
Rafael Patrocinio Alarcón Velandia

Psicosis de inicio tardío y su relación con las demencias

- Psicosis de aparición tardía
- Demencias y psicosis
- Trastorno esquizoafectivo y psicosis con humor depresivo
- Aspectos terapéuticos
- Conclusiones

EN LOS ÚLTIMOS AÑOS se ha incrementado el interés por el estudio de los estados psicóticos de inicio tardío (en mayores de 65 años) y su relación con el deterioro cognoscitivo y los procesos demenciales ya instalados. Las dificultades en la organización de un cuadro clínico específico de psicosis tardía que responda a un estado nosológico, con características clínicas propias y a una etiología clara, que le de cuerpo como una entidad, ha generado confusión entre los diversos investigadores clínicos y epidemiológicos.

Al considerar la psicosis en etapas tardías de la vida es preciso determinar las diferentes formas en que se pueden presentar, puesto que cada una origina repercusiones clínicas y terapéuticas diferentes. Los síntomas de psicosis en el anciano pueden corresponder a : episodios psicóticos de aparición tardía, sin antecedentes previos, con alteraciones de funciones cognoscitivas; episodios psicóticos de cuadros esquizofrénicos de inicio temprano en la vida, en donde ya se ha instalado un deterioro cognoscitivo; episodios psicóticos asociados a depresiones con sintomatología pseudo demencial; episodios psicóticos asociados al trastorno afectivo bipolar de inicio temprano en la vida, con alteraciones cognoscitivas; síntomas psicóticos asociados al consumo de sustancias psicotóxicas o a medicamento o a episodios psicóticos relacionados con procesos demenciales.

PSICOSIS DE APARICION TARDIA

La psicosis de aparición tardía (*very late-onset schizophrenia like psychosis*) engloba tres términos:

- *Parafrenia tardía*: delirios bien organizados de tipo paranoide con o sin alucinaciones, con una personalidad y respuesta afectiva bien organizada. Generalmente empieza después de los 55 años, con eco o robo del pensamiento, sin ninguna otra psicopatología o patología orgánica, o uso de sustancias. Es más frecuente en mujeres, es más común en ancianos con déficit sensorial, de tipo auditivo o visual.
- *Esquizofrenia tardía*: se caracteriza por la presencia de delirios, con alucinaciones y con desorganización de la personalidad, alteración afectiva y conductas bizarras. Hay un menor grado o ausencia de deterioro cognoscitivo, con una edad de inicio entre los 45 y 60

años. No hay antecedentes de trastornos psicóticos, afectivos o demenciales.

- *Esquizofrenia de inicio muy tardío en el anciano*: son cuadros clínicos de tipo psicótico en ancianos-ancianos (mayores de 60 años) que presentan sintomatología delirante poco estructurada, con alucinaciones, con ausencia de deterioro cognoscitivo generalizado y progresivo, sin compromiso afectivo significativo.

Existen otros estados psicóticos no esquizofrénicos de aparición en edades avanzadas, como: el trastorno delirante de ideas persistentes, la paranoia, el trastorno delirante de perjuicio, los delirios hipocondríacos de enfermedad y los delirios erotomaníacos.

Prevalencia

Algunos autores mencionan que los estados psicóticos en ancianos tienen una prevalencia del 4% en la comunidad general, 17,2% en la consulta externa y alcanza un 21% en residencias de ancianos. Sin embargo, el uso de metodologías diversas y la ausencia de definiciones conceptuales de psicosis tardías hace imposible presentar un cuadro epidemiológico más claro del fenómeno.

Los diferentes estudios mencionan como factores de riesgo de presentación de psicosis en edades avanzadas al sexo femenino, ser soltero, escasa descendencia, aislamiento social, personalidad premórbida paranoide y esquizoide, déficit sensorial (especialmente auditivo), problemas neuropsicológicos relacionados con el lóbulo frontal y temporal, comorbilidad somática, empleo de polifarmacia, consumo de tóxicos o psicotónicos y estrés psicosocial

Cuadro clínico

Diversos autores han intentado caracterizar un cuadro clínico de las psicosis de inicio tardío en donde predominan los delirios, las alucinaciones, interpretaciones paranoides (errores de percepción) y otros síntomas Scheneiderianos. En ancianos con psicosis tardías el cuadro clínico puede estar conformado por:

- Fenómenos delirantes, especialmente paranoides de tipo persecutorio o de referencia. Pueden presentar un tipo especial de delirios denominados de tabique, los cuales se caracterizan por la creencia de que detrás de las paredes de su habitación operan personas con el propósito de hacerles daño o conspirar contra sus intereses e interferir contra su vida.
- Fenómeno del eco del pensamiento: manifiestan que sus pensamientos son leídos o robados.
- Presencia de alucinaciones especialmente auditivas, con contenidos de referencia, persecutorios o eróticos. También pueden presentar alucinaciones visuales, táctiles y olfativas.
- Ausencia de trastornos cognoscitivos generalizados y progresivos.
- Los trastornos afectivos no son significativos, de tal modo que se sospeche de cuadros de trastorno esquizoafectivo; pero estos ancianos psicóticos pueden presentar cuadros depresivos moderados, sin que lleguen a constituirse en una depresión mayor de tipo psicótico.
- Edad de inicio por encima de 60 años.
- Comorbilidad frecuente con personalidad premórbida esquizoide o paranoide.
- Alteraciones del comportamiento se presentan más en el período de estado de la crisis psicótica, pero en general hay menos desorganización y conductas bizarras que en aquellos con cuadros crónicos de esquizofrenia.
- Falta de *insight* o introspección.
- Signos neurológicos blandos como reflejo glabellar, temblor, movimientos anormales, discinesia tardía, hipoacusia, rigidez.

Aspectos neuropsicológicos

Los ancianos con psicosis de aparición tardía presentan deterioro cognoscitivo leve, mayor que los ancianos normales, pero no alcanzan la intensidad de los cuadros demenciales. En el lóbulo frontal y en menor proporción en el temporal y estructuras límbicas se han encontrado

disfunciones en pacientes con esquizofrenia tardía. Además, presentan incapacidad para incorporar información nueva, pero no en recordarla. El déficit motivacional y problemas de atención son frecuentes. Presentan dificultades en las funciones ejecutivas, por lo cual se puede evidenciar problemas en la planeación de actividades, iniciar o llevar a cabo conductas secuenciales.

Estudios con neuroimágenes

En los estudios de neuroimágenes no han encontrado mayores diferencias entre los pacientes con esquizofrenia de inicio precoz y los enfermos con inicio tardío de los síntomas. Los hallazgos son muy generales, tanto para ancianos normales como en aquellos con procesos psicóticos crónicos, ni hay sitios específicos de lesiones cerebrales.

En los estudios con resonancia magnética se ha observado: atrofia cortical difusa, presencia en la sustancia blanca de un exceso de hiperintensidades a nivel periventricular (se encuentran también en el 50% de los ancianos sanos) y aumento del cociente ventrículo-cerebro.

En el SPECT cerebral se ha observado mayor reducción del flujo cerebral en comparación con controles normales, patrones de hipoperfusión en los lóbulos frontal y temporal, y en ocasiones en ganglios basales.

Hallazgos neuropatológicos

Escasos reportes de neuropatología indican que se puede presentar lesiones vasculares en menor proporción que para ancianos con trastornos afectivos, pero sin llegar a constituirse en factor etiológico o de riesgo para generar el proceso esquizofrénico. También se ha reportado lesiones típicas de Enfermedad de Alzheimer, pero no mayor de lo comunicado para ancianos normales.

DEMENCIAS Y PSICOSIS

La aparición de síntomas psicóticos en los procesos demenciales se constituye en otro de los factores de malestar y tensión para sus familiares, cuidadores y personal asistencial, especialmente por los cambios comportamentales inherentes y las dificultades en el manejo. Diversos estudios sugieren que aproximadamente un 33% de los pacientes con de-

mencia presentan síntomas psicóticos, originando comportamientos bizarros y estados de agitación psicomotora y agresión.

Los síntomas psicóticos pueden presentarse en cualquier estadio de la demencia y su instalación puede ser progresiva ocasionando un aumento de la disfunción del paciente y dificultades en su manejo.

La sintomatología se caracteriza por la presencia de:

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

ELLIS y YOUNG describieron tres tipos de errores de percepción: 1. *El síndrome de Capgras* que se caracteriza por la no identificación adecuada de una persona allegada, familiar o cuidador, y cree que ha sido reemplazada por otra y que es un impostor. 2. *El síndrome de Fregoli* caracterizado porque el paciente piensa que la gente está vestida como otros por su

influencia y 3. *La intermetamorfosis* en el cual cree que la apariencia física de una persona es cambiada por la apariencia de otra.

JESTE y FINKEL han propuesto como criterios de diagnóstico de psicosis en estados demenciales:

- Que todos los criterios de demencia tipo Alzheimer o vascular estén presentes.
- La presencia de delirios y alucinaciones.
- Los síntomas psicóticos son secundarios a la aparición del estado demencial.
- Los síntomas psicóticos tienen una evolución mayor a un mes y causan gran disfunción.
- Que el cuadro clínico no reúna criterios para el diagnóstico de esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y trastorno del afecto.
- Que las alteraciones de comportamiento y los síntomas psicóticos no se deban al curso de un delirium.
- Que la sintomatología psicótica no sea ocasionada por otras condiciones médicas patológicas o por efectos fisiológicos de sustancias.

Teorías neurobioquímicas

La disminución de la dopamina central, especialmente a nivel de córtex prefrontal dorsolateral podría ser la causante de los síntomas negativos y del estadio previo a la instalación de la sintomatología psicótica. Una actividad compensatoria dopaminérgica posterior originaría los síntomas positivos.

La disminución de la serotonina y la actividad de los receptores serotoninérgicos en varias áreas del cortex, especialmente en el hipotálamo, hipocampo y médula oblongada se ha asociado con la producción de la sintomatología psicótica. El aumento de la actividad de la serotonina en otras áreas cerebrales como núcleo acumbens, putamen y ganglios basales es objeto de estudio en la etiología de la psicosis.

TABLA 1**Cuadro comparativo de los síntomas psicóticos observados en la Enfermedad de Alzheimer y la esquizofrenia. Jeste D.V. and Finkel S.I (2000)**

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

Las deficiencias colinérgicas en áreas frontotemporales se relacionan con deterioro cognoscitivo y la aparición de los delirios en pacientes con demencia.

Los altos niveles de noradrenalina en la corteza cerebral se han relacionado con la aparición de alucinaciones y delirios en algunos pacientes con demencia.

Se ha estudiado la acción de otros neurotransmisores y neuro-moduladores en la etiopatogenia de los cuadros psicóticos, como histamina, glutamato, Gaba, creatinin-fosfoquinasa, sustancia P, colecistoquinina sin que hasta el momento podamos tener claridad de su relación en estas dos patologías.

Teorías del neurodesarrollo

Se ha incrementado el interés por las observaciones de los procesos neurodegenerativos manifestados en etapas tardías de la vida, atribuidos a

problemas del neurodesarrollo. Se menciona la intervención de factores genéticos y mutaciones, especialmente en los genes 3p24, 6p21, 9q43, 19, 22q12, los cuales intervienen en diferentes procesos de los neurotransmisores, neuromoduladores y la formación de placas neuríticas amiloideas.

Hallazgos neuropatológicos

En un 15-25% de los procesos demenciales se ha encontrado los llamados cuerpos de Lewy que afectan diversas áreas del córtex cerebral, núcleos subcorticales, sistema límbico y neocórtex, que parecen estar relacionados con la precipitación de la proteína beta-amiloide. Se han relacionado también con la aparición de los trastornos cognoscitivos, las alucinaciones y las alteraciones de la conducta motora.

Teorías socioambientales

La aparición de los síntomas psicóticos en las demencias se asocia con la modificación del entorno del paciente, especialmente a la poca o baja estimulación neurosensorial, disminución de estímulos, aislamiento social, procesos maladaptativos a situaciones de tensión y estrés, miedos y cuadros de ansiedad debidos a diversas formas de agresión y maltrato.

TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO Y PSICOSIS CON HUMOR DEPRESIVO

Los ancianos que cumplen con los criterios de diagnósticos del DSM-IV para el trastorno esquizoafectivo, son personas cuya sintomatología se inició en etapas más tempranas de la vida con episodios de depresión mayor, manía, o mixtos, con síntomas psicóticos durante períodos variables. Es raro el inicio del trastorno esquizoafectivo en etapas tardías de la vida, y cuando ocurre el cuadro clínico es similar al observado en los trastornos mentales orgánicos.

El diagnóstico diferencial se basa en la presencia simultánea de síntomas depresivos o maníacos, con rasgos psicóticos como los delirios y las alucinaciones, deterioro global de su funcionamiento, curso clínico y edad de comienzo del trastorno.

Los ancianos con trastornos mentales de tipo psicótico pueden presentar humor depresivo en algún momento del curso de la enfermedad. Las

situaciones que debemos diferenciar están relacionadas con el tipo de trastorno psicótico: esquizofrenias de inicio precoz o tardío, trastornos delirantes de ideas persistentes que aparecen en edades avanzadas o depresiones psicóticas. La presencia de sintomatología psicótica de por sí, se constituye de entrada en factor de referencia para el diagnóstico diferencial, además de la edad de inicio y el curso clínico de la enfermedad, el deterioro cognoscitivo, la intensidad de los síntomas y signos depresivos, la mala adaptación al entorno, los problemas en sus relaciones interpersonales, laborales y sociales. Generalmente los ancianos con trastornos psicóticos con humor depresivo de inicio tardío se encuentran menos desestructurados en sus pensamientos y comportamientos, los síntomas depresivos son más activos, en contraposición de aquellos con procesos psicóticos crónicos, especialmente esquizofrenia, en donde se evidencia un deterioro más marcado de sus funciones cognoscitivas, en su pensamiento y una respuesta afectiva más pobre, casi aplanada, desinteresada ante estímulos del medio externo o con dificultades en la expresión de sus emociones.

En ancianos con delirios de aparición tardía, es el delirio el síntoma predominante y el trastorno depresivo es secundario y depende del grado de conciencia que el enfermo posea sobre su padecimiento y el malestar emocional que le produzca.

ASPECTOS TERAPEUTICOS

Las conductas terapéuticas las podemos enfocar en dos áreas:

Conductas terapéuticas no farmacológicas

Comprende estrategias de educación y orientación a familiares y cuidadores para disminuir los factores de riesgo socio ambientales y las terapias de apoyo familiar.

En las fases iniciales de la demencia y con una sintomatología psicótica leve o moderada pueden ser útiles las terapias cognoscitivas comportamentales

Es necesario programar la terapia ocupacional orientada a la confrontación del sentido de realidad y sus síntomas psicóticos, a la descarga de su impulsividad y reorientación de sus comportamientos bizarros.

Conductas terapéuticas farmacológicas

El uso de psicofármacos está indicado cuando el estado psicótico y los comportamientos derivados de él, interfieren con el bienestar y cuidado del paciente y el manejo por parte del cuidador. La utilización adecuada de antipsicóticos permitirá el control rápido de los síntomas y las dificultades comportamentales del anciano con demencia y psicosis, ocasionando menos efectos indeseables, un restablecimiento rápido de la funcionalidad y menor carga para el cuidador.

El uso de antipsicóticos en pacientes dementes con psicosis se orienta a brindar una acción terapéutica eficaz con las menores dosis en el menor tiempo posible, controlando los efectos adversos indeseables (anticolinérgicos, extrapiramidalismo, acatisia, sedación, cardiovasculares, hematológicos).

Los antipsicóticos típicos producen mayores efectos secundarios en estos pacientes, razón por la cual deben prescribirse a dosis bajas. El haloperidol en dosis de 0,5-5 mg /día podría ser útil en aquellos estados psicóticos con gran alteración de la conducta y sintomatología positiva exuberante. Es preciso monitorear su administración y estar pendiente de la aparición de signos de impregnación neuroléptica o síntomas extrapiramidales para disminuir la dosis o retirarlo inmediatamente.

Los antipsicóticos atípicos tienen una buena acción terapéutica, mejor respuesta de los síntomas negativos, son más seguros para su uso en ancianos y ocasionan menores efectos indeseables.

Las dosis promedio diarias son:

Clozapina	12.5-50 mg.
Risperidona	0.5- 2 mg.
Olanzapina	5-10 mg.
Quetiapina	25-100 mg
Aripiprazole	7,5-15 mg

CONCLUSIONES

Es preciso realizar un consenso entre los diferentes grupos de investigadores sobre la necesidad de obtener una definición más precisa y válida de la esquizofrenia de inicio tardío, y a partir de ella diseñar metodologías de estudios con instrumentos apropiados, que tengan en cuenta las dife-

rentes variables individuales, la personalidad premórbida, los factores culturales y la sintomatología clínica específica.

Además, se debe procurar establecer parámetros a nivel de la neuropsicología y las neuroimágenes que distingan los cuadros de episodios psicóticos de inicio tardío de aquellos con una psicopatología de inicio temprano que se cronifican.

El no existir hasta el momento una clasificación exacta y confiable de los trastornos psicóticos propios de la vejez, repercute en la confusión de la denominación de “casos de inicio tardío” en las diferentes investigaciones. El tiempo de evolución de la enfermedad, los indicadores de deterioro cognoscitivo y la sintomatología clínica propia deben ser los puntos de partida para el estudio de los procesos psicóticos, especialmente la esquizofrenia, de inicio tardío. Estas estrategias permitirán el diagnóstico diferencial con procesos demenciales con episodios psicóticos y con otras psicopatologías asociadas al envejecimiento y beneficiaría el establecimiento de terapéuticas más lógicas que permitan recuperar la función mental y la rápida integración del paciente anciano a su medio familiar y social.

LECTURAS SELECCIONADAS

ALARCÓN R.

Alteraciones Psiquiátricas en la Demencias, en Arango LJC, Fernández GS y Ardila A, Las Demencias: Aspectos Clínicos, Neuropsicológicos y Tratamiento, Ed. Manual Moderno, México, México, 2003

ALMEIDA OP, HOWARD R, LEVY R, DAVID AS.

Psychotic states arising in late life (late paraphrenia). The role of risk factors. *Br J Psychiatry*, 1995; 166: 215-228

AMORES GF.

Funciones Cognitivas Superiores, Taller Master de Psicogeriatría, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, Febrero, 2004

CASTLE D, MURRAY RM.

The epidemiology of late onset schizophrenia. *Schizophr Bull*, 1993; 19: 691-700

CHRISTENSON R, BLAZER DG.

Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community. *Am J Psychiatry*, 1984; 141: 1088-1091

CUMMINGS JL.

A Special Report Postgraduate Medicine: Neurobiología y Manifestaciones Clínicas de la Enfermedad de Alzheimer. A Publication of the McGraw-Hill Companies INC Fascículo 2, 2000.

CUMMINGS JL.

Assessment of Neuropsychiatric Disorders: Alzheimer's disease, Translating Clinical Trials into Clinical Care. 152 APA Meeting, Washington DC, 1999.

ELLIS H, YOUNG A.

Accounting for delusional misidentifications. *Br J Psychiatry*, 1990; 157: 239-248

EVANS JD, NEGRON AE, PALMER BW, PAULSEN JS, HEATON RK, JESTE DV.

Cognitive deficits and psychopathology in hospitalized versus community-dwelling elderly schizophrenia patients. *J Geriatric Psychiatry Neurol*, 1999; 12: 11-15

MORA F.

Neurotransmisores y envejecimiento en: Martínez Lage y Hachinski Vladimir, Envejecimiento cerebral y enfermedad. Editorial Triacastela, Madrid, 2001, Cap. 3: 73-78

FREEDMAN R.

Schizophrenia. *New Engl J Med*, 2003; 349: 1738-1749

GALYNKER I, IERONINE CH, MINER CH, ROSENBLUM J, VILCS N, ROSENTHAL R.

Methylphenidate Treatment of Negative Symptoms in Patients with Dementia. *J Neuropsychiatry*, 1997;9(2): 231-239

GARLOW S, MUSSELMAN D, NEMEROFF C.

The neurochemistry of mood disorders: clinical studies, en Charney E et al. Neurobiology of Mental Illness, Oxford University Press, New York, 1999; 348-364

GROSSBERG G T.

Clinical Implications of New Dementia Research, 152 APA Annual Meeting, Washington DC May 18, 1999.

GROSSBERG GT.

Psychiatric Disorders in the Nursing Home: Focus on Alzheimer's Disease, 152 APA Annual Meeting, Washington DC May 1999.

GUPTA S, STEINMEYER CH; FRAND G, LOCKWOOD K, LENTZ B, SCHULTZ K.

Older patients with schizophrenia: nature of dwelling status and symptom severity. *Am J Psychiatry*, 2003; 160: 383-384

HOFF AL.

Neuropsychological function in schizophrenia. In: Shriqui CL, Nasrallah HA, editors. Contemporary issues in the treatment of schizophrenia. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1995. pp. 187-208.

HOWARD R, ALMEIDA O, LEVY R.

Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol Med*, 1994; 24: 397-404

HOWARD R.

Schizophrenia and delusional disorder in late life. *Rev Clin Gerontol*, 1996; 6: 63-73

IBÁÑEZ V.

Imagen cerebral en psicogeriatría, taller Master de Psicogeriatría, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, 2003

INCHAUSTI L, GONZÁLEZ MA.

Imágenes cerebrales en psiquiatría, en Gaviria VM, Téllez VJ, *Neuropsiquiatría: Imágenes del cerebro y la conducta humana*, Nuevo Milenio Editores, Bogotá, 1995

INTERNATIONAL PSYCHOGERIATRIC ASSOCIATION (IPA)

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, Educational Pack, Chicago, 2003

JESTE D, FINKEL S.

Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2000; 8: 29-34

JESTE DV, EASTHAM JH, LACRTO JP, GIERZ M, FIELD MG, HARRIS M.

Management of late life psychosis. *J Clin Psychiatry*, 1996; 57 (suppl 4): 39s-45s

JESTE DV.

Pharmacology of antipsychotics in the elderly: A focus on atypicals. Clinical Effectiveness of Atypical Antipsychotics in Dementia. Symposium IPA, Chicago, Agosto, 2003

KATZ IR, SANDS L.

A Special Report Postgraduate Medicine: Temas Prácticos para el Tratamiento de la Enfermedad de Alzheimer, A Publication of the McGraw-Hill Companies INC, Fascículo 3, 2000.

KURTZ MM, MOBERG PJ, GUR RC, GUR RE.

Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev* 2001; 11:197-210.

MAYEUX R, SANO M.

Treatment of Alzheimer's Disease. *New Engl J Med* 1999;341(22):1670-1679.

MCBRIDE T, MOBERG PJ, ARNOLD SE, et al.

Neuropsychological functioning in elderly patients with schizophrenia and Alzheimer's disease. *Schizophrenia Res* 2002; 55:217-227.

MELTZER C.C.

Estudios de neurofarmacología y receptores en la edad avanzada. *Rev Neurol* 2002; 35 (8): 767-777

MINTZEN J, HOERNING K, MISKI D.

Treatment of Agitation in Patients with Dementia. *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol. 14 Number 1 February 1998.

POWERS R.

Neurobiology of Aging, en Coffey E, Cummings J. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, American Psychiatry Press, Washington, 1994; 71-98

RAHOLA JG.

El Futuro de la Psicofarmacología, Primer Congreso Virtual de Psiquiatría, WWW.Psiquiatría.com 2000.

SAYKIN AJ, GUR RC, GUR RE, et al.

Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning.
Arch Gen Psychiatry 1991; 48:618-624.

STOUEMIRE A.

Recurrence and Relapse in Geriatric Depression: A Review of Risk Factors and Prophylactic Treatment Strategies. *J Neuropsychiatry*, 1999;9(2):208.221

TARIOT PN.

Practical Advances in the Management of Alzheimer's disease: Psychosis and Dementia, optimizing Clinical Response, 150 APA Meeting, San Diego CA, 1997.

TARIOT PN.

Practical Advances in the Management of Alzheimer's disease: Psychosis and Dementia, optimizing Clinical Response, 150 APA Meeting, San Diego CA, 1997.

TONY H, KEENE J, FAISBUM CH, JACOBY R, MCSHANE R.

Natural History of Behavioral Changes and Psychiatric Symptoms in Alzheimer's Disease, A longitudinal Study. *Br J Psychiatry* 1999;174:19-44.

TROSC R. M.

Neurologic risk and benefits of atypical antipsychotic, IPA, Symposium in Eleventh International Congress, Chicago, 2003

YUDOFKY ST.

Assessment and Treatment of Psychiatric Disorders in the Elderly, 152 APA Annual Meeting, Washington, May 1999.

