

Olivera Pueyo, J. y Pérez Tausía, D.: La experiencia delirante en los ancianos. Salud (Servicio Aragonés de la Salud). FUENTE: INTERPSIQUIS. 2005; (2005)

La experiencia delirante en los ancianos

Introducción

Las ideas delirantes son relativamente frecuentes en la población geriátrica, afectando aproximadamente al 10% de los ancianos no demenciados que residen en la comunidad (1, 2)

Esta ideación delusoria en los ancianos presenta notables particularidades en cuanto a su fenomenología y, probablemente, fisiopatología; por lo cual supone en la actualidad un importante objeto de estudio e investigación. Más aún cuando quedan tantas cuestiones por responder: ¿existe realmente una vulnerabilidad delirante en los ancianos?, ¿existe un sustrato orgánico uniforme en este desarrollo delirante?, ¿qué papel desempeña la dinámica, la psicobiografía, la personalidad previa...?, ¿qué procesos cognitivos intervienen en esta génesis delirante?, ¿cómo se desencadena el proceso?... Las definiciones clásicas de idea delirante, que enfatizaban en “la convicción extraordinaria y la incorregibilidad de la misma” (3), más adaptadas a la génesis delirante en la población adulta joven y a los cuadros psicóticos crónicos, han sido cuestionadas en los estudios fenomenológicos más recientes. De hecho, actualmente, ya no se considera que las ideas delirantes sean “incorregibles”, sino que pueden ser reducidas a través de intervenciones específicas cognitivo-conductuales e incluso el grado de preocupación y la ansiedad concomitantes fluctúan a lo largo del tiempo(4). Desde este punto de vista, abierto e integrador, las ideas delirantes en los ancianos adquieren una dimensión más amplia y permiten participar del concepto a algunas manifestaciones delirantes muy propias (aunque no exclusivas) de las personas mayores. De esta manera, cuando nos estemos refiriendo a las ideas delirantes en los ancianos podremos incluir también las falsas identificaciones, las confabulaciones, los falsos recuerdos, las ideas estructuradas en torno a alteraciones de la senso-percepción...

Formas y contenidos de la ideación delirante en los mayores

Temática delirante en los ancianos Alejados de las concepciones clásicas de Paranoia y Parafrenia, los trastornos delirantes que aparecen en los mayores presentan una particular presentación clínica que ha sido específicamente estudiada desde finales del siglo XIX y que desembocó ya en pleno siglo XX en términos como el de Parafrenia Tardía (5) o Delirios de Aparición Tardía de la escuela francesa (6). Bajo la perspectiva clínica y fenomenológica de estos trastornos haremos referencia a estas ideas delirantes de aparición tardía.

Delirios Paranoides:

Aunque no se trate de lo más característico de la fenomenología delirante en los ancianos, sí podemos decir que las ideas paranoides son las más prevalentes en este grupo de población. Hasta en el 6% de las personas mayores de 70 años (1) y el 7% de los mayores de 85 años (2), no

demenciados, aparecen ideas delirantes de tipo paranoide. La explicación de esta elevada prevalencia debemos dirigirla hacia los factores de riesgo para la aparición de ideas paranoides. Al deterioro cognoscitivo, focalizado en áreas específicas que determinan la formación de las ideas (7,8); debemos añadir otros factores que con frecuencia se “acumulan” en los mayores: el aislamiento social, el nivel educativo relativamente bajo, la comorbilidad somática o los síntomas depresivos (1). En personalidades predispuestas (esquizoides o esquizoparanoides) contemplamos con relativa frecuencia cómo, al hacerse mayores, sus dolencias físicas son atribuidas a “enemigos”, vecinos o familiares, que pretenden producir daño o sufrimiento en el paciente. Así una enfermedad somática, un dolor o una disfunción corporal, pueden desencadenar en una estructura delirante de tipo paranoide. En este caso una conducta de enfermedad no adecuada favorecería el desarrollo paranoide; en otros casos se genera un trastorno de adaptación depresivo. Un tema de radical importancia en el desencadenante paranoide de los ancianos son las deficiencias sensoriales. Se ha descrito la denominada Paranoia de los sordos (9). Parece ser que la aparición de las ideas paranoides tiene más que ver con un defecto de información, ya que se ha demostrado que, aunque las ideas paranoides sean 4 veces más frecuentes en las personas con deficiencias de la audición, no se acompañan de una presencia más significativa de alucinaciones auditivas (10) Hemos observado también en algunos pacientes cómo la alucinosis visual secundaria a trastornos de la visión (síndrome de Charles Bonnet) ha desencadenado un entramado delirante paranoide de personajes que visitan al paciente, especialmente en horario nocturno, con la idea de producirle algún tipo de daño; sin embargo es de destacar que aún en estos casos debe existir un sustrato cognitivo, psicológico y social que favorezca el desarrollo delirante paranoide a partir de la alucinosis visual (11)

Los contenidos somáticos:

Las ideas delirantes referentes a temas somáticos son frecuentes en los ancianos; quizá tras los temas paranoides (persecución y perjuicio) las ideas más prevalentes sean las hipocondríacas. Aunque en la mayoría de los casos estas ideas hipocondríacas presentan un sustrato depresivo; en otros casos cristalizan en ideas estructuradas que permanecen en el tiempo y que precipitan en trastornos delirantes persistentes. Un cúmulo de factores favorecen el desarrollo de trastornos delirantes con este contenido en la vejez; el propio declinar físico, la pluripatología, la comorbilidad somática asociada a la patología psíquica (12), el enfermar y la pérdida de familiares y seres queridos; pero también la dinámica personal asociada al propio envejecimiento: la personalidad previa, el declinar de la imagen de uno mismo o auto concepto (13) o la proximidad de la muerte. Todo ello conforma un sustrato fértil para la elaboración de ideas somáticas, en numerosas ocasiones reiterativas y próximas a lo obsesivo, que terminan por conformar la verdadera ideación delirante hipocondríaca. El extremo de este tipo de delirios supone un auténtico síndrome de negación de órganos o de funciones vitales, conocido como Síndrome de Cotard (14). Este síndrome conlleva un grado afectivo de sufrimiento que en algunos casos degenera en un cuadro de negativismo y pasividad absoluta, casi de desconexión del medio, que en no pocas ocasiones requiere tratamiento con terapia electroconvulsiva. Se nos han presentado casos de sanitarios que han desarrollado este síndrome en la vejez y nos han

exigido la realización de una exploración tras otra para demostrar no que su corazón seguía latiendo, sino todo lo contrario, resultando en estos casos todavía más dramático su abordaje.

Otro de los delirios con mayor prevalencia en los ancianos es el denominado Síndrome de Ekbom o Delirio de Parasitación (15). En este caso la persona piensa y cree firmemente que se encuentra infestada por pequeños animalitos que recorren su piel: insectos, gusanos, larvas... Este es un delirio que suele perdurar en el tiempo y cronificarse. En ocasiones aparecen heridas por el rascado y es un tema no infrecuente desde la interconsulta con dermatología. En algunos estudios se otorgó cierta especificidad a la utilización del neuroléptico pimozide para este tipo de delirios (16). En nuestra experiencia personal hemos obtenido resultados similares al pimozide con neurolépticos atípicos como quetiapina, risperidona, olanzapina o amisulpiride; incluso en algún paciente que rechazó el tratamiento por no considerar una base psíquica en su trastorno pero con heridas graves de rascado, utilizamos tratamiento con zuclopentixol depot a dosis bajas, 100 mg/ 2 semanas con resultados satisfactorios.

Psicosis de tipo esquizofrénico de inicio tardío y muy tardío: Las ideas delirantes que predominan en la esquizofrenia de inicio tardío son delirios persecutorios (85%), autorreferenciales (76%), de control (25%), de grandiosidad o posesión de propiedades extraordinarias (12%) o de naturaleza hipocondríaca (11%) (10, 17). Una idea particularmente característica de estos pacientes, que aparece en prácticamente dos tercios de los mismos (70%) es el denominado delirio de tabiques o particiones (*partition delusions*), definido por Hebert y Jacobson (18) y refrendado por Howard (19). Se trata de la creencia por parte del paciente de que hay gente, animales, materiales o radiaciones que pueden pasar a través de estructuras que normalmente constituyen una barrera, como pueden ser los muros y las paredes, o los suelos...de su casa. Generalmente a estas ideas se les añade el matiz paranoide de que esto se realiza para ocasionarle algún tipo de daño o enfermedad; y se suelen atribuir a vecinos de residencia. Además suelen ir acompañadas de alucinaciones visuales de gran colorido y fantasía: corrientes eléctricas que se ven como rayos de colores concretos, rayos de fuego y luz que atraviesan el suelo.

Precisamente lo que caracteriza a las ideas delirantes de la esquizofrenia de inicio tardío es esta gran riqueza fenomenológica y descriptiva, con todo tipo de detalles visuales y un complejo y estructurado entramado delirante. Esto puede estar en relación a la preservación cognoscitiva global (aunque se reconozca la existencia de determinados fallos cognitivos focales en tipos concretos de memoria) (20). La ausencia de demenciación permitiría esta compleja elaboración delirante en los pacientes predispuestos biopsicosocialmente.

Es de destacar también el importante componente afectivo, a diferencia de la esquizofrenia de inicio temprano, en este tipo de trastorno. Generalmente los delirios de la esquizofrenia de inicio tardío presentan una importante carga afectiva y eso se objetiva en la transferencia con estos/as pacientes, bien distinta a la de los psicóticos jóvenes con mayor aplanamiento afectivo.

Merece también la pena remarcar que está por concretar el posible efecto hormonal en la elaboración delirante de la esquizofrenia de inicio tardío, puesto

que este es un trastorno mucho más frecuente en mujeres que en hombres (7:1). (21)

Finalmente creemos que no sería justo olvidar un cuadro clínico que, aunque bien definido, ha sido postergado de las clasificaciones actuales (DSM-IV y CIE-10), aún siendo todavía aceptado en la clasificación oficial francesa como Psicosis Alucinatoria Crónica, ó Delirio Alucinatorio Crónico (22). De aparición en mayores de 60 años y también asociado a deficiencias sensoriales, visuales y auditivas; es un trastorno con un importante componente afectivo y alucinaciones floridas que se cronifican y se viven con gran intensidad; de ahí el nombre de delirio alucinatorio. Estas características propias han hecho que sea reivindicado también por autores españoles. (23, 24)

Trastornos mentales orgánicos: delirium, demencia y enfermedades cerebrovasculares

Las ideas delirantes son altamente prevalentes en los trastornos mentales orgánicos afectando a más de la mitad (53%) de los pacientes con demencia (25) y a más del 20% de los pacientes con delirium (26). Sin embargo no es su elevada prevalencia lo que despierta el mayor interés en el estudio de estos síntomas. La posibilidad, todavía sin dilucidar de una forma precisa, de encontrar una asociación entre un determinado tipo y localización cerebral de la lesión; así cómo las particularidades psicopatológicas de estos trastornos, los convierten en una fuente inagotable de estudios.

Ideas delirantes en el delirium Afectan a uno de cada cinco pacientes que lo padece. Se trata de fenómenos y experiencias delirantes agudas, en relación a una noxa somática que suele actuar durante un periodo concreto de tiempo, similar a lo que ocurre con los delirios orgánicos (27) Aunque la temática delirante más prevalente es la paranoide (el 20% de los pacientes con delirium en nuestra casuística); existen también otro tipo de delirios en los trastornos confusionales agudos, como el caso de las ideas delirantes ocupacionales (10% en nuestras series). Sin embargo, nos resulta de mayor interés destacar la influencia de los trastornos orgánicos y cognoscitivos que subyacen a esta patología y que desencadenan una sintomatología que, aún dentro del contexto delirante, genera la producción de confabulaciones y fantasías, de falsas memorias. Los pacientes experimentan miedo y terror ante un ambiente que les es desconocido y del que reciben los estímulos matizados por la alteración de la conciencia, sumiéndolos en un mundo de imaginación y fantasía. Ya los autores clásicos describieron con precisión estos cuadros y los enmarcaron en estados oníricos, en los cuales la agitación delirante forma parte de la acción (28). La confusión, la alteración de la conciencia y las vívidas alucinaciones que se producen en estos trastornos matizan y favorecen la experiencia delirante de los mismos.

Ideas delirantes en los pacientes con demencia:

Las ideas delirantes en los pacientes con demencia presentan una clínica particular, ligada a las alteraciones cognoscitivas de base, a los déficits en los procesos mnésicos. Además, la presencia de patología delirante en los pacientes con demencia desencadena importantes repercusiones en la asistencia socio-sanitaria de los mismos: el 80% de las agresiones se producen en un contexto delirante, esta sintomatología favorece la institucionalización más temprana y genera una enorme sobrecarga en los cuidadores de los

pacientes con demencia que complica sobremanera el abordaje de ellos mismos y de su entorno. (29)

Los delirios autoreferenciales afectan a casi el 25% de los pacientes; pero los delirios más característicos de las personas con demencia son quizá los de robo, los de abandono, los de celos y todo el espectro que engloba los denominados trastornos de las identificaciones (missidentifications) (30)

El delirio de robo y de perjuicio suele aparecer al inicio de la enfermedad de Alzheimer. Está ligado a los olvidos, que con frecuencia son interpretados por el paciente como hurtos, buscando una explicación más coherente para su sistema psíquico que el fallo de la memoria. (31). Esta inseguridad y duda, trasladada a su cónyuge, puede desencadenar ideas delirantes de celos e infidelidad. Y en ese contexto también se producen las ideas de abandono, el “miedo a ser abandonado” es el resultado de la interacción de un cúmulo de factores: el no reconocimiento adecuado del espacio, la dependencia funcional y afectiva del cuidador, o incluso el sentimiento de “carga” para los familiares, todo ello supone un buen sustrato para la génesis de estos temores que pueden generar cuadros delirantes y conductas altamente estresantes para los familiares como pueden ser el seguimiento continuo o el “enganche” físico y psíquico al familiar intentando evitar su salida del domicilio.

Los trastornos de las identificaciones merecen atención especial. De la falta de reconocimiento de caras conocidas, fenómeno bien descrito desde el punto de vista neurológico como prosopagnosia y sin apenas carga afectiva; hasta la supuesta suplantación del cuidador por un impostor o sosías (Síndrome de Capgras), los trastornos de las identificaciones engloban un amplio abanico de síntomas delirantes (o pseudodelirantes si atendemos al contexto del paciente). En el Síndrome de Frégoli lo que se produce es una hiperidentificación, atribuyendo rasgos faciales o corporales de un conocido a otra persona determinada. La transformación del aspecto de otras personas es conocida como intermetamorfosis. El desconocimiento del propio hogar y la identificación con otros lugares como el hospital, el domicilio de otros familiares, etc da lugar a cuadros de paramnesia reduplicativa.

Ideas delirantes en los accidentes cerebrovasculares:

Se han estudiado casos de síntomas esquizofrenia-like secundarios a un accidente cerebrovascular (ACV). Se ha comprobado, además, que los pacientes que presentaron delirios y alucinaciones tras el ACV eran significativamente más mayores, tenían más facilidad para desarrollar convulsiones, presentaban más defectos visuales, atrofia subcortical y lesiones predominantes en el hemisferio derecho. (32). A pesar de la mayor prevalencia de delirium y cuadros delirante-alucinatorios en pacientes que han sufrido un ACV (33); también merece la pena destacar otra serie de cuadros pseudodelirantes, en algunos casos similares a lo que ocurre en pacientes con demencia, puesto que también tras los ACV se producen trastornos de las identificaciones (delusional misidentification síndromes) y síndromes de Capgras y Fregoli; y los diferentes tipos de paramnesias reduplicativas (pensar que se está en otro lugar o que dos lugares diferentes tienen el mismo nombre, o que la casa es el hospital, ...). Pero en otros casos se desarrollan síntomas secundarios a la experimentación de vivencias muy inusuales que fuerzan a buscar explicaciones que por su contenido extraño y su incorregibilidad adquieren una naturaleza delirante (34) . Las sensaciones de miembro extraño,

miembro fantasma, miembro congelado; la elaboración delirante a partir de una anosognosia del déficit funcional (“me han robado el brazo” p. ej.). Es fundamental conocer el posible desarrollo de estos cuadros puesto que no son infrecuentes en las interconsultas de enlace con los servicios de neurología y rehabilitación; y sin una detallada entrevista clínica en numerosas ocasiones entran a formar parte del “fondo de saco” de los cuadros confusionales o de delirium, cuya evolución y tratamiento son diferentes.

Los esquizofrénicos envejecen:

Un tema interesante para abordar es el de la evolución y la estabilidad de las ideas delirantes con el transcurso del tiempo. Sabemos que, en contra de lo que en principio postuló el propio Kraepelin, las esquizofrenias en su evolución natural no finalizan inexorablemente en cuadros de demencia. Es más, probablemente la incidencia de demencia como tal no es mayor en los pacientes esquizofrénicos que envejecen respecto al resto de la población. Los defectos cognoscitivos, que los hay sin duda alguna, suelen aparecer en los primeros brotes de la enfermedad para luego estabilizarse. Este deterioro, además, afecta a funciones superiores concretas como son el lenguaje, la asociación de las ideas o las funciones ejecutivas; y no coincide tampoco con el deterioro global y progresivo en el que finalizan los cuadros demenciales en su evolución (35)

Sin embargo, quizá se ha prestado en estos casos menor interés a la evolución sintomática y, concretamente, a la evolución de la temática delirante. Se ha observado cómo la productividad delirante esquizofrénica se va atenuando con la edad para dejar paso a la sintomatología negativa y residual. Esta idea demostrada entraría en contradicción con esa vulnerabilidad delirante del envejecimiento que venimos planteando y permitiría enriquecer el debate sobre el diagnóstico de la esquizofrenia de aparición tardía y diferenciar con rango propio los trastornos psicóticos que surgen en los más mayores de aquéllos que aparecen en la juventud.

Cuando nosotros hemos estudiado la “productividad” delirante en 33 pacientes psicóticos con más de 20 años de institucionalización hemos observado que la temática que se mantiene más estable es la paranoide (28% de los casos), de grandiosidad (17%), hipocondríaca (15%), mística (8%), fantástica (8%), dermatozóica (8%), falsos reconocimientos (6%), de ruina (3%). Sin embargo, quizá lo más destacable ha sido comprobar cómo el diagnóstico con los criterios actuales respecto al diagnóstico al ingreso, ha variado en más del 50% de los pacientes estudiados; de tal manera que en el ingreso predominaban los diagnósticos de esquizofrenia paranoide (33%), esquizofrenia residual (21%), esquizofrenia hebefrénica (9%) y trastornos delirantes (6%). En la actualidad la mayor parte de estos pacientes pueden ser diagnosticados de trastornos por ideas delirantes persistentes (30%), trastorno esquizoafectivo (21%), esquizofrenia paranoide (15%) y demencia (6%). Esto también nos proporciona otra de las claves en la evolución de los trastornos psicóticos: la productividad delirante efectivamente se mantiene en los pacientes con trastornos por ideas delirantes persistentes y esquizoafectivos, mientras que tiende a atenuarse en los pacientes esquizofrénicos (muchos de ellos excluidos del estudio por su ausencia de sintomatología productiva en la actualidad).

Bibliografía

- 1.- Henderson AS, Korten AE, Levings C, Jorm AF, Christnsen H, Jacamb P, Rodgers B. Psychotic symptoms in the elderly: a prospective study in a population sample. *Int J Geriat Psychiatry*. 1998; 13: 484 – 492.
- 2.- Östling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nonmented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry*. 2002; 59: 53 – 59.
- 3.- Sims A. Disorder of the thinking process. En: Sims A. *Symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology*. London. Saunders Company Ltd. 1995.
- 4.- Brett-Jones J, Garety PA, Hemsley DR. Measuring delusional experiences: a method and its application. *Br J Clin Psychol*. 1987; 26: 257 – 265.
- 5.- Roth M, Morrissey J. Problems in the diagnosis and classification of mental disorders in old age. *J Ment Sci*. 1952; 98: 66 – 80.
- 6.- Clément JP, Paulin S, Léger JM. Troubles délirants. En: Léger JM, Clément JP, Wertheimer J. *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris. Médecine-Sciences Flammarion. 1999: 202 – 215.
- 7.- Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS, Morris RG, Sahakian BJ. Cognitive features of psychotic states arising in late life (late paraphrenia). *Psychological Medicine*. 1995; 25: 685 – 698.
- 8.- Blackwood MA, Howard RJ, Bentall RP, Murray RM. Modelos neuropsiquiátricos cognitivos de ideas delirantes persecutorias. *Am J Psychiatry* (ed. española). 2001; 158: 527 – 539.
- 9.- Clément JP, Marchan F, Morgant F, Léger JM. Spécificités des délires du sujet âgé par rapport à l'adulte. *Psychologie Médicale*. 1993; 25: 626 – 633.
- 10.- Howard R, Almeida OP, Levy R. Phenomenology, demography and diagnosis in late paraphrenia. *Psychol Med*. 1994; 24: 397 – 410.
- 11.- Teunisse RJ, Cruysberg JR, Hoefnagels WH, Kuin Y, Verbeek AL, Zitman FG. Social and psychological characteristics of elderly visually handicapped patients with the Charles Bonnet Syndrome. *Compr Psychiatry*. 1999; 40(4): 315 – 319.
- 12.- Olivera FJ. Comorbilidad somática en Psiquiatría Geriátrica. *Aula Médica Psiquiatría*. 2003; 2: 39 – 66.
- 13.- Barcia D, Ruiz ME, Salorio P, Morcillo L, Micol A, Torres A. Calidad de Vida y Autoconcepto en la vejez. En: Rodríguez López A. *Asistencia Psicogeriátrica y Antropología Cultural*. Lab. Menarini. 1993: 16 – 36.
- 14.- Berrios GE, Luque R. Cotard's delusion or syndrome? *Comp Psychiatry*. 1995; 36: 218 – 223.
- 15.- Pujol J, De Azpiazu P. Trastorno delirante de ideas persistentes. En: Agüera L, Martín Carrasco M, Cervilla J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona. Masson. 2002: 427 – 450.
- 16.- Opler LA, Feinberg SS. The role of pimozide in clinical psychiatry: a review. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52: 221 – 223.
- 17.- Agüera L, Rubio I. Esquizofrenia tardía. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J. *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona. Masson SA. 2002: 387 – 411.
- 18.- Hebert ME, Jacobson S. Late paraphrenia. *Br J Psychiatry*. 1967; 113: 461 – 467.
- 19.- Howard R, Castle D, O'Brien J, Almeida O, Levy R. Permeable walls, floors, ceilings and doors. Partition delusions in late paraphrenia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1992; 7: 719 – 724.

- 20.- Almeida OP. The neuropsychology of schizophrenia in late life. En: Howard R, Rabins PV, Castle DJ. Late onset schizophrenia. Hampshire. Wrighton Biomedical Publishing. 1999: 181 – 189.
- 21.- Seeman MV. Oestrogens and Psychosis. En: Howard R, Rabins PV, Castle DJ. Late onset schizophrenia. Hampshire. Wrighton Biomedical Publishing. 1999: 165 – 180.
- 22.- Hardy-Baylé M C, Olivier V, Sarfati Y, Chevallier JF. Aproches contemporaines de la clinique des troubles schizophréniques. Encycl Méd Chir Psychiatrie. Paris. Elsevier. 1996; 37 – 282 – A – 20.
- 23.- Barcia D. Delirios tardíos. Aspectos clínicos y psicopatológicos. Psiquis. 2000; 21(3): 111 – 121.
- 24.- Pelegrín C. Esquizofrenias de inicio tardío. En: Chinchilla Moreno A. Las Esquizofrenias. Barcelona. Masson. 1996: 241 – 257.
- 25.- Burns A, Jacoby R, Levy R. Psychiatric phenomena in Alzheimer´s disease. Disorders of thought content. Br J Psychiatry. 1990; 157: 72 – 76.
- 26.- Wise MG, Trzepacz PT. Delirium (estados confusionales). En: Delirium y Demencia. Psychiatric Self-Assessment & Review (ed. Española). American Psychiatric Association. Barcelona. Medical Trends. 2000.
- 27.- Giles E, Franco MD, Sanmartín A, Guija J, Giner J. Delirio en el anciano con trastorno mental orgánico: una aproximación nosográfica. An Psiquiatría. 2000; 16(8): 315 – 321.
- 28.- Ey H. Estudios sobre los delirios. Madrid. Triacastela. 1998
- 29.- Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G. Behavioural and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. Int Psychogeriatr. 1996; 8(suppl3): 497 – 500.
- 30.- Ballard CG, Saad K, Patel A, Gahir M, Solis M, Coope B, Wilcock G. The prevalence and phenomenology of psychotic symptoms in dementia sufferers. Int J Geriatr Psychiatry. 1995; 10: 477 – 485.
- 31.- Olivera FJ. Síntomas psicóticos en pacientes con demencia. RAS (Revista de Actualidad Sociosanitaria). 2003; 4: 23 – 27.
- 32.- Robinson RG. Schizophreniform psychosis. En: Robinson RG. The Clinical Neuropsychiatry of Stroke. Cognitive, behavioural and emotional disorders following vascular brain injury. Cambridge. Cambridge University Press. 385 – 395.
- 33.- Olivera FJ, Marta J, Marta E, Pelegrín C. Psicopatología de las enfermedades cerebrovasculares. En: Lozano M, Gobernado JM. Psiquiatría de Enlace en Neurología. Madrid. Scientific Communication Management. 2004: 145 – 186.
- 34.- Quemada JI, Sánchez I. Aspectos psiquiátricos de los accidentes cerebrovasculares. Informaciones Psiquiátricas. 2004; 176(2): 119 – 124.
- 35.- Agüera L. Los ancianos con esquizofrenia de inicio precoz. En: Agüera L, Martín M, Cervilla J. Psiquiatría Geriátrica. Barcelona. Masson SA. 2002: 413 – 425.