

Síntomas paranoides en pacientes ancianos

Muzumel A. Chaudhary, MD; Kiran Rabheru, MD, CCFP, FRCP, ABPN

Resumen: La aparición de síntomas paranoides de inicio reciente es común entre las personas ancianas. Éstas pueden mostrar un cambio agudo de estatus mental ocasionado por enfermedades médicas, corresponder con síntomas de conducta y psicológicos de demencia o equipararse a un trastorno mental psicótico afectivo o primario subyacente. Las consecuencias de los síntomas paranoides son considerables y afectan de forma similar a pacientes, familiares y cuidadores. La identificación cuidadosa, el diagnóstico y el tratamiento de los síntomas paranoides en la etapa tardía de la vida suponen un desafío único ya que la morbilidad y mortalidad son inherentes tanto al estado de la enfermedad como a las estrategias de tratamiento disponibles.

Introducción

Los síntomas paranoides entre los ancianos son de considerable importancia ya que están relacionados no sólo con la angustia personal si no también con la carga de trabajo de los cuidadores. En las personas mayores, las ideas persecutorias y la experiencia de vivir en un entorno social hostil conducen a un incremento del estrés, la prudencia, la ansiedad y la agitación. Las conductas resistentes y perjudiciales resultantes perturban frecuentemente a la familia y los amigos y deja a los cuidadores asustados, ansiosos y exhaustos debido a la mayor demanda de cuidado que requiere la persona anciana paranoica.⁽¹⁾

Desafíos diagnósticos

Los trastornos psicológicos en los ancianos presentan a menudo muchos desafíos a la hora de diferenciar los signos y síntomas, los orígenes y los cambios funcionales de presentación en relación con los adultos. Los individuos con paranoia de inicio tardío tienen a menudo síntomas complejos que no dominan la vida mental de los individuos y están frecuentemente ocultos. A menudo puede ser difícil, incluso con entrevistas semiestructuradas, descubrir psicopatología importante.⁽²⁾ Por ejemplo, estudios de individuos cognitivamente alterados reportan que la información procedente de

los cuidadores proporciona tasas hasta cuatro veces más altas de psicopatología que los resultado de los exámenes clínicos solos.⁽³⁾

Dado que los ancianos pueden ser reticentes a reportar síntomas paranoides o pueden carecer de introspección hacia sus experiencias debido a sus alteraciones cognitivas, es necesario recoger información de una tercera parte fiable. Se debe prestar especial atención en recoger información en relación con el inicio de los síntomas y cualquier precipitante asociado (por ejemplo, cambios en la medicación, preocupaciones por la salud física o nuevos estresantes vitales). Adicionalmente, deben determinarse la presentación del síntoma, la progresión, las manifestaciones de conducta y cualquier disminución funcional resultante.

Definiciones

Los síntomas paranoides pueden presentarse como ideas delirantes persecutorias, ideas paranoides o incluso incremento de la suspicacia y pueden ser signos no específicos que pueden estar presentes en diversas condiciones de la edad avanzada. Las ideas delirantes de ser robado están entre los ejemplos más comunes de síntomas paranoides que el clínico tiene probabilidad de encontrar.

Una idea delirante es una idea fija falsa o una creencia que no encaja con el pasado cultural, educacional o social de la persona. Se mantiene con una extraordinaria convicción y certeza subjetiva, a menudo a pesar de las evidencias en contra.⁽⁴⁾ Las ideas delirantes pueden tener muchas formas, variando en su contenido desde la persecución, erotomanía, delirio de grandeza, somática y delirio de celos. Las más comunes son las ideas delirantes persecutorias; el individuo cree que está siendo robado, espiado, seguido, envenenado, acosado, impedido a conseguir un objetivo o tratado injustamente.⁽⁵⁾

Las ideas paranoides difieren de una idea delirante en la menor intensidad de la convicción de la persona, manteniéndose las ideas con menos firmeza. Las creencias no son ideas delirantes ni obsesivas por naturaleza, pero sin embargo continúan preocupando hasta el punto que causan perturbación del funcionamiento o sufrimiento a la persona o a otras.⁽⁴⁾ El individuo reacciona con una leve sospecha y/o paranoia a muchos de los temas listados anteriormente, por ejemplo, sentimientos de ser injustamente tratado, acosado, robado etc. Sin embargo, la reacción es más suave y mejor tolerada por aquellos que experimentan ideación paranoide versus idea delirante y tienen mejor control de su conducta, siendo capaces de vivir con una mínima alteración del bienestar psicológico o funcional suyo o de otras personas.

Prevalencia y factores de riesgo

Los síntomas paranoides son frecuentes en muestras de la comunidad de ancianos. Un estudio

encontró que entre la población de ancianos con deterioro cognitivo los síntomas paranoides están presentes en un 12,1% de los mayores de edad.⁽⁶⁾ Mientras la disfunción cognitiva ha sido identificada como un claro factor de riesgo para los síntomas paranoides,⁽⁶⁻⁸⁾ incluso en ausencia de deterioro cognitivo, las tasas de prevalencia entre los ancianos han demostrado ser tan altas como un 14,1% para la sospecha, un 6,9% para la ideación paranoide y un 5,5% para las ideas delirantes.⁽²⁾

También están bien documentadas las diferencias raciales en la ideación paranoide, con una prevalencia significativamente mayor en los negros que en los blancos.⁽⁹⁻¹¹⁾ Un estudio reportó que cerca de una cuarta parte de los ancianos negros estudiados expresaron ideación paranoide o síntomas psicóticos en contraposición a apenas una décima parte de los ancianos blancos.⁽⁹⁾

Se cree que las enfermedades médicas, dificultades de visión y oído, el aislamiento social y el propio proceso de envejecimiento, ponen al anciano en un mayor riesgo de pensamientos persecutorios. Otros factores de riesgo incluyen síntomas depresivos, dificultades en las actividades del funcionamiento diario, la presencia de eventos vitales negativos, problemas económicos, el género, el estatus de inmigrante y un nivel de educación bajo.^(3,6,9,12) Existe también una clara relación entre la exposición a un trauma con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y síntomas paranoides⁽¹³⁾ La vulnerabilidad de estos individuos para el desarrollo de ideas delirantes e ideación paranoide puede llegar a ser más marcada cuando se complica debido al deterioro cognitivo.⁽¹⁴⁾

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de Paranoia

Trastorno psicótico breve	Trastorno psicótico debido a una condición general
Delirio	Trastorno esquizofrénico
Trastorno delirante	Esquizofrenia
Demencia de tipo Alzheimer	Trastorno esquizoafectivo
Trastorno del ánimo con características psicóticas	Trastorno psicótico inducido por drogas con ideas delirantes
Trastorno paranoide de la personalidad	Demencia vascular con ideas delirante

Origen: Adaptación tomada de *American Psychiatric Association*, 2000.⁽¹⁵⁾

Etiología

La paranoia puede representar un cambio agudo en el estatus mental secundario a causas médicas o ser parte de un síntoma complejo mayor de un trastorno afectivo, demencia o un trastorno psicótico primario. En un corte transversal, la presencia de ideas delirantes, ideación paranoide o sospecha sola no diferencia entre síntomas psicóticos indicativos de un trastorno psiquiátrico y aquellos que responden a la presencia de enfermedad psíquica o deterioro cognitivo. (Tabla 1).

Causas médicas

Una historia médica detallada y la exploración física siguen siendo componentes vitales para el estudio de individuos de la tercera edad con paranoia. Se debería prestar especial atención a la revisión de preocupaciones físicas recientes así como a las medicinas usadas, tanto prescritas como sin rece-

ta (OTC), ya que muchas enfermedades físicas (Tabla 2) y medicamentos (Tabla 3) tienen el potencial de provocar síntomas psicóticos.

Pasados los 40 años, aumenta la probabilidad de un inicio reciente de síntomas paranoides que sea secundario a causas médicas y debe descartarse en primer lugar el diagnóstico de trastorno psicótico causado por una condición médica general, la psicosis inducida por fármacos y el delirio. El delirio se caracteriza por alteraciones de la consciencia, de la orientación, de la memoria, del pensamiento (por ejemplo, ideas delirantes de persecución), de la percepción, del estado de humor, y de la conducta, de inicio agudo y de curso fluctuante.⁽¹⁵⁾ Las principales causas de delirio incluyen las enfermedades del sistema nervioso central, las enfermedades sistémicas y tanto la intoxicación como la retirada de fármacos o tóxicos. Los fármacos más frecuentemente implicados son los anticolinérgicos, los hipnóticos sedantes y los narcóticos.⁽⁵⁾

Tabla 2. Condiciones médicas generales asociadas a Psicosis

Lesiones ocupantes de espacio del sistema nervioso central

- Absceso cerebral
- Neoplasias
- Hematoma subdural

Condiciones neurológicas

- Lesión o afectación del nervio auditivo o visual
- Enfermedad cerebrovascular (hemorragia, isquemia, encefalopatía hipertensiva)
- Enfermedad de Huntington
- Migraña
- Esclerosis múltiple
- Hidrocefalia normotensiva
- Enfermedad de Parkinson
- Trastornos epilépticos
- Enfermedad de Wilson

Infecciones

- Encefalitis
- Virus de la Inmunodeficiencia Humana
- Meningitis (bacteriana, fúngica, tuberculosa)
- Endocarditis bacteriana subaguda
- Sífilis

Condiciones endocrinas y metabólicas

- Enfermedad suprarrenal (*Addison y Cushing*)
- Desequilibrio de líquido o electrolitos
- Híper e hipotiroidismo
- Híper e hipoparatiroidismo
- Hipoxia (anemia, bajo gasto cardíaco, insuficiencia pulmonar, intoxicación por monóxido de carbono)

Hipercarbia

- Hipo e hiperglucemia
- Insuficiencia hipofisaria
- Porfiria
- Enfermedad renal

Deficiencias nutricionales

- Vitamina B₁₂
- Folato
- Niacina
- Tiamina

Trastorno autoinmune

- Lupus eritematoso sistémico

Trastorno inflamatorio

- Arteritis temporal

Origen: Adaptado de *Sadock y Sadock*, 2003.⁵

Tabla 3. Fármacos que pueden provocar Síndromes Paranoides

Anestésicos	Fármacos antiparkinsonianos
Analgésicos	Quimioterápicos
Antibióticos	Inhibidores de la colinesterasa
Anticolinérgicos	Cimetidina
Anticonvulsiantes	Corticosteroides
Antidepresivos	Digoxina
Antihistamínicos	Fármacos gastrointestinales
Antihipertensivos y fármacos cardiovasculares	AINEs

Origen: Adaptado de *Sadock y Sadock*, 2003.⁵

Pruebas médicas

La anamnesis y la exploración física deberían guiar el posterior trabajo de laboratorio e incluir un recuento hemático completo, electrolitos séricos, glucemia, calcio y magnesio, hormona estimulante del tiroides, folato sérico y niveles de B₁₂ y funciones renal y hepática. También debe considerarse el cribaje para la sífilis y el test del SIDA ya que pueden mimetizar numerosos trastornos neuropsiquiátricos, incluyendo la paranoia.

Deben medirse los niveles plasmáticos de cualquier fármaco que requiere monitorización periódica de sus niveles plasmáticos para descartar su toxicidad. Adicionalmente, si hay alguna sospecha de abuso de fármacos debe solicitarse los niveles séricos de fármacos OTC de uso frecuente como acetaminofeno y salicilatos, los niveles plasmáticos de alcohol y completar un cribaje toxicológico de orina.

Si hay sospecha de proceso infeccioso, pueden realizarse un análisis de orina, una radiografía de tórax, cultivos de sangre o una punción lumbar. Un electrocardiograma basal es beneficioso incluso en ausencia de historia cardiovascular significativa o de síntomas. La neuroimagen con tomografía computarizada o un escáner cerebral por resonancia magnética es particularmente relevante si hay deterioro cognitivo o signos neurológicos focales. El electroencefalograma es más útil en caso de sospecha de trastorno convulsivo.

A menudo, el deterioro sensorial puede clasificarse incorrectamente como paranoia o sospecha. Por tanto, también es prudente considerar la realización de pruebas auditivas y visuales como parte de un estudio completo.

Cuando la búsqueda de las causas médicas subyacentes ha sido extensa se deben considerar otras enfermedades mentales.

Síntomas paranoides asociados con trastornos afectivos

La depresión es un hallazgo común en la población anciana con tasas de depresión menor y mayor encontradas en un 13% de los ciudadanos, un 24% de los pacientes ambulatorios, un 30% de los pacientes agudos y un 43% en los individuos en cuidados crónicos.⁽¹⁶⁾ En uno de los estudios de la prevalencia de ideación paranoide y síntomas psicóticos en individuos sin demencia, un 13% de personas con síntomas psicóticos y/o ideación paranoide fueron diagnosticados de un trastorno depresivo mayor.⁽⁹⁾ Las ideas delirantes se asocian comúnmente con depresión en la enfermedad de Alzheimer (EA).⁽¹⁷⁾ Las revisiones de la historia de los pacientes en busca de cambios marcados del estado de ánimo y de síntomas recientes de alteraciones del estado de ánimo pueden ayudar a identificar un trastorno del estado de ánimo con características psicóticas. Para la valoración de la depresión en la tercera edad se usa como una herramienta de cribaje preliminar la Escala Abreviada

para Depresión en Geriátrica que consiste en 15 preguntas. En clínica, cualquier puntuación > 5 requiere más valoración e intervención.

En la tercera edad el diagnóstico diferencial para trastornos psicóticos de inicio reciente, persistentes, no secundarios a un trastorno del estado de humor o a una condición médica distinta al deterioro cognitivo, debe incluir demencia (por ejemplo, demencia del tipo Alzheimer), trastorno delirante y una psicosis tipo esquizofrenia de inicio muy tardío.

Las demencias

Los síntomas paranoides generales son comunes en muchos trastornos psiquiátricos y como tal son inespecíficos. Sin embargo, la descripción detallada, la naturaleza específica y la calidad del (los) tema(s) paranoide(s) pueden ser indicativos de un grupo específico de trastornos tales como depresión, manía, demencia, esquizofrenia o trastorno delirante.

Los síntomas paranoides en la etapa tardía de la vida pueden aparecer secundarios a la EA o a otras demencias. Aproximadamente, entre el 40% y el 60% de personas con EA manifiestan síntomas psicóticos, típicamente en las etapas medias de la enfermedad.⁽¹⁸⁻

²⁰⁾ Los síntomas manifestados más comúnmente son delirios, que tienden a ser paranoides, concretos, simples y no estafalarios.⁽²¹⁾ Los temas de delirio vistos con frecuencia incluyen persecución, infidelidad, abandono y falsa identidad. Los individuos pueden estar convencido de ser víctimas de robos, de tener una esposa infiel o creer que otros están conspirando para ingresarles en un centro de cuidados crónicos. Algunos llegan a estar convencidos de que un impostor se está haciendo pasar por un miembro de la familia o de que su casa no es su hogar.⁽¹⁷⁾

El diagnóstico de demencia requiere un deterioro documentado de la función cognitiva que incluye pérdida de memoria y por lo menos una de afasia, apraxia, agnosia o alteración de la función motora. Los déficit cognitivos se asocian con alteración en la

función ocupacional o social y representa un deterioro del nivel de funcionamiento más alto previo.⁽¹⁵⁾

Se realiza una evaluación cognitiva con el Mini Examen del Estado Mental Estandarizado (MMSE) de Folstein. La escala tiene un máximo de 30 puntos, significando las puntuaciones < 24 alteración cognitiva. El funcionamiento del día a día se determina documentando actividades de la vida diaria (AVD) y actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En presencia de déficit cognitivo con alteración funcional, puede estar justificada la realización de pruebas neuropsicológicas y de neuroimagen para determinar mejor la etiología y el pronóstico consecuente.

Trastornos psiquiátricos primarios

La característica esencial de un trastorno delirante es un delirio no estafalario sin alucinaciones auditivas o visuales destacables. Los síntomas deben estar presentes al menos durante un mes. Cuando los síntomas surgen en una etapa tardía de la vida, las características básicas de la personalidad están típicamente intactas y el desempeño intelectual y el funcionamiento fuera de la esfera delirante están conservadas.⁽¹⁵⁾

Un controvertido diagnóstico a considerar es el de la esquizofrenia tipo (esquizofrenia-like) psicosis de inicio en una etapa muy tardía de la vida. Se han empleado diversos términos tales como esquizofrenia de inicio tardío, parafrenia y parafrenia tardía para describir los estados persecutorios crónicos que empiezan después de los 60 años y que no son secundarios a un trastorno afectivo o a una anomalía estructural cerebral focal o progresiva.^(19,22) Sus características fundamentales incluyen su patrón de desarrollo a lo largo de varios años y la ausencia de demencia. Según un reciente consenso internacional, existe una sobre representación de mujeres entre los casos de inicio muy tardío, y la presencia de alteraciones sensoriales y aislamiento social contribuyen a la enfermedad.⁽²²⁾ Aunque presenta síntomas que se solapan ampliamente con los de la adolescencia tardía o los de la esquizofrenia de aparición en la etapa inicial de adulto, la esquizofrenia tipo psico-

sis de inicio en una etapa muy tardía de la vida tiene una menor prevalencia de trastorno del pensamiento formal y de apatía y una mayor prevalencia de alucinaciones visuales.⁽²²⁾ Una mayor evidencia apoyando este diagnóstico incluye el incremento de las tasas de esquizofrenia tipo psicosis de inicio en una etapa muy tardía de la vida en pacientes con una historia familiar de esquizofrenia y factores de riesgo comunes a los vistos en la esquizofrenia con inicio en la segunda o tercera década de la vida.^(19,23)

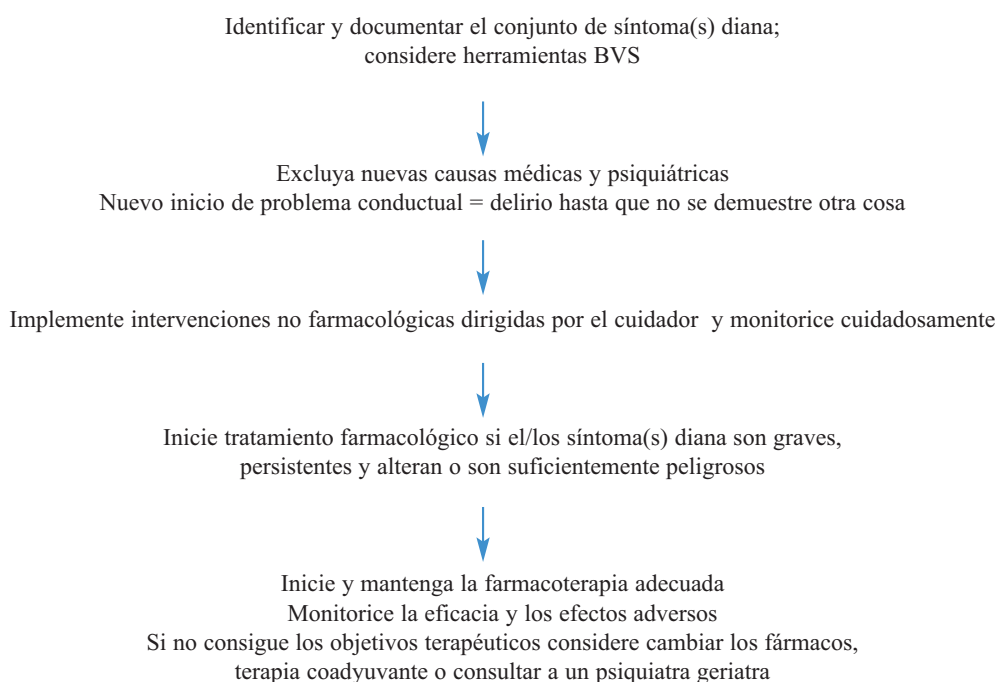
Complicaciones

Los síntomas paranoides en ancianos sin deterioro cognitivo se han relacionado con desarrollo de demencia, una mortalidad más alta, limitación de la capacidad funcional, depresión y pobre salud física.^(2,6,9-12) Las ideas suicidas y los intentos de suicidio se dan en unas tasas significativamente más altas entre los individuos con psicosis que entre la población general.⁽²⁴⁾ Aproximadamente entre un 60% y un 80% de personas con síntomas psicóticos crónicos mani-

fiestan ideas suicidas, entre un 20% y un 40% activamente intento de suicidios y entre un 10% y un 15% cometen suicidio con éxito.⁽²⁴⁾ El factor más predictor de riesgo de suicidio es la severidad de los síntomas psiquiátricos experimentados por el individuo antes del acto de suicidio. La presencia de ideas delirantes y alucinaciones y, más importante, los síntomas depresivos, confieren un riesgo de suicidio muy elevado.⁽²⁴⁾ Por tanto, las personas mayores que experimentan síntomas paranoides y, más concretamente, aquellos que experimentan paranoia en el contexto de un trastorno del estado de ánimo subyacente tienen un riesgo significativamente mayor de autolesionarse. Estas personas requieren una intervención rápida y un seguimiento intenso para velar por su seguridad.

En el caso de la demencia, las personas con EA con ideas delirantes tienen un ritmo más rápido de declive funcional y cognitivo y un curso de deterioro más rápido que las personas con EA sin ideas delirantes.^(17,20) Además, los síntomas psicóticos se asocian con la presencia y el posterior desarrollo de conductas agresivas

Fig.1. Procedimiento para el manejo de la Psicosis en la etapa tardía de la vida



BVS = Herramientas de signos vitales de conducta
Adaptado de Mintzer JE y al. *J Clin Psychiatry* 1996; 5:55-63

que tienen el potencial de producir daño en el individuo, a los que viven con él y a los cuidadores.⁽²⁰⁾ Adicionalmente, la presencia de agitación y agresión entre personas con EA con paranoia es un predictor de estrés del cuidador y, consecuentemente, de ingreso prematuro en un centro.^(17,20)

Tratamiento y pronóstico

Etiología médica

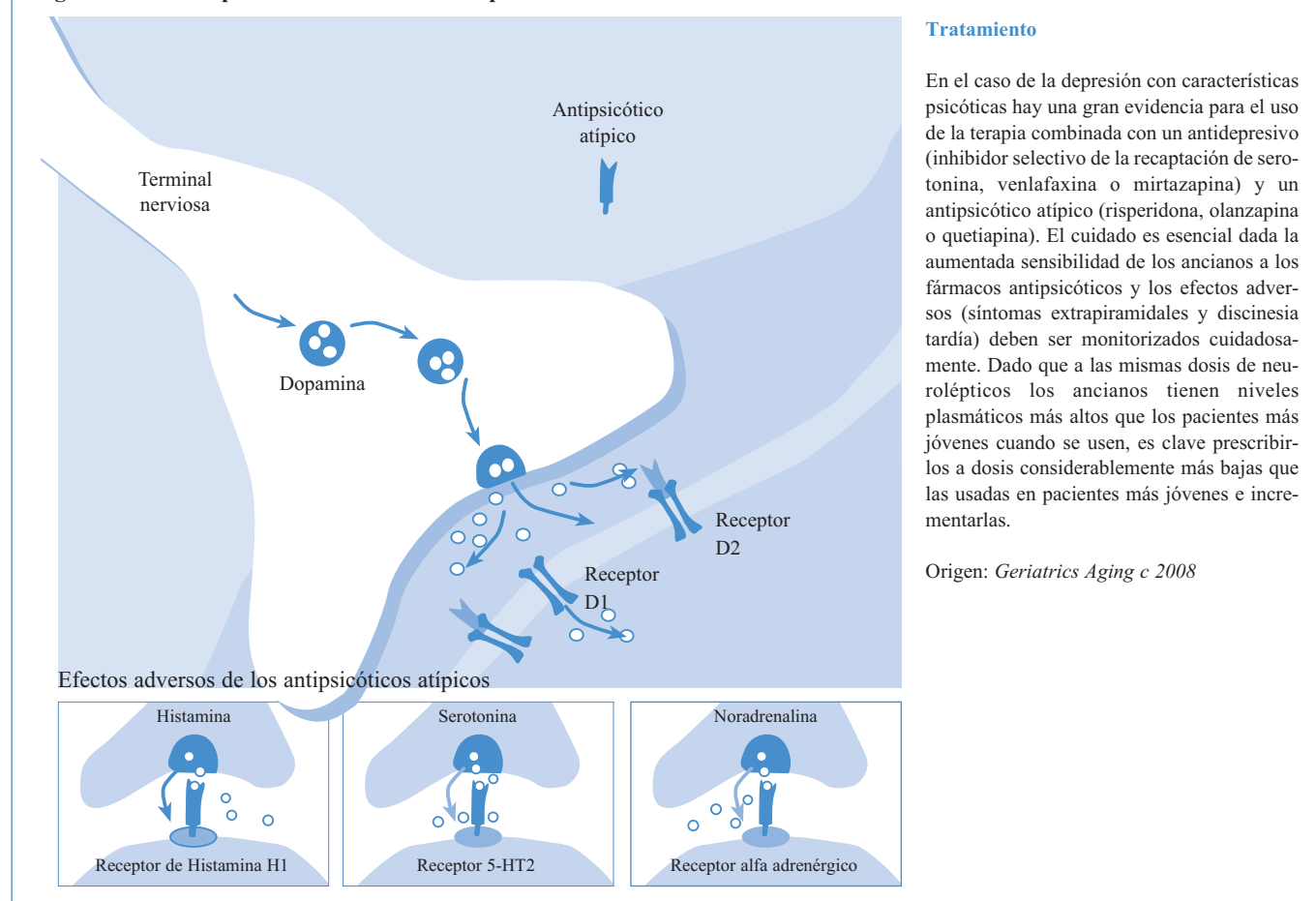
Algunas condiciones, tales como el delirio, los trastornos psicóticos debidos al estado médico general y las psicosis inducidas por drogas, que causan síntomas psicóticos en etapas tardías de la vida son agudas y tienden a resolverse cuando se trata la patología subyacente. En la Figura 1 se recoge un procedimiento para el manejo de la psicosis en pacientes

ancianos.

Depresión con características psicóticas

En el caso de la depresión con características psicóticas hay casuística para el uso de la terapia combinada con un antidepresivo (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina, venlafaxina o mirtazapina) y un antipsicótico atípico (risperidona, olanzapina o quetiapina). Es esencial la atención, pues dada la mayor sensibilidad de los ancianos a los fármacos antipsicóticos y los efectos adversos (síntomas extrapiramidales y discinesia tardía) deben ser monitorizados cuidadosamente. Dado que a las mismas dosis de neurolépticos los ancianos tienen niveles plasmáticos más altos que los pacientes más jóvenes,⁽⁵⁾ cuando se usen es clave prescribirlos a dosis considerablemente más bajas que las usadas en pacientes más jóvenes e incrementarlas lentamente hasta que sean eficaces. (Figura 2).

Fig.2. Paranoia: depresión con características psicóticas



La depresión psicótica (idea delirante) en ancianos no siempre responde a la farmacoterapia y a menudo en esta cohorte hay problemas de pobre tolerancia al fármaco. Por tanto, se puede considerar la electroterapia convulsiva como una modalidad de tratamiento alternativo para personas mayores deprimidas con características psicóticas, particularmente cuando se asocia con idea de suicidio o enfermedad psíquica.⁽²⁵⁾ Se considera a la terapia electroconvulsiva igualmente efectiva, si no más, en el tratamiento de la depresión cuando hay características delirantes.⁽²⁵⁾

Alzheimer y demencias relacionadas

Para individuos cognitivamente deteriorados con paranoia, el manejo farmacológico se inicia secundariamente al trastorno de conducta. Hay una creciente evidencia de que la terapia para la mejora cognitiva (inhibidores de la colinesterasa y memantina) produce algunos efectos beneficiosos sobre la cognición y los síntomas de sospecha e ideas delirantes en casos de EA leve o moderada con síntomas leves de conducta y psicológicos de demencia.⁽²⁶⁾ Sin embargo, faltan evidencias que demuestren una eficacia convincente de estos fármacos en presencia de deterioro cognitivo más severo con presencia de mayores síntomas paranoides y conductas disruptivas.

Cuando una demencia severa con síntomas de conducta y psicológicos (DSCP) causa preocupación en relación con la seguridad del individuo y la seguridad de otras personas del entorno inmediato, debe considerarse el uso de tratamiento antipsicótico atípico.⁽²⁶⁾ Hay una evidencia creciente sobre la eficacia de los antipsicóticos atípicos en el tratamiento de la DSCP. Sin embargo, la cuestión más controvertida continúa siendo la seguridad del tratamiento. Entre los años 2002 y 2005 el Servicio de Salud Canadiense emitió tres avisos independientes acerca de la asociación entre el uso de antipsicóticos atípicos y el incremento de la morbilidad (efectos adversos cardiovasculares) y la mortalidad entre las personas con demencia.⁽²⁶⁾ Los riesgos relativos y los beneficios del tratamiento deben considerarse caso por caso, y los

pacientes o los que tomen las decisiones en su lugar deben estar completamente informados antes de empezar el tratamiento. Recordamos que, la eficacia y los efectos adversos deben monitorizarse cuidadosamente y considerar la disminución gradual y la retirada tras un periodo de conducta estable a menos que su utilidad esté claramente demostrada en ese individuo.

Trastornos psicóticos primarios

La reducción de los síntomas en los trastornos psicóticos crónicos en la etapa tardía de la vida, tales como la esquizofrenia tipo psicosis de inicio muy tardío es evidente con el uso de tratamiento neuroléptico a largo plazo. Sin embargo, los neurolépticos no han demostrado producir una mejoría igual al nivel premórbido de ajuste social y tienen efectos limitados sobre el desarrollo de la percepción. A pesar del uso de la medicación existente el curso tiende, a menudo, a la cronicidad y el pronóstico es desfavorable.⁽¹⁹⁾

Tabla 4. Qué hacer ante una conducta psicótica /alterada

La estrategia SMART

Seguridad: trasladar al paciente a un entorno seguro.

Médico: para tratar las causas reversibles; reducir la medicación

(Assess) Valorar la capacidad: decisiones de cuidado personal, económicos, de conducción; proteger las pertenencias valiosas.

(Rest) Descanso, nutrición, hidratación, dolor al caminar, visión, oído, estreñimiento.

(Trial) Pruebas de medicación: inhibidor de la colinesterasa / antipsicóticos / antidepresivos /estabilizadores del humor.

Origen: *Geriatrics Aginc c 2008*

Conclusión

Más allá del diagnóstico, la importancia y la eficacia de los procedimientos no farmacológicos no deben despreciarse. La psicoeducación es inestimable para las familias y los cuidadores que experimentan

un gran número de sentimientos conflictivos, en respuesta a la pesada carga de la enfermedad. Si es secundario a una falta de interés o a la resistencia a buscar tratamiento, algunos de los niveles de aceptabilidad de estos síntomas, o a la falta de acceso a los recursos del tratamiento adecuado, a pesar de la alta prevalencia de los delirios persecutorios y las ideas paranoides clínicamente significativos de la etapa tardía de la vida, sólo una minoría de los individuos afectados y sus familias se comprometen con la asistencia a un servicio de salud mental.^(7,9) La tranquilidad para el paciente y la educación para las familias son incalculables para promover una mayor asistencia a los servicios de salud y una reducción de la morbilidad y la mortalidad de la enfermedad.

Donde sea posible, un plan completo de tratamiento debe implicar una estrategia multimodal para tratar aspectos de acceso a la terapia individual o de grupo para mejorar las habilidades de afrontación, las estrategias de modificación del entorno y la conducta, una asistencia al hogar y financiera adecuada, un apoyo social y recursos de la comunidad para proporcionar apoyo a las familias y a los cuidadores y compensar el déficit de los pacientes en AVD y AIVD.

La Bibliografía y las tablas de los artículos las pueden pedir a:
avellanedaguri@gmail.com.

Con la colaboración de:



CMBB & Asociados

CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.

Londres, 27, Est. A 2^a
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26
Fax 93 419 32 96