

# PSICOSIS EN EL ANCIANO



Badajoz, 10 de Enero de 2007

Ignacio Torres Solís  
M<sup>a</sup> Isabel Teva García  
MIR Psiquiatría

# Índice de la sesión

## DEFINICIÓN DE PSICOSIS

## CLÍNICA PSICÓTICA

## PECULIARIDADES DE LA VEJEZ

- Cambios psicológicos en la senectud
- Evaluación del paciente anciano

## TRASTORNOS PSICÓTICOS DE LA VEJEZ

### ANCIANO CON PSICOSIS PREVIA

- Esquizofrenia de origen precoz
- Trastorno bipolar de inicio en edad adulta

### ANCIANO SIN PSICOSIS PREVIA

- Demencia
- Esquizofrenia
  - Inicio tardío y muy tardío.
  - ¿Parafrenia?.
- T. Delirante de inicio tardío
- T. Psicótico breve (del anciano)
- T. afectivos con síntomas psicóticos
- Delirium
- Otros
  - T. Psicótico compartido
  - T personalidad previo
  - Desafrentación



# Definición de Psicosis

El significado tradicional del término *psicótico* es pérdida del contacto con la realidad y deterioro del funcionamiento mental que se manifiesta con ideas delirantes, alucinaciones, confusión y alteraciones de la memoria.

# Definición de Psicosis

En su uso psiquiátrico más habitual, el término *psicótico* se convierte en sinónimo de deterioro grave del funcionamiento personal y social caracterizado por retraimiento social e incapacidad para desempeñar los roles domésticos y laborales normales.

# Definición de Psicosis

Según el *American Psychiatric Glossary* de la *American Psychiatric Association*, el término *psicótico* significa deterioro grave del contacto con la realidad.

Puede utilizarse para describir el comportamiento de una persona en un momento dado o bien un trastorno mental que curse con dicho deterioro.

# Clínica psicótica

- Alucinaciones.
- Delirios.
- Desorganización del pensamiento.
- Síndrome negativo.
- Deterioro cognitivo.
- Alteraciones conductuales.

# Peculiaridades de la vejez



# Peculiaridades de la vejez

El ser humano pasa por etapas de crecimiento, maduración y declinación. Cada una de estas etapas tiene sus rasgos característicos.

La vejez es la última etapa de la existencia y es importante para la Psiquiatría establecer la diferencia entre la vejez normal y la vejez patológica. La primera es llamada senectud y la segunda, senilidad.



# Peculiaridades de la vejez

Con las modificaciones de las funciones psíquicas de la senectud, se modifica la capacidad de enfrentarse eficazmente con los problemas que impone la realidad. El anciano rigidifica sus hábitos de conducta refugiándose en los hábitos que conoce previamente. Así se remarca el carácter egocéntrico, la retracción e interiorización de su vida afectiva, la hipertrofia del instinto de conservación, la irritabilidad y avaricia material.

# Cambios psicológicos en la senectud



# Cambios psicológicos en la senectud

- Reducción de las habilidades.
- Enlentecimiento de la velocidad psicomotriz.
- Dificultades de adaptación.
- Relativa conservación de las aptitudes verbales.
- Déficit amnésico.
- Deterioro psicométrico.
- Alteraciones sensoriales.

# Evaluación del paciente anciano

- En el anciano, las manifestaciones típicas de las enfermedades psiquiátricas se ven afectadas por la comorbilidad con enfermedades somáticas, incluidos los déficit sensoriales y con los trastornos mentales orgánicos, como la demencia o el delirium. Además los ancianos tienden a presentar los síntomas psíquicos como quejas somáticas. En la práctica clínica estos hechos se reflejan en la importancia que se debe dar a la valoración del estado físico y a la exploración cognitiva.

# Evaluación del paciente anciano



# Trastornos psicóticos en la vejez

Los síntomas psicóticos se presentan en los ancianos vinculados a diversas entidades clínicas. Pueden ser consecuencia de trastornos iniciados en la edad temprana o aparecer en la vejez.

Un 10% de los ingresos psiquiátricos en personas mayores de 65 años presentan síntomas psicóticos.

**Anciano con psicosis previa:**  
**Esquizofrenia de inicio precoz**



# Anciano con psicosis previa: Esquizofrenia de inicio precoz

La mayor longevidad general de la población, resultado de la mejora de la atención sanitaria en los últimos tiempos, está suponiendo que cada vez existan más personas ancianas que padecen una esquizofrenia desde su juventud.

Existe poca información respecto a la prevalencia de trastornos psicóticos graves de inicio precoz en la edad avanzada. Dependiendo en gran manera de la localidad donde se trate y de las políticas asistenciales que haya, estos pacientes se encontrarán en menor o mayor número viviendo en el medio hospitalario, en la comunidad o en medio residencial institucional.



# La evolución a largo plazo de la esquizofrenia

Hay estudios sobre los que pueden extraerse varias conclusiones:

- Se suaviza en gran manera el destino progresivo y hacia el deterioro demencial que fue anunciado por Kraepelin.

El propio Bleuler en 1911 ya documentó evoluciones favorables en una parte de los pacientes esquizofrénicos conforme avanza la edad.

- No existe mayor riesgo de evolución hacia la demencia que en la población no esquizofrénica.

(Trastornos psicóticos en el anciano. Luis F. Agüera Ortiz. Revista Hospitalaria. 2000)

# La evolución a largo plazo de la esquizofrenia

La evolución suele estar caracterizada por un deterioro que se da en los primeros años de la enfermedad para alcanzarse luego una cierta estabilidad donde son posibles las fluctuaciones, pero no de la forma intensa en que suelen darse durante los primeros años. En la mayoría de los casos ocurre una estabilización sintomática en la edad media de la vida que persiste con posterioridad.

El destino a largo plazo de la esquizofrenia es sumamente variable y resulta difícil proponer patrones típicos porque no los hay.

# La evolución a largo plazo de la esquizofrenia

Un pronóstico más favorable de la sintomatología no siempre se ve acompañado de forma directa de un correlato de buen funcionamiento social. Así, en los distintos estudios el número de pacientes capaces de llevar una vida independiente y socialmente ajustada no suele superar el 50%.

Por tanto, la evolución clínica y social de los pacientes es muy variable y también lo son sus características sintomáticas.

# La evolución a largo plazo de la esquizofrenia

En los ancianos con esquizofrenia precoz, los puntos de coincidencia se sitúan sobre todo en la disminución de los síntomas positivos y la persistencia de los síntomas negativos.

Síntomas positivos de primer rango, delirios, alucinaciones, comportamientos extraños o agresividad tienden a extinguirse con la edad.

Existe un predominio de síntomas negativos no productivos del tipo abulia, indiferencia, afecto aplanado, pobreza del lenguaje y alogia, desconexión del entorno, mutismo, negativismo, manierismo o estereotipias.

# La evolución a largo plazo de la esquizofrenia

Los subtipos clásicos de la esquizofrenia persisten de una forma mucho más borrosa, dando paso a estados residuales más inespecíficos. Si persisten los síntomas positivos, interfieren en menor medida con la vida cotidiana. Los pacientes suelen llegar a una suerte de entendimiento con sus delirios o alucinaciones que las hace menos disruptivas y les permite una mejor adaptación integrándolas en su vida diaria.

# La evolución a largo plazo de la esquizofrenia

La persistencia de síntomas negativos es en buena parte responsable del pronóstico poco favorable de la esquizofrenia a largo plazo desde el punto de vista del funcionamiento social. La calidad de vida se ve seriamente afectada por la desconexión social, aislamiento, soledad, ausencia de funciones definidas y dependencia de otros. Esta dependencia es frecuentemente institucional.

Los pacientes, muchas veces solteros, tienen relaciones muy variables con las familias de origen, cuyos lazos con el paciente se van haciendo cada vez más lábiles a medida que pasa el tiempo y los familiares más directos también envejecen o desaparecen.

# Trastorno bipolar en el anciano



# Trastorno bipolar en el anciano

La edad de comienzo habitual es la adulta. Sólo en el 10% de los casos se inicia en la vejez.

Los síntomas de la manía en el anciano son similares a los del adulto (euforia, disminución del sueño, distraibilidad, impulsividad, irritabilidad, abuso de alcohol y conductas paranoides y hostiles.)

Es frecuente en los episodios maníacos de los ancianos los signos de deterioro cognitivo sugestivos de demencia, la fuga de idea sin taquipsiquia, el relato ininterrumpible de anécdotas, la perplejidad y la presencia simultánea de sintomatología mixta maniaco-depresiva. Esto conduce a veces al diagnóstico erróneo de demencia o delirium



# ANCIANO SIN PSICOSIS PREVIA

Varios problemas:

- En general existe poco consenso en la definición de estos trastornos.
- Su presentación suele ser solapada.
- Existen menos estudios de eficacia farmacológica que en población más joven.

# ANCIANO SIN PSICOSIS PREVIA

- **Demencia**
- **Esquizofrenia**
  - Inicio tardío y muy tardío.
  - ¿Parafrenia?
- **T. Delirante de inicio tardío**
- **T. Psicótico breve (del anciano)**
- **T. afectivos con síntomas psicóticos**
- **Delirium**
- **Otros**
  - T. Psicótico compartido
  - T personalidad previo
  - Desafrentación

# Demencias

- Pérdida gradual de funciones mentales previamente adquiridas: memoria, cognición, lenguaje, funciones ejecutivas.
- 2ª causa de invalidez por encima de los 65 años.
- > 65 años: 5% grave, 15 % leve.
- Casi el 75 % de los pacientes con demencia presentan delirios o alucinaciones en algún momento de su enfermedad.

# Demencias

- Prácticamente todos presentan alteraciones de conducta potencialmente tratables con antipsicóticos (agitación, inquietud, irritabilidad, vocerío, vagabundeo, violencia, desinhibición).
- Corticales: amnesia, afasia, apraxia y agnosia: EA, ECJ y DFT.
- Subcorticales: trastornos de la marcha y el movimiento, retardo psicomotor, abulia, clínica depresiva: DV, EP, HPN, EW, CH y DCL.
- Generalmente mixta. Luego EA (50-60%) y DV.

# ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO vs. inicio precoz

- > 45 años (> 65 años inicio muy tardío).
- > proporción de mujeres
- < historia familiar de esquizofrenia
- > variedad de formas de alucinaciones
- > ideas delirantes persecutorias
- < frecuencia de trastorno formal del pensamiento
- < síntomas negativos
- < clínica residual
- < deterioro cognitivo
- Personalidad premórbida y afectividad mejor conservada
- MEJOR PRONÓSTICO

# ¿Existe la parafrenia?

- En las clasificaciones oficiales actuales no se considera como una entidad independiente de la esquizofrenia.
- Término propuesto por Kraepelin para designar a trastornos con alucinaciones y delirios y menor deterioro de la personalidad de base y la afectividad; como intermedio de la paranoia y la demencia precoz paranoide.
- Roth propuso el de parafrenia tardía para las psicosis que comienzan > 60 años, en ausencia de trastornos orgánicos y de la afectividad.

# ¿Existe la parafrenia?

- Tiende hoy a no emplearse porque se considera una forma de esquizofrenia de presencia tardía, lo cual explicaría el menor deterioro y la menor afectación de la personalidad; diagnosticándose de esquizofrenia si cumple los criterios, cualquiera que sea la edad de su aparición según Grahame (1984).
- Psicopatológicamente se caracteriza por predominio de sistemas delirantes fantásticos preservando la forma del pensamiento y la afectividad.
- Hoy día dx bajo la VLOS, LOS o la psicosis NOS.

# Trastorno delirante

- Generalmente aparece entre los 40 y 55 años, pero pudiese hacerlo a cualquier edad.
- El delirio más frecuente es el de persecución. (envenenamiento, perjuicio, “Delirio del tabique”, perjuicio), somáticos. Delirios creíbles.
- Relacionado con situaciones de estrés físico y **psicosocial** (viudedad, problemas económicos, enfermedad, aislamiento social, déficit auditivos y visuales).
- En > de 65 años, el 4% tenía delirios de persecución generalizados.



# Trastorno psicótico breve

- De la misma manera que la población de menor edad, los ancianos pueden desarrollar un cuadro psicótico secundario a un factor de estrés.
- Debe ser tenido en cuenta para intentar no mantener tratamientos innecesarios.

# Manía

- Un primer episodio maníaco > 65 años obliga a descartar una causa orgánica. (anamnesis detallada, tratamientos actuales, análisis sanguíneos, nutricionales y hormonales, imagen y EEG).
- En la clínica de la manía de inicio tardío destacan los delirios megalomaníacos, la irritabilidad y el comportamiento sexual inapropiado.
- Se dx erróneamente de delirium o demencia.

# Depresión con síntomas psicóticos

- El 15% de los ancianos manifiestan síntomas depresivos.
- Para su detección existe la *escala de depresión geriátrica de Yesavage*.
- La depresión de comienzo tardío se caracteriza por la elevada tasa de recurrencia, la enfatización de los síntomas somáticos y la mayor presencia de rasgos melancólicos.

# Depresión con síntomas psicóticos

- Ruina, culpa y enfermedad son los delirios más típicos.
- Las ideas paranoides son también muy frecuentes.
- EL 15% de los ancianos deprimidos sufren pseudodemencia, y entre el 25 y el 50% de los pacientes con demencia está deprimido.

# Depresión con síntomas psicóticos

- Es el motivo de ingreso del 20 al 40 % de los ingresos psiquiátricos en los ancianos.

# T. psicótico debido a enfermedad médica/sustancia

- Alucinaciones e ideas delirantes.
- A partir de la historia clínica, la exploración y las pruebas complementarias hay pruebas de que la alteración es un efecto fisiológico directo de la enfermedad médica/sustancia.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un delirium.
- Sustancias: 1 mes y especificar si intoxicación o abstinencia.

# Delirium o Sdr confusional agudo

*Insuficiencia cerebral aguda*

Algoritmo CAM (estado mental):

- Inicio brusco, curso fluctuante.
- Inatención.
- Pensamiento desorganizado.
- Alteración del nivel de conciencia.

# **Delirium, psicosis orgánica, sintomática o Sdr confusional agudo**

*Insuficiencia cerebral aguda*

Algoritmo CAM (estado mental):

- Inicio brusco, curso fluctuante.
- Inatención.
- Pensamiento desorganizado.
- Alteración del nivel de conciencia.



# Causas de delirium

- Infección: encefalitis, VIH, meningitis, sepsis...
- Withdrawal (abstinencia): alcohol, barbitúricos, BZD...
- Agudo metabólico: acidosis, alcalosis, fallo hepático/renal, desequilibrio electrolítico.
- Traumatismo: TCE, golpe de calor, postoperatorio, quemaduras graves.
- CNS (SNC) patología: abscesos, hemorragia, hidrocefalia...
- Hipoxia: anemia, intoxicación por CO, hTA, fallo cardíaco, pulmonar.
- Deficiencias: vitB12, á. fólico, tiamina, niacina.
- Endocrinopatías: hipo/hiperfunción suprarrenal, hipo/hiperglucemia, mixedema, hiperparatiroidismo.
- Agudo vascular: ACV, arritmia, shock.
- Toxinas-fármacos-drogas.
- Metales pesados (Heavy metals): plomo, manganeso, mercurio.

# Otros trastornos psicóticos

- T. Psicótico compartido: favorecido por la relación de dependencia con el inductor y el deterioro cognitivo.
- T. Personalidad previo: tendencia a la psicotización del carácter paranoide, esquizoide, esquizotípico, narcisista y límite.
- Desaferentación: pérdida de las aferencias sensoriales. Especialmente la sordera.

> 65 años con síntomas psicóticos

Descartar posible organicidad con pruebas complementarias

SI

Tratar causa orgánica y síntomas mentales

NO

Valorar psicosis previa

SI

Tt° psicosis ya dx

NO

¿Trastorno afectivo de base?

SI

Tt° T. afectivo

NO

¿deterioro cognitivo?

SI

Demencia

NO

T. psicótico primario

# R.P.L.

- Delirios no sistematizados de perjuicio y megalomanía.
- Comportamiento alucinatorio negando pseudoalucinaciones.
- Pensamiento disgregado.
- Deterioro de las funciones cognitivas.
- Presencia de enfermedad documentada desde los 41 años, con múltiples ingresos y diagnósticos de esquizofrenia, dependencia de alcohol y personalidad psicopática.
- Atrofia córticosubcortical y lesiones isquémicodegenerativas, de predominio frontal.

¿ESQUIZOFRENIA VS DEMENCIA FRONTAL  
VS DEMENCIA MIXTA?

# A.M.B.

- Pseudoalucinaciones auditivas: ruido de máquinas, fonemas imperativos, amenazantes, eco del pensamiento...
- Comportamiento alucinatorio secundario.
- Trama delirante de influencia, control y de perjuicio.
- Curso del pensamiento conservado.
- Ausencia de síndrome negativo.
- No aparente deterioro cognitivo.
- Funcionamiento social y familiar básicamente conservado.
- Inicio del cuadro a los 49 años (menopausia) con clínica afectiva.
- RMN con signos de proceso infeccioso previo, sin atrofia ni otras lesiones encefálicas.

# A.M.B.

- EEG con grado muy discreto de afectación cerebral difusa.
- Hipoacusia mixta.
- MCMI-II: dependiente y compulsiva, paranoide y trastorno delirante.

¿ESQUIZOFRENIA DE INICIO TARDÍO VS  
DESAFERENTACIÓN VS SECUNDARIO A  
OTRA ENFERMEDAD MÉDICA VS  
PERSONALIDAD PATOLÓGICA VS  
TRASTORNO PSICÓTICO NO  
ESPECIFICADO VS TRASTORNO  
DEPRESIVO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS?

# BIBLIOGRAFÍA

- Salud Mental en el anciano. José Guerrero Velázquez. 2002.
- Árboles de decisión en Psiquiatría. J. Vallejo. Ed. médica Jims. 1999.
- Psiquiatría geriátrica. Luis Agüera Ortiz. Ed. Masson. 2002.
- Enfermedad mental en el anciano. L. García. Ed. Díaz. 1993.
- Ciclo vital y trastornos psiquiátricos graves. P. Pichot. Ed. Aula médica. 2002.
- Manual de psicogeriatría clínica. Inmaculada de la Serna. Ed. Masson. 2000.
- Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en Psiquiatría. Cristóbal Gastó. Ed. Masson. 2001.
- Psychoses in late life. Hani R. Khouzam. Geriatrics. Marzo 2005, volumen 60, número 3.
- Sinopsis de Psiquiatría. Kaplan-Sadock.2004.
- Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. J. Vallejo.2006

