

## Diagnóstico diferencial de psicosis de inicio a los 64 años con síntomas tipo esquizofrenia

**Sonia Villero Luque<sup>1</sup>, Ángela Vivero Poveda<sup>1</sup>  
Manuel González-Molinier<sup>1</sup>, Enrique García-Bernardo<sup>1</sup>**

### Resumen

La psicosis que comienza después de los 60 años de edad ha suscitado, desde los inicios de la psiquiatría, diversas controversias diagnósticas. Uno de los objetos de mayor discusión ha sido la validez de la aplicación del diagnóstico de esquizofrenia en esta franja de edad. Actualmente existen consensos científicos sobre diagnóstico, nomenclatura y tratamiento de la esquizofrenia de inicio tardío y en la psicosis de inicio muy tardío tipo esquizofrenia. Aquí presentamos el caso de una mujer que a los 64 años presentó por primera vez ideas delirantes y alucinaciones. Luego de realizarle el diagnóstico diferencial con delirium y otros trastornos somáticos, así como demencia y trastorno delirante, fue diagnosticada con psicosis de tipo esquizofrenia de inicio muy tardío. Se discute la validez y la historia del concepto de esquizofrenia de inicio tardío, sus principales diagnósticos diferenciales y sus características clínicas.

**Palabras clave:** psicosis, esquizofrenia, trastorno depresivo mayor.

**Title: Differential Diagnosis of Psychosis Starting at the Age of 64 with Schizophrenia-Like Symptoms**

### Abstract

Psychosis that starts after the age of 60 years has incited diagnostic controversies since the beginning of psychiatry. One of the major discussion subjects has been the validity of the application of the diagnosis of schizophrenia to that age range. Nowadays, there is an international consensus on the diagnosis, nomenclature and treatment of late and very-late-onset schizophrenia. The authors present the case of a woman who started to suffer delusions and hallucinations at the age of 64. After a differential diagnosis of delirium and other somatic conditions, as well as dementia, delusional and affective disorders, she was diagnosed with late-onset paranoid-type schizophrenia. The validity and the history of the concept of late-onset schizophrenia, as well as its differential diagnosis and clinical features are discussed.

**Key words:** Psychotic disorders; schizophrenia; depressive disorder, major.

---

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica del Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

## **Introducción**

Debido al progresivo envejecimiento de la población, la psicosis de inicio tardío ha despertado nuevamente los debates en la psiquiatría. Debido a esto se publicó un consenso de expertos en que se intentaba clarificar la nomenclatura de la psicosis de inicio tardío y muy tardío de tipo esquizofrenia (1). El consenso también buscó aclarar la confusión con términos como la parafrenia tardía. A continuación se presenta un caso de psicosis de inicio tardío en una paciente de 64 años de edad que ejemplifica esta controversia, y el cual, tras realizarse un diagnóstico diferencial, se diagnostica como psicosis de inicio tardío tipo esquizofrenia.

## **Caso clínico**

La señora O., mujer caucásica de 64 años, ingresa a la unidad de hospitalización de psiquiatría para estudio de episodio psicótico. Los familiares de la paciente referían que esta se había mostrado progresivamente más desconfiada durante los últimos dos meses, y verbalizaba que había un complot contra ella por parte de diversas autoridades que “controlaban sus actos” e intentaban “manipular” su cuerpo. Los días previos al ingreso redujo la ingesta debido al temor a estar siendo envenenada. La consulta a urgencias se produjo tras un episodio de heteroagresividad verbal

y física hacia los familiares, a los que acusaba de estar involucrados en la trama.

### *Antecedentes personales médicos*

Temblor esencial cervical en seguimiento por servicio de neurología desde hacía 20 años, sin tratamiento farmacológico. No tomaba ningún tratamiento farmacológico ni refería hábitos tóxicos. No había antecedentes personales psiquiátricos y contrastado con su familia, ni se había observado un deterioro en las habilidades cognitivas o funcionales de la paciente previamente al ingreso.

### *Historia personal y situación basal actual*

Madre de dos hijos independizados. Convivía al ingreso con su pareja desde hacía más de 20 años. Ama de casa. Buen ajuste socio-familiar premórbido. Su familia la describía como una persona trabajadora, confiada y sociable antes de que comenzaran los síntomas.

### *Evaluación psiquiátrica durante el ingreso*

Se realizó un *screening* médico y se solicitaron hormonas tiroideas, perfil hepático y renal, vitamina B12 y folato, proteína C reactiva, hemograma y coagulación, serologías de virus de hepatitis C, virus de inmunodeficiencia humano y

sífilis, y analítica de orina. Todos los resultados estaban en rango de normalidad. El examen de tóxicos resultó negativo.

Se realizó una tomografía computarizada al ingreso, en la que no se hallaron alteraciones significativas para la edad de la paciente. Se solicitó valoración por neurología, que confirmó el diagnóstico de temblor esencial y descartó otras alteraciones neurológicas; también, una valoración psicológica para descartar alteraciones cognitivas, con resultado: “Minimamente psicométricamente normal. Las funciones de memoria, concentración y atención son normales, y no se observan apraxias, afasias ni alteraciones de la funcionalidad cotidiana, excepto las directamente relacionadas con la sintomatología delirante”.

### **Historia de la enfermedad actual**

Los primeros 3 días tras el ingreso la paciente se mostraba desconfiada con el personal médico, a cuyos miembros acusaba de ser actores contratados por “altas instancias gubernamentales” para “hacerla pasar por una enferma y quitarla de en medio”.

Aunque siempre la atendió el mismo facultativo, la paciente refería que se trataba de distintas personas, y que “le hacían creer que era el mismo para confundirla”; llegaba también a afirmar que “todo aquello era un montaje”. A diario entregaba a enfermería recortes de un cuader-

no, de los cuales afirmaba: “Están escritos con mi letra, pero es evidente que no los he hecho yo; me los dejan para confundirme”. Evitaba, por otra parte, hablar de los síntomas que la habían conducido al ingreso, y, en cambio, centraba su discurso en sus dudas relacionadas con la verdadera identidad del personal. Pensaba que parte de los enfermos podían ser actores, y otra parte, como ella, personas polémicas políticamente y apartadas de la sociedad.

Durante las entrevistas la paciente insiste en que les digamos “a los de arriba” que no escribe en realidad sobre política: “No puedo dormir porque continuamente me metéis mensajes en la cabeza, ideas y palabras que no son mías; yo intento luchar contra ellas, pero me agotan”. Esta desconfianza va cediendo parcialmente en los siguientes días, y hasta puede verbalizar la historia de su enfermedad actual.

Al parecer, desde su juventud escribe por afición poemas y relatos, algunos de los cuales han sido publicados en revistas o premiados. Desde hacía unos 3 o 4 meses había empezado a notar que algunos de dichos escritos desaparecían de su despacho y aparecían días más tarde con correcciones y frases que ella no reconocía como propias, y que podían contener algún tipo de mensaje político o religioso con el objeto de ponerla en una situación comprometida. Decía también haber visto obras suyas publicadas sin su consentimiento en páginas de Inter-

net, razón por la cual decide inscribir sus escritos en la sociedad de autores, y de esta forma impedir que fueran modificados. También dice haber recibido a través del ordenador mensajes de contenido erótico que le mandan para incomodarla.

Como recientemente habían estado instalando un cableado en su casa, deduce que los obreros se han hecho con una llave maestra para tener acceso a sus pertenencias, a sus libros y a la obras de su autoría. Cree que han instalado en su residencia cables de fibra óptica, mediante los que ejercen algún tipo de control sobre ella y su familia. Llegó a desahacerse de su móvil, pues pensaba que través de él también podían estar intentando controlar su mente y la de sus familiares, con base en lo que percibe como un comportamiento extraño en ellos; notaba, incluso, cambios en la apariencia física de estos, como el “color de ojos”. Piensa también que le impiden ver “cosas en televisión que podían referirse a ella”. Llegó a denunciar esta situación a varios cuerpos de seguridad, pero sospechaba que todos ellos estaban implicados en el complot.

Antes del ingreso llevaba varias semanas durmiendo mal, “Por el esfuerzo que hacía para poder sacar de mi mente ciertas ideas e imágenes pornográficas que me meten en la cabeza para controlarme y hacerme ver y pensar cosas que van contra mi moralidad”. También ha notado que “se le para el pensamiento” o incluso que le hacen “experimentar orgas-

mos” para incomodarla. Durante el último año ha ido presentando un aislamiento social gradual, con abandono de gran parte de sus actividades y con una actitud progresivamente más retraída y desconfiada, con preocupación creciente en torno a los temas previamente descritos.

### **Exploración psicopatológica**

En planta la paciente estaba consciente y orientada en tiempo, espacio y persona, si bien durante el ingreso presenta una percepción delirante del paso del tiempo: “Creo que me estáis engañando y llevo más de una semana aquí encerrada en el hospital”. Los primeros días se muestra desconfiada y querulante con el personal sanitario. No se observan alteraciones en atención, memoria o psicomotricidad, salvo el temblor esencial. Discurso coherente y estructurado, con ritmo normal y tono elevado. Fenómenos de bloqueo del pensamiento. No hay alteraciones en pensamiento abstracto. Ideas delirantes de perjuicio e ideas delirantes de pasividad, con fenómenos de imposición de pensamientos y sensaciones corporales, de temática extraña. Percepciones delirantes de perjuicio y autorreferencialidad. No hay ideas pasivas de muerte, ni auto o heterolíticas. Alucinaciones cenestésicas, y, posiblemente, visuales. Angustia, irritabilidad. Reactividad emocional conservada. Insomnio global de 3 días de evolución. Disminución voluntaria de la ingesta

en relación con creencias delirantes. Nula conciencia de enfermedad. Capacidad ejecutiva conservada (2).

### **Evolución clínica durante el ingreso y posterior al alta**

Al ingreso se instaaura tratamiento psicofarmacológico con quetiapina a dosis de 25 mg/día, que se aumenta progresivamente hasta 100 mg/día; ante la mala tolerancia, por hipotensión, se cambia al haloperidol hasta 6 mg al día. Debido a la aparición de síntomas extrapiramidales se añade biperideno al tratamiento.

Progresivamente la paciente se empezó a mostrar más colaboradora y confiada, y hasta realizó una crítica completa de las ideas delirantes más bizarras, y una parcial de algunas ideas de perjuicio, con menor repercusión afectiva y conductual. Dada la mejoría de la paciente y la posibilidad de supervisión que ofrece la familia, se procede al alta hospitalaria al cabo de 3 semanas de ingreso, para continuar de forma ambulatoria con el tratamiento, que la paciente abandonó de forma temprana.

### **Discusión**

En este caso, dada la edad de la paciente, la ausencia de antecedentes psiquiátricos previos y la desorientación temporal al ingreso, se hace en primer lugar el diagnóstico diferencial con patologías somáticas que cursan con psicosis, y tras rea-

lizar *screening* médico completo se plantea el diferencial entre distintos trastornos psiquiátricos, según los sistemas de diagnóstico al uso (3). Según estos, la paciente cumpliría criterios diagnósticos para esquizofrenia tipo paranoide, dada la presencia de delirios y alucinaciones de más de un mes de duración y la existencia de un deterioro social y de las relaciones interpersonales, así como clínica prodrómica de aproximadamente un año de evolución.

La existencia de ideas delirantes bizarras y las alucinaciones harían menos probable el diagnóstico de trastorno delirante. La esquizofrenia de inicio tardío ha sido ampliamente discutida en la psiquiatría: las primeras descripciones de esta entidad datan de los años cuarenta, por parte de Bleuler (4).

En la DSM-III se creó una categoría separada para los pacientes que desarrollaban esquizofrenia más allá de los 44 años (5), la cual desapareció en las clasificaciones actuales (6). La reticencia que aún persiste entre los clínicos a diagnosticar esquizofrenia tardía puede ser resultado tanto de la baja prevalencia de la enfermedad, estimada en el 0,6% entre los 45 y los 64 años (7), como de la inconsistencia en los sistemas diagnósticos y de nomenclatura (1), y de la consideración de patologías médicas en el diagnóstico (8). En este sentido, aunque abandonado en las clasificaciones actuales, el término “parafrenia tardía” fue ampliamente recogido en la psiquiatría

européa y ligado a la psicosis de inicio tardío.

En una revisión llevada a cabo durante los años ochenta (9) se diferencia esquizofrenia de paranoia y de parafrenia, según la edad de inicio, la personalidad premórbida y las características de los síntomas psicóticos; también se identifican como más característicos de la esquizofrenia los delirios bizarros y los fenómenos de primer rango de Schneider (10), bastante raros en la parafrenia y en la paranoia.

Recientemente un consenso de expertos ha acordado reservar la terminología de esquizofrenia de inicio tardío para los pacientes mayores de 40 años, y la de psicosis de inicio muy tardío de tipo esquizofrenia para los mayores de 60 años (1). La esquizofrenia de inicio temprano y la de inicio tardío son fenotípicamente distintas (11). En la de inicio tardío hay una sobrerrepresentación femenina (12), menos síntomas negativos y menos alteraciones formales del pensamiento. En cambio, serían más típicas de ésta las alucinaciones visuales, táctiles y olfatorias, los delirios organizados y un mejor pronóstico (13), debido al buen funcionamiento premórbido y a la tardía edad de comienzo (14).

No está claro que las formas tardías y tempranas de la enfermedad puedan diferenciarse en sus bases neurobiológicas (15) y en los hallazgos de neuroimagen (16); empero, hay datos sugerentes de que la forma tardía se asocia a un declive

en las habilidades cognoscitivas (17). Estos pacientes necesitan dosis más bajas de antipsicóticos, por ser más sensibles a los síntomas extrapiramidales (18). Tras revisar las características de la psicosis tardía tipo esquizofrenia pensamos que esta puede ser una buena aproximación diagnóstica a la situación clínica de nuestra paciente.

### Referencias

1. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):172-8.
2. Othmer E, Othmer S. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Masson; 2003.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4ª Ed. TR. Washington: APA.
4. Bleuler M. Die spatschizophrenen Krankheitsbilder. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*. 1943;15: 259-90.
5. Convert H, Védie C, Paulin P. Late-onset schizophrenia or chronic delusion. *L'Encephale*. 2006;32(6 Pt 1):957-61.
6. Howard R, Castle D, Wessely S, Murray R. A comparative study of 470 cases of early-onset and late-onset schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 1993;163:352-7.
7. Keith SJ, Matthews SM. The diagnosis of schizophrenia: a review of onset and duration issues. *Schizophr Bull*. 1991;17(1):51-67.
8. Cervantes AN, Rabins PV, Slavney PR. Onset of schizophrenia at age 100. *Psychosomatics*. 2006;47(4):356-9.
9. Harris MJ, Jeste DV. Late-onset schizophrenia: an overview. *Schizophr Bull*. 1988;14(1):39-55.
10. Schneider K. *Patopsicología Clínica*. Madrid: Paz Montalvo; 1975.

11. Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia) psychopathology and nosology. *Br J Psychiatry*. 1995;166(2):205-14.
12. Howard R, Almeida O, Levy R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol Med*. 1994;24(2):397-410.
13. Pearlson GD, Kreger L, Rabins PV, Chase GA, Cohen B, Wirth JB, et al. A chart review study of late-onset and early-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1989;146(12):1568-74.
14. Hafner H, Hambrecht M, Löffler W, Munk-Jørgensen P, Riecher-Rössler A. Is schizophrenia a disorder of all ages? A comparison of first episodes and early course across the life-cycle. *Psychol Med*. 1998;28(2):351-65.
15. Kerssens CJ, Pijnenburg YA, Schouws S, Eikelenboom P, van Tilburg W. Late-onset schizophrenia: is it a dementia nonpraecox? Review article with advice on differential diagnosis. *Tijdschr Psychiatr*. 2006;48(9):717-27.
16. Corey-Bloom J, Jernigan T, Archibald S, Harris MJ, Jeste DV. Quantitative magnetic resonance imaging of the brain in late-life schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1995;152(3):447-9.
17. Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS, Morris RG, Sahakian BJ. Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychol Med*. 1995;25(4):685-98.
18. Jeste DV, Lacro JP, Gilbert PL, Kline J, Kline N. Treatment of late-life schizophrenia with neuroleptics. *Schizophr Bull*. 1993;19(4):817-30.

*Conflictos de interés: los autores no reportan conflictos de interés en este artículo.*

*Recibido para evaluación: 20 de septiembre del 2009*

*Aceptado para publicación: 5 de mayo del 2010*

*Correspondencia*

*Sonia Villero Luque*

*Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica*

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

*Avenida Ciudad de Barcelona Nº 39, 8ªA, C.P. 28007*

*Madrid, España*

*soniavillero@hotmail.com*