



UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

**Síntomas psicóticos en el adulto mayor: definiciones, epidemiología, diagnóstico y
tratamiento**

**Psychotic symptoms in older adults: definitions, epidemiology, diagnosis, and
treatment**

**Perlas
Clínicas**

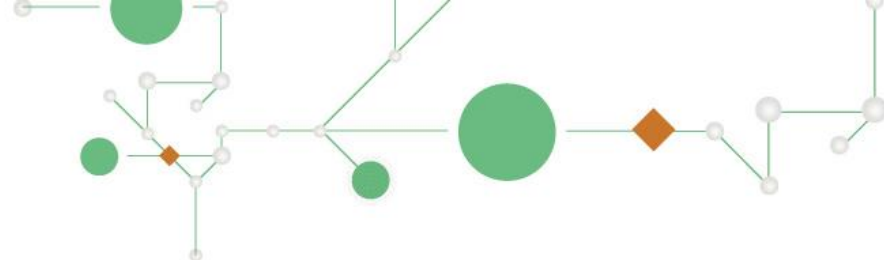
en Medicina





**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**

Facultad de Medicina



Síntomas psicóticos en el adulto mayor: definiciones, epidemiología, diagnóstico y tratamiento

Psychotic symptoms in older adults: definitions, epidemiology, diagnosis, and treatment

Johny Alexander Rentería Daboin

Médico, residente de psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Maria Juliana Urrea Vargas

Médica, Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.

DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.104>

Guía para el aprendizaje

¿Qué debes repasar antes de leer este capítulo?

- Psicosis.
- Alucinaciones, delirios, pensamiento/discurso desorganizado, comportamiento desorganizado o catatónico.

Los objetivos del capítulo serán:

Proporcionar a los lectores una base teórica integral y actualizada sobre los síntomas psicóticos en el adulto mayor, su epidemiología, diagnóstico diferencial y estrategias de tratamiento basadas en la evidencia, para optimizar su manejo clínico y mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores.

Palabras clave: Trastornos Mentales; Trastornos Psicóticos; Alucinaciones.

Keywords: Mental Disorders; Psychotic Disorders; Hallucinations.





Cómo citar este artículo: Rentería JA, Urrea MJ. Síntomas psicóticos en el adulto mayor: definiciones, epidemiología, diagnóstico y tratamiento. [Internet]. Medellín: Perlas Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia; 2025 [Acceso día de mes de año]. DOI: <https://doi.org/10.59473/medudea.pc.2025.104>

1. Viñeta clínica

Mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial, falla cardíaca crónica, accidente cerebrovascular isquémico hace 3 años, infarto agudo de miocardio sin elevación del ST hace 5 años, dislipidemia, hipoacusia bilateral progresiva, presbicia y aislamiento social. Acude a consulta de psiquiatría en compañía de su hija quien refiere cuadro clínico de 3 años de evolución de aparición de ideas delirantes consistentes en la creencia persistente de que sus vecinos están robando sus pertenencias, lo que ha ocasionado conflictos con su entorno. Durante el interrogatorio, se identifica una evolución progresiva de olvidos frecuentes además problemas con tareas que requieren planificación, toma de decisiones, razonamiento abstracto, y organización que imposibilitan la realización de actividades de vida diaria a nivel instrumental, previo a los síntomas psicóticos; durante el cuadro clínico no ha síntomas afectivos llamativos. Al examen mental destaca paciente desorientada parcialmente en tiempo, orientada en lugar y persona, eutímica, con delirios de daño y perjuicio activos, en relación con sus vecinos, sin otros a destacar. A la valoración física presenta signos vitales dentro de límites normales e hipoacusia.

Se decidió continuar un seguimiento ambulatorio, se solicitaron estudios complementarios incluyendo, glucemia, hemograma, función hepática, función renal, función tiroidea, ionograma niveles de vitamina B12, resonancia magnética cerebral y pruebas neuropsicológicas.



¿Cómo se define el término psicosis?

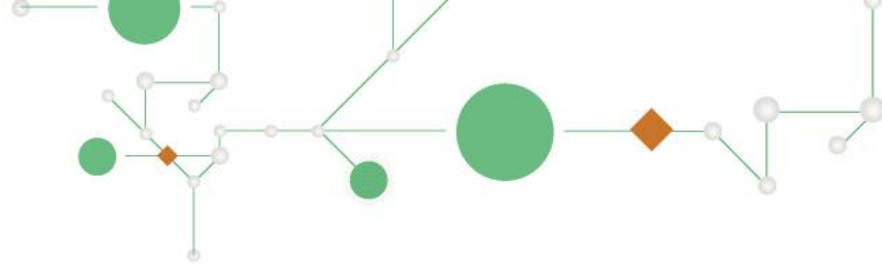
El término “psicosis” (del griego “psyche” -vida, alma, mente- y “osis” -condición anormal-) fue planteado inicialmente por el médico alemán Karl Friedrich Canstatt en 1841, quien lo utilizó como sinónimo de «neurosis psíquica», para ampliar el término «neurosis» que incluía todas las enfermedades del sistema nervioso, y enfatizar las manifestaciones psíquicas de las enfermedades cerebrales (1).

A lo largo del tiempo, la definición de psicosis ha evolucionado con el avance de la psiquiatría. Actualmente, el término hace referencia a un síndrome clínico caracterizado por una alteración en la percepción de la realidad, que se manifiesta en los pacientes a través de la presencia de delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado o comportamiento desorganizado o catatónico (1).

Si bien se han documentado casos de psicosis en la vejez desde el siglo pasado, hasta hace apenas dos décadas se estableció un consenso internacional sobre los criterios para definir la psicosis de inicio tardío y la psicosis tipo esquizofrenia de inicio muy tardío. La psicosis de inicio tardío se define como aquella que comienza después de los 40 años, mientras que la psicosis tipo esquizofrenia de inicio muy tardío se refiere a casos que inician después de los 60 años (3).

¿Cuán común es la psicosis en el adulto mayor?

Se reporta que la psicosis afecta hasta al 5 – 15 % de los pacientes geriátricos hospitalizados, entre el 10 % y el 62 % de los residentes en hogares de cuidado, y hasta el 27 % de los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Además, el riesgo de por vida para desarrollar síntomas psicóticos en los ancianos alcanza hasta el 4,7 - 23 %, dentro de los cuales el trastorno neurocognitivo mayor es el principal factor contribuyente (2,4).



¿Qué características incrementan el riesgo de psicosis en los adultos mayores?

Se han descrito distintas características que podrían aumentar el riesgo de desarrollar síntomas psicóticos en la vejez (2,5):

- Déficits sensoriales: principalmente visual y auditivo.
- Género femenino: principalmente descrito en casos de esquizofrenia de inicio tardío y de inicio muy tardío.
- Aislamiento social.
- Declive cognitivo.
- Alta carga de enfermedades médicas psiquiátricas y no psiquiátricas.
- Polifarmacia, cambios relacionados con la edad en la farmacocinética y farmacodinámica.
- Variaciones genéticas: variante genética en el receptor de dopamina D2, rs2734839.
- Cambios en estructuras cerebrales: alteraciones en cortezas frontotemporales, aumento en el volumen de ventrículos laterales, reducción del flujo sanguíneo cerebral en ambos giros postcentrales.
- Cambios neuroquímicos asociados con el envejecimiento: cambios en las concentraciones de dopamina, serotonina y disminución de la capacidad de unión de estas, disminución de los receptores y los transportadores de serotonina, reducción de las densidades de los receptores de dopamina D1, D2 y D3 (2,5).

¿Cuáles son las causas de la psicosis en el adulto mayor?

Los síntomas psicóticos en los adultos mayores pueden ser manifestaciones de un síndrome psicótico primario (los síntomas psicóticos o de índole psiquiátrica constituyen los síntomas nucleares del trastorno) en el 40 % de los casos o un síndrome psicótico secundario (síntomas psicóticos como manifestación de un trastorno distinto a los mentales propiamente, como el trastorno neurocognitivo mayor, delirium, uso de sustancias psicoactivas, medicamentos u otros trastornos médicos no psiquiátricos y neurológicos) en el 60 % restante (5).





Depresión con características psicóticas

La prevalencia a lo largo de la vida estimada de la depresión psicótica es del 0,35 %, con una edad de inicio de alrededor de los 50 años tanto en mujeres como en hombres. La depresión con características psicóticas de inicio tardío es generalmente de tipo unipolar (2).

Fisiopatológicamente, se ha propuesto que la depresión con características psicóticas puede estar asociada con una disminución en el volumen de materia gris, particularmente en la corteza prefrontal medial (2). La depresión con características psicóticas de inicio tardío tiende a presentarse con síntomas afectivos más severos, mayor ansiedad psíquica y síntomas somáticos más prominentes. Asimismo, la depresión de inicio tardío se caracteriza por una mayor persistencia y recurrencia de episodios en comparación con otras formas de depresión (6).

Esquizofrenia

Actualmente se utiliza el concepto de esquizofrenia de inicio tardío, para hacer referencia a aquellos casos que se presentan entre los 40 y 60 años, y la esquizofrenia de inicio muy tardío, que se aplica a los pacientes que experimentan su primer episodio psicótico después de los 60 años. De los pacientes con esquizofrenia, aproximadamente el 75 - 80 % presentan un inicio temprano, y el 20 - 25 % restante tiene un inicio tardío o muy tardío (7).

Las mujeres constituyen la mayoría de los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío y muy tardío, representando aproximadamente el 60 % de los casos. Esta preponderancia femenina aumenta con la edad, lo que ha llevado a proponer una posible asociación entre la disminución de estrógenos en mujeres postmenopáusicas y el desarrollo de



esquizofrenia de inicio tardío; Sin embargo, no se han obtenido resultados concluyentes que confirmen esta hipótesis (4).

En la esquizofrenia de inicio tardío los síntomas negativos tienden a ser menos pronunciados, pero los pacientes experimentan más alucinaciones visuales, olfativas, táctiles y auditivas, así como una mayor prevalencia de delirios persecutorios y de partición (7). Además, los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío presentan menor severidad de síntomas positivos, menores tasas de consumo de sustancias psicoactivas, mejor funcionamiento psicosocial premórbido, requieren dosis más bajas de antipsicóticos para el control sintomático y tienen un mejor pronóstico en comparación con aquellos con esquizofrenia de inicio temprano (8).

Un metaanálisis demostró que los pacientes con esquizofrenia de inicio tardío tienen un mejor rendimiento cognitivo en comparación con aquellos con esquizofrenia de inicio temprano, especialmente en los dominios de memoria, función ejecutiva y velocidad de procesamiento. Sin embargo, muestran más deterioro en la atención, fluidez verbal y construcción visuoespacial, lo que sugiere déficits específicos relacionados con el trastorno más que con el envejecimiento per se (9).

Finalmente, la esquizofrenia de inicio muy tardío se asocia con un mayor aislamiento social, una mayor probabilidad de experimentar alucinaciones visuales, menor probabilidad de presentar trastornos formales del pensamiento y embotamiento afectivo, así como un mayor riesgo de desarrollar discinesia tardía (10).

Trastorno delirante

El trastorno delirante es una de las causas menos frecuentes de la psicosis en el anciano. Según los registros del 2013 de la asociación Americana de Psiquiatría, tiene una prevalencia de por vida de 0,02 - 0,03 %; con mayor frecuencia en las mujeres postmenopáusicas (9). Un porcentaje importante de pacientes con trastorno delirante son diagnosticados en edades tardías, sin embargo, no hay muchos estudios sobre el trastorno delirante en adultos mayores, dado la baja prevalencia de la enfermedad (4).



Los delirios somáticos aparecen con mayor frecuencia en los adultos mayores, y alguna literatura ha sugerido que ocurre de igual manera con los delirios celotípicos, lo cual se asocia con un mayor riesgo de heteroagresión (9).

Trastorno bipolar

Aproximadamente el 25 % de las personas con trastorno bipolar tienen más de 60 años (3). La prevalencia del trastorno bipolar de inicio muy tardío en ancianos se estima entre 0,25% y 1 %. Sin embargo, los estudios sobre este tema son limitados y en ocasiones contradictorios (6).

En los adultos mayores, este trastorno puede manifestarse con síntomas psicóticos tanto durante episodios depresivos como maníacos, y estos síntomas son similares a los observados en individuos con inicio temprano del trastorno (4). Algunos informes indican un aumento en los episodios depresivos con características psicóticas en este grupo etario, mientras que otros no muestran diferencias significativas (6). Además, se ha observado una alta prevalencia de trastornos del pensamiento en ancianos con trastorno bipolar en contraste con altas tasas de agresión e irritabilidad en adultos jóvenes (6).

En particular, el trastorno bipolar de nuevo inicio en los ancianos no suele estar impulsado por predisposición genética, a diferencia del trastorno bipolar de inicio temprano. En su lugar, factores como la toxicidad de medicamentos, infecciones, cambios metabólicos, y patologías cerebrales (por ejemplo, traumatismo cerebral o enfermedades neurológicas como el accidente cerebrovascular) juegan un papel importante. Este fenómeno se conoce como "manía secundaria" y es más común en adultos mayores que en adultos jóvenes, dentro de estas destaca el diagnóstico diferencial con demencia frontotemporal, variante comportamental, que con frecuencia se confunde con trastorno bipolar de inicio tardío (4).



Psicosis exotóxica

La psicosis exotóxica en ancianos puede ser inducida por una variedad de sustancias. Aunque las drogas ilícitas, como los estimulantes (anfetaminas y cocaína) y las drogas psicotomiméticas (fenciclidina y ketamina), suelen estar asociadas con la psicosis en adolescentes y adultos jóvenes, también pueden inducir psicosis en adultos mayores que las consumen (4). La abstinencia de alcohol y benzodiacepinas también puede estar relacionada con la aparición de psicosis. Además, el ácido lisérgico (LSD) y la 3,4-metilendioxi-N-metanfetamina (MDMA) pueden provocar alucinaciones durante la intoxicación aguda, aunque estos síntomas generalmente no persisten en estado de abstinencia. Los opioides, por otro lado, típicamente no inducen psicosis (4).

En cuanto a los medicamentos prescritos, los corticosteroides pueden inducir una serie de efectos secundarios, incluida depresión, manía y psicosis. Los medicamentos con propiedades anticolinérgicas, como los antidepresivos tricíclicos y algunos agentes antiparkinsonianos, también pueden estar asociados con la psicosis, ya sea en forma de delirium agudo o un delirium crónico de bajo grado. Además, existen informes de casos que sugieren que otros medicamentos, como anticonvulsivantes, antieméticos, antagonistas de la histamina, antipalúdicos y antibióticos, también pueden estar relacionados con la psicosis (4).

En los pacientes ancianos, el proceso de envejecimiento y la presencia de múltiples enfermedades físicas, junto con el uso de varios medicamentos, complican el diagnóstico. Por lo tanto, es crucial considerar los efectos de los medicamentos, las interacciones entre ellos y sus dosis al evaluar posibles causas de síntomas psicóticos en esta población (4).



Delirium

La prevalencia de síntomas psicóticos en pacientes con delirium es variable. Un estudio reportó que el 42,7 % de los pacientes con delirium presentaban síntomas psicóticos, incluidas alucinaciones visuales (27 %), auditivas (12 %) y táctiles (3 %), así como delirios (26 %) (10). Otros estudios han reportado cifras similares con registro de psicosis en el 49 % de los pacientes con delirium (11).

En cuanto al tipo de manifestaciones psicóticas se ha reportado un 40 -70 % de los pacientes con alucinaciones y un 25 - 79 % con delirios, según el subtipo del delirium y la población estudiada (2). La psicosis es más frecuente en la variante hiperactiva del delirium, aunque también puede presentarse en la variante hipoactiva (4).

Trastorno neurocognitivo mayor

En Estados Unidos, la enfermedad de Alzheimer (EA) representa más de la mitad de todos los casos de demencia; la demencia vascular y la demencia con cuerpos de Lewy (DCL) contribuyen cada una con un 10 - 25 % de los casos de demencia, y la demencia frontotemporal (DFT) comprende entre un 2 - 10 % de los casos de demencia (4). Los estudios neuropatológicos indican que la superposición es común, con más de un tipo de demencia identificada en cerebros individuales en la autopsia (4).

Los criterios diagnósticos para la psicosis en la EA y las demencias relacionadas requieren la presencia de delirios o alucinaciones, la ausencia de delirium o de una psicosis funcional previa, y el inicio de la psicosis después del inicio clínico de la demencia (4). La psicosis en la demencia se ha relacionado con un mal pronóstico con un mayor deterioro cognitivo y un mayor riesgo de institucionalización y muerte (4). Los síntomas psicóticos a menudo van acompañados de agitación y agresión, lo que incrementa notablemente la carga sobre los cuidadores y el sistema de salud (4). La prevalencia de síntomas psicóticos varía según el subtipo de demencia clínicamente diagnosticado



Enfermedad de Alzheimer (EA)

La psicosis se presenta en el 30 - 50 % de los pacientes con EA a lo largo de la enfermedad. Aproximadamente el 15 - 30 % de los pacientes experimentan delirios, independientemente de la gravedad de la enfermedad (4). Los delirios de robo o la creencia de que otros están tomando sus pertenencias son comunes y, en algunos estudios, se mencionan como los más frecuentes. Estos delirios suelen dirigirse hacia el cónyuge u otros cuidadores; también se observan delirios de persecución, infidelidad y abandono (2,6). Las dificultades en la identificación debido al deterioro cognitivo pueden adquirir características delirantes, incluyendo la creencia de que la propia casa no es el hogar y el síndrome de Capgras. Las alucinaciones, que ocurren en el 5 - 15 % de los pacientes, pueden no estar claramente definidas y manifestarse en cualquier modalidad sensorial, siendo las alucinaciones visuales y auditivas las más comunes. Además, se resalta que la agitación frecuentemente coexiste con la psicosis (4).

Demencia con cuerpos de Lewy (DCL)

La DCL está asociada con psicosis en el 30-80 % de los pacientes, y las alucinaciones visuales son la manifestación psicótica más común hasta en el 78 % de los pacientes; estas alucinaciones pueden variar desde percepciones periféricas hasta fenómenos de presencia y alucinaciones complejas; típicamente suelen ser bien estructuradas y no ser egodistónicas (4,6). Se han reportado además delirios y alteraciones en la identificación en un 25 - 78 % de los pacientes con DCL (4,6).



Demencia frontotemporal (DFT)

Se ha reportado una prevalencia de síntomas psicóticos en aproximadamente el 22 % de los pacientes diagnosticados con DFT (4). Un estudio de autopsias encontró que las alucinaciones eran poco frecuentes en pacientes con DFT, mientras que los delirios, incluidos los paranoides y somáticos, se presentaban en hasta un tercio de los pacientes con el subtipo TDP-43, pero eran raros en el subtipo tau de la DFT (4).

Demencia vascular

La demencia vascular se asocia con psicosis en menor frecuencia cuando se compara con la EA o la DCL. La psicosis en la demencia vascular a menudo coexiste con otros tipos de demencia, como la EA (4).

Enfermedad de Parkinson (EP)

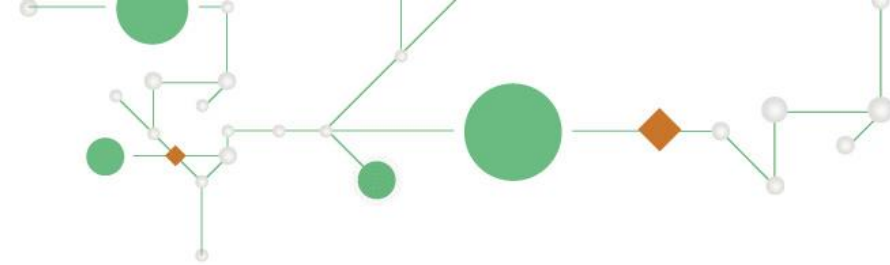
La psicosis en la EP puede desarrollarse en porcentajes tan altos como el 60 % de los pacientes durante el curso de la enfermedad, con alucinaciones visuales predominantes. El uso de medicamentos dopaminérgicos, son una causa común de estos síntomas (4,6).

¿Cuál es el abordaje diagnóstico de la psicosis en el adulto mayor?

El diagnóstico de psicosis en adultos mayores requiere un enfoque integral y meticuloso que aborde tanto los aspectos psiquiátricos como los no psiquiátricos del paciente. A continuación, se describen los pasos clave para una evaluación diagnóstica efectiva (12):

1. Caracterización de síntomas y examen mental:

- Caracterizar el tipo de manifestaciones psicóticas:
 - Delirios extraños y trastornos formales del pensamiento, que podrían sugerir trastornos del espectro de la esquizofrenia.



- Pseudoalucinaciones y síntomas congruentes con el estado de ánimo, que podrían sugerir trastornos afectivos o condiciones endocrinas (12).
- Caracterizar los síntomas, su patrón de aparición y curso:
 - Agudo y de características fluctuantes, que podría sugerir delirium.
 - Crónicas, que podría sugerir esquizofrenia de inicio tardío o muy tardío, trastorno delirante, o un trastorno neurocognitivo mayor.
 - Posterior a un trauma craneal, que podría sugerir patología intracraneana (12).
- Identificar si existen manifestaciones de otro tipo concomitantes:
 - Afectivas, que podrían sugerir psicosis en el contexto de un trastorno del ánimo.
 - Cognitivas, que podrían sugerir un trastorno neurocognitivo mayor.
 - Déficits neurológicos focales, que podrían sugerir un trastorno neurológico.
 - Cefalea matutina asociada con náuseas/vómitos, triada de Cushing, papiledema y parálisis del nervio craneal VI, que podrían sugerir elevación de la presión intracraneal (12).
- Establecer el nivel de funcionamiento basal y el grado de deterioro psicosocial:
 - Evaluar historial médico premórbido, la cognición, el estado de ánimo, la función, el estado ambulatorio y el entorno social.
 - Evaluar el estado nutricional del paciente y buscar características de trastornos como hipertiroidismo, hipotiroidismo, hipercortisolismo, anemia y encefalopatía urémica, hepática o por hipercapnia.
 - Se deben tamizar factores de riesgo cardiovasculares y de psicosis (12).
- Historia de medicamentos y sustancias psicoactivas:
 - Se debe realizar una revisión exhaustiva de todos los medicamentos prescritos, así como de medicinas tradicionales, suplementos herbales, y el uso de alcohol o drogas recreativas (12).
- Historia corroborativa:
 - Es esencial obtener información de los familiares del paciente para documentar el espectro de comportamientos psicóticos observados, la





línea de tiempo de los síntomas, los posibles eventos precipitantes y la veracidad de las afirmaciones delirantes del paciente (12).

Ayudas diagnósticas

1. Química sanguínea

De rutina:

- Hemograma completo: identificar leucocitosis, anemia o trombocitosis.
- Electrolitos, urea, creatinina y glucosa sérica: Evaluar función renal, desequilibrios electrolíticos e hipoglucemia/hiperglucemia. Orienta al momento de escoger y dosificar medicamentos.
- Pruebas de función hepática: detectar alteraciones relacionadas con alcohol, drogas o enfermedad de Wilson. Orienta al momento de escoger y dosificar medicamentos.
- Pruebas de función tiroidea: identificar hipotiroidismo o hipertiroidismo.
- Niveles de vitamina B12 y folato: detectar deficiencias nutricionales (12).

● Pruebas específicas (según sospecha clínica):

- Hormona paratiroidea: en casos de hipercalcemia inexplicable.
- Cortisol matutino: si se sospecha insuficiencia suprarrenal.
- VIH y sífilis: para descartar infecciones de transmisión sexual con manifestaciones neurocognitivas.
- Velocidad de sedimentación globular y PCR: buscar inflamación o infección.
- Ceruloplasmina sérica: sospecha de enfermedad de Wilson.
- Estudios autoinmunes y paraneoplásicos: Si hay sospecha de lupus neuropsiquiátrico, vasculitis o encefalitis autoinmune.
- Prueba de toxicología y etanol: en casos de posible intoxicación por drogas o alcohol.
- Niveles de amonio: sospecha de encefalopatía.
- Gasometría arterial: evaluar hipoxia o retención de CO₂ (12).



- **Pruebas específicas** (según sospecha clínica):
 - Toxicología en orina: sospecha de drogas desconocidas.
 - Excreción de cobre en orina: sospecha de enfermedad de Wilson.
 - Porfobilinógeno en orina: sospecha de porfiria aguda intermitente (12).

2. Neuroimagen

- **Pruebas específicas** (según sospecha clínica):
 - Tomografía computarizada (TC): buscar hemorragias, infartos o lesiones ocupantes de espacio.
 - Resonancia magnética (RM) con contraste: identificar enfermedad cerebrovascular, lesiones estructurales, cambios neurodegenerativos o enfermedades desmielinizantes (12).

3. Procedimientos especializados

- **Pruebas específicas** (según sospecha clínica):
 - Electroencefalograma: diagnóstico de epilepsia (destacan los focos en el lóbulo temporal)
 - Punción lumbar: detección de infecciones del SNC, trastornos inflamatorios o neurodegenerativos (12).

4. Pruebas basales antes de iniciar antipsicóticos

- Electrocardiograma (ECG): evaluar QTc basal para prevenir arritmias.
- Glucosa o HbA1c: identificar diabetes preexistente.
- Perfil lipídico: detectar hiperlipidemia basal.



¿Cuál es el abordaje terapéutico de la psicosis en el adulto mayor?

El abordaje terapéutico de los adultos mayores implica un amplio espectro de retos en términos de etiología, manifestaciones clínicas diversas (agitación, agresión, paranoia, rechazo a la comida o incapacidad repentina para el autocuidado, lo cual varía también según su etiología) y gravedad, así como las limitaciones funcionales a nivel físico, psicológico y social consecuentes (13).

El manejo de la psicosis en los adultos mayores debe priorizar descartar causas médicas no psiquiátricas potencialmente reversibles, y a su vez lograr un control sintomático, instaurar un manejo farmacológico adecuado, dirigido y realizar un adecuado seguimiento clínico del paciente (12). Las metas terapéuticas se deben determinar según la funcionalidad premórbida del paciente y sus comorbilidades, teniendo en cuenta también las condiciones socio familiares del paciente y las expectativas de sus cuidadores (12).

El tratamiento de la psicosis en los adultos mayores es más complejo debido los cambios en la farmacocinética y farmacodinamia, los cuales conllevan a que este grupo etario presente una mayor sensibilidad a los antipsicóticos y que presenten una mayor incidencia de efectos adversos en comparación con adultos jóvenes; a lo anterior se suman las tasas más altas de comorbilidad y polifarmacia en los adultos mayores (5,14).

Entre los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que ocurren con el envejecimiento destacan la disminución del agua corporal total, la disminución de la masa muscular asociado a un aumento de la proporción del tejido adiposo conlleva a un mayor volumen de distribución y una eliminación más lenta de los fármacos antipsicóticos, a su vez, la disminución de la síntesis de las proteínas hepáticas aumentan la circulación de fármacos libres en el torrente sanguíneo (4).

La mayor permeabilidad de la barrera hematoencefálica puede generar una mayor concentración de antipsicóticos en el sistema nervioso central, por lo cual los adultos mayores tienen un mayor riesgo de presentar síntomas extrapiramidales y discinesia



tardía. También presentan un mayor riesgo de caídas y de presentar síntomas autonómicos, incluyendo síntomas anticolinérgicos y sedación (4).

El uso de antipsicóticos en adultos mayores ha sido un tema de discusión frecuente; la FDA ha advertido sobre su uso en este grupo etario resaltando un aumento en la mortalidad en adultos mayores con diagnóstico de demencia tratados con antipsicóticos (4,13). Estudios previos han expuesto un aumento en el riesgo de eventos cerebrovasculares, efectos secundarios metabólicos y neumonía con la prescripción de antipsicóticos en adultos mayores en comparación con cohortes de la misma edad que no reciben estos medicamentos (5).

En general el manejo con los antipsicóticos en los adultos mayores se debe iniciar a una dosis baja y titular gradualmente (5). Se recomienda que la dosis inicial de antipsicóticos en los adultos mayores sea aproximadamente el 25 % de la dosis inicial en los adultos jóvenes, con una dosis de mantenimiento que corresponda al 25 - 50 % de la dosis que normalmente se le administra a los adultos jóvenes (con respaldo de estudios principalmente en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia) (2). Las dosis más altas de antipsicóticos se han asociado a un mayor riesgo de muerte y el uso de la menor dosis efectiva es importante para minimizar los efectos adversos (5).

Las modalidades de tratamiento no farmacológico e intervenciones psicosociales tienen el potencial de mejorar muchos aspectos de la vida diaria entre los adultos mayores con síntomas psicóticos con estudios que respaldan su eficacia, por lo que su implementación en cualquier plan de tratamiento es probable que produzca beneficios si se utilizan en situaciones apropiadas basadas en las necesidades individuales (5). Acá se incluyen el entrenamiento en habilidades cognitivas, entrenamiento en habilidades de adaptación funcional, rehabilitación social, empleo apoyado y rehabilitación laboral (5).

La Terapia Electroconvulsiva con Anestesia y Relajación (TECAR), también se puede considerar en el manejo de los trastornos psiquiátricos, especialmente en



aquellos resistentes, sin embargo, los estudios son limitados en los pacientes ancianos con psicosis (8). La mejor evidencia para el tratamiento con TECAR es su utilización en pacientes que presentan agresión y catatonía (9).

Siempre debe realizarse un adecuado análisis de los riesgos frente a los beneficios de iniciar medicamentos psicotrópicos, incluyendo un examen físico completo y la evaluación de las comorbilidades médicas antes de iniciar el tratamiento (5).

Tabla 1. Uso de antipsicóticos en adultos mayores

Antipsicóticos en los adultos mayores		
Fármaco	Dosis	Efectos adversos
Antipsicóticos de primera generación (Típicos)		
Haloperidol (VO)	Dosis inicial: 0,5-1 mg/ día (dosis fraccionada) Dosis máxima: 10-20 mg/ día (dosis fraccionada)	- Efectos extrapiramidales ^a - Hiperprolactinemia - Efectos anticolinérgicos ^b - Efectos anti histaminérgicos - Efectos antiadrenérgicos
Trifluoperazina (VO)	Dosis inicial: 2,5- 5 mg/ día Dosis máxima: 2-4 mg/ día	- Prolongación del QTc - Síndrome neuroléptico maligno
Antipsicóticos de segunda generación (Atípicos)		
Risperidona (VO)	Dosis inicial: 0,25-0,5 mg/ día Dosis máxima: 2-4 mg/ día	- Efectos metabólicos adversos ^e (Mayor riesgo de aumento de peso con olanzapina y clozapina)
Olanzapina (VO)	Dosis inicial: 2,5- 5 mg/ día (dosis fraccionada) Dosis máxima: 20 mg/ día	- Efectos extrapiramidales
Quetiapina (VO)	Dosis inicial: 25-50 mg/ día Dosis máxima: 300-400 mg/ día	- Reacciones idiosincráticas (agranulocitosis, miocarditis con la clozapina)
Aripiprazol (VO)	Dosis inicial: 5-10 mg/ día Dosis máxima: 30 mg/ día	- Efectos anticolinérgicos
Clozapina (VO)	Dosis inicial: Derivación a psiquiatría Dosis máxima: Derivación a psiquiatría	- Efectos anti histaminérgicos - Efectos antiadrenérgicos - Prolongación del QTc - Síndrome neuroléptico maligno
Antipsicóticos IM	Buena opción en casos de agitación psicomotora, en donde los pacientes se rehúsan a recibir medicación VO o no la toleran	
Antipsicóticos de depósito	Buena opción para manejo a largo plazo en pacientes que tienen mala adherencia farmacológica	



^a Los efectos adversos extrapiramidales (de tempranos a tardíos) incluyen: Disonía aguda (crisis oculogiras), acatisia, pseudoparkinsonismo y discinesia tardía

^b Los efectos anticolinérgicos incluyen visión borrosa, boca seca, retención urinaria y estreñimiento

^c Los efectos anti histaminérgicos incluyen sedación y aumento de peso

^d Los efectos antiadrenérgicos incluyen hipotensión ortostática (principalmente la quetiapina, risperidona y clozapina)

Los efectos metabólicos incluyen hipertensión, hiperlipidemia, diabetes y aumento de peso

VO: Vía oral

IM: Intramuscular

*Adaptación de: Ng IKS, Chua JW, Lui YS, Tan LF, Teo DBS. Approach to acute psychosis in older adults. Singapore Med J. 2023 Jun;64(6):391-396. doi: 10.4103/singapore med j.SM J-2022-150.

2. Mensajes indispensables

- La presentación clínica de adultos mayores con síntomas psicóticos implica un amplio rango de manifestaciones clínicas e implica una limitación funcional a nivel físico, psicológico y social; además de un aumento de la mortalidad en esta población.
- Las causas de síntomas psicóticos en los adultos mayores son diversas y se pueden clasificar en etiologías psicóticas secundarias o psicóticas primarias, y es mayor el riesgo de psicosis secundaria en este grupo poblacional.
- La valoración inicial de un adulto mayor con síntomas psicóticos incluye una historia clínica detallada, una revisión sistémica para identificar características de condiciones médicas no psiquiátricas, el examen físico completo, la obtención de una historia corroborativa de los familiares, una revisión exhaustiva de la medicación y una valoración del riesgo de auto/heteroagresión.
- Se deben incluir en la valoración de los adultos mayores con síntomas psicóticos las pruebas de laboratorio, los estudios de neuroimagen y la revisión de los medicamentos actuales, incluidos los de venta libre.
- Los principios de manejo incluyen abordar los factores médicos no psiquiátricos potencialmente reversibles, controlar los síntomas psicóticos con métodos farmacológicos y no farmacológicos, y desarrollar un enfoque de tratamiento holístico



y multidisciplinario adaptado al perfil clínico, entorno social y objetivos generales de cuidado del paciente.

- Las recomendaciones sobre el tratamiento farmacológico enfatizan la necesidad de una monitorización regular de los eventos adversos, considerando en primer lugar una dosis baja y un periodo de tratamiento corto en los adultos mayores (4,8).

3. Viñeta clínica (desenlace)

Tras un mes acuden a control con resultados de exámenes paraclínicos con glucemia, hemograma, función hepática, función renal, función tiroidea, ionograma niveles de vitamina B12 en rangos de normalidad. La neuroimagen reportó leucoaraiosis en la sustancia blanca subcortical y periventricular, así como infartos lacunares en los ganglios basales (núcleo caudado y putámen); atrofia cortical moderada en los lóbulos temporales y parietales, con disminución del volumen del hipocampo. Además, dilatación moderada de los ventrículos laterales y expansión de los espacios subaracnoideos. Sin identificación de **lesiones ocupantes de espacio ni signos de lesiones agudas**. El reporte de las pruebas neuropsicológicas concluyó un **déficit significativo en memoria reciente**, con **dificultades en funciones ejecutivas** como planificación y toma de decisiones. Además de alteraciones leves en **la atención** junto con **dificultades visoespaciales y de orientación**.

Dado el cuadro clínico con predominio de alteraciones neurocognitivas crónicas y progresivas, en contexto de hallazgos radiológicos compatibles con trastorno neurodegenerativo con exclusión de lesiones agudas y perfil neuropsicológico con compromiso de predominio en memoria reciente y funciones ejecutivas; y descartando causas secundarias de deterioro neurocognitivo, se consideró como diagnóstico principal un trastorno neurocognitivo mayor, dados los datos clínicos y paraclínicos, de probable etiología mixta (Alzheimer y vascular) y se conceptuó que los síntomas psicóticos son secundarios al mismo.



Se inició manejo con rivastigmina además de intervenciones no farmacológicas (dirigidas a la paciente y sus cuidadores), con buena respuesta clínica, mejoría de síntomas psicóticos que motivaron la consulta inicial. Continuó en seguimiento conjunto por neurología y psiquiatría.

4. Bibliografía

1. Bürgy M. The concept of psychosis: historical and phenomenological aspects. *Schizophr Bull.* 2008 Nov;34(6):1200-10. doi: 10.1093/schbul/sbm136. Epub 2008 Jan 3. PMID: 18174608; PMCID: PMC2632489.
2. Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep.* 2015;17(2):1. doi: 10.1007/s11920-014-0542-0.
3. Suen YN, Wong SMY, Hui CLM, Chan SKW, Lee EHM, Chang WC, Chen EYH. Late-onset psychosis and very-late-onset-schizophrenia-like-psychosis: an updated systematic review. *Int Rev Psychiatry.* 2019 Aug-Sep;31(5-6):523-542. doi: 10.1080/09540261.2019.1670624. Epub 2019 Oct 10. PMID: 31599177.
4. Devanand DP, Jeste DV, Stroup TS, Goldberg TE. Overview of late-onset psychoses. *Int Psychogeriatr.* 2024 Jan;36(1):28-42. doi: 10.1017/S1041610223000157. Epub 2023 Mar 3. PMID: 36866576.
5. Tampi RR, Young J, Hoq R, Resnick K, Tampi DJ. Psychotic disorders in late life: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol.* 2019 Oct 16;9:2045125319882798. doi: 10.1177/2045125319882798. PMID: 31662846; PMCID: PMC6796200.
6. Gautam S, Jain A, Gautam M, Gautam A. Clinical practice guideline for management of psychoses in elderly. *Indian J Psychiatry.* 2018 Feb;60(Suppl 3). doi: 10.4103/0019-5545.224475. PMID: 29535470; PMCID: PMC5840910.
7. Abdullina EG, Savina MA, Rupchev GE, Sheshenin VS, Pochueva VV. Cognitive functions in late-onset psychosis. *S.S. Korsakov J Neurol Psychiatry.* 2022;122(6):63-70. (In Russ.) <https://doi.org/10.17116/jnevro202212206163>.



8. Kim K, Jeon HJ, Myung W, Suh SW, Seong SJ, Hwang JY, Ryu JI, Park SC. Clinical approaches to late-onset psychosis. *J Pers Med*. 2022 Mar 2;12(3):381. doi: 10.3390/jpm12030381. PMID: 35330384; PMCID: PMC8950304.
9. González-Rodríguez A, Seeman MV, Izquierdo E, Natividad M, Guàrdia A, Román E, Monreal JA. Delusional disorder in old age: A hypothesis-driven review of recent work focusing on epidemiology, clinical aspects, and outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 28;19(13):7911. doi: 10.3390/ijerph19137911. PMID: 35805570; PMCID: PMC9265728.
10. Webster R, Holroyd S. Prevalence of psychotic symptoms in delirium. *J Clin Psychiatry*. 2000.
11. Paik JJ, et al. Psychosis in delirium: A study of its impact on mortality and treatment. *J Clin Psychiatry*. 2018.
12. Ng IKS, Chua JW, Lui YS, Tan LF, Teo DB. Approach to acute psychosis in older adults. *Singapore Med J*. 2023;64:391-7.
13. Klöppel S, Savaskan E, Annoni J, et al. Empfehlungen für die Diagnostik und Therapie psychotischer Erkrankungen im Alter. *Praxis*. 2021;110:816-25. doi: 10.1024/1661-8157/a003748.
14. Fischer CE, Namasivayam A, Crawford-Holland L, Hakobyan N, Schweizer TA, Munoz DG, Pollock BG. Psychotic disorders in the elderly: Diagnosis, epidemiology, and treatment. *Psychiatr Clin North Am*. 2022 Dec;45(4):691-705. doi: 10.1016/j.psc.2022.07.001. Epub 2022 Oct 14. PMID: 36396273