

11241

43

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL

"FRECUENCIA DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ANCIANOS  
QUE ASISTEN A UN CENTRO DE DIA"

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN  
PSIQUIATRIA

ALUMNO: AGUSTIN TORRES CID DE LEON

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TUTOR TEORICO

TUTOR METODOLOGICO

*Miguel Krassoievitch*

*Francisco Paez Agraz*

2002

DR. MIGUEL KRASSOIEVITCH

DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ

Vo. Bo

PSICOLOGIA  
MEDICA  
DEPTO. DE PSIQUIATRIA  
Y SALUD MENTAL  
U. N. A. M.

*Alejandro Diaz*  
Dr. Alejandro Diaz Mtz.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## AGRADECIMIENTO

Este trabajo fue posible gracias a la colaboración de maestros, familia y compañeros. Quiero agradecer a mis tutores, el Dr. Miguel Krassoievitch y el Dr. Francisco Paez por su asesoría y valiosa colaboración; especialmente por su dedicación y paciencia. A mi familia por su paciencia y ayuda. A Mary por su detallada, cálida y amorosa asesoría. Así también quiero agradecer la colaboración del Dr. Oscar Ugalde por su enseñanza y facilidades que me proporcionó para la realización de este estudio.

También quiero agradecer a los asistentes y autoridades del centro de día, en donde fue llevada esta investigación

*A mi papá que acarició mi frente*

*A mi mamá que aguanto todo*

*A mis hermanos que lo extrañamos tanto*

## INDICE

I.	Introducción.....	1
II.	Marco Teórico.....	2
III.	Justificación.....	20
IV.	Planteamiento del problema.....	21
V.	Objetivos.....	21
VI.	Metodología.....	21
VII.	Resultados.....	26
VIII.	Discusión.....	30
IX.	Conclusiones.....	33
X.	Bibliografía.....	34

## INTRODUCCION

Investigar los problemas de personalidad en los ancianos puede ser desalentador, probablemente debido a que se piensa que este tipo de trastornos no se encuentra en la vejez o por que no son evaluados de manera propositiva. Se ha llegado a pensar que los trastornos de personalidad (TP) se va modificando con el paso de los años y diversos autores han llegado a poner en duda la utilidad de los actuales criterios diagnósticos (DSM-IV, CIE-10) para evaluar los TP en los ancianos

No es posible hacer un diagnóstico de TP de manera transversal, por lo que la información proporcionada por otras fuentes es algunas veces necesaria. Vale la pena mencionar que la disminución en la memoria y algunos déficits sensoriales acompañan al envejecimiento, y es aún más necesario contar con otras fuentes de información para hacer el diagnóstico. Se ha intentado usar algunos formatos autoaplicables con el fin de diagnosticar los TP, solo que muestran limitantes, debido a la forma en que interpreta el sujeto la pregunta, así que en estudios donde se realiza únicamente una evaluación de este tipo se corre el riesgo de encontrar falsos positivos. Esta, situación que puede disminuir si se realiza una entrevista de forma personal para así poder aclarar dudas acerca de la misma, que en un momento dado fueran importantes para la evaluación.

Como es sabido, los TP pueden predisponer a otro tipo de trastornos psiquiátricos, como los depresivos o ansiosos. Algunos estudios han encontrado que los ancianos que se han suicidado presentaban un porcentaje importante TP. Por lo anterior considero relevante llevar a cabo una investigación con la finalidad de conocer la frecuencia de TP en una población no detectada con problemas psiquiátricos, ya que puede servir de punto de referencia para futuras investigaciones en este mismo campo.

## MARCO TEORICO

Los pacientes geriátricos han atraído cada vez más la atención de los profesionales de la salud mental, debido al aumento de este grupo de edad. Existen diversos factores de riesgo psicosocial que pueden predisponer a los trastornos mentales en la vejez, que incluyen la pérdida del rol social, la pérdida de la autonomía, la muerte de amigos y familiares, el declive de la salud, el aislacionismo, las limitaciones económicas y el declive de las funciones cognitivas (1).

Según los estudios realizados en el *National Institute of Mental Health's Epidemiological Catchment Area (ECA)* (2), los trastornos más frecuentemente encontrados en los ancianos son los depresivos, cognitivos, fobias y trastornos por abuso de alcohol. Existe un creciente interés por estudiar los trastornos de personalidad (TP) en este grupo de edad, ya que anteriormente se minimizaba la posibilidad de que los ancianos pudieran tener este trastorno. Esto mismo se ve reflejado en las notas introductoras de la clasificación multiaxial del Manual Diagnostico Estadístico en su tercera edición (DSM-III), en el apartado destinado a los problemas de personalidad, el cual describe que los síntomas de los TP se "atenúan a lo largo del tiempo" (3). Ya para la cuarta edición de este manual se incluye que estos trastornos "son estables a lo largo del tiempo" (4). También se ha llegado a plantear que algunos trastornos del eje I, como el trastorno distímico, son debidos a TP que no son identificados en los ancianos (5,6).

La frecuencia de este trastorno varia considerablemente, como lo cita Kroessler (7), de un 2.2 a 12.6%. Sin embargo, la mayoría de estos estudios emplean criterios que son difícilmente comparables con los actuales para diagnosticar TP en el anciano.

En cuanto a la frecuencia de TP en una casa de retiro Teeter (8) encontró que 63 de los 74 presentaban un trastorno psiquiátrico, pero solo 8 de ellos tenían un TP.

Para hablar de TP debemos comprender la complejidad del término y distinguir entre personalidad y TP. La personalidad puede ser concebida en dos componentes: el “temperamento” que es determinado genéticamente y el “carácter” que se atribuye a lo que el individuo aprende durante la infancia, influenciado por factores sociales, culturales y medio ambientales. A los TP se les define según la clasificación diagnóstica del DSM-IV como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principios de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar y prejuicios al sujeto”(4). Esta misma clasificación distribuye a los TP en 3 grupos: el grupo A que contiene el TP paranoide, TP esquizoide y TP esquizotípico; el grupo B con el TP narcicista, TP antisocial, TP límite y TP histriónico; y el grupo C, con el TP dependiente, TP evitativo y el TP obsesivo compulsivo. Existe otra categoría diagnóstica codificada como “no especificado”, que incluye características de los diversos TP.

Algunas de las características de los diferentes grupos se describen brevemente a continuación

### **Trastornos de personalidad del grupo A**

Las personas con TP del grupo A son consideradas como excéntricas o raras y se encuentra con mayor frecuencia en familiares de personas esquizofrénicas

El TP paranoide se caracteriza por una tendencia exagerada a interpretar las acciones de los demás como deliberadamente amenazantes o insultantes, invariablemente esperan ser explotados o dañados por los demás de algún modo, son patológicamente celosos y sin razón alguna ponen en duda la fidelidad de su cónyuge y parejas. Dan por hecho que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer algún daño y los van a engañar, aunque no tienen prueba alguna que apoye estas previsiones.

Los sujetos que sufren de un TP esquizoide presentan un patrón de aislamiento social de toda su vida, sufriendo malestar al interactuar con

otros individuos y su afecto es constreñido. Dan la impresión de ser fríos o distantes, mostrándose reservados y carentes de implicación en sucesos cotidianos que preocupan a las demás personas. A pesar de estar centrados en sí mismos y en sus emociones, no han perdido el contacto con la realidad.

Aquellas personas que presentan un TP esquizotípico son marcadamente extravagantes y raras, pueden ser supersticiosas y afirman ser clarividentes. El pensamiento mágico, ilusiones, desrealización e ideas de referencia son parte de la vida diaria de estas personas (1,4,9).

### **Trastornos de personalidad del grupo B**

Los TP del grupo B poseen una base genética, el TP antisocial se asocia a los trastornos por abuso de alcohol. La depresión es frecuente en los familiares de pacientes con TP límite y se ha relacionado con el trastorno por somatización a los pacientes con TP histriónico

El TP antisocial se caracteriza por continuos actos criminales o antisociales, sin ser por esto un sinónimo de criminalidad. Dan la apariencia de ser personas normales, de hecho suelen ser agradables, sin embargo son disfuncionales en diversas áreas de su vida. La mentira, fugas del hogar, peleas y abuso de sustancias ilegales son situaciones típicas desde la niñez, son manipuladores y frecuentemente capaces de involucrar a los demás para obtener dinero. La promiscuidad, abusos del cónyuge, el abuso de niños, y el conducir en estado de ebriedad son actividades frecuentes en la vida de estos sujetos.

Los pacientes con un TP límite se sitúan en la frontera de la neurosis y la psicosis, se caracterizan por una extraordinaria inestabilidad emocional, conductual, relacional y en cuanto a su imagen casi siempre parecen estar en un estado de crisis. La conducta de estos sujetos es impredecible y raramente consiguen lo que estaría dentro de sus posibilidades. Son capaces de cortarse las venas o lesionarse con la

finalidad de ser tomados en cuenta, para expresar enojo o liberarse de sus afectos. No toleran la soledad y buscan frenéticamente la compañía de otras personas, a pesar que esto les sea insatisfactorio.

El IP histriónico se caracteriza por una conducta exagerada y extrovertida, que busca constantemente la atención de los demás. Tienden a exagerar sus pensamientos y sentimientos, haciendo que todo parezca mucho más interesante de lo que es en realidad. Las relaciones interpersonales en estos sujetos suelen ser superficiales, y los pacientes suelen ser vanidosos, egocéntricos y volubles.

Las personas que presentan un IP narcicista se caracterizan por un elevado grado de auto importancia, y sentimientos de grandiosidad que les hacen creer que son personas especiales y esperan ser tratados de acuerdo a esto. Sus relaciones interpersonales son frágiles y se niegan a seguir las normas de conducta convencionales. Poseen autoestima baja y son muy proclives a la depresión (1,4,9).

### **Trastornos de personalidad del grupo C**

Los sujetos del grupo C son por lo regular temerosos. Aquellos que presentan un TP evitativo muestran una sensibilidad extrema al rechazo, desean seguridad y cuando hablan con alguien, expresan incertidumbre, carecen de autoconfianza y pueden hablar de una forma autoanulante. Suelen escoger actividades laborales y recreativas en las que no tengan que relacionarse con demasiada gente y generalmente son incapaces de iniciar una relación, a menos que tengan la garantía de ser aceptados.

Los sujetos con un TP dependiente subordinan sus necesidades por las de los demás, permiten que otras personas asuman sus responsabilidades y pueden experimentar un intenso malestar cuando están solos, aunque sea por poco tiempo. El pesimismo, dudas sobre sí mismo, la pasividad y los miedos a la expresión de sentimientos caracterizan a estos pacientes.

El TP obsesivo-compulsivo se caracteriza por una constricción emocional, gusto por el orden, perseverancia, obstinación e indecisión. Están preocupadas por las normas, regulaciones, orden, limpieza, detalles y consecución de la perfección. Son personas formales, serias y carecen frecuentemente de sentido del humor (1,4,9).

Por último queda el TP no especificado que se reserva para aquellos TP que no cumplen con ninguno de los criterios antes mencionados.

Acercas de la persistencia de estos trastornos al paso del tiempo se han encontrado varios resultados, algunos de ellos apuntan que los TP son persistentes y otros que la sintomatología se atenúa o cambia junto con el paso del tiempo. En el caso de los TP del grupo A poco se ha estudiado el efecto que tiene el paso de los años en la sintomatología de este trastorno, lo mismo sucede en lo que respecta a los del grupo B y del C.

## **EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

### **Estudios de prevalencia**

#### *Estudios de comunidad de trastornos de personalidad sin especificar.*

Se ha observado una mayor prevalencia de TP en sujetos que viven en áreas urbanas comparado con los de áreas rurales. Así también la prevalencia de los TP varía de acuerdo con el tipo de población estudiada.

En una revisión de 20 estudios epidemiológicos de trastornos de personalidad (TP) realizado en servicios de psiquiatría de Europa y Norte América desde el año de 1950, Neugebauer y col (10) encontraron una prevalencia del 7%, sin embargo, también se incluía abusadores o dependientes de alcohol o tabaco. Leval (11) encontró en una revisión reciente de estudios epidemiológicos realizados en Latino América, una

prevalencia del 3.4% (Costa Rica) a 10.7% (Perú), con una media de 4.7% de TP en la población general.

En el año de 1986, Casey y Tyrer (12), realizaron un estudio en el Reino Unido. Seleccionaron al azar 200 sujetos de áreas rural y urbana. Los valoraron por medio del *Psychiatric Assessment Schedule* (PAS) y encontraron que 26 de ellos (13%) presentaban un TP. El TP más común que encontraron fue el de tipo explosivo<sup>1</sup>. En este estudio no existieron diferencias en la prevalencia entre sujetos que procedían de un medio rural con los de ciudad, lo mismo que para el sexo. Dieciséis de ellos sufrían de otro trastorno mental y más de la mitad padecían un TP. El funcionamiento social fue peor en los que cursaban con un TP, comparado con los otros sujetos sin TP; sin embargo, no existieron diferencias significativas entre las diferentes categorías de los TP.

Maier y colaboradores (13) en el año de 1992 valoraron una muestra de 109 familias en Alemania para diagnosticar a lo largo de la vida tanto TP como trastornos del Eje I del DSM-III-R. Fueron entrevistados 447 sujetos, a quienes se les aplicó la cédula para trastornos afectivos y esquizofrenia a lo largo de la vida (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-lifetime- SADS*) así como la entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R para evaluar TP (*SCID-II*). Encontraron una prevalencia del 10.3%, en cuanto al sexo se presentó en el 9.9% de los hombres y 10.5% en mujeres, siendo mayor la prevalencia en jóvenes que en gente de mayor edad. Se encontró de manera significativa asociación con algunos trastornos mentales, por ejemplo el TP evitativo se asoció a trastornos de ansiedad, y los trastornos afectivos se asociaron con el TP límite.

---

<sup>1</sup> Se caracteriza por inestabilidad del afecto. Presenta exaltación de manera desproporcionada y puede manifestarse como ira, odio o violencia física. Quién lo padece no puede controlar estos estallidos. Esta categoría no aparece en el DSM-IV

Otro estudio es el que realizaron Reich y colaboradores en el año de 1988(14), en una muestra de 235 adultos evaluados por medio del *Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ)* encontraron que 26 de ellos (11.1%) fueron diagnosticados con un IP, el promedio de edad fue de 45.8 años; de entre ellos, 12 (46%) de los hombres y 14 (54%) de las mujeres estaban casados. Una historia de abuso de alcohol, desempleo y problemas de pareja fueron más comunes en el grupo que padecían un IP. En cuanto a la distribución por edad y sexo se encontró que los IP del grupo A no cambiaba con la edad, mientras que los IP del grupo B y los IP del grupo C tuvieron una asociación significativa con la misma. Las mujeres de entre 31 y 40 años de edad y los hombres de 18 a 30 años tuvieron el mayor nivel de rasgos de la personalidad; sin embargo, las mujeres en este mismo grupo tuvieron además un correspondiente incremento en su deterioro.

En el estudio de Zimmerman y Coryell (15) en el año de 1990, fueron evaluados 697 sujetos, entre pacientes psiquiátricos y un grupo control. Se valoraron con la entrevista estructurada del DSM-III-R para IP (*SPID*) y el cuestionario para diagnóstico de personalidad PDQ. Encontraron que un mayor número de individuos fueron diagnosticados con el SPID (13.5% comparado con 10.3%). Los IP más frecuentemente encontrados al ser evaluados con el SPID fueron el IP esquizotípico, histriónico, antisocial y pasivo agresivo<sup>2</sup>. Los autores concluyen que las entrevistas y cuestionarios para evaluar los IP generalmente muestran poca concordancia, y que la forma de evaluación puede afectar considerablemente la prevalencia de este trastorno.

---

<sup>2</sup> Se caracteriza por pasividad y agresividad. La agresividad se expresa en forma pasiva: tardanza, ineficiencia, obstinación. La agresividad no se manifiesta abiertamente. Esta categoría no aparece en la edición cuarta del manual diagnóstico estadístico (DSM-IV)

## **Estudios de comunidad de trastornos de personalidad de forma específica**

### **Trastornos de personalidad del grupo A**

#### *Trastorno de personalidad paranoide*

Las primeras investigaciones sobre la prevalencia del TP paranoide fueron las de Leighton en el año de 1959 (16) y de Langner y Michael en 1963 (17), quienes encontraron una prevalencia con marcadas diferencias, de 0.03% a 28.4% respectivamente. Reich y colaboradores en 1989 y Zimmerman y Coryell en 1990 encontraron índices similares (0.4% y 0.8%)(ver tabla 1)

#### *Trastorno de personalidad esquizoide*

Langner y Michael en 1963 encontraron un índice elevado de TP esquizoide (15.2%); sin embargo índices mucho más bajos han sido reportados desde entonces (0.4%-0.9%). Baron y cols en el año de 1985 reportaron un índice de 1.6%( ver tabla 1).

#### *Trastorno de personalidad esquizotípico*

Estudios de adopción han sido de mucha utilidad para este propósito, en particular el estudio danés de adopción (*danish adoption study*) que además ha sido de mucha utilidad para comprender la etiología y epidemiología de este trastorno. Reich en 1989 (18) y Zimmerman en 1990 (15) reportaron índices de TP de 3.0% y 5.6% respectivamente. Estos resultados son similares a los encontrados por Michael (17) en 1963 en el estudio de Manhattan que fue de 4.9%; sin embargo Maier (13) en 1992 reportó un índice de 0.6%, los índices encontrados fueron empleando

métodos de valoración como el PDQ. Baron y col (18) en 1985 encontraron que el TP esquizotípico fue mucho más frecuente entre los probandos con esquizofrenia crónica (14.6%) que en los controles (21%). Estos resultados proveen evidencia de que existe relación entre la esquizofrenia y el TP esquizotípico (ver tabla 1).

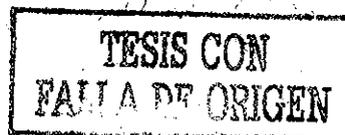
**Tabla 1. Prevalencia de trastornos de personalidad del grupo A**

<b>Tipo de Trastorno de Personalidad</b>	<b>Prevalencia</b>
TP paranoide	0.4% a 0.8%
TP esquizotípico	0.4% a 0.9%
TP esquizoide	3.0% a 5.6%

### **Trastornos de personalidad del grupo B**

#### *Trastorno de personalidad histriónico*

El estudio de Nestdar y cols en 1990 fue llevado a cabo como parte del programa de la ECA en Baltimore, para conocer la prevalencia del TP histriónico en la población. Encontraron una prevalencia del 2.3% en la población general, con índices de 2.1% y 2.2% en hombres y mujeres respectivamente. No encontraron diferencias significativas en cuanto a la raza o nivel educativo; sin embargo la prevalencia fue mayor de manera significativa entre sujetos divorciados o separados que entre los que estaban casados. El 17% de las mujeres que presentaban este TP sufrían de un trastorno depresivo. El índice de intentos suicidas fue mayor en el grupo con TP histriónico, y estos sujetos usaron 4 veces más los servicios de salud al compararlo con la población en general. No obstante los rasgos de personalidad de tipo histriónico fueron comunes en la población en general (ver tabla 2).



### *Trastorno de personalidad narcicista*

Reich y cols (19) y Zimmerman y Coryel (20) han encontrado idénticos índices (0.4%) del TP narcicista, ambos usando el PDQ como forma de evaluación. Por otra parte, Maier (13) no ha encontrado este trastorno al usar el SCID como medio de evaluación (ver tabla 2).

### *Trastorno límite de la personalidad*

Es uno de los trastornos más estudiados Weissman y Myer (21) estudiaron una muestra de 511 adultos en Estados Unidos. Los evaluó por medio del SADS-L y el Research Diagnostic Criteria (RDC) para determinar algún TP, encontró un índice de presentación muy bajo (0.2%); posiblemente debido a que la valoración no fue hecha a lo largo de la vida.

Reich y cols (14) usando el PDQ, reportaron un índice de 1.3%. Zimmerman y Coryell (15) reportaron un índice del 4.6% al usar el PDQ y de 1.7% usando el SPID. En otro estudio estos autores encontraron una elevada correlación entre el TP límite y otros TP. Cuando comparó a los que padecían de un TP límite con aquellos que tenían otro TP, encontró que los primeros tenían un elevado índice de abuso de tabaco, alcohol, trastornos fóbicos, intentos suicidas o esquizofrenia; sin embargo, aquellos con TP límite fueron el grupo más joven. El mayor índice se encontró en el grupo de 19-34 años de edad, con una disminución en el índice de acuerdo con la edad. Entre el grupo de sujetos con un TP límite, 98% habían sido diagnosticados el año anterior, y todos fueron diagnosticados de acuerdo al DIS como haberlo padecido alguna vez en su vida. Aproximadamente la mitad del grupo había estado en contacto con algún tipo de servicio de salud mental de manera externa; a pesar de ello no utilizaron con mayor frecuencia los servicios de la salud en general al compararlo con el resto de

la población. El TP límite se relacionó significativamente con problemas físicos, matrimoniales, dificultades en el trabajo, problemas relacionados al consumo de alcohol y problemas sexuales (ver tabla 2)

### *Trastorno de personalidad antisocial*

El TP antisocial es el más estudiado de los TP, y su prevalencia ha sido valorada por varios estudios epidemiológicos. En el estudio de la ECA, la prevalencia del TP antisocial fue investigado de manera específica por prevalencia al mes, seis meses y a lo largo de la vida, encontrándose un índice de prevalencia de 0.5%, 1.2% y 2.6% respectivamente (2). El índice de prevalencia a lo largo de la vida fue significativamente mayor en hombres (4.5%), que en mujeres (0.8%), independientemente de la edad o grupo étnico. Fue más frecuente en sujetos menores de 40 años, residentes de áreas urbanas y entre aquellos que habían iniciado la secundaria y no la habían terminado. Menos de la mitad tenía un historial criminal, sin embargo, dificultades en el trabajo se reportaron en un 94%, violencia en un 85%, y serios problemas matrimoniales en un 67%. En suma, el 84% habían estado involucrados en algún problema de abuso de sustancias y se encontraron fuertes asociaciones con esquizofrenia y manía.

En el estudio epidemiológico psiquiátrico de Christchurch, llevado a cabo en Nueva Zelanda (23) se evaluaron a 1498 sujetos de entre 18 y 64 años de edad. Se usaron métodos de evaluación similares a los del estudio de la ECA y se evaluó la prevalencia del TP antisocial 6 meses antes de la evaluación y a lo largo de la vida, encontrándose una prevalencia de 0.9% y 3.1% respectivamente, siendo más común entre hombres que en mujeres (1.3% contra 0.5%).

En el estudio de Edmonton, se evaluaron de manera aleatoria 3258 adultos por medio del DIS (24), encontraron una prevalencia de trastornos de personalidad a lo largo de la vida de 33.8% y un índice de 3.7% para el TP antisocial. Fue mayor la frecuencia del TP en el grupo de 18 a 34 años,

y en aquellos que estaban divorciados o separados. En la mayoría de los casos la edad de inicio fue antes de los 20 años (ver tabla 2)

**Tabla 2. Prevalencia de trastornos de personalidad del grupo B**

Tipo de trastorno de personalidad	Prevalencia
TP histriónico	2.1% a 2.3%
TP narcicista	0.4%
TP limite	1.3% a 1.7%
TP antisocial	0.9% a 3.1%

#### *Trastorno de personalidad evitativo*

Baron (18), Reich y cols (14) no han encontrado casos de TP evitativo, y Zimmerman y Coryell (15) han reportado rangos de 0.4% de este trastorno

#### *Trastorno de personalidad dependiente*

En el estudio del centro de Manhattan, 2.5% de la muestra estudiada fue diagnosticada con un TP pasivo-dependiente. Esto fue más común en mujeres que entre hombres, con un índice de 3:1. En el estudio de Stirling (16), 0.9% de la muestra exhibía una conducta pasivo-agresivo o pasivo-dependiente. Reich y cols (14), así como Zimmerman y Coryell han reportado índices de 5.1% y 6.7% usando el PDQ, sin embargo estas cifras han disminuido al momento que se emplea una entrevista estructurada.

#### *Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad*

Reich y cols (14) y Zimmerman y Coryell (20), usando el PDQ han encontrado índices comparables de TP obsesivo-compulsivo (6.4% y 4.0%). En otro estudio que ya hemos mencionado y que formó parte del estudio de



la ECA, en Baltimore, encontraron una prevalencia del 1.7% de TP obsesivo compulsivo en la comunidad. La prevalencia entre hombres fue de 3%, cerca de cinco veces mayor que en las mujeres (ver tabla 3).

*Trastorno de personalidad pasivo-agresivo*

En el estudio de Stirling (16), 0.9% de la muestra exhibía un patron de conducta pasivo-agresivo o pasivo-dependiente, sin embargo, esto no necesariamente representa la prevalencia de este TP. Zimmerman y Coryell han encontrado índices bajos, de 0.4%.

**Tabla 3. Prevalencia de trastornos de personalidad del grupo C**

Tipo de trastorno de personalidad	Prevalencia
TP evitativo	0.4%
IP dependiente	5.1% a 6.7%
IP obsesivo compulsivo	4.0% a 6.4%
TP pasivo- agresivo	0.4% a 0.9%

**EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD EN ANCIANOS**

Existe poca información acerca de la prevalencia de trastornos de personalidad en los ancianos, sin embargo se estima que lo padecen del 10 al 15% en la población general. Otro estudio citado por Abrams evaluó la comorbilidad de los trastornos de personalidad con depresión mayor y encontró una prevalencia del 18% (25). La mayoría de los pacientes presentaban un IP no especificado (36%), seguido del TP dependiente (12%).

Abrams(25) realizó un metanálisis mediante la revisión de la literatura de 1989 a 1994. Usó estudios que cumplían con los criterios de

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

propuestos por el DSM-III o DSM-III-R para diagnosticar un TP y aquellos en los que los sujetos de la muestra fueran mayores de 50 años, encontrando una prevalencia del 10%. Estos hallazgos no difirieron de los encontrados en poblaciones menores de 50 años. Al igual que en el anterior estudio, el más frecuente TP encontrado fue el TP no especificado.

Molinari y cols (26) estudiaron a 100 sujetos hombres de una clínica geriátrica para veteranos de guerra, y los compararon con otra muestra de 100 mujeres de una clínica psiquiátrica privada. Les evaluaron por medio de la entrevista estructurada para trastornos de personalidad (*SIDP-R*). Les realizaron una ficha de identificación y evaluaron tanto el Eje I como el Eje II. Los resultados indicaban un índice del 56.5% de TP. De manera significativa fue más frecuente en los hombres el diagnóstico de TP por medio de la entrevista, comparado con el de las mujeres; así también predominó en los hombres los TP paranoide, evitativo y más de un TP. No se encontraron diferencias significativas en el índice total de TP, pero aquellos más viejos fueron diagnosticados, con menor frecuencia, con más de un TP.

En el año de 1996, Oluwafemi (27), determinó la frecuencia y efectos de los trastornos de personalidad en los episodios depresivos de pacientes jóvenes y ancianos. Encontró que los TP se diagnosticaron más en los jóvenes (40.3%) en comparación con los ancianos (27%). El diagnóstico más común de TP en los ancianos fue del grupo C, en comparación con el TP del grupo B que fue más frecuente en el grupo de los jóvenes. Los trastornos depresivos se relacionaron en los adolescentes con episodios largos de depresión y malas relaciones familiares, en cambio, en los ancianos estuvieron más relacionados con episodios depresivos severos. Finalmente el autor concluye que los afectos de los TP en el paciente deprimido pueden ser diferentes de acuerdo a la edad del mismo.

Abrams (28) evaluó la presencia de TP en relación con depresión de inicio tardío o temprano. Se encargó de comparar dos grupos y denominó de

inicio temprano a aquellos casos en que la depresión se presentaba antes de los 60 años, y tardío a la que inició después de esta edad. A todos les evaluó acorde a los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Encontró que los sujetos con depresión temprana tuvieron mayor puntaje en los TP evitativo, TP dependiente y TP no especificado. El autor concluye que aquellos con una depresión temprana tiene mayor disfunción en su personalidad, comparándolos con los que presentan la depresión de manera tardía.

### *Estudios longitudinales*

Existen algunas especulaciones acerca del efecto que tiene la edad con respecto a los trastornos de personalidad. Los TP del grupo B, se caracterizan por impulsividad, auto mutilación, y abuso de sustancias, síntomas que parecen no estar presentes en la edad adulta; sin embargo algunos estudios sugieren que estas conductas pueden modificarse conforme pasan los años, y por ejemplo, los trastornos de identidad pueden manifestarse como incapacidad para hacer planes a futuro o dedicarse a actividades de manera directa; así también la anorexia puede ser un sustituto de una o más formas de automutilación (29).

Por otro lado, la reducción de conductas antisociales con la edad esta bien establecido. Por ejemplo, Black y cols (30), examinaron la estabilidad del TP antisocial en un grupo de hombres que salieron de un hospital psiquiátrico entre 1945 y 1970. Todos ellos cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-III-R para el TP antisocial. El seguimiento fue hecho entre 1986 y 1990, con un promedio de 29 años después de haber salido del hospital. Treinta y seis fueron contactados y se entrevistó a 26 de éstos. Al momento de la entrevista, el 26.7% presentaba alcoholismo, más de una tercera parte de ellos habían cambiado hasta 12 veces de ciudad, y en los pasados 10 años lo habían hecho en 10 ocasiones. De todos los sujetos, 26% habían presentado remisión de los síntomas, 31% mejoraron y 42% no mejoraron. Lo más relevante acerca de lo que sucede con el TP a lo largo del tiempo fue que 91.3% reportaron una "disminución" de la

sintomatología. Las razones que dieron fueron: por madurez, debido a una experiencia religiosa o gracias a un consejero. Los pacientes comentaban que la edad en la cual sintieron la "disminución" fue en promedio a los 40.3 años, lo cual fue similar a la edad promedio en la que sufrieron el último arresto (39.3 años). La comorbilidad más frecuente fue dependencia a tabaco, dependencia, uso o abuso de drogas o alcohol, trastorno de ansiedad generalizada, depresión mayor y disfunción sexual. Al seguimiento no tuvieron más problemas con la autoridad, sin embargo persistió el aislamiento social, problemas maritales, familiares, laborales y abuso de sustancias. Durante el seguimiento murieron 17 pacientes (24%); la edad promedio de muerte fue a los 51.9 años. Lo cual indica que este trastorno implica un riesgo para una muerte prematura.

#### *Estudios de trastorno de personalidad de manera específica*

Loranger desarrolló una carta de revisión que incluía a todos los criterios diagnósticos para el TP dependiente basándose en el DSM-III. Aplicó esta misma a 3640 pacientes que asistieron a un hospital psiquiátrico, encontrando que 342 de estos habían tenido un diagnóstico de TP dependiente, esto fue el 4.2% de todas las admisiones a un hospital; y el 9.4% de todos los pacientes que se les había diagnosticado un TP. De los pacientes con TP dependiente, 51.2% tenían más de 40 años de edad, y 69% de estos eran mujeres (31).

Así pues, los TP están presentes en cerca del 10% de la población anciana en general, y este número aumenta si se evalúan sujetos ancianos con otro trastorno psiquiátrico (depresión, ansiedad, etc.). A pesar de ello existen pocos estudios longitudinales que pudieran explicar lo que sucede con los síntomas de los TP al paso del tiempo, ya que basándose en los estudios, la prevalencia de los TP disminuye; sin embargo algunos otros apuntan a que existe una atenuación o disminución de los síntomas

## RELACION ENTRE SINTOMAS DEPRESIVOS Y PROBLEMAS COGNITIVOS

### **Síntomas depresivos e instrumentos de evaluación de la depresión en el anciano.**

La depresión en los ancianos es un problema frecuente. Se estima que su prevalencia es del 1.6% en la población de este grupo de edad. Algunos de los síntomas depresivos en los ancianos no son los mismos que en los jóvenes. Por ejemplo en los ancianos los síntomas físicos se presentan con mayor frecuencia, así como los problemas de memoria.

Uno de los problemas que se enfrenta al momento de evaluar síntomas depresivos en los ancianos, es que las escalas existentes para evaluar la depresión están validadas y estructuradas para jóvenes. Así también existe otra serie de dificultades como la forma en la que están estructuradas las escalas y el contenido de algunas de estas (por ejemplo hablar de sexualidad a un anciano le puede parecer ofensivo), lo que limita la evaluación de los síntomas depresivos

Los síntomas depresivos en el anciano se caracterizan por más síntomas de tipo físico que emocionales. Las quejas frecuentes de memoria, fatiga, insomnio, pérdida de apetito, molestias físicas, sentimientos de culpa y problemas en la concentración son algunos de los síntomas predominantes. Cuando los síntomas cognitivos son marcados en el estado depresivo, es importante realizar una evaluación detallada del estado cognoscitivo, ya que la depresión puede ser una manifestación de un proceso demencial incipiente.

Existen diversos instrumentos para evaluar los síntomas depresivos, entre los que destacan: *Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)*,

*Zung Self Rating Depression Scale (SDS)*, *Beck Depression Inventory* Sin embargo éstas tiene la limitante de que están validadas y diseñadas para otro tipo de población. Por esto se han diseñado escalas que evalúan específicamente la depresión en el anciano. Una de ellas es la escala de depresión geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*) la cual consta de un formato de 30 reactivos autoaplicables, de fácil administración y que no requiere de un adiestramiento prolongado para su aplicación, lo cual la convierte en una herramienta práctica y útil en las unidades que manejen este tipo de población y necesiten evaluar el estado afectivo de los ancianos (32).

### **Relación entre los síntomas depresivos con el estado cognoscitivo**

La relación entre síntomas cognoscitivos y el estado afectivo ha sido estudiada ampliamente. A esta asociación se le ha identificado como *pseudodemencia*, *coexistencia de demencia y depresión*, *estupor depresivo*, *etc.*; sin embargo algunos estudios de seguimiento han encontrado que dependiendo del grado de deterioro cognoscitivo que presenta los sujetos deprimidos, estos pueden evolucionar a una demencia.

Alexopoulos (33) evaluó a 57 ancianos con depresión mayor. Veintitrés de éstos cumplían criterios para "demencia reversible" (definida por la presencia de criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor y para una demencia, de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-III-R). Durante el seguimiento 43% evolucionaron a una demencia, comparado con el 12% que presentó el grupo que únicamente tenían depresión. El análisis mostró que los individuos con demencia reversible tenían 4.6 veces mayor probabilidad de desarrollar una demencia irreversible al seguimiento. Es importante destacar que en este estudio los sujetos con demencia reversible tenían puntajes menores de 24 en el examen cognoscitivo breve (*Mini Mental State Examination MMSE*)

Otro estudio de seguimiento fue realizado por Murphy (34), quien de manera prospectiva realizó un seguimiento a un año de ancianos que habían presentado un episodio depresivo mayor, encontrando que 4 de ellos habían desarrollado un proceso demencial

Algunos estudios se han encargado de evaluar los síntomas depresivos y los cognitivos, empleando la escala *GDS* y *MMSE* y han encontrado que no existe relación entre la intensidad de los síntomas depresivos y el puntaje del examen cognoscitivo. Así lo muestra el estudio de Phillips en el cual no encontró relación al evaluar depresión y síntomas cognitivos, específicamente memoria (35). En otro estudio fueron evaluadas las escalas *GDS* y *Cornell Scale for Depression* y no se encontró alguna influencia del *MMSE* en los puntajes de ambas escalas (36).

## **JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos de personalidad generan disfuncionalidad y aunque existen muchas investigaciones acerca de los trastornos de personalidad en la población abierta, hay poca información acerca de los trastornos de personalidad en la población anciana. No se sabe la implicación que tiene los trastornos de la personalidad en el manejo de población institucionalizada y no institucionalizada y por todo ello se justifica llevar a cabo un estudio que evalúe la frecuencia de los trastornos de personalidad en un contexto de ancianos específico, que aunque no puede generalizarse a toda la población en general, es un punto de partida.

Además se sabe que los síntomas depresivos en el anciano son altamente frecuentes y que en nuestro medio no existe hasta el momento una traducción adecuada de la escala de depresión geriátrica, que es un instrumento de evaluación de los síntomas depresivos en el anciano.

Otro estudio de seguimiento fue realizado por Murphy (34), quien de manera prospectiva realizó un seguimiento a un año de ancianos que habían presentado un episodio depresivo mayor, encontrando que 4 de ellos habían desarrollado un proceso demencial

Algunos estudios se han encargado de evaluar los síntomas depresivos y los cognitivos, empleando la escala *GDS* y *MMSE* y han encontrado que no existe relación entre la intensidad de los síntomas depresivos y el puntaje del examen cognoscitivo. Así lo muestra el estudio de Phillips en el cual no encontró relación al evaluar depresión y síntomas cognitivos, específicamente memoria (35). En otro estudio fueron evaluadas las escalas *GDS* y *Cornell Scale for Depression* y no se encontró alguna influencia del *MMSE* en los puntajes de ambas escalas (36).

## **JUSTIFICACIÓN**

Los trastornos de personalidad generan disfuncionalidad y aunque existen muchas investigaciones acerca de los trastornos de personalidad en la población abierta, hay poca información acerca de los trastornos de personalidad en la población anciana. No se sabe la implicación que tiene los trastornos de la personalidad en el manejo de población institucionalizada y no institucionalizada y por todo ello se justifica llevar a cabo un estudio que evalúe la frecuencia de los trastornos de personalidad en un contexto de ancianos específico, que aunque no puede generalizarse a toda la población en general, es un punto de partida.

Además se sabe que los síntomas depresivos en el anciano son altamente frecuentes y que en nuestro medio no existe hasta el momento una traducción adecuada de la escala de depresión geriátrica, que es un instrumento de evaluación de los síntomas depresivos en el anciano.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de los Trastornos de Personalidad en un centro de día?

¿Cuál es el promedio, desviación estándar y consistencia interna de la escala de depresión geriátrica?

## **OBJETIVOS**

1. - Determinar la frecuencia de trastornos de personalidad acorde a los criterios del DSM-III-R mediante la aplicación de una entrevista estructurada a una población de sujetos mayores de 60 años de edad que asisten a un centro de día y también evaluar el estado cognoscitivo y detectar depresión en esta misma población al aplicar la escala de depresión geriátrica (GDS) y el examen cognoscitivo breve (MMSE).
2. - Determinar la media, desviación estándar y consistencia interna del GDS.
3. - Determinar la correlación entre el estado cognoscitivo y la sintomatología depresiva en una población de sujetos mayores de 60 años de edad que asisten a un centro de día.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **a) Diseño**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de los Trastornos de Personalidad en un centro de día?

¿Cuál es el promedio, desviación estándar y consistencia interna de la escala de depresión geriátrica?

## **OBJETIVOS**

1. - Determinar la frecuencia de trastornos de personalidad acorde a los criterios del DSM-III-R mediante la aplicación de una entrevista estructurada a una población de sujetos mayores de 60 años de edad que asisten a un centro de día y también evaluar el estado cognoscitivo y detectar depresión en esta misma población al aplicar la escala de depresión geriátrica (GDS) y el examen cognoscitivo breve (MMSE).
2. - Determinar la media, desviación estándar y consistencia interna del GDS.
3. - Determinar la correlación entre el estado cognoscitivo y la sintomatología depresiva en una población de sujetos mayores de 60 años de edad que asisten a un centro de día.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **a) Diseño**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la frecuencia de los Trastornos de Personalidad en un centro de día?

¿Cuál es el promedio, desviación estándar y consistencia interna de la escala de depresión geriátrica?

## **OBJETIVOS**

1. - Determinar la frecuencia de trastornos de personalidad acorde a los criterios del DSM-III-R mediante la aplicación de una entrevista estructurada a una población de sujetos mayores de 60 años de edad que asisten a un centro de día y también evaluar el estado cognoscitivo y detectar depresión en esta misma población al aplicar la escala de depresión geriátrica (GDS) y el examen cognoscitivo breve (MMSE).
2. - Determinar la media, desviación estándar y consistencia interna del GDS.
3. - Determinar la correlación entre el estado cognoscitivo y la sintomatología depresiva en una población de sujetos mayores de 60 años de edad que asisten a un centro de día.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **a) Diseño**

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal.

## **b) Universo y muestra**

En una muestra tipo censo, se valoró a todos los sujetos mayores de 60 años de edad, que cumplieron con los criterios de selección y que asisten a la casa de día “Héctor Vélez y de la Rosa”, ubicada en el sur de la ciudad de México, durante un periodo comprendido de septiembre a octubre de 1998.

## **c) Criterios de selección:**

### *Criterios de inclusión:*

- Asistir al centro de día como usuario y hablar español.
- Tener más de 60 años
- Que tengan posibilidad de comunicarse verbalmente.
- Aceptar participar en el estudio y obtener el consentimiento firmado por parte del participante y un familiar.

### *Criterios de exclusión:*

- Negarse a participar en el estudio
- Cursar con un problema médico o psiquiátrico que imposibilite la comunicación

## **d) Variables e instrumentos**

\* Variables clínico demográficas: se recabaron la edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, con quien vive, enfermedades médicas presentes, medicamentos que consumen. Estas fueron recabadas mediante una forma

diseñada *ad hoc*.

\* Trastornos de la Personalidad. La presencia o ausencia de TP fue evaluada mediante el SCID II (37).

La entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID) es una entrevista semiestructurada para hacer los principales diagnósticos del Eje I y el Eje II.

El SCID II es un instrumento separado para evaluar los 11 trastornos de personalidad del eje II del DSM-III-R, así como el trastorno de personalidad autodestructiva (incluida en el apéndice del DSM-III-R. Puede ser usado para hacer diagnósticos del eje II tanto categóricamente (ausente - presente) o dimensionalmente

Al igual que el SCID para el Eje I, el SCID II empieza con una breve revisión general enfocada a las conductas y relaciones interpersonales del sujeto y que también ofrece información sobre la capacidad reflexiva del sujeto.

Una clasificación de "3" en un ítem del SCID-II indica que hay suficiente evidencia de que el rasgo descrito es patológico, persistente, y generalizado.

Patológico significa que el rasgo característico está fuera del rango de la variación normal.

Persistente se refiere tanto a la frecuencia como a la duración. Para considerar esto el síntoma debe estar presente al menos durante 5 años.

Generalizado significa que la característica es aparente en una gran variedad de contextos, tales como en el trabajo, en el hogar, etc.

En virtud de que el SCID no es una entrevista completamente estructurada y que requiere de juicio clínico del entrevistador, su confiabilidad depende mucho de las circunstancias particulares de su uso.

\* Síntomas depresivos. Los síntomas depresivos fueron evaluados mediante la Escala de depresión geriátrica (32)

La escala de depresión geriátrica (*Geriatric Depression Scale - GDS*) consta de 30 preguntas, de las cuales 20 indican la presencia de depresión cuando se contestan de manera positiva y las otras 10 indican depresión cuando se contestan de manera negativa. Es una prueba para evaluar depresión en poblaciones de ancianos, es simple de administrar y no requiere de mucho tiempo o de entrenamiento para su aplicación. Se han realizado varios estudios para demostrar la sensibilidad y especificidad de esta escala, uno de ellos es el de Lyness que evaluó a 130 pacientes, previamente diagnosticados con un problema depresivo mediante la entrevista clínica estructurada del DSM-III-R, y les aplicaron el *GDS*. Encontraron una sensibilidad de 100% y especificidad de 84%

\* Estado Cognoscitivo. Este fue evaluado mediante el examen cognoscitivo breve (*Mini mental state examination test*) (38)

El Examen Cognoscitivo Breve (*Mini-mental State Examination*) es un instrumento que se usa para la detección de alteraciones cognoscitivas. Este examen evalúa el área cognoscitiva de manera breve y efectiva y puede ser aplicado en ancianos y en pacientes con delirium o demencia. El instrumento valora 6 aspectos del área cognoscitiva:

- 1) orientación en tiempo, lugar y espacio;
- 2) repetición de palabras mencionadas por el entrevistador y memorizadas por el paciente;
- 3) concentración (restar de 7 en 7 desde 100);
- 4) memoria a corto plazo (mencionar 3 palabras aprendidas anteriormente);
- 5) lenguaje (nombrar objetos comunes); y,
- 6) escritura (escribir una oración, copiar un polígono).

La prueba consta de 11 preguntas y requiere de 5 a 10 minutos para su aplicación. La primera sección del ECB requiere sólo de respuestas verbales relacionadas con la orientación, memoria y la atención; su calificación máxima es de 21 puntos. La segunda parte de la prueba se refiere a la ejecución de ordenes verbales o escritas, su puntuación máxima es de 9 puntos. De esta forma su puntuación máxima total es de 30 puntos. Para evaluar sensibilidad y especificidad se utiliza como punto de corte 23 o 24 puntos; los valores promedio son del 87% y 82%, respectivamente (5,16).

Una puntuación por debajo de 23 sugiere una alteración en la función cognoscitiva. Katzman y colaboradores han usado un punto de corte de 21, reportando una sensibilidad de 79% y especificidad del 74%. Diferentes pruebas de validez han dado valores satisfactorios. Comparándolo con la prueba de inteligencia de Weshler tiene un coeficiente de correlación de 0.78 para el CI verbal y de 0.66 para el de ejecución. En un estudio realizado en la ciudad de México en la unidad de cuidados especiales del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez" por Becerra y colaboradores (38) se determinó la sensibilidad y especificidad de este instrumento, siendo de 97% y de 68% respectivamente.

#### **e) Procedimiento**

El investigador principal procedió en primer término a solicitar la autorización para evaluar a los sujetos en la institución donde se llevó a cabo la investigación. Una vez concedida, procedió a localizar a todas aquellas personas que cumplieran con los criterios de selección. A cada uno de ellos se les aplicó, en un primer tiempo la ficha clínica el GDS y el MMSE y en un segundo tiempo, la entrevista para detectar trastornos de la personalidad (SCID II).

**f) Análisis estadístico**

Se procedió inicialmente a la descripción de variables utilizando media y desviación estándar para variables numéricas y frecuencias y porcentajes para variables nominales. Como prueba de correlación se utilizó el coeficiente de Spearman. Para determinar la consistencia interna del GDS se utilizó el alfa de Crombach.

**RESULTADOS**

Se estudiaron un total de 40 sujetos, de los cuales 36 (90%) eran del sexo femenino y 4 (10%) del masculino. La edad promedio fue de  $74 \pm 7.8$  años (rango 60 a 88) (tabla 4)

**Tabla 4. Distribución por sexo**

Sexo	Número de sujetos (%)
Femenino	36 (90%)
Masculino	4 (10%)

En cuanto al estado civil 28 (70%) eran viudos, 8 (20%) eran casados, 2 (5%) estaban separados y 2 (5%) eran solteros. Sólo 1 (2.5%) tenía alguna ocupación (tabla 5).

**f) Análisis estadístico**

Se procedió inicialmente a la descripción de variables utilizando media y desviación estándar para variables numéricas y frecuencias y porcentajes para variables nominales. Como prueba de correlación se utilizó el coeficiente de Spearman. Para determinar la consistencia interna del GDS se utilizó el alfa de Crombach.

**RESULTADOS**

Se estudiaron un total de 40 sujetos, de los cuales 36 (90%) eran del sexo femenino y 4 (10%) del masculino. La edad promedio fue de  $74 \pm 7.8$  años (rango 60 a 88) (tabla 4)

**Tabla 4. Distribución por sexo**

Sexo	Número de sujetos (%)
Femenino	36 (90%)
Masculino	4 (10%)

En cuanto al estado civil 28 (70%) eran viudos, 8 (20%) eran casados, 2 (5%) estaban separados y 2 (5%) eran solteros. Sólo 1 (2.5%) tenía alguna ocupación (tabla 5).

**Tabla 5. Distribución por estado civil**

Estado civil	Número de sujetos (%)
Casado	8 (20%)
Separado	2 (5%)
Viudo	28 (70%)
Soltero	2 (5%)

En cuanto a la escolaridad, 15 (37.5%) tenían primaria incompleta, 15 (37.5%) tenían primaria completa y 10 (25%) secundaria o más (tabla 6).

**Tabla 6. Distribución por escolaridad**

Grado escolar	Numero de sujetos (%)
Primaria incompleta	15 (37.5%)
Primaria completa	15 (37.5%)
Secundaria o más	10 (25%)

Se encontró que 34 (85%) sujetos vivían con alguna persona, mientras que 6 (15%) vivían solos

**a) Enfermedades y tratamientos médicos.**

En la tabla 7 que se muestra a continuación, se indica el número y porcentaje de sujetos que sufrían alguna de las condiciones médicas exploradas.

**TABLA 7. Enfermedades médicas reportadas.**

ENFERMEDAD	NO n (%)	SI n (%)
Hipertensión arterial	22 (55%)	18 (45%)
Insuficiencia venosa	37 (92.5%)	3 (7.5%)
Arritmia cardíaca	39 (x%)	1 (4%)
Gastritis	34 (85%)	6 (15%)
Enfermedad articular	35 (87.5%)	5 (12.5%)
Asma	37 (92.5%)	3 (7.5%)
Hipercolesterolemia	38 (95%)	2 (5.0%)
Diabetes mellitus	38 (95%)	2 (5%)

*N= número de sujetos*

En la tabla 8 que se muestra a continuación se indican los principales tratamientos médicos que recibieron los sujetos estudiados

**TABLA 8. Grupos de medicamentos utilizados por la población anciana**

MEDICAMENTO	NO n (%)	SI n (%)
Antihipertensivos	22 (55%)	18 (45%)
Hipoglucemiantes	38 (95%)	2 (5%)
Analgésicos	32 (80%)	8 (20%)
Antihistamínicos	35 (87.5%)	5 (12.5%)

**b) Frecuencia de trastornos de la personalidad.**

Solo 3 (7.5%) de los casos estudiados presentaron algún trastorno de la personalidad. Ninguno de los sujetos cumplió criterios para más de un trastorno de la personalidad. Los trastornos específicos encontrados fueron: trastorno evitativo (frecuencia global 2.5%), trastorno dependiente (frecuencia global 2.5%) y trastorno obsesivo compulsivo (frecuencia global 2.5%) Todos ellos pertenecen al grupo C del DSMIII-R (tabla 9).

**Tabla 9. Frecuencia de trastornos de personalidad**

Tipo de trastorno de personalidad	Numero de sujetos (%)
TP evitativo	1 (2.5%)
TP dependiente	1 (2.5%)
TP obsesivo compulsivo	1 (2.5%)

### **c) Severidad de síntomas depresivos y estado cognoscitivo.**

El promedio del GDS fue de  $7.8 \pm 5.0$  puntos con un rango de 1 a 20. El punto de corte utilizado fue de 10 (0-10: sin depresión, 11-20: depresión leve y 21-30: depresión severa). Encontrando que 29 (72.5%) puntuaron sin depresión, 11 depresión leve (27.5%) y ninguno calificó con depresión severa; sin embargo éstos resultados no tuvieron alguna asociación estadística significativa con los puntajes del MMSE ni con la presencia de un TP.

El promedio del examen cognoscitivo breve fue de  $25.6 \pm 3.5$  con un rango de 15 a 30 puntos. El punto de corte utilizado fue de 24 puntos, encontrando que 7 (17.5%) estuvieron por debajo de este valor; 4 de éstos sabían leer y escribir, 2 habían cursado hasta la primaria y uno hasta la secundaria; al igual que en el GDS, el puntaje en el MMSE no se asoció a la presencia de un TP. La correlación entre MMSE y GDS  $r = -0.17$ ,  $p =$  no significativa. El alfa de Crombach del GDS fue de 0.84.

## **DISCUSIÓN**

La frecuencia encontrada de TP encontrada en la población estudiada fue de 7.5%, todos ellos pertenecientes a los TP del grupo C. El GDS arrojó una cifra promedio de  $7.8 \pm 5.0$ , con un alfa de Crombach de 0.84.

La población evaluada proviene de una institución en la cual los sujetos asisten de manera voluntaria durante la mañana y parte de la tarde. En este tipo de institución se llevan a cabo una serie de actividades en las que destacan las manuales, recreativas, culturales, y fomentan la convivencia social, lo que implican la asistencia voluntaria y ordenada a la misma. Aquí es importante destacar que la mayor parte de la población estaba constituida por mujeres. Una de las explicaciones o posibles razones de lo anterior es que algunos de los no usuarios consideran las actividades desarrolladas en este tipo de centros como exclusivas del sexo femenino.

### **c) Severidad de síntomas depresivos y estado cognoscitivo.**

El promedio del GDS fue de  $7.8 \pm 5.0$  puntos con un rango de 1 a 20. El punto de corte utilizado fue de 10 (0-10: sin depresión, 11-20: depresión leve y 21-30: depresión severa). Encontrando que 29 (72.5%) puntuaron sin depresión, 11 depresión leve (27.5%) y ninguno calificó con depresión severa; sin embargo éstos resultados no tuvieron alguna asociación estadística significativa con los puntajes del MMSE ni con la presencia de un TP.

El promedio del examen cognoscitivo breve fue de  $25.6 \pm 3.5$  con un rango de 15 a 30 puntos. El punto de corte utilizado fue de 24 puntos, encontrando que 7 (17.5%) estuvieron por debajo de este valor; 4 de éstos sabían leer y escribir, 2 habían cursado hasta la primaria y uno hasta la secundaria; al igual que en el GDS, el puntaje en el MMSE no se asoció a la presencia de un TP. La correlación entre MMSE y GDS  $r = -0.17$ ,  $p =$  no significativa. El alfa de Crombach del GDS fue de 0.84.

## **DISCUSIÓN**

La frecuencia encontrada de TP encontrada en la población estudiada fue de 7.5%, todos ellos pertenecientes a los TP del grupo C. El GDS arrojó una cifra promedio de  $7.8 \pm 5.0$ , con un alfa de Crombach de 0.84.

La población evaluada proviene de una institución en la cual los sujetos asisten de manera voluntaria durante la mañana y parte de la tarde. En este tipo de institución se llevan a cabo una serie de actividades en las que destacan las manuales, recreativas, culturales, y fomentan la convivencia social, lo que implican la asistencia voluntaria y ordenada a la misma. Aquí es importante destacar que la mayor parte de la población estaba constituida por mujeres. Una de las explicaciones o posibles razones de lo anterior es que algunos de los no usuarios consideran las actividades desarrolladas en este tipo de centros como exclusivas del sexo femenino.

Otra es que en este tipo de población es frecuente que algunos de los sujetos del sexo masculino se encuentren económicamente activos.

Es de llamar la atención que del total de mujeres evaluadas, la gran mayoría eran viudas. Al momento de analizar los resultados esto no fue un factor que influyera o fuera de riesgo para presentar un trastorno de personalidad. Como reportan algunos estudios los TP se han encontrado con mayor frecuencia en personas separadas o divorciadas. Esto probablemente se deba a que la separación en el caso de viudez no depende de la persona, como lo sería en el caso de separación o divorcio, en donde la mayoría de estudios que evalúan los TP han encontrado, que los sujetos que los presentan están separados.

El resto de las variables (sexo, escolaridad, presencia de enfermedades, uso de medicamentos, si vivían solos o acompañados) no tuvieron un valor estadístico significativo al momento del análisis.

Aunque el estudio no tiene el tamaño de muestra suficiente para estudiar el fenómeno completo, es coherente al reportado en la literatura, como en el metanálisis que realizó Abrams de artículos publicados entre 1980 y 1994 (39) que incluía a todos los estudios de prevalencia de TP que utilizaba sujetos mayores de 50 años y empleaba los criterios del DSM-III y DSM-III-R para hacer el diagnóstico de TP. La prevalencia que encontró fue de 10%, pero el tipo de TP que encontró con mayor frecuencia fue el TP no especificado. Loranger (31) también encontró una prevalencia similar cuando evaluó a 3640 sujetos en un hospital psiquiátrico, encontrando que en los mayores de 40 años la prevalencia era de 9.4% siendo el más frecuente el TP dependiente.

En cuanto al tipo de TP encontrado los datos también coinciden con los citados por la literatura, como en el estudio de Olawuafemi (27), en el que evaluó el efecto de la depresión y los TP en jóvenes y ancianos, encontrando que los ancianos presentaban más TP pertenecientes al grupo C. Abrams (28) evaluó a sujetos con depresión y valoró la presencia de TP,

encontrando que el tipo más frecuente fue el tipo evitativo y dependiente. Por otro lado estos resultados no coinciden con los encontrados en hospitales psiquiátricos o asilos.

El haber encontrado IP pertenecientes al grupo C puede deberse al tipo de institución en la cual se llevó a cabo la investigación, ya que requiere apearse a una serie de lineamientos, asistencia voluntaria y un cierto esquema de redes de apoyo, y probablemente es lo que hace que estos sujetos con trastornos evitativo, dependiente y obsesivo busquen lugares con estas características que les brinde control, compañía y les imponga algunas actividades, tal como lo han hecho durante toda su vida. No por esto se asume que los trastornos del tipo explosivo o esquizoide no existan, sino que dadas las características mencionadas probablemente se encuentren en otro tipo de estudios o poblaciones.

La ausencia de correlación entre los síntomas depresivos y los síntomas cognitivos no forzosamente está dada. Como lo muestran Maixner y cols cuando estudiaron a 182 pacientes bajo tratamiento psiquiátrico, y evaluaron su funcionamiento cognitivo mediante el MMSE encontraron que el puntaje en las escalas de depresión no se relaciona con el del MMSE (36). Otro estudio fue llevado a cabo por Phillips y Williams (35), en el que se evaluó el funcionamiento cognitivo y los síntomas afectivos sin encontrar relación entre alteraciones cognitivas y severidad de la depresión. En los sujetos de la población que evaluamos los problemas de tipo cognoscitivo no eran el foco principal de atención, por lo que no se detectó ninguna alteración de este tipo; algunos de los sujetos que puntuaron por debajo de 24 en el MMSE eran aquellos que no sabían leer y escribir, o tenían primaria incompleta. Este hallazgo fue encontrado en otros estudios, como el de Becerra y cols (38).

Un objetivo subsidiario del estudio fue evaluar el GDS, ya que no había una versión traducida evaluada psicométricamente y se pudo obtener el coeficiente alfa-delta similar al que encontraron los autores de esta escala (32)

## CONCLUSIONES

Los trastornos de personalidad son un problema que se presenta con frecuencia en los ancianos. En el presente estudio se encontró una prevalencia similar a la reportada en otras investigaciones, con predominio de los trastornos de personalidad que pertenecen al grupo C (IP evitativo, dependiente, y obsesivo-compulsivo).

Existió un porcentaje de depresión similar al reportado por otros autores. Así también el alfa de Crombach fue similar a la reportada por Yesavage y col.(31). Lo cual habla de que es una buena escala y sería importante se realizaran estudios más extensos para conocer el comportamiento de la misma en la población mexicana.

No se encontró relación alguna entre síntomas depresivos y funcionamiento cognitivo al momento de la evaluación; este fenómeno ha sido ya estudiado y se han encontrado resultados similares

Por otra parte, el instrumento empleado en este estudio para evaluar trastornos de personalidad es agotador para el paciente, por lo que sería conveniente para estudios posteriores el diseñar algún instrumento mediante el cual resulte más práctica la obtención de datos

## BIBLIOGRAFIA

1. Kaplan H, Sadock B, Grebb J: Psiquiatría geriátrica. En: Sinopsis de Psiquiatría. Ed médica Panamericana, Baltimore, 1176-1179, 1994.
2. Robins L, Regier D. *Psychiatric disorders in America. The ECA study.* New York, Free press. 1991
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3<sup>rd</sup> ed Washington, DC. American Psychiatric Press, 1980.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4<sup>th</sup> ed Washington, DC. American Psychiatric Press, 1994.
5. Kivela S, Pahkala K. *Dysthymic disorder in the aged in the community.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 24: 77-85, 1989
6. Devanand D, Ndoler M, Singer I, et al. *Is dysthymia a different disorder in the elderly?* Am J Psychiatry, 151: 1592-1599, 1994.
7. Kroessler D. *Personality disorders in the elderly.* Hosp Comm Psychiatry, 41: 1325-1329, 1990.
8. Teeter R, Garetz F, Miller W, et al. *Psychiatric disturbances of aged patients in skilled nursing homes.* Am J Psychiatry, 133: 1430-1434, 1976
9. Blashfield R, Elrot R. *Ontology of personality disorders categories.* Psych Ann, 19: 126-131, 1989.
10. Neugebauer R, Dhrenwend BP, Dohrenwend BS. *Formulation of hypothesis about the true prevalence of functional disorders among adult in the US.* Mental illness in the United States: epidemiological estimates. New York, pp. 56-92. 1980
11. Levav I. *Salud mental para todos en America Latina y el Caribe.* Bases epidemiológicas para la acción. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 107, 196:219, 1989.
12. Casey P, Tyler P. *Personality, functioning and symptomatology.* J Psych Res, 20: 363-374, 1986.
13. Maier W. *Prevalence of personality disorders (DSM-III-R) in the*

- community*. J Pers Disord, 6: 672-675, 1992.
- 14 Reich J, Troughton E. *Frequency of DSM-III personality disorders in patients with panic disorder: comparison with psychiatric and normal control subjects*. Psychiatry Res, 26: 89-100, 1988.
  15. Zimmermman M, Coryell W. *Diagnosing personality disorders in the community* Arch Gen Psychiatry, 47: 527-531, 1990.
  16. Leighton A. *My name is legion- the Stirling County Study of psychiatric disorder and sociocultural environment*. New York, Basic books, 1-23, 1959
  17. Langer I, Michael S *Life stress and mental health* The midtown Manhattan Study. London, Collier, Mac Millan, 25-28, 1963.
  18. Baron M. *A family study of schizophrenia and normal control probands, implications for the spectrum concept of schizophrenia*. Am J Psychiatry, 142: 447-455, 1985.
  - 19 Reich J, Naves R, Hirschfield R, Coryell W *State and personality in depressed and panic patients*. Am J Psychiatry, 144: 181-187, 1987
  20. Zimmermman H, Ofohl B, Coryell W. *Diagnosing personality disorders in depressed patients* Arch Gen Psychiatry, 45: 733-737, 1988.
  21. Weissman M, Myers J *Psychiatric disorders in a US community*. Acta Psychiatr Scand, 62: 99-111, 1980
  22. Wells E. *Christchurch psychiatric epidemiology study, Part I: methodology and lifetime prevalence of specific psychiatric disorders*. Aust N Z J Psychiatry, 23: 315-326, 1989.
  23. Bland R, Orn H, Newman S. *Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton* Acta Psychiatr Scand, 77: 24-32, 1988.
  24. Clarkin J, Abrams R *Personality disorders in the elderly* Curr Opin Psychiatry, 11:131-135, 1998.
  25. Molinori V, Aures A, Essa M *Prevalence of personality disorders in two geropsychiatric inpatient units* J Geriatr Psychiatry Neurol, 7: 209-215, 1994
  26. Oluwafemi A. *Occurrence and effects of personality disorders in depression: Are the same in the old and young* Can J Psychiatry, 41: 223-226, 1996

27. Abrams R, Rosendahl E, Card C, Alexopoulos G. *Personality disorders correlates of late and early onset depression*. J Am Geriatr Soc, 42: 727-731, 1994.
28. Zerbe K J. *Anorexia nervosa and bulimia nervosa: When the pursuit of bodily "perfection" becomes a killer*. Postgrad Med, 99: 161-169, 1996.
29. Black D, Baumgard C, Bell S. *A 16-to45-year follow up of 71 men with antisocial personality disorder*. Compr Psychiatry, 36: 130-140, 1995.
30. Loranger A. *Dependent personality disorder*. J Nerv Ment Dis, 184: 17-21, 1996.
31. Yesavage J, Brink I. *Development and validation of a geriatric depression screening: A preliminary report*. J Psychiatr Res, 17: 37-49, 1983.
32. Alexopoulos G, Barnett M, Young R. *The course of geriatric depression with "reversible dementia". A controlled study*. Am J Psychiatry, 150: 1693-1699, 1993.
33. Murphy E. *The prognosis of depression in old age*. Br J Psychiatry, 142: 111-119, 1983.
34. Phillips S, Williams J. *Cognitive impairment, depression and the specificity of autobiographical memory in the elderly*. Br J Clin Psychol, 36: 341-347, 1997.
35. Maixner S, Burke M, Roccaforte W, et al. *A comparison of two depressions scales in a geriatric assessment clinic*. Am J Geriatr Psychiatry, 3: 60-67, 1995.
36. Spitzer R, Williams J. *Structured clinical interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II)*. New York, New York State Psychiatric Institute, Biometric Research Department, 1987.
37. Becerra C, Ortega H, Torres C. *Validez y reproductibilidad del examen cognoscitivo breve (Mini-mental State Examination) en una unidad de cuidados especiales de un hospital psiquiátrico*. Salud Mental, 15: 41-45, 1992.
38. Abrams R, Horowitz S. *Personality disorders after age 50: A meta analysis*. J Pers Disord, 10: 271-281, 1996.