

Edad tardía (Manual de diagnóstico psicoanalítico 2 [Lingiardi y McWilliams, 2017])

Later life (Psychoanalytic diagnostic manual 2 [Lingiardi and McWilliams, 2017])

Yolanda Domene

Sociedad Forum de Psicoterapia Psicoanalítica

Reseña de Lingiardi, V. y McWilliams, N. (2017). Later life. En V. Lingiardi y N. McWilliams, (Eds.), *Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2* (pp. 751-814). The Guilford Press.

Hasta ahora, ningún manual diagnóstico (DSM, CIE o PDM) había dedicado una parte a la edad tardía, este vacío puede reflejar un problema general de negación del envejecimiento en sociedades fuertemente orientadas a la juventud.

Los autores nos alertan de prejuicios hacia este colectivo que identifican a los mayores como rígidos e incapaces de cambiar y nos advierten de que tanto las publicaciones recientes como la experiencia clínica sugieren que no es así.

El trabajo aborda directamente cómo las personas, en el contexto de un cerebro y una mente envejecida, enfrentan la enfermedad, sus vidas cotidianas, relaciones sociales y otros aspectos generales.

Aunque, desafortunadamente, hay una escasez de datos empíricos sobre adultos mayores en general, y específicamente sobre aspectos psicodinámicos de envejecimiento, sí existe evidencia para respaldar algunas observaciones básicas:

- 1- La heterogeneidad y variabilidad asociada al envejecimiento es muy amplia.
- 2- Si bien no existe un parámetro biológico o psicológico que defina “anciano”, se ha aceptado generalmente que la vejez comienza a los 65 años. Para fines clínicos, un límite aceptado ha sido incluso más joven, 55 años.
- 3- El envejecimiento se asocia en general con beneficios positivos para la salud emocional y mental, incluyendo mayor satisfacción con la vida.
- 4- Existe una mayor cronicidad y comorbidad

5- El cambio es posible incluso en la vejez.

6- Las actitudes culturales sobre el envejecimiento son consideraciones importantes en cualquier clasificación sobre la salud mental, especialmente una que se centra en una dimensión psicodinámica.

Esta sección seguirá la estructura básica del PDM-2 con modificaciones para adultos mayores: Eje-ME: Perfil del funcionamiento mental para la edad tardía; Eje-PE: Patrones de personalidad y síndromes; y Eje-SE: Patrones de síntomas, la experiencia subjetiva.

Capítulo 12. Franco del Corno y Daniel Plotkin. Eje-ME Perfil de funcionamiento mental para las personas mayores

Existe una tendencia general en la literatura a delinear un proceso de desarrollo psicológico y físico llamado *envejecimiento típico (normal)* que implica una disminución gradual de las capacidades psicofísicas y sociales. Al mismo tiempo, muchos autores también han señalado que este proceso de declive se compensa con varios procesos posibles diferentes de enriquecimiento, integración y finalización de la identidad y la narrativa autobiográfica. Por eso, cuando hablamos del desarrollo natural de la personalidad senil en los ancianos, debemos pensar, según los autores, no solo en la disminución de recursos psicofísicos, sino también sobre el surgimiento de una nueva forma de vida, con nuevos hábitos, nuevos roles y nuevas relaciones.

La evaluación del funcionamiento mental en personas mayores de 70 años requiere prestar atención a una intrincada interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales.

El funcionamiento mental del individuo es el equilibrio entre las habilidades mentales y las demandas / solicitudes del entorno. La literatura indica que un ambiente adecuadamente estimulante puede contribuir al mantenimiento y a veces a la mejora del funcionamiento mental; a la inversa, en uno poco estimulante se puede producir un posible declive.

El diagnóstico de trastorno neurocognitivo es fundamental, ya que se trata de un trastorno global con capacidad de afectar las emociones y los comportamientos.

En el resto de este capítulo, se describirán las 12 categorías de funciones mentales básicas sobre el Eje-M que se aplican a los adultos mayores. También se introduce un procedimiento de evaluación llamado “Resumen del funcionamiento mental básico para el Eje-ME”, mediante el cual un médico puede indicar en una escala de 5 puntos el nivel en el que cada función mental está articulada.

La capacidad de regulación, atención y aprendizaje

Esta capacidad incluye todos aquellos procesos que permitirán al individuo atender y procesar información externa e interna, focalizar la atención o bien dividirla para atender una o múltiples tareas.

En personas de más de 70 años habrá que tener en cuenta la posibilidad de daños neurobiológicos. Los problemas de memoria son muy frecuentes en estos trastornos, sobre todo en la memoria a corto plazo, y tienen un fuerte impacto en el funcionamiento cotidiano.

La capacidad de aprender nuevas tareas está disminuida en los ancianos, sin embargo, estudios recientes parecen apuntar a que podrían mantener habilidades de aprendizaje suficientes, y que el entrenamiento en determinadas estrategias de aprendizaje podría ser beneficioso.

Capacidad de rango afectivo, comunicación y entendimiento

En general, es absolutamente normal que las personas mayores cambien sus comportamientos, con modificaciones graduales de las formas en que experimentan y manifiestan emociones, intereses sociales y habilidades cognitivas.

Capacidad para la mentalización y función reflexiva

La vejez conlleva una disminución de contactos sociales así como de experiencias nuevas, este hecho, unido a cierta vulnerabilidad psicológica, podría llevar a algunas personas a reaccionar a sus dificultades mediante somatizaciones.

En otros casos, si las habilidades de mentalización previas fueron buenas, la experiencia vital y el conocimiento podría incluso mejorar la capacidad de comprender los estados mentales propios y ajenos.

Capacidad para la diferenciación y la integración (Identidad)

Solo existirá un buen funcionamiento de esta capacidad si se desarrolló en etapas previas.

El sentido de identidad podría dañarse o romperse al aumentar la dependencia de los otros, por una reducción de recursos físicos y/o cognitivos.

Capacidad para las relaciones y la intimidad

Los déficits sensoriales tan frecuentes en la vejez, sobre todo visuales y auditivos, pueden influir en un creciente aislamiento y soledad, en un momento en el que la necesidad de relaciones afectivas se mantiene o incluso se incrementa.

La sexualidad requiere una atención especial, ya que es común que aparezca una disminución de las necesidades y deseos sexuales. Esta reducción del interés sexual puede ser problemática en personas para las que la dimensión sexual era central, pudiendo provocar reacciones depresivas o comportamientos desinhibidos que aparecen sin conexión con episodios maníacos o desórdenes neurocognitivos.

Capacidad para la regulación de la autoestima y calidad de la experiencia interna

Muchos autores señalan que la vejez va acompañada de sentimientos de pérdida que en esencia llevarían a las personas a enfrentar una crisis de identidad, que en algunas ocasiones sería a expensas de la autoestima.

Capacidad para la regulación emocional y el control de impulsos

El envejecimiento puede afectar negativamente a esta capacidad. Un déficit en la regulación y control o un exceso de control en etapas vitales previas predecirán fallas en esta capacidad.

Capacidad para las funciones defensivas

Tanto la presencia de eventos vitales complicados, como la disminución en habilidades cognitivas y deterioro de salud física, podrían incrementar el uso de patrones defensivos primitivos, con prevalencia de defensas proyectivas sobre mecanismos más adaptativos.

Capacidad para la adaptación, resiliencia y fortaleza

El tener que enfrentar numerosos sucesos adversos, debe ser considerado, al evaluar la fortaleza de cada persona. Además, la presencia de daños neurocognitivos afectará a esta capacidad.

Capacidades de autoobservación

Se requieren buenas capacidades de autoobservación para afrontar las dificultades que acompañan el envejecimiento.

Un individuo con un nivel alto de funcionamiento en esta capacidad tiene una alta motivación y capacidad para observar y comprender sus sentimientos, pensamientos y conductas.

Capacidad para construir y usar normas e ideales internos

Aunque el envejecimiento conlleva mayor rigidez normativa, a menudo es una respuesta defensiva a un entorno cambiante en cuanto a relaciones sociales, sexuales, tecnología... etc. Hay sin embargo, otros ancianos que se vuelven más libres frente a las normas sociales y culturales al disminuir sus expectativas de reconocimiento social.

Capacidad para encontrar sentido y propósito en la vida

Refleja el sentimiento de ser un miembro activo de una familia, sociedad o comunidad, y no solo implica aceptar los cambios, también trabajar para adaptar nuevos proyectos o crear nuevos.

Capítulo 13. Franco del Corno y Daniel Plotkin. Eje-PE Síndromes y patrones de personalidad en la vejez

Advierten los autores de que el PDM-2 difiere de los sistemas DSM e CIE en que no se refiere a desórdenes mentales, sino que focaliza, por un lado el nivel de organización de la personalidad determinado por el tipo de defensas predominantes (desde las más primitivas y psicóticas a las más realistas y maduras), y por otro lado el estilo o patrón de personalidad que nos son clínicamente más conocidos.

Con respecto a los rasgos de personalidad, algunos pueden cambiar a lo largo de la vida, por ejemplo, en la vejez, extraversión y la conciencia se reducen, pero aumenta la evitación de daños.

Un logro importante será discernir qué aspectos de envejecimiento son normales y cuales potencialmente patológicos, por ejemplo reducir los contactos y la vida social puede apuntar a rasgos esquizoides, pero en el contexto de una vejez con falta de energía, problemas de salud, jubilación, etc., sería un error diagnosticar la personalidad esquizoide.

Otro aspecto importante a la hora de valorar esta etapa de la vida, son lo constreñidos por cada cultura particular: en las culturas occidentales, hay un énfasis en la juventud, la belleza, la independencia y la productividad y se patologiza la pérdida de habilidades cognitivas; en las culturas orientales, hay más sentido del deber, la armonía y el respeto por los mayores, y la dependencia está menos estigmatizada.

En este capítulo los autores abordarán los siguientes problemas:

- Las características de comportamiento asociadas a la edad que pueden confundir el diagnóstico de un patrón o trastorno de personalidad.
- Las expresiones particulares de un estilo de personalidad que son resultado del proceso de envejecimiento.
- El impacto del funcionamiento de la personalidad del individuo en la vejez.

Síndromes de personalidad del Eje-PE

Personalidades depresivas, incluyendo las variantes de hipomanía

Nos advierten los autores de que la personalidad depresiva no debe confundirse con el trastorno depresivo mayor ni con la depresión asociada con la demencia.

La contraparte de los rasgos depresivos es el comportamiento hipomaniaco: con un aumento y aceleración de actividades, amplificación de emociones y aumentos en la velocidad y superficialidad de pensamientos y proyectos (no debe confundirse con otros trastornos relacionados con déficit neurocognitivos).

Características de las personalidades depresivas en adultos mayores. El problema central de las personalidades depresivas, tanto en los ancianos como en los adultos jóvenes, es la percepción del yo como defectuoso, malo y desagradable. En los ancianos, el mecanismo de autoatribución negativa (que a menudo está relacionada con la actitud autodestructiva) surge en relación con el arrepentimiento / culpa / oportunidades perdidas del pasado. Estos individuos hablan de sí mismos a través de recriminaciones (p. ej., "No he podido ...").

La soledad actual se siente como resultado de haber sido malo o egoísta en el pasado. Las compensaciones pueden incluir la religiosidad y ayudar a los demás para aliviar los sentimientos subyacentes de inutilidad. El fracaso de estas inversiones compensatorias puede conducir a una profunda y catastrófica sensación de soledad que puede convertirse en una depresión mayor.

Impacto de la personalidad depresiva en el proceso de envejecimiento. Tiene un fuerte impacto en el funcionamiento cognitivo y puede conducir al abandono paulatino de tareas.

Con una historia de intentos suicidas y un apoyo social inadecuado, este riesgo se puede reactivar.

Los autores realizan una descripción detallada del funcionamiento normal frente al asociado a la personalidad depresiva y orientaciones de tratamiento diferenciando depresión introyectiva y anaclítica.

Personalidades dependientes

En las personas mayores, el problema de la dependencia es central, no solo para evaluar la evolución de un posible patrón de personalidad dependiente previo, sino también para comprender la dependencia como una necesidad de los adultos mayores.

Los factores asociados con la necesidad de apoyo y asistencia son variados: pérdida de relaciones centrales, *síndrome del nido vacío*, brotes de enfermedades, déficits cognitivos, autonomía reducida, disminución natural de responsabilidades personales, etc.

La tendencia subjetiva a responder con una actitud de dependencia a los problemas de edad parece correlacionarse con algunas variables de personalidad como el sentido anterior de autonomía, la capacidad de reactividad emocional y la efectividad de las habilidades de afrontamiento.

Los autores señalan como un problema de diagnóstico específico las respuestas de dependencia inducidas por institucionalización.

Personalidades fóbicas y ansioso-evitativas

Aunque la ansiedad es un componente común a una amplia gama de estilos de personalidad, en general, es relativamente fácil distinguir la ansiedad claramente patológica de aquella que surge como reacción a los desafíos propios del envejecimiento.

En el caso de ansiedad-evitación, personalidades fóbicas o esquizoides, el diagnóstico diferencial puede ser más difícil, ya que hay que evaluar si el aislamiento se debe a circunstancias adventicias (por ejemplo, pérdidas, enfermedad), si es una elección o si existe una patología de la personalidad.

Personalidades obsesivo-compulsivas

La personalidad obsesivo-compulsiva se asocia a la preocupación por el orden, control, detalles y reglas. El hecho de que la vejez se asocie a menudo con la rigidez complica el diagnóstico diferencial, como también lo complica el hecho de que los síntomas obsesivos compulsivos aumenten con la vejez y exista frecuente comorbidad con TOC u otras condiciones que implican ansiedad o psicosis.

En ancianos con este trastorno de personalidad, los pensamientos y comportamientos obsesivos y compulsivos pueden cambiar de contenido con el tiempo, pero no en su significado y estructura, con el envejecimiento la sintomatología tiende a

volverse crónica y aumenta el riesgo de desarrollar demencia, discapacidad funcional y marginación.

Personalidades esquizoides

El proceso de envejecimiento a menudo se asocia con el fortalecimiento de los rasgos de personalidad que son característicos de las personalidades esquizoides. Sin embargo, el examen del estado mental facilita la diferenciación: los individuos esquizoides presentan afectividad aplanada y frialdad emocional que los diferencian de los adultos mayores que simplemente pueden estar socialmente aislados.

Personalidades somatizantes

Aunque el DSM-5 no incluye este trastorno de personalidad, sí incorpora una categoría diagnóstica llamada síntomas somáticos y trastornos relacionados.

El núcleo de un patrón de personalidad somatizante es una representación alterada de la enfermedad, de modo que los síntomas somáticos se convierten en expresiones de dolor psicológico que no se puede articular de otra forma.

En los ancianos, el pensamiento de la muerte y el miedo al deterioro físico y cognitivo, expresado con ansiedad excesiva o a través de reacciones depresivas, son temas centrales.

El patrón de personalidad exagera todas las dificultades físicas y psicológicas relacionadas con la edad, el tratamiento es complicado pudiendo darse hospitalizaciones frecuentes.

Personalidades histéricas-histriónicas

Se caracteriza por algunos rasgos bien conocidos: neuroticismo y búsqueda de atención.

En los ancianos, algunos de estos rasgos permanecen estables, como la intensidad e inestabilidad de las emociones, también los fenómenos de conversión y somatización. Otros rasgos disminuyen en la edad tardía, como el uso de la sexualidad para expresar conflicto.

En psicoterapia, puede haber intentos de erotizar la relación terapéutica. La seducción del paciente no debe ser rechazada, sino entendida e interpretada y, cuando sea posible, elaborada para descubrir la sensación de vacío e incomodidad.

El posible uso de la erotización de las relaciones no debe ser pasado por alto.

Personalidades narcisistas

En general, las características centrales del narcisismo (sentido grandioso de sí mismo, necesidad de admiración, pobre capacidad de empatía, arrogancia, explotación interpersonal) se mantienen en la vejez si ya estaban presentes en la juventud, pero su intensidad disminuye.

Algunas características pueden encontrar otros modos de expresión: a veces la arrogancia se convierte en terquedad; la tendencia a explotar otros provoca un progresivo aislamiento social que aumentan los síntomas depresivos; o la necesidad de admiración puede conducir a un comportamiento imprudente.

El patrón de personalidad narcisista tiene un efecto negativo en el proceso de envejecimiento: no toleran bien el deterioro físico general asociado a la edad, la creciente dependencia de los otros y la disminución del poder y control asociados. Esto a menudo puede conducir a síntomas depresivos y aumenta el riesgo de suicidio.

Personalidades paranoicas

Con el envejecimiento, una cierta desconfianza o sospecha es común, lo que supone un reto hacer el diagnóstico de personalidad paranoica. La actitud sospechosa puede relacionarse con el debilitamiento de las capacidades sensoriales, motoras y cognitivas, lo que disminuye la sensación de control y dominio y puede empeorar los rasgos patológicos.

Al evaluar a un adulto mayor por posible paranoia, es crucial evaluar la presencia de situaciones de maltrato presentes o pasadas.

Personalidades Psicopáticas

En general, las personalidades psicópatas (antisociales) son menos frecuentes entre las personas mayores que entre las jóvenes.

Algunas características del patrón psicopático en los adultos más jóvenes, como el placer de engañar a otros y manipularlos, son, por supuesto, menos frecuentes en la vejez, debido al deterioro de las relaciones sociales y a la disminución física, cognitiva y recursos afectivos.

Personalidades sádicas

La naturaleza y frecuencia de los patrones sádicos en los ancianos son relativamente desconocidos, ya que no existe literatura sobre la cual desarrollar una comprensión completa.

Sería poco probable que mostraran la misma violencia física y la crueldad de los adultos más jóvenes, pero las expresiones de sadismo pueden permanecer en forma de actitudes humillantes o alegría sádica asociada con el sufrimiento de los demás.

Personalidades límite

El diagnóstico de personalidad límite en la vejez es muy complejo debido a las manifestaciones clínicas heterogéneas de este patrón, así como a la presencia de múltiples síntomas comórbidos.

Los rasgos centrales comúnmente descritos pueden aparecer con menos frecuencia y con menos intensidad. Sigue existiendo una dificultad de responder emocionalmente a los estresores, pero la expresión del comportamiento es diferente: por ejemplo, en lugar de autolesiones, en los adultos mayores podemos observar trastornos alimenticios, sabotaje de tratamientos médicos, abuso de sustancias, desregulación del afecto, ansiedad y síndromes

somáticos, fenómenos disociativos o deslizamientos psicóticos. La impulsividad y la actuación parece disminuir, pero el estilo defensivo, las respuestas afectivas a los cambios y los sentimientos de vacío y el miedo al abandono permanecen estables.

Capítulo 14. Franco del Corno y Daniel Plotkin. **Eje-SE Patrones de síntomas en los ancianos: la experiencia subjetiva**

Debido a la escasez de datos sobre la experiencia subjetiva de los trastornos psiquiátricos en adultos mayores, este capítulo es necesariamente limitado.

Un aspecto particularmente central y común de la experiencia subjetiva de los adultos mayores con afecciones psiquiátricas es la soledad y está asociada con una amplia gama de categorías de diagnóstico, particularmente con trastornos depresivos. La evidencia sugiere que la soledad y la depresión son condiciones distintas pero superpuestas.

Con respecto al aislamiento social, la calidad y la satisfacción derivadas de las relaciones son más importantes que el mero número de contactos. Entre las intervenciones destinadas a mejorar el sufrimiento de la soledad, las que abordan las cogniciones sociales desadaptativas parecen ser las más efectivas.

Trastornos predominantemente psicóticos

Los autores proporcionan una concordancia entre la clasificación del PDM-2 y la del CIE-10 y el DSM-5 de los trastornos psicóticos en los ancianos.

Psicosis de inicio tardío

La psicosis de inicio tardío puede asociarse con trastornos del estado de ánimo, demencia o trastornos del espectro de esquizofrenia de inicio tardío.

A fines de la década de 1990, un panel de expertos internacionales concluyó que la psicosis de inicio tardío de aparición entre los 40 y 60 años de edad debería considerarse como un subtipo de esquizofrenia, mientras que la psicosis de inicio tardío con aparición después de los 60 años debería llamarse "esquizofrenia de aparición muy tardía—similar a la-psicosis." (Lingard y McWilliams, p.821).

Las diferencias con respecto al inicio más temprano, incluyen una mayor prevalencia entre las mujeres, menor gravedad de los síntomas positivos, mejor desempeño en tareas que requieren empleo de una teoría de mente y menores requisitos de dosis de medicación antipsicótica.

La experiencia subjetiva de los trastornos predominantemente psicóticos.
Patrones afectivos: domina una sensación de ser "diferentes" de los demás, "no pertenecientes a este mundo", con aislamiento social y un estilo de afrontamiento solitario.

Patrones cognitivos: están asociados con déficits cognitivos, pero son estables en el tiempo y no muestran tendencias consistentes con demencia u otros trastornos neurocognitivos.

Estados somáticos: son propensos a desarrollar y quejarse de síntomas y creencias somáticas idiosincrásicos y, a veces, francamente delirantes.

Sugerencias de tratamiento: conviene buscar eventos recientes que hayan podido precipitar el trastorno. El clínico puede ayudar a los familiares a comprender que es inútil luchar contra las creencias delirantes. Esta simple intervención a menudo reduce la presión ambiental sobre el paciente, que luego puede lograr una reducción en los síntomas o una mejor adaptación al trastorno.

Trastornos del estado de ánimo

Trastornos depresivos

Si excluimos el trastorno disfórico premenstrual, todos los diagnósticos de trastorno depresivo se pueden aplicar a personas en la vejez. Un principio general útil es que la mayoría de las personas con un trastorno psicológico en la vejez, especialmente depresión y trastornos relacionados, experimentan una recurrencia de una afección que comenzó más temprano en la vida.

La depresión en la vejez con frecuencia es comórbida con los trastornos por consumo de alcohol, así como con síntomas cognitivos, especialmente aquellos que afectan la memoria y la concentración.

El diagnóstico diferencial entre depresión y demencia puede presentar muchas dificultades. Se usó originalmente el término "pseudodemencia" para los casos en que el deterioro cognitivo parecía resolverse con el tratamiento de una depresión. Recientemente se han propuesto términos alternativos, como "disfunción cognitiva relacionada con la depresión" y "síndrome de depresión de demencia". Aproximadamente el 20% de los pacientes deprimidos mayores muestran déficits cognitivos.

Por supuesto, la depresión y los trastornos neurocognitivos pueden estar presentes juntos.

La depresión, tanto en personas mayores como jóvenes, es el principal factor de riesgo para el suicidio. En las personas mayores de 65 años, la tasa de suicidios es tres veces mayor que en los adultos más jóvenes, y sus intentos de suicidio rara vez fracasan.

Entre los ancianos deprimidos, los problemas de autoestima no son tan frecuentes como en los adultos jóvenes deprimidos. Los sentimientos de vacío a menudo están en primer plano, junto con la desesperanza y la impotencia sobre el futuro. Es fundamental evaluar las condiciones ambientales generales de un anciano, ya que la depresión puede ser la respuesta al cuidado inapropiado de la familia, bien por negligencia, bien por una atención y control excesivos.

Una evaluación comprensiva requiere la exploración de sentimientos y creencias sobre el envejecimiento, la discapacidad, la enfermedad y la muerte en pacientes de edad avanzada.

Patrones cognitivos: incluso en ausencia de trastornos neurocognitivos, la depresión ralentiza los procesos cognitivos, deteriora la memoria y la concentración, y dificulta el procesamiento de nueva información.

Para el diagnóstico diferencial entre la demencia y la depresión, se observa que muchos adultos mayores deprimidos se quejan de dificultades de memoria, a pesar de que

no se detectan déficits de rendimiento de la memoria, por el contrario, los sujetos afectados por un trastorno neurocognitivo genuino (p. ej., enfermedad de Alzheimer o demencia vascular) a menudo subjetivamente sobreestiman su capacidad de memoria.

El diagnóstico diferencial con los trastornos neurocognitivos también es fundamental: las dificultades con las actividades instrumentales de la vida diaria son comunes en los adultos mayores deprimidos, junto con los retos de bañarse, arreglarse y comer, pero el alivio de los síntomas depresivos tiende a mejorarlos. Por el contrario, cuando los síntomas ocurren en un estado de demencia, tales déficits tienden a empeorar y requieren un apoyo continuo.

Respecto al tratamiento, los autores avisan de que hay múltiples enfoques, tanto terapéuticos como farmacológicos sin consenso entre ellos.

Trastornos ciclotímicos

Aunque es más raro que el trastorno bipolar, se puede encontrar en los ancianos. Las variaciones del estado de ánimo pueden aumentar el temor de los pacientes a perder la estabilidad de sí mismos y el control de las capacidades mentales.

Trastornos bipolares

Generalmente se presentan en la edad adulta, pero pueden persistir hasta la vejez. Su presentación clínica en los adultos mayores es similar a la de los adultos más jóvenes, excepto que la manía a menudo es menos grave. En general, evolucionan hacia una enfermedad más compleja, con comorbilidad somática y problemas críticos de polifarmacia.

Desde hace tiempo se sabe que la manía puede ocurrir por primera vez a edades mayores de 50 años, en cuyo caso el trastorno bipolar se denomina "inicio tardío". En comparación con el trastorno bipolar de inicio temprano, es más probable que el inicio tardío sea causado por (o al menos asociado con) afecciones médicas / neurológicas o desencadenado por el uso de medicamentos. Las formulaciones sugieren que el trastorno bipolar de inicio tardío puede representar la expresión externa de una afección cerebral subyacente de larga data, tal vez incluso un proceso de enfermedad inflamatoria multisistémica.

En promedio, la esperanza de vida disminuye en individuos con trastorno bipolar. Las causas incluyen cardiovascular enfermedad, cáncer, suicidio y factores de estilo de vida (p. ej., tabaquismo, mala alimentación, abuso de sustancias). Sin embargo, los pacientes bipolares mayores informan menos necesidades insatisfechas que los pacientes mayores con depresión, esquizofrenia y demencia.

La experiencia subjetiva de los trastornos bipolares.

Estados afectivos. Pueden ser más pasivos en sus estilos de afrontamiento que los mayores sin trastorno.

Patrones cognitivos. Pueden verse alterados también, ya que se ha demostrado una asociación con el deterioro cognitivo, incluidas las anormalidades en la atención, la

memoria de trabajo, la función ejecutiva, la memoria verbal y la velocidad de procesamiento, y un impacto significativo en la discapacidad.

Estados somáticos. Generalmente tienen múltiples afecciones médicas crónicas, lo difícil es saber si estos problemas son inherentes al trastorno, o se deben a su frecuente historia de uso a largo plazo de medicamentos psicotrópicos.

Trastornos relacionados principalmente con la ansiedad

Trastornos de ansiedad

Los trastornos de ansiedad en la vejez han sido poco reconocidos y subestimados tanto por médicos como por investigadores. La identificación de los trastornos de ansiedad en los adultos mayores puede ser un desafío porque los ancianos tienden a no informar de los síntomas psicológicos de ansiedad y a exagerar los síntomas somáticos.

La evidencia convergente sugiere que la ansiedad es más heterogénea en los adultos mayores que en los más jóvenes, y se experimenta y expresa de manera diferente. La ansiedad en los ancianos se ve fuertemente afectada por afecciones médicas comunes y por comorbilidad médica, deterioro cognitivo y efectos relacionados con la edad. Una característica única de la ansiedad en la vejez es la alta comorbilidad con depresión.

Los trastornos de ansiedad en los ancianos a menudo se asocian con eventos traumáticos, como enfermedades, caídas o atracos.

Los síntomas de ansiedad en pacientes de edad avanzada son más comunes entre aquellos con antecedentes de cualquier trastorno afectivo.

El inicio tardío del trastorno de ansiedad generalizada se ha asociado con una menor gravedad de los síntomas, una mayor prevalencia de estados de ánimo comórbidos, y una peor calidad de vida relacionada con la salud; el trastorno de pánico de inicio tardío parece estar asociado con menos angustia durante los ataques de pánico que el trastorno de pánico.

La experiencia subjetiva de los trastornos de ansiedad en la edad tardía.

Estados afectivos. Las experiencias de ansiedad en las personas más jóvenes incluyen inquietud, preocupación, miedo y aprensión general, mientras que los sentimientos subjetivos de agitación y temor a la fatalidad inminente parecen ser más característicos de la ansiedad en los ancianos. Alguna evidencia sugiere que los adultos mayores experimentan menos estados emocionales negativos y un menor nivel de afecto negativo (depresión, ansiedad, culpa, hostilidad y vergüenza) en relación con las personas más jóvenes.

Patrones cognitivos. Incluyen preocupaciones irracionales, temores de que algo horrible pueda suceder, preocupaciones con pensamientos desagradables, deterioro de la memoria, malas percepciones de la propia salud y temores concurrentes sobre cualquier signo físico de dificultad.

Estados somáticos. En los mayores, la ansiedad a menudo se manifiesta en síntomas somáticos, como la tensión motora y la capacidad reducida para realizar las actividades diarias. Aunque la tensión motora figura en el DSM-5 como un síntoma de

ansiedad, las personas mayores generalmente refieren otros problemas, como el dolor y las alteraciones del sueño. Otros síntomas físicos prominentes de ansiedad incluyen sudoración, inquietud, tensión muscular, taquicardia, falta de concentración, fatiga, mareos, parestesia, boca seca, trastornos gastrointestinales, muecas y enrojecimiento facial, palpitaciones, temblor y dolores y molestias corporales.

Patrones de relación. Los pacientes geriátricos ansiosos son menos independientes y, por lo tanto, aumentan la carga sobre la familia y los cuidadores.

Pueden volverse demasiado cálidos y abastecedores, a veces hasta llegar a la intrusión, para aliviar la ansiedad por separación.

La experiencia subjetiva del terapeuta que se encuentra con un paciente anciano con un trastorno de ansiedad puede variar según la presencia o ausencia de dos variables. Primero, cuando la ansiedad está vinculada a dificultades relacionadas con el proceso de envejecimiento, la relación con el paciente es más fácil porque requiere principalmente tranquilidad y intervenciones de apoyo. Por el contrario, cuando la ansiedad flota libremente y no está vinculada a situaciones identificables, el tratamiento psicológico es más difícil y a menudo requiere apoyo farmacológico.

Ilustración clínica. Los autores nos presentan el caso de una mujer viuda de 72 años que vive sola, A los 20 años sufrió ataques de pánico al comienzo de la universidad para los que no buscó tratamiento. A los 56, tras un accidente de una de sus hijas reportó síntomas de ansiedad y gran preocupación que mitigaba con contactos frecuentes con sus familiares. Era una mujer reservada, con grandes dificultades para expresar emociones en público, a pesar de su evidente dolor. Se describió a sí misma como una niña ansiosa que a menudo regresaba a casa poco después de que su madre la dejara en la escuela. Informó síntomas físicos significativos de ansiedad, como palpitaciones y molestias abdominales, cuando terminaban las visitas familiares.

Trastornos obsesivos-compulsivos y otros relacionados

Otros tipos de trastornos a menudo son comórbidos con este grupo, como los trastornos de ansiedad y estado de ánimo.

El trastorno de acumulación en particular, a menudo es comórbido con patologías psiquiátricas más graves, como depresión mayor y esquizofrenia.

Hay muy poca investigación sobre los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados en los ancianos. Si no se tratan, todos estos trastornos tienden a volverse crónicos o, si parecen remitir, pueden reaparecer con mayor frecuencia y por períodos más largos, dependiendo de los eventos estresantes.

Trastorno obsesivo compulsivo. Después de los 35 años, el inicio del TOC es poco frecuente, y en la vejez es prácticamente desconocido.

Sin tratamiento, las tasas de recuperación en adultos, particularmente en ancianos, son bajas. Un historial de emocionalidad negativa e inhibición del comportamiento son factores de riesgo, y los eventos estresantes y traumáticos son factores ambientales que pueden exacerbar el trastorno.

Una relación de sangre de primer grado con alguien con el trastorno aumenta su probabilidad.

Las terapias farmacológicas y psicológicas integradas pueden mejorar la calidad de vida en las personas mayores con TOC.

Trastorno dismórfico corporal. Las personas mayores con antecedentes de este trastorno pueden continuar "procesando" sus propios cuerpos obsesivamente. Los inevitables cambios estéticos corporales en la vejez amplifican estas preocupaciones.

Las personas con una organización de personalidad más integrada a veces pueden diversificar o atenuar el trastorno o pueden ocurrir otras prioridades obsesivas; o, más típicamente, los síntomas depresivos pueden ocupar este lugar. Es notablemente persistente en personas mayores con una estructura de personalidad narcisista.

Los sujetos de edad avanzada pueden buscar cirugía estética para minimizar los signos físicos del envejecimiento. Puede ser un desafío discriminar entre la búsqueda de dicha cirugía para suprimir los síntomas del trastorno dismórfico corporal y hacerlo para modificar los cambios fisiológicos del envejecimiento.

Trastorno de acaparamiento. El trastorno de acaparamiento se caracteriza por una dificultad persistente para deshacerse o separarse de las cosas propias, independientemente de su valor real.

El inicio suele ser entre los 20 y los 30 años. Si no se trata, empeora en la vejez, especialmente en relación con los eventos estresantes típicos relacionados con la edad.

En los ancianos, las implicaciones sociales del trastorno parecen más importantes que las implicaciones para la salud.

El diagnóstico diferencial es necesario, ya que el acaparamiento es frecuente en Alzheimer, Parkinson, y las enfermedades de Huntington, o por demencia frontotemporal.

Tricotilomanía y trastorno de excoriación. El DSM-5 diferencia tricotilomanía y excoriación (rascado).

Los comportamientos suelen ir precedidos o acompañados de estados emocionales específicos, como aburrimiento y ansiedad, o por un aumento de la tensión. No hay suficientes datos de investigación que nos permitan resaltar las diferencias entre ancianos y no ancianos.

La experiencia subjetiva de los trastornos obsesivos-compulsivos en la edad tardía.

Estados afectivos. La ansiedad y autocrítica continua son las emociones dominantes.

Las consolidaciones o ajustes en los trastornos obsesivo-compulsivos y relacionados dependen de los factores subjetivos de la personalidad, así como de la calidad de las relaciones familiares y las condiciones ambientales.

Patrones cognitivos. El contenido de las obsesiones en los ancianos puede cambiar junto con los cambios en las condiciones de vida personal.

Estados somáticos. Están generalmente relacionados con los diferentes niveles de ansiedad y se expresan principalmente en los niveles musculoesquelético y neurovegetativo.

Patrones de relación. Las obsesiones y compulsiones a menudo implican evitar los contactos sociales, particularmente en situaciones que desencadenan pensamientos compulsivos como el miedo a la contaminación o la agresión. Este proceso puede reforzar el aislamiento de una persona mayor.

Ilustración clínica. Un varón soltero de 75 años sufrió TOC desde una edad temprana y pidió ayuda psicológica los 45 años, después de tener que afrontar mayor responsabilidad laboral. Le atormentaban el temor de poder decir públicamente, en un ataque de mal genio, que algunos clientes y políticos eran personas deshonestas. Esta preocupación obsesiva alternaba con las dudas sobre si había golpeado a algún peatón con su coche. Era inútil revisar el espejo retrovisor o regresar con el coche, como solía hacer, para asegurarse de que no había pasado nada; nada podría tranquilizarlo.

Después de su solicitud inicial de ayuda, había estado en psicoterapia durante 2 años por obsesiones y compulsiones rechazando cualquier apoyo farmacológico. A los 70 años regresó al psicólogo. Ahora estaba viviendo dos situaciones estresantes: se le diagnosticó un pequeño tumor simple, y dos sobrinos decidieron renovar la empresa familiar. Se sintió excluido de sus decisiones, incapaz de controlar lo que estaba sucediendo o de oponerse abiertamente a las innovaciones. Como en el pasado, le preocupaba decir cosas burlonas a sus sobrinos y golpear a alguien con el auto. El nuevo tratamiento requirió varios meses para recuperar la esencia de lo que había aprendido durante el tratamiento psicológico anterior.

Trastornos relacionados con eventos y estresores

Trastornos de estrés agudo y postraumático

El trastorno de estrés agudo y el TEPT en los adultos mayores son aún más complicados que en los más jóvenes.

Por un lado, es importante el tiempo transcurrido desde que ocurrió la experiencia traumática, por lo que es útil subcategorizar el TEPT en los ancianos como "de novo", "crónico", "inicio tardío" o "complejo". La edad avanzada se asocia con una disminución de la salud, la jubilación, el deterioro cognitivo, la dependencia y la pérdida de seres queridos.

Además, los síntomas de trastorno de estrés postraumático pueden surgir o reaparecer tarde en la vida (por ejemplo, el llamado efecto *après coup*), y el trauma acumulativo también puede ser importantes.

Las intervenciones de psicoterapia validadas en poblaciones jóvenes y de mediana edad parecen aceptables y eficaces con las personas mayores.

Los pacientes informan de su experiencia de manera diferente que las personas más jóvenes. Por ejemplo, puede ser más probable que informen de inquietudes físicas o dolor, dificultades para dormir, problemas gastrointestinales y dificultades cognitivas, o que usen un término general como "estrés", y es menos probable que describan dificultades emocionales, como depresión o ansiedad.

La experiencia subjetiva del trauma y trastornos relacionados con estresores en la edad tardía.

Estados afectivos. Los estados afectivos incluyen ansiedad, enojo y sentirse abrumado, así como entumecimiento emocional, con disociación del afecto. La culpa y la vergüenza pueden estar presentes.

Patrones cognitivos. Incluyen dificultad para concentrarse, así como pensamientos negativos y distorsionados relacionados con eventos traumáticos. Los *flashbacks* y las imágenes recurrentes son comunes, al igual que los trastornos del sueño asociados con las pesadillas.

Estados somáticos. Los estados somáticos incluyen quejas hipocondríacas, así como una mayor vulnerabilidad a diversas afecciones médicas. Están asociados con percepciones negativas de salud, mayor uso de atención primaria e ideación suicida.

Las personas con TEPT tienen un mayor riesgo de hipertensión, dislipidemia, diabetes y accidente cerebrovascular .

Patrones de relación. Incluyen aislamiento social y soledad.

Trastornos disociativos

Los trastornos disociativos se caracterizan por la interrupción de potencialmente todas las áreas del funcionamiento psicológico: conciencia, memoria, identidad, emoción, percepción, representación corporal, control motor y comportamiento.

Dada la falta de información sobre esta afección en adultos mayores, quizá por ser poco frecuentes, no es posible una descripción de estados afectivos, patrones cognitivos, estados somáticos y patrones de relación.

Trastorno de conversión

El trastorno de conversión, que implica una lista de síntomas neurológicos funcionales, requiere una consideración especial.

La instrucción del DSM-5 para especificar la presencia versus ausencia de estresores psicológicos es particularmente pertinente para los adultos mayores. En entornos hostiles los síntomas de conversión pueden ser respuestas al estrés.

Trastorno de duelo complejo persistente (duelo complicado)

Independientemente de la nomenclatura incierta y el poco consenso en la categorización diagnóstica, el síndrome se relaciona claramente con el estrés y el posible trauma de la pérdida de un ser querido, una ocurrencia más común en la edad avanzada.

Se caracteriza por un dolor intenso que dura más de lo esperado por las normas sociales y causa un deterioro en el funcionamiento diario

La prevalencia es aproximadamente 10-20% después de la muerte de una pareja, e incluso mayor cuando se han perdido hijos, también cuando una muerte es repentina o violenta.

Como en el duelo agudo, las características del duelo complicado son el anhelo intenso, persistente, el anhelo y la tristeza; Los síntomas generalmente van acompañados de pensamientos o imágenes insistentes del difunto y de una sensación de incredulidad o incapacidad para aceptar la dolorosa realidad de la muerte de la persona

La experiencia subjetiva del duelo complicado en la edad tardía.

Estados afectivos. Incluyen sentimientos de tristeza y pérdida, con anhelo por el ser querido que murió. La culpa no es inusual, tampoco la ansiedad o rumiación sobre las condiciones de la muerte. No suelen presentar anhedonia ni sentimientos de inutilidad

Patrones cognitivos. Incluyen la preocupación por los pensamientos, imágenes y recuerdos recurrentes del difunto.

Estados somáticos. Existen alteraciones en el sueño, aunque las pesadillas no son comunes. Pueden evitar los alimentos o las comidas asociadas con recuerdos del difunto.

Patrones de relación. Los patrones de relación incluyen evitar recordar la pérdida, lo que puede extenderse a otras personas que se relacionaban con el fallecido.

Síntomas somáticos y trastornos relacionados

Algunos autores consideran que esta categoría del DSM-5 es hiperinclusiva y recomiendan usarla con precaución.

Reflexionan los autores sobre la idea de que la vejez no es una enfermedad en sí misma, pero aumenta la susceptibilidad de enfermar y muchos desarrollan síntomas somáticos múltiples y enfermedades crónicas.

Trastorno de síntomas somáticos

Son típicas las visitas frecuentes a los médicos, la resistencia a la seguridad realista sobre la salud y una vida centrada en los problemas de salud.

Los comportamientos de este tipo ocurren en todas las fases de la edad adulta, pero pueden ser particularmente comunes en la vejez. El entorno puede reaccionar de dos maneras opuestas; subestimando las quejas del paciente y no explorando posibles trastornos físicos o psicológicos, o bien, pueden programar evaluaciones de diagnóstico y tratamientos médicos sin tener en cuenta si la afección sintomática implica problemas de salud poco realistas. En ambos casos el problema real ni se reconoce ni se trata.

Independientemente de su etiología (desde artritis hasta cáncer), el dolor casi siempre se asocia con sentimientos depresivos; el tratamiento adecuado del dolor mejora el estado de ánimo, reduce la ansiedad y mejora la calidad de vida.

Trastorno de ansiedad por enfermedad (hipocondría)

Es importante diferenciar el trastorno de síntomas somáticos del trastorno de ansiedad por enfermedad. Si predomina la preocupación por los síntomas somáticos en curso, es probable que estemos en presencia del trastorno por síntomas somáticos; si predomina la preocupación por estar enfermo (sin síntomas, o con síntomas leves), probablemente estemos ante un trastorno de hipocondría. Este último caso es común en la vejez ante el temor de perder aun mas autonomía que pueda conducir a un ingreso en hospital o centro de mayores.

El DSM-5 distingue dos grupos: aquellos que buscan atención médica que les aporte tranquilidad, y aquellos que la evitan ante la ansiedad que sufren.

Trastornos facticios

Los trastornos facticios no son frecuentes en la vejez. Los ancianos rara vez falsifican sus síntomas con la intención de engañar.

Sí podemos encontrarlos en las personas mayores cuyo estilo de personalidad es histérico-histriónico, una tendencia a dramatizar síntomas ausentes o insignificantes, y el límite entre la falsificación consciente e inconsciente puede ser incierto.

Factores psicológicos que afectan otras afecciones médicas

Este trastorno refleja los factores conductuales o psicológicos que pueden afectar negativamente a la salud de un paciente con una enfermedad no mental documentada. Es especialmente importante en este grupo de edad.

El miedo a la creciente dependencia, o a la muerte, la vergüenza ante algunos síntomas, interactuando con factores de personalidad, pueden desencadenar comportamientos que empeoren la situación.

La experiencia subjetiva de los síntomas somáticos y los trastornos relacionados.

Los autores advierten de que asimilar la enfermedad médica a un trauma puede ayudarnos a dar sentido al tipo de experiencias que tienen las personas con enfermedades médicas.

El diagnóstico de TEPT es común en pacientes médicos, lo que nos permite entender por qué la enfermedad física puede provocar reacciones emocionales tan severas, que pueden ser aún más importantes y generalizadas en los ancianos.

El miedo a enfermar o el descubrimiento de una enfermedad real, puede amenazar el equilibrio psicológico.

Estados afectivos. Aunque la ansiedad está en primer plano, la vergüenza y la culpabilidad por no haberse cuidado suficientemente pueden ser importantes.

Patrones cognitivos. La ansiedad generalizada puede impedir el uso de estrategias de afrontamiento efectivas, impidiendo que la persona tome medidas directas para resolver los problemas físicos o buscar información y ayuda.

Estados somáticos. La ansiedad y la alarma empeoran las enfermedades, pero especialmente las enfermedades relacionadas con la edad, lo que aumenta el nivel de preocupación por la salud y los síntomas.

Patrones de relación. La intensa preocupación por la salud, pueden socavar la autonomía de una persona mayor y aumentar la carga sobre los familiares y cuidadores, lo que puede complicar las relaciones con los demás.

Sugerencias para el tratamiento

Advierten los autores de que la sobreinclusividad de este diagnóstico hace que sea prácticamente imposible dar una guía general para el tratamiento.

Aceptando los cambios físicos inevitables, los cambios en la apariencia, el deterioro sensorial y cognitivo y vulnerabilidad a la enfermedad, las personas mayores pueden disfrutar de los aspectos positivos de vivir una vida larga, como la autoestima estable, la adquisición de sabiduría y el placer de presenciar el crecimiento de la próxima generación.

Cuando sea posible, las intervenciones profesionales deben estar dirigidas a ayudar a las personas mayores a reducir la negación y omnipotencia, minimizar las preocupaciones narcisistas y confiar en los demás cuando sea necesario, así como señalar sus fortalezas y capacidad de resistencia.

Trastornos de síntomas específicos

Incluye los trastornos disruptivos, de control de impulsos y de conducta, y a los de eliminación.

Dado que muchos de estos trastornos ocurren por primera vez en la infancia y la adolescencia y la mayoría no son relevantes para adultos mayores, no se incluyen aquí.

Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos

Aunque tradicionalmente se han considerado condiciones propias de adolescentes y jóvenes, la evidencia emergente sugiere que pueden ocurrir a lo largo de toda la vida. Pueden padecerlos ambos géneros pero el 90% de los casos reportados en la vejez son mujeres, probablemente por la mayor presión social que sufren.

Un porcentaje relativamente pequeño de las mujeres desarrollan trastornos alimenticios por primera vez a partir de los 50, normalmente el inicio es temprano.

Los cambios en el DSM-5 aumentan el porcentaje de pacientes de edad avanzada con conductas alimentarias anormales a quienes se les diagnostica anorexia nerviosa. Actualmente no hay datos definitivos disponibles sobre la prevalencia de bulimia nerviosa o trastorno por atracón en mujeres mayores.

Alguna evidencia sugiere que casi la mitad de las personas con trastorno por atracón comienzan a comer en exceso como adultos y que, en comparación con los otros trastornos alimentarios, el trastorno por atracón es más frecuente entre hombres y personas mayores.

Aunque la mayoría de las características clínicas de los trastornos alimentarios son similares entre las poblaciones de ancianos y jóvenes, existen diferencias en las causas y los mecanismos psicológicos subyacentes.

Las características típicas de estos trastornos en los ancianos son el autocontrol inadecuado en torno a la comida, la imagen corporal distorsionada y las actitudes alimentarias inadecuadas

Los eventos precipitantes como las pérdidas personales y los cambios en la vida amplifican la sensación de pérdida de control en los adultos mayores, y los trastornos alimentarios pueden ser un método para hacer frente a estos eventos estresantes.

La presión social puede precipitar trastornos alimentarios en personas vulnerables: se alienta cada vez más a las mujeres posmenopáusicas a mantenerse "en forma" y parecer jóvenes, y muchos ancianos divorciados sienten la presión de parecer lo más jóvenes posible a medida que comienzan a socializar con nuevos amigos y posibles parejas.

La experiencia subjetiva de los trastornos de alimentación en la edad tardía.

Estados afectivos. Los estados afectivos incluyen ansiedad por el futuro; miedo a perder el atractivo y la sexualidad; soledad y tristeza vinculadas al duelo o al desánimo; malestar o ira por la pérdida o reducción de responsabilidades sociales y domésticas y por la pérdida de control sobre los demás.

Patrones cognitivos. Los patrones cognitivos pueden incluir preocupaciones por sentirse inútil y no querido. Alguna evidencia indica que los pacientes mayores con trastornos alimentarios tienen menos preocupación por la forma del cuerpo que los más jóvenes, sin embargo, generalmente existe un temor a la gordura.

Estados somáticos. Pueden incluir una visión distorsionada de sí mismos, una sensación de vacío en el estomago asociado a un yo vacío.

Patrones de relación. Los patrones de relación en los ancianos con trastornos alimentarios se caracterizan por la pérdida de independencia de los demás, debido a la pérdida de la capacidad de cuidarse a sí mismos. El rechazo de alimentos se puede usar para ganar control al inducir culpa y atraer atención sobre los pacientes.

Sugerencias para el tratamiento. Dada la importante morbilidad asociada a los trastornos alimentarios en los ancianos, el reconocimiento temprano y el tratamiento adecuado son fundamentales para mejorar la calidad de vida de los afectados.

Los tratamientos avalados para jóvenes deben usarse con modificaciones apropiadas en adultos mayores.

Trastornos del sueño-vigilia

Los problemas del sueño a menudo no se reconocen ni se diagnostican. El despertar es el trastorno más comúnmente reportado, seguido del insomnio. La falta de sueño subjetivo aumenta el riesgo de depresión, fragilidad y muerte.

Los trastornos del sueño están asociados con múltiples condiciones y resultados adversos, como obesidad, diabetes, enfermedades cardíacas, cambios cognitivos y trastornos del estado de ánimo, así como dificultades interpersonales y ocupacionales.

El consumo de alcohol antes de acostarse puede aumentar la vigilia, provocando un círculo vicioso de buscar alcohol para dormir, luego despertarse más y luego beber más. Los trastornos del sueño-vigilia también aumentan el riesgo de dependencia de los medicamentos para dormir.

La experiencia subjetiva de los trastornos de sueño.vigilia en la edad tardía.

Estados afectivos. Suelen incluir sentimientos de angustia, frustración, irritabilidad e ira.

Patrones cognitivos. Los trastornos del sueño se asocian con problemas de atención y concentración, función ejecutiva y memoria verbal. Las personas con insomnio pueden preocuparse por el sueño, un estado mental que aumenta la tensión y la ansiedad, lo que dificulta aún más el sueño.

Estados somáticos. La fatiga durante el día se asocia con un mal sueño nocturno.

Patrones de relación. Los problemas del sueño a menudo conducen a alteraciones en los arreglos del sueño (por ejemplo, camas o dormitorios separados), que afectan la intimidad y la vida sexual.

Disfunciones sexuales

El proceso de envejecimiento normativo y la presencia de afecciones médicas relacionadas con la edad pueden afectar fuertemente el nivel de angustia en respuesta a la modificación de los hábitos sexuales. Los puntos de vista culturales sobre la sexualidad de las personas mayores también pueden ser barreras poderosas para la satisfacción sexual.

La vivencia de la sexualidad en ancianos es heterogénea: algunos eligen no entablar relaciones sexuales o expresar su sexualidad incluso en ausencia de enfermedad, discapacidad o disfunción sexual, mientras que otros consideran la actividad sexual un aspecto central de sus vidas.

La edad avanzada en los hombres se asocia con una mayor prevalencia de eyaculación retardada, mayor incidencia de trastorno eréctil, disminución del deseo sexual y de la potencia de las señales sexuales y eyaculación precoz. En las mujeres, la edad avanzada se asocia con una disminución del interés y la excitación sexual y con un aumento del dolor relacionado con la sequedad vaginal.

Las preocupaciones psicológicas relacionadas con la edad y el envejecimiento pueden constituir una barrera para la satisfacción sexual.

Trastornos parafilicos

La literatura psicodinámica sobre parafilia en los ancianos es anticuada y anecdótica.

Generalmente los trastornos parafílicos primarios en los ancianos han tenido un inicio temprano y continúan a lo largo de la vida, o pueden ser secundarios a una psicopatología subyacente, como demencia, manía o enfermedad depresiva.

Trastornos relacionados con la adicción

Adiciones

Trastornos relacionados con sustancias. Advierten los autores de que no se detectan y diagnostican adecuadamente.

El alcohol es importante: los adultos mayores tienden a tener menos antecedentes familiares de alcoholismo y menos trastornos de la personalidad. Beben cantidades más pequeñas y tienen más problemas somáticos. Además, la situación se complica porque un número significativo es adicto a los medicamentos con receta, incluidos los somníferos, ansiolíticos y analgésicos.

En general la sustancia evitará tanto el malestar psicológico como los síntomas de abstinencia fisiológica. Si la angustia es predominantemente asociada a ansiedad, insomnio y/o dolor, es probable que el fármaco sea una benzodiazepina, un somnífero o un analgésico. Si la angustia está asociada con una falta de energía y/o motivación, es probable que la droga incluya un agente estimulante. Para los adultos mayores con soledad, el alcohol o una benzodiazepina pueden ofrecer un alivio temporal.

El proceso de envejecimiento generalmente hace que la necesidad de sustancias previamente mal utilizadas sea menos compulsiva. Los trastornos adictivos de inicio tardío son menos frecuentes

En cuanto a los patrones cognitivos, el alcohol y las benzodiazepinas aumentan el riesgo de deterioro cognitivo, que va desde problemas de atención y concentración hasta problemas de deterioro de la memoria que pueden indicar demencia.

Ilustración clínica. Un hombre casado de 70 años desarrolló alcoholismo, lo que fue detectado por sus familiares. Tras la negación inicial entró en Alcohólicos Anónimos y pronto se convirtió en líder, aunque su comprensión de las causas de su alcoholismo fue inicialmente superficial. Tras una recaída comenzó psicoterapia enfrentando sus importantes problemas maritales, decidió divorciarse de forma amistosa y pudo llevar una vida emocional apasionada y significativa y permanecer sobrio.

Adicciones conductuales.

Trastorno del juego. Más frecuente en adultos más jóvenes, en hombres que en mujeres y en solteros, separados o viudos.

Los estados afectivos pueden incluir vergüenza, culpa e irritabilidad relacionados con un autocontrol deficiente y síntomas de ansiedad y depresión.

Adicción sexual. Aunque es relativamente poco frecuente, la adicción sexual puede estar presente en la vejez. El diagnóstico diferencial crítico aquí involucra su base orgánica versus psicológica: El primero es una característica particular de una variante conductual de la demencia frontotemporal, el segundo es un aumento de las necesidades sexuales, a

menudo asociado con situaciones estresantes o sintomático de algunos trastornos mentales (por ejemplo, episodios hipomaníacos).

Una adicción sexual puede coexistir incluso con un rendimiento sexual reducido y, a veces, con un impulso sexual relativamente reducido.

Trastornos neurocognitivos

Delirio

El DSM-5 define el delirio como una alteración de la falta de atención y la conciencia, un cambio en la cognición que no se explica mejor por una demencia preexistente. Existe evidencia de que una afección médica general, un medicamento u otra sustancia, o alguna combinación, causa la alteración. Se manifiesta de diferentes formas, como con hiper o hipoactividad predominante, síntomas psicóticos (alucinaciones y/o delirios y/o identificaciones erróneas), o alteraciones severas de la conciencia.

La incidencia varía según el entorno: el 15% de los adultos mayores desarrollan delirios después de algunos tipos de cirugía y hasta el 80% en las unidades de cuidados intensivos. El delirio puede estar asociado con miedo, ansiedad, pavor y una sensación de pérdida de control. Se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo

Trastorno neurocognitivo leve (deterioro cognitivo leve)

Advierten los autores de la confusión en esta categoría del DSM-5, tanto por los cambios en las categorías como por la afirmación de que la patología subyacente y, con frecuencia, también la etiología, se pueden determinar. Esta afirmación no está respaldada por situaciones clínicas de la vida real en tiempo real.

El curso del trastorno neurocognitivo leve es variable: puede estabilizarse, remitir, fluctuar o convertirse en un trastorno neurocognitivo importante.

En los entornos de atención primaria, aproximadamente una cuarta parte de las personas diagnosticadas desarrollan un trastorno neurocognitivo importante (o demencia) en un plazo de 3 años. Actualmente, no existe un tratamiento aceptado para el trastorno neurocognitivo leve, aunque a menudo se aconseja a las personas que ejerciten el cuerpo y la mente y, a veces, se les recetan medicamentos indicados para el tratamiento del trastorno neurocognitivo mayor.

Existe una relación complicada entre las quejas subjetivas de memoria, las evaluaciones de los observadores (por ejemplo, miembros de la familia) y el desempeño en medidas objetivas de memoria y cognición.

La experiencia subjetiva de los trastornos neuro-cognitivos leves en la edad tardía. Puede haber síntomas de ansiedad, preocupación, miedos obsesivos... dependiendo de cómo el sujeto se relaciona con la incertidumbre. Es común la negación, y es un signo de que se está desarrollando una demencia. También es común que sujetos con un deterioro leve se vean a sí mismos como teniendo un deterioro mayor.

Estados somáticos. Cuando ocurre en personas mayores con problemas médicos múltiples crónicos se consideran interacciones de efectos etiológicos.

Patrones de relación. Suele provocar tensión entre la familia y los amigos y frustración en ambos lados. Afecta especialmente a la familia y amigos cercanos por sentirse responsables del sujeto y ante la sociedad (por ej. respecto a la conducción).

Trastorno neurocognitivo mayor (demencia)

En el DSM-4 los diagnósticos como la demencia del tipo Alzheimer y la demencia debida a la enfermedad de Parkinson han sido reemplazados por el diagnóstico global de trastorno neurocognitivo mayor.

La experiencia subjetiva persona con un trastorno neurocognitivo mayor en la edad tardía. Puede variar ampliamente en función de la historia premórbida, la etiología del trastorno y etapa de la enfermedad. Dado que los estándares clínicos y regulatorios actuales desaconsejan la dependencia exclusiva de medicamentos psicotrópicos en estos casos, existe una clara necesidad de sistemas de pensamiento adicionales con los que conceptualizar la angustia de la persona y diseñar intervenciones complementarias. Los médicos necesitan una forma de comprender la angustia de aquellos que ya no pueden hablar por sí mismos.

Estados afectivos. Quizás el mayor de todos los miedos humanos pueda materializarse en un trastorno neurocognitivo importante: la desintegración del sentido de uno mismo. En la etapa inicial de la enfermedad, las emociones comunes incluyen ira, depresión y miedo, estas reacciones suelen ser respuestas a la pérdida de habilidades cognitivas, independencia, dominio y sentido de control. Pueden surgir sentimientos de pánico junto con la culpa por el impacto de la enfermedad en los seres queridos.

Tomado como un todo, el trastorno neurocognitivo mayor es una herida narcisista administrada desde adentro, pero más allá del control del yo; como tal, representa una violación de nuestras suposiciones humanas más arraigadas sobre la auto-coherencia.

Al principio de la enfermedad, el Yo de una persona todavía está presente y el individuo es consciente de la amenaza a la integridad psíquica y las conexiones con los objetos relacionales. Las defensas que se encuentran comúnmente en las primeras etapas incluyen ira y proyección (lucha) o negación y retirada (huída).

Algunas personas se las arreglan a través de una variedad de mecanismos positivos, como la activación de apoyos sociales, la recopilación de información y conocimiento, el uso del humor, la activación de las resiliencias adquiridas mediante el manejo de factores estresantes importantes en una etapa temprana de la vida y la adopción de perspectivas filosóficas.

En el trastorno neurocognitivo mayor, el Yo de la persona se debilita gradualmente a medida que pasa de las etapas iniciales a las intermedias, por lo que permanece presente y por lo tanto, la persona experimenta una crisis que se ha denominado informalmente "demencia con perspicacia preservada". En otras palabras, la persona tiene cierta comprensión de lo que está sucediendo.

Más adelante en la enfermedad, a medida que el funcionamiento del Yo sigue disminuyendo, la persona perderá el juicio de realidad y la integridad de los límites, volviendo así a la conciencia primaria. El yo autobiográfico y la permanencia del objeto se pierde.

Patrones cognitivos. Debido a los cambios neurológicos, la persona experimenta una pérdida de lo que se han llamado "funciones del Yo", estas están mediadas neurológicamente y corresponden neuropsicológicamente a las funciones ejecutivas frontales.

Patrones relacionales. El trastorno neurocognitivo mayor engendra cambios significativos de roles en las relaciones personales clave. A medida que avanza la enfermedad, el cónyuge, los hijos, otros miembros de la familia y los amigos asumen roles que la persona con la enfermedad debe delegar. Estos pueden incluir roles instrumentales (como tener un trabajo o atender las tareas del hogar) y roles emocionales (como servir como compañero de un cónyuge o padre de un hijo).

No obstante, las personas con un trastorno neurocognitivo importante conservan las necesidades humanas fundamentales de conexión y afecto.

Vitalmente, la capacidad de la persona para servir como fuente de apoyo para los demás también se puede preservar. En otras palabras, una persona con un trastorno neurocognitivo importante puede seguir teniendo cierto grado de interacción mutua durante un tiempo significativo durante el curso de la enfermedad. Es un grave error retirar el contacto interpersonal y el apoyo de las personas con trastorno neurocognitivo mayor, sin importar la etapa en la que se encuentre la enfermedad. El mantenimiento de conexiones con otras personas, como cónyuges, seres queridos, amigos y profesionales, puede mitigar la pérdida de la identidad propia durante un tiempo considerable.

Experiencias psicológicas que pueden requerir atención clínica

Poblaciones de minorías demográficas (étnicas, culturales, lingüística, religiosa, política)

Los temas de las minorías demográficas son dimensiones esenciales a considerar en el proceso de diagnóstico.

El origen étnico de una persona mayor está íntimamente relacionado con valores, roles, estados afectivos, contenidos cognitivos y patrones relacionales. Existen importantes diferencias en cómo los adultos mayores se relacionan con miembros de la familia y otros sistemas de apoyo social. Además, las cuestiones culturales también marcan tanto la forma como el contenido de la expresión de los síntomas.

El proceso de diagnóstico debe considerar las implicaciones clínicas de la compleja intersección de diferentes identidades, experiencias y pertenencia a diferentes comunidades raciales y étnicas.

Poblaciones lesbianas, gays y bisexuales

Las lesbianas, los hombres *gay* y los bisexuales que viven en contextos de estigmatización están sujetos al estrés de las minorías, incluida la homofobia internalizada que socava su bienestar psicológico y relacional.

Las actitudes heterosexistas de médicos y paramédicos, junto con los propios temores del paciente a la discriminación, pueden aumentar el riesgo de no recibir la atención adecuada.

Muchos no tienen hijos y, por lo tanto, son menos capaces que su cohorte heterosexual de recibir el apoyo y la asistencia de su progenie. Por otro lado, la “familia elegida” —personas consideradas miembros de la familia, aunque no estén emparentadas biológica o legalmente— constituye una fuente fundamental de apoyo para las minorías sexuales.

Incongruencia de género

El PDM-2 ya no clasifica la incongruencia de género como un trastorno, aunque el DSM-5 todavía incluye la disforia de género como diagnóstico.

La aparición tardía (en la edad adulta) de la incongruencia de género es bastante infrecuente; la mayoría de los casos en ancianos se originaron en la infancia o la adolescencia, pero cuando la incongruencia de género en la niñez permanece sin resolver y continúa en la adolescencia, las personas pueden sentirse forzadas a suprimir su identidad transgénero y vivir dentro de los límites de las expectativas de género (cisgénero y heterosexual).

La vejez puede representar una fase en la que es posible reflexionar sobre la propia identidad de género y sobre cómo uno quiere expresarse, una oportunidad para explorar su identidad de género, encontrar un rol de género con el que les resulte cómodo vivir y ser aceptados.

La reasignación quirúrgica de género es a menudo el tratamiento de elección para las personas con incongruencia de género al inicio de la edad adulta. Las personas mayores pueden desanimarse de buscar una cirugía de afirmación sexual, pero pueden tener una transición de género más suave debido a la disminución de los niveles hormonales relacionados con la edad.

Capítulo 16. Franco del Corno. Vittorio Lingardi y Nancy McWilliams. Ilustraciones clínicas y perfil PDM-2

Los autores describen un caso clínico y posteriormente ejemplifican el uso de las diferentes tablas de psicodiagnóstico.

Emilia

Emilia acude a su médico de familia inquieta por haberse notado pérdidas de memoria y facultades mentales y temor a perder su independencia. Aunque el doctor no ve base para tales preocupaciones, la deriva al servicio de psicología.

Emilia era una mujer de 84 años, amable, bondadosa y bien vestida. Vivía sola de forma independiente desde que enviudó 15 años atrás si bien los vecinos la ayudaban con los trabajos más difíciles. Tenía un buen nivel de educación y hablaba de manera clara. Era lenta tanto en sus movimientos como en su conversación. Su forma de pensar mostró coherencia, aunque surgieron algunas incertidumbres. Le gustaba hablar de su vida y casi le sorprendían los episodios que podía recordar fácilmente.

Emilia continuaba leyendo libros y haciendo crucigramas, aunque se quejaba de no poder recordar lo que había leído sólo un poco antes. En la sala de espera antes de la sesión, estaba trabajando en un crucigrama para "no volverse demasiado estúpida".

Tenía una hermana 10 años menor, una hija de 60 años, dos nietos de los que se sentía muy orgullosa y un biznieto. Su familia de origen pertenecía a la clase media baja italiana, en la que era común expresar críticas al régimen autoritario de la época, sin embargo, por razones de seguridad y conveniencia, no adoptaron una actitud política abiertamente hostil.

Emilia miraba con nostalgia a su infancia. Parece que sus padres eran razonablemente felices juntos. Describió a su madre como una mujer tierna y dedicada a la familia y a su padre como un hombre estricto, severo pero justo y responsable con su familia, al que admiraba mucho.

Emilia, animada por su padre, obtuvo un diploma de secretaria, algo poco común en sus tiempos y se enamoró de Giovanni, un hombre progresista que había luchado contra el nazismo en Italia. Giovanni estaba casado, y abandonó a su esposa y su trabajo por Emilia y se trasladaron de ciudad ante la fuerte presión social y de la poderosa familia de su cónyuge. Después de muchos años de vida en común, tuvieron a su única hija, Ángela. Giovanni luchó en vano durante años para invalidar su matrimonio a través del tribunal eclesiástico, pero solo la aprobación de la ley de divorcio en Italia le permitió finalmente casarse con Emilia, aunque en ese momento la pareja ya atravesaba tensiones.

Su primer conflicto importante comenzó cuando Emilia decidió abrir una librería cumpliendo así un deseo de larga data, que probablemente provenía del amor a la cultura que su padre le había transmitido y que se adaptaba a su necesidad de emancipación como mujer, ciertamente adelantada a su tiempo. La librería tuvo éxito y sus ingresos pronto se volvieron más altos que los de su esposo lo que acentuó el conflicto entre ellos. A lo largo de los años Giovanni criticaba constantemente su decisión de abrir la librería, culpando a esta elección de muchos de sus problemas. La acusación más dura fue que ella no era una madre cariñosa y que se preocupaba más por el negocio que por su hija. Esta acusación siguió siendo una herida abierta para Emilia. Ángela, su hija, también obtuvo un diploma, pero a diferencia de su madre, una vez que se casó eligió ser ama de casa.

Aunque la relación con su esposo fue difícil, Emilia continuó encontrando satisfacción en su trabajo, donde desarrolló relaciones significativas con los clientes, entre ellos con las monjas de un hospital de expósitos, lo que le permitió donar dinero para los niños, a menudo sin decírselo a su marido.

En un momento particularmente crítico con Giovanni, Emilia hizo un intento de suicidio ingiriendo pastillas por el que fue hospitalizada, hablando por primera vez al psiquiatra sobre la decepción y el sufrimiento en su matrimonio. El médico aconsejó a su esposo que fuera más amable con ella y que reconociera sus cualidades personales más abiertamente. Giovanni cambió intentando seguir los consejos del médico. Después, la pareja nunca habló de lo sucedido. Su comunicación fue menos conflictiva, pero se limitó a los aspectos concretos de la vida cotidiana.

Debido a su avanzada edad y a la insistencia de su esposo, Emilia se vio obligada a cerrar la librería. El dolor que sentía por el cese del negocio nunca se había resuelto del todo. Su forma de hablar en la sesión con la psicóloga revelaba una nostalgia dolorosa.

Además del cierre de la librería, Emilia estaba de luto por la pérdida de su esposo, quien había muerto repentinamente hacía 15 años. Emilia recordó vívidamente su muerte: sufrió un infarto mientras estaba ordenando documentos sobre el papel de los partisanos en la guerra, con la intención de publicar un libro. Emilia sintió que tenía que continuar el trabajo que su esposo había comenzado, pero poco a poco, casi sin darse cuenta, se rindió. Esto la hizo sentir culpable y, sin embargo, justificó su decisión con una posición defensiva, a veces por referencia a sus límites culturales, a veces en términos del resentimiento que todavía tenía contra él. Permanecía herida por su vieja acusación de no haber sido una buena madre, y por el vínculo privilegiado entre padre e hija del que se sentía excluida.

Intervención psicológica

Evidentemente, Emilia no tenía ningún problema de salud física en particular. No estaba claro si en la primera parte de su vida hubo algún problema psicológico. El intento de suicidio fue el evento más grave, la marca de una crisis personal y familiar que había estado sucediendo durante mucho tiempo. Aunque recibió apoyo y ayuda, siguió sintiéndose infeliz y silenciosamente enojada con su esposo. También le abrumaba por la culpa, porque pensaba que debería sentirse satisfecha con la realización de sus sueños: el matrimonio “imposible”, la librería y la maternidad. Pero ella nunca encontró un espacio para el reconocimiento y liberación de sus sentimientos personales, era casi imposible ver a un psicólogo en el contexto sociocultural e institucional en el que vivía. Solo en edad avanzada accedió a un servicio psicológico público, gracias a su médico de cabecera, quien planteó la hipótesis de un trastorno de ansiedad-depresión y la necesidad de tratamiento psicológico. Había excluido uno farmacológico, posponiendo esa opción, si era necesario, hasta después una consulta.

Su propensión a la introspección y sus habilidades cognitivas intactas permitieron a Emilia hacer un buen uso del breve apoyo psicológico. Paradójicamente, sus problemas en lugar de estar causados por déficit de memoria, estaban causados por los mismos recuerdos que temía perder junto con sus afectos asociados: ira, culpa, decepción, celos y vergüenza.

Creía que eran sus defectos los que explicaban la relación privilegiada de la hija con el padre; en su opinión, los dos la habían excluido. Por la misma razón, su hija supuestamente todavía estaba enojada con ella, no la amaba y prefería a su suegra, que vivía con Ángela y que era mayor, más enferma y menos capaz que Emilia.

Al comienzo del tratamiento, la relación de Emilia con su hija parecía llena de ambivalencia. Por un lado, Ángela insistía en que tanto su madre como su suegra vivieran con ella, para poder contar con la ayuda de Ángela en caso de enfermedad; por otro lado, las frecuentes discusiones entre ellas impedían una verdadera cercanía.

Emilia gradualmente logró reconocer tanto sus celos hacia la suegra de su hija como el hecho de que su hija no estaba enojada con ella; de lo contrario, ciertamente no habría querido que viviera en su casa.

En cierto momento del proceso de apoyo Emilia dejó que la psicóloga hablara con su hija. Ángela comprendió bien la culpa que sentía su madre, pero la consideró irracional. De hecho, afirmó que Emilia había sido una buena madre, tierna y cariñosa.

Después del encuentro entre Ángela y la psicóloga, Emilia pareció muy aliviada. El tema de que ella perdiera la memoria o se volviera "estúpida" había retrocedido. La elección de su independencia seguía siendo su baluarte. Llegó a acuerdos para seguir independiente pero viendo a su hija y a su yerno casi todos los días.

Después de 6 meses de apoyo psicológico semanal, Emilia y el psicólogo acordaron que el tratamiento había sido exitoso y planificaron sesiones de seguimiento cada 3 meses. Durante los seguimientos, Emilia aceptó la sugerencia de su hija de contratar un cuidador. Esto le permitió un cierto grado de independencia y un poco de ayuda para subir las escaleras y moverse por el vecindario.

Cuando tenía alrededor de 86 años, Emilia tuvo un derrame cerebral que le quitó la capacidad de hablar y moverse, pero no su sonrisa y sentido del humor. A pesar de su sufrimiento y los tristes acontecimientos de su vida, la perseverancia de Emilia en buscar ayuda, la fortaleza mental y la capacidad de mantener la esperanza de un cambio en el futuro fueron recursos valiosos. La psicoterapia pudo fortalecer su capacidad de flexibilidad y adaptación. El sentimiento de cálida cercanía emocional que ella evocaba en el psicólogo contribuyó a fortalecer la alianza terapéutica.

Diagnóstico DSM-5/CIE-10

Trastorno de ansiedad generalizada.

Diagnóstico PDM-2

Funcionamiento mental. Sus facultades cognitivas generales estaban bien conservadas. Su capacidad de comprensión y exposición fue buena. No se encontró patología en sus facultades mnemotécnicas, sólo vacilaciones y ralentizaciones fisiológicas relacionadas con la edad. Sin embargo, Emilia mostró constricciones leves y áreas de inflexibilidad en algunos dominios del funcionamiento mental, como la regulación de la autoestima, el funcionamiento defensivo y la mentalidad psicológica.

Deficiencias leves en el funcionamiento mental.

Nivel de organización de la personalidad. La vida de Emilia se caracterizó por persistentes sentimientos de tristeza, culpa, celos, rabia y vergüenza, que manejó a través de las defensas de la represión, la introyección, la devaluación de sí misma, la idealización de los demás, el humor y el desinterés.

Las principales preocupaciones y creencias patógenas de Emilia se referían a la dicotomía entre bondad y maldad: creía persistentemente que había algo intrínsecamente malo o inadecuado en ella misma, y que si la gente la hubiera conocido mejor, habría sido rechazada.

Nivel de personalidad: Organización Neurótica. Puntuación 8 en una escala del 1 al 10 que abarca niveles de personalidad psicótica-límite-neurótica-sana. Puntúa 7 de 1 a 10 en los factores de Identidad, Relaciones de objeto y Nivel de defensas. Puntúa 8 en el factor juicio de realidad.

Síndrome de personalidad: Personalidad depresiva. Puntuando 3 en una escala desde mayor gravedad hasta salud del 1 a 5.

Patrones de síntomas Trastorno de ansiedad de nivel moderado. Puntúa 3 en una escala de más a menos severidad de 1 a 5.

Referencias

Lingiardi, V. y McWilliams, N. (Eds), (2017). *Psychodynamic Diagnostic Manual, PDM-2*. The Guilford Press.