

Psicopatología en el adulto mayor: no todo es demencia

Psychopathology in older adults: not everything is dementia

María José Fernández Guerrero
Universidad Pontificia de Salamanca

RESUMEN

El presente trabajo de reflexión teórica aborda la presencia de alteraciones psíquicas en el adulto mayor, partiendo de la base de que esos trastornos también inciden en ese tramo de edad. La proliferación de literatura acerca del deterioro cognitivo y las demencias, junto a determinadas ideas preconcebidas sobre el estado mental de los ancianos (*senectismo*), conducen a una infravaloración de la psicopatología de este grupo poblacional que, sin embargo, necesita una atención similar a la de edades más tempranas. Las alteraciones psíquicas pueden corresponder tanto a la cronificación de trastornos previos como a la instauración tardía de esos cuadros; en ambos casos se constatan elementos similares a etapas previas, pero también rasgos diferenciales. En este sentido, se realiza un breve repaso por los principales grupos psicopatológicos y su sintomatología en el adulto mayor.

PALABRAS CLAVE: Psicopatología. Envejecimiento. Adulto mayor. Trastornos mentales.

ABSTRACT

This theoretical reflection work addresses the presence of psychic disturbances in the elderly, on the basis that these disorders also affect this age group. The proliferation of literature on cognitive decline and dementia, together with certain preconceived ideas about the mental state of older people (*senectism*), leads to an underestimation of the psychopathology of this population group, which, however, needs similar attention to that of earlier ages. The psychic disorders can correspond both to the chronification of previous disorders and to the late establishment of these symptoms; in both cases, elements like previous stages are found, but also differential features. In this sense, a brief review is made of the main psychopathological groups and their symptoms in the elderly.

KEY WORDS: Psychopathology. Ageing. Elderly. Older adults. Mental disorders.

Recibido: 26/06/2020
Evaluado: 17/09/2020
Aceptado: 30/09/2020

0. INTRODUCCIÓN

Al hablar de psicopatología del adulto mayor (AM¹) existe un sesgo evidente hacia la presencia de defectos cognitivos y demencia, con escasa atención al resto de alteraciones psicopatológicas que pueden producirse en este rango de edad al igual que en etapas más jóvenes. Eso crea una tendencia a contemplar a estas personas como abocadas a los déficits cognitivos, olvidando que los distintos cuadros psicopatológicos pueden estar presentes bien como cronificación de síndromes antiguos, bien como eventos que surgen en este momento por primera vez, como se verá más adelante.

En línea con esto hay un acuerdo entre los investigadores acerca de la escasez de estudios que exploren la psicopatología del AM más allá de las demencias, si bien hemos de tener en cuenta un

¹ Abreviaturas utilizadas. AM: Adulto Mayor; TAG: Trastorno de ansiedad generalizada; TOC: Trastorno obsesivo-compulsivo; TEPT: Trastorno de estrés postraumático; TP: Trastorno de la personalidad.

punto esencial: las demencias son eventos con una etiología neurológica, fisiológica y biológicamente determinados, aunque con correlatos conductuales y emocionales. En este sentido, en esta etapa de la vida también pueden existir psicopatologías, además de “neuropatologías”.

En el estudio de los trastornos mentales del AM, como señalábamos con anterioridad, se observa una especial carencia de trabajos que lo aborden y pocas conclusiones claras. Las ideas preconcebidas ganan terreno a la hora de apuntar hacia el desarrollo de alteraciones psíquicas en esta población: los AM son rígidos e intransigentes, la depresión es más prevalente en la vejez que en otros grupos de edad, los trastornos de personalidad se van atenuando con la edad... y otras aseveraciones similares que, al darse por hechas, no son confrontadas ya que el *senectismo* (*ageing*) juega un papel importante, atribuyendo la etiología de determinadas alteraciones (físicas y psíquicas) a las consecuencias inevitables de hacerse mayor². “Son cosas de la edad”, “a estas edades qué quiere usted...”, “no esperará usted estar tan alegre como a los 40 años”, “está chocheando”... y expresiones paternalistas similares no solo son escuchadas en la población general sino también, y por desgracia, expresadas por profesionales de la salud, dejando entrever lo supuestamente innecesario de intervenciones psicoterapéuticas.

Cierto es que nos enfrentamos a una serie de peculiaridades al abordar esta temática:

- Hay pocos instrumentos diagnósticos adaptados a la población mayor: se emplean los mismos tests y autoinformes que para adultos más jóvenes.
- A veces los diagnósticos se presentan con síntomas diferentes.
- A menudo el diagnóstico se dificulta por el frecuente solapamiento con enfermedades médicas, efectos secundarios de medicaciones y acontecimientos vitales estresantes. Así, es frecuente el fenómeno del *clustering*³ que responde a la asociación de morbilidad psíquica y somática. En este sentido, la morbilidad psíquica aumenta la probabilidad de padecimientos físicos y viceversa.
- A menudo este grupo poblacional es excluido de trabajos de investigación.
- Muchas conclusiones acerca de la psicopatología del AM son derivaciones y extrapolaciones de estudios con adultos más jóvenes, esto es, se supone cómo va a evolucionar el cuadro del que se esté tratando.
- En relación con el punto anterior, es palpable la insuficiencia de las clasificaciones diagnósticas a la hora de identificar los trastornos psíquicos en esta población. Únicamente (que sepamos) el *Psychodynamic Diagnostic Manual*, en su segunda edición (PDM-2)⁴, manual diagnóstico de corte psicodinámico, incluye un apartado dedicado a la psicopatología del sujeto anciano. No obstante, dicho manual es de utilización reducida y no está traducido al castellano.
- Como hemos indicado, las ideas preconcebidas actúan de manera evidente: más allá de trabajos sobre los distintos tipos de demencia (con el Alzheimer como abanderado), es sencillo hallar estudios sobre depresión y ansiedad, partiendo de la base de que el AM es un ser triste y ansioso, y que esas cualidades afectivas forman parte indisoluble del proceso de envejecimiento. Por el contrario, otros cuadros apenas aparecen representados en este grupo poblacional: puede que no se den, puede que no se estudien. Recordemos la máxima de Ernesto Sábato: no se encuentra sino lo que se busca.

Hablamos de escasez de trabajos sobre la salud mental del AM, pero no de ausencia absoluta. En el año 2006 se puso en marcha el estudio PSICOTARD, mediante el cual se inició un seguimiento de 326 personas mayores de 64 años adscritas a 28 centros de salud de la provincia de Huesca (España); el objetivo era detectar los factores asociados con el riesgo de desarrollar

² PLA, J.; CHICLANA, C. “Enfermedades mentales en el anciano: delirium, demencia, depresión”. En ORTUÑO, Felipe (dir.). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Médica Panamericana, 2010, p. 477-503.

³ LOBO, A. *Manual de Psiquiatría General*. Madrid: Médica Panamericana, 2013, p. 545-565.

⁴ LINGIARDI, V.; McWILLIAMS, N. *Psychodynamic Diagnostic Manual, Second Edition (PDM-2)*. New York, London: The Guilford Press, 2017.

trastornos mentales en la población mayor⁵. En 2017 se llevó a cabo en nuestro país el proyecto MentDis_ICF65+, estudio epidemiológico sobre la presencia de psicopatologías en personas entre 65 y 85 años⁶⁻⁷. En la muestra seleccionada al azar se detectó que el 17,7% de los sujetos sufrían en ese momento algún trastorno psíquico, siendo los más prevalentes los trastornos de ansiedad, del estado de ánimo (trastorno bipolar, distimia o depresión mayor) y el abuso de alcohol.

Como reza el título de este trabajo, no todo es demencia; por ello nos vamos a alejar del envejecimiento como proceso demenciante, girando nuestra atención hacia los trastornos mentales que pueden darse en el AM. En la exploración de esta temática podemos encontrarnos con dos circunstancias:

- Alteraciones psíquicas como evolución de cuadros previos (cronicidad y/o recaídas).
- Alteraciones psíquicas de nueva aparición (inicio tardío).

Tanto en un caso como en el otro, se observan diferencias y semejanzas en la sintomatología respecto a otras etapas vitales. Procedemos a realizar un repaso somero de las entidades psicopatológicas principales en ambas vertientes: evolución de la cronicidad e inicio tardío.

I. TRASTORNOS PSICÓTICOS

La sintomatología psicótica puede aparecer en diferentes cuadros, tanto psíquicos como orgánicos, ligada o no al deterioro cognitivo, implicando un desafío a la hora de establecer un correcto diagnóstico diferencial. Los síntomas positivos (ideas delirantes o alucinaciones, entre otros) pueden emerger como aspecto acompañante de demencias (sobre todo Alzheimer o cuerpos de Lewy), como efecto secundario de algunas medicaciones, en algunas alteraciones metabólicas e, incluso, instaurarse como consecuencia de eventos vitales.

1.1. Evolución de la cronicidad

Cuando una esquizofrenia se asienta en torno a finales de la adolescencia o primeros años de la adultez, el curso habitual de la enfermedad es de un deterioro en esos primeros años de evolución hasta alcanzar una cierta estabilidad, aunque con algunas fluctuaciones. A medida que la persona se va haciendo mayor, los brotes van disminuyendo y, con ellos, los síntomas positivos, que se hacen menos vivos hasta quedar reducidos a un recuerdo delirante. Así, la persona nos puede relatar, de una manera fría y desapasionada, sus convencimientos previos o las voces que tenía en su cabeza. No equivale a que se dé cuenta de lo irreal de las percepciones o pensamientos, sino que, al no permanecer activos, los vive como acontecimientos ocurridos en una etapa previa de su vida.

Si bien la sintomatología positiva disminuye, va aumentando la negativa, desdibujándose los subtipos clásicos (paranoide, desorganizada, catatónica) y adquiriendo una forma residual inespecífica. Predomina la abulia, la apatía, la asocialidad y aquellos aspectos que tienen una repercusión importante en el funcionamiento social⁸.

⁵ OLIVERA PUEYO, F. J. *et al.* "Detección de factores relacionados con el desarrollo de trastornos mentales en la población geriátrica (PSICOTARD)". *Atención Primaria*, 2006, 38(6), p. 353-7.

⁶ AUSÍN, B. *et al.* "Prevalence of Mental Disorders in the Elderly in the Community of Madrid: Results of the Mentdis_ICF65+ Study". *The Spanish Journal of Psychology*, 2017, 20. <https://doi.org/10.1017/sjp.2017.3>

⁷ AUSÍN, B.; MUÑOZ, M. *Guía práctica de detección de problemas de salud mental*. Madrid: Pirámide, 2018.

⁸ AGÜERA ORTIZ, L. "Los ancianos con esquizofrenia de inicio precoz". En AGÜERA ORTIZ, L., MARTÍN CARRASCO, M., CERVILLA BALLESTEROS, J. (Eds.). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, 2002, p. 413-425; y URRETAVIZCAYA, M. "Psiquiatría en el anciano". En VALLEJO, J. (Dir.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (8.ª ed.). Barcelona: Elsevier, 2015, p. 620-653.

Asimismo, los AM con esquizofrenia parecen presentar más problemas médicos que personas de su misma edad sin esquizofrenia. Un aspecto controvertido sigue siendo si los pacientes con esquizofrenia muestran un envejecimiento cerebral acelerado, lo cual puede explorarse a través de las funciones ejecutivas. Así, Thuairé *et al.* han apuntado hacia un mayor déficit en AM con esquizofrenia en atención alternante y en la recuperación de la memoria a largo plazo, en comparación con los participantes sin esquizofrenia⁹.

1.2. Psicosis de inicio tardío

Como comentábamos en líneas anteriores, los síntomas psicóticos que debutan en el AM imponen la necesidad de realizar un cuidadoso trabajo de diagnóstico diferencial para determinar su etiología última. Aunque, como señalábamos, las demencias son una de las entidades que cursan con este tipo de síntomas, hay otras en las que los síntomas positivos revisten características especiales, constituyendo un diagnóstico psicopatológico propio distinto de cualquier otro y, por ende, diferenciado de la psicosis en síndromes demenciales¹⁰.

1.2.1. Psicosis de tipo esquizofrénico de aparición tardía (después de los 40 años) o muy tardía (después de los 60)

Se presentan alucinaciones más abundantes y vivas que en esquizofrenias de inicio temprano. Los delirios también suelen ser floridos, pero no se observan trastornos del pensamiento formal ni deterioro de la personalidad. Estos síntomas se dan en ausencia de alteraciones cognitivas progresivas y de trastornos afectivos y sin que haya antecedentes psicóticos previos.

Aunque muchos síntomas son similares a las esquizofrenias precoces, hay algunos que son específicos (o más frecuentes) de las formas tardías:

- Delirio de tabiques y paramentos (*partition delusions*): la persona está convencida de que algo o alguien hace cosas arriba del techo, bajo el suelo, tras las paredes. Personas, animales, gases, ruidos, radiaciones, ondas magnéticas... pueden atravesar una estructura que, teóricamente, actúa como barrera, para perjudicarles, hacerles la vida imposible o molestarles¹¹.
- Delirio del compañero imaginario tardío: De manera similar al amigo imaginario de algunos niños pequeños, el AM puede expresar el convencimiento de estar en compañía de una pareja o familiar que, en realidad, no ha podido estar presente.
- Delirio de negación de la edad o delirio de longevidad.
- Síndrome de Charles-Bonnet: Consiste en alucinaciones visuales complejas, elaboradas y persistentes, que el paciente reconoce como irreales, en ausencia de otros síntomas psiquiátricos¹². Suelen consistir en formas desdibujadas, siluetas de personas, más frecuentes al caer la tarde o con iluminación difusa. Este fenómeno aparece en personas con déficit de visión por patología oftalmológica, como cataratas, glaucoma o, con más frecuencia, degeneración

⁹ THUAIRÉ, F. *et al.* "Executive functions in schizophrenia aging: Differential effects of age within specific executive functions". *Cortex: A Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior*, 2020, 125, p. 109-121.

¹⁰ BELBEZE, J., GALLARDA, T. "Symptômes psychotiques d'apparition très tardive chez le sujet âgé: Psychose primaire ou démence? L'apport de l'approche phénoménologique. Une revue de la littérature". *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillessement*, 2020, 18(1), p. 77-87.

¹¹ AGÜERA ORTIZ, L. y RUBIO GARCÍA, I. "Esquizofrenia tardía". En AGÜERA ORTIZ, L., MARTÍN CARRASCO, M., CERVILLA BALLESTEROS, J. (Eds.). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, 2002, p. 387-411; GÓMEZ MÁRQUEZ, C., SENÍN CALDERÓN, M. C., RODRÍGUEZ TESTAL, J. F. "Psicopatología de la vejez". En RODRÍGUEZ TESTAL, J. F. y Mesa CID, P. J. (Eds.): *Manual de Psicopatología Clínica*. Madrid: Pirámide, 2011, p. 625-652; LOBO, *op. cit.*; URRETAVIZCAYA, *op. cit.*

¹² RODRÍGUEZ-QUIROGA, A. *et al.* "Síndrome de Charles Bonnet: la alucinación visual en el anciano". *Alzheimer. Realidades e investigación en demencia*, 2013, 54, p. 28-34.

- macular. Si bien es una alteración perceptiva (y por ello traída a colación), esta no reviste características psicóticas ni psicopatológicas.
- Síndrome de Ekbom, delirio de parasitación o parasitosis delirante: La persona está convencida de que insectos, piojos o gusanos, a veces minúsculos, viven o crecen en su piel o en alguna parte de su organismo. Puede acompañarse de alucinaciones táctiles, visuales o cenestésicas, aunque también puede presentarse como síntoma único en forma de trastorno delirante. En ocasiones la persona aporta “pruebas” de la presencia de tales insectos mediante pieles o raspaduras que guardan en una cajita para mostrárselas al médico, lo que se conoce como el *síndrome de la caja de cerillas*, ya que es frecuente que utilicen este envase para guardar las pruebas¹³.

En suma, las esquizofrenias de inicio tardío se presentan con predominio de ideas delirantes de tipo persecutorio, alucinaciones auditivas y visuales y, de forma característica, con delirios de paramentos¹⁴. Asimismo, hay predominio femenino, problemas de salud comórbidos y una llamativa asociación con factores psicosociales sucedidos en momentos cercanos al brote¹⁵; de esta forma parece que los eventos estresantes ejercen una influencia mayor en el surgimiento de los síntomas que en esquizofrenias precoces, con una etiología más hereditaria.

1.2.2. Trastorno delirante

Más que en sujetos de edades más tempranas, el trastorno delirante o paranoide en el AM es eminentemente persecutorio y relacionado con el entorno doméstico. Es frecuente que la suspicacia y la desconfianza se instalen en la persona mayor, sobre todo si previamente existía una personalidad paranoide y si algún evento ha generado en ella temor. Además, el sentimiento de vulnerabilidad que algunos mayores desarrollan hace que estén alerta ante cualquier amenaza, sea esta real o imaginada.

Se denomina *trastorno delirante* (antes llamada paranoia) al cuadro psicótico que cursa con uno o más delirios prominentes en ausencia de alucinaciones, sin deterioro de la personalidad y con mantenimiento de una relativa adaptación al medio ya que, aparte de la idea delirante, la persona no presenta otros síntomas. Esto implica que, si no se menciona el tema objeto del delirio, la persona muestra un adecuado nivel de funcionamiento social y ocupacional.

Estos rasgos también son válidos para el trastorno delirante del AM, si bien adquiere unas peculiaridades que conviene mencionar. Conde-Sala¹⁶ nos muestra una gradación en la gravedad de este cuadro.

- a) Patrones de síntomas paranoides simples: solo se presentan uno o dos rasgos patológicos, generalmente relacionados con el entorno del hogar y los familiares. Algunos de estos patrones son quejarse de ruidos de los vecinos, de que le roban la comida, estar convencido de que alguien entra en su habitación y le desordena sus cosas, o de que el/ella o su hogar está infectado de parásitos. Normalmente son síntomas que se mantienen ocultos, achacándose a las “rarezas” del AM; solo se consulta a un profesional cuando se agota la paciencia de los familiares.

¹³ AGÜERA ORTIZ y RUBIO GARCÍA, *op. cit.*; ENOCH, D. y BALL, H. *Síndromes raros en psicopatología* (4.ª edición). Madrid: Triacastela, 2007, p. 259-275; LOBO, *op. cit.*

¹⁴ VAN ASSCHE, L. *et al.* “The neuropsychological profile and phenomenology of late onset psychosis: A cross-sectional study on the differential diagnosis of very-late-onset schizophrenia-like psychosis, dementia with Lewy bodies and Alzheimer’s type dementia with psychosis”. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 2019, 34(2), p. 183-199.

¹⁵ CHEN, L. *et al.* “Risk factors in early and late onset schizophrenia”. *Comprehensive Psychiatry*, 2018, 80, p. 155-162.

¹⁶ CONDE-SALA, J. L. “Psicopatología asociada a la vejez”. En TALARN, A. y JARNE, A. (comps). *Psicopatología clínica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer y Paidós, 2000, p. 633-679.

- b) Cuadros esquizofreniformes: son más complejos que los anteriores, alteran al sujeto noche y día e, incluso, puede llevarle a pedir auxilio por la ventana. Algunos ejemplos son el convencimiento de que hay una conspiración para echarle de su casa, de que le roban sus joyas por la envidia que le tienen los demás, le espían a través de agujeros en la pared o le bombean gases desagradables en su habitación.
- c) paranoides: los síntomas son similares a la esquizofrenia de inicio tardío, aunque con predominancia de delirios de pasividad, como inserción, robo o lectura del pensamiento (“todo lo que pienso se transmite”, “a medida que pienso las cosas me las van quitando de la mente”).

En general, el trastorno delirante que surge en etapas tardías viene favorecido por factores como el aislamiento social y, de manera relevante, por dificultades sensoriales, sobre todo la sordera, ya que, al no captar bien la información sensorial, la interpreta a su manera. También pueden presentarse reacciones paranoides ante sucesos acaecidos en épocas recientes (robos o asaltos) que actuarían como precipitantes; estas ideas reactivas pueden ser transitorias y no asentarse como aspecto psicopatológico. Asimismo, puede ocurrir que, sin llegar a manifestarse un cuadro delirante evidente, la persona presente una actitud de suspicacia y cautela excesiva ante el médico, los familiares o personas extrañas, implicando la presencia de sintomatología subclínica.

2. TRASTORNOS DEPRESIVOS

Entre los mitos sobre el envejecimiento que se mencionaron más arriba se sitúa en un lugar destacado aquel que postula que un anciano es una persona triste, desvalida o melancólica. Sea o no así, los trastornos depresivos se erigen como el cuadro psicopatológico más estudiado en los AM.

Respecto a su prevalencia en este grupo de edad no termina de haber acuerdo. Mientras que unos autores afirman que las depresiones bien establecidas que cumplan criterios diagnósticos de trastorno depresivo mayor no son más frecuentes que en otras edades¹⁷, otros investigadores apuntan a que es el trastorno psicopatológico más frecuente en los ancianos¹⁸, otros señalan que parece disminuir en prevalencia a medida que avanza la edad¹⁹ y algunos estudios longitudinales indican que el riesgo de presentar una depresión crónica aumenta durante la vejez²⁰. En lo que parece haber consenso es en varios aspectos:

- Lo más frecuente son los casos incompletos, subsindrómicos o subumbrales.
 - Tienen una presentación atípica.
 - Abundan las comorbilidades con síntomas orgánicos que pueden actuar como desencadenante o como consecuencia, estableciéndose una espiral sin fin.
 - Se acompañan a menudo de deterioro de funciones superiores, lo que dificulta su diagnóstico diferencial con las demencias.
 - Con frecuencia, sobre todo los casos más graves, pueden evolucionar hacia una demencia franca.
- Podemos observar varias manifestaciones depresivas específicas de edades tardías:
- Síndrome de desmoralización: predominio de disforia (tristeza e irritabilidad, malestar afectivo) como respuesta al estrés acumulado por pérdidas o enfermedades.

¹⁷ LOBO, *op. cit.*

¹⁸ PLA y CHICLANA, *op. cit.*

¹⁹ GÓMEZ MÁRQUEZ, SENÍN CALDERÓN y RODRÍGUEZ TESTAL, *op. cit.*

²⁰ DE LA TORRE-LUQUE, A. “Riesgo de depresión crónica en la vejez”. *Mente y Cerebro*, 2020, 102, p. 35-37.

- Síndrome de depleción: Retardo psicomotor, alteraciones del sueño, pérdida del apetito y del interés por las cosas, desmotivación generalizada, desesperanza. No se observa la tristeza y los sentimientos de culpabilidad habituales en un trastorno del estado de ánimo.
- Melancolía involutiva: Se trata de un cuadro depresivo que aparece por primera vez después de los 55-60 años sin antecedentes depresivos previos. Suele estar asociado a la dificultad para adaptarse al proceso de envejecimiento, al balance negativo de la vida o a la disminución de la autoestima²¹. Cursa con ansiedad, hiperactivación motora, ideas delirantes hipocondríacas, nihilistas, de ruina y de calamidad inminente, así como con elementos paranoides.
- Pseudodemencia depresiva: Síndrome depresivo con manifestaciones cognitivas similares a las demencias, esto es, alteraciones cognitivas derivadas de trastornos depresivos primarios. A medida que desaparece la depresión, los déficits cognitivos suelen recuperarse al no tratarse de una auténtica lesión cerebral. Las funciones más afectadas son la atención, la memoria a corto plazo y la velocidad psicomotora. Esta entidad plantea evidentes problemas de diagnóstico diferencial entre la demencia y la depresión.
- Depresión vascular: Aunque es un concepto controvertido, algunos autores apuntan a la existencia de estados depresivos vinculados con accidentes cerebrovasculares. Este término fue sugerido por Post²² para describir un exceso de manifestaciones depresivas en el año posterior a un accidente cerebral vascular.

Más que episodios depresivos mayores francos, que no son muy habituales, suelen presentarse síntomas depresivos poco intensos o inespecíficos que se adscriben más a otros diagnósticos como distimia, depresiones enmascaradas, depresiones atípicas o trastornos adaptativos con síntomas depresivos, así como a cuadros incompletos o subsindrómicos que, no obstante, causan un intenso malestar en la persona, suelen pasar desapercibidos y, por tanto, no suelen ser objeto de tratamiento.

En términos generales, las depresiones en el AM cursan con un aumento de la ansiedad (la comorbilidad depresión-ansiedad es la norma, no la excepción), agitación, trastornos del sueño y del apetito, cansancio, tendencia al aislamiento y descuido de la apariencia personal, entre otros. La tristeza como síntoma nuclear de las depresiones en la edad adulta no es tan manifiesta en el AM, girando hacia un pesimismo acerca de la vida, anhedonia, hostilidad, menor tendencia al llanto (a veces es llamativa la “dificultad para llorar” que muestran), disminución de la autoestima (más que sentimientos de culpa) y, sobre todo, una relevante tendencia a las somatizaciones, volcando sobre el cuerpo ansiedades y duelos. Pero, como nos recuerda Urretavizcaya²³, en el AM es más importante detectar un cambio en el patrón (disminución del ánimo en semanas previas) que la presencia o ausencia de síntomas.

En general, y como resumen, los signos y síntomas más frecuentes de la depresión en edades tardías son la anorexia y pérdida de peso, somatizaciones, alteraciones cognitivas y la agitación psicomotora. Los intentos de suicidio son menos habituales que a edades más tempranas, pero aumentan los suicidios consumados.

Mención aparte merecen las *depresiones psicóticas*, en las que a los síntomas de una depresión profunda se unen elementos delirantes, normalmente congruentes con el estado de ánimo. En este sentido, abundan los delirios de tipo hipocondríaco: el cuerpo está deteriorándose, se descompone, se pudre. A esta temática se le puede unir la nihilista o de negación, con la afirmación de que han desaparecido los órganos internos, que el cuerpo es una mera apariencia, dando como resultado el conocido como *síndrome de Cotard*, definido como la negación del propio cuerpo,

²¹ CONDE-SALA, *op. cit.*

²² CERVILLA BALLESTEROS, J. A. “Trastornos depresivos”. En AGÜERA ORTIZ, L., MARTÍN CARRASCO, M., CERVILLA BALLESTEROS, J. (Eds.). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, 2002, p. 333-360.

²³ URRETAVIZCAYA, *op. cit.*

parte del mismo o de la propia existencia: “solía tener un corazón; ahora tengo algo que late en su lugar. No tengo estómago (...) la comida cae en un agujero”²⁴.

Como apunta De la Torre-Luque²⁵, una vez desencadenado un trastorno depresivo en el AM, el riesgo de que se cronifique aumenta a medida que la persona va envejeciendo. Este riesgo parece asociado con cuatro factores clave: ser mujer, la pérdida progresiva de audición, sufrir una enfermedad crónica y la soledad. Tener antecedentes de trastorno afectivo en etapas previas también se relaciona con la posibilidad de persistencia.

Dando por sentado que la probabilidad de padecer algún trastorno orgánico aumenta con la edad y, por consiguiente, que la presencia de algún “achaque” es común a partir de ciertos momentos, la depresión en el AM está asociada a un mayor riesgo de sufrir enfermedades neurodegenerativas, además de influir de manera directa en el estado físico: alteraciones en el sistema inmunitario y en el metabolismo, niveles altos de proteína C-reactiva (indicadora de algún tipo de inflamación sistémica), de fibrinógeno (marcador de coagulación sanguínea), triglicéridos y glucosa en sangre.

3. TRASTORNO BIPOLAR

En términos generales, se denomina trastorno bipolar a la presencia de episodios de humor exaltado o expansivo (maníacos) junto a otros de depresión y humor triste (depresivos). Siguiendo las normas diagnósticas de los sistemas de clasificación al uso, como el DSM-5²⁶, basta que haya existido un único episodio maníaco o hipomaníaco para que la persona sea diagnosticada de trastorno bipolar.

Puesto que ya hemos descrito las características esenciales de la depresión en el AM, solo mencionaremos brevemente algunos matices de los episodios maníacos, ya que es opinión mayoritaria la idea de que es infrecuente que un trastorno bipolar debute en esta etapa. Sin embargo, hay opiniones reputadas que informan de que el primer episodio maníaco puede aparecer hasta en el 30% de los casos a partir de los 65 años²⁷. Lo más habitual es la evolución crónica de un trastorno bipolar adulto, cuyos síntomas pueden sufrir modificaciones aunque no siempre se atenúan con la edad^{28,29}: Ciclos más rápidos (cambios más rápidos entre manía y depresión), estado de ánimo irritable más que eufórico, menos hiperactividad, menos fuga de ideas, ideación obsesiva o interpretaciones paranoides de la realidad. La aparición tardía de un cuadro maníaco, sin existir antecedentes, obliga a hacer una completa evaluación ante la posibilidad de que se deba a una alteración neurológica primaria (por ejemplo, demencias frontales o frontotemporales), metabólica (como hipotiroidismo), hipovitamínicas (sobre todo de la B12), infecciones o efectos de algunos fármacos (corticoides o anticolinérgicos entre otros), implicando, en realidad, una manía secundaria.

4. TRASTORNOS DE ANSIEDAD, ADAPTATIVOS Y POR ESTRÉS

Este apartado recoge una serie de alteraciones que representan a un alto porcentaje de la población adulta pero que, de nuevo, en la edad tardía reviste ciertas peculiaridades. Se trata de

²⁴ ENOCH y BALL, *op. cit.*, p. 208.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5.ª ed. (DSM-5)*. Madrid: Médica Panamericana, 2013.

²⁷ SORIA GARCÍA-ROSEL, E., LÓPEZ-ÁLVAREZ, J., AGÜERA-ORTIZ, L. “Importancia del diagnóstico diferencial de los síntomas depresivos en ancianos con trastorno bipolar”. *Psicogeriatría*, 2019; 9 (1), p. 37-39.

²⁸ GÓMEZ MÁRQUEZ, SENÍN CALDERÓN Y RODRÍGUEZ TESTAL, *op. cit.*

²⁹ SÁNCHEZ PÉREZ, M. “Manifestaciones clínicas y manejo terapéutico del trastorno bipolar”. En AGÜERA ORTIZ, L. *et al.* (eds.). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, 2002, p. 361-370.

cuadros cuyo síntoma básico es la ansiedad, la angustia, la sensación de amenaza, el temor a que ocurra algo malo o la percepción de la realidad (o parte de ella) como peligrosa. Nos referimos a los trastornos de ansiedad, fóbicos, obsesivos y por estrés.

Como ya señalamos respecto a la depresión, se presupone que una persona mayor es, *per se*, temerosa, ansiosa, acobardada y miedosa. Se da por entendido que el afrontamiento a diversos estresores es menos eficaz y que el temor se instala indefectiblemente en sus vidas. No obstante, el envejecimiento no es un factor de riesgo para la aparición de síndromes ansiosos, siendo, en general, menos frecuentes que en la vida adulta previa (en torno al 10% de los mayores de 65 años). Es difícil que aparezcan trastornos de ansiedad en esta etapa, lo más habitual son los efectos de la cronificación de aquellos que tuvieron un comienzo temprano y, de nuevo, con una modificación de sus manifestaciones ya que es habitual la somatización de las ansiedades y sufrimientos. También es esperable que haya síntomas ansiosos ante distintos eventos vitales, lo que no significa que la persona padezca un trastorno de ansiedad clínicamente formado.

La ansiedad en el AM se suele presentar como síntoma de otros cuadros y/o formando parte de un síndrome ansioso-depresivo. La presentación puede ser atípica como un malestar indefinido, miedo a algo desconocido, aprensión, sensación de inestabilidad, inquietud, demanda de atención y, sobre todo, síntomas somáticos: temblores, mialgias, vértigos, sensación de opresión en el pecho, diarreas, sensación de falta de aire...

En general, las *crisis de angustia y los ataques de pánico* parecen disminuir en intensidad a medida que la persona envejece. Si bien el trastorno de pánico es considerado crónico, la edad mitiga sus manifestaciones, tornando hacia crisis atenuadas o hacia un estado permanente de ansiedad difusa que bien puede transformarse en ansiedad generalizada. Cuando sobreviene una crisis, la dificultad respiratoria, la sensación de mareo y el miedo a caerse son los síntomas más representativos.

El *trastorno de ansiedad generalizada (TAG)* parece ser el más frecuente, con preocupaciones en torno a la propia salud o la de los allegados, a la soledad, a que les ocurra algo y nadie lo sepa o a sufrir pérdidas y separaciones. En ocasiones, el TAG se inició en etapas previas y determinadas circunstancias actuales ejercen de disparadoras para la reactivación del trastorno o para exacerbarlo.

Las *fobias específicas* de aparición tardía suelen estar referidas a situaciones que la persona vive como peligrosas: salir a la calle, caerse, entrar en lugares públicos, todo lo cual hace que la *agorafobia* se sitúe entre las más prevalentes y, en muchas ocasiones, fundada en situaciones desencadenantes como enfermedades, caídas o agresiones en la calle. Según Urretavizcaya³⁰, las situaciones más temidas son el transporte público (60%), las multitudes (42%), los lugares cerrados (35%), caminar solo (35%) y alejarse de casa (30%). Con todo, parece que la presencia de fobias específicas va disminuyendo significativamente a partir de los 75 años, si exceptuamos la *fobia a sufrir una caída*³¹. La *fobia social* es menos frecuente: las de inicio temprano se van mitigando con la edad; las de aparición tardía cambian de estímulo fóbico ya que en estos momentos no se trata del temor a hablar en público, sino, por ejemplo, a que la dentadura postiza se mueva, a la incontinencia urinaria o a circunstancias similares que pudieran poner al sujeto en una posición humillante al comer o levantarse, provocando la evitación de las situaciones susceptibles de precipitar tales eventos.

El *trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)*, aunque a veces se detecta después de los 65 años, tiene una prevalencia menor que en otras edades, si bien pocos estudios analizan muestras de pacientes obsesivos que alcancen la adultez tardía. Lo que se ha observado es que los sujetos mayores con TOC crónico muestran menor intensidad de los síntomas, de conductas rituales y de malestar ante sus manifestaciones (menos egodistónico). Las ideas obsesivas persisten, aunque pierden

³⁰ *Ibid.*

³¹ GRENIER, S. *et al.* "Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis". *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2019, 34(3), p. 397-407.

intensidad e interferencia en la vida cotidiana, siendo frecuentes las relacionadas con contenidos religiosos.

Algunos autores hablan de un síndrome grave y de mal pronóstico denominado *síndrome de inundación ansiosa*³²⁻³³). Cursa con ansiedad grave, síntomas depresivos y deterioro cognitivo moderado, llevando al paciente a un grado extremo de dependencia de los familiares con los que vive. A esto se asocia un estilo de personalidad especialmente demandante y regresivo: no tolera quedarse solo en casa, manifiesta continuas quejas y peticiones durante día y noche, demanda insistentemente soluciones médicas a sus molestias, siempre y cuando no tenga que colaborar activamente en esas medidas. Así, “la enfermedad del paciente se convierte en la enfermedad de la familia y todo ronda alrededor de ella”³⁴.

El *trastorno por estrés postraumático* (TEPT) es concebido como aquel síndrome que se desencadena tras la vivencia de situaciones extremadamente amenazantes o que ponen en riesgo la propia vida. Nos resulta obvio que experiencias extremas vividas por una persona puedan acarrear consecuencias psicopatológicas incluso años después de que tales experiencias hayan tenido lugar, generando un TEPT crónico. Un ejemplo de ello puede observarse en supervivientes del Holocausto nazi, algunos de los cuales aún hoy, 70 años después, siguen experimentando síntomas como depresión, reexperimentación y duelo prolongado³⁵.

Sin embargo, no debemos olvidar la consideración subjetiva que puede encerrar la noción de evento traumático, ya que se puede entender como tal toda situación para la que la persona siente que no dispone de mecanismos eficaces de afrontamiento. En este sentido, hemos de dirigir nuestra atención hacia muchas circunstancias por las que puede atravesar un AM: desde ser víctima de robos o asaltos hasta una serie de eventos normativos que indefectiblemente van a desafiar su sentido de estabilidad e, incluso, de identidad y de los que hablaremos seguidamente. No obstante, incluso cuando ocurren acontecimientos vitales amenazantes, subjetiva u objetivamente hablando, solo una minoría de AM desarrolla un TEPT.

Con más frecuencia se presenta el *trastorno adaptativo*, el cual se caracteriza por una serie de síntomas que suponen la reacción a nuevas condiciones vitales a las cuales la persona debe acomodarse, esto es, ha de ajustar sus preferencias a las demandas situacionales. Una de estas circunstancias son las caídas, pudiendo desembocar en el llamado *síndrome poscaída*, que cursa con manifestaciones ansiosas y depresivas, inmovilidad y pérdida de autoestima. El afectado muestra un temor exagerado a volverse a caer, lo que le lleva a evitar actividades previas, todo lo cual, en las actuales clasificaciones de los trastornos mentales, es considerado como un tipo de fobia específica. Curiosamente, a menudo las conductas evitadoras son reforzadas por los familiares, que tienden a sobreproteger al AM limitando sus actividades y responsabilidades para que el riesgo de nuevas caídas disminuya.

La *pérdida de un ser querido* es otro acontecimiento vital normativo al que todas las personas mayores se enfrentan. Van desapareciendo amistades, familiares o el cónyuge, lo cual implica una adaptación a la situación generada, a la soledad de la añoranza y, quizá, a la idea de la propia muerte. Todo ello puede desencadenar estados pseudodepresivos que no son más que reacciones normales ante la pérdida. No obstante, cuando esta sintomatología se alarga en el tiempo y/o no remite en intensidad, hablamos de *duelo complicado*.

El *internamiento en una residencia* es otra situación estresante que puede irrumpir en el devenir vital del AM. El impacto que tendrá en la persona dependerá de muchos factores, entre ellos la voluntariedad del ingreso, si ingresa acompañado o no, o del grado de participación que haya

³² AGÜERA ORTIZ, L.; CERVILLA BALLESTEROS, J. A. “Trastornos de ansiedad”. En AGÜERA ORTIZ, L. *et al.* (eds.). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, 2002, p. 469-498.

³³ GÓMEZ MÁRQUEZ *et al.*, *op. cit.*

³⁴ AGÜERA ORTIZ y CERVILLA BALLESTEROS, *op. cit.*, p. 480.

³⁵ FORSTMEIER, S. *et al.* “Life review therapy for Holocaust survivors (LRT-HS): Study protocol for a randomised controlled trial”. *BMC Psychiatry*, 2020, 20. <http://dx.doi.org/10.1186/s12888-020-02600-5>.

tenido en la decisión. En ocasiones se observa el *síndrome del primer mes*, que refleja su esfuerzo por adaptarse, observándose desorientación, depresión o deterioro cognitivo acelerado.

Es de ley hacer un breve comentario sobre unas circunstancias extremadamente estresantes que todos estamos viviendo, la pandemia del COVID-19, cuyos efectos, más allá de los relacionados directamente con la salud, están teniendo una repercusión marcada en la salud psíquica de nuestros mayores. No olvidemos que el aislamiento obligado por el confinamiento ha supuesto la pérdida de contacto con familiares y, en muchas ocasiones, la vivencia de la soledad y desamparo más absolutos. Picaza, Eiguren, Dosil y Ozamiz³⁶ han examinado el nivel de estrés, ansiedad y depresión en 290 participantes del País Vasco mayores de 60 años. Entre ellos, aquellos con más de 66 años con alguna enfermedad crónica informaron de la presencia de uno, dos o los tres síntomas estudiados.

En un “webinar” organizado por los laboratorios Lundbeck el pasado 1 de julio³⁷, expertos psicogeriatras debatieron acerca de la situación creada por el coronavirus. Se hizo hincapié en que el aislamiento, el abandono de relaciones y actividades, el miedo al contagio y el sentimiento de discriminación para acceder a determinadas pruebas médicas parece haber provocado un aumento de síntomas depresivos y ansiosos en esta población, lo cual (en nuestra opinión) puede haberse visto alimentado por los medios de comunicación, proclives a difundir el mensaje de la alta proporción de afectados mayores de 65 años, de fallecimientos, de la situación de las residencias de ancianos y sus altas cifras de mortalidad e, incluso, algunas informaciones (verídicas o no) sobre la no administración de tratamiento según la edad del paciente. Los duelos diferidos, la ansiedad, los temores hipocondríacos en relación con el coronavirus y la sensación de vulnerabilidad pueden haber incidido de forma manifiesta en los AM, aunque aún no se tienen datos reales para conocer el auténtico impacto.

En este mismo marco también se ha puesto de relieve otra consecuencia: síntomas de deterioro cognitivo en pacientes que antes no los habían presentado y el agravamiento rápido en aquellos que manifestaban un deterioro leve, lo cual requerirá un análisis más profundo por parte de los profesionales.

5. TRASTORNOS SOMATOMORFOS (O DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS)

Se habla de trastorno somatomorfo para hacer referencia a la manifestación de síntomas físicos sin que haya una constatación objetiva que los justifique, o una queja excesiva en relación con el daño existente. Si bien la última clasificación de la American Psychiatric Association (DSM-5) ha eliminado la consideración de la ausencia de base orgánica para las quejas o síntomas, este criterio sigue contribuyendo de forma evidente para poner sobre la pista del problema. En este sentido hay consenso acerca de la corporalización que se produce en los AM de los sufrimientos psíquicos lo que, unido a la frecuente comorbilidad con enfermedades o alteraciones orgánicas, hace de los trastornos somatomorfos los más frecuentes en este grupo etario. Pero, de nuevo, prima la asunción de que una persona mayor, por norma, tiene dolores y achaques varios y que es lógico que se queje de ello, por lo que, también en este caso, las alteraciones de la ansiedad relacionada con la salud aparecen infradiagnosticadas.

En las consultas se observa menos verbalización de tristeza, depresión o ansiedad, convirtiendo los síntomas físicos y las preocupaciones acerca de la salud en el foco de la atención sanitaria.

³⁶ PICAZA, M., EIGUREN, A., DOSIL, M., OZAMIZ, N. “Stress, anxiety, and depression in people aged over 60 in the COVID-19 outbreak in a sample collected in northern Spain”. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020, 31. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.05.022>

³⁷ “La situación provocada por el Covid-19 ha empeorado el estado de ánimo de los ancianos”. Disponible en <https://psiquiatria.com/corona-virus-covid-19/la-situacion-provocada-por-el-covid-19-ha-empeorado-el-estado-de-animo-de-los-ancianos--1/>. Consultado el 1/07/2020.

Es habitual la hiperfrecuentación médica, siendo más extraño que acudan a psicoterapia, ya que la ansiedad y los sentimientos depresivos (como alteraciones más comunes) suelen convertirse en mareos, fatiga, micción frecuente, dificultades de deglución o de concentración.

Los *temores hipocondríacos* inciden especialmente en los AM, prestando una atención detenida a cualquier cambio corporal, signo trivial o molestia transitoria, adquiriendo todo ello un significado amenazante y siendo para la persona señal inequívoca del padecimiento de una enfermedad potencialmente mortal o deteriorante. La hipocondría primaria se presenta de forma esporádica, siendo más habitual la derivada de sufrir determinadas enfermedades, lo que conlleva una exagerada preocupación por la salud y niveles altos de ansiedad cuando se aprecia un mínimo cambio. De hecho, la constante atención hacia determinados órganos o zonas corporales motiva, en un movimiento de autosugestión, la aparición de sensaciones que son amplificadas y a las que confiere un significado patológico. Todo ello puede dar como consecuencia que acudir al médico se convierta en una rutina casi diaria.

Sin embargo, también podemos hallar AM (como en sujetos hipocondríacos de edades previas) que eviten la asistencia médica. Las razones que se mencionan para rechazar tal atención y que, por tanto, no acudan ante el surgimiento de un desorden, son varias: sentirse incómodos cuando alguien les mira el cuerpo, miedo a que le descubran alguna enfermedad grave o porque les hace pensar en la muerte³⁸.

No parece especialmente frecuente el *trastorno de somatización* (entendiendo por tal la presencia de síntomas y molestias físicos sin justificación orgánica), aunque sí pueden darse síntomas indiferenciados como fatiga, pérdida de apetito o molestias gastrointestinales. Más habituales son las somatizaciones con predominio de dolor, sobre todo cuando coexisten problemas articulatorios u óseos, manifestando una respuesta emocional exagerada y quejas constantes ante la presencia de tales molestias.

Sea como fuere, se debe tomar en consideración la reiterada comorbilidad entre las tres psicopatologías más frecuentes en este grupo de edad: los trastornos depresivos, de ansiedad y los somatomorfos. En 2013 se realizó un estudio epidemiológico con 426 sujetos mayores de 75 años, detectándose que las alteraciones más prevalentes fueron las del estado de ánimo (33.8%), seguidas por los trastornos somatomorfos (24.4%) y los de ansiedad (14.3). El 6.3% presentaba comorbilidad psiquiátrica entre estos tres diagnósticos³⁹. Este trabajo vino a corroborar la idea de los cuadros más comunes, si bien el hincapié en la población mayor de 75 años y la inclusión de los trastornos somatomorfos en el objetivo del estudio confirieron una relevancia considerable a este trabajo, máxime considerando la importancia que adquiere su manejo en la atención primaria.

6. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En este apartado se cuestiona la propia definición de trastorno de la personalidad (TP), la cual dirige la atención al desarrollo de patrones disfuncionales que se ponen de manifiesto al final de la adolescencia o primeros años de la vida adulta. En este sentido, si apuntamos a un TP como una exageración de un rasgo de personalidad (desde un punto de vista dimensional más que categorial), un TP no podría aparecer en edades tardías, puesto que la personalidad de base estaría estructurada desde los 25-30 años, con los valores, preferencias y actitudes asentados desde mucho tiempo atrás. Por ello, y desde esta perspectiva, los TP del AM solo implicarían la evolución de un TP previo, partiendo de la base de que la personalidad no cambia, aunque pueda manifestarse de manera diferente a lo largo de la vida. Esto hace referencia al concepto de *continuidad heterotípica*,

³⁸ BRYAN, L., TABER, J. M., TRIVEDI, A. "Medical care avoidance among older adults". *Journal of Applied Gerontology*, 2020, 39(1), p. 74-85.

³⁹ VIVES, M. *et al.* "Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años". *Actas Españolas de Psiquiatría*, 2013, 41(4), p.218-26.

esto es, que un cambio en la conducta no implica un cambio de personalidad o, dicho de otra manera, que una persona puede mantener estable el núcleo de un trastorno, aunque a lo largo del tiempo su expresión conductual vaya cambiando^{40 41}.

Para abordar el terreno de los TP en el AM resulta necesario dejar claros varios hechos:

- No existen instrumentos diagnósticos de TP diseñados específicamente para AM.
- Los que existen no están validados para esta población.
- De hecho, con frecuencia este grupo poblacional se excluye de las investigaciones sobre TP.
- Determinadas conductas que sirven como “marcadores” de los distintos TP en personas jóvenes son mucho menos probables en ancianos.
- Y como corolario de los puntos anteriores: los criterios de TP están diseñados para su aplicación a personas jóvenes y en buenas condiciones físicas.

En este ámbito también asistimos a la presunción del AM como alguien rígido, “maniático”, egocéntrico, como aquella persona en la que sus características personales previas se acentúan a medida que pasan los años. Por otro lado, desde un punto de vista clínico, se presupone que la mayoría de los rasgos que han conformado un TP en etapas previas van disolviéndose y suavizándose con la edad, si bien algunas estimaciones sitúan en torno al 10% la incidencia de TP en personas mayores de 50 años, todo ello vinculado con mayores índices de ideación suicida, peor salud física, mayor propensión al deterioro cognitivo y, en general, peor calidad de vida derivada de los problemas que han ido arrastrando a lo largo del desarrollo de su trastorno en su evolución vital^{42 43}. Por ende, los TP tendrán una influencia máxima en la evolución de los trastornos concurrentes, tanto físicos como psíquicos, pudiendo complicar la salud si no son detectados o son pasados por alto⁴⁴.

A pesar de las citadas repercusiones, la inmensa mayoría de los trabajos sobre TP están focalizados en la etapa adulta, pasando por alto la incidencia e influencia en el AM y, por ello, con una llamativa escasez de literatura. En 2013, Oldham y Skodol⁴⁵, figuras relevantes en el estudio de los TP, aludían a un creciente interés en el estudio del curso longitudinal de los TP hasta alcanzar la edad avanzada, interés que se vio reflejado en un estudio epidemiológico a gran escala y en la publicación de un apartado exclusivo sobre esta cuestión en el PDM-2⁴⁶. En nuestro país, unos años antes, Cervilla y McKenney⁴⁷ estudiaron una muestra clínica de 2082 pacientes diagnosticados de TP según criterios DSM-IV, de los cuales el 9,55% eran mayores de 65 años, obteniendo algunas conclusiones acerca del predominio de TP del cluster A en los pacientes más longevos. Pero el interés parece que ha prosperado poco.

Como hemos señalado más arriba, tradicionalmente se ha aludido a una suavización de las manifestaciones sintomáticas de los TP en la vejez, tendiendo al desarrollo de conductas menos desadaptadas. Esto es más llamativo en aquellos patrones conductuales más vinculados con

⁴⁰ DEL CORNO, F.; PLOTKIN, D. “Personality Patterns and Syndromes in the Elderly”. En LINGIARDI, V.; MCWILLIAMS, N. *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Second Edition (PDM-2). New York, London: The Guilford Press, 2017, p. 777-819.

⁴¹ MARTÍN CARRASCO, M. “Trastornos de personalidad”. En AGÜERA ORTIZ, L., MARTÍN CARRASCO, M., CERVILLA BALLESTEROS, J. (eds.). *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson, 2002, p. 499-508.

⁴² CRUITT, P. J.; OLTMANN, T. F. “Age-related outcomes associated with personality pathology in later life”. *Current Opinion in Psychology*, 2018, 21, p. 89-93.

⁴³ HOLZER, K. J.; HUANG, J. “Physical health-related quality of life among older adults with personality disorders”. *Aging & Mental Health*, 2019, 23(8), p. 1031-1040.

⁴⁴ GUERRERO-JIMÉNEZ, M. *et al.* “Trastornos de personalidad en el anciano y ‘efecto matrimonio’: un enfoque relacional a propósito de un caso”. *Psicogeriatría*, 2016, 6 (3), p. 121-124.

⁴⁵ OLDHAM, J. M.; SKODOL, A. E. “Personality and Personality Disorders, and the Passage of Time”. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013, 21(8), p. 709-712.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ CERVILLA BALLESTEROS, J. A.; MCKENNEY, K. “Epidemiología de los trastornos de personalidad en el anciano: prevalencia asistida, comorbilidad y uso de servicios”. *Informaciones psiquiátricas*, 2011, 204(2), p. 101-110.

conductas impulsivas. Como lo resumen Gómez, Senín y Rodríguez-Testal⁴⁸, las presentaciones del grupo B se moderan (sobre todo en los trastornos límite y antisocial), incrementándose la relevancia del grupo C (como la personalidad obsesiva y la dependiente) y quizá la del A (sobre todo formas paranoide y esquizotípica). En la misma línea se pronuncian Del Corno y Plotkin⁴⁹.

En un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos en 2013 se comprobó que el 8,07% de adultos mayores de 65 años tenían, al menos, un TP. El más prevalente fue el TP obsesivo (no el TOC como síndrome), seguido por la personalidad evitativa. Solo un 5% fueron diagnosticados de TP límite⁵⁰. En el estudio en muestra clínica realizado en España por Cervilla y McKenney antes citado⁵¹, se obtuvo que los TP más frecuentes fueron el paranoide y el histriónico (22,6% ambos), seguido por el esquizoide (16%), observándose, por tanto, un predominio del grupo A y un descenso del B. Conclusiones con matices diferenciales, no concordantes y disparidad de criterios de selección de la muestra parecen la norma cuando se comparan los escasos trabajos dedicados a este particular.

Sería de interés podernos detener en las particularidades de cada patrón de personalidad en la adultez avanzada, aunque haría este trabajo demasiado amplio. Solo queremos señalar un aspecto que convendría tener en cuenta: la posibilidad de que se produzca un importante sesgo en el establecimiento del diagnóstico de algunos TP en este tramo de edad, como ocurre en el TP dependiente. Se asume que cuanto mayor es la persona, más tendencia hay a que necesite depender de los demás, que no se atreva a realizar determinadas actividades sola o a que se vea obligada a adquirir un rol de supeditación a las decisiones de otros, todo lo cual hará que se incremente el patrón disfuncional, aunque no por ello constituya un TP dependiente. Otro ejemplo lo puede representar el TP esquizoide: por muchas razones una persona mayor puede preferir estar en casa o no relacionarse con amigos como lo hacía antes sin que sea susceptible de ser diagnosticada de un TP esquizoide. Dado que un TP no surge por primera vez en edades avanzadas, habría que realizar un estudio de la personalidad previa para aseverar o descartar tal diagnóstico.

7. CONCLUSIONES

El trabajo presentado ha tenido como objetivo básico exponer brevemente el estado de la cuestión de la psicopatología del AM. Si bien la literatura acerca de esta temática es profusa en los trastornos relacionados con el deterioro cognitivo y las demencias, con todo el acompañamiento psicopatológico a ellas vinculado, poca atención parece prestarse a los desórdenes psíquicos de otra índole. Con el título “no todo es demencia” hemos pretendido poner sobre la mesa, de manera breve, sucinta y limitada, el panorama psicopatológico que puede detectarse en edades avanzadas, si bien es llamativa la escasez de investigaciones sobre el tema. En términos generales, podemos obtener algunas conclusiones de lo aquí expuesto:

- La poca atención a la psicopatología del AM (aparte de la referida a los cuadros demenciales o predemenciales) puede venir mediatizada por ideas preconcebidas acerca de la salud mental de los ancianos. El *senectismo* puede estar condicionando que no se le conceda la misma importancia que en otros grupos de edad.
- Los trastornos psicopatológicos más estudiados en este tramo etario son, por este orden, los depresivos, los relacionados con la ansiedad y los somatomorfos.

⁴⁸ *Ibid.*

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ DEL CORNO, F.; KIOSSES, D. “The PDM-2 Perspective on Later Life”. *Psychoanalytic Psychology*, 2018, 35(3), p. 346-350; SCHUSTER, J. P. *et al.* “Personality Disorders in Older Adults: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions”. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2013, 21 (8), p. 757-768.

⁵¹ *Ibid.*

- La comorbilidad entre estos tres diagnósticos es frecuente, también es común la díada ansiedad-depresión.
- Hay una tendencia a la manifestación somática de los sentimientos de tristeza en forma de depresiones enmascaradas o somatizadas. Lo mismo ocurre con los cuadros ansiosos.
- En el AM hay que prestar atención a la presentación del cuadro: o bien representa la evolución de un desorden que se inició en etapas anteriores (evolución crónica), o bien es un síndrome que debuta de forma tardía.
- Es posible que, aunque el diagnóstico previo se mantenga, las manifestaciones varíen a medida que la persona envejece.
- Los cuadros que debutan en edad tardía pueden presentarse con síntomas atípicos.

Al tratarse este trabajo de una reflexión teórica, la presencia de limitaciones es obvia. El rastreo bibliográfico exhaustivo, la discriminación y descripción más profunda de cada uno de los cuadros psicopatológicos o la distinción entre muestras clínicas y no clínicas de las investigaciones incorporadas, pueden representar puntos de partida para futuros trabajos. Sirvan estas líneas como una breve aproximación y como una llamada de atención.