

REVISIÓN DE CASO

PSICOSIS EN EL ADULTO MAYOR, MANIFESTACIÓN DE MÚLTIPLES CAUSAS. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO¹

(Rev GPU 2019; 15; 1: 55-61)

Susana Hidalgo S², Roberto Sunkel M³

La aparición de síntomas psicóticos en el adulto mayor supone un desafío, pues puede ser manifestación de múltiples patologías neuropsiquiátricas, las cuales requieren un estudio dirigido para la intervención precoz y mejorar el pronóstico en pacientes de este subgrupo etario. Se presenta el caso de una mujer de 69 años, con cuadro de tres años de evolución de alucinaciones auditivas e ideas delirantes persecutorias. Posteriormente se agregan síntomas depresivos, con importante baja de peso. Se realizan exámenes de laboratorio y tomografía de cerebro, destacando en esta última cambios microangiopáticos en regiones frontal y talámica. Patrón neuropsicológico de tipo fronto/subcortical. Se indica hospitalización para continuación de estudio y tratamiento. En el artículo, se discutirán sobre las principales entidades causantes de psicosis en el adulto mayor, con énfasis en el trastorno delirante, diagnóstico al cual se logró llegar en el caso clínico expuesto.

CASO CLÍNICO

L M.L. mujer de 69 años, escolaridad primer año de humanidades cursado. Casada, 4 hijos, se desempeña como dueña de casa. Comparte vivienda con su esposo. Religión cristiana.

Tiene antecedentes médicos de hipertensión arterial y artrosis de rodillas, en tratamiento con losartán 100 mg/día, hidroclorotiazida 25 mg/día, nifedipino 20

mg/día, ácido acetilsalicílico 100 mg/día, paracetamol 500 mg y/o celecoxib 200 mg en caso de dolor.

Sin antecedentes psiquiátricos familiares ni personales. Sin antecedentes de consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias psicoactivas.

Desde el punto de vista funcional se describe como autovalente en las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria; asiste y participa activamente por su cuenta semanalmente a la iglesia de su barrio tanto en

¹ Los autores poseen el C.I. de la paciente para presentar su caso en la revista y declaran no tener conflicto de intereses.

² Residente de geriatría, Universidad de Santiago.

³ Psiquiatra. Jefe Unidad Psicogeriatría, Instituto Nacional de Geriatría (INGER).

cultos como en sesiones de lectura bíblica, se encarga de la administración del hogar y viaja en transporte público periódicamente (Índice Barthel: 100 puntos. Lawton y Brody: 8 puntos).

Es derivada en mayo de 2015 desde el Centro de salud familiar (CESFAM) de Lo Prado por un cuadro de tres años de evolución, notificado en ese entonces por la familia, evidenciándose actitudes que describen como bizarras: quemar el colchón de su cama, dormir en el sofá de la casa; múltiples consultas médicas en su CESFAM y en el extrasistema; solicitud de audiencias con la alcaldesa de la comuna, múltiples cartas (3) dirigidas a la secretaria general de la presidencia. A esto se agrega reticencia a la alimentación los tres meses previos a la consulta en la Unidad de Neuropsicogeriatría del Instituto Nacional de Geriátrica (INGER), que le ha repercutido en una pérdida ponderal de 5 kilos.

Al entrevistar a la paciente respecto a su situación, ella relata que estas conductas se explicarían por una infección que contrajo hace 4 años, cuyos síntomas debutaron un año después; esta consistiría en “bichos transparentes” que saldrían de su vagina, teniendo la propiedad de “recorrer a través de los intestinos y debajo de la piel”; causándole síntomas gastrointestinales como meteorismo y “cosquillas o pequeños golpes de corriente”. Les atribuye un alto riesgo de contagio, por lo que lava diariamente con cloro sábanas, almohadas y no usa cubrecamas. En el momento que ella describe como “máxima carga de parásitos” decide quemar el colchón para no contagiar a su familia. En este mismo contexto, señala que está muy decepcionada de los médicos y laboratorios, pues a pesar de haberse realizado múltiples tomas de muestra en sangre y flujo vaginal (5 ocasiones), los resultados son negativos y se le ha dicho que no tiene patologías ginecológicas.

Al indagar respecto del origen de esta situación, ella relata que “los bichos los instalaron un grupo de borrachos” (que ella dice tener identificados), que asisten diariamente a la botillería que se encuentra a cuatro cuadras de su domicilio. Señala que “al comienzo eran cinco, pero su historia está tan bien armada que han conseguido convencer al menos a otros cinco más”. Explica que cree que ellos le tienen odio porque “soy una mujer de fe y predico la palabra del Señor”.

Describe que siente intensa angustia ante “risotadas y palabrotas” que repiten estas personas mientras ella ora por las noches; las describe como voces nítidas de cuatro hombres que la tratan de “mujerzuela”, “prostituta” y la amenazan con cosas como “le vamos a robar el carnet”.

A causa de esto, insiste ante la trabajadora social de su CESFAM que “mi vida está en peligro”, por lo que

ha solicitado ayuda legal en tribunales y enviado las cartas citadas a la secretaria general de la presidencia. Aún no ha interpuesto acciones ante carabineros, dado que sospecha que ellos también serían parte de este grupo, “dan vueltas en su patrulla casi siempre alrededor de mi casa y prenden las luces verdes. No sé qué significa eso, pero algo debe tener que ver con lo que esos borrachos dicen de mí”.

Al momento del examen clínico, destaca: paciente inquieta, vígil, orientada en tiempo y espacio. Humor paranoide. Modulación afectiva adecuada, Reticente al inicio a la evaluación médica (constantemente solicita que se le lea lo escrito en la ficha electrónica y que se apague el computador del box de consulta médica). Discurso temporal que logra dar cuenta de sí. Velocidad del pensamiento normal, sin alteración de la estructura. En su contenido predominan ideas de autorreferencia de contenido persecutorio y perjuicio, que logran formar un sistema delirante.

Niega fenómenos sensoperceptivos al momento de la entrevista. No refiere insomnio u otros trastornos asociados al sueño.

Se realiza Mini Mental test: 28/30 puntos, FAB 14/18 puntos. Cuenta con exámenes de laboratorio recientes de hace un mes, con hemograma, glicemia, perfil lipídico, pruebas de función hepática, función renal, función tiroidea y niveles de vitamina B12, todos en rangos normales. Test ELISA VIH negativo, VDRL no reactivo. Tiene Tomografía de cerebro sin contraste que evidencia cambios microangiopáticos de predominio en regiones frontales; calcificaciones inespecíficas tálamo anterior izquierdo y ateromatosis de sífonos carotídeos.

Se realiza evaluación neuropsicológica, donde se observan los siguientes resultados: Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) 25/30, denominación-CERAD (abreviado) 15/15, Fluencia Verbal: Set Test 40/40, Subtest de praxias-CERAD (abreviado) 11/11, Test de las Fotos (TDF)-denominación visuoverbal mantenida. Memoria semántica mantenida. Aprendizaje mnésico disminuido. Patrón subcortical. Batería Neuropsicológica de memoria SKT-D sin deterioro mnésico, FAB. 13/18 mantenidas, Escala de depresión geriátrica (GDS): 14/30. Depresión leve. Eficiencia Global Cognitiva: deterioro cognitivo en rango muy leve, examen psiconeurológico específico: fallas de tipo atencional/ejecutivo. Patrón psiconeurológico de tipo fronto/subcortical.

En vista de los hallazgos mencionados y el curso clínico de la paciente, se plantean como hipótesis diagnósticas Trastorno Delirante persistente v/s Esquizofrenia de inicio tardío.

Se decide manejo farmacológico con Pimozide 2 mg por noche y reevaluación en un mes. La paciente no se presenta en la fecha concertada.

Asiste cuatro meses después, en septiembre de 2015, junto a su hija, quien refiere que al inicio presentó mala adherencia al fármaco indicado, pero que, al presentar insomnio de conciliación, la usuaria se decide a tomar el medicamento, logrando remisión del insomnio. Menciona que han desaparecido las “conductas extrañas”, que motivaron su derivación inicialmente. Sin embargo, destaca que, aunque ya no presenta ideas en relación con los “bichos” y que ha disminuido su angustia en torno a las ideas de perjuicio y persecución, estas no han desaparecido en lo absoluto.

Al momento de la consulta se muestra más tranquila, colaboradora. Mantiene cierta suspicacia en torno a “qué se hizo con el informe de la memoria”, pero utiliza el espacio para contar respecto a la disminución de su angustia y que ha conseguido salir más tranquila a la calle. Sin embargo, al consultar dirigidamente sobre la situación de sus vecinos, reaparece el relato florido de ideas delirantes previamente descritas en la consulta anterior. Mantiene funcionalidad en actividades instrumentales de la vida diaria.

Se le cita en tres meses más y se difiere la solicitud de reevaluación neuropsicológica para ese entonces. Como sucedió anteriormente, no se presentó al control médico.

Asiste espontáneamente en enero de 2016. Refiere estar muy preocupada por su esposo, quien se encuentra hospitalizado. Dada la necesidad de dedicarse por completo a su cuidado, decidió abandonar el fármaco porque “me tenía aletargada”.

Llama la atención que en ningún momento de la consulta hace referencia a “los borrachos”, sin embargo despliega un sistema de ideas delirantes respecto a los médicos tratantes del marido, donde estos tendrían una especie de “pieza de matadero, donde le colocan tubos y otros dispositivos a los pacientes para matarlos”. Refiere que para mantener control sobre sus planes tendrían las cámaras que se ven en todo el hospital. Sospecha de los sistemas de seguridad del hospital y está segura de que “han publicado cosas de mí en internet”, de modo que, durante la atención, solicita que se busque su nombre en Google, insistiendo que se le muestren los resultados en pantalla. Al cumplir su solicitud y no encontrar mayores resultados, cree que los computadores de este centro asistencial también están intervenidos. Se retira intempestivamente del box de atención.

A fines de abril de 2016 solicita nueva consulta no programada. Su marido había fallecido hacía dos

meses, junto a lo que comenta que “no resisto la vida sin él” y que ha pensado en reiteradas ocasiones en quitarse la vida, lo cual desiste de hacer argumentando a sus hijos y sus creencias religiosas. Presenta grandes dificultades para realizar sus actividades, describiéndose como “más lenta”, ha dejado de participar en la iglesia porque “no puedo parar de llorar”. Además, se ha restado de actividades familiares, inventando un sinnúmero de excusas para no recibir visitas en su casa. Incluso “ya no tengo fuerzas para pensar o luchar contra esos borrachos desgraciados que me siguen diciendo “puta” y que “bien merecida” me tenía la muerte de mi marido. Ella cree que los médicos lo mataron en acuerdo con los “borrachos”, por lo que inmediatamente tras el descenso de su esposo escribió un reclamo en la OIRS del hospital donde se encontraba. A pesar de ello, no ha acudido a pedir la respuesta ni ha presentado acciones judiciales, atribuyéndolo a su falta de energías. Refiere que nota que su memoria ya no es la de antes, “me lo paso perdiendo cosas, a veces las encuentro después de horas de buscar”.

Al examen, es evidente su aspecto desvitalizado y enflaquecido. Enlentecida en sus movimientos. Lábil emocionalmente. Sostiene la conversación con dificultad entre sollozos, con ánimo evidentemente depresivo y latencia en sus respuestas. El contenido del pensar está centrado en la pérdida que significa la muerte de su marido. Destacan desesperanza y culpa en el relato. Con ideas de muerte pasivas, sin planificación. Sin alusión a fenómenos alucinatorios.

Se le manifiesta que tiene indicación de hospitalización por alto riesgo suicida, a la cual ella se niega, rechazando entregar información de contacto de sus hijos (con la que no se contaba en el momento de la entrevista en la ficha clínica), pero aceptando firmar un compromiso de no atentar contra su vida. Se le prescribe citalopram 20 mg medio comprimido en la mañana, consultar en urgencias en caso necesario y control en una semana con algún familiar.

La hija se contacta telefónicamente con la unidad comunicando que no podrá asistir ya que viajará con la paciente al sur por algunos días. Se programa control a su regreso, el cual no se concreta.

DISCUSIÓN

El DSM-5 define los trastornos psicóticos como “anormalidades en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado (o lenguaje), conducta severamente desorganizada o anormal (incluyendo catatonía) y síntomas negativos”. Sin embargo, caracteriza a los “rasgos psicóticos” como

delirios, alucinaciones y alteración del curso formal del pensamiento (1). La psicosis de aparición tardía es sorprendentemente prevalente en los adultos mayores, presentándose entre un 5-15% de pacientes psicogerítricos, 10-62% en residencias de larga estancia y hasta en un 27% de personas mayores viviendo en la comunidad (2). El riesgo de presentar síntomas psicóticos en el adulto mayor es hasta un 23%, donde las demencias son el principal factor contribuyente.

A pesar de su alta frecuencia en la persona mayor, el diagnóstico diferencial y manejo de la psicosis de aparición tardía resulta todavía un desafío para los clínicos.

En términos generales, las causas de psicosis pueden ser divididas en primarias causadas por trastornos psiquiátricos, y secundarias, causadas por enfermedades médicas, neurológicas, drogas o delirium. Una nemotecnia útil para abordar estas patologías es la de las "Seis D" (3): Delirium; Drogas (alcohol, fármacos y toxinas); "Disease" (Enfermedades médicas, neurológicas); Depresión y otros trastornos afectivos; Demencias y Desórdenes del espectro de la Esquizofrenia y trastorno Delirante ("Delusional"). En vista que en el caso clínico abordado se evidenció adecuado descarte de causas secundarias, nos referiremos brevemente a las entidades de diagnóstico diferencial de psicosis primarias, para finalmente analizar el trastorno delirante persistente, nuestra hipótesis diagnóstica en esta paciente.

Psicosis afectivas

Existen dos entidades diagnósticas posibles que se definen por la presencia simultánea de síntomas psicóticos y depresivos: el trastorno esquizoafectivo y el episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos o depresión psicótica; así también los rasgos psicóticos son comunes en quienes padecen trastorno afectivo bipolar (4). La depresión psicótica requiere el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y presencia de síntomas psicóticos que, según los criterios DSM-5, pueden ser congruentes o incongruentes con el estado anímico, siendo los primeros los más frecuentes. La prevalencia de vida de la depresión psicótica se estima en un 0,35% y la edad promedio de inicio es en la adultez aproximadamente desde los 51,2 años, según la evidencia disponible (5). Se estima entre un 20-45% de prevalencia de delirios en los adultos mayores hospitalizados y hasta un 3,6% en los que viven en la comunidad. Al igual que en el caso de la esquizofrenia, los investigadores clasifican la depresión psicótica en inicio precoz y tardío, teniendo como punto de corte la edad de 60 años y más.

Respecto a esto, se ha visto que aquellos que debutan más tardíamente tienen episodios depresivos más severos, mayor ansiedad y síntomas somáticos, potenciados frecuentemente por delirios somáticos asociados a ellos. Es infrecuente en estos casos la presencia de delirios de culpa o paranoia (4).

Respecto al trastorno esquizoafectivo, el DSM-5 describe que se requiere que el paciente haya presentado un episodio depresivo o maniaco en presencia de una enfermedad psicótica base ininterrumpida. Adicionalmente, los episodios afectivos deben estar presentes durante la mayor parte de la duración de la enfermedad y, a diferencia del trastorno afectivo bipolar con síntomas psicóticos, en algún momento del curso del trastorno esquizoafectivo deben presentarse alucinaciones o delirios por al menos dos semanas en ausencia de síntomas maníacos o depresivos. La prevalencia de vida de este trastorno se estima en 0,32% y en general debuta en etapas tempranas de la adultez, siendo su prevalencia 0,04 en mayores de 60 años (4).

Trastornos neurocognitivos

Los síntomas psicóticos son altamente prevalentes en las enfermedades neurodegenerativas. En general, cuando se presenta compromiso cognitivo asociado a psicosis es obligatorio descartar causas reversibles (Causas secundarias), como también déficits sensoriales que pudieran estar contribuyendo a los síntomas psicóticos, especialmente déficits visuales (6).

Si bien es cierto, por el cuadro clínico y curso de la enfermedad de nuestra paciente, no es el primer diagnóstico diferencial que considerar, la Enfermedad de Alzheimer es la que presenta más alta prevalencia de síntomas psicóticos, especialmente en las etapas intermedias de la enfermedad (3-4 años de evolución), con hasta 37% de delirios y 23% de presencia de alucinaciones en promedio (2).

Dentro de este espectro de trastornos, en vista de las alteraciones conductuales, hallazgos tomográficos y perfil neurocognitivo, uno de los posibles diagnósticos diferenciales a tener en consideración lo constituyen las demencias frontotemporales, enfermedades neurodegenerativas que comprometen especialmente los lóbulos frontal y temporal, con alteraciones de conducta y lenguaje. En la variante frontal o conductual (VF) la atrofia predomina en la corteza orbitofrontal, cingular e insular anterior (7). De acuerdo con otras definiciones, la característica primordial de la DFT variante frontal es un grave trastorno de conducta y de la personalidad del paciente, que se refleja en la dificultad para modular el comportamiento ante situaciones sociales. Además, se

señala que son frecuentes las alteraciones de los hábitos orales y relacionados con la ingesta (8).

Según un artículo de revisión realizado por Lillo *et al.* (9), la DFT variante conductual (DFT VC) se caracteriza por cambios prominentes de personalidad y conducta social que reflejan el compromiso de las áreas orbitales y mesiales de los lóbulos frontales. Además, se menciona que se caracteriza por comentarios indecorosos, conducta embarazosa, etc. Otras alteraciones frecuentes son cambios en los hábitos alimentarios con preferencia por carbohidratos. Al contrario, síntomas psicóticos se han reportado en solo 14% de pacientes con DFT y parecen ser un marcador más específico de DFT asociada a ELA (2). Otra característica importante de destacar relacionada con los síntomas que presenta la paciente es que, desde el punto de vista cognitivo, inicialmente los pacientes con DFT VC pueden tener rendimiento normal en pruebas neuropsicológicas clásicas, pese a presentar cambios conductuales significativos. No obstante, en más de 90% de casos con DFT VC se encuentra una alteración disejectiva (9). Psicosis tipo-esquizofrenia de inicio muy tardío.

Aunque históricamente la esquizofrenia había sido considerada una enfermedad de personas jóvenes, los estudios disponibles sugieren que aproximadamente un 23% de los pacientes con este diagnóstico han iniciado su cuadro clínico después de los 40 años y un 3% después de los 60 años (10). A la fecha solo existe un consenso internacional del año 2000 (11), que unifica la nomenclatura al respecto, constituyendo los casos con inicio de síntomas después de los 60 años la psicosis tipo esquizofrenia de inicio muy tardío (Very Late Onset Schizophrenia-Like Psychosis: VLOSLP). Los datos epidemiológicos disponibles respecto a VLOSLP son diversos, pero en general se estima una prevalencia de vida en > 65 años de entre 0,3 a 2,7%, destacando en las revisiones que existe una infraestimación de esta dado el subdiagnóstico de la enfermedad (diagnóstico diferencial con demencias asociadas a síntomas psicóticos) (12). VLOSLP se caracteriza por ser más prevalente en mujeres, predominando síntomas positivos como delirios de persecución y de partición (personas son capaces de "atravesar" objetos o superficies que habitualmente actúan como barreras), mayor frecuencia de alucinaciones visuales, táctiles y olfativas y ausencia de síntomas negativos o alteración del curso formal del pensamiento.

Respecto a la cognición, existe aún evidencia controversial respecto a la conversión de los pacientes que desarrollan VLOSLP a demencia. Los estudios disponibles mostrarían que esta sería una condición intermedia entre quienes padecen esquizofrenia de inicio en

la juventud y los adultos mayores sanos en cuanto a lo que respecta a los déficits cognitivos (13). Respecto a lo sociodemográfico, destaca la ausencia de antecedentes genéticos, mayores tasas de matrimonios y más alto nivel educacional versus la esquizofrenia de inicio precoz y un mejor desempeño funcional global (14).

Trastorno Delirante

Si bien se ha descrito que hasta un 6% de los adultos mayores podrían presentar síntomas paranoides del tipo delirios persecutorios, la mayor parte de ellos tienen un trastorno neurocognitivo mayor de base y en <1% se trataría de un trastorno delirante (10).

Se define, según los criterios diagnósticos del DSM-5, como uno o más delirios de al menos un mes de duración, que nunca han cumplido criterio A para esquizofrenia; aunque si bien es cierto pudiesen presentar alucinaciones, estas están relacionadas con el tema delirante y no son lo más preponderante del cuadro (por ej. Alucinaciones táctiles en delirio de infestación). Los pacientes no presentan un comportamiento extraño y solo se impactarían las áreas de funcionamiento asociadas al delirio en cuestión. Además, recalca que si el paciente ha presentado episodios maníacos o depresivos mayores, estos han sido breves en comparación con la duración de los periodos delirantes. Se debe descartar que el episodio delirante se encuentre en contexto de uso de fármacos o sustancias u otra enfermedad mental o médica (1). El comportamiento no se modifica en gran medida, excepto por las respuestas a las ideas delirantes: por ejemplo, llamar a la policía para solicitar protección, o hacer campañas de envío de cartas para quejarse de diversos agravios o infracciones imaginarias. Como es posible suponer, los problemas domésticos que derivan son frecuentes, y, dependiendo de su subtipo, estos pacientes pueden llegar al litigio o recurrir a pruebas médicas interminables (15). Dentro de los distintos subtipos de trastorno delirante, el más frecuentemente pesquisado en personas mayores, especialmente en mujeres (en una proporción 7: 5), es el delirio de parasitosis. Constituye una condición en la cual el paciente tiene la falsa creencia que pequeños insectos o "bichos" han infestado su piel u otros órganos, pudiéndose presentar alucinaciones táctiles, parestesias o prurito (10). Los factores de riesgo descritos para este trastorno serían historia familiar de esquizofrenia o de trastornos de personalidad del cluster A. En vista de lo señalado en este contexto, nos inclinamos por el diagnóstico de trastorno delirante con delirio tipo infestación-somático en el caso de nuestra paciente. El DSM-V hace referencia al

trastorno delirante persistente cuando los síntomas persisten por más de un año, como es en el caso clínico presentado. Un problema que surge con frecuencia es la presencia de síntomas anímicos en los pacientes con trastorno delirante. Esto último puede generar dudas en torno al diagnóstico diferencial, como, por ejemplo, si el paciente padece un trastorno primario del estado de ánimo o no. Los criterios DSM-V no señalan una línea clara de separación entre los dos conceptos; el tiempo de evolución de las dos series de síntomas, del estado de ánimo y psicóticos, que pudiera facilitar la diferenciación. De este modo, en caso de existir dudas sería recomendable considerar inicio de tratamiento del trastorno del ánimo, revisando posteriormente la hipótesis diagnóstica de trastorno delirante, según la evolución (15).

EVIDENCIA TERAPÉUTICA

Como mencionamos previamente, el caso clínico analizado resulta compatible con un trastorno delirante persistente, de tipo somático – infestación sumado a delirio de tipo persecutorio, con la particularidad de superponer distintos sistemas delirantes pero siguiendo un hilo conductor común (ideas de perjuicio, “los borrachos”).

En concordancia con ello, el tratamiento farmacológico elegido en ese entonces fue pimozide, que estaría en concordancia con la evidencia disponible en ese entonces en lo que respecta a tratamiento de elección en estos cuadros psicóticos.

A pesar de que el trastorno delirante tiende a ocurrir en etapas avanzadas de la adultez media y persistir hasta la adultez mayor, no existe evidencia disponible hasta el momento que estudie diferenciadamente la eficacia de los tratamientos en dicho grupo etario, de modo que la mayoría de las recomendaciones son extrapoladas de estos estudios.

En el año 2016 se realizó una revisión sistemática de veintitrés artículos, la mayoría series de casos, con un total de 385 casos de trastorno delirante, el rango de edad de los pacientes fluctuó entre los 41 a 66 años en promedio. Se evidenció un 33,6% de buena respuesta a uso de antipsicóticos en general, siendo el grupo de los antipsicóticos de primera generación superior en sus resultados versus los de segunda generación (tasas de buena respuesta a tratamiento en un 39% v/s 28% respectivamente). Sin embargo, en vista de la calidad de la evidencia disponible, no es posible establecer una recomendación basada en la evidencia para el tratamiento de estos trastornos (16). Sin embargo los resultados sugieren cierta mayor eficacia de algunos

antipsicóticos específicos, como risperidona y olanzapina, que además constituyen los de más frecuente uso en la población adulta mayor con trastorno delirante. Como se mencionó anteriormente, si bien pimozide había sido considerado hasta hace poco la terapia de primera línea en estos trastornos, tiene eficacia similar en esta patología al compararlo con risperidona y olanzapina (17). Existe un estudio longitudinal que pretendía evaluar la eficacia de algunos antipsicóticos nuevos de acción prolongada e inyectables, como paliperidona palmitato o risperidona inyectable de larga acción, evidenciándose una mejoría significativa de los síntomas negativos y tendencia a mejorar los síntomas positivos; sin embargo el rango de edad de los evaluados fluctuó entre 40 y 50 años en promedio. Esto último ubicaría a esta evidencia en el mismo contexto previamente señalado de extrapolar su beneficio a la población geriátrica (18).

REFERENCIAS

1. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013
2. Michael M, Reinhardt M, Cohen C. Late-Life Psychosis: Diagnosis and Treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2015; 17: 1. DOI 10.1007/s11920-014-0542-0
3. Manepalli JN, GebretsadikM, Hook J, Grossberg GT. Differential diagnosis of the older patient with psychotic symptoms. *Prim Psychiatry*. 2007; 14(8): 55-62
4. Colijn M, Nitta B, Grossberg G. Psychosis in Later Life: A Review and Update. *Harvard review of psychiatry* 2015; 23(5): 354-367. DOI: 10.1097/HRP.0000000000000068
5. Gournellis R, Oulis P, Rizos E, Chourdaki E, Gouzaris A, Lykouras L. Clinical correlates of age of onset in psychotic depression. *Arch Gerontol Geriatr* 2011; 52: 94-98
6. Brunelle S, Cole MG, Elie M. Risk factors for the late-onset psychoses: a systematic review of cohort studies. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012; 27(3): 240-252
7. Donoso A, Figueroa C, Gómez R, Behrens MI. Demencia frontotemporal: Experiencia clínica. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 900-905
8. Charro C, Diéguez E, González L.A. La demencia más psiquiátrica: demencia frontotemporal, variante frontal. *Rev Psicogeriatría* 2010; 2(4): 227-232
9. Lillo P, Matamala JM, Valenzuela D, Verdugo R, Castillo JL, Ibáñez A, Slachevsky A. Manifestaciones neuropsiquiátricas y cognitivas en demencia frontotemporal y esclerosis lateral amiotrófica: dos polos de una entidad común. *Rev Med Chile* 2014; 142: 867-879
10. Nebhinani *et al*. Late life psychosis. *Journal of Geriatric Mental Health* 2014. DOI: 10.4103/2348-9995.152424
11. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: An international consensus. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 172-178
12. Cohen CI, Meesters PD, Zhao J. New perspectives on schizophrenia in later life: Implications for treatment, policy, and research. *Lancet Psychiatry* 2015; 2: 340-350. DOI: 10.1016/S2215-0366(15)00003-6

13. Brichant-Petitjean C, Legauffre C, Ramoz N, Ades J, Gorwood P, Dubertret C. Memory deficits in late-onset schizophrenia. *Schizophr Res* 2013; 151: 85-90
14. Cort E, Meehan J, Reeves S, Howard R. Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: A Clinical Update. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services* 56 (1): 37-47. DOI: 10.3928/02793695-20170929-02
15. Morrison J. DSM-5: guía para el diagnóstico clínico. Primera edición. México, D.F.: Editorial El Manual Moderno, 2015
16. Muñoz-Negro JE, Cervilla JA. A Systematic Review on the Pharmacological Treatment of Delusional Disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2016; 36(6): 684-690. doi: 10.1097/jcp.0000000000000595
17. Mews MR, Quante A. Comparative efficacy and acceptability of existing pharmacotherapies for delusional disorder: a retrospective case series and review of the literature. *J Clin Psychopharmacol* 2013; 33: 512-519
18. Gonzalez-Rodriguez A, Molina-Andreu O, Penades R, Bernardo M, Catalan R. Effectiveness of long-acting injectable antipsychotics in delusional disorders with non-prominent hallucinations and without hallucinations. *Int Clin Psychopharmacol* 2014; 29: 177-80