**

Aunque contamos con pruebas neuropsicológicas del paciente, éstas se enfocaron en determinar o descartar la presencia de algún grado de deterioro neurocognitivo en los dominios cognitivos, que hiciera sospechar la presencia de un síndrome neurodegenerativo en el usuario, que explicara la aparición de un Trastorno psicótico de inicio muy tardío en una persona AM.

Se hará referencia a las características fenomenológicas que presentó el paciente, con la

intención de correlacionarlas, posteriormente, con lo expuesto en la literatura.

El cuadro clínico del paciente, se caracterizó, fundamentalmente, por la presencia de ideas delirantes de daño en su contra, circunscritas, bien sistematizadas, no extravagantes o terroríficas, tal y como se han descrito los delirios en los trastornos psicóticos agudos de predominio de ideas delirantes.

La presentación del cuadro clínico fue agudo, implicó un cambio en el funcionamiento y comportamiento del paciente. El usuario negó la presencia de trastornos sensoperceptivos en su hogar y a lo largo de su internamiento.

Por lo que, en ningún momento del cuadro clínico se cumplieron los criterios diagnósticos para esquizofrenia ni trastorno depresivo mayor.

Se descartó la presencia de un trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos, a pesar de que el usuario sí sufrió violencia por parte de unos vecinos de la comunidad, por un año de evolución, Situación que fue empeorando con el pasar de los meses. Dicha situación real, vivida por el paciente, puede ser catalogado como una situación de estrés agudo.

#### **4.4 Sobre el curso, pronóstico y factores de riesgo asociados**

Con respecto al curso natural de la enfermedad, tenemos que los síntomas psicóticos en el AM son frecuentes, asociadas generalmente a síndromes demenciales, aunque también se pueden presentar en el contexto de un trastorno afectivo o en el espectro de la esquizofrenia.

Estudios poblacionales han reportado la prevalencia de síntomas psicóticos en AM sin demencia

agregada hasta de un 2.6 – 4.2 % (Sigström., et al., 2009).

El trastorno de ideas delirantes en el AM, usualmente tiene un buen pronóstico, sólo se mantiene el núcleo delirante permanentemente en un pequeño porcentaje de quienes lo presentan.

Con respecto a los factores de riesgo que se han asociado al trastorno de ideas delirantes, como, antecedentes heredo familiares de esquizofrenia y diagnóstico de trastorno de personalidad paranoide, esquizoide o evitativo en el paciente, fueron negativos para este caso, al igual que no se encontraron en el usuario: déficits sensoriales ni enfermedades médicas, deterioro cognitivo. El único factor de riesgo presente es el propio envejecimiento y la circunstancia de estrés que estaba viviendo.

#### **4.5 Sobre el diagnóstico diferencial**

Al tratarse de un caso de psicosis de inicio tardío, con implicaciones legales para “PRS”, con el antecedente de haber sido víctima de violencia por miembros de la comunidad, en un paciente sin antecedentes psiquiátricos previos, pero con historia de etilismo importante desde su juventud hasta la adultez media, el diagnóstico diferencial con patologías que pueden producir psicosis secundaria era fundamental, para aclarar el diagnóstico y manejo por seguir.

Dado el antecedente de etilismo crónico en el usuario, una de las patologías que debían descartarse en este paciente, era el síndrome de Korsakoff, por el riesgo de una demencia secundaria al alcohol, secundario a la depleción crónica de tiamina, que generalmente se encuentra en los etilistas crónicos. Sin embargo, el usuario no presentaba alteración de la memoria reciente ni anterógrada, ni polineuropatía, ataxia, oftalmoplejía, por lo que se

descartó dicho diagnóstico. Claro está, que un TAC o RMN, hubiera corroborado la presencia de lesiones en los cuerpos mamilares y estructuras de la línea media del tálamo, típicas de este síndrome.

Se realizaron exámenes de laboratorio y gabinete, como hemograma; pruebas de función renal, hepáticas y tiroideas; niveles de electrolitos, folatos, vitamina B12; antígeno prostático, examen general de orina y tóxicos en orina, para realizar diagnóstico diferencial con enfermedades médicas de fondo, que pudiesen estar asociados con la sintomatología neuropsiquiátrica.

No se obtuvieron datos en las pruebas neurocognitivas, para la edad y la escolaridad del paciente, que indicaran la presencia de deterioro cognitivo, aunque en el rendimiento de las funciones ejecutivas mostró la tendencia a ser menor en comparación con las funciones neurocognitivas valoradas, se encontró en un rango de deterioro leve muy fronterizo a la normalidad, por lo que sería apropiado darle seguimiento a corto y mediano plazo, contemplar la posibilidad de que este cuadro clínico haya sido el pródromo de un síndrome demencial, duda que sólo el tiempo responderá en este caso.

La falta de precisión con respecto a los síntomas clínicos presentes en el caso, así como el momento de su aparición, establecían una relación causal con la conflictiva con los vecinos y la duda de, si durante esta situación con ellos, ocurrió una situación nueva, que causara la exacerbación de la sintomatología, al punto de la psicosis. Si las ideas delirantes hubieran persistido por más de tres meses, el diagnóstico debía ser Trastornos de ideas delirantes persistentes (F22).

#### **4.6 Sobre los aspectos neurobiológicos**

Lastimosamente, durante el internamiento, no se realizó un TAC como parte de su valoración, que permitiera descartar la presencia de anomalías micro o macro estructurales del cerebro, que hiciera sospechar de otras patologías asociadas o que ayudara a correlacionar la clínica del paciente, con alteraciones macro o micro estructurales, como las descritas en los pacientes con VLOSLP: ventrículos cerebrales dilatados, atrofia del cerebelo y áreas focales hiperintensas.

Con respecto al punto de vista genético, el paciente y acompañante negaron antecedentes heredofamiliares de enfermedades psiquiátricas mayores y demencias.

#### **4.7 Sobre el tratamiento**

El tratamiento utilizado desde el inicio en este caso en particular, fue haloperidol, a una dosis de 1 mg por noche, con excelente respuesta, buena tolerancia y ausencia de efectos secundarios, por lo que se mantuvo tanto la dosis como el tratamiento durante todo su internamiento y se egresó con la misma indicación.

Los estudios en general recomiendan el uso de antipsicóticos de segunda generación en los AM por el menor riesgo de síntomas extrapiramidales y el riesgo de disquinesia tardía aumentada en esta población. Sin embargo, no debemos olvidar que estos medicamentos presentan mayores efectos secundarios a nivel metabólico, en una población vulnerable, con múltiples factores de riesgo asociados con enfermedad cerebrovascular y enfermedad coronaria. Dentro de los más recomendados en esta población se encuentra la risperidona.

Los antipsicóticos de primera generación como el haloperidol, utilizado a dosis bajas, siguen siendo una buena opción terapéutica, siempre y cuando sigamos la regla de oro al medicar AM, la cual consiste en titular los medicamentos, despacio y a dosis bajas.

## Conclusiones

- Los trastornos psicóticos representan uno de los padecimientos psiquiátricos más severos, con graves repercusiones para la persona que lo padece como para sus allegados y se pueden presentar en cualquier momento de la vida. Sin embargo, su etiología es diferente en la población adulta mayor con respecto a la población adulta joven o a la infanto juvenil.
- Cuando la psicosis se presenta en una persona adulta mayor, se debe indagar si esta manifestación es producto de una enfermedad que inició en la juventud o edad media, como esquizofrenia o enfermedad bipolar, o si es producto de una enfermedad que está iniciando en la vejez. Luego de aclarar esta incógnita, se debe descartar enfermedades médicas que pudieran producir una psicosis secundaria, como es el caso del LES, encefalitis, demencias, entre otras. De ahí la importancia de realizar una valoración integral del adulto mayor, solicitar los exámenes de laboratorio pertinentes, sin olvidar los niveles de folatos y vitaminas, como la tiamina y vitamina B12.
- El AM es más vulnerable a desarrollar múltiples enfermedades ante diferentes estresores del día a día como eventos estresantes y enfermedades físicas, esto por una disminución de la reserva fisiológica y de la capacidad para mantener la homeostasis. Se exponen más fácilmente a desarrollar delirium, infecciones a repetición o psicosis. Por lo que, es fundamental valorar la fragilidad y reserva fisiológica durante la valoración por geriatría, como parte de la valoración integral del adulto mayor.
- El diagnóstico de Trastorno psicótico agudo con predominio de ideas delirantes, puede incluir como parte de su diagnóstico la asociación con una situación estresante aguda, debiendo cumplir con los siguientes criterios:



- Debe haber iniciado de manera aguda (2 semanas o menos de evolución), estableciéndose un cambio en la persona, pasando de la normalidad a un estado psicótico.
  - Presencia de ideas delirantes o alucinaciones comparativamente estables, que no satisfacen los criterios diagnósticos para esquizofrenia.
  - Usualmente las ideas delirantes son de persecución o de referencia.
  - Las alucinaciones generalmente son auditivas.
  - Se puede identificar la presencia de estrés agudo en la historia clínica, como factor desencadenante, al establecerse la asociación temporal entre la situación estresante y la aparición de los síntomas psicóticos, no más allá de 2 semanas después del evento.
  - Usualmente se da la recuperación completa en 2 ó 3 meses.
  - Debe descartarse causa orgánica.
- La principal causa de psicosis primaria en el adulto mayor de inicio tardío es el trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos.
  - Las principales causas de psicosis secundaria en el adulto mayor son los demenciales y el síndrome confusional agudo.
  - De los síndromes demenciales, los que más se asocian con síntomas psicóticos son: la demencia por enfermedad de Parkinson, la demencia vascular, la demencia por Cuerpos de Lewy y la enfermedad de Alzheimer.
  - Los síntomas psicóticos en la EA usualmente se presentan en los estadios iniciales de la enfermedad, hasta en un 40 % de los casos, los delirios son su manifestación más frecuente y en menor frecuencia las alucinaciones, generalmente visuales.

- La enfermedad de Parkinson con psicosis se asocia con mayor severidad del curso de la enfermedad y mayor riesgo de desarrollar demencia. La manifestación más frecuente es alucinaciones visuales, presentándose hasta en un 50 % de los casos.
- Las personas con demencia por enfermedad de Parkinson y la demencia por cuerpos de Lewy, usualmente experimentan síntomas psicóticos más complejos y aterradores.
- La demencia por cuerpos de Lewy con síntomas psicóticos se manifiestan con delirios, alucinaciones y falsas identificaciones. De estas, la más frecuente es alucinaciones visuales.
- Los síntomas psiquiátricos en la demencia vascular son heterogéneos, incluyen: trastornos afectivos, irritabilidad, agresividad, psicosis, ansiedad, trastorno del sueño. La prevalencia de las alucinaciones es similar a la encontrada en la enfermedad de Alzheimer.
- Las manifestaciones psicóticas en la enfermedad de Alzheimer y la demencia vascular están relacionadas con la localización de las lesiones en la estructura cerebral.

## Recomendaciones

- A lo largo del presente trabajo se ha mencionado la importancia de solicitar estudios de imágenes cerebrales como el TAC o RMN, para valorar la presencia de cambios macro o micro estructurales del cerebro, que ayuden a esclarecer si existe o no, presencia de enfermedad cerebrovascular o atrofia de la corteza cerebral, sugestiva de demencia, o de lesiones espacio ocupantes, que pudieran ser las responsables de la sintomatología presente en el paciente.
- Así mismo, resulta útil y necesario que se realicen pruebas neuropsicológicas a estos usuarios, que permitan valorar la presencia de alteraciones en los dominios neurocognitivos y su grado de deterioro funcional según el área afectada, para así brindar recomendaciones adecuadas y reales al paciente y familiares.
- Se recomienda elaborar un protocolo institucional de atención integral, para el abordaje de los primeros ingresos de adultos mayores con síntomas psicóticos, en la que se incluya la solicitud del TAC y pruebas neuropsicológicas, como parte del abordaje integral de esta población, con la finalidad de realizar un diagnóstico certero para el paciente y su familia.
- Sería útil dar seguimiento a corto y mediano plazo, de los casos de los pacientes AM ingresados por primera vez en el HNP con diagnóstico de egreso de Trastorno psicótico agudo, para conocer la evolución de los mismos a través del tiempo.

## Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.) Washington, D.C.: APA.
- Angulo, R. (2006). *Diferencias clínicas entre la psicosis relacionado con la demencia y la psicosis por otros trastornos psiquiátricos en adultos mayores*. (Tesis de Posgrado). Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Aarsland, D., Ballard, C., Larsen, J., et al. (2001). *A comparative study of psychiatric symptoms in dementia with Lewy bodies and Parkinson's disease with and without dementia*. **Int J Geriatr Psychiatry**, 16: 528–36.
- Aarsland, D., Larsen, J., Cummins, J., et al. (1999). *Prevalence and clinical correlates of psychotic symptoms in Parkinson disease: a community-based study*. **Arch Neurol**, 56:595–601.
- Almeida, O., Howard, R., Förstl, L., Raymond, L. (1992). *Late Paraphrenia: a review*. **Int J of Geriatric Psychiatry**, 7: 543-548.
- Alexopoulos, G., et al. (2002). *Comorbidity of late-life depression: an opportunity for research in mechanisms and treatment*. **Biol Psychiatry**, 52: 543–58.

Alexopoulos, G. (2005). *Depression in the elderly*. **Lancet**, 365: 1961–70.

Andreescu, C., et al. (2007). *Persisting low use of antipsychotics in the treatment of major depressive disorder with psychotic features*. **J Clin Psychiatry**, 68(2): 194-200.

Artaso-Irigoyen B, et al. (2004). *Síntomas neuropsiquiátricos en el síndrome demencial*. **Revista de Neurología**, 38: 506-10.

Ballard C., Bannifer, C., Graham, C., et al. (1995). *Associations of psychotic symptoms in dementia sufferers*. **Br Med J**, 167: 537-40.

Barak, Y., et al. (2002). *Very late-onset schizophrenia-like psychosis. Clinical and imaging characteristics in comparison with elderly patients with schizophrenia*. **J Nerv Dis**, 190(1): 733-6.

Benabarre, S., et al. (2016). *Protocolo de estudio sobre condicionantes de desestabilización física y psicosocial en los mayores*. **Gac Sanit**.

Blazer, D. (2003). *Depression in late life: review and commentary*. **J Gerontol Med Sci**, 56A: 249–65.

Bürgy, M. (2012). *The origin of the concept of psychosis: Canstatt 1841*. **Psychopathology**, 45: 133 –134.

- Bruns, J., Hauser, W. (2003). *The epidemiology of traumatic brain injury: a review*. **Epilepsia**, 44(10): 2-10.
- Brunelle, S., Cole, M.y Elie, M. (2012). *Risk factor for the late-onset psychoses: A sistematic review of cohort studies*. **Int J Geriatr Psychiatry**. 27: 240-252.
- Casadevall, T., Pascual, L., Fernández, T., Escalza, I., Navas, I., et al. (2002). *Tratamiento farmacológico de la psicosis de Korsakoff: revisión de la bibliografía y experiencia en dos casos*. **Rev Neurol**, 35(4): 341-345.
- Chaudhary, M., Rabheru, K. (2009). *Síntomas paranoides en pacientes ancianos*. **Revista de Toxicomanías**. 56: 23-31.
- Christenson, R., Blazer, D. (1984). *Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community*. **Am J Psychiatry**, 141: 1088 – 1091.
- Claire, R., Clare, L., Ryan, P., Jackson, M. (2009). *“Not of this world”: The subjective experience of late-onset psychosis*. **Ageing & Mental Health**, 13 (6): 779-787.
- Clegg, A., et al. (2013). *Frailty in elderly people*. **Lancet**, 381: 752-62.
- Colijn, M.; Nitta, B.; Grossberg, G. (2015). *Psychosis in later life: a review and update*. **Harvard Review of Psychiatry**, 23 (5): 354-367.
- Colimón, N., Martán, V., Mendoza, C. (2005). *Alteraciones neuropsiquiátricas en demencia vascular*. **Revista Colombiana de Psiquiatría**, 34(2)
- Copeland, J., Dewey, M., Scott, A. (1998). *Schizophrenia and delusional disorder in older age:*

*community prevalence, incidence, comorbidity, and outcome. Schizophr Bull*, 24: 153–161.

Cooper, A., Curry, R. (1975). THE PATHOLOGY OF DEAFNESS IN THE PARANOID AND AFFECTIVE PSYCHOSIS OF LATER LIFE. *J Psychosomatic Research*, 20: 91-105.

Cummings, J., et al. (1994). *The Neuropsychiatric inventory comprehensive assessment of psychopathology in dementia. Neurology*, 44: 2308-14.

Cutting, J. (1987). *The Phenomenology of Acute Organic Psychosis Comparison with Acute Schizophrenia. Br J Psychiatry*, 151: 324-332.

de Portugal E., et al. (2010). *Gender differences in delusional disorder: evidence from an outpatient sample. Psychiatry Res*, 177:235–9.

Elderkin-Thompson V, Kumar A, Bilker WB, et al. *Neuropsychological deficits among patients with late-onset minor and major depression. Arch Clin Neuropsychol*, 18: 529–49.

Fernández, E., Ortiz, E., Gallego, A. (2011). *Psicosis de inicio tardío. Psicogeriatría*, 3 (1): 37-39.

Fleet, J., Ernst, T. (2013). *Clinical Guideline: The prevention, recognition and management of delirium in adult in- patients.*

Forsaa, E., Larsen J., Wentzel-Larsen, T., et al. (2010). *A 12-year population-based study of*

- psychosis in Parkinson disease. Arch Neurol*, 67: 996–1001.
- Fuchs, T. (1999). *Patterns of relation and premorbid personality in late paraphrenia and depression. Psychopathology*, 32, 70-80.
- Frank, L. (2015). *Thiamin in Clinical Practice. J of Parenteral and Enteral Nutrition*, 20 (10): 1-8.
- Giblin, S., Livingston, C., Howard, G. (2004). *Psychosocial correlates of late onset psychosis: life experiences, cognitive schemas, and attitudes to ageing. Int J Geriatr Psychiatry*. 19: 611-623.
- Gitlin, L., Kales, H., Lyketsos, C., Plank, E. (2012). *Managing Behavioral Symptoms in Dementia Using Nonpharmacologic Approaches: An Overview. JAMA*, 308(19): 2020-2029.
- González M., Pueyo, R. y Josep María Serra, J., (2004). *Secuelas neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos. Anales de psicología*, 20(2): 303-316.
- Grover, S., Avasthi, A., Sharma, A. (2014). *Motoric subtypes of delirium in geriatric patients. J Geriatr Ment Health*, 1:14-9.
- Guzmán, F. (2008). *Fisiopatología del trauma craneoencefálico. Colombia Médica*, 39(3): 78-84.
- Harris, M., Jeste, D. (1988). *Late onset schizophrenia: an overview. Schizopr Bull*. 14: 39-55.
- Howard, R., Castle, D., O'Brien, J., Almeida, O., Levy, R. (1992). *Permeable walls, floors,*



*ceilings and doors. Partition delusions in late paraphrenia. **Internacional J of Geriatr Psychiatry**, 7:719-724.*

Howard, R., Rabins, P., Seeman, M., Jeste, D., y Internacional LOS Group. (2000). *Late-Onset Schizophrenia and Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: An International Consensus. **Am J Psychiatry**, 157:2.*

Iglewicz, A., Meeks, T., Jeste, D. (2011). *New wine in old bottle: late- life psychosis. **Psychiatr.Clin North Am.** 34:295–318, vii.*

Inouye, S., Westendorp, R., Saczynski, J. (2014). *Delirium in elderly people. Recuperado de: [http:// \*\*www.thelancet.com\*\*](http://www.thelancet.com), 383: 911-22.*

Jain, G., Kumar, V., Chakrabarti, S., Grover, S. (2008). *The use of electroconvulsive therapy in the elderly: a study from the psychiatric unit of a north Indian teaching hospital. **TEC**, 24(2): 122-7.*

Jeste, D., et al. (1992). *Cognitive deficits of patients with Alzheimer's disease with and without delusions. **Am J Psychiatry**, 149:184–9.*

Jeste, D., et al. (1995). *Clinical and psychological characteristics of patients with late onset schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 152:5: 722-730.*

Jeste, D., Symonds, L., Harris, M., Paulsen, J., Barton, W., Heaton, R.. (1997). *Nondementia*

- nonpraecox dementia praecox? Late onset schizophrenia. Am J Geriatr Psychiatry, 5:302-17.*
- Jeste, D., Finkel, S. (2000). *Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias: diagnostic criteria for a distinct syndrome. Am J Geriatr Psychiatry, 8:29-34.*
- Jones, D., et al. (2005). *A diffusion tensor magnetic resonance imaging study of frontal cortex connections in very late onset schizophrenia like psychosis. Am J Geriatr Psychiatry, 13:1092-1099.*
- Kay, D., Roth, M. (1961). *Environmental and hereditary factors in the schizophrenias of old age and their bearing on the general problem of schizophrenia. J. Ment. Sci. 107,649-686.*
- Kendler K. (1982). *Demography of paranoid psychosis (delusional disorder): a review and comparison with schizophrenia and affective illness. Arch Gen Psychiatry, 39:890-902.*
- Kender, K., Davis, K. (1981). *The genetics and biochemistry of paranoid schizophrenia and other paranoid psychoses. Schizophrenia Bulletin, 7(4): 689-709.*
- Kendler, K., Tsuang, M., Hays, P. (1987). *Age at onset in schizophrenia. A familial perspective. Arch Gen Psychiatry, 44:881-90.*
- Keshavan, M., Kaneko, Y. (2013). *Secondary psychoses: an update. World Psychiatry, 12:4-*

15.

Kessler, R., et al. (1994). *Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States*. *Arch Gen Psych*, 51: 8-19.

Kim, E., et al. (2007). *A Critical Review of the Literature (A Report by the ANPA Committee on Research)*. **J of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience**, 19(2): 106-127.

Kwak, Y.; Yang, Y.; Koo, M. (2015). Late-onset psychosis; is it real? *Dement Neurocogn Disord*,14(1): 1-11.

Kyomen, H.; Whitfield, T. (2009). *Psychosis in the elderly*. **Am J Psychiatry**, 166:2: 146-150.

Legascue de Larrañaga, I. (2007). *Neuropsiquiatría y Daño Cerebral*. **Acción Psicológica**, 4(3): 17-25.

Lee, D., Choo, I., Kim, K., et al. (2006). *White matter changes associated with psychotic symptoms in Alzheimer's disease patients*. **J Neuropsychiatry Clin Neurosci**, 18:191–8.

Leroi, I., Voulgari, A., Breitner, J., Lyketsos, C., (2003). *The epidemiology of psychosis in dementia*. **Am J Geriatr Psychiatry**, 11(1): 83-91.

Livingston, G., et al. (2001). *Persecutory symptoms and perceptual disturbance in a community sample of older people: the Islington study*. **Int J Geriatr Psychiatry**, 16: 462 – 468.

Madhusoodanan, S., Suresh, P., Brenner, R., Pillai, R. (1999). *Experience with the Atypical*

- Antipsychotics- Risperidone and Olanzapine in the Elderly. Annals of Clinical Psychiatry*, 11(3): 113-118.
- Maldonado, J. (2013). *Neuropathogenesis of delirium: Review of current etiologic Theories and common pathways. Am J Geriatr Psychiatry*, 21:12.
- Mair, W., Warrington, G., Weiskrantz, L. (1979). *Memory disorder in Korsakoff's psychosis. Brain*, 102: 749-83.
- Marti, M., Tolosa, E., de la Cerda, A. (2007). *Dementia in Parkinson's disease. J Neurol*, 254:41–8.
- Martínez, A., Rábano, A. (2002). *Efectos del alcohol etílico sobre el sistema nervioso. Rev Esp Patol*, 35 (1): 63 – 76.
- Martínez, N., Petidier-Torregrosa, R., Casas-Herrero, A. (2012). *Delirium en el paciente anciano: actualización en prevención, diagnóstico y tratamiento. Med Clin*, 138 (2):78–84.
- McKeith, I., Perry, R., Fairbairn, A., Jabeen, S., Perry, E. (1992). *Operational criteria for senile dementia of Lewy body type (SDLT). Psychol Med*, 22: 911–922.
- McKeith, I., et al. (2005). *Consortium on DLB. Diagnosis and management of dementia with Lewy bodies: third report of the DLB Consortium. Neurology*, 65:1863–72.

- Mitter, P., et al. (2005). *Migrant status, age, gender and social isolation in very late-onset schizophrenia-like psychosis*. **Int J Geriatr Psychiatry**, 20: 1046–1051.
- Nagahama, Y., Okina, T., Suzuki, N., et al., (2007). *Classification of psychotic symptoms in dementia with Lewy bodies*. **Am J Geriatr Psychiatry**, 15:961–7.
- Nebhinani, N.; Pareek, V.; Grover, S. (2014). *Late life psychosis: an overview*. **J of Geriatr Mental Health**, 1(2):60-70.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE 10, Trastornos Mentales y del Comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. España: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Ostling, S., Gustafson, D., Blennow, K., et al. (2011). *Psychotic symptoms in a population based sample of 85-year old individuals with dementia*. **J Geriatr Psychiatry Neurol**, 24 (1):3–8.
- Ozbolt, L., Paniagra, M., Kaiser, R. (2008). *Atypical antipsychotics for the treatment of delirious elders*. **J Am Med Dir Assoc**, 9:18–28.
- Palmer, B., McClure, F., Jeste, D. (2001). *Schizophrenia in late life: Findings challenge traditional concepts*. **Harv Rev Psychiatry**, 9:51-8.
- Pérez, A., Agudelo, V. (2007). *Trastornos neuropsiquiátricos por trauma craneoencefálico*. **Rev. Colomb. Psiquiat**, 36 (1): 40S-51S.
- Prakash, J., et al. (2012). *Delusional parasitosis: worms of the mind*. **Int Psychiatry J**, 21: 72-4.

- Ropacki, S., Jeste, D. (2005). *Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003*. **Am J Psychiatry**, 162: 2022–30.
- Ricci M, et al. (2009). *Clinical findings, functional abilities and caregiver distress in the early stage of dementia with Lewy bodies (DLB) and Alzheimer's disease (AD)*. **Arch Gerontol Geriatr**, 49: e101–4.
- Robins, L., Locke, B., Regier, D. (1991). *Psychiatry disorders in America*. New York: The Free Press, 328-366.
- Ropacki, S., Jeste, D. (2005). *Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease: a review of 55 studies published from 1990 to 2003*. **Am J Psychiatry**, 162: 2022-30.
- Roth, M.; Morrissey, J. (1952). *Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age*. **J. Ment. Sci.** 98, 66-80.
- Rothschild, A. (2013). *Challenges in the Treatment of Major Depressive Disorder With Psychotic Features*. **Schizophr Bull**, 39(4): 787-796.
- Sable, J., Jeste, D. (2002). Antipsychotic treatment for late-life schizophrenia. *Curr Psychiatry*

Rep, 4(4): 229-306.

Sadock, B.; Sadock, V.; Ruiz, Pedro. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del comportamiento/psiquiatría clínica*. Undécima edición. España: Barcelona: Editorial Wolters Kluwer.

Sanjeev, M., et al. (2003). *Electroconvulsive therapy in the elderly*. **Clin Geriatr Med**, 19: 825–839.

Salech, F., Jara, R., Michea, L. (2012). CAMBIOS FISIOLÓGICOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO. **REV MED CLIN CONDES**, 23(1) 19-29.

Saxena, S., Lawley, D. (2009). *Delirium in the elderly: A Clinical Review*. **Postgrad Med J**, 85:405–413.

Sciolla, A., Jeste, D. (1998). *Use of antipsychotics in the elderly*. **Int J Psychiatry Clin Pract**, 1: S27-34.

Schneider, L., Dagerman, K., Philip, I. (2005). Risk of Death With Atypical Antipsychotic Drug Treatment for Dementia. Meta-analysis of Randomized Placebo-Controlled Trials. **JAMA**, 294: 1934-1943.

Sharma, E., et al. (2014). *Very late onset schizophrenia like psychosis: Case series and future direction*. **Indian Journal of Psychological Medicine**, 36: 208-10.

Sikka, V., Kalra, S., Galwankar, S. (2015). *Psychiatric emergencies in the elderly*. **Emerg Med Clin N Am**, 33: 825-839.

Silver, J., Yudofsky, S., Anderson, K. (2005). *Textbook of Traumatic Brain Injury*. 1ra edición.

Washington: D.C. American Psychiatric Publishing Inc.

Sigström, R., et al. (2009). *The prevalence of psychotic symptoms and paranoid ideation in non-demented population samples aged 70 – 82 years.* **Int J Geriatr Psychiatry**, 24: 1413-1419.

Sivolap, Y. (2005). *The Current State of SS Korsakov's Concept of Alcoholic Polyneuritic Psychosis.* **Neuroscience and Behavioral Physiology**, 35(9): 977-981.

Sweet RA, Bennett DA, Graff-Radford NR, et al. (2010). *Assessment and familial aggregation of psychosis in Alzheimer's disease from the National Institute on Aging Late Onset Alzheimer's Disease Family Study.* **Brain**, 133:1155–62.

Tomac, T., et al. (1997). *Safety and efficacy of electroconvulsive therapy in patients over age 85.* **Am J Geriatr Psychiatry**, 5(2):126–30. .

Trzepacz, P. (1994). *The neuropathogenesis of delirium: a need to focus our research.* **Psychosomatic**, 35 (4): 374-391.

van Duijn CM, Clayton DG, Chandra V, et al. (1994). *Interaction between genetic and environmental risk factors for Alzheimer's disease: a reanalysis of case-control studies.* **Genet Epidemiol**; 11: 539–51.

Webster, J., Grossberg, G. (1998). *Late-Life Onset of Psychotic Symptoms.* **Am J Geriatr Psychiatry**, 6: 196-202.



Weintraub, D., Hurting, H. (2007). *Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies*. **Am J Psychiatry**, 164(10): 1491-8.

Weisman, D., McKeith, I. (2007). *Dementia with Lewy Bodies*. **Seminars in Neurology**, 27(1): 42-47.

Wie, L., Fearing, M., Sternberg, E., Inouye, S. (2008). *The Confusion Assessment Method (CAM): A Systematic Review of Current Usage*. **J Am Geriatr Soc**, 56(5): 823-830.

Wragg R., Jeste D. (1989). *Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease*. **Am J Psychiatry**; 146: 577-89.

Yaffe K, Blackwell T, Gore R, Sands L, Reus V, Browner WS. (1999). *Depressive symptoms and cognitive decline in non-demented elderly: a prospective study*. **Arch Gen Psychiatry**, 56: 425-30.

San Pedro de Poás, 7 de enero de 2017

Doctora  
Carolina Montoya Brenes  
Directora de Posgrado en Psiquiatría  
Sistema de Estudios de Posgrado  
Universidad de Costa Rica

Estimada señora:

La estudiante **Andrea Rodríguez González** me ha presentado, para efectos de corrección de estilo la tesis denominada **Psicosis de inicio tardío en el adulto mayor: análisis de un caso clínico.**

He revisado, de acuerdo con los lineamientos de la corrección de estilo, los aspectos de estructura gramatical, puntuación, ortografía y los vicios de dicción y he verificado que se han realizado todas las correcciones indicadas en el documento.

Por consiguiente, doy fe de que este trabajo cumple con los requisitos formales desde el punto de vista de la corrección idiomática.

Sin otro particular,

  
Máster Margarita Víquez Murillo

Carné Número 005387.