

Trastornos de Ansiedad en la tercera edad

Dr. Pablo Miguel Gabay*
Dra. Mónica Fernández Bruno**

RESUMEN

Los ancianos con trastornos mentales constituyen un grupo significativo de la población general; padecen el mismo espectro de trastornos mentales que los adultos más jóvenes, pero algunas patologías se vuelven particularmente significativas en la vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos - en especial depresión -, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, trastornos de personalidad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, trastornos del sueño, etc.) los hacen más vulnerables a la patología mental.

Trastornos de Ansiedad en la tercera edad

Dr. Pablo Miguel Gabay*
Dra. Mónica Fernández Bruno**

(*)(**) Médico Psiquiatra (UBA), Docente Adscripto Dpto. de Salud Mental, Facultad de Medicina, UBA.
(*) Coordinador de la Subcomisión de rehabilitación Psiquiátrica Asociación Argentina de Psiquiatras (AAP).
(**) Secretaria de la Subcomisión para la Rehabilitación Psiquiátrica de la Asoc. Arg. de Psiquiatras (AAP)

INTRODUCCION

Los ancianos con trastornos mentales constituyen un grupo significativo de la población general; padecen el mismo espectro de trastornos mentales que los adultos más jóvenes, pero algunas patologías se vuelven particularmente significativas en la vejez (trastornos cognitivos, trastornos afectivos - en especial depresión -, trastorno por ansiedad, abuso y dependencia de alcohol, trastornos de personalidad). Las reacciones de adaptación a los problemas personales que aparecen en esta edad (duelos, pérdidas, dolores físicos, trastornos del sueño, etc.) los hacen más vulnerables a la patología mental.

Además, y no menos importante, las múltiples patologías que padecen y la polifarmacia que reciben hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de la signosintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos. El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad en el anciano puede ser especialmente difícil por la gran superposición de sus síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico asociados tanto a enfermedades físicas como a los medicamentos utilizados para tratarlas. (22).

Por otra parte, el sesgo que presentan los médicos en la atención de estos pacientes hace que, muchas veces, la depresión y la ansiedad sean consideradas como parte de] envejecimiento normal. Esto se complica al ser difícil distinguir los cambios del envejecimiento normal de signos de trastorno mental. (22).

La ansiedad puede presentarse como un síntoma, un síndrome o un trastorno o ser un estado psiquiátrico comórbido (p. ej., de depresión o demencia) o ser provocado por enfermedades o medicamentos (4, 18).

Si bien angustia y ansiedad se utilizan como sinónimos, desde una perspectiva fenomenológica, la ansiedad "corresponde a una emoción, () se trata de un estado afectivo de presentación habitualmente aguda, producto muchas veces de un estímulo situacional externo y acompañada de un correlato psicofisiológico manifiesto y evidente. () Revela un modo de vivir rápido, fugaz, dirigido al futuro (). La existencia puntual del

Yo, aquí y ahora, está amenazada de disolución en el futuro". En cambio en la angustia "el miedo se siente respecto de algo (), surge en medio de lo inexplicable, donde el peligro es vago e indefinido (...), eso angustia más, (...) hay incertidumbre y se llega a desear el peligro como realidad palpable" (6).

El Glosario Psiquiátrico Americano, séptima edición (1997), define a la ansiedad como "aprehensión, tensión o inquietud por la anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida. Fundamentalmente de origen intrapsíquico, se distingue del miedo, que es la respuesta emocional a una amenaza o peligro reconocido conscientemente y usualmente externo. Puede ser vista como patológica cuando interfiere con la efectividad en la vida, en la obtención de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional razonable". Siguiendo al DSM-IV (1) incluye como "Trastornos de Ansiedad" a: "trastorno de pánico con y sin agorafobia, agorafobia sin antecedentes de trastorno de pánico, fobia específica (antes *simple*), fobia social (trastorno de ansiedad social), trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizado (incluye al trastorno sobreansioso de la infancia), trastorno de ansiedad debido a una condición médica general y trastorno de ansiedad inducido por sustancias. (La inclusión del trastorno mixto depresivo-ansioso en esta categoría aún está en estudio)" (2, pág.18).

A los fines de esta presentación consideraremos además, por su importancia en los sujetos mayores de 65 años de edad, a la ansiedad situacional, la ansiedad de adaptación (ajuste), la ansiedad y la agitación asociadas a los cuadros demenciales y la ansiedad asociada a la depresión o al duelo.

EPIDEMIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN LA VEJEZ.

Los trastornos de ansiedad son, como grupo, las enfermedades mentales más comunes, con una prevalencia de un mes del 7,3% en adultos de todas las edades. En adultos mayores de 65 años esta prevalencia mensual baja al 5,5%; se acerca al 20% en un período de 6 meses y al 35% en el ciclo vital (4, 16).

En la mayoría de los casos, el trastorno comienza en la vida adulta y tiende a cronificarse, con remisiones y recaídas de diversos grados intercaladas hasta llegar a la vejez. El inicio en la vejez es posible, si bien poco común.

En las estadísticas norteamericanas, al menos el 12% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen un trastorno mental diagnosticable (16). En el caso de pacientes internados por trastornos de tipo orgánico se calcula que el 40-50% presenta trastornos mentales (15, 21) y en instituciones geriátricas alrededor del 70 al 94% los padece (17, 23). En los EEUU, el 27% de los pacientes internados en instituciones psiquiátricas tienen más de 65 años de edad. Se estima que del 15 al 25% de los 28 millones de norteamericanos mayores de 65 años tiene problemas mentales significativos. Dentro de este grupo, los más prevalentes son los trastornos fóbicos (4,8%), seguidos por el trastorno obsesivo-compulsivo (0,8 %) y el trastorno de pánico (0, 1 %) (16, 20).

PRESENTACION CLINICA

En la mayoría de los casos, los trastornos de ansiedad primarios de la vejez son crónicos y han persistido desde la juventud o adultez (3). El estado ansioso se presenta como "un estado subjetivo de expectación o aprehensión disfórica", acompañado por una combinación variada de alguno/s síntomas (ver Tabla I), agrupables en tres categorías. Es frecuente que los pacientes hagan mayor hincapié en estos aspectos asociados más que en el estado de ansiedad en sí mismo, lo que da por resultado que se lleven a cabo extensas evaluaciones médicas antes de arribar a un diagnóstico correcto.

TABLA I - SINTOMAS DEL ESTADO ANSIOSO (Adaptado de Spar JE, La Rue A, 1990, Folks DG, Fuller WC, 1997) (4,22)

1. Tensión motora:
estremecimientos, sacudimientos, sensación de temblor; tensión muscular, dolores o dolorimientos, parestesias desasosiego
fatigabilidad fácil

2. Hiperactividad autonómica:
respiración entrecortada o sensación de sofocación palpitaciones o taquicardia
sudoración o manos húmedas, frías y viscosas
boca seca
vértigo o mareos
náuseas, diarreas, vómitos u otra molestia abdominal acaloramiento (accesos calientes) o escalofríos
rubor o palidez
micción imperiosa y frecuente
problemas para tragar o sensación de " nudo en la garganta"
cefaleas
disfunción sexual
3. Vigilancia y registro:
sensación de excitación o impaciencia respuesta sobresaltada
exagerada dificultad de concentración o "mente en blanco" por la ansiedad
dificultad para dormir o para mantener el sueño irritabilidad

PATOGENESIS

La patogénesis tiene dos vertientes bien definidas, las teorías psicodinámicas y las teorías neurobiológicas, que ya han sido discutidas en el primer fascículo de esta serie por el Dr. S. Rojtenberg en su capítulo (Trastornos de ansiedad en medicina y psiquiatría: una introducción).

En relación con la tercera edad interesa destacar algunas características propias de este grupo etario. Además de las causas aceptadas como provocadoras de ansiedad a todo lo largo de la vida (conflictos intrapsíquicos entre los impulsos libidinales del Ello y la fuerza represora del Superyo y las limitaciones impuestas por la realidad) aparecen, entre otras, la disminución de capacidades en comparación con las que el individuo tenía años atrás, la cercanía real con la muerte, cambios en su status social y en relación con las nuevas generaciones. El origen del trastorno puede deberse a varias causas simultáneamente ([18](#))

Dependiendo de su capacidad personal de insight, estos conflictos pueden aparecer en la conciencia del sujeto o permanecer en un nivel inconciente y expresarse como trastornos somáticos, trastornos de memoria o enfermedades mespecíficas.

DIAGNOSTICO

Como orientación, en la entrevista clínica se utilizan los criterios del DSM-IV (1) o de la ICD-10 ([25](#)). Pueden efectuarse también pruebas psicológicas y neuropsicológicas, destinadas a obtener un panorama de las características de personalidad, la cuantificación de los cuadros sintomáticos (especialmente para valorar la evolución o con fines de investigación clínica) y el estado cognitivo del sujeto, respectivamente; también son útiles par el diagnóstico diferencial. Los exámenes de laboratorio e imágenes y otras pruebas más específicas según la patología basal que se sospeche se utilizan fundamentalmente para el diagnóstico diferencial. El objetivo principal es confirmar o descartar otras causas probables que puedan dar lugar al cuadro ansioso, para poder efectuar un tratamiento etiológico del mismo.

Por ello es muy importante efectuar una cuidadosa historia clínica y un examen físico exhaustivo. Es primordial establecer la relación temporal entre el cuadro ansioso y la presencia de otros trastornos físicos, ingesta de medicamentos, cambios en el medio ambiente del anciano, etc. Muchas veces el examinador no considera importantes situaciones que pueden ser de gran valor para el individuo añoso, como ser: mudanzas - aún el cambio de habitación o de cama en un geriátrico puede ser importante-, divorcios en la familia, problemas económico-financieros del paciente o de sus allegados, muerte de seres queridos, trastornos del sueño o dolencias corporales, enfermedades banales, etc.

Si los estudios muestran que los síntomas se deben a algún factor físico, químico o iatrogénico el diagnóstico correcto es "trastorno de ansiedad de origen orgánico"; en cambio, si la ansiedad coexiste con un trastorno orgánico que puede exacerbarla pero este no es su causa, corresponde diagnosticar "trastorno de ansiedad". Estas discriminaciones no suelen ser sencillas ([20](#), [22](#)).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Trastorno de ansiedad de origen orgánico.

Su diagnóstico se basa en la identificación de la causa etiológica específica subyacente utilizando para ello los medios descriptos ut supra.

Trastorno del humor.

Con frecuencia la ansiedad ocupa un lugar destacado en los trastornos del humor y, en muchos casos, los trastornos de ansiedad pueden evolucionar hacia un trastorno del humor. No obstante, la ansiedad que acompaña a la depresión, la disforia o la hipomanía tiende a ser intermitente, episódica y autolimitada. El diagnóstico se basa en el reconocimiento de las alteraciones del humor persistentes de estos cuadros (ver luego).

Esquizofrenia.

Los pacientes psicóticos añosos suelen ocultar sus experiencias psicóticas, siendo observables sólo los síntomas ansiosos. Es importante lograr un buen *rappor*t con el paciente para que este revele esta situación. Las pruebas psicológicas proyectivas (test de apercepción temática, test de Rorschach) pueden ser de ayuda. Para el diagnóstico diferencial entre los pensamientos obsesivos del TOC y el delirio esquizofrénico se ha sugerido que los primeros pueden ser en parte permeables al razonamiento lógico ([22](#)).

CUADROS CLINICOS

Ansiedad situacional

Esto incluye a las situaciones aceptadas como capaces de provocar ansiedad a ciertos individuos (viajes en avión, procedimientos odontológicos) y otras propias de este grupo etario, como enfrentar situaciones que pongan a prueba capacidades que han sufrido menoscabo y frente a las cuales el sujeto está inseguro (Por ej.: una evaluación neuropsicológica).

Ansiedad de adaptación (ajuste)

Estos individuos pueden presentar cuadros ansiosos ante cambios mínimos en sus rutinas, ante el diagnóstico de enfermedades no graves o en momentos de crisis personales (Jubilación, duelos, etc.).

Trastorno por estrés agudo

Estos cuadros duran menos de un mes y se producen en respuesta a una causa identificable. En los viejos suelen manifestarse por medio de síntomas somáticos específicos. Pueden evolucionar hacia un trastorno de ansiedad más persistente. ([4](#))

Trastorno de pánico (con o sin agorafobia)

Su manifestación principal son los ataques de pánico, que llevan a la ansiedad anticipatoria (miedo al miedo) y dan por resultado la evitación fóbica ([12](#)). Su curso es crónico con remisiones y recurrencias frecuentes. En muchos casos los ataques comenzaron en la juventud y no recibieron tratamiento o este fue inadecuado. La agorafobia y la ansiedad generalizada son los más comunes de los cuadros ansiosos de inicio en la vejez. Con frecuencia los temores agorafóbicos comienzan como consecuencia de algún episodio desencadenante

(p. ej., enfermedad física) (3). En estos casos de trastorno de pánico de inicio en la vejez (LOPD: late-onset panic disorder) hay menos síntomas de pánico, menos síntomas evitativos y puntajes más bajos de somatización en las escalas. Se lo ha observado asociado a: depresión (8), abuso de alcohol (11), mayor riesgo de suicidio (24) y una tasa de mortalidad de origen cardiovascular más alta que el promedio.

Fobia social

Según el National Comorbidity Survey (NCS) (9) su tasa de prevalencia anual es del 7,9%, siendo el trastorno psiquiátrico que ocupa el segundo lugar de frecuencia. Su curso es crónico, no remite y persiste en la vejez. Comer o escribir en público puede ser más molesto para los viejos que el hablar en público debido a la presencia de prótesis o temblores. Es común la comorbilidad con otras fobias, depresión, distimia y abuso de alcohol (7).

Fobias Específicas

En los viejos las fobias se asocian con una alta morbilidad psiquiátrica y clínica. Estos sujetos raramente consultan a un especialista (13). Pueden ser provocadas por una multiplicidad de factores y muchos sujetos que padecen una fobia desarrollan otra en algún momento del curso de la enfermedad. Son frecuentes ante procedimientos médicos u odontológicos, viajes en avión, etc. En las grandes ciudades pueden tomar la forma de temor a ser asaltados o a participar de episodios de violencia.

Trastorno de ansiedad generalizado (GAD)

Tiene un curso crónico y prolongado. Según la "Encuesta nacional sobre uso de drogas psicotrópicas en los EEUU" (1984) (20) la tasa de prevalencia en un año entre los ancianos es de 7,1%. Su diagnóstico es más difícil en los viejos que en los más jóvenes debido a su comorbilidad habitual con la depresión. En un estudio llevado a cabo en Gran Bretaña (14) el 90% de los individuos que lo padecían tenían síntomas depresivos (3;18). Además, muchos trastornos presentes en los ancianos (trastornos cardiovasculares, pulmonares, neurológicos o tiroideos) pueden provocar síntomas de ansiedad similares a los de este cuadro y deben ser descartados.

Trastorno de estrés post-Traumático

Dependiendo del momento de trauma, puede ser un trastorno que continúa en la vejez. Su curso puede ser prolongado y crónico. El pronóstico se relaciona con la respuesta al trauma original, la presencia de fenómenos disociativos, la retracción emocional y la presencia de abuso de alcohol y/o drogas (10). Cuando el trauma se produjo en la vejez (p. ej. sobrevivientes del terremoto de Armenia de 1988) se observó que la severidad del cuadro era similar a la de los jóvenes (5).

Trastorno obsesivo compulsivo (TOC)

Su prevalencia de seis meses en los viejos es del 1,5%. Muchos casos comenzaron en la juventud y continuaron en la vejez. Se considera que es uno de los trastornos de ansiedad más resistentes al tratamiento, aunque últimamente ha habido progresos promisorios.

Ansiedad asociada a un cuadro demencial

La agitación es una de las causas principales de consulta ante un paciente con demencia. Esta puede reflejar un cuadro ansioso, una depresión o un problema clínico agudo subyacentes, o ser parte de la evolución del cuadro demencial. La ansiedad puede ser el signo más precoz de una enfermedad de Alzheimer; aumenta a medida que el paciente toma conciencia de sus déficits y mientras conserva cierto insight (18).

Trastornos de ansiedad provocados por un trastorno médico general o inducido por sustancias (Síndrome de ansiedad orgánico)

Los viejos constituyen el grupo etario más propenso a presentar este síndrome por la alta prevalencia de enfermedades médicas y la consecuente presencia de polifarmacia. En general los viejos consultan a diferentes especialistas, quienes indican medicamentos para diferentes patologías, favoreciéndose la interacción farmacológica.

Las causas orgánicas de ansiedad más frecuentes se presentan en la [Tabla II](#). La terapéutica consiste en la supresión de la etiología exógena o el tratamiento de la causa endógena, junto con el tratamiento farmacológico y/o somático de la ansiedad residual. Es muy importante la educación del paciente y de su familia sobre los riesgos de la supresión brusca de la medicación ([22](#)).

TABLA II
(Adaptado de Spar JE, La Rue A, 1990, Folks DG, Fuller WC, 1997) (4,22)

Enfermedades endógenas:

Endocrinas (hiper e hipotiroidismo, hipoglucemia de cualquier origen, insulinoma, feocromocitoma, porfiria aguda intermitente, síndrome carcinoide, enfermedad de Cushing, hipoparatiroidismo)

Cardiovasculares (insuficiencia cardíaca congestiva, infarto agudo de miocardio, angina, arritmias, prolapso de válvula mitral, hipotensión ortostática) Pulmonares (asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, embolia pulmonar, hipoxia de cualquier origen)

Neurológicas (aura de migraña, tumores cerebrales, enfermedad de Parkinson, confusión mental, enfermedad desmielinizante, inicio de un cuadro de demencia, convulsiones parciales complejas, trastornos vestibulares)

Medicamentos:

anticolinérgicos (escopolamina, atropina)
antidepresivos (tríclicos, tranzicipromina, fluoxetina)
cafeína
psicoestimulantes
(anfetamina, cocaína, metilfenidato)
simpaticomiméticos (descongestivos de venta libre, fenilefrina, fenilpropanolamina, pseudoefedrina, broncodilatadores, epinefrina -también en anestésicos locales-, isoproterenol, metaproterenol)
derivados xantínicos (teofilina, aminofilina)
alcohol
esteroides
hormonas tiroideas

antidepresivos
neurolépticos (acatisia)

Abandono de medicación o tóxicos:

benzodiazepinas (en especial las de acción corta, pero también las de larga acción) otros depresores del sistema nervioso central (hipnóticos)

alcohol

nicotina

cafeína

DEPRESION O DUELO

La depresión ansiosa es la forma de presentación más común de la ansiedad en la vejez: el 95% de los ancianos deprimidos presentan síntomas de ansiedad (18); la ansiedad, a su vez, puede afectar el curso y pronóstico a corto y largo plazo de la depresión (3).

En los ancianos son comunes los síntomas de ansiedad o somáticos que enmascaran una depresión. Los más frecuentes son: dificultad de concentración, astenia, molestias gastrointestinales, irritabilidad, trastornos de memoria, nerviosismo, dolores, trastornos del sueño y tensión. El duelo puede ser normal o tratarse de un duelo complicado (no resuelto); si provoca un trastorno funcional importante o persistente deberá tratarse con psicoterapia y/o antidepresivos (4).

TRATAMIENTO

El tratamiento de todos estos cuadros se basa, en líneas generales, en el uso de benzodiazepinas (BZD) de acción corta o media para efectos rápidos ante la situación aguda, en la utilización de antidepresivos para el largo plazo - en especial han demostrado utilidad los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (se han efectuado muchos estudios con buenos resultados con fluoxetina, paroxetina y sertralina), que se utilizan como primera línea, en los métodos psicoterapéuticos tradicionales y en las terapias cognitivo-comportamentales.

Debido a la gran variedad de situaciones que se presentan en este grupo etario todas estas herramientas terapéuticas deben acomodarse a las necesidades de cada caso en particular. Como no se dispone de amplios datos provenientes de estudios en viejos, se ha tendido a adecuar los datos obtenidos de estudios de poblaciones más jóvenes. Para ello deben tenerse en cuenta los cambios fisiológicos provocados por el envejecimiento en la absorción, distribución, ligadura a proteínas, metabolismo y excreción de las diferentes drogas. Muchos medicamentos, especialmente los de vida media más larga y metabolitos activos, tienden a acumularse y provocar efectos tóxicos en los ancianos. Sigue vigente el consejo de iniciar los tratamientos con dosis bajas -en general la mitad de la que se indicaría a un adulto joven- y aumentarlas progresiva y lentamente según necesidad. Además es conveniente esperar mayor tiempo antes de decidir que un tratamiento es ineficaz y reemplazarlo por otro.

Desde su introducción a comienzos de la década de 1960, las benzodiazepinas (BZD) han sido los psicotrópicos más recetados, probablemente por sus múltiples usos y su seguridad. Su prescripción a los ancianos ha sido y es discutida (Shikh JI, 1992). Algunos opinan, no sin razón, que su uso está muy difundido y es excesivo, ya que son recetados a los ancianos en cantidades proporcionalmente más altas que a la población general. Esto probablemente se debe a que la ansiedad y el insomnio son muy comunes en este grupo etario (19).

La ansiedad es dañina para los viejos y las BZD pueden disminuir la morbilidad que esta provoca; por lo tanto, estos compuestos tienen un lugar en el tratamiento de las personas afeadas. Su uso en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del sueño es seguro y beneficioso.

Es importante tomar ciertas precauciones pues los ancianos presentan mayores riesgos de efectos colaterales (caídas, falta de coordinación, trastorno de memoria reversible). Son preferibles las BZD de vida más corta, durante un tiempo limitado y en dosis bajas, ya que la indicación prolongada de BZD puede llevar a su uso crónico (18) y a la aparición de efectos indeseables y de toxicidad (confusión, trastornos de memoria, posibilidad de abuso, trastornos cerebelosos - ataxia-, con riesgo de caídas y fracturas, velocidad psicomotora disminuída, trastornos de la atención, etc). La aparición de efectos paradójales (conducta

agresiva, actos antisociales, insomnio y pesadillas) , si bien raros, también es más frecuente en este grupo (19).

Por ello la American Psychiatric Association recomendó, en 1985, la revisión de los casos en los que se las indique durante más de tres meses (19). Las BZD no deberían utilizarse en pacientes con tendencia al abuso de drogas, no sólo por el riesgo de dependencia sino también por su efecto depresivo aditivo que las hace potencialmente letales en estos pacientes (12).

Las BZD, en especial las de alta potencia como el alprazolam, son eficaces en el control rápido de los síntomas debido al rápido inicio de su acción, especialmente en los cuadros agudos o subagudos. Las de acción prolongada (p. ej. diazepam) en bajas dosis son útiles para situaciones aisladas, como ante un viaje en avión o un procedimiento odontológico.

El metabolismo de las drogas de vida media breve como el lorazepam casi no presenta cambios con el envejecimiento, pues son inactivadas por conjugación hepática y no tiene metabolitos activos, reduciéndose el riesgo de acumulación. En cambio, las de vida media prolongada, como el diazepam, el clorazepam, el clordiazepóxido, el clorazepato y el flurazepam, son metabolizadas por vía oxidativa en metabolitos activos y permanecen en el organismo por períodos prolongados, pues esta vía se hace más lenta con el envejecimiento (19).

Ya en 1973, el alprazolam demostró ser efectivo en el tratamiento de la ansiedad (12). De vida media intermedia, puede duplicar su permanencia en el organismo (hasta 21 horas en un anciano versus 11 horas en un joven), lo que debe ser tenido en cuenta al indicar el ritmo de la dosificación. Sin embargo, la tolerancia a sus efectos sedativos se desarrolla más lentamente en los viejos (19). Su efecto parece no disminuir con el uso prolongado sino que, al contrario, se ha demostrado una reducción de la dosis con el tiempo (12).

Para evitar los trastornos por interrupción de] tratamiento con BZD esta última debe hacerse progresivamente a lo largo de 2 a 4 semanas, a un ritmo del 5% al 10% cada 3 a 5 días (12).

Entre los antidepresivos, los ISRS (fluoxetina, sertralina, fluvoxamina, paroxetina) constituyen la primer línea de tratamiento en los ancianos, debido a su eficacia y su relativa falta de efectos colaterales y buena tolerancia. Se comienza con una dosis del 50% de la de un adulto joven y se la aumenta progresivamente a medida que mejora la tolerancia, hasta alcanzar una dosis similar a la antidepresiva. Luego de comenzado el efecto de los antidepresivos puede iniciarse la supresión de las BZD. Los ISRS deben mantenerse por un plazo no menor de uno a dos años y evaluar entonces la conveniencia de su suspensión, la que también debe ser progresiva (20).

La terapia cognitivo-comportamental es una alternativa al tratamiento farmacológico cuando los efectos secundarios o las interacciones de drogas son un problema serio y es un coadyuvante útil cuando existen síntomas específicos en los que demostró ser útil. Para estos y para el resto de los casos, al igual que las terapias tradicionales, se utilizan en combinación con la farmacoterapia.

Otras drogas que se han utilizado alternativamente son: buspirona, neurolépticos -en especial de baja potencia-, bloqueantes beta-adrenérgicos (propranolol, atenolol, metoprolol, pindolol), antidepresivos tricíclicos o trazodone y carbamacepina.

BIBLIOGRAFIA

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastorno mentales, Ed.. Masson SA, Barcelona, 1995.
2. Edgerton JE, Campbell RJ. American Psychiatric Glossary, Seventh Edition, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1997,pág.18.
3. Flint AJ. Management of anxiety in late life. Therapeutic challenges in geriatric psychiatry, Symposium workbook, 15 1 st. APA Meeting, Toronto, Canada, 1998, págs. 14-19.
4. Folks DG, Fuller WC. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. Psychiatric Clinics NA 20 (1): 137-164, 1997.

5. Goeijian AK, Najarian LM, Pynoos RS et al.. Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am J Psychiatry* 151:895-901, 1994.
6. Herrera Mingorance JJ. Ansiedad en el anciano. VERTEX (en prensa, 1998).
7. Judd LL. Social phobia: a clinical overview. *J Clin Psychiatry* 55(suppl 6):5-9, 1994).
8. Katon W, Vitiliano P, Anderson K et al. Panic Disorder. Residual symptoms after the acute attacks abate. *Compr Psychiatry* 28:15 1 158,1987.
9. Kessler RC, McGonagle DK, Zhao S et al.: Lifetime and 12 month prevalence of DSM-111-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 51:8-19, 1994.
10. Kuch K, Cox BJ. Symptoms of PTSD in 124 survivors of the Holocaust. *Am J Psychiatry* 149:3337-3340, 1992.
11. Kushner MG, Sher KJ, Beitman BD. The relation between alcohol problems and the anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 147:685~ 695,1990.
12. Layton ME, Dager SR. Treatment of anxiety disorders, en *The psychiatric clinics of North America: Annual of drug therapy*, Dunner DL, Roenbaum JF, WB Saunders Company, Philadelphia, 1988, págs.183-209.
13. Lindsay J. Phobic disorders in the elderly. *Br J Psychiatry* 159:531-541, 1991.
14. Lindsay J, Briggs K, Murphy E. The Guy's/Age Concern Survey: Prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in all urban elderly community. *Br J Psychiatry* 155:317-329, 1989.
15. Rapp SR, Parisi SA, Wtlsh DA. Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *J Consult Clin Psychol* 56:851-855, 1988.
16. Regier DA, Boyd JH, Burke JD et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 45:977-986,1988.
17. Rovner BW, Kafonek S, Filipp L et al., Prevalence of mental illness in a community nursing home. *Am J Psychiatry* 143:1446-1449,1986.
18. Salzmaii C. Anxiety and depression. en *Management of mental disorders in baby boomers and beyond*. Symposium, 151st. APA Meeting, Toronto, Canada, 1998 .
19. Sheikh JI Problems associated with long-term benzodiazepine use in the elderly, en *Psychopharmacological treatment complications in the elderly*, Shamoian CA (Ed.), American Psychiatric Press Inc., Washington, 1992.
20. Sheikh JI, Salzman C. Anxiety in the elderly. Course and treatment. *Psych. Clinics NA* 18(4):871-883, 1995.
21. Small GW, Fawzy FI, Psychiatric consultation for the medically ill elderly in the general hospital: need for a collaborative model of care. *Psychosomatics* 29:94-103, 1988.
22. Spar JE, La Rue A, Concise Guide to Geriatric Psychiatry, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1990, págs. 4~7.
23. US Senate Special Committee on Aging, *Aging America trends and projections*, Washington, DC, US Department of Health and Human Services, 1987-1988.
24. Weissman MM, Klermaii GL, Markovitz JS et al. Suicidal ideation and suicidal attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med* 321:1209-1214, 1989.
25. World Health Organization. *The ICD- 10 Classification of Mental and Behavioural Disorders*, Geneva, 1992.