

**Universidad de Costa Rica
Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad Social
Sistema de Estudios de Postgrado
Hospital Nacional Psiquiátrico
Postgrado en Psiquiatría**

Trabajo de graduación para optar por la especialidad en Psiquiatría

**Diferencias clínicas entre la psicosis
relacionada con la demencia y la psicosis por
otros trastornos psiquiátricos
en adultos mayores.**

Dr. Rolando Angulo Cruz

Año 2006

A Bobby y Dida
A Tubers, Daurito y Berry
¿Qué sería de mí sin ustedes?

Tribunal Examinador

Dra. Maria Luisa Morice Caballero

Tutora de Tesis Master en Gerontología, Médico especialista en Psiquiatría.
Profesora en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Dr. Rigoberto Castro Rojas

Coordinador del Comité Director de Postgrado en Psiquiatría. Médico especialista en Psiquiatría. Director de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Dr. Rodolfo Salazar Fonseca

Tutor de Tesis Médico especialista en Psiquiatría.
Profesor en la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Aprobación

La Dirección del Comité de Postgrado en Psiquiatría certifica que el trabajo de Graduación: “ Diferencias clínicas entre la psicosis relacionada con la demencia y la psicosis por otros trastornos psiquiátricos en adultos mayores”, fue sometido a revisión por el tribunal examinador y es aprobado, cumpliendo de esta forma con lo estipulado por la Universidad de Costa Rica y el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISS) para optar por la especialidad en Psiquiatría.

Dr. Rigoberto Castro Rojas

Coordinador del Comité Director de Postgrado en Psiquiatría.
Médico especialista en Psiquiatría. Profesor de la Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica.

Contenidos

Tribunal Examinador	3
Aprobación	4
1. Introducción:	10
1.1 El problema y su importancia	10
1.2 Objetivos e Hipótesis	14
2. Capítulo: Marco Teórico	16
2.1 Trastornos en la vejez que cursan con psicosis	16
2.2 Prevalencia de los trastornos psicóticos en la vejez	18
2.3 Factores de riesgo asociados a la psicosis en la vejez	21
2.3.1 Factores internos	21
2.3.2 Factores externos	23
2.4 Clasificación de los trastornos psicóticos en la vejez	24
2.4.1 Trastornos psicóticos primarios	24
2.4.2 Trastornos psicóticos secundarios	24
2.4.3 Trastornos psicóticos comórbidos	24
2.5 Trastornos psicóticos primarios	26
2.5.1 La esquizofrenia de inicio temprano, la esquizofrenia de inicio tardío y la esquizofrenia de inicio muy tardío	26
2.5.2 El trastorno de ideas delirantes	34
2.5.3 Los trastornos afectivos y las psicosis con humor depresivo	35
2.5.4 El trastorno psicótico agudo	39

2.6 Trastornos psicóticos secundarios	39
2.7 El delirium	39
2.8 La psicosis en pacientes con demencia	40
2.9 El manejo inicial del adulto mayor con síntomas psicóticos	46
2.10 El tratamiento de los trastornos psicóticos en general en los adultos mayores	48
3. Capítulo: Marco Metodológico	52
3.1 Enfoque o tipo de investigación	52
3.2 Sujetos y fuentes de información	53
3.3 Variables	53
3.4 Descripción de los instrumentos	55
3.5 Análisis de la información	55
4. Capítulo: Análisis y discusión de los resultados	58
4.1 Análisis estadístico de los resultados	72
5. Conclusiones y apreciaciones finales	80
5.1 Recomendaciones	89
5.2 Limitaciones	85
5.3 Agradecimientos	90
6. Material de Referencia	94
6.1 Referencias Bibliográficas	94
6.2 Anexos	96
Anexo 1. Árboles de decisión para el manejo de los trastornos psicóticos en adultos mayores	98

Anexo 2. Entrevista a la Dra. Maria Luisa Morice Caballero	99
Anexo 3. Instrumento para la recolección de la información	
Anexo 4. Cartas de aprobación del trabajo de investigación	

Gráficos

Gráfico	Página
1. Egresos según patología y sexo de adultos mayores hospitalizados por primera vez en el Hospital Nacional Psiquiátrico, año 2005.....	19
2. Estancias hospitalarias según enfermedad y sexo de adultos mayores egresados por primera vez del Hospital Nacional Psiquiátrico, año 2005.....	20
3. Porcentaje de síntomas psicóticos en adultos mayores egresados por primera vez del Hospital Nacional Psiquiátrico de acuerdo a su diagnóstico, año 2005.....	62
4. Porcentaje de síntomas psicóticos en adultos mayores egresados por primera vez del Hospital Nacional Psiquiátrico, por demencia, manía y depresión, año 2005.....	72

Tablas

Tabla	Página
1. Cuadro comparativo de los síntomas psicóticos observados en la Enfermedad de Alzheimer y la Esquizofrenia.....	42
2. Frecuencias absolutas y relativas de los síntomas psicóticos en la población estudiada de acuerdo con el diagnóstico de egreso	61

Figuras

Figura	Página
1. Árbol de clasificación para el diagnóstico de la demencia según sus síntomas	74
2. Árbol de clasificación para el diagnóstico de la depresión según sus síntomas.....	76
3. Árbol de clasificación para el diagnóstico del trastorno bipolar según sus síntomas.....	78
4. Árbol de decisión para determinar la etiología de los síntomas psicóticos en los adultos mayores modificado.....	
5. Árbol de decisión para determinar la etiología de los trastornos psicóticos primarios en los adultos mayores.....	

1. Introducción

1.1 El problema y su importancia

El aumento en la esperanza de vida y el envejecimiento de la población mundial, así como, la premisa de un futuro en donde los adultos mayores ocuparán una parte cada vez mayor de la humanidad, su creciente poder político y económico, dan como resultado, una nueva visión de la sociedad, en donde la expresión “mejores condiciones de vida”, esta íntimamente relacionada al bienestar de esta población y hace necesario tratar y si es posible erradicar las enfermedades que los afectan y eventualmente afectarán a todos.

Algunos padecimientos psiquiátricos, así como los demás estados mórbidos, parecen florecer en la vejez y afectar a los adultos mayores en una desproporción vertiginosa a la afección en grupos más jóvenes (Carrasco, 2001; Grossberg et al 2002; Mellow, A. 2004). A pesar de esto, los trastornos psiquiátricos en esta época de la vida han sido tradicionalmente poco estudiados y considerados como problemas propios de otras edades (Carrasco, 2001). Esto se hace evidente en el manejo de la psicosis en los adultos mayores, donde frecuentemente se da un abordaje sintomatológico poco científico, sin considerarse de especial importancia el diagnóstico de origen. Manejándose lo mismo una psicosis por demencia, que por esquizofrenia o un trastorno de ideas delirantes (ver entrevista en el Anexo 2). Para los sesenta años, la posibilidad de desarrollar una enfermedad demencial será de menos de un 6%. Esta posibilidad se duplicará año con año hasta

aumentar a más de un 50% a la edad de ochenta y cinco años (Alarcón, 2005; Brendel et al, 2005). Y se espera que entre el 50% y el 60%, de estos adultos mayores demenciados experimenten cuadros psicóticos con alucinaciones y delirios durante el transcurso de la demencia (Mellow, A. 2004; Grossberg et al, 2002). Igualmente, se espera que en los pacientes no demenciados mayores de ochenta y cinco años se presenten ideas delirantes de daño en aproximadamente un 10% (Alarcón, 2005). Por lo cual, en conjunto los datos apuntan a que posterior a los ochenta y cinco años los estados psicóticos afectarán a más de un 30% de esta población de adultos mayores.

En Costa Rica, a pesar del reciente interés de la seguridad social por mejorar las condiciones de salud en esta población, no existen datos reales sobre la incidencia o la prevalencia de las enfermedades mentales; tampoco, estudios científicos autóctonos que respalden uno u otro protocolo de atención; por lo cual los especialistas en salud se ven obligados a trabajar con datos extranjeros, que podrían no ser adaptables a esta población. Asimismo, no existen estudios farmacológicos sobre la biodisponibilidad de los medicamentos genéricos que se brindan, ni el respaldo científico que justifique su administración día con día a miles de personas; por lo cual los efectos indeseables son difícilmente previsibles y podrían empeorar la condición de salud del paciente o serle definitivamente perjudiciales.

En los servicios de emergencias los adultos mayores demenciados con síntomas psicóticos, tienden a ser medicados apresuradamente por lo aparatoso de sus síntomas; muchas veces sin prever qué tan nocivos serán estos medicamentos para el paciente o cuál es el riesgo (¿Si existe?) de no medicarlos. Esto porque las

psicosis relacionadas con demencia muchas veces no corresponde un peligro para el paciente, ni para sus cuidadores y puede ser manejada conductualmente (ver entrevista en el Anexo 2); además, los efectos secundarios de los medicamentos antipsicóticos en los pacientes con lesiones cerebrales orgánicas podría empeorar su calidad de vida y serle aún más perjudiciales que la psicosis (Mellow, A. 2004).

La dificultad de los psiquiatras para definir la diferencia entre uno u otro cuadro psicótico en esta población, los obliga a incurrir en diagnósticos equivocados, que conducirán a manejos erróneos, con sus esperables consecuencias iatrogénicas (ver entrevista en Anexo 2).

Este estudio busca entonces, facilitar el diagnóstico inicial de los adultos mayores con síntomas psicóticos que acuden al servicio de emergencias del Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP), principalmente, en cuanto al diagnóstico de la psicosis relacionada con demencia, por la posibilidad de que quienes la padecen puedan ser sometidos a riesgos innecesarios.

Para aclarar este punto se han escogido los diagnósticos de egreso relacionados con psicosis más frecuentes en la población de adultos mayores, egresados por primera vez del HNP durante el año 2005. Estos explican más del 80% de los egresos ocurridos en ese año (ver prevalencia mas adelante) y son los que más comúnmente se prestan a confusión con la psicosis relacionada con demencia (ver entrevista en Anexo 2). Los diagnósticos son: los trastornos afectivos con síntomas psicóticos, sean bipolares o depresivos con un episodio único, o con un trastorno recurrente; la esquizofrenia de instauración muy tardía, el trastorno de ideas delirantes y el episodio psicótico agudo.

Justificación:

Como justificación de este trabajo de graduación tenemos:

1. No existen estudios al respecto, en la población costarricense y el tema nunca ha sido planteado anteriormente; por lo cual, alrededor de este todo se basa en especulaciones.
2. La alta frecuencia de la demencia a nivel mundial, donde se espera aumente de un 6% en mayores de sesenta años, a un 50%, en mayores de ochenta y cinco.
3. La demencia fue la segunda patología más frecuentemente diagnosticada en adultos mayores de sesenta años, egresados por primera vez del HNP, en el año 2005; por lo tanto, los pacientes demenciados no corresponden a una población menospreciable, ni por su tamaño, ni por la gravedad de su evolución.
4. La estadía de estos pacientes con demencia fue en promedio la más prolongada de entre las psicosis tardías; con casi 10 días más por paciente que el resto de los trastornos mentales, lo que hace sus internamientos más costosos que los demás (ver prevalencia más adelante); y
5. Es un tema factible, se dispone del conocimiento para abordarlo y la información requerida en los expedientes clínicos de estos usuarios. Asimismo, es un tema trascendental, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes y sus cuidadores, como para, mejorar la calidad del diagnóstico y el manejo por parte de los médicos tratantes.

Planteamiento del Problema:

¿Cuáles son los signos y síntomas clínicos que permiten diferenciar la psicosis en pacientes con demencia, de la psicosis en pacientes con trastornos psicóticos primarios?

1.2 Objetivos e hipótesis:

Objetivos Generales:

1. Determinar las diferencias clínicas entre las psicosis relacionadas con la demencia y las psicosis por los trastornos psiquiátricos primarios más frecuentes en el HNP, de los adultos mayores egresados por primera vez durante el año 2005.

Objetivos Específicos:

1. Dividir los trastornos psicóticos en adultos mayores según género, diagnóstico de egreso y edad, en los que egresan por primera vez del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el año 2005.
2. Conocer qué tipo de ideas delirantes predominan cada trastorno, sean de tipo paranoide, celotípicas, persecutorias, de acusación, de abandono, bizarras o superestructuradas o si cursa con ideas suicidas.
3. Clasificar las alucinaciones que predominan en cada una de las enfermedades de acuerdo a si son visuales, auditivas, cenestésicas u olfatorias.

4. Determinar en cuáles pacientes de la población seleccionada se evidencia más fácilmente el deterioro de las funciones cognoscitivas.
5. Evidenciar cuáles trastornos cursan con trastornos de conducta, agitación psicomotora y comportamiento agresivo.
6. Identificar en cuáles casos son más evidentes los trastornos del sueño.
7. Indagar con respecto al ingreso, cuál es el afecto predominante en cada grupo de casos, clasificándolo como: anhedónico e indiferencia, síntomas depresivos o irritable, eufórico y expansivo.
8. Evidenciar si existen o no alteraciones en el lenguaje o lenguaje desorganizado más frecuentemente en una patología que en otra.
9. Determinar en cuáles patologías se expresa más frecuentemente sintomatología somática.
10. Definir cuáles de los pacientes muestran desinterés por las actividades de la vida diaria, el cuidado personal y disminución por las interacciones sociales, con pérdida de iniciativa y respuestas emocionales o apatía.
11. Investigar en qué casos existen errores de percepción asociados con interpretaciones delirantes.
12. Determinar si existe el antecedente de psicosis y calcular la frecuencia de aparición en cada subgrupo.
13. Identificar cuáles han consumido crónicamente antipsicóticos

2. Capítulo. Marco Teórico

2.1 Trastornos en la vejez que cursan con psicosis

Las psicosis son el conjunto de desórdenes psiquiátricos más severos en cualquier grupo de edad, incluyendo el anciano. Se caracterizan por ilusiones, alucinaciones, comportamiento bizarro o cualquier otra evidencia de pérdida de contacto con la realidad.

Existen importantes diferencias epidemiológicas y clínicas en cuanto a lo que son las psicosis en etapas tardías de la vida y es preciso determinar las diferentes formas en que se pueden presentar, pues cada una origina repercusiones terapéuticas y clínicas diferentes; y la dificultad para conformar entidades nosológicas separadas, es lo que ha limitado el avance científico hasta este momento, por ello la uniformidad de criterios permitirá dar una solución real a estas situaciones.

Las causas más comunes de psicosis instauradas en la vejez son los síndromes relacionados con la demencia, el delirium secundario a enfermedades orgánicas y el inducido por drogas y aún más comúnmente la depresión con agravantes psicóticos (Alarcón, R. 2005)

Fuera de los trastornos afectivos, la demencia posee el primer lugar como factor de riesgo para el desarrollo de la psicosis, ya que por si misma aumenta la incidencia 5 veces más que en la población general (mayor de 60 años) o por su relación con el aumento en la incidencia del delirium (Sadavoy et all, 1991). La

demencia se define clásicamente como la pérdida persistente de la memoria acompañada al menos de un síntoma como afasia, apraxia, agnosia o alteración de la ejecución. Más recientemente se define también como la pérdida de dos de las capacidades mentales superiores, p. ej En la demencia frontoparietal donde podría iniciarse el cuadro con pérdida en la capacidad para nominar personas u objetos, (relacionado con la memoria semántica) u otras de las funciones cognitivas superiores (cálculo, abstracción, etc..) o como la pérdida de la memoria mayor a lo esperado como normal para la edad, definida inicialmente como deterioro cognitivo leve o Mild Cognitive Impairment (MCI), que podría a su vez ser amnésico o no amnésico, según el área afectada en la memoria, sean los recuerdos o las praxias (Budson, A. et all. 2005; Petersen, R. 2007; Morales, F. 2000; Jiménez, F. 2000).

En la presentación actual se abordarán principalmente los signos y síntomas clínicos que diferencian a las principales causas de psicosis primaria en la vejez de la psicosis relacionada con demencia; dejando de lado el manejo y el tratamiento de cada enfermedad; así como a las patologías psiquiátricas primarias menos frecuentes. Del mismo modo, se hará énfasis en los cuatro grupos de trastornos mentales que causan más del 80% de las psicosis tardías, con los que podrían confundirse los cuadros psicóticos en pacientes demenciados.

Estos grupos son: los trastornos afectivos con psicosis, principalmente la depresión y el trastorno bipolar, el delirium, la esquizofrenia, el trastorno de ideas delirantes y el episodio psicótico agudo.

1.2 Prevalencia de los trastornos psicóticos en la vejez

La prevalencia de los trastornos psicóticos en ancianos, en los Estados Unidos, fluctúa entre el 0.2 y el 5.7%, y llega a ser entre el 10-21% en residencias de ancianos (Carrasco, 2001; Brendel et al, 2005). En pacientes mayores de sesenta y cinco años de edad, el índice de prevalencia del trastorno bipolar fluctúa entre el 0.1 y el 0.4%. y generan, el 5-12% de los ingresos en el ámbito de la psiquiatría geriátrica.

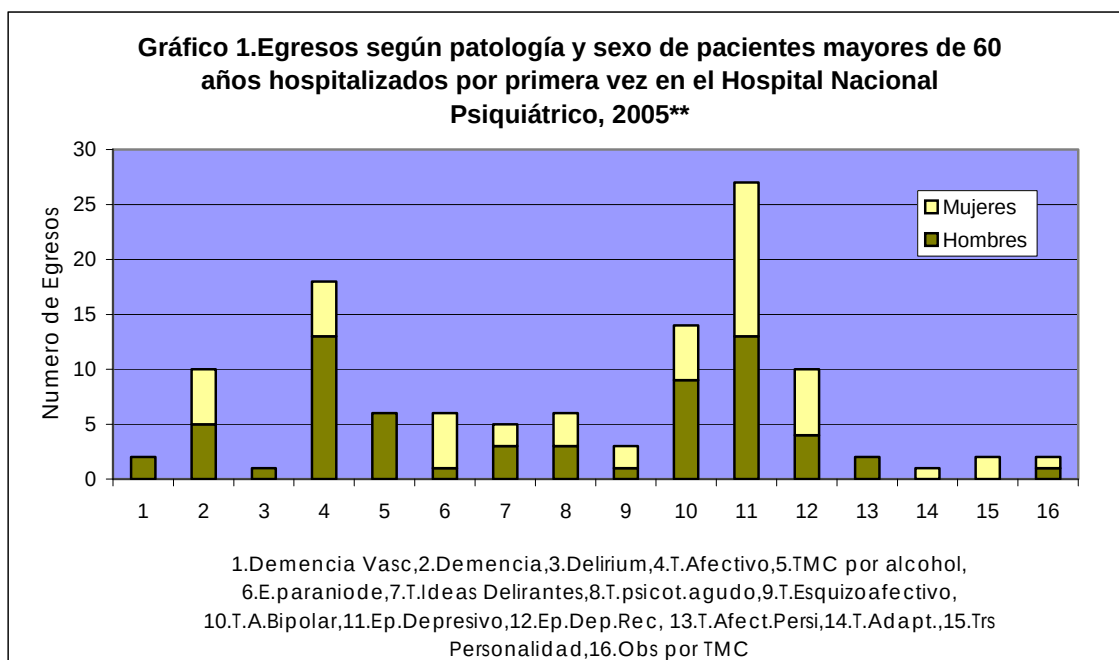
Los trastornos psicóticos alcanzan más de un 10% en individuos sin demencia mayores de ochenta y cinco años y aumenta hasta un 33-60% en pacientes demenciados de la misma edad (Brendel et al, 2005; Grossberg et al 2002; Mellow, A. 2004). Por lo que como población, la incidencia de síntomas psicóticos es muchísimo mayor en pacientes mayores de 60 años que en adultos más jóvenes (Carrasco, 2001).

Sólo en Estados Unidos existen, actualmente, 4 millones de casos de Demencia del Tipo de Alzheimer (DAT), y se ha estimado que esta cifra superará los 14 millones en el año 2050. Además, aproximadamente el 2% de la población mayor de 54 años presenta una enfermedad mental crónica diferente de la demencia, de las cuales la esquizofrenia constituye la más frecuente y se espera que la cifra de adultos mayores con esquizofrenia se duplique en las próximas tres décadas, por lo que la necesidades de esta población crecen exponencialmente conforme pasa el tiempo. En Estados Unidos las psicosis de inicio tardío explican

aproximadamente el 10% de los ingresos psiquiátricos de ancianos (Mellow, A. 2004; Grossberg et al 2002).

En España los estados psicóticos en ancianos tienen una prevalencia del 4% en la comunidad general, el 17,2% de la consulta externa y alcanza el 21% de los atendidos en residencias de ancianos (Alarcón, 2005)

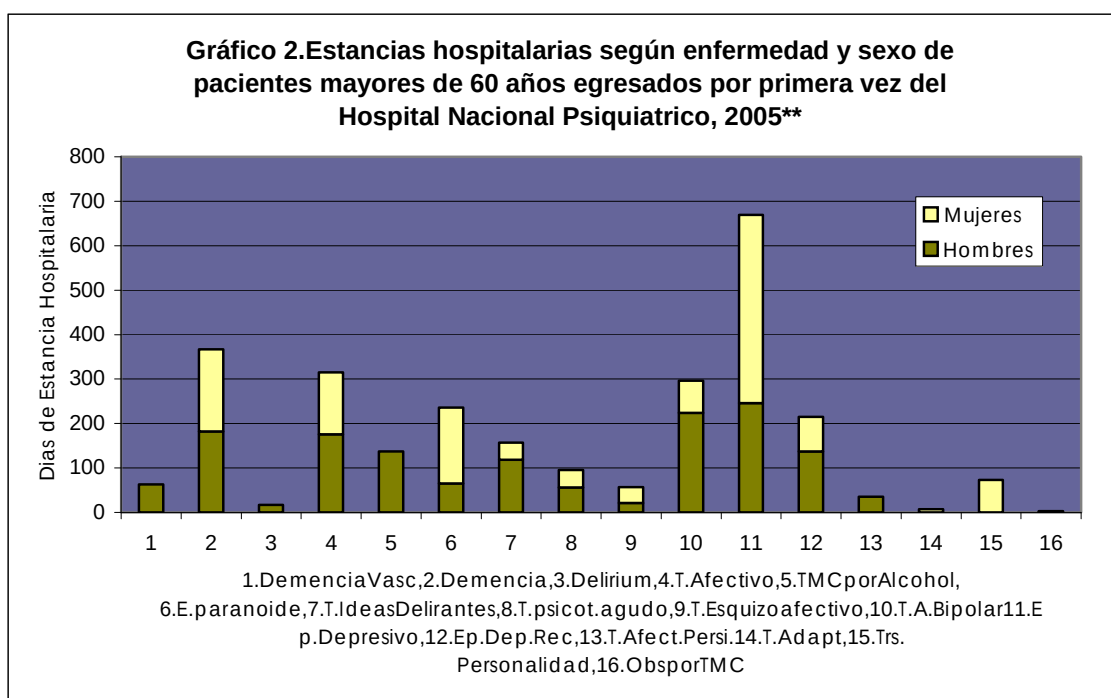
En Costa Rica en el Hospital Nacional Psiquiátrico para el año 2005 se realizaron 115 egresos de adultos de 60 años o más, conocidos en este centro por primera vez. De estos, los diagnósticos de egreso se dividen en tres grandes grupos (ver grafico 1) El primer gran grupo lo constituyen las depresiones unipolares como episodios únicos o episodios depresivos recurrentes (n=38); el segundo los trastornos afectivos sin especificación y los trastornos afectivos bipolares (n=34) y por último, pero no menos importantes, los síndromes demenciales (n=12).



****Fuente: Oficina de Estadística, HNP.2006.**

Las estancias hospitalarias de estos tres grupos sin embargo, se dieron de manera muy diferente. En los pacientes portadores de demencia se dieron las hospitalizaciones más prolongadas, con una estancia promedio de de 35.8 días, con una estancia total 430 días; en comparación con los otros grupos donde el promedio de días de hospitalización fue de 21.25 días, tanto para las depresiones unipolares, como episodios únicos o como episodios depresivos recurrentes, como para los trastornos afectivos sin especificación y los trastornos afectivos bipolares con una estancia total de 1530 días (ver gráfico 2).

Lógicamente la estancia total de los portadores de trastornos afectivos en general supera la de los portadores de demencia, por ser este un grupo bastante más numeroso en cuanto a sus integrantes, sin embargo, las estancias individuales de los portadores de demencia fueron casi 14 días más prolongadas.



****Fuente: Oficina de Estadística, HNP.2006.**

2.3 Factores de riesgo asociados con la psicosis en la vejez

Existen numerosos factores de riesgo que facilitan el desarrollo de la psicosis en adultos mayores. Pueden dividirse a gran escala en factores internos y externos:

2.3.1 Factores internos:

Se habla de la posibilidad de que muchos de estos factores estén relacionados con la edad y el propio proceso de envejecimiento (p.ej. las alteraciones en las funciones y estructuras cerebrales, el deterioro funcional de áreas corticales frontotemporales, o ciertos cambios neurobioquímicos en el cerebro).

Además otros de los factores internos son: la predisposición genética, el ser mujer (aumenta la probabilidad 1:7) (Brendel et al, 2005), los cambios cognoscitivos y las dificultades en los razonamientos complejos, la pluripatología o la comorbilidad con enfermedades psiquiátricas (p.ej. la demencia y el delirium) y somáticas como los déficits sensoriales, entre ellos, el deterioro visual y auditivo, (p.ej. la "*Paranoia de los sordos*", donde las ideas paranoides relacionadas con defectos en la recepción de la información, aumenta cuatro veces la posibilidad de desarrollar estados delirantes en las personas mayores de 65 años con hipoacusia, que en la población general (Olivera et al, 2005), también se ha descrito el *Síndrome de Charles Bonnet*, donde se desencadenan alucinosis visuales secundarias a deficiencias en la visión; lo que permite que personajes visiten al paciente, especialmente en horario nocturno, con la idea de producirle algún tipo de daño) y

al incidir en el tratamiento de este factor, ya sea al corregir el déficit auditivo o visual respectivamente, mejorará los resultados en cuanto al control de la psicosis (Mellow, A. 2004; Grossberg, 2002). El aislamiento social, tiende a verse como un factor externo, aunque frecuentemente refleja la existencia de rasgos de personalidad premórbidos (esquizotípico, paranoide) o bien constituyen una respuesta adaptativa al hecho de presentar síntomas psicóticos. Entre las comorbilidades también han descrito los hipocondríacos de edad avanzada, donde las dolencias y el malestar físico se trasladan al exterior y se convierten en “enemigos”, que pretenden dañarlos o generando otros síntomas psicóticos conocidos como el *Síndrome de Cotard* donde las ideas en hipocondríacos, se vuelven reiterativas y próximas a lo obsesivo, terminando en una verdadera psicosis, relacionadas con la idea de minusvalía y de proximidad a la muerte, así como la negación de órganos o de funciones vitales. Este síndrome conlleva un grado afectivo de sufrimiento que en algunos casos degenera en un cuadro de negativismo y pasividad absoluta, casi de desconexión del medio, que en no pocas ocasiones requiere tratamiento con terapia electro convulsiva o también se manifiesta como el *Síndrome de Ekbom o Delirio de Parasitación*, en que la persona piensa y cree firmemente que se encuentra infestada por pequeños animalitos que recorren su piel: insectos, gusanos, larvas. Este es un delirio que suele perdurar en el tiempo y cronificarse, obligando a quien lo padece a producirse heridas por el rascado y múltiples interconsultas con dermatología (Olivera et al, 2005).

Los factores psico-biológicos como los traumatismos, el estar postrado en una cama, el enfermar, la pérdida de familiares y seres queridos; así como la dinámica

personal asociada al propio envejecimiento, la pérdida de la imagen de uno mismo y la proximidad de la muerte.

2.3.2 Factores externos:

Como factores externos se describen: la polifarmacia, donde los cambios producidos por el envejecimiento sobre las características farmacocinéticas y farmacodinámicas pueden modificar la respuesta a determinadas sustancias y favorecer la aparición de delirium (Carrasco, 2001), el abuso de sustancias como el alcohol y otros tóxicos, el cambiar de lugar donde vivir y la hospitalización.

Según esto, durante la vejez una constelación de factores facilita el desarrollo de una activa productividad anormal; por supuesto la alteración de la “puerta de entrada”, es decir las alteraciones sensoriales desencadenan inicialmente una modificación de la información real circundante; como podrían serlo también las alteraciones cognoscitivas y de los diferentes tipos de memoria. Los trastornos afectivos mayores; los síntomas físicos propios interpretados de una forma delirante, los cambios ambientales y el aislamiento, la pérdida y devaluación de la autoimagen y el autoconcepto...y en general una suma de todo lo mencionado previamente, en cada uno con diferente peso específico, conforman y confirman la vulnerabilidad delirante en los ancianos; tanto los factores internos, como externos desencadenan una serie de eventos en el nivel intrapsíquico que terminan por derrotar los recursos adaptativos cerebrales y las defensas egoicas que sostienen la cordura (Milak, M. et al. 2005; Olivera et al 2005)

2.4 Clasificación de los trastornos psicóticos en la vejez

Los trastornos psicóticos pueden clasificarse de la siguiente manera:

2.4.1 Trastornos psicóticos primarios

Son la tercera causa más frecuente de trastornos psicóticos en el anciano, generalmente son el resultado de enfermedades mentales como esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes, depresión y el desorden bipolar. No es de extrañar la reemergencia de la psicosis en pacientes portadores de trastornos afectivos y siempre es necesario descartar la existencia del delirium, un trastorno demencial o afectivo antes de intentar algún otro diagnóstico psiquiátrico. (Brendel et al, 2005)

2.4.2 Trastornos psicóticos secundarios

Incluyen el delirium con síntomas psicóticos, las psicosis asociadas a una demencia, y los síntomas psicóticos secundarios a una enfermedad médica identificable o a un agente químico (fármacos de venta con y sin receta médica, drogas y alcohol).

2.4.3 Trastornos psicóticos comórbidos

Lo constituyen dos trastornos psicóticos que aparecen simultáneamente en el mismo individuo, p.ej. los pacientes con esquizofrenia y psicosis relacionadas con un trastorno por consumo de alcohol, o con psicosis afectivas comórbidas con una psicosis debida a un agente químico, los pacientes con demencia, psicosis y un

delirium superpuesto, la psicosis asociadas a un delirium en pacientes con trastornos psicóticos primarios.

Frecuentemente los trastornos psicóticos en los ancianos presentan más asociaciones tóxicas, metabólicas y estructurales (p.ej. lesiones cerebrales, tumores), así como una mayor asociación con la demencia. Los pacientes ancianos pueden desarrollar síntomas psicóticos a consecuencia de una enfermedad médica no identificada y susceptible de ser tratada.

La no identificación de los trastornos psicóticos secundarios puede conducir a la administración inapropiada de antipsicóticos que ocultarán todavía más las enfermedades médicas y subyacentes responsables de los citados síntomas. El riesgo de sufrir efectos adversos graves con los antipsicóticos convencionales, como síntomas extrapiramidales (SEP) y discinesia tardía (DT), es mayor en pacientes con trastornos psicóticos secundarios que en pacientes con trastornos psicóticos primarios. Muchos trastornos psicóticos secundarios son iatrogénicos, es decir, que son debidos a una no identificación del diagnóstico correcto o a la administración de fármacos inapropiados, p.ej. el uso de anticolinérgicos, en pacientes con demencia. Si se aplican opciones terapéuticas apropiadas puede reducirse la incidencia de las psicosis de inicio tardía (Mellow, A. 2004; Grossberg et al, 2002).

2.5 Trastornos psicóticos primarios

2.5.1 La esquizofrenia de inicio temprano, la esquizofrenia de inicio tardío y la esquizofrenia de inicio muy tardío:

Las esquizofrenias tardías son una categoría diagnóstica controvertida. Aunque se considera que la esquizofrenia es una enfermedad de la adolescencia tardía o el inicio de la edad adulta, aunque una proporción no desdeñable de pacientes presenta la enfermedad por primera vez, en la etapa final de la vida. Sin embargo, las incongruencias en los sistemas de nomenclatura de las patologías y de diagnóstico, unido a una tendencia de relacionar las psicosis tardías únicamente con factores orgánicos, han dado lugar a la existencia de dudas sobre la conexión de estos casos con la esquizofrenia (Carrasco, 2001).

Históricamente Kraepelin definió, hace 100 años, esta enfermedad como demencia precoz por el deterioro sufrido en personas jóvenes, más tarde Kraepelin mismo dudó de si esta había sido o no la aproximación terminológica más adecuada pues encontró pacientes en los que no existía tal deterioro, otros mejoraban e incluso remitían de sus síntomas. (Goodwing, 1983) Encontró además en 1921, pacientes que a los 50, 60 y 70 años comenzaban a manifestar delirios, alucinaciones de predominio paranoide a los que nombró parafrénicos y en estudios posteriores con esta población encontró que, algunos de ellos habían presentado crisis de “demencia precoz” durante su juventud. (Sadavoy, 1991)

Muchos ancianos con esquizofrenia tienen un largo historial de síntomas psiquiátricos, por lo que se consideran portadores de esquizofrenia de inicio temprano (early onset schizophrenia, EOS), pero, de la población de esquizofrénicos el 15% de ellos inicia después de los 44 años de edad; lo que la Asociación Americana de Psiquiatría la define como *esquizofrenia de inicio tardío (late-onset schizophrenia, LOS)*, ella se caracteriza por la presencia de delirios, alucinaciones, desorganización de la personalidad, alteración afectiva y conductas bizarras. Con un menor grado o ausencia de deterioro cognoscitivo, que inicia entre los cuarenta y cinco y sesenta años. Sin antecedentes de trastornos psicóticos, afectivos o demenciales, que persiste en el tiempo y no se explica mejor por causas orgánicas, consumo de sustancias u otras enfermedades mentales.”(Alarcón, 2005)

Existe un nuevo concepto que trata de definirse en la actualidad, cuando los síntomas inician después de los 60 años, lo que se ha denominado *esquizofrenia de inicio muy tardío (very late-onset schizophrenia VLOS)*, y se define como: manifestaciones clínicas de psicosis en mayores de sesenta años, los cuales presentan sintomatología delirante poco estructurada, con alucinaciones, con ausencia de deterioro cognoscitivo generalizado y progresivo, sin compromiso afectivo significativo, persistente en el tiempo y no se explica mejor por causas orgánicas, consumo de sustancias u otras enfermedades mentales.”(Alarcón, 2005)

La presentación clínica de la esquizofrenia de inicio tardío, es diferente a la de inicio temprano, especialmente por la falta de disfunción premórbida, y la menor presencia de síntomas negativos y trastornos del pensamiento (Carrasco, 2001).

La esquizofrenia de inicio temprano

Las personas con una EOS presentan como síntoma más importante las ideas delirantes extrañas (p.ej. la idea de que un desconocido le ha extraído sus órganos y los ha sustituido por los órganos de otra persona), el segundo síntoma psicótico más frecuente son las alucinaciones auditivas, que pueden corresponder con los síntomas de primer rango de Schneider, como la difusión del pensamiento o dos voces que hablan entre ellas. Luego se encuentran los trastornos formales del pensamiento (como asociaciones laxas), afecto inapropiado, síntomas catatónicos y síntomas negativos.

La esquizofrenia de inicio tardío y muy tardío

La esquizofrenia de inicio tardío, se trata de un trastorno relativamente poco estudiado, por relativa falta de interés secundaria a la rareza del trastorno, aunque también pueden haber influido otros factores, como la mala definición conceptual o diferencias terminológicas. Los estudios epidemiológicos sobre la esquizofrenia en el anciano encuentran, en general, una prevalencia en torno al 0,2-0,6% ello contrasta con las cifras en torno al 1-1,3% que se admiten en sujetos más jóvenes (Carrasco, 2001). Esto plantea algunas dudas sobre las razones de dicha disminución de la prevalencia, será que los pacientes con esquizofrenia tengan una esperanza de vida menor que la población general, por lo que no alcanzarían la vejez. Pero también es posible que se recuperen lo suficiente de sus síntomas como para que sea difícil detectarlos, o que pierdan contacto con los servicios psiquiátricos especializados, camuflándose entre la población anciana

institucionalizada afectada por enfermedades psiquiátricas graves, tratándoseles de forma indiferenciada como “ancianos demenciados”.

Sin embargo, los estudios sobre la edad de aparición de la esquizofrenia revelan que, aunque la mayoría de los casos mantienen un inicio precoz, por debajo de los 45 años, existe un porcentaje de alrededor del 12-15%, de inicio tardío (Carrasco, 2001; Mellow, A. 2004; Grossberg, 2002). De esta manera, aunque se trate de una patología relativamente rara, el problema planteado por esta enfermedad va a ser importante en cifras absolutas, dadas las tendencias demográficas previstas para los países en envejecimiento (Carrasco, 2001)

Las EOS, representan aproximadamente el 85% de los casos de esquizofrenia en el anciano (Carrasco, 2001), por lo cual no puede hablarse propiamente de formas clínicas diferentes dado que la mayoría de los sujetos con esquizofrenia de inicio tardío cumplen también con los criterios de diagnóstico DSM-IV para la esquizofrenia. La esquizofrenia tardía presenta algunos rasgos propios, que la diferencian de las formas más precoces. Por ejemplo: el predominio del sexo femenino, la frecuente presencia de ideación delirante de tipo persecutorio, la menor frecuencia de trastorno formal del pensamiento (por ejemplo, asociaciones laxas, lenguaje extravagante o sin objeto) o la menor incidencia de síntomas de tipo negativo, como el aplanamiento afectivo o la abulia. También se han encontrado diferencias estructurales cerebrales, como el mayor tamaño del tálamo en sujetos con esquizofrenia tardía, o terapéuticas, como la respuesta con menores dosis de antipsicóticos en los casos de inicio tardío por múltiples factores asociados (Carrasco, 2001) Algunos estudios señalan que un porcentaje elevado de casos (hasta el 60% en algunas series) evoluciona hacia un síndrome

demencial, pero es probable que se trate de muestras que incluían un gran número de sujetos, en los cuales los síntomas psicóticos correspondían a diferentes formas de comienzo de enfermedades demenciales, como la enfermedad de Alzheimer, existen otros trabajos que niegan tal relación (Carrasco, 2001)

En general, la VLOS es similar a la LOS y a la EOS en términos de síntomas positivos, antecedentes familiares, y evolución crónica del trastorno. Sin embargo, ambos tipos de esquizofrenia difieren en algunos aspectos. La LOS es más frecuente en mujeres que en hombres, normalmente es de tipo paranoide, está caracterizada por una mejor adaptación y requiere dosis inferiores de fármacos antipsicóticos que la EOS. La LOS está asociada a una menor prevalencia de síntomas negativos (aislamiento social, aplanamiento emocional), afecto inapropiado, y trastorno formal del pensamiento, en comparación con la EOS. Los pacientes con LOS tienen un mejor rendimiento neuropsicológico (sobre todo en aprendizaje y en abstracción / flexibilidad cognitiva), y posiblemente un mayor volumen talámico en comparación con pacientes con una EOS. El envejecimiento está asociado a una remisión completa de los déficit sociales en aproximadamente una cuarta parte de los afectados de una EOS, mientras que otro 40% presenta una mejoría notable de los síntomas, sobre todo de síntomas positivos; en muchos pacientes, sin embargo, pueden aumentar los síntomas negativos. (Sadavoy, 1991)

Diagnóstico

Los pacientes deben cumplir con todos los criterios del DSM-IVR incluyendo la duración de 6 meses de los síntomas prodrómicos, con la diferencia de que debe

darse a una edad entre los 45 y 60 años en la LOS y de mayores de 60 en la VLOS. El cuadro típico al que hacen alusión los estudios de casos es el de mujeres mayores, solteras, con alucinaciones persecutorias con una personalidad premórbida esquizoide o paranoide, quienes demuestran alguna mejoría de sus síntomas con el uso de neurolépticos. Debe tomarse en cuenta que, algunos de los adultos mayores esquizofrénicos de instauración temprana, luego de sus primeras crisis entran en remisiones prolongadas, y se considera que existe una remisión entre el 6 y el 50% de todas las primeras crisis psicóticas (Sadavoy, 1991).

Sintomatología

Los síntomas de LOS y VLOS se han definido característicamente como delirios bizarros con un predominante componente persecutorio. También las ideas de control mental se han encontrado en un gran número de pacientes. Las alucinaciones auditivas constituyen el segundo síntoma psicótico más frecuente en estos pacientes. El afecto depresivo es más común que el inapropiado. Los síntomas prodrómicos deben también iniciar después de los 45 años y deben corresponder a un claro deterioro de la funcionalidad del paciente previo a desatarse la psicosis activa: tales como aislamiento social, afecto inapropiado o aplanado, descuido marcado de la higiene personal. (Sadavoy, 1991)

Las ideas delirantes que predominan en la LOS y VLOS pueden dividirse, por su frecuencia, en delirios persecutorios (85%), autorreferenciales (76%), de control (25%), de grandiosidad o posesión de propiedades extraordinarias (12%) o de naturaleza hipocondríaca (11%). Una idea particularmente característica de estos

pacientes, que aparece en prácticamente dos tercios de los mismos (70%), es el denominado *delirio de tabiques o paramentos* (partition delusions). Se trata de la creencia por parte del paciente de que hay gente, animales, materiales o radiaciones que pueden pasar a través de estructuras las cuales normalmente constituyen una barrera, como pueden ser los muros y las paredes, o los suelos de su casa. Generalmente a estas ideas se les añade el matiz paranoide de que esto se realiza para ocasionarle algún tipo de daño o enfermedad; y se suelen atribuírseles a vecinos de residencia.

En la VLOS además suelen ir acompañadas por alucinaciones visuales de gran colorido y fantasía: corrientes eléctricas que se ven como rayos de colores concretos, rayos de fuego y luz que atraviesan el suelo. Precisamente lo que caracteriza a las ideas delirantes de la esquizofrenia de inicio muy tardío es su exuberante riqueza fenomenológica y descriptiva, con todo tipo de detalles visuales y un complejo y estructurado entramado delirante, que puede estar en relación con la preservación cognoscitiva global y la ausencia de demenciación, que permitiría esta compleja elaboración delirante en los pacientes predispuestos (Olivera, 2005)

Diagnóstico diferencial:

Lo primero, cuando un adulto mayor presenta síntomas psicóticos es descartar una patología orgánica; puesto que estas son potencialmente reversibles. Debe entonces iniciarse con un examen neurológico completo, exámenes de laboratorio, de imagenología cerebral (que algunos autores recomiendan como de rutina) (Brendel et al, 2005) y revisarse el potencial de los medicamentos prescritos y

auto administrados por el paciente, para producir la psicosis (p.ej. anticolinérgicos e hipnóticos sedantes).

Dentro de las causas orgánicas más frecuentes se encuentran las endocrinas, luego las neurológicas, deficiencias alimenticias, las patologías reumáticas, la hiponatremia y el delirium como manifestación de todas las anteriores, y, finalmente las infecciones como neumonía e infecciones urinarias.

Debe tomarse en cuenta la posible exacerbación de otras enfermedades crónicas como: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal y anemia que podrían originar trastornos metabólicos responsables del delirium (Brendel et al, 2005).

Los trastornos afectivos con síntomas psicóticos pueden también comenzar luego de los 45 años y constituyen algunos de los diagnósticos que más se prestan a confusión con la LOS. El predominio de síntomas afectivos y de correspondencia de los delirios con el estado de ánimo nos permitirán hacer la diferenciación entre las enfermedades. El trastorno de ideas delirantes puede mimetizar una esquizofrenia de instauración tardía, pero no presenta el deterioro funcional marcado ni el afecto aplanado. Debe tomarse con cautela en un primer internamiento el diagnóstico de esquizofrenia y deben buscarse cuidadosamente los síntomas prodrómicos que lo respalden (Brendel et al, 2005).

Curso y pronóstico:

El curso es hacia la cronicidad, la resolución espontánea es poco frecuente y las recaídas con el abandono de la medicación más usuales.

2.5.2 El trastorno de ideas delirantes:

El trastorno delirante comprende a pacientes con ideas delirantes persistentes sin trastornos perceptivos prominentes (ej. Alucinaciones) en ausencia de demencia, esquizofrenia o trastorno del ánimo. Se sugiere que entre un 2 y un 8% de todos los pacientes psiquiátricos presentan dicho trastorno y que la prevalencia en la población general es de un 0.3% y a lo largo de la vida de 0.1 a 0.5%. Este trastorno es típico de la edad madura avanzada o del comienzo de la vejez; su pico de incidencia se produce en hombres entre los 40-49 años y entre los 60-69 en mujeres. El trastorno delirante en su forma pura tiene una prevalencia baja (0,05%), aunque la ideación delirante en el anciano puede alcanzar una prevalencia global del 4% en la comunidad y del 15% de los sujetos que acuden a una consulta de geriatría (Carrasco, 2001).

El cuadro clínico se caracteriza por la presencia de ideas delirantes no extravagantes y bien circunscritas, de forma que el paciente funciona de manera correcta en áreas no contaminadas por las convicciones erróneas. Generalmente ocurren delirios de persecución sin evidenciarse ninguna otra patología psiquiátrica de base, como esquizofrenia, trastornos afectivos o demencia.

Kraepelin definió la paranoia como una enfermedad crónica, incurable, con delirios crónicos y bien sistematizados, con pobre o ninguna pérdida de la orientación, memoria, inteligencia y sin alucinaciones. Incluyó sin embargo en el tema de la parafrenia las alucinaciones y los delirios de persecución instaurados, por lo general, en la etapa adulta de la vida.

El DSMII borra el diagnóstico hasta entonces utilizado de paranoia y lo modifica por Trastorno de ideas delirantes, en el que se prolonga la duración mínima para considerarse episodio de una semana a un mes. Además incorpora todo tipo de delirios: erotomaníacos, celotípicos, grandiosos, somáticos e inespecíficos. La temática delirante puede ser de tipo hipocondríaco, celotípica, persecutoria, o bien de robo o infidelidad. En cuanto al pronóstico, existen pocos datos sobre la evolución del trastorno, pero los escasos estudios existentes muestran un curso crónico y poco favorable. Ello puede deberse en parte, a la resistencia del paciente para solicitar ayuda médica y tratamiento; normalmente cuando lo hace se debe a la intervención más o menos traumática de familiares, vecinos o incluso de la policía, lo que lógicamente es utilizado por el paciente para reafirmarse en sus convicciones delirantes.(Carrasco, 2001)

2.5.3 Los trastornos afectivos y las psicosis con humor depresivo:

Los ancianos que cumplen con los criterios de diagnósticos del DSM-IV para los trastornos afectivos son generalmente personas cuya sintomatología se inició en etapas más tempranas de la vida con episodios de depresión mayor, manía, o mixtos, con o sin síntomas psicóticos. Es sumamente raro el inicio del trastorno afectivo o esquizoafectivo en etapas muy tardías de la vida, sin antecedente alguno de otros síntomas afectivos en etapas más jóvenes y cuando ocurre el cuadro clínico es similar al de los trastornos mentales orgánicos. Además muchos de los ancianos con trastornos mentales de tipo psicótico pueden presentar humor

depresivo en algún momento del curso de la enfermedad (Alexoupoulos, G. 2005; Grossberg et al, 2002; Wei, W. 2005).

El diagnóstico diferencial se basa en la presencia simultánea de síntomas depresivos o maníacos, algunos con rasgos psicóticos como los delirios y las alucinaciones, generalmente relacionados con su estado de ánimo, que se dan posterior al trastorno afectivo y resuelven completamente al superarse la manía o la depresión. La presencia de sintomatología psicótica de por sí, se constituye de entrada en factor de referencia para el diagnóstico diferencial, además de la edad de inicio y el curso clínico de la enfermedad, el deterioro cognoscitivo, la intensidad de los síntomas y signos afectivos, la adaptación al entorno, los problemas interpersonales, laborales y sociales; así como los síntomas remanentes y el deterioro del paciente luego de la resolución del cuadro (Alexoupoulos, G. 2005; Mellow, A. 2004).

Los ancianos con trastornos psicóticos con humor depresivo de inicio tardío, generalmente se encuentran menos desestructurados en sus pensamientos y comportamientos, los síntomas depresivos son más activos, en contraposición de aquellos con procesos psicóticos crónicos, especialmente esquizofrenia, en donde se evidencia un deterioro más marcado de sus funciones cognoscitivas, en su pensamiento y una respuesta afectiva más pobre, casi aplanada, desinteresada ante estímulos del medio externo o con dificultades en la expresión de sus emociones (Mellow, A. 2004; Brendel et al, 2005).

La pseudodemencia

La pseudodemencia no es un diagnóstico clínico sino un término para clasificar un trastorno depresivo que cursa con problemas de memoria. Se da en los casos en donde existe un evidente trastorno intelectual parecido a la demencia, pero tiene una patología psiquiátrica primaria subyacente y, aunque la depresión sea la causa más común, hay otros cuadros psiquiátricos funcionales que pueden producir este síndrome (como: la neurosis conversiva, la manía e hipomanía, así como la esquizofrenia, las neurosis postraumática y el delirium).

Característicamente cuando mejora la patología primaria, mejora también el trastorno intelectual o cognitivo. Característicamente presenta: 1. Déficit intelectual severo, pero es reversible a diferencia de la demencia, donde es más bien crónico y progresivo. 2. Asociado a un trastorno psiquiátrico primario desencadenante, como la depresión, y no se origina de un trastorno puramente orgánico, como los otros tipos de demencia (Starkstein, S. 2005).

A la pseudodemencia se la llamó antiguamente “depresión enmascarada”, o sea que, detrás del déficit intelectual existe la depresión como comienzo de todo. La pseudodemencia es entonces, un cuadro clínico en el que se muestra un trastorno cognoscitivo que parece una demencia, pero, provocado por un trastorno psiquiátrico funcional y no por una causa neurológica.

Tanto la sintomatología como los resultados de las exploraciones neuropsicológicas son similares a los obtenidos en la demencia, pero la causa no es orgánica, pues no existe lesión neurológica que justifique el deterioro, el cual no es progresivo sino reversible. Cuando los pacientes muestran síntomas de

depresión y demencia resulta útil el uso de este término, a sabiendas que esto podría ser una condición temporal y que se deberá seguir observando al paciente y su evolución.

Aunque clínicamente podrían intentar separarse porque a diferencia de los demenciados, los deprimidos refieren fallos de memoria, desorientación en tiempo y espacio, dificultad para entender preguntas o instrucciones, para concentrarse o para recordar cosas aprendidas, así como en su habilidad para la atención. Muestran lentitud motora, desesperanza y ansiedad respecto a sus pérdidas. Y son frecuentes las respuestas “no sé”, “no me acuerdo”. La impresión que ofrecen al explorador es más de apatía que de incapacidad.

En la pseudodemencia suele haber más disminución de la libido y ansiedad; hay signos de afasia, apraxia y agnosia. Los síntomas depresivos suelen ser previos al deterioro cognoscitivo y su evolución transcurre de forma paralela a la afectiva mientras que en la demencia, la depresión acostumbra a brotar con posterioridad al deterioro cognoscitivo.

El tratamiento de la pseudodemencia consiste en tratar la enfermedad de base. En la mayoría de los casos se trata de una depresión, por esto debe iniciarse tratamiento antidepresivo. Si existe alguna duda, siempre debe iniciarse el tratamiento y establecer el diagnóstico definitivo posteriormente. El pronóstico resulta muy variable. Lo habitual es que los síntomas mejoren de forma notable, sea de forma total o parcial. El pronóstico va ligado a la etiología y en él influye la posible lesión cerebral, que hará más o menos tórpida la evolución (Goodwin, J. 1983; Sadavoy, J. 1991)

2.5.4 El trastorno psicótico agudo:

El trastorno psicótico agudo comparte los mismos síntomas psicóticos de las definiciones anteriores y es generado por una causa esencial, lo que significa que su explicación no se relaciona con uso de drogas o enfermedades orgánicas y característicamente se da como un primer episodio psicótico, con una duración menor a un mes, y existe una mejoría completa de los síntomas posterior al cuadro. Este diagnóstico solo podrá ser mantenido de acuerdo con la evolución del paciente y puede evolucionar hacia otras patologías mayores (Asociación Americana de Psiquiatría, 1995 y 2000).

2.6 Trastornos psicóticos secundarios

De los trastornos psicóticos secundarios para este estudio se enfocarán los síndromes demenciales, en especial la demencia del tipo de Alzheimer así como el Delirium, por ser (como se explicó previamente) las causas psiquiátricas más importantes de psicosis tardías.

2.7 El delirium

El Delirium ha sido modelado previamente en las descripciones de los diagnósticos diferenciales de las entidades expuestas, por lo que en este apartado se dará una aproximación conceptual breve.

En el Delirium existe una clara alteración en la conciencia, cambios cognitivos, déficit en la atención, instauración aguda y fluctuación en el curso de los síntomas; puede cambiar en horas o días y se resuelve completamente posterior a la resolución de la causa de base, siendo las más importantes los trastornos

mentales producidos por medicamentos (hasta en un 40%), seguido por las infecciones. (Brendel et al, 2005)

Sus manifestaciones clínicas son generalmente aparatosas, fluctuantes, con delirios poco estructurados, se inician luego de un evento estresante o por medio de una causa definida, generalmente los ancianos se encuentran agudamente psicóticos con todo tipo de alucinaciones, entre ellas de animales y personas que intentan y logran hacerles daño, de estar en otros lugares, de atribuir a una persona la identidad de otra, en general en forma mas abrupta que las de pacientes demenciados (Mellow, A. 2004;Grossberg et al, 2002).

2.8 La psicosis en pacientes con demencia:

En cuanto a la demencia, la enfermedad de Alzheimer, constituye entre el 70% y el 90% de las causas de este padecimiento, seguido por las causas orgánicas y metabólicas, la demencia de cuerpos de Lewy y la demencia por alcohol con menos de un 10% cada una. Por lo que para el presente estudio se profundizará en la Demencia del Tipo de Alzheimer (Dementia of the Alzheimer Type, DAT) (se prefiere utilizar el término de “Demencia del tipo de Alzheimer” ya que el diagnóstico certero es histopatológico, por lo que el aseverar la enfermedad a pesar de su altísima probabilidad de éxito no se considera conveniente).

La prevalencia del DAT se duplica año con año después de los 60, aumentando la población afectada de 1 a 2% a un 50% en mayores de 85 años. Los síntomas psicóticos pueden presentarse en cualquier estadio de la demencia y su instalación suele ser progresiva, ocasionando comportamientos bizarros y estados de agitación psicomotora y agresión, lo que conllevará a un aumento de la

disfunción del paciente y en las dificultades para su manejo (Alarcón R,2005). Los síntomas psicóticos en la demencia se dan frecuentemente y se espera que más del 70% de los pacientes portadores de DAT experimentarán síntomas psicóticos durante la evolución de su enfermedad, sin embargo no existe una correlación demostrada entre la severidad de la demencia y la psicosis (Brendel et all, 2005; Alarcón R,2005).

Las mujeres demenciadas son de dos a nueve veces más susceptibles que los hombres a desarrollar síntomas psicóticos (Grossberg et all, 2002).

Las alucinaciones visuales ocurren en el 50% de los pacientes con DAT y en la Demencia de cuerpos de Lewy aumenta hasta un 80%; donde la mayoría de las alucinaciones visuales serán placenteras y el que tiende a quejarse de ellas es el cuidador y no el enfermo (Brendel et all, 2005)

Diagnóstico y sintomatología:

Las Ideas delirantes en los pacientes con demencia presentan una clínica particular, ligada a las alteraciones cognoscitivas de base y a los déficits en los procesos mnésicos. Los delirios autoreferenciales afectan a casi el 25% de los pacientes; pero los delirios más característicos de las personas con demencia son quizá los de robo, los de abandono, los de celos y todo el espectro que engloba los denominados trastornos de las identificaciones (misidentifications).

Los más comunes son las ideas delirantes de tipo paranoide, como el *Síndrome de Capgras* en donde su casa, no es su casa o que su cuidador es un impostor (Signer et all, 1990; Olivera et all, 2005; Alarcón, 2005).

El delirio de robo y de perjuicio suele aparecer al inicio del DAT, está ligado generalmente a los olvidos, que con frecuencia son interpretados por el paciente como hurtos, buscando una explicación más coherente para su sistema psíquico que el fallo de la memoria (Olivera et al, 2005). Esta inseguridad y duda, puede ser trasladada a su cónyuge, desencadenando ideas delirantes de celos e infidelidad. Y en ese contexto también se producen las ideas de abandono, el “miedo a ser abandonado”.

En los pacientes demenciados las ideas delirantes generalmente son concretas y relacionadas con sus relaciones interpersonales habituales. Son muy raros en estos pacientes los delirios superestructurados que elaboran los esquizofrénicos y son por otro lado más frecuentes las alucinaciones visuales que las auditivas (tabla 2) (Mellow, A. 2004; Grossberg et al, 2002)

En etapas posteriores de la evolución de la enfermedad puede darse el *Síndrome de Frégoli* donde lo que se produce es una hiperidentificación, se atribuyen rasgos faciales o corporales de un conocido a otra persona determinada. (Olivera et al, 2005; Alarcón, 2005)

La transformación del aspecto de otras personas es conocida como *intermetamorfosis*. El desconocimiento del propio hogar y la identificación con otros lugares como el hospital, el domicilio de otros familiares, etc. dan lugar a cuadros de paramnesia reduplicativa. Los síntomas psicóticos derivan generalmente de trastornos en la percepción de eventos reales y así de su contenido manifiesto. Por el daño cognitivo podría llegar el momento en que los pacientes no logren verbalizar sus delirios. Así el comportamiento inusual en un

paciente con DAT podría corresponder a delirios y alucinaciones que deben ser sospechados por el clínico (Olivera et al, 2005; Alarcón, 2005).

Las características sintomatológicas postulados por Roberto Alarcón, como criterios diagnóstico de psicosis en pacientes demenciados en su publicación, psicosis de inicio tardío y su relación con las demencias en la revista "Avances en Psiquiatría Biológica" del año 2005, son los siguientes:

1. Ideas delirantes de tipo paranoide, celotípicas, persecutorias, de acusación y abandono.
2. Alucinaciones visuales son las más comunes, se presentan en un 30% de los pacientes con demencia; le siguen las auditivas en un 10%, en menor proporción las cenestésicas y olfatorias.
3. Mayor deterioro de las funciones cognoscitivas.
4. Agitación psicomotora y comportamiento agresivo
5. Trastornos del sueño.
6. Afecto anhedónico e indiferencia hacia el ambiente, pero en los estados iniciales puede presentarse síntomas depresivos concomitantes.
7. Lenguaje desorganizado.
8. Incremento de la sintomatología somática.
9. Apatía y síntomas relacionados son comunes en pacientes con demencia en estados tempranos e intermedios. Muestran desinterés por las actividades de la vida diaria, el cuidado personal y disminución por las interacciones sociales, con pérdida de iniciativa y respuestas emocionales.
10. Errores de percepción asociados con interpretaciones delirantes son
11. frecuentes en ancianos con demencia y sintomatología psicótica.

Tabla 1. Cuadro comparativo de los síntomas psicóticos observados en la enfermedad de Alzheimer y la esquizofrenia*

Síntomas Psicosis	D.A.T	Esquizofrenia
Delirios bizarros o complejos	raros	frecuentes
Errores de interpretación de cuidadores	frecuentes	raros
Tipo de alucinaciones más frecuentes	visual	auditiva
Síntomas Scheneiderianos de primer orden	raros	frecuentes
Ideación suicida activa	rara	frecuente
Antecedentes de psicosis	rara	frecuente
Remisión de la psicosis	frecuente	menos frecuente
Uso de prolongado de antipsicóticos	no común	muy común
Promedio dosis diaria óptima de antipsicótico de un adulto con esquizofrenia	5-25%	40-60%

*Jeste D, Finkel S. **Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias**. Am J Geriatric Psychiatry, 2000; 8: 29-34

Diagnóstico diferencial:

El delirium debido a medicamentos y desórdenes médicos puede ocurrir al mismo tiempo que el DAT, y es una de las consideraciones diagnósticas más importantes por su elevada incidencia. La instauración de la demencia es crónica y progresiva por lo que de resolverse sería más prudente revisar el criterio de LOS y del Trastorno de Ideas Delirantes antes de catalogarlo como una demencia (Grossberg et al,2002).

Las personas ancianas con una EOS pueden manifestar de forma inmediata déficit neuropsicológicos, y su funcionamiento cognoscitivo puede deteriorarse todavía

más en la etapa tardía de la vida a causa del envejecimiento y de las privaciones que hayan experimentado a lo largo de la vida (p.ej., el menor nivel educativo y laboral, ingreso en un centro sanitario, etc.). Normalmente, estos déficit no son ni tan graves, ni tan progresivos como en las demencias. Sin embargo, también se ha observado un alto índice de demencia de distinto tipo y un deterioro cognoscitivo rápido en ancianos con esquizofrenia recluidos en instituciones. Sus ideas delirantes presentes son complejas y están bien sistematizadas en comparación con las ideas delirantes en pacientes con demencia.

El paciente esquizofrénico puede tener alterada la producción del lenguaje; la comprensión es excelente, no hay pérdida cognoscitiva significativa ni alteración de la conciencia, rasgos que permiten diferenciar correctamente al paciente esquizofrénico de los pacientes con afasia, demencia o delirium. Es conveniente tener en cuenta la posibilidad de que los ancianos con esquizofrenia acaben presentando una demencia, al igual que cualquier otro adulto mayor (Sadavoy, 1991).

Existen pacientes con comorbilidades que dificultan el diagnóstico o con enfermedades superpuestas unas a otras lo que hace difícil diferenciar la demencia de las enfermedades psiquiátricas, por ejemplo, un individuo con demencia puede reportar ánimo depresivo y cumplir criterios para depresión. Un individuo con depresión y/o esquizofrenia podría desenvolverse pobremente en un test psicológico semejando una demencia. Por esto el diagnóstico debe realizarse en conjunto con los familiares y con una minuciosa toma de la historia clínica. (Brendel et al, 2005)

Curso y pronóstico:

Algunos estudios sugieren que el aumento en la severidad de la Demencia disminuirá por lo menos el reporte oral de los pacientes, así como sus funciones mentales superiores necesarias para elaborar los delirios. Por lo que en general se observará una tendencia a la disminución en cuanto a los síntomas psicóticos.

2.9 Manejo inicial del paciente anciano con síntomas psicóticos

El diagnóstico de psicosis en los ancianos requiere una evaluación exhaustiva y es indispensable obtener una historia completa, del propio paciente, y, como mínimo, de otra persona que le conozca. En el caso de pacientes aislados socialmente es conveniente recabar información de los vecinos, de los profesionales a cargo de la asistencia domiciliaria o del personal de las instituciones que ayudan al paciente.

El médico también debe investigar los antecedentes familiares de enfermedad psiquiátrica (p.ej., trastorno del estado de ánimo, suicidio, esquizofrenia, demencia). Consultar con familiares y con otras personas importantes del entorno del enfermo puede resultar de enorme utilidad a la hora de establecer los antecedentes familiares e identificar episodios psicóticos o afectivos previos.

Se recomienda efectuar una revisión completa de los fármacos, tanto de los que se venden con receta como los de libre dispensación.

También debe investigarse el uso del alcohol o de drogas ilegales. Una vez descartada la toxicidad por sustancias y los trastornos por consumo de sustancias, debe considerarse la posibilidad de una lesión estructural cerebral, como un tumor

o un accidente vascular cerebral, o un trastorno comicial sutil, como una disfunción del lóbulo temporal.

Los síntomas de “primer rango” de la esquizofrenia pueden darse en psicosis que acompañan a una enfermedad cerebral diagnosticable. En ancianos con un inicio tardío de los síntomas psicóticos y sin una etiología obvia identificable hay que tener en cuenta las pruebas de neuroimagen. También deberá considerarse la posibilidad de utilizar este tipo de pruebas en pacientes con trastornos psicóticos primarios con una manifestación atípica o en pacientes cuya enfermedad es resistente a la farmacoterapia habitual. Una vez excluidas las causas secundarias, es conveniente plantearse la posibilidad de que los síntomas psicóticos estén relacionados con diagnósticos psicóticos previos.

La historia psicosocial completa debe incluir detalles como la posible presencia de armas de fuego en casa y otras cuestiones de seguridad, sobre todo si el paciente vive solo. El examen de historiales psiquiátricos anteriores ayudará enormemente en el diagnóstico diferencial y es todo recomendable. En casos complicados y caos en que hay comorbilidad con la demencia tiene sentido recurrir al ingreso hospitalario para esclarecer el diagnóstico de los pacientes psicóticos de más de sesenta años (Mellow, A. 2004)

2.10 Tratamiento de los trastornos psicóticos en general en los adultos mayores

El tratamiento de los pacientes ancianos con trastornos psicóticos requiere una combinación de intervenciones sociales, comportamentales y de modificación del ambiente, mas el tratamiento farmacológico. En este sentido, es necesaria una evaluación escrupulosa de las enfermedades somáticas y de los tratamientos concomitantes antes de iniciar una terapia farmacológica. (Shink, K. et all. 2006)

Aunque se han empleado otras sustancias, como buspirona, b-bloqueadores, litio, carbamazepina o valproato, el tratamiento básico de los trastornos psicóticos del anciano son los fármacos neurolépticos o antipsicóticos, especialmente en el tratamiento de los síntomas positivos (Shink, K. et all. 2006; Mellow, A. 2004).

Las intervenciones de carácter psicosocial (p.ej. educación del cuidador, terapia psicoeducativa, entrenamiento en habilidades sociales) son indispensables para la rehabilitación y deberían poder proporcionarse siempre que sea necesario. A los pacientes con recaídas y hospitalizaciones frecuentes debe ofrecérseles programas de entrenamiento en asertividad, sobre todo si tienen un escaso apoyo familiar. La terapia cognitivo-conductual puede beneficiar a los pacientes a pesar de recibir el tratamiento farmacológico óptimo (Mellow, A. 2004; Grossberg, G. et all, 2002).

Dado que el índice de síntomas extrapiramidales (SEP) y discinesia tardía (DT) asociados a los antipsicóticos convencionales puede superar el 50% en los pacientes ancianos, se recomienda que los clínicos reduzcan gradualmente las dosis de neurolépticos administradas a nivel ambulatorio a pacientes ancianos con

síntomas crónicos y estables de esquizofrenia. Este punto es importante porque se ha demostrado que los SEP pueden afectar al funcionamiento del paciente en mayor grado que los síntomas positivos y negativos o que la duración de la psicosis. Además, los antipsicóticos convencionales no son demasiado eficaces como tratamiento de los síntomas negativos y del deterioro cognoscitivo asociado a la esquizofrenia. Aproximadamente el 60% de los pacientes ancianos con una EOS que dejan de tomar la medicación no recaen durante los seis meses siguientes (Mellow, A. 2004; Grossberg, G. et al, 2002). Si los síntomas psicóticos empeoran deberán utilizarse antipsicóticos atípicos. Los individuos con una LOS pueden manifestar una respuesta especialmente negativa a los fármacos antipsicóticos. Asimismo, la prevalencia de SEP y DT, tanto agudos como crónicos, pueden ser mayor en pacientes ancianos con esquizofrenia, en comparación con los adultos más jóvenes. (Grossberg, G. et al, 2002).

Se ha demostrado la superioridad de la Clozapina para tratar la esquizofrenia resistente al tratamiento. La dosis terapéutica de Clozapina en pacientes ancianos con esquizofrenia puede ser sustancialmente inferior. La dosis promedio de Clozapina en ancianos es de 300 mgs (intervalo de 12.5-900 mgs)

La Risperidona es uno de los agentes antipsicóticos atípicos más recientes, que combina un potente antagonismo hacia los receptores para la serotonina y la dopamina. Se muestra eficaz contra los síntomas positivos y negativos de las psicosis esquizofrénicas y otros trastornos psicóticos, y tiene una baja propensión a causar efectos secundarios extrapiramidales. En dosis bajas, la Risperidona es un tratamiento efectivo y bien tolerado para las psicosis en los pacientes ancianos que mejora la calidad de vida para los pacientes y sus cuidadores. (Bullock, B. et

all, 2002) Tanto la Risperidona como la Olanzapina se asociaron a una mejoría de la función cognoscitiva en pacientes ancianos con esquizofrenia. Sin embargo, parece que la Risperidona proporcionaba una mejoría significativa en la función cognoscitiva y en los síntomas psicóticos de pacientes demenciados y ambas aumentaban la incidencia de accidentes vasculares cerebrales (Shink, K. 2006 et all; Veiga, F. et all. 2001).

Para el tratamiento para los síntomas psicóticos de la demencia se administraban típicamente los antipsicóticos de primera generación, como tratamiento de primera elección, el Haloperidol y la Clorpromazina han demostrado eficacia en este contexto, pero sus efectos secundarios son más acusados en ancianos: síntomas extrapiramidales (p.ej. parkinsonismo, discinesia) y efectos anticolinérgicos (p.ej. sedación, empeoramiento cognitivo). (Mellow, A. 2004; Brendel et all, 2005)

Existe actualmente una emergente literatura sobre los antipsicóticos atípicos y la demencia y se consideran actualmente manejo de primera línea para estos síntomas. Los efectos secundarios más importantes con el uso de antipsicóticos atípicos son el la hipotensión ortostática, el aumento de peso, los síntomas anticolinérgicos, la sedación y la prolongación del intervalo Q-T. (Brendel et all, 2005) La Risperidona demostró eficacia para el control de síntomas psicóticos en un estudio con 1047 pacientes con criterios de Demencia, en España, donde posterior al primer mes el 95% experimentaba mejoría significativa de sus síntomas y únicamente el 5% presentó efectos secundarios a una dosis promedio de 1.25 mgs de Risperidona diarios. Los síntomas más comunes fueron los efectos extrapiramidales y sedación (Veiga, 2001).

En general, se puede señalar que los ancianos precisan menores dosis que pacientes más jóvenes, debido a cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados con la edad. Otra característica general del empleo de fármacos antipsicóticos clásicos en ancianos es la presentación más frecuente de efectos secundarios, especialmente de tipo anticolinérgico y extrapiramidales, sedación y bloqueo α -adrenérgico, así como de discinesia tardía. Por todo ello, la elección del fármaco y el ajuste de dosis deben ajustarse al máximo a las características de cada paciente, intentando alcanzar la mínima dosis eficaz y durante el periodo menor de tiempo posible. Su eficacia en los trastornos psicóticos del anciano ha sido contrastada en diversos trabajos, aunque, en general, de forma insuficiente, dada la carencia de estudios específicos (Carrasco, 2001).

3. Capítulo. Marco Metodológico

3.1 Enfoque o tipo de investigación:

Esta investigación se planteó como un estudio de variables cualitativas y cuantitativas referentes a las manifestaciones clínicas de la psicosis en pacientes mayores de 60 años, egresados del HNP durante el año 2005 y no conocidos previamente en ese centro.

Para esto, se seleccionó a los pacientes en 6 diferentes grupos según su diagnóstico de egreso y se describieron las manifestaciones clínicas de cada uno de ellos; para entonces poder comparar clínicamente a los pacientes psicóticos portadores de enfermedades mentales primarias, con los pacientes psicóticos portadores de demencia; que es el fin último de este estudio.

Los trastornos psiquiátricos asociados a psicosis más frecuentemente diagnosticados en esta población fueron en orden de importancia: **1.** Los trastornos depresivos, **2.** El trastorno afectivo bipolar, **3.** El trastorno de ideas delirantes, **4.** La esquizofrenia y **5.** El trastorno psicótico agudo.

Con el fin de cuantificar las manifestaciones clínicas de la psicosis en todos los pacientes, se utilizó el instrumento ubicado en el Anexo 3, que a su vez se confeccionó basándose en los criterios de Alarcón para el diagnóstico de las psicosis en pacientes portadores de demencia, publicados en la revista española “*Avances en Psiquiatría Biológica*”, del año 2005, y la tabla de diferencias

diagnósticas de psicosis por demencia y esquizofrenia de Jeste y Finkel, publicado en el *“Journal de Geriátría Psiquiátrica Americana”* en el año 2000.

Se aplicó el mismo instrumento tanto a los portadores de demencia como a los individuos de los otros 5 grupos, para estandarizar los datos y obtener luego las diferencias y semejanzas entre estos. Cabe destacar que a pesar de que ninguno de los diagnósticos de egreso presentaba el apelativo “con psicosis”, todos presentaron síntomas psicóticos al ingreso corroborados en sus expedientes.

3.2 Sujetos y fuentes de información:

La población estudiada fue de un total de 84 adultos mayores, con los diagnósticos de egreso mencionados previamente. Estos conforman el 73% de todos los adultos mayores egresados por primera vez en el HNP en el año 2005, y el 100% de los egresados con los diagnósticos preestablecidos, revisados en los expedientes manualmente (sean los síndromes demenciales, los trastornos afectivos, los trastorno de ideas delirantes, la esquizofrenia y el trastorno psicótico agudo). La recolección de datos se realizó mediante el instrumento ubicado en el Anexo correspondiente, tomando del expediente clínico de estos pacientes la información existente en el primer ingreso al HNP, en ese año.

3.3 Variables:

Se escogieron 26 variables, 25 de ellas cerradas y en su mayoría dicotómicas; respondiendo sí o no, ante la presencia o ausencia de los síntomas cuestionados durante el primer ingreso, y se incorporó una única variable abierta, acerca del

diagnóstico de egreso, que posteriormente se utilizó para organizar a los pacientes en grupos, de acuerdo a su psicopatología.

Las variables fueron tomadas de: **1.** Del estudio realizado por el Dr. Rafael Alarcón acerca de las manifestaciones clínicas de la psicosis en pacientes portadores de demencia, publicadas en la revista "*Avances en Psiquiatría Biológica*", (Alarcón, 2005) y **2.** Del cuadro comparativo entre demencia y esquizofrenia de Jeste D. y Finkel S., resultado de su estudio sobre psicosis en la enfermedad de Alzheimer y enfermedades relacionadas, publicado en el "*American Journal of Geriatric Psychiatry*" (Jeste y Finkel, 2000), ambos revisados en el marco teórico.

Las variables interrogadas fueron:

- 1.** El diagnóstico de egreso
- 2.** El sexo
- 3.** La edad del paciente
- 4.** La presencia de Ideas delirantes de tipo paranoide, celotípicas, persecutorias, de acusación, abandono, ideas bizarras o superestructuradas e ideas suicidas.
- 5.** La presencia de alucinaciones; auditivas, cenestésicas y olfatorias.
- 6.** La presencia de deterioro de las funciones cognoscitivas.
- 7.** La agitación psicomotora y comportamiento agresivo.
- 8.** Los trastornos del sueño.
- 9.** El afecto, sea anhedónico, depresivo y eufórico, irritable o expansivo
- 10.** El lenguaje desorganizado.
- 11.** Incremento de los síntomas somáticos.
- 12.** La apatía.
- 13.** Los errores de percepción asociados con interpretaciones delirantes.

14. El antecedente de psicosis.

15. El consumo crónico de antipsicóticos.

3.4 Descripción del instrumento:

El instrumento para la recolección de datos incorporó las 23 variables ya descritas, organizadas en 12 grupos; además de las tres variables epidemiológicas establecidas (ver Anexo 3).

La primera sobre la edad, la segunda relacionada con el sexo del paciente, la tercera acerca del diagnóstico recibido al egreso y las otras 23 casillas, corresponden a las 12 últimas variables enumeradas en el apartado anterior, iniciando con la presencia de ideas delirantes y finalizando con el consumo crónico de antipsicóticos.

Las preguntas se contestaron con “sí”, cuando la variable se presentó y con un “no”, cuando no se anotó esta en el expediente, ni se entendió en el contexto, en el transcurso del ingreso.

El instrumento se aplicó por igual a los 84 expedientes de los pacientes previamente seleccionados.

3.5 Análisis de la información

Se realizó un cálculo de las frecuencias absolutas y relativas basándose en los datos obtenidos a partir de los 84 instrumentos aplicados, organizados en 6 grupos según el diagnóstico anotado al egreso. Así se obtuvo el porcentaje de presentación de cada una de las 26 variables, en los 6 grupos.

Esto permitió posteriormente, comparar qué tan frecuente era una variable en un grupo con respecto a otro, aun cuando los grupos tuvieran diferente número de integrantes. Fue posible entonces, encontrar cuáles de estas variables predominaban en cada grupo y cuáles fueron las variables más y menos frecuentes en todos los grupos.

De esta forma, fue posible organizar las semejanzas y diferencias entre las manifestaciones clínicas de los distintos grupos, con las presentes en pacientes portadores de demencia con psicosis, para así facilitar su sospecha y diagnóstico.

Una vez tabulados los datos se les aplicó la prueba de CHAID (Chi squared automatic interaction detection o detección automática Interactiva del Chi cuadrado), con la que fue posible conocer cuales de las diferencias clínicas entre los grupos eran estadísticamente significativas y si el hallarlas facilitaba o no el diagnóstico de psicosis por demencia; en que porcentaje y con que probabilidad.

Componentes del CHAID

- Una o más variables predictoras: continuas, ordinales o nominales. En este estudio corresponde con cada uno de las 26 variables descritas previamente.
- Una variable respuesta: continua, ordinal o nominal. En este estudio corresponde con las variables si o no.
- Fijación de parámetros: niveles de significancia para la unión y división, y un criterio para detener el proceso de división.

Utilidad del CHAID

Este método es útil en medicina cuando: se quiere encontrar divisiones no binarias como por ejemplo relaciones de múltiples variables con un diagnóstico como en este caso o cuando el método utilizado por CHAID da mejores resultados que otros métodos. (Zhang, H. 1998)

Mediante esta prueba fue posible comparar las variables de dos en dos, usando cada una como posible predictora de la otra, descartando aquellos pares cuya relación no era estadísticamente significativa; y con las que sí se denotaba correlación se fueron formando nodos, que se unieron entre sí hasta llegar a un diagnóstico.

Los nodos se ordenaron como árboles de predicción donde una variable estadísticamente significativa en un grupo se relacionó con otra (igualmente significativa) de acuerdo con su posible asociación como variable predictora de la anterior y todas de la enfermedad en cuestión.

Este proceso se llevó a cabo con todas las variables, se repitió una y otra vez, hasta que quedaron únicamente los pares con valores de Chi-cuadrada estadísticamente significativos.

Los “árboles de diagnóstico” que aparecen en los resultados corresponden únicamente al conjunto de nodos o categorías predictoras relacionadas con las enfermedades, con una probabilidad de más de un 75% de acierto en el diagnóstico.

4. Capítulo. Análisis y discusión de los resultados

Inicialmente de los 115 pacientes mayores de 60 años, egresados por primera vez en el Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP) durante el 2005, se propusieron los 98 que presentaban los siguientes criterios de selección: **1.** Que hubieran sido egresados por primera vez del HNP durante ese año (por lo que era necesario que no contaran con ingresos previos); **2.** Que fueran egresados durante ese año con cualquiera de los siguientes diagnósticos: Demencia con psicosis, depresión severa con psicosis, trastorno afectivo bipolar en fase maniaca o depresiva con psicosis, esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes y episodio psicótico agudo.

De la base de datos suministrada por el servicio de estadística del hospital, con base en el primer criterio de selección debieron ser eliminados 3 pacientes que tenían ingresos previos en el HNP y en cuanto al segundo, se evidenciaron 13 pacientes en que los diagnósticos de egreso no concordaban con el diagnóstico registrado por la oficina de estadística, además de otro que era menor de 60 años por lo que no podía entrar dentro de la selección.

El segundo criterio tuvo que ser modificado, primero, pues en ninguno de los egresos por demencia se agregó el calificativo de “con psicosis”, a pesar de que en la gran mayoría (sólo en un caso no), se anotaron síntomas psicóticos al ingreso. Segundo, porque esto tampoco se dio con regularidad en los diagnósticos de egreso de depresión, a pesar de que en un sólo caso se evidenció la ausencia de síntomas psicóticos al ingreso o durante la hospitalización; y el único caso registrado como “depresión moderada” presentaba al ingreso síntomas psicóticos por lo que sería necesario reformular el diagnóstico. Tercero, pues, no

hubo ningún caso de un trastorno afectivo bipolar (TAB) en fase depresiva con psicosis o en fase depresiva, ni tampoco ocurrió algún episodio maniaco aislado que no se diagnosticara como TAB (por lo que serán usados como sinónimos manía y bipolar en los resultados). Cuarto, porque la gran mayoría de los casos revisados compartía síntomas psicóticos que justificaban el ingreso y la evidencia de psicosis no se anota como parte del diagnóstico de egreso, aún cuando se presentaron estos síntomas claramente al ingreso o durante la estadía. Y quinto, la psicosis representó el conjunto de síntomas más frecuente en todos los grupos, por lo que para este estudio se tomaron en cuenta todos los casos que y no solamente en los que se anotaba expresamente la psicosis dentro del diagnóstico de egreso; para poder diferenciarlos más fielmente de la psicosis por demencia.

Debido a esto fue necesario revisar manualmente los 115 expedientes de los posibles candidatos y seleccionarlos manualmente para reclasificarlos de acuerdo al diagnóstico e incluirlos en el estudio donde era correspondiente; por lo que, los resultados se analizarán con base en lo obtenido a partir de la revisión manual de expedientes y no de los datos suministrados por la oficina de estadística del HNP.

De los casos propuestos para esta revisión se evaluaron un total de 84, correspondientes al 73% del total de egresos del año 2005 en esta población y al 100% de quienes presentaron síntomas psicóticos al ingreso o durante su estadía hospitalaria y fueran egresados por primera vez en ese año.

Finalmente se tomaron en cuenta todos los casos de pacientes mayores de 60 años, egresados como: demencia en cualquiera de sus variantes (demencia vascular, de cuerpos de Lewy, DAT,...etc), todos los episodios depresivos, todos los trastornos afectivos bipolares, todos los trastornos de ideas delirantes,

esquizofrenias y episodios psicóticos agudos, egresados en el 2005 del HNP. Cabe ratificar que todos estos casos presentaron síntomas psicóticos al ingreso aunque no se especificaron en el diagnóstico de salida.

En la tabla 2, así como en el gráfico 3, se muestran los datos en proporciones y en números ordinales sobre la frecuencia de aparición de las variables epidemiológicas, al igual que de los síntomas y signos clínicos cuestionados, en la población, divididos en seis grupos según el diagnóstico de egreso. Estos datos se analizan a continuación, en el orden preestablecido según los objetivos específicos de este trabajo.

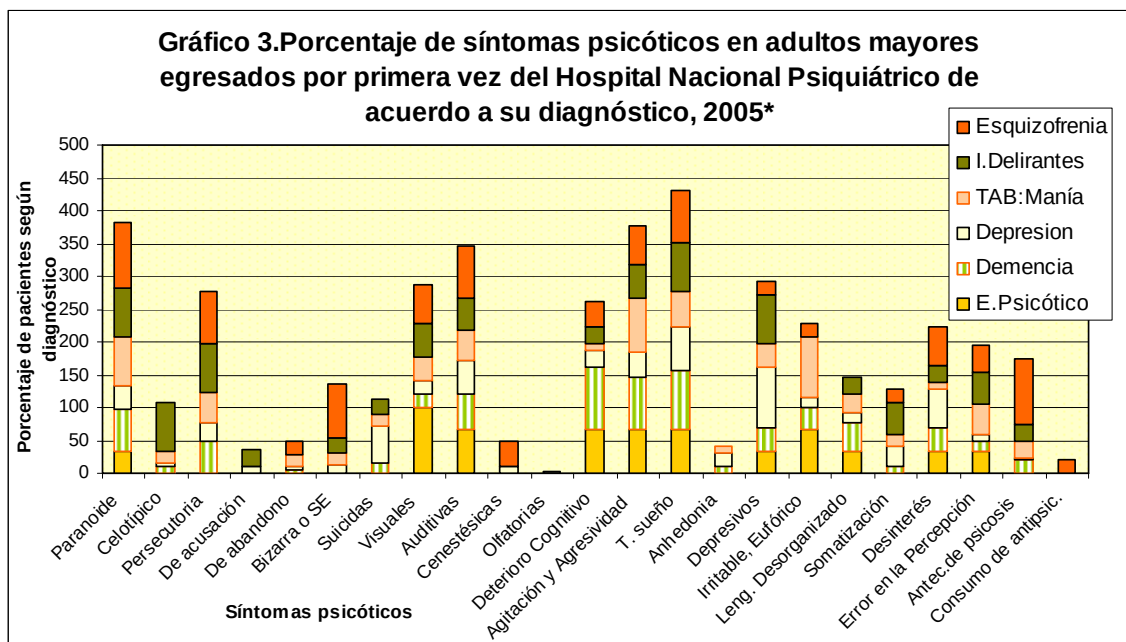
1. Según los datos recolectados directamente de los expedientes clínicos, **1.1** la distribución de los diagnósticos de egreso fue: el 49%(n=41) de los pacientes egresó con el diagnóstico de depresión y 13%(n=11) con el de TAB, constituyéndose entonces la depresión y los trastornos afectivos en general como el diagnóstico de egreso más frecuente en adultos mayores egresados por primera vez del HNP durante el 2005. Sin embargo el 24%(n=20) de los egresos correspondió al diagnóstico de demencia, convirtiéndose esta en el segundo diagnóstico de egreso más importante en la muestra, por lo que se constituye como la segunda causa de egreso en el HNP de adultos mayores no conocidos previamente en este centro. El 15% de la población restante se repartió en porcentajes semejantes entre: la esquizofrenia 6%(n=5), el trastorno de ideas delirantes 5%(n=4) y el episodio psicótico agudo 4%(n=3).

Tabla 2. Frecuencias absolutas y relativas de los síntomas psicóticos en la población estudiada de acuerdo al diagnóstico de egreso* n (%)**

Síntomas	E.Psicótico	Demencia	Depresión	TAB:Manía	I.Delirantes	Esquizof.
Delirios:						
1.Paranoide	1(33)	13(65)	15(36)	8(73)	3(75)	5(100)
2.Celotípico		2(10)	2(5)	2(18)	3(75)	
3.Persecutoria		10(50)	11(27)	5(45)	3(75)	4(80)
4.De acusación			4(10)		1(25)	
5.De abandono		1(5)	2(5)	2(18)		1(20)
6.Bizarra o Superestructuradas			5(12)	2(18)	1(25)	4(80)
Ideas Suicidas		3(15)	23(56)	2(18)	1(25)	
Alucinaciones:						
1.Visuales	3(100)	4(20)	9(22)	4(36)	2(50)	3(60)
2.Auditivas	2(66)	11(55)	21(51)	5(45)	2(50)	4(80)
3.Cenestésicas			4(10)			2(40)
4.Olfatorias			1(2)			
Deterioro Cognitivo	2(66)	19(95)	11(27)	1(9)	1(25)	2(40)
Agitación y Agresividad	2(66)	16(80)	16(39)	9(84)	2(50)	3(60)
T. sueño	2(66)	18(90)	27(66)	6(54)	3(75)	4(80)
Anhedonia		2(10)	9(22)	1(9)		
Síntomas Depresivos	1(33)	7(35)	38(93)	4(36)	3(75)	1(20)
Animo irritable, eufórico, expansivo	2(66)	7(35)	6(15)	10(91)		1(20)
Lenguaje Desorganizado	1(33)	9(45)	6(15)	3(27)	1(25)	
Somatización		2(10)	12(30)	2(18)	2(50)	1(20)
Desinterés por actividades	1(33)	7(35)	25(61)	1(9)	1(25)	3(60)
Errores en la Percepción	1(33)	3(15)	5(12)	5(45)	2(50)	2(40)
Antecedente de psicosis		4(20)	1(2)	3(28)	1(25)	5(100)
Consumo de antipsicóticos						1(20)
Edad promedio	74	78	65	67	67	68
Total de número de casos:	3(4)	20(24)	41(49)	11(13)	4(5)	5(6)
Hombres	1(33)	10(50)	21(51)	6(55)	2(50)	1(20)
Mujeres	2(67)	10(50)	20(49)	5(45)	2(50)	4(80)

*Fuente: Revisión de expedientes. Archivo HNP.2006.

**Número n dentro del recuadro (valor porcentual dentro del paréntesis)



*Fuente: Tabla 2

1.2 Las edad se distribuyó del siguiente modo según su patología: los pacientes más jóvenes fueron en general los portadores de depresión, quienes en promedio rondaban los 65 años, seguidos por los portadores de enfermedad bipolar y del trastorno de ideas delirantes con 67 años y los portadores de esquizofrenia con 68 años. Los de mayor edad fueron los de demencia con alrededor de 78 años; lo que concuerda con los datos revisados en la bibliografía, donde la edad se considera uno de los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de la demencia, donde el riesgo aumentará un 10% por año, luego de los 60 años (Agüera, L. 2002).

1.3 En cuanto a la distribución de acuerdo al género, ésta se dio en forma equitativa dentro de la población. En una relación prácticamente de 1:1, en casi la totalidad de los casos; lo cual difiere enormemente de lo encontrado

en la bibliografía internacional, donde el ser mujer supuestamente aumentaría 7 veces la probabilidad de sufrir de psicosis en mujeres mayores de 60 años portadoras de demencia, comparado con el ser hombre (Brendel, et all. 2001). Lo que bien podría corresponder a un sesgo o a una distribución diferente de las patologías psiquiátricas en esta población.

2. Según las frecuencias obtenidas **2.1** los delirios paranoides y **2.2** de persecución se asociaron al diagnóstico de esquizofrenia en un 100% de los casos, donde constituyen uno de los criterios de diagnóstico del DSMIV-R y concuerda con lo que podría esperarse en esta población; ya que como se revisó previamente, en la mayoría de los casos en que la esquizofrenia se diagnostica en adultos mayores, estos mantienen síntomas positivos, ya que los negativos podrían no hacerlos tan evidentes e incluso podrían confundirlos con otros enfermos como los portadores de demencia (Carrasco, 2001). La segunda patología donde se hicieron frecuentes estos delirios fue en el trastorno de ideas delirantes, donde alcanzaron un 75% de los casos, luego en el TAB en un 73% de los casos, en la demencia con un 65% de correlación, y finalmente en solo un 36% de los casos de depresión. Según la literatura los delirios paranoides podrían ser muy frecuentes en los pacientes demenciados por su búsqueda de justificaciones a sus olvidos, y en los bipolares en un debut maniaco, donde en general serían motivo de confusión (en el 70% de los casos), por su semejanza a los delirios

característicos de la esquizofrenia paranoide (Grossberg et al, 2002). En el episodio psicótico agudo no se encontró correlación con los delirios de persecución, solamente las ideas paranoides en un 33% de los casos.

2.3 Los delirios celotípicos fueron más frecuentes en los portadores del trastorno de ideas delirantes, luego en los de manía, demencia y finalmente de los de depresión, los portadores de esquizofrenia y de psicosis aguda no presentaron este síntoma. **2.4** Los delirios de acusación se dieron únicamente en los portadores de depresión y del trastorno de ideas delirantes. **2.5** Las ideas de abandono fueron más frecuentes en los portadores de manía, y en un 5% se dio en los de demencia y depresión, no así en los otros grupos, a pesar de que según los criterios de Alarcón debían predominar en los portadores de demencia (Alarcón, R. 2005). **2.6** Los delirios bizarros o superestructurados se presentaron en un 80% en los esquizofrénicos como era de esperar según los criterios de Jeste y Finkel, sin embargo también se dieron en un 25% de los pacientes portadores del el trastorno de ideas delirantes, en un 18% de los de manía y un 12% de los de depresión. Pero no se encontró este síntoma en los pacientes con demencia, donde es considerado un síntoma de exclusión, ni en los agudamente psicóticos, donde debería por el contrario ser muy frecuente (Grossberg, G. 2002; Jeste, D. y Finkel, S. 2000, Mellow, A. 2004).

2.7 Las ideas suicidas si bien se presentaron en casi el 60% de los enfermos de depresión, donde se esperaba fueran superiores a todos los demás grupos (Mellow, A. 2004), se corroboraron en un 25% de los catalogados como portadores del trastorno de ideas delirantes, en el 18% de los de

manía y en el 15% de los de demencia, donde podría relacionarse con los cambios afectivos en estadios iniciales de la enfermedad (Agüera, L. 2002).

3. Dentro del apartado de las alucinaciones: **3.1** Las visuales se presentaron en todos los casos de psicosis aguda, luego en los de esquizofrenia en un 60%, en un 50% de los portadores del trastorno de ideas delirantes y entre un 20 y un 36% en los de manía, depresión y demencia. En estos tres últimos diagnósticos fue en donde se presentó menos el síntoma. Sin embargo es notorio que las alucinaciones visuales, las cuales en general son poco descritas en los padecimientos psiquiátricos estaban presentes en todos los grupos, tanto o más frecuentemente que las alucinaciones auditivas en los agudamente psicóticos y los portadores del trastorno de ideas delirantes.

3.2 Las alucinaciones auditivas se presentaron en un 80% de los casos de esquizofrenia donde constituyen un criterio de diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000; Carrasco, 2001; Henderson et al, 1998); aunque también fueron muy frecuentes en las otras patologías: en el 66% de los agudamente psicóticos y de un 45 a un 55% en las otras 4 enfermedades (demencia, depresión, manía y trastorno de ideas delirantes). Por lo que al igual que las anteriores, no funcionan como clasificadores de alguno de los tipos de psicosis **3.3** Las alucinaciones cenestésicas solo se dieron en dos de los grupos y en general, eran igual que las olfatorias poco indagadas por quienes recopilaban la información durante el internamiento, aparecen entonces en un 40% de los enfermos de esquizofrenia y en un

10% de los de depresión. **3.4** Las alucinaciones olfatorias sólo se registraron en uno de los 84 pacientes.

4. El deterioro cognitivo fue preponderante en los pacientes portadores de demencia, donde sólo en uno de los 24 casos no se constató el síntoma en el expediente. Sin embargo esta variable se evidenció también en todos los demás grupos por lo menos al ingreso, ocurriendo en un 66% de los agudamente psicóticos, en un 40% de los casos de esquizofrenia, en aproximadamente un 25% tanto de los casos de depresión como de ideas delirantes y solo en un 9% de los de manía. Lo que deja la incógnita de si al egreso persistían con el deterioro luego de resuelto su cuadro psicótico, puesto que la resolución de uno no excluye la persistencia del otro (Agüera, L. 2002)
5. La agitación y la agresividad fue junto con los trastorno del sueño el síntoma más común en todos los grupos, y el que más frecuentemente se anotaba desde el momento del ingreso. La agitación y agresividad fueron predominantes tanto en los casos de manía, como en los de demencia, presentándose en aproximadamente el 80% de los pacientes de ambos grupos. En el primer caso se podrá relacionar con el afecto expansivo e irritable propio del diagnóstico de manía, y en el segundo con tal vez no los criterios de diagnóstico, pero sí con un criterio para la hospitalización de los adultos mayores con síntomas psicóticos (Alarcón, 2005; Grossberg et al,

2002); también se presentó en un 66% de los pacientes agudamente psicóticos y un 60% de los casos de esquizofrenia, en la mitad de los que presentaban el trastorno de ideas delirantes y en aproximadamente 4 de cada 10 portadores de depresión.

6. Los trastornos del sueño se dieron más frecuentemente en los portadores de demencia que en los de manía, con una correspondencia del 90%. Estos se situaron como el segundo síntoma más común en los portadores de demencia donde fue o más habitualmente aquejado por los pacientes y sus cuidadores o con mayor insistencia interrogado por el médico. Estas alteraciones son ampliamente descritas en estadios avanzados de los trastornos demenciales, por lo que se esperaba fueran frecuentes pero no en tal magnitud (Jeste et al, 2000; Henderson et al, 1998; Grossberg et al, 2002) y según este estudio son más frecuentes en este grupo que en portadores de manía o depresión, donde forman parte de criterios de diagnóstico (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Se dieron también asociados a la esquizofrenia y al trastorno de ideas delirantes en un 80% de los casos, y en los pacientes agudamente psicóticos y portadores de depresión en el 66% y en los de manía se dio con una escasez relativa, en uno de cada dos; por lo que son comunes en todos los grupos y no tienen predilección estadísticamente significativa por uno u otro.

7. En el apartado correspondiente al afecto: **7.1** La anhedonia se registró sólo en tres de los seis grupos. Siendo más frecuente su relación con la depresión, donde se evidenció en uno de cada cuatro pacientes, lo que puede verse como una diferencia clínica con la depresión en personas más jóvenes, donde el afecto depresivo es el predominante (Mellow, A. 2004; Grossberg et al, 2002). La anhedonia se registró también en la demencia y la manía donde se comprobó en el 10% de los casos. En los demás grupos no se anota, ni se entiende por el contexto durante el internamiento. **7.2** Los síntomas depresivos como era de esperar resaltan en un 93% de los pacientes deprimidos, pero a su vez están asociados en un porcentaje poco despreciable con el trastorno de ideas delirantes, en un 75% de los casos, y en un 20 a 30% de los otros grupos. **7.3** El afecto irritable, expansivo y grandioso aparece en el 91% de los casos de manía, donde se considera criterio diagnóstico, al igual que los síntomas depresivos en la depresión (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000; Henderson et al, 1998; Grossberg et al, 2002), éste tipo de afecto se corroboró del mismo modo en un 66% de los episodios psicóticos agudos, fue menos frecuente en los otros grupos donde apareció entre un 15 y un 35% de los casos y no se evidenció en los portadores del trastorno de ideas delirantes, quienes eran un grupo relativamente poco agresivo, con problemas de sueño, con alucinaciones e ideas suicidas; muy semejante a los pacientes deprimidos .

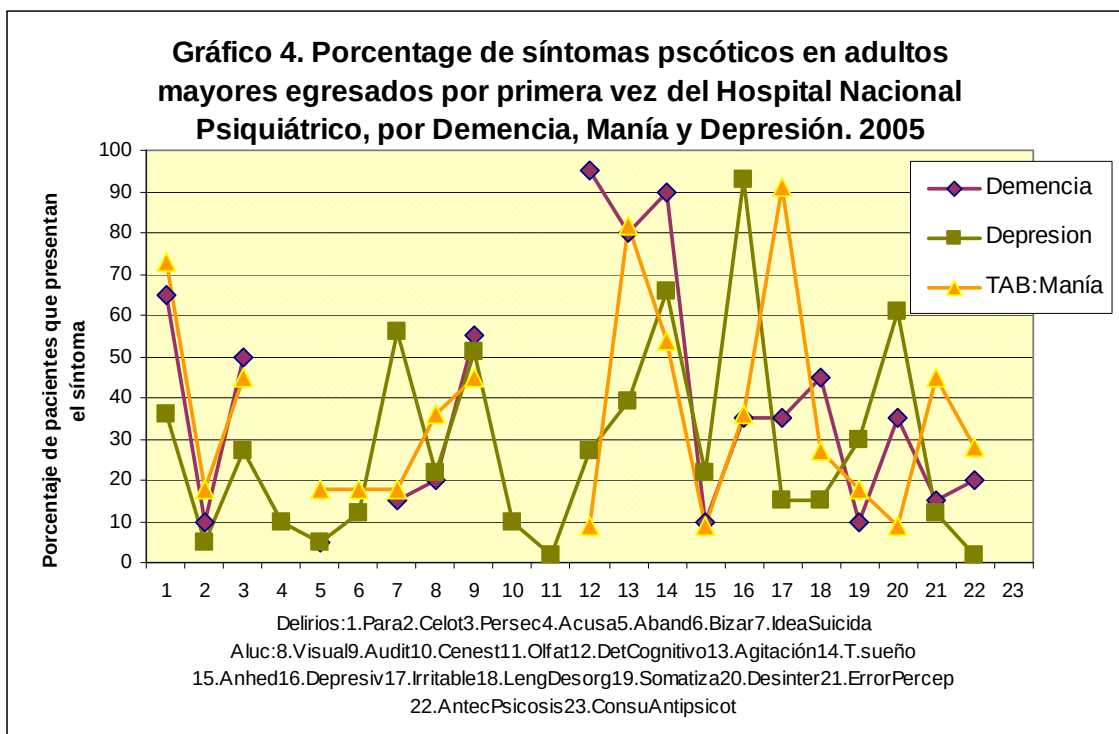
8. Las alteraciones en el lenguaje fueron más evidentes en los pacientes portadores de demencia, donde se aproxima al 50 % del total y se consideran uno de los criterios de diagnóstico en el DSMIV-R al hablar de la pérdida semánticas y las afasias (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000). Estas alteraciones rondan el 30% en los casos de manía, los episodios psicóticos y el trastorno de ideas delirantes. Es menos frecuente en los portadores de depresión donde aparece en el 15% y no se dan en los portadores de esquizofrenia, donde también se esperaría fueran predominantes según los síntomas de primer orden de Schneider (Jeste, D. y Finkel, S. 2000).

9. La somatización fue más frecuentemente constatada en el trastorno de ideas delirantes y en la depresión, en aproximadamente un 40% de los casos. Lo cual concuerda con lo descrito en el Síndrome de Ekbom o delirio de parasitación, y a su vez con que se considera como un equivalente depresivo (Alarcón, 2005; Olivera et al, 2005). Se correlacionó en menor proporción a la manía y a la esquizofrenia, donde aparece junto al 20% de los diagnósticos y solo se dio en uno de cada 10 portadores de psicosis relacionada con demencia, por lo que tampoco se podría considerar como un criterio de diagnóstico para esta patología y no se encontró en ninguno de los agudamente psicóticos.

10. El desinterés por las actividades de la vida diaria, postulado como criterio diagnóstico de psicosis por demencia, fue 2 veces más frecuente en pacientes portadores de depresión y esquizofrenia que en los portadores de demencia donde obtuvo únicamente un 30% de correlación, igual que en el trastorno de ideas delirantes y el episodio psicótico; y fue todavía menos frecuente pero ocurrió en uno de cada 10 maniacos. En general, la presencia de este signo en los grupos fue escasa y a pesar de ser descrito en la bibliografía como muy frecuente en la demencia, no fue útil para clasificarla. Ya que al mismo tiempo refleja, tanto la existencia de rasgos de personalidad premórbidos, como una respuesta adaptativa al hecho de presentar síntomas psicóticos o demenciales (Agüera, L. 2002; Grossberg et all 2002)
11. Los errores de la percepción o “ilusiones” fueron mucho más frecuentes en los tratados por manía, trastorno de ideas delirantes y esquizofrenia, donde se dan en el 50% de los casos, mientras que, en los tratados por demencia y depresión se dio singularmente en uno de cada diez pacientes. Esta alta afinidad con el trastorno de ideas delirantes y la esquizofrenia podría relacionarse con la percepción errónea de situaciones catalogadas como adversas, que caben dentro de “lo posible” y no existen en realidad. También se describe en personas con deficiencias sensoriales (Grossberg et all 2002).

12. El antecedente de psicosis existió en el 100% de los manejados por esquizofrenia; en alrededor de un 25% de los manejados por demencia, manía e ideas delirantes, sólo en un 2% de los de depresión y no se describe en las psicosis agudas. El antecedente de psicosis como se esperaba existió en el 100% de los pacientes con esquizofrenia donde es una enfermedad de novo en extremo poco probable y es más corriente que corresponda a una enfermedad de inicio temprano (Carrasco, 2001).
13. El consumo previo de antipsicóticos solo se evidencio en uno de los pacientes con esquizofrenia, quién era conocido desde su juventud en la consulta externa de del hospital, pero nunca antes había sido internado. Este antecedente concuerda con lo que se esperaría en la evolución normal de ésta enfermedad, pues es más frecuente que en personas jóvenes y al ser mayor ya exista control psiquiátrico (Henderson et all, 1998)

En el gráfico 4 se muestra la distribución de las manifestaciones clínicas de los tres grupos con mayor número de pacientes; entre ellos los portadores de demencia.



*Fuente: Tabla 2

4.1 Análisis estadístico de los datos

Utilizando el CHAID se obtuvieron tres árboles de decisión que logran por medio de la correlación entre los síntomas, signos y variables epidemiológicas, facilitar el diagnóstico clínico de una enfermedad específica. Los árboles se basan en correlaciones de variables estadísticamente significativas, que permiten predecir una determinada enfermedad por medio de estas.

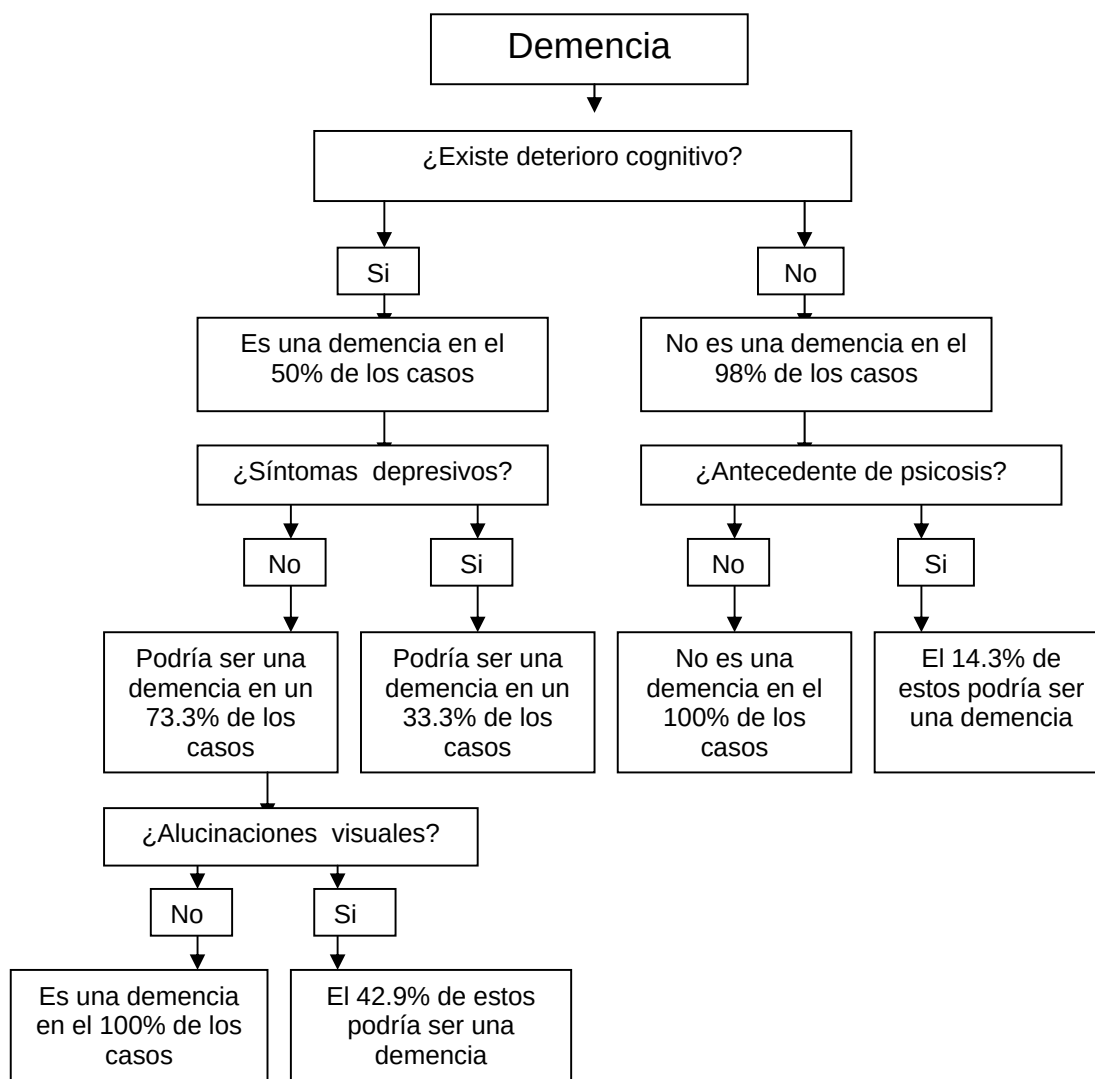
Estos árboles de diagnóstico, si bien no serán útiles para predecir una enfermedad en la población general de adultos mayores, sí logran predecirlo dentro de la muestra con un porcentaje de confiabilidad de más de un 75%.

Demencia

En la demencia los síntomas cardinales fueron: el deterioro cognitivo evidenciado en un 95% de los pacientes, los trastornos del sueño y la agitación y agresividad presentes entre 80 y 90% de los mismos; además de caracterizarse por ser el grupo más longevo con una edad promedio de 78 años. Sin embargo en relación con la asociación entre las variables, estas se correlacionaron de la siguiente forma (ver figura 1):

1. La variable que más se relacionó con el diagnóstico positivo o negativo de demencia fue el deterioro cognitivo. Puede decirse que quienes no presentaron este deterioro difícilmente serán diagnosticados con la enfermedad, ya que de ellos el 98% no correspondió a una demencia.
2. En los pacientes que no presentaron deterioro cognitivo, se encontró que si además de esto no se evidenciaban antecedentes de psicosis, el 100% no correspondería con el diagnóstico de demencia.
3. Por otro lado, a un 74% de quienes sí presentaron deterioro cognitivo y no síntomas depresivos, se les diagnosticó demencia. Se puede asegurar entonces, que el presentar síntomas depresivos no funciona como clasificador de demencia y que los síntomas demenciales y depresivos son hasta cierto punto excluyentes dentro de la muestra.
4. Por último, los pacientes con deterioro cognitivo, en que no se evidenciaron alucinaciones visuales no fue diagnosticado como demencia en un 100% de los casos.

**Figura 1. Árbol de clasificación para el diagnóstico de la demencia
según sus síntomas***



*Fuente: Revisión de expedientes. Archivo HNP.2006.

El único síntoma directo encontrado para clasificar a un portador de demencia fue el deterioro cognitivo. Sin embargo la presencia de síntomas depresivos o alucinaciones visuales hizo menos posible su diagnóstico. Según la validación de este modelo el diagnóstico fue correcto en un 87.1% de los casos. El 100% de

quienes no padecían demencia se clasificó adecuadamente, mientras que sólo un 42% de quienes sí, fueron correctamente clasificados. Este bajo porcentaje puede deberse a la poca cantidad de pacientes en la muestra.

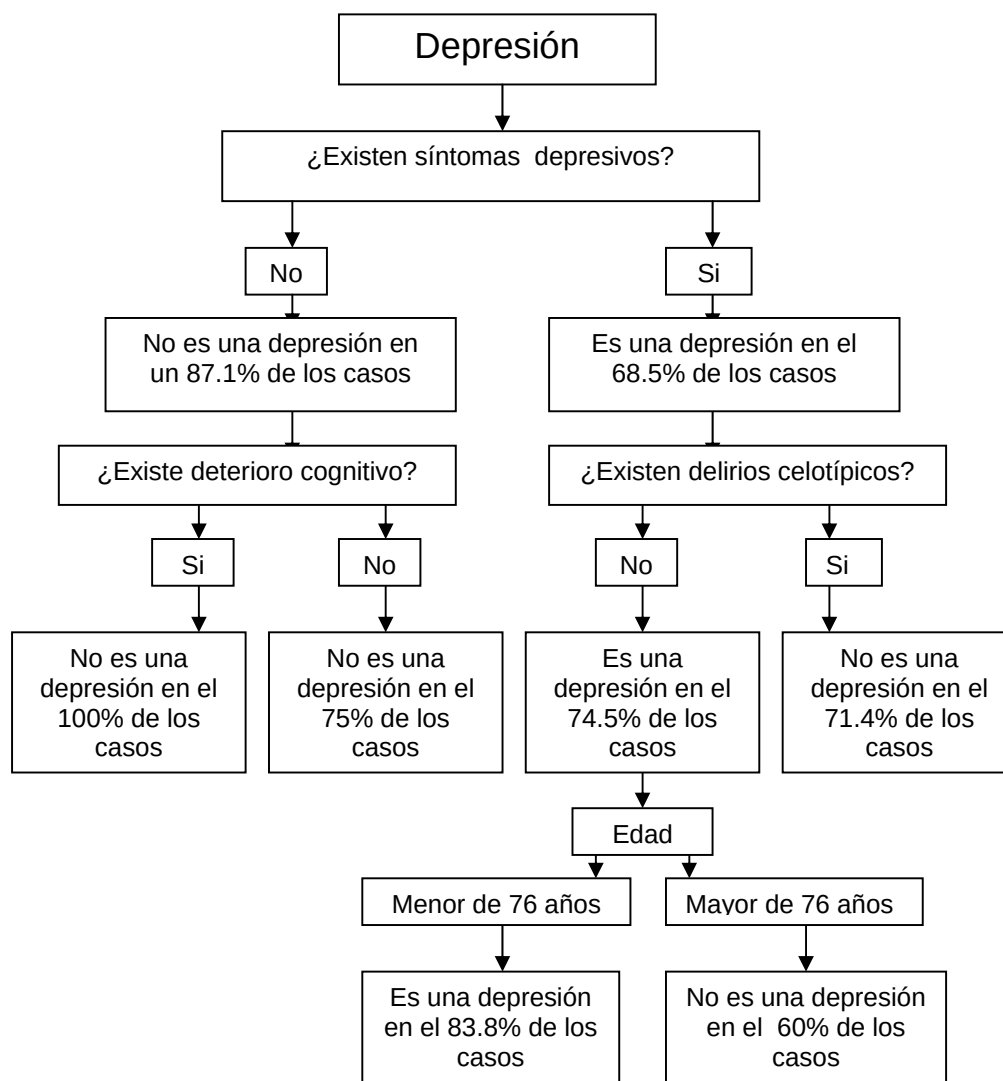
Depresión

El grupo de pacientes con depresión fue el más numeroso y frecuentemente diagnosticado de la muestra; alcanzó aproximadamente el 50% de todos los diagnósticos. Sus síntomas predominantes fueron los depresivos presentes en un 93% de los pacientes, luego los trastornos del sueño (66%) y el desinterés por las actividades de la vida diaria (61%), con una edad promedio de 65 años. La correlación entre las variables en este grupo se dio de la siguiente manera:

- 1.** La variable que más se relacionó con el diagnóstico de depresión fueron los síntomas depresivos; sin embargo, se evidenció quienes presentaron estos síntomas tenían hasta 2 veces más posibilidad de padecer de demencia.
- 2.** De quienes presentaron síntomas de depresión y no presentaron delirios celotípicos, el 75% se diagnosticó como depresión. Mientras que aquellos que si presentaron el síntoma sólo al 28% se le diagnosticó como tal.
- 3.** Por otro lado, quienes si presentaron síntomas depresivos, no presentaron delirios celotípicos, y tienen una edad menor a los 76 años, el 83.8% se diagnosticó como con depresión. Mientras que en esta asociación en mayores de 76 años, sólo un 40% presenta la enfermedad. Esto indica que los mayores de 76 años padecieron menos de depresión que los más jóvenes.

4. Por último, de los pacientes que no presentaron síntomas de depresión y si presentan deterioro cognitivo, un 100% tenía el diagnóstico de demencia.

Figura 2. Árbol de clasificación para el diagnóstico de la depresión según sus síntomas*



*Fuente: Revisión de expedientes. Archivo HNP.2006.

En otras palabras, los únicos síntomas directos, encontrados para clasificar a un paciente con depresión, fueron los depresivos. Sin embargo se encontró también

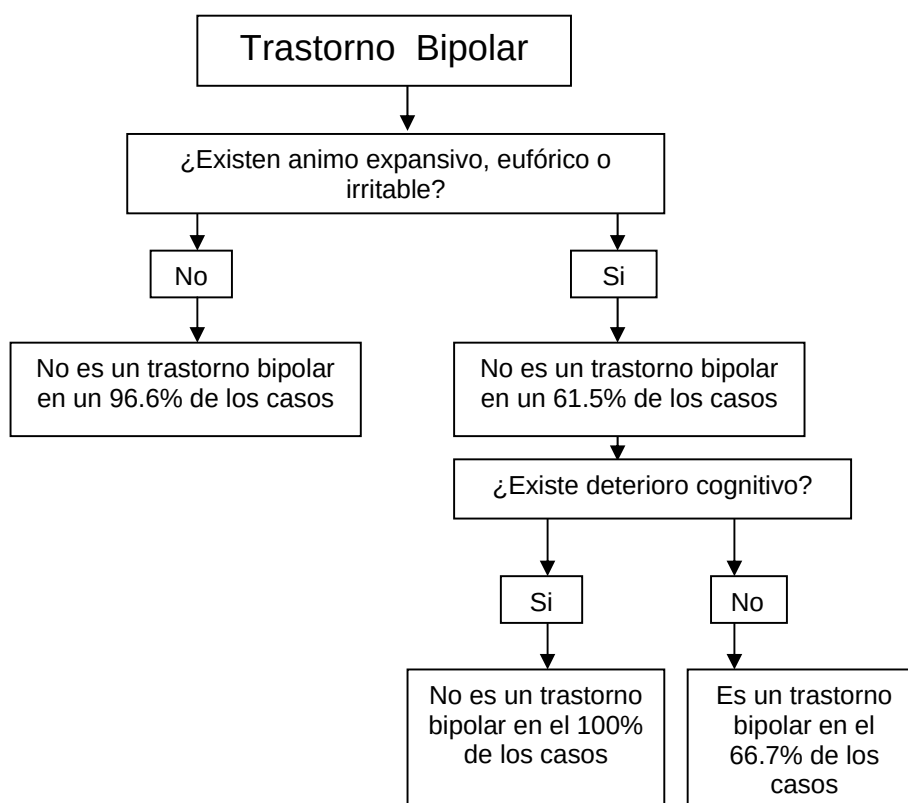
que si presenta además delirios celotípicos o deterioro cognitivo es posible que no padezca de depresión. Según la validación de este modelo en cuanto a la clasificación del grupo, el 81.2% de los pacientes fueron correctamente clasificados. El 86% de los que no padecen de depresión fue correctamente clasificado, mientras que sólo el 75% de quienes sí la padecían fueron correctamente clasificados.

Trastorno afectivo bipolar o manía

En los portadores de manía el síntoma predominante fue el afecto expansivo, grandiosos o irritable (91%), luego la agresividad y la agitación (82%) y los delirios paranoides (73%). No se diagnosticó ninguno de los 41 pacientes egresados como depresivos como bipolares, en fase depresiva, sin embargo todos los episodios maniacaes fueron egresados como tales. La correlación entre las variables se dio de la siguiente forma:

1. La variable que estuvo más relacionada con el diagnóstico del trastorno afectivo bipolar fue la presencia de ánimo irritable, expansivo o eufórico; con lo que es posible predecir que los pacientes que presentaron esta variable, en un 39% de los casos se diagnosticó como bipolar. Mientras que de los que no padecen del síntoma, un 96% no se diagnosticó como tal.
2. De los pacientes que presentaron de ánimo irritable, expansivo o eufórico y deterioro cognitivo, un 100% no se diagnosticó como bipolar. Por lo que se podría entender que los bipolares no pueden tener deterioro cognitivo.

Figura 3. Árbol de clasificación para el diagnóstico del trastorno bipolar según sus síntomas*



***Fuente: Revisión de expedientes. Archivo HNP.2006.**

En otras palabras, el único síntoma directo, encontrado para clasificar a un paciente con el trastorno afectivo bipolar dentro de la muestra fue el ánimo irritable, expansivo o eufórico. Sin embargo se encontró también que si un paciente posee además deterioro cognitivo es muy posible que no sea clasificado como bipolar. Según la validación de este modelo de clasificación, alrededor de un 91.8% de los pacientes fue correctamente clasificado. Se clasificó correctamente a un 93% a los que no padecen del trastorno afectivo bipolar, y un 83.3% de los que sí lo padecen.

El trastorno de ideas delirantes, la esquizofrenia y el episodio psicótico agudo

Los trastornos de ideas delirantes, esquizofrénicos y agudamente psicóticos fueron un grupo con pocos integrantes por lo que los resultados en general son escasamente representativos.

5. Conclusiones y apreciaciones finales

1. Los síntomas psicóticos tienen una elevada prevalencia en adultos mayores.
Son una causa importante de disfunción del individuo a todo nivel y de desorganización de la persona en sus actividades cotidianas, tanto para asistirse a sí mismo, como para relacionarse con los demás. Son en general una causa importante de morbilidad y de ingreso a centros de salud mental como el Hospital Nacional Psiquiátrico (Alarcón, 2005; Grossberg et al, 2002; Oliveira et al, 2005).
2. Las causas de psicosis en adultos mayores son muy variables y deben ser enfocadas desde su propia perspectiva, la cual es muy diferente de la visión acerca de las psicosis en pacientes más jóvenes. Asimismo su manejo es diferente y el uso de antipsicóticos en algunas ocasiones opcional, como en la psicosis relacionada con demencia donde el manejo podrán ser conductual, de acuerdo al peligro que constituyan los síntomas para el paciente o sus cuidadores (Karim, 2005; Brendel et al, 2005)
3. Los síntomas psicóticos son claramente tratables. Existen múltiples estudios en cuanto al manejo de algunas de sus variaciones (como en lo referente a las psicosis afectivas y la esquizofrenia), así como de las posibles opciones medicamentosas a tomarse en cuenta. Sin embargo resultan escasos en otras áreas (como en el trastorno de ideas delirantes o brote psicótico agudo en la vejez) por lo que la investigación en este campo sigue siendo una necesidad. (Alarcón, 2005)

4. El tratamiento adecuado de estos pacientes podrá entonces prevenir la hospitalización, así como la institucionalización prematura de estos pacientes y con ello mantener su funcionamiento en la sociedad y su calidad de vida. (Alarcón, 2005; Grossberg et al, 2005)

5. De acuerdo con el planteamiento general de este trabajo de investigación, donde se intentaba encontrar las manifestaciones clínicas que permiten diferenciar la psicosis en pacientes portadores de demencia, de la psicosis en portadores de depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de ideas delirantes y episodio psicótico agudo, en adultos mayores, egresados por primera vez, del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el año 2005?

5.1 Es posible concluir, que el síntoma que garantizó el diagnóstico de psicosis asociada a demencia fue el deterioro cognitivo y los trastornos en la memoria, ampliamente justificados en la bibliografía y catalogado clásicamente como síntoma pivote para el diagnóstico de demencia según el DSMIV-R (Asociación Americana de Psiquiatría, 2000; Goldwing, 1983; Grossberg et al, 2002; Oliveira et al, 2005). No tomando en cuenta a las demencias que no cursan inicialmente con pérdida de la memoria como la demencia fronto-temporal, de la que no aparece un sólo caso reportado. (Mellow, A. 2004)

5.2 Los síntomas depresivos pueden llevar a confusión con respecto a la existencia o no de deterioro cognitivo en adultos mayores, por su posibilidad de simular un síndrome demencial (cc. “pseudodemencia” o depresión con síntomas cognitivos) (Goodwin, J. 1983; Sadavoy, J. 1991).

5.3 En el HNP los diagnósticos de depresión y demencia son estadísticamente excluyentes el uno del otro, por lo que en este centro la comorbilidad de ambas patologías no existe y ninguno de los pacientes en la muestra tuvo ambos diagnósticos. Por lo que sería útil revisar esta comorbilidad más ampliamente así como los diagnósticos de egreso.

5.4 Las alucinaciones visuales en el HNP son las estadísticamente menos asociadas al diagnóstico de demencia. Lo cual podría estar en relación con que: 1. o no existen en la población, 2. o no se constatan, o 3. no han interrogado a los pacientes ni a sus allegados en este aspecto. Esto no se encuentra señalado en la bibliografía consultada y pareciera que por el contrario serían más frecuentes las alucinaciones visuales en este grupo, por lo que sería necesario revisar y constatar este síntoma en los pacientes al ingreso al HNP (Jeste et al, 2000; Grossberg, 2002).

5.5 Los trastornos del ciclo sueño-vigilia, la agitación y la agresividad, fueron sumamente frecuentes en el grupo de las demencias. Estos trastornos sin embargo, no pueden considerarse síntomas de diagnóstico, por no predominar en este grupo con respecto a los otros.

5.6 En la población estudiada el diagnóstico de demencia se afirmó en todos los casos de pacientes que presentaran aparte del deterioro cognitivo, la falta de síntomas depresivos y de alucinaciones visuales. Esto aseguró el diagnóstico en un 100% de los casos. Sin embargo no podemos concluir que exista algún otro síntoma íntimamente relacionado con este diagnóstico en esta población, por lo que se descarta entonces la lista de síntomas postulados

por Roberto Alarcón como “de diagnóstico de psicosis por demencia” y los convierte en sólo síntomas probables del diagnóstico.

6. Con respecto a la diferenciación clínica de la psicosis por depresión de la psicosis por demencia:

6.1 Los síntomas depresivos aseguraron el diagnóstico de depresión en 8 de cada 10 pacientes, siempre y cuando no se asociaran con deterioro cognitivo, delirios celotípicos y ser menor de 76 años.

6.2 La ausencia total de deterioro cognitivo y la evidencia de síntomas depresivos aseguro el 100% de los diagnósticos de depresión.

6.3 La asociación de síntomas depresivos y deterioro cognitivo aumentó dos veces la posibilidad del diagnóstico de demencia, sobre el de depresión.

6.4 No hubo otros síntomas estadísticamente significativos en el subgrupo de los portadores de depresión.

6.5 El diagnóstico de depresión como se concluyó previamente fue excluyente del de demencia en este centro de atención.

6.6 El diagnóstico de depresión fue totalmente excluyente del de trastorno afectivo bipolar. Es importante recalcar que no se diagnosticó ninguno de los 41 pacientes egresados por depresión como bipolares en fase depresiva, sin embargo todos los episodios maniacales fueron egresados como trastornos afectivos bipolares. Lo que podría evidenciar un sesgo a la hora del diagnóstico ya que es poco probable de que no existan estos diagnósticos en la población, y se esperaría que se mantuviera un comportamiento semejante

al descrito en la prevalencia internacional (Alarcón, 2005; Brendall et al, 2001; Grossberg, 2002).

7. Con respecto a los pacientes ingresados por manía con diagnóstico de egreso de trastorno afectivo bipolar.

7.1 Presentaron como síntoma más frecuente el ánimo irritable, expansivo o eufórico, que en pacientes sin deterioro cognitivo garantizó el diagnóstico en el 100% de los casos.

7.2 Los pacientes con trastorno bipolar en general no pueden tener deterioro cognitivo, de lo contrario serán catalogados como con demencia, ya que este diagnóstico es también excluyente del anterior.

7.3 No existió dentro de la población como ningún caso de trastorno afectivo bipolar en fase depresiva, por lo que este diagnóstico debe ser revisado.

8. Entonces podríamos también concluir que en este centro asistencial, la psicosis por demencia, no puede tener comorbilidad con los trastornos afectivos y que su diagnóstico es excluyente. Lo que se contrapone a todo lo revisado en la literatura donde asegura que su comorbilidad es por lo general lo más frecuente (Mellow, A. 2004)

9. De acuerdo al género los diagnósticos se dieron en forma equitativa, dentro de la población. En una relación prácticamente 1:1, en la gran mayoría de los casos; lo cual no corresponde a lo encontrado en la bibliografía internacional donde el ser mujer aumentaría 7 veces la probabilidad de sufrir de psicosis en mujeres mayores de 60 años portadoras de demencia, que el ser hombre. Lo

que bien podría corresponder a un sesgo o a una distribución diferente de las patologías psiquiátricas en esta población (Brendall et al 2001).

10. Según la distribución de los diagnósticos de egreso de adultos mayores psicóticos, egresados por primera vez del HNP; la principal causa de egreso lo constituyó la depresión, seguido por las demencias y el trastorno afectivo bipolar, lo cual concuerda con la prevalencia a nivel internacional acerca de síntomas psicóticos (Alarcón, 2005; Grossberg, 2002).
11. Los pacientes portadores de demencia fueron significativamente más ancianos que el resto de los pacientes ingresados por trastorno psicóticos en la vejez, con un promedio de edad de 78 años, lo que podría relacionarse con el aumento descrito acerca del aumento en la incidencia, la cual tiende a duplicarse cada año después de los 60 años hasta llegar a un 50% en los mayores de 85 años. (Carrasco, 2001; Brendall et al, 2001; Alarcón, 2005).
12. Los síntomas y signos clínicos cuestionados además de los expuestos previamente no fueron útiles como discriminadores de uno u otro tipo de psicosis y a pesar de encontrarse distribuidos asimétricamente en uno u otro grupo según su patología, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos que hagan pensar que evidenciar uno de estos podría facilitar de alguna manera el diagnóstico de psicosis por demencia. Y las asociaciones encontradas a la luz de la bibliografía consultada sólo logran evidenciar importantes sesgos de diagnóstico.
13. Entre los signos y síntomas clínicos, así como variables epidemiológicas, que no fueron útiles para diferenciar una psicosis de las otras al ingreso del

paciente en el servicio de emergencias o durante su estancia hospitalaria, se encuentran:

13.1. El tipo de delirios (sean paranoides, de persecución, de acusación, de abandono o superestructurados) y la presencia de ideas suicidas, a excepción de los celotípicos cuya ausencia se relacionó más con el diagnóstico de depresión en pacientes portadores de síntomas depresivos, que no tuvieron correlación alguna con uno u otro diagnóstico de psicosis en adultos mayores.

13.2. Las alucinaciones auditivas, cenestésicas u olfatorias. (La ausencia de alucinaciones visuales, en cambio, sí se relacionó en pacientes sin síntomas depresivos con el antecedente de deterioro cognitivo, con el diagnóstico de demencia en todos los casos que presentaban esta triada).

13.3. La agitación psicomotora o el comportamiento agresivo, no se relacionaron con ningún perfil clínico en especial ni fueron signos estadísticamente significativos para facilitar el diagnóstico de psicosis por demencia; como tampoco lo fueron:

13.4. Los trastornos del sueño;

13.5. El afecto anhedónico o la indiferencia hacia el medio ambiente;

13.6. El lenguaje desorganizado;

13.7. El incremento de la sintomatología somática;

13.8. El desinterés por: las actividades de la vida diaria, el cuidado personal, las interacciones sociales; la poca iniciativa y respuestas emocionales;

13.9. Los errores en la percepción asociados a interpretaciones delirantes. ni tampoco,

13.10. El consumo crónico de antipsicóticos.

15. Es posible concluir entonces que los signos o síntomas clínicos que al ingreso tuvieron mayor posibilidad de generar o uno u otro diagnóstico fueron el deterioro cognitivo, el afecto depresivo y el afecto eufórico, irritable o expansivo; los cuales se relacionaron finalmente con los diagnósticos de demencia, depresión y trastorno bipolar, respectivamente. Y que aparte de estos tres, los otros síntomas, signos y variantes epidemiológicas estadísticamente significativas, fueron poco asertivos en cuanto al diagnóstico tanto de la psicosis por demencia como de cualquier otra patología. Y mucho menos fueron útiles para predecir si de entrada se trataba de una psicosis por demencia o una psicosis por alguna otra enfermedad psiquiátrica primaria.
16. No existieron otras diferencias clínicas significativas, como para diferenciar los cuadros de psicosis de los pacientes adultos mayores, que acuden al servicio de emergencias y son ingresados en el HNP.
17. El estudio no respalda el uso de los criterios de Roberto Alarcón (Alarcón, R. 2005) para el diagnóstico de psicosis por demencia.

5.1 Recomendaciones:

Por ser los trastornos demenciales una patología tan frecuente en la población adulta mayor y la segunda causa de ingreso de pacientes adultos mayores con síntomas psicóticos en el HNP. Se debe utilizar algún método objetivo, como la escala de minimal mental (MMSE), para cuantificar el deterioro cognoscitivo en los adultos mayores que ingresan por primera vez al HNP y repetir la misma escala al

momento de egreso. Esto con el fin de 1. Facilitar el diagnóstico diferencial con la demencia, 2. Pensar en esta patología a la hora de internar a un adulto mayor y 3. Observar objetivamente los cambios en el deterioro cognitivo una vez transcurrido el ingreso.

A criterio personal, impresiona evidente que los resultados podrían haber sido más apegados a la realidad, si existiera un conjunto de síntomas que se indagaran en todos los pacientes por igual a la hora del ingreso. Sin embargo, estos datos corresponden a lo que se pregunta en el servicio de urgencias, que comúnmente son unos cuantos síntomas “suficientes para justificar el internamiento” y no necesariamente todos los que presenta el paciente o le haya comentado al entrevistador. Por lo que existe una omisión de la información recolectada.

En general, las notas posteriores a la historia de ingreso, no profundizaban en la semiología, ni en la historia clínica sino que eran mas bien, escuetas repeticiones de pequeños fragmentos de la historia inicial; esto conlleva a diagnósticos basados en unos pocos síntomas que finalmente no logran cumplir con los criterios necesarios para ello.

Muchos de los diagnósticos de egreso eran confusos o incompletos, por la falta de signos y síntomas que los justificaran. Así, en su gran mayoría la nomenclatura de “con psicosis”, por ejemplo en los pacientes demenciados o depresivos, no se anota.

Es importante hacer notar que si bien en algunos países del mundo la primera causa de psicosis en adultos mayores es el delirium, en el HNP, durante el 2005, no existió más que un caso de los ciento veinticinco cuestionados, por lo que no fue tomado en cuenta para este estudio; tampoco se dio ninguno de trastorno

afectivo bipolar en fase depresiva y ninguno de los bipolares tuvo deterioro cognitivo.; Esto es una señal de alarma que hace ver la deficiencia en cuanto al conocimiento de esta patología. Debe entonces ser una recomendación el revisar las causas de psicosis en adultos mayores y el abordaje integral de las patologías presuntamente psiquiátricas; las cuales son las menos frecuentes en esta población.

A pesar de que el manejo de la psicosis en geriatría tiene una serie de pasos preestablecidos que deben recorrerse antes de decidir el manejo por psiquiatría, por lo general el diagnóstico se enfocaba en los síntomas psiquiátricos y no en el abordaje recomendado por la literatura a nivel mundial. Tampoco así el tratamiento farmacológico. Es entonces recomendable incentivar el estudio de las psicosis en adultos mayores desde el punto de vista geriátrico y abandonar el paradigma de la psiquiatría.

Durante la revisión de expedientes se pusieron en evidencia otros muchos síntomas posiblemente relacionados con la psicosis por demencia, que no fueron tomados en cuenta en el artículo del que se tomaron los posibles criterios diagnósticos para psicosis por demencia. Algunos de ellos son:

1. Deambula por la casa y sale a la calle sin tomar en cuenta las consecuencias,
2. Se escapa de la casa por creer que no es la suya,
3. No sabe donde esta,
4. Se desnuda,
5. Se micciona o se defeca,
6. Presenta delirios místicos o de carácter religioso,

7. Presenta síntomas ansiosos,

8. Hiporexia

9. En depresivos se encontraba con frecuencia el antecedente de cáncer, traumas y ser policonsultantes en otros servicios de urgencias.

Para poder realizar un estudio que refleje verdaderamente el perfil clínico de los pacientes demenciados con síntomas psicóticos haría falta una revisión de expedientes de años previos, para conformar una población estadísticamente más significativa. Luego realizar un estudio de los principales síntomas reportados en esta población, y finalmente comparar estos síntomas con las de las otras subpoblaciones con las que podría confundirse. Aun así de no cambiar el paradigma al ingresar pacientes siempre tendríamos el sesgo del diagnóstico enfocado principalmente en las manifestaciones psiquiátricas primarias y no en los trastornos físicos.

Se recomienda finalmente el manejo de estos pacientes como descrito en la literatura internacional; intentando descartar primero los trastornos “orgánicos” antes de darles un abordaje psiquiátrico. Así como relacionar a la demencia con psicosis como la segunda causa de ingreso en el HNP en la población de adultos mayores.

Se recomienda justificar a la hora del egreso los diagnósticos con los criterios que los respalden. Asimismo utilizar las normas internacionales de diagnóstico. También, hacer notas de evolución sean más descriptivas con respecto a la evolución de las manifestaciones clínicas y a la aparición de nuevas manifestaciones.

Se recomienda llevar a cabo estudios futuros utilizando estas acotaciones para entonces redefinir cuales son los diagnósticos que se relacionan con el ingreso de adultos mayores en este centro.

5.2 Limitaciones del estudio

- No fue posible obtener la muestra real de sujetos debido a las deficiencias en el servicio de estadística del HNP.
- Los datos que fueron cuantificados, son los que aparecen en el expediente y puede suponerse tanto que los otros datos no existen, como que no fueron preguntados.
- A la hora de colocar el diagnóstico no se adjuntan los criterios clínicos que fueron tomados en cuenta para definirlo.
- No se utilizó ningún método objetivo para definir la existencia o el grado de severidad de la demencia en los pacientes, por lo que el deterioro cognitivo leve pudo ser pasado por alto.
- No se tomó en cuenta el diagnóstico de Delirium.
- No se clasificaron los tipos de Demencia
- No se anotó el apelativo “con psicosis” en la mayor parte de los casos, en los 6 grupos de patologías mentales.
- No será posible universalizar al resto de la población costarricense los resultados obtenidos a partir de esta investigación por las características propias de la población que acude a consultar al Hospital Nacional Psiquiátrico, pero podrá ser constituido como una investigación predecesora de otras semejantes y podrán

relacionarse sus resultados y conclusiones con los de la población de adultos mayores que acude a emergencias por con manifestaciones psicóticas.

5.3 Agradecimientos

Le agradezco a la Dra. Gloria Elena Salazar por su aporte intelectual a mi trabajo de graduación, y su apoyo durante la residencia; tanto como a mis compañeros Olga Monge, Lorena Jiménez, Carolina Montoya y Diego Mora por haber estado conmigo en las buenas y en las malas.

6 Material de referencia

6.1 Referencias Bibliográficas:

1. Alarcón, R. ***Psicosis de inicio tardío y su relación con las demencias.*** Avances en psiquiatría biológica 2005; (6): 106-116
2. Alexopoulos, G. Katz, I. Bruce, M. Heo, M. Ten, T. Raue, P. ***Remission in depressed geriatric primary care patients: a report from the prospect study.*** American Journal of Psychiatry, 2005; 162 (4):719-725
3. Agüera, L. Martín, M. Cervilla, J. ***Psiquiatría Geriátrica.*** Masson. España. 2002;199-573
4. Asociación Americana de Psiquiatría. ***Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*** DSM-IVR. American Psychiatric Association. 4ª edición revisada, 2000; 126-164
5. Asociación Americana de Psiquiatría. ***Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*** DSM-IV. American Psychiatric Association. 3ª edición, 1995; 129-171
6. Asociación Americana de Psiquiatría. ***Psiquiatría Geriátrica. Psychiatric Self Assessment & Review. PSA-R*** American Psychiatric Association. Edición Española. Barcelona. 2000; 45-63
7. Brendel, R. Stern, T. ***Psychotic Symptoms in the Elderly.*** Prim Care Companion Journal of Clinical Psychiatry. 2005; 7(5): 238-241.
8. Budson, A. Price, B. ***Memory Disfunction.*** The New England Journal of Medicine, 2005; 352 (7): 692-699.

9. Bullock, R. Libretto S. ***Risperidona in the treatment of psychoses in the elderly a case report series.*** European Psychiatry 2002; (17): 96-103
10. Carrasco, M. ***La esquizofrenia tardía.*** INTERPSIQUIS. 2001; (2) 23/2/2001
11. Goodwin, J. ***Common psychiatric disorders in elderly persons.*** West Journal of Medicine. 1983; (4): 502-506.
12. Grossberg, G. Manepalli, J. ***The older patient with psychotic symptoms.*** Psychiatry Service. 2002; (46):77-113
13. Henderson, A. Korten, A. Levings, C. Jorm, A. Christensen, H. Jacamb, P. Rodgers, B. ***Psychotic symptoms in the elderly: a prospective study in a population sample.*** International Journal of Geriatric Psychiatry. 1998; (13): 484 – 492.
14. Jeste, D. Finkel, S. ***Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome.*** American Journal of Geriatric Psychiatry, 2000; (8): 29-34
15. Jiménez, F. ***Las Demencias en la Vejez antes y después de Alzheimer.*** Revista Española de Geriatria Gerontología 2000; (35)S3:3-8
16. Karim, S. Byrne, E. ***Treatment of psychosis in elderly people.*** Advances in Psychiatric Treatment, 2005; (11), 286-296.
17. Marriott, R. Neil, W. Waddingham, S. ***Antipsicóticos para ancianos con esquizofrenia.*** La Biblioteca Cochrane Plus. 2006. Número 3.
18. Mellow, A. ***Psiquiatría Geriátrica.*** Psiquiatría Editores. Barcelona, España, 2004. 77-113

19. Milak, M. Parsey, R. Keilp, J. Oquendo, M. ***Neuroanatomic Correlates of Psychopathologic Components of Major Depressive Disorder***. Archives of General Psychiatry, 2005; (62): 397-408
20. Morales, F. ***Temas prácticos en geriatría y gerontología***, San José, CR: EUNED, 2000; 232-236
21. Olivera, J; Pérez, D. ***La experiencia delirante en los ancianos***. Salud, Servicio Aragonés de la Salud. 8/2/2005
22. Petersen, R. ***Mild Cognitive Impairment: Current Research and Clinical Implications***. Seminars in Neurology, 2007; (27) 22-31
23. Sadavoy, J. Lazarus, L. ***Comprehensive Review of Geriatric Psychiatry***, American Association of Geriatric Psychiatry. 1991; 353-368
24. Shink, K. Holden, K. Yaffe, K. ***Pharmacological Treatment of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia***. Journal of the American Medical Association, 2005; 293 (5) 596-608
25. Signer, S. Van Ness, P. Davis, R. ***Capgras's syndrome associated with sensory loss***. West Journal of Medicine. 1990; 152(6): 719-720.
26. Starkstein, S. Jorge, R. Mizrahi, R. Robinson, R. ***The construct of minor and major depression in Alzheimer's disease***, American Journal of Psychiatry, 2005; 162 (11):2087-2093
27. Targum, M. ***Treating psychotic symptoms in elderly patients***, Primary Care Companion. Journal of Clinical Psychiatry. 2001; 3(4)286-296
28. Veiga, F. Herraiz, M. ***La Risperidona en el tratamiento de los síntomas psicóticos y trastornos de conducta en pacientes con demencia*** Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2001. vol 36 (2): 94-101

- 29.** Wei, W. Sambamoorthi, U. Olfson, M. Walkup, J. Crystal, S. ***Use of psychotherapy for depression in older adults.*** American Journal of Psychiatry, 2005 162 (4) 711-717.
- 30.** Zhang, H. ***Classification trees for multiple binary responses.*** Journal of American Statistical Association. 1998. vol 93. No 441.

6.2 Anexos:

Anexo 1. Árboles de decisión para el manejo de los trastornos psicóticos en ancianos.

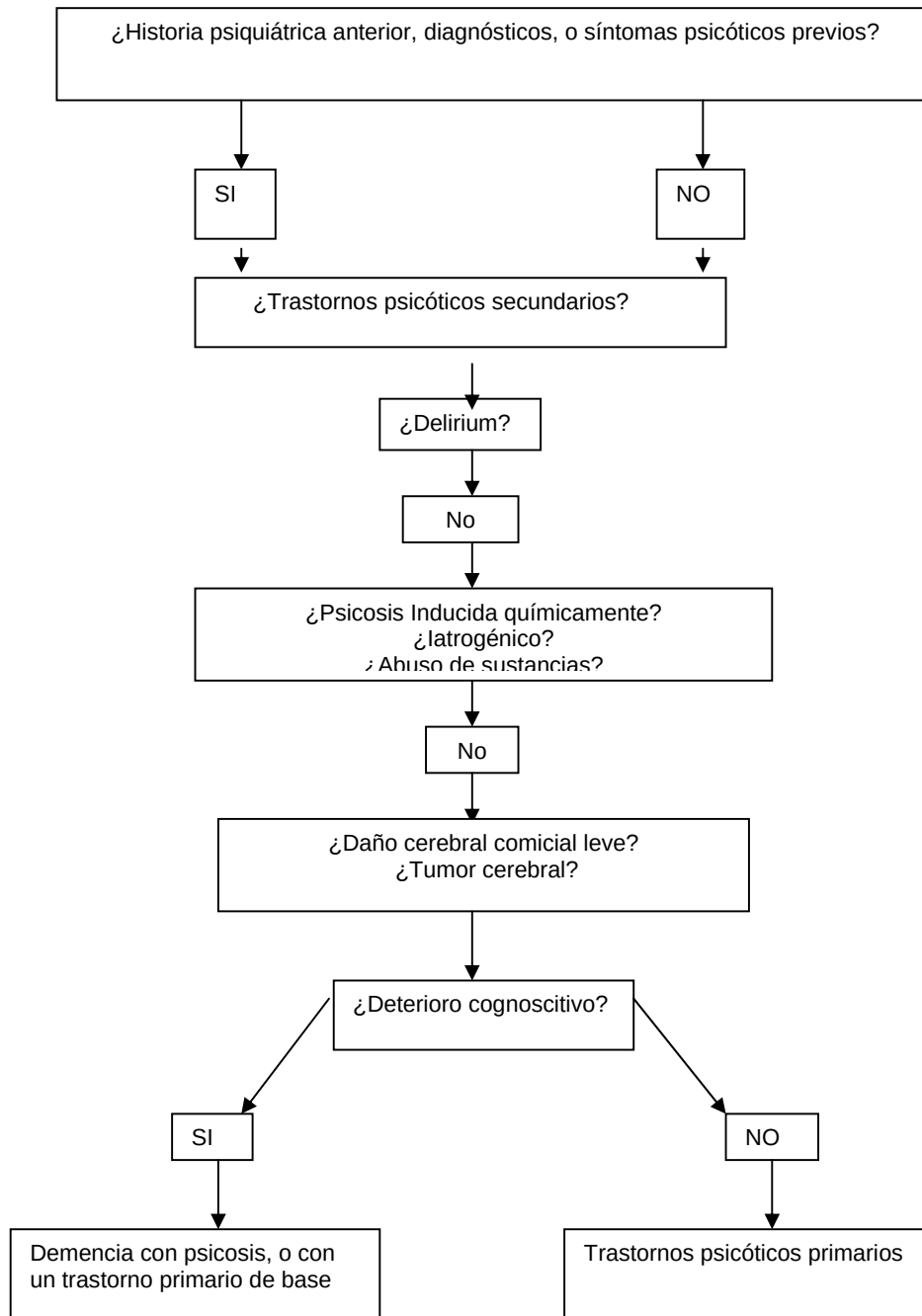


Figura 4. Árbol de decisión para determinar la etiología de los síntomas psicóticos en los adultos mayores(modificado de Mellow, A. 2004)

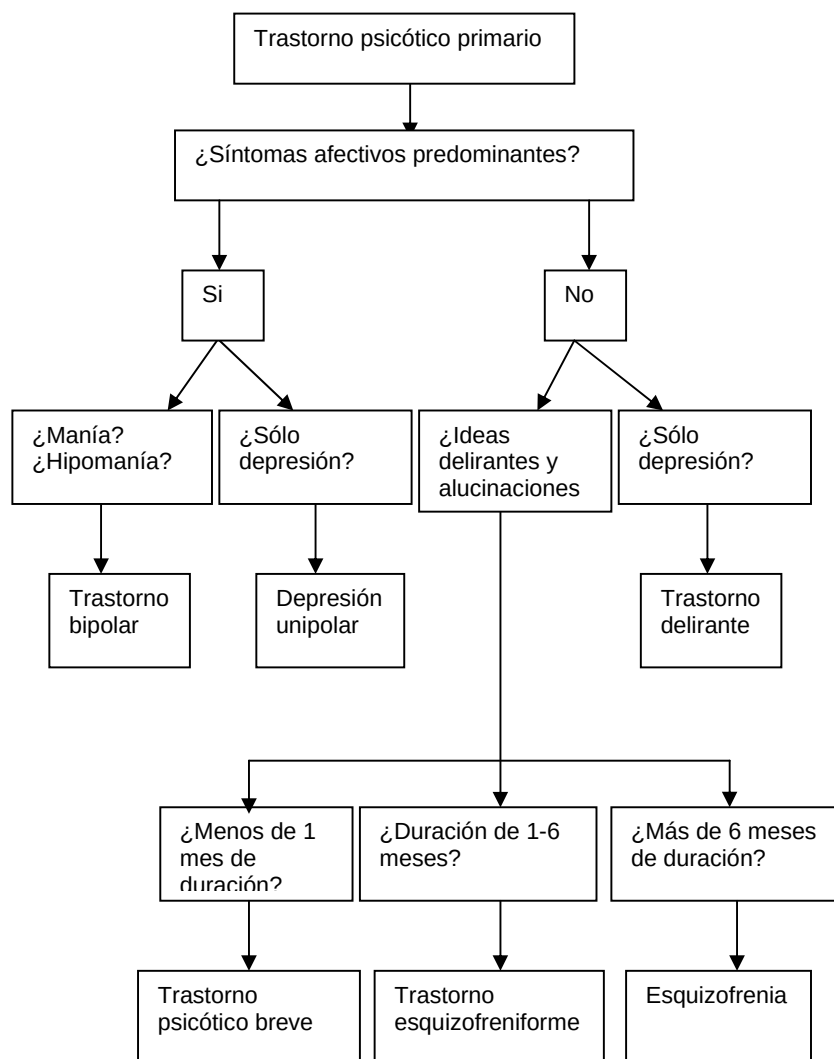


Figura 5. Árbol de decisión para determinar la etiología de los trastornos psicóticos primarios en los adultos mayores (Mellow, A. 2004)

Anexo 2. Entrevista

Entrevista a la Dra. Maria Luisa Morice Caballero** 29 de Marzo 2006

**Master en Gerontología, especialista en Psiquiatra, Asistente en los pabellones Psicogeriátricos del Hospital Nacional Psiquiátrico, Profesora en la Universidad Autónoma de Ciencias Médicas.

¿Cree usted que habría alguna diferencia si las psicosis tardías se diagnosticaran adecuadamente desde el ingreso al hospital, en especial la relacionada con Demencia?

Las psicosis en la vejez deberían diagnosticarse adecuadamente desde el principio puesto que su manejo como patología es totalmente diferente la una de las otras. En especial en los pacientes demenciados podrían inclusive no tratarse los síntomas psicóticos con medicamentos, ya que los medicamentos tienen sus riesgos, esta enfermedad cursa naturalmente hacia el deterioro y los cuidadores a veces tienen falsas expectativas o no entienden que no todos los cuadros psicóticos en estos pacientes se deben tratar con fármacos.

Además cuando se medican se les debe explicar que el medicamento puede disminuir los síntomas psicóticos o depresivos pero no mejorará la demencia.

¿Por que motivo sería entonces necesario medicarse las psicosis en adultos mayores demenciados?

...El motivo por el que se medica un paciente demenciado por psiquiatría, se da únicamente si existe un trastorno concomitante como depresión, manías, psicosis o trastornos de conducta que lo ponga en riesgo a él o a su familia o si estos síntomas cansan a sus cuidadores y no les permite realizar sus actividades cotidianas.

"...Por ejemplo un paciente que alucina con animales en el techo de su casa no necesariamente debe medicarse con algún antipsicótico a menos que sus alucinaciones lo obliguen a ponerse en riesgo y se intente subir al techo para atraparlos, lo que podría originar una caída y una fractura. Además sus cuidadores tendrían que vigilarlo muy de cerca y no podrían realizar ninguna otra actividad, y si lo hiciera de noche y no duerme; tampoco lo harán sus cuidadores en la casa;... lo que terminara por agotarlos e intentarían posiblemente deshacerse de él..."

...Entonces solo se medica la psicosis 1. Si es un peligro para él o para otros, 2. Si su conducta molesta a sus cuidadores, porque esta agresivo o insomne por ejemplo..."

...¿Y Qué pasa cuando se medican estos pacientes?

....Entonces aflora la demencia, pero también se exponen a sobredosificaciones que son muy frecuentes y con esto a múltiples riesgos, por ejemplo la somnolencia, predispone a caídas, a fracturas a intervenciones quirúrgicas. Y es que los efectos negativos en estos pacientes tan frágiles son muy frecuentes, por

ejemplo la dosis recomendada de Risperdal es de 2 mgs por día comparado con los otros adultos donde el promedio es de 6 mgs y hasta 9 mgs.

¿En cuanto a la medicación, que tan adecuado es el abordaje en estos pacientes a su ingreso en emergencias?

“Los psiquiatras y residentes no distinguen claramente un cuadro de otro, sobrediagnostican algunos como el trastorno de ideas delirantes que es muy poco prevalente y diagnostican poco las demencias, generalmente menos de lo que existen en realidad... frecuentemente diagnostican a los demenciados como deprimidos, trastornos afectivos o psicosis orgánicas...

Y a la hora de medicar se equivocan en cuanto a la escogencia, por el diagnóstico equivocado al ingreso, y en las dosis de medicamentos”, “...porque un adulto mayor con dosis mínimas puede tener efectos secundarios”, “...por las diferencias en su metabolismo, por ejemplo la mayoría con 5 gotas de Haloperidol se podría extrapiramidalizar, en cambio un adulto fácilmente puede manejar 20 o 30 mgs...”, “Y además están los efectos secundarios: la somnolencia, las caídas....etc.”

¿Y en cuanto a los medicamentos que manejamos en la Caja Costarricense del Seguro Social con respecto a los de su consultorio privado a notado alguna diferencia?

“...La diferencia es importante...algunos medicamentos genéricos no pasan previamente por estudios de biodisponibilidad... solo copian la molécula, pero su eficacia no está demostrada científicamente”

¿Entonces que ventajas tendría diagnosticar una psicosis por demencia desde su ingreso a emergencias?

“Primero se les daría un tratamiento adecuado, porque cada uno se trabaja de manera diferente, generalmente es mejor el Ácido Valproico para los trastornos afectivos y de conducta y los antipsicóticos atípicos como el Risperdal...

Segundo, disminuiríamos entonces efectos iatrogénicos del manejo...

Tercero, sabríamos que explicarle al cuidador en cuanto a manejo, evolución y pronóstico de la enfermedad, para no crear falsas expectativas.

Cuarto, muchas veces no sería necesario el internamiento y cuando es inevitable, poder darle a los cuidadores un panorama claro de la situación para que no se hagan falsas expectativas acerca de lo que se realizará durante el internamiento y de cómo algunas de las patologías serán imposibles de curar,...”.

Anexo 3. Instrumento para recolección de datos

Instrumento para la recolección de datos:		
Edad: 60 a 65 ☐ 66 a 70 ☐ 71 a 75 ☐ 76 a 80 ☐ Mayores de 81 ☐		
Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐		
Diagnóstico de Egreso:		
Sintomatología predominante:		
1. Presencia de Ideas delirantes de tipo:	si	No
Paranoide		
Celotípicas		
Persecutorias		
De acusación		
Abandono		
• bizarras o superestructuradas		
• Ideas suicidas activas		
2. Presencia de Alucinaciones		
visuales		
Auditivas		
Cenestésicas		
olfatorias		
3. Deterioro de las funciones cognoscitivas.		
4. Agitación psicomotora y comportamiento agresivo		
5. Trastornos del sueño		
6. Afecto anhedónico e indiferencia hacia el ambiente,		
Presencia de síntomas depresivos		
• Irritable, Eufórico o Expansivo		
7. Lenguaje desorganizado.		
8. Incremento de la sintomatología somática.		
9. Muestran desinterés por las actividades de la vida diaria, el cuidado personal y disminución por las interacciones sociales, con pérdida de iniciativa y respuestas emocionales.		
10. Errores de percepción asociados con interpretaciones delirantes (son frecuentes en ancianos con demencia y sintomatología psicótica)		
11. Antecedente de psicosis		
12. Consumo crónico de antipsicóticos		

Anexo 4. Cartas de aprobación del trabajo de investigación