

Los trastornos de personalidad y la institución geriátrica

Judith Szulik

Médica psiquiatra.

*Jefa del área de Psiquiatría de Fundación Nuevo Hogar Ledor Vador
Docente de la Carrera de Médico Especialista en Psiquiatría, Facultad de Medicina, UBA.
Miembro de International Psychogeriatric Association
Email:judith.szu@gmail.com*

*“Un sumidero de camas de hospital,
ataúdes y corazones rotos.
No hay liberación, no hay atracción,
no hay ‘segundas oportunidades’...
No hay más camino hacia delante
que la vejez y la pérdida...”*

Donna Tartt
El jinetero

Introducción

Las instituciones geriátricas, cada vez más, albergan una cantidad abrumadora de residentes con algún desorden psiquiátrico: demencias, depresiones, enfermedades crónicas de inicio en la adultez temprana (los denominados “graduados”) y trastornos de la personalidad (TP).

Algunos, inclusive, sugieren que debido a las elevadas cifras de residentes con enfermedad mental, los geriátri-

cos podrían ser vistos como instituciones psiquiátricas. Esto podría tener sentido en cuanto a los problemas que presentan la mayor parte de los residentes. Sin embargo, no es el caso en términos del diseño, la organización de los servicios que se prestan y la capacitación de los integrantes de los equipos de atención (1).

Si tomamos la definición de TP del DSM 5 (2) (Tabla

Resumen

Los geriátricos albergan una gran cantidad de residentes con algún desorden psiquiátrico; entre los más complejos se encuentran aquéllos con trastornos de la personalidad. Son los denominados residentes difíciles, que desafían a la institución en todos sus aspectos y provocan un fuerte impacto en el equipo de atención y en los otros residentes.

El presente trabajo intenta abordar los aspectos relevantes de los trastornos de la personalidad en el geriátrico, con el geriátrico y desde el geriátrico, tomando como punto de partida las dificultades que presentan estas personalidades cuando deben afrontar el envejecimiento. Asimismo, se plantean líneas de abordaje para con estos residentes.

Palabras clave: Envejecimiento - Trastornos de la personalidad - Geriátrico - Residentes difíciles.

PERSONALITY DISORDERS AND GERIATRIC INSTITUTION

Abstract

Nursing Homes house a large number of residents with some kind of psychiatric disorder. The most complex cases are those involving personality disorders; these, known as difficult residents, often imply a challenge to the institution in every aspect and have a strong impact on the staff and on other residents.

The present article considers the relevant aspects of personality disorders in the nursing home, with the nursing home, and from the nursing home, taking into account the difficulties presented by these personalities when faced aging.

Moreover, possible approaches to these residents are proposed.

Key words: Aging - Personality Disorders - Nursing Home - Difficult residents.

I) (sólo a título descriptivo, ya que más adelante se analizan los aspectos vinculados con las particularidades del diagnóstico) podemos vislumbrar que el encuentro entre una persona con un trastorno de la personalidad y la institución geriátrica probablemente, por no decir, seguramente, resultará particularmente complejo.

Tabla 1. Criterios diagnósticos de trastorno general de la personalidad según DSM 5.

Trastorno general de la personalidad
A. Patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía notablemente de las expectativas de la cultura del individuo. Este patrón se manifiesta en 2 o más de los ámbitos siguientes: 1. Cognición (maneras de percibirse e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos). 2. Afectividad (amplitud, intensidad, labilidad e idoneidad de la respuesta emocional). 3. Funcionamiento interpersonal. 4. Control de los impulsos. B. El patrón perdurable es inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones personales y sociales. C. El patrón perdurable causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento. D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta. E. El patrón perdurable no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental. F. El patrón perdurable no se puede atribuir a los efectos de una sustancia u otra afección médica.

“El patrón perdurable que se desvía de las expectativas de la cultura del individuo”. Cuando una persona ingresa a un geriátrico, la cultura del geriátrico será la que tendrá expectativas con respecto al residente, en cuanto a sus comportamientos, relaciones interpersonales y respuestas emocionales.

“El patrón perdurable es inflexible...”. La rigidez y falta de flexibilidad preanuncian dificultades para la adaptación a la cultura del geriátrico.

“El patrón causa... deterioro en lo social...”. El geriátrico es un ámbito de convivencia y de relaciones interpersonales forzadas.

El presente trabajo intenta abordar los aspectos relevantes de los TP en el geriátrico, con el geriátrico y desde el geriátrico.

Los TP en la vejez. Algunos datos

Si bien la prevalencia de los TP tiende a ser más baja con el aumento de la edad, la proporción de ancianos con estos desórdenes tiende a ir incrementándose progresivamente por el aumento de la expectativa de vida. (3, 4, 5, 6, 7).

La prevalencia aproximada de los TP en ancianos es del 10% al 14% (8). Las cifras varían según el ámbito que se considere: 2.8-13% en la comunidad, 5-33% en pacientes ambulatorios y 7-61% entre los internados (9).

Con respecto a la prevalencia de los diferentes TP, Schuster y cols. (10) encontraron en una muestra de 8205 adultos mayores de 65 años que el más prevalente es el TP obsesivo-compulsivo (5.25%), seguido del paranoide (1.75%). El TP dependiente resultó el menos prevalente (0.29%).

Con respecto a la menor prevalencia en ancianos elaboran varias hipótesis entre las cuales se mencionan el sesgo de la muestra: los viejos con TP aparecen menos en las encuestas realizadas debido a mortalidad prematura, internación o institucionalización; otra hipótesis daría cuenta de la aplicabilidad a la vejez de los criterios diagnósticos actuales para TP.

Los TP se asocian fuertemente con discapacidad, con comorbilidades psiquiátricas y con enfermedades médicas, y provocan un fuerte impacto en la calidad de vida (10).

En este sentido, el trastorno borderline de la personalidad se asocia con mayor riesgo de obesidad y de diabetes, mientras que el obsesivo-compulsivo y el esquizoide, con enfermedad coronaria, por ejemplo.

La evidencia es inconsistente con respecto al tipo de influencia que ejerce el TP en la enfermedad médica. Algunos estudios la atribuyen a las comorbilidades psiquiátricas, otros plantean la incidencia de comportamientos tales como el consumo de tabaco, alcohol o la falta de ejercicio; también se menciona la menor adherencia a los tratamientos e indicaciones con posterioridad al diagnóstico de un problema médico (11).

Dificultades del diagnóstico de los TP en la vejez

El envejecimiento crea situaciones clínicas que frecuentemente dificultan el reconocimiento de los TP cuando se aplican los criterios creados para personas más jóvenes. Los cambios en la salud, en la capacidad física, en las capacidades intelectuales y en las circunstancias sociales interactúan produciendo comportamientos que pueden “imitar” un TP (12).

Todos los factores involucrados en la expresión del comportamiento: el afecto, la cognición, los conflictos internos y las motivaciones, deben ser analizados en profundidad para comprender los comportamientos en esta etapa de la vida, y, así, poder distinguir los derivados de la personalidad de aquéllos desencadenados por otros problemas relacionados con el envejecimiento, tales como las limitaciones físicas o el daño cerebral.

Si bien la definición de TP requiere el inicio en la adultez joven, el diagnóstico puede “llegar” tardíamente

en la vejez. En parte debido a que la clínica de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, etcétera, pueden haber hecho pasar por alto el diagnóstico del TP subyacente. Pero también, porque los rasgos de personalidad pueden haber sido funcionales en una fase de la vida y volverse mal adaptados en una etapa más tardía (13).

Si bien escapa a los alcances de este trabajo, no podemos dejar de señalar las dificultades que conlleva la aplicación de las clasificaciones vigentes para el diagnóstico de los TP cuando se trata de personas ancianas (14, 15).

Dificultades del envejecimiento en los TP

Los desafíos a los que nos enfrenta el envejecimiento son inexorables para todos: las pérdidas de seres queridos, de roles sociales, el deterioro físico; no obstante, las personas que tienen algún TP llegan mal preparadas al encuentro con ellos. Envejecen con dificultades para afrontar la vida y, frecuentemente, con una pérdida de la autoestima derivada de problemas y fracasos sucedidos a lo largo de la existencia.

Es en la esfera de las relaciones interpersonales donde se manifiestan principalmente los TP. A pesar de que la mayoría de las personas con TP no se ven a sí mismas como teniendo un problema, sí identifican problemas en las relaciones con los otros de su entorno. Los otros son los vecinos, los cuidadores, los familiares, los empleadores y, también, los profesionales de la salud. Sus vínculos se caracterizan por la disfunción, el conflicto, la distancia o el caos. Y las dificultades son particularmente intensas en los vínculos íntimos: hijos, parejas, cónyuges. Precisamente, en una etapa de la vida en la cual el sostén que brinda las relaciones cercanas y contenedoras resulta fundamental, los viejos con su TP auestas y con sus vínculos históricamente dañados, son especialmente vulnerables a los avatares del envejecimiento.

Aquéllos con personalidades paranoides o esquizoides tienden a recluirse, a rechazar cuidados o asistencia y muchas veces terminan viviendo en condiciones desastrosas. En el otro extremo se encuentran las personas con rasgos temerosos, ansiosos y emotivos, que tienden a agotar los recursos familiares y comunitarios (16).

Resulta fácil comprender, entonces, que las personas con TP tienen menos chances de continuar viviendo en la comunidad llegados a una fase de disminución de las capacidades.

Aquí entra en escena... la institución geriátrica, a la que llamaré, de aquí en adelante, el geriátrico.

El impacto de la institucionalización en los TP

La mudanza a un geriátrico, indudablemente, constituye una experiencia estresante que provoca, entre otros, sentimientos de soledad, de abandono, y de pérdida de control sobre la propia vida. Aturdidos por las señales del envejecimiento que están por todas partes ("este lugar está lleno de viejos decrepitos", "sólo se ven sillas de ruedas por todas partes", "está lleno de loquitos", estas son algunas de las expresiones que escuchamos habitualmente de los recién llegados), que recuerdan el propio y

la propia finitud; puestos en una situación de dependencia forzosa e intensa, con contactos interpersonales que evocan los vínculos familiares; expuestos a la intrusión en su privacidad derivada de los cuidados directos: son algunas de las cuestiones que debe afrontar cualquier persona que se institucionaliza. No obstante, aquéllos con TP, llegan a la institución con un "handicap" determinado, precisamente, por su personalidad. Es por ello que el TP puede expresarse aún más en el contexto del geriátrico (16).

El impacto del TP en la institución: el residente "difícil"

El geriátrico es un ámbito residencial y médico: este hecho ya nos introduce en una complejidad única. Como tal, es el sitio donde el residente vive y en el cual se produce el encuentro con el sistema de salud, en sus aspectos médicos y psicológicos.

El encuentro puede resultar armonioso y desarrollarse sobre la base de la confianza, el cuidado y el afecto progresivos. O este encuentro puede resultar en una colisión que impacta negativamente tanto en el residente como en la institución. Este último es el caso del residente "difícil".

En general, aquellas personas que más chocan con la cultura del geriátrico suelen tener un TP.

El residente difícil puede no requerir una atención física importante, pero típicamente "no encaja" en el sistema, generando sentimientos negativos entre los cuidadores.

Siguiendo los conceptos de Rosowsky y cols. (17), se define al geriátrico como un modelo de sistema formal, con normas, rutinas y políticas institucionales, que, por lo tanto, tiene menos capacidad para tolerar desvíos, en sus integrantes, que los sistemas informales:

1. Las cogniciones, el afecto y el comportamiento del residente influyen en la prestación de servicio.
2. Todo sistema se esfuerza por mantener su homeostasis.
3. Un desvío del residente es considerado patología.
4. La patología en el sistema amenaza la homeostasis del sistema y es experimentado como una amenaza a su integridad.
5. El sistema responderá para corregir el desvío, eliminar la amenaza, y restablecer la homeostasis.

Los residentes con TP amenazan y desafían al sistema, provocando respuestas atípicas y no profesionales.

Son los residentes agresivos, impredecibles, impulsivos, desinhibidos, sin tolerancia a la espera, con ataques de ira, que despliegan relaciones interpersonales intensas y lábiles.

Perplejidad, irritación, frustración, confusión, exasperación, sensación de acoso, agotamiento; son algunos de los sentimientos que provocan estos residentes en el equipo de atención. Y esto resulta de mayor magnitud entre el personal de atención directa que es quien más convive con los pacientes y, que muchas veces, carece de la capacitación (herramientas) y de la contención insti-

tucional para comprender y afrontar las dificultades que se suceden en el día a día.

Los residentes difíciles suelen tener también familias descontentas, las cuales llegan al encuentro con la institución agobiadas por vínculos históricos difíciles con el viejo en cuestión, con la ambivalencia a flor de piel o, frecuentemente, ocultando los rasgos de personalidad del anciano por temor a que no sea recibido en el geriátrico.

Diagnóstico del TP antes del ingreso al geriátrico

La posibilidad de realizar un proceso de pre-admisión en el geriátrico es fundamental para poder advertir los rasgos de personalidad del residente que ingresaría, y poder establecer si esa institución tiene la posibilidad de incluirlo en su organización. No todos los geriátricos tienen los recursos, humanos, de infraestructura, profesionales, administrativos, etcétera, para llegar a buen término con un residente. *Cualquier geriátrico no es para cualquier anciano y cualquier anciano no es para cualquier geriátrico.*

El proceso de pre-admisión debe ser realizado, idealmente, con entrevistas conducidas por profesionales con experiencia. El proceso incluye:

1. Entrevista con el candidato a ingresar

La entrevista con el posible futuro residente intenta delinear los rasgos de personalidad a través de la dinámica que se establece en ese primer contacto; la actitud, la conexión afectiva, la congruencia ideo-afectiva, la percepción del individuo con respecto a sus vínculos, la contratransferencia (rechazo, fascinación, denigración, etcétera). La historia laboral y social. Resulta útil preguntarle cómo se describiría a sí mismo; frecuentemente en la respuesta se encuentran los indicios de un posible TP.

2. Entrevista con familiares

En esta instancia se intenta conocer la calidad de los vínculos más íntimos y esbozar el tipo de familia que también ingresaría a la institución. Además de poder obtener datos sobre la duración, variabilidad y progresión de los síntomas, adecuación del funcionamiento social e historia laboral, antecedentes de disrupciones severas en el cuidado parental lejano.

3. Entrevista con cuidadores

Es de invaluable ayuda, ya que aporta información que permite vislumbrar la dinámica de la relación que se establecerá con los encargados de la asistencia directa.

4. Historia clínica de pre-admisión

Documentar los datos obtenidos de las entrevistas, completados con los antecedentes médicos y las recomendaciones del sector apropiado y del tipo de habitación (si se considera que podrá compartir o no la misma).

Diagnóstico del TP en el geriátrico

Es frecuente que el diagnóstico de TP se realice una vez que el ingreso ya se produjo; ya sea porque no se efectuó el proceso de pre-admisión (muchos geriátricos no lo tienen sistematizado y sólo realizan entrevistas previas de tipo administrativo o porque el ingreso se produjo en forma intempestiva o urgente) o porque el mismo no ha sido eficaz.

Ya en el geriátrico, los patrones habituales de los TP pueden resumirse de la siguiente forma:

- Conflictos en la convivencia con los compañeros de habitación.
- Incapacidad para adaptarse a las rutinas institucionales.
- Transgresiones de las normas.
- Desconfianza.
- Demandas excesivas.
- Dificultades en la socialización.
- Intolerancia a la espera.
- Intolerancia a la frustración.
- Dificultades para compartir.
- Reacciones de ira, conductas impulsivas.

También el equipo de atención del geriátrico va a presentar manifestaciones particulares con estos residentes:

- Hacer cosas por el residente que éste podría hacer por sí mismo.
- Nada de lo que se hace es suficiente.
- Sentimientos de denigración, de indefensión.
- Reacciones inusuales o sorpresivas en el equipo.
- Conflictos dentro del equipo, por mecanismo de "splitting". Algunos se transforman en aliados y otros en enemigos, generando la actuación de los roles en los cuales el residente los coloca.
- Descuido y falta de atención adecuada. "Errores".

Abordaje de los TP en el geriátrico

El abordaje de los residentes "difíciles" es un desafío para la institución que no siempre resulta exitoso. El impacto de la institucionalización para estos pacientes es, tal vez, más intenso que para aquellos que cuentan con una diversidad y flexibilidad de rasgos en su personalidad que pueden desplegar adaptativamente (18).

Las personas con TP en ocasiones terminan apartadas o autoexcluidas dentro de la comunidad de la institución; en otras, el geriátrico no logra sostenerlas dentro de su sistema y las expulsa.

Es importante, para establecer objetivos y modular las expectativas, tanto de la institución como de las familias de estos residentes, tener en cuenta que:

- Los patrones de comportamiento que están profundamente arraigados son muy difíciles de modificar.
- Las expectativas de que un residente que ha sido un solitario se adapte a un cronograma de actividades sociales no es realista.

- Aquellos perfeccionistas o que han vivido bajo reglas rígidas no podrán adaptarse a las rutinas institucionales que entren en conflicto con las propias previas.
- Quienes no han sido sensibles a los sentimientos de los demás no podrán volverse considerados hacia otros residentes.
- La historia de conflictos vinculares familiares predice conflictos con el equipo.

El abordaje debe realizarse teniendo en cuenta los siguientes ejes (16):

- *Claridad.* Los objetivos terapéuticos deben estar claramente articulados y documentados para permitir que el equipo evalúe diversos abordajes sin perder el sentido de la dirección.
- *Consistencia.* A pesar de que el equipo debe ser flexible, una vez que se elige una estrategia determinada, es fundamental la consistencia. Por ejemplo, si se decide algo sobre algún permiso o necesidad del residente, debe ser claramente especificado y comunicado al residente, para evitar la puja por otro tema, tal como la medicación.
- *Comunicación.* Con el residente, con la familia y dentro del equipo, con el objetivo de evitar el "splitting".
- *Apoyo del equipo.* Reuniones interdisciplinarias del equipo para evitar enemistades que típicamente generan estos residentes entre las distintas áreas: enfermería, médica, servicio social, administrativa. Capacitación del equipo.

Finalmente, con respecto al manejo farmacológico, cabe señalar que estos pacientes suelen generar pedidos desesperados al psiquiatra para que "haga algo", en una tentación fantasiosa de encontrar una solución mágica. Difícilmente la medicación resuelve estos problemas y puede traer complicaciones adicionales. Puede ser de utilidad en caso de comorbilidades psiquiátricas o en casos de agitación, ansiedad extrema o síntomas psicóticos.

Con respecto a la psicoterapia, se deberá evaluar caso por caso la indicación, teniendo como objetivos el alivio sintomático y la adaptación a la institucionalización y al geriátrico.

En muchas ocasiones, los abordajes con más efecto terapéutico provienen de las actividades con las que cuenta el geriátrico, tales como terapia ocupacional, musicoterapia, terapias de movimiento, etcétera. En este sentido es importante poder detectar las preferencias del residente, muchas veces vinculadas con habilidades previas, lo cual facilita la adherencia al abordaje y promueve la posibilidad de lograr una alianza terapéutica.

A continuación se presenta una viñeta clínica:

La Sra. F., una mujer de 84 años, viuda desde el año 1989, ingresó al geriátrico derivada de otra institución de la cual quiso retirarse por no estar conforme con la atención y calidad de la misma. Delgada, con marcha firme, no aparentaba la edad que tenía, su actitud era altiva y arrogante.

Desde su ingreso presentó múltiples dificultades para adaptarse a la institución; con severos problemas de convivencia con los demás, tuvo que ser cambiada de habitación en muchas oportunidades porque no toleraba ni era tolerada por sus compañeras, a quienes descalificaba y maltrataba. No hizo ningún vínculo en el geriátrico, se rehusaba a ser evaluada por los médicos y rechazaba las prescripciones e indicaciones.

Permanecía la mayor parte del tiempo sentada sola, leyendo el diario y fumando (transgrediendo la prohibición de hacerlo en espacios cerrados), no participaba de ninguna actividad, considerándolas tontas y sin sentido.

Se quejaba de todo y de todos, con ironía y cinismo, y así se dirigía a los demás, con una actitud que oscilaba entre la ironía, el desafío y la suspicacia. Se reconocía desconfiada, durante la entrevista me preguntó quién me había mandado interrogarla.

"Acá me quieren volver loca, y van a conseguirlo, yo nunca era una persona de decir malas palabras pero acá aprendí eso también, esto es un asco, no hay higiene, orden, ni siquiera una se puede higienizar como quiere, no hay bidet, me discriminan, me acusan de cosas que yo no hice, el trato es impersonal, no respetan la personalidad de uno...".

"Mi hijo no se portó bien conmigo, yo no tenía que terminar acá, quiero ir a mi casa pero él no me deja."

Si bien podía salir sola de la institución, decía que lo hacía infrecuentemente porque no tenía suficiente dinero, "mi hijo administra mis cosas, tiene firma de mis cosas".

Aparentemente la internación anterior se había producido por alcoholismo, sustancia de la que había comenzado a abusar tras el fallecimiento de su marido. Al momento de su ingreso hacía 12 o 13 años que no bebía. Durante la entrevista y, llegada a este punto, desafiante, me dio a oler una botella de agua que tenía en su mesa de luz. También me mostró que tenía el control remoto de la TV guardado en su cartera y que no pensaba dejarlo al alcance de sus compañeras de habitación "porque ellas ni saben usarlo", inclusive durante mi presencia apagó el televisor y, frente a la queja de su compañera, respondió con un grito, "porque estamos hablando y molesta". Su compañera de habitación acotó: "esta mujer es tan mala, sólo piensa en ella y en nadie más". Situaciones similares acaecieron en otras habitaciones, en las que imponía sus gustos y deseos, sin tener en cuenta a los demás, y sin poder transigir o negociar con sus compañeras, a quienes tildaba de locas. En varias oportunidades familiares de las diversas compañeras se quejaron y demandaron cambio de habitación por lo imposible que resultaba convivir con F.

La Sra. F. tenía un único hijo de 56 años en ese momento, divorciado, y tres nietos de 29, 28 y 21 años respectivamente: "son el amor de mi vida, tengo una excelente relación con ellos, aunque están muy ocupados". Éstos la visitaban muy poco, y también su hijo. "Para mí es poco lo que él hace por mí".

Su marido había fallecido tras muchos años con enfermedad de Alzheimer. "Yo lo cuidé en mi casa, sola, durante diez años", hasta que tuvo que institucionalizarlo.

Alemana, huyó de Europa con su familia (padres y un hermano), en la época del nazismo, hacia Bolivia, donde había vivido entre los 14 y los 21 años, “fue la mejor época de mi vida, los bolivianos son gente muy buena, me adapté muy bien y me hice amigos, un oficio”.

Estudió “Belleza de cara y cabeza”, y trabajó en Bs. As. en una peluquería hasta que se casó. Estos datos los aportó con renuencia.

Conoció a su marido en un baile “pero no me gustó porque bailaba mal”.

Se refería a él diciendo que “era un buen tipo”, pero al preguntarle si se había casado enamorada, su respues-

ta cargada de ironía fue: “¿existe el amor y la pasión a los veinte y pico de años?”

Tuvieron un solo hijo “porque él no quiso más. Hay negocios que se pueden hacer solos pero para otros se necesita un socio y este era el caso, yo hubiera buscado la nena”.

Las estrategias que se intentaron con la residente resultaron infructuosas, la convivencia en la habitación era imposible. Finalmente, después de transitar un período de conflictos con el hijo de la paciente, que no quería hacerse cargo de la situación de su madre ni de su madre, la Sra. F. fue trasladada a otra institución que tenía disponibilidad para alojarla en una habitación individual ■

Referencias bibliográficas

- Katz IR. Foreword. En: Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Schogt B, editores. *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Home. A Handbook for Staff*. 3° ed y rev. Washington: Hogrefe&Huber Publishers; 2007.p.v-viii.
- Trastornos de la personalidad. En: Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.p.359-372.
- Balsis S, Gleason ME, Woods CM, Oltmanns TF. An item response theory analysis of DSM-IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychol Aging* 2007; 22(1):171-185.
- Balsis S, Woods CM, Gleason ME, Oltmanns TF. Overdiagnosis and underdiagnosis of personality disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15(9):742-753.
- Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(7):948-958.
- Lenzenweger ME, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry* 2007; 62(6): 553-564.
- Sansone RA, Sansone LA. Personality Disorders. A Nation-based Perspective on Prevalence. *Innov Clin Neurosci* 2011; 8(4): 13-18.
- Abrams RC, Horowitz SV. Personality disorders after age 50: a meta-analysis. *J Personal Disord* 1996; 10: 271-281.
- Van Alphen SP, Engelen GJ, Kuin Y, Derksen JJ. The relevance of a geriatric sub-classification of personality disorders in the DSM-5. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21(3):205-209.
- Schuster JP, Hoertel N, Le Strat Y, Manetti A, Limosin F. Personality disorders in older adults: findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21(8):757-768.
- Oltmanns TF, Balsis S. Personality Disorders in Later Life: Questions about the Measurement, Course, and Impact of Disorders. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7:321-349.
- Segal DL, Coolidge FL, Rosowsky E. Personality Disorders and Older Adults: Diagnosis, Assessment and Treatment. New Jersey, John Wiley & Sons, 2006.
- Sadavoy J, Fogel B. Personality disorders in old age. En: Birren J.E, Sloane R.B, Cohen G.D editores. *Handbook of mental health and aging*. San Diego, CA: Academic Press; 1992.p. 433-462.
- Balsis S, Segal DL, Donahue C. Revising the personality disorder diagnostic criteria for the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5): consider the later life context. *Am J Orthopsychiatry* 2009; 79(4):452-460.
- Van Alphen SP, Rossi G, Segal DL, Rosowsky E. Issues regarding the proposed DSM-5 personality disorders in geriatric psychology and psychiatry. *Int Psychogeriatr* 2013; 25: 1-5.
- Robinson A, Schogt B. The Resident with Personality Disorder. En: Conn DK, Herrmann N, Kaye A, Rewilak D, Schogt B, editores. *Practical Psychiatry in the Long-Term Care Home. A Handbook for Staff*. 3° ed y rev. Washington: Hogrefe&Huber Publishers; 2007. p.139-153.
- Rosowsky E, Smyer MA. Personality Disorders and the Difficult Nursing Home Resident. En: Rosowsky E, Abrams RC, Zweig RA, editores. *Personality Disorders in Older Adults: Emerging Issues in Diagnosis and Treatment*. Mahwah, NJ: Erlbaum; 1999.p.257-274.
- Matusevich D, Szulik J. Síndrome de adaptación al geriátrico (S.A.G.). *Vertex, Rev Arg de Psiquiat* 1997; VIII (29): 181-187.