

Trastornos de ansiedad en el anciano

M.D. Franco-Fernández^a, R. Antequera-Jurado^b

Introducción y desarrollo. Aunque los trastornos de ansiedad son menos prevalentes en ancianos que en poblaciones más jóvenes, su presencia, en muchas ocasiones de forma subclínica, es elevada. Suelen pasar desapercibidos, incorrectamente diagnosticados y no son tratados o lo son de forma inadecuada. Clínicamente suelen expresarse como ansiedad generalizada y con frecuencia se acompañan de síntomas depresivos. Perturban notablemente la vida del paciente y de su entorno, por lo que es obligado abordarlos de forma terapéutica. Estos pacientes son especialmente complejos y dicha complejidad no puede ser contemplada en guías generalizadas, sino que exige un juicio clínico basado en la experiencia del terapeuta, que debe aplicar, según su leal saber y entender, las recomendaciones generales. Como recursos de primera línea disponemos de los fármacos (antidepresivos, benzodiacepinas y pregabalina) y de la psicoterapia. Esta última, sobre todo la terapia cognitivoconductual, debe de ser contemplada como una estrategia eficaz, pero su limitación procede de la escasez de programas diseñados y ajustados a los ancianos y de las dificultades de accesibilidad a éstos. **Conclusiones.** Tratados correctamente, los trastornos de ansiedad tienen buena evolución y mejorarán la calidad de vida, la funcionalidad y el bienestar de los pacientes.

Palabras clave. Ancianos. Ansiedad. Factores de riesgo. Psicofármacos. Psicoterapia.

Anxiety disorders in the elderly

Introduction and development. Although anxiety disorders are less prevalent in the elderly than in younger populations, their presence, which is often subclinical, is still high. These disorders usually go undetected, wrongly diagnosed

and are either not treated or are not treated adequately. Clinically, they usually manifest as generalised anxiety and are frequently accompanied by depressive symptoms. They have a notably disruptive effect on the lives of both patients and those around them; addressing them with therapy is therefore a must. These patients are especially complex and this complexity cannot be contemplated using generalised guidelines. Instead, the approach requires a clinical judgement based on the therapist's own experience that allows them to apply the general recommendations as best they can. The first line of resources that can be used are pharmaceuticals (antidepressants, benzodiazepine and pregabalin) and psychotherapy. This latter alternative, and more especially cognitive behavioural therapy, must be considered an effective strategy, but it is limited by the scarcity of programmes that have been designed and adapted to the elderly as well as the difficulties in gaining access to them. **Conclusions.** *If treated correctly, anxiety disorders progress well and the patient's quality of life, functionality and welfare will gradually improve.*

Key words. *Anxiety. Elderly. Psychopharmaceuticals. Psychotherapy. Risk factors.*

Introducción

Los trastornos de ansiedad del anciano han recibido escasa atención. La presencia en estas edades de la vida de otros trastornos mentales más específicos y graves como las demencias explica que la ansiedad y sus trastornos se hayan considerado 'patología ligera'. Sin embargo, tienen un impacto considerable en la funcionalidad

^a Departamento de Psiquiatría.

^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Sevilla, España.

Correspondencia

Dra. M. Dolores Franco Fernández. Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla. Avda. Doctor Fedriani, s/n. E-41007 Sevilla.

E-mail

dfranco@us.es

del sujeto, suponen un deterioro importante en la calidad de vida y se asocian con una mayor mortalidad.

Por otra parte, generan una carga asistencial importante. Con frecuencia, los pacientes con patología ansiosa solicitan asistencia, principalmente en atención primaria, ya que rara vez son capaces de atravesar los filtros asistenciales y recibir asistencia especializada, que con frecuencia conlleva que no sean tratados correctamente.

Los trastornos de ansiedad suponen, además, un importante coste. Su elevada presencia, el amplio grupo poblacional al que afecta y la mayor demanda obliga a plantear, como objetivo asistencial prioritario, la atención correcta a esta patología. Si conocemos más de su naturaleza, de su clínica y evolución podremos tratarla más eficazmente y esto se traducirá en una mejor calidad de vida del paciente y de su entorno.

Datos epidemiológicos

Si se observa la distribución de los diagnósticos principales de pacientes ancianos asistidos en el marco especializado u hospitalario, los trastornos por ansiedad representan sólo un porcentaje pequeño de ellos [1] y no suelen ser motivos de primeras consultas, por lo que podría inferirse que son trastornos infrecuentes en estas edades, pero dicha conclusión no sería acertada.

Si el acercamiento al problema se realiza desde los estudios de población general, que representan de forma más correcta lo que ocurre en un grupo poblacional, la realidad es distinta. Se dispone de numerosos datos procedentes de estudios comunitarios que se llevaron a cabo en las décadas de 1980 y 1990. Aunque en estos estudios las tasas de prevalencia de los trastornos ansiosos en la población anciana pueden presentar diferencias considerables por las diferentes metodologías empleadas en cada uno de ellos, en todos los casos suele ser superior al 10%. Es más frecuente entre las mujeres que entre los varones, con una ratio que puede oscilar entre 2 y 6,5, en función del trastorno concreto que se analice [2].

Uno de los estudios recientes, el *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), realizado por Kessler et al [3], observa que los trastornos de ansiedad están presentes en al menos el 15,3% de la población mayor de 60 años estudiada, con

alta frecuencia de comorbilidad intracategoría. De éstos, los cuadros fóbicos son los más frecuentes. Las fobias simples son muy habituales entre los ancianos (7,5%), y generalmente les han acompañado a lo largo de toda su vida. La agorafobia (en el 1%) es el trastorno que con más frecuencia se ha iniciado en la senectud. Es más raro que la fobia social (presente en el 6,6% de los mayores) alcance significación clínica, quizás porque las conductas de evitación social son menos relevantes en los ancianos.

El trastorno de ansiedad generalizada está relativamente presente en pacientes mayores; representa un 3,6% de la población anciana comunitaria, y entre un tercio y la mitad de estos cuadros se han desarrollado durante esta etapa del ciclo vital [4,5]. Con frecuencia, se expresa de forma comórbida con la patología depresiva en la que parece diluirse, y pierde su entidad nosológica. Algo menos presente está el trastorno por estrés postraumático (2,5%), aunque algunos datos parecen indicar que pudiera ser más frecuente, sobre todos en mujeres ancianas que han podido sufrir experiencias de abusos, pero suelen diagnosticarse erróneamente como cuadros depresivos, trastornos no específicos de ansiedad o como patología somática [6]. Por el contrario, los cuadros obsesivos (0,7%) y de pánico (2%) son más inusuales en los mayores. Cuando aparecen, su clínica es similar a la de los adultos, aunque más mitigada y con menos evitación, aunque encontramos diferencias en la temática y naturaleza de los temores y las obsesiones en los ancianos como, por ejemplo, mayor preocupación relacionada con el temor a olvidar nombres o de escrupulosidad egosintónica.

Una de las cuestiones que ha interesado a los estudios comunitarios es si la prevalencia de los trastornos de ansiedad decrece con la edad. La conclusión, corroborada en todos los estudios, es que, efectivamente, los trastornos de ansiedad son menos frecuentes entre los ancianos que en edades más jóvenes, al igual que en otros trastornos mentales como los del humor o los de dependencia a sustancias. En cierta manera se aprecia un comportamiento lineal; a medida que aumenta la edad de la población analizada, disminuye su presencia.

La mayoría de los casos presentes en mayores se inició en etapas más tempranas de la vida, antes de los 50 años, y en una proporción elevada aparecieron al final de la infancia y en la adoles-

cencia (las fobias) o, como ocurre con los otros trastornos, en edades medias de la vida [7]. El estudio *Guy's/Age Concern* [8] ya señalaba que, por ejemplo, sólo en un tercio de los casos de las fobias el cuadro comenzó después de los 65 años.

Los datos de los escasos trabajos de seguimiento que alcanzan a la edad propecta [9] parecen confirmar el curso crónico y recurrente. Sólo una pequeña parte de ellos evoluciona espontáneamente hacia la resolución. Son trastornos muy proteiformes que varían no sólo en la intensidad de síntomas sino en el propio tipo de trastorno. La estabilidad diagnóstica es baja y las modificaciones en los síntomas, incluyendo la sintomatología depresiva, la norma. Así, Schoevers et al [10], en su estudio de seguimiento de tres años a ancianos que residen en la comunidad y que presentaban trastornos de ansiedad generalizada, refieren que el 24% había desarrollado un cuadro depresivo, mientras que el 13,6% de los ancianos que en la línea base presentaban un cuadro depresivo desarrolló un cuadro ansioso-depresivo. Precisamente los cuadros de ansiedad generalizada eran los que mostraron menor estabilidad diagnóstica; sólo el 12% de los ancianos permanecía en esta categoría diagnóstica en el seguimiento.

Una observación de gran importancia en la clínica es la existencia de numerosos casos que se situarían por debajo del umbral diagnóstico. Los síntomas ansiosos están presentes en numerosos ancianos, pero pocos de ellos cumplen los criterios necesarios para poder establecer el diagnóstico de trastorno de ansiedad. El estudio de Copeland et al [11], que empleó el GMS/AGECAT, ya demostró que las tasas de prevalencia disminuyen a medida que los criterios diagnósticos se hacen más estrictos. Se produce, pues, una disminución de 'casos clínicos' con un importante incremento de 'casos subclínicos'.

Cómo debemos interpretar estos resultados

Los datos parecen bastante consistentes: los trastornos de ansiedad son menos frecuentes entre los ancianos que entre los adultos. Esta menor prevalencia podría explicarse por un efecto cohorte o por el efecto de la edad. Así se puede pensar que una generación más ansiosa sustituye a una generación de menor nivel de ansiedad, o pudiera ser que el propio envejecimiento ejer-

ciera, en cierta manera, un papel protector ante la ansiedad, efecto que estaría mediado por las modificaciones biológicas del envejecer, por una menor sensibilidad emocional, por poseer un mayor y mejor control de las emociones, por un proceso de inmunización psicológica al estrés o por la conjunción de varios de estos motivos.

Otras razones también pueden explicar esta menor presencia de los cuadros de ansiedad en el anciano, entre las que cabe mencionar el no reconocimiento o el diagnóstico no correcto por parte del evaluador. Aunque las investigaciones no han podido confirmarlo, se han señalado repetidamente las dificultades de los mayores para expresar sus sentimientos (incluida la ansiedad) o su tendencia a manifestarlos a través de síntomas somáticos, lo que dificultaría su reconocimiento. Además, estos pacientes sufren, con frecuencia, pluripatología somática, por lo que no es extraño que se adscriba de forma equivocada los síntomas ansiosos a un origen orgánico. De todas formas, hemos de considerar la posibilidad de que los sujetos ansiosos no lleguen a edades avanzadas de la vida por su mayor mortalidad. En estudios realizados en la población adulta se ha señalado de forma consistente cómo los individuos más ansiosos tienen mayor mortalidad por patología cardiovascular o por causas no naturales, entre las que se incluye el suicidio. Habría, pues, menos ansiosos entre los mayores porque sus tasas de supervivencia serían inferiores.

También deben contemplarse razones de tipo metodológicas. La variabilidad de las tasas de prevalencia comunicadas en los estudios epidemiológicos es tan grande que hace dudar de su validez. Sin duda, la raíz de dicha variación está en las distintas metodologías de investigación empleadas. Se ha utilizado una gama de instrumentos diagnósticos variada, pero la mayoría de ellos no ha sido validado para la población geriátrica, lo que limita la validez del estudio. La utilización de criterios diagnósticos que fueron pensados para población adulta debe tenerse en cuenta, ya que pudieran no ser aplicables a esta población. Así, la consideración del impacto funcional como criterio diagnóstico no es lo mismo para un adulto joven que para un anciano. ¿Cómo medir, por ejemplo, el impacto laboral en un jubilado? Si además se emplean reglas jerárquicas de diagnóstico, aún disminuirán más las tasas de prevalencia. Con frecuencia, los cua-

droso ansiosos se presentan de forma comórbida con otras patologías consideradas más graves como la depresión o la demencia, por lo que la clínica de ansiedad queda diluida dentro de estos trastornos.

Factores asociados: los factores de riesgo

Existe un número limitado de estudios sobre los factores de riesgo para la aparición de cuadros de ansiedad, lo que contrasta con la importante proliferación de estudios que se centran en el riesgo de cuadros depresivos. La mayoría de los estudios se ha realizado para la población adulta y sus resultados, inferidos para ancianos, reflejan la escasa atención que los trastornos ansiosos en la edad senecta despierta en los investigadores. Un escaso interés, que se extiende igualmente al estudio de los factores que pueden amortiguar o proteger a los ancianos de la aparición de cuadros de ansiedad, tales como el apoyo social, la religiosidad, la actividad física o la estimulación cognitiva.

Factores biológicos

Un hecho aceptado es el papel de la herencia, ya que parece existir cierta heredabilidad específica para determinados trastornos –como el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno de angustia– y una inespecífica, a través de los rasgos de personalidad, que confieren una vulnerabilidad para desarrollar síntomas. Otro es que las mujeres son población de riesgo para la ansiedad en edades tardías, pero no está establecido si la asociación se realiza directamente por factores biológicos o si está mediada por otros de origen más psicosocial, vinculados al estilo de vida o al rol social tradicional de la mujer. En lo que no existe tanto acuerdo es en el papel que desempeñan otros factores biológicos. Así, algunos estudios han intentado encontrar alteraciones en la neuroimagen funcional, pero o bien se han realizado en poblaciones más jóvenes o en patología ansiosa asociada con depresión. Los datos obtenidos han sido complejos, difíciles de interpretar, en ocasiones contradictorios y de explicación dudosa. Lo cierto es que a día de hoy no sabemos de forma consistente si el hecho del

envejecimiento biológico constituye un factor de riesgo o de protección ante los trastornos de ansiedad. Heum y Hein [12] concluyen que si bien envejecer es un factor de riesgo de primer orden para la aparición de depresión, parece ser un factor de protección para la aparición de trastornos de ansiedad.

Vink et al [13] realizaron una revisión de las investigaciones publicadas sobre factores de riesgo para la depresión y la ansiedad en el anciano. Su objetivo era poder definir perfiles de riesgo diferenciales para ambos cuadros y establecer cuáles se asociaban a su aparición (a través de estudios transversales) y cuáles aumentaban la vulnerabilidad de éstos (a través de estudios longitudinales). Señalan que sólo un número limitado de factores biológicos se asocian con ansiedad en la vejez. La presencia de deterioro cognitivo y la hipertensión vascular se vinculan con la aparición de síntomas ansiosos, que también ocurre con las limitaciones funcionales y la presencia de un número de enfermedades crónicas mayor. Es realmente difícil determinar cuál de estos factores de riesgo ejerce más influencia en la aparición de los cuadros de ansiedad, debido a que en ocasiones encontramos la coexistencia de varios de ellos. Así, por ejemplo, la cronificación de la sintomatología ansiosa entre ancianos con limitaciones funcionales quienes a su vez suelen presentar mayor edad y ésta se relaciona con más problemas cognitivos o menores redes de apoyo social [14].

Factores psicológicos

Distintos estudios han identificado algunos factores como de riesgo para la aparición de cuadros ansiosos [15,16]. Así, han demostrado su importancia determinados rasgos de personalidad (como el neuroticismo), el *locus* de control externo, la existencia de estrategias de afrontamiento disfuncionales o la presencia de psicopatología previa a la senectud. La asociación de estos factores se establece para la aparición de síntomas y de trastornos y se observa en estudios transversales y longitudinales, lo que indica que su relación etiopatogénica se establece aumentando la vulnerabilidad para éstos y facilitando la aparición y expresión de la clínica [13].

Factores sociales

Se ha señalado que la adversidad social (clase

social baja, escasos ingresos, malas condiciones de la vivienda, etc.) incrementa los niveles de la dimensión de ansiedad en la población anciana [1], pero su asociación con trastornos de ansiedad (categoría) es menos potente. Posiblemente, aunque favorezca la ansiedad, su valor etiológico para trastornos mentales graves resulte menos relevante.

El papel de los acontecimientos vitales adversos como desencadenantes en sujetos vulnerables ha sido claramente establecido en poblaciones de adultos e inferidos para ancianos. Para valorar adecuadamente el impacto de un acontecimiento concreto hay que considerar el significado que dicho acontecimiento tiene para el individuo y si éste ha ocurrido 'en su tiempo' o fuera de él. Los acontecimientos vitales más ansiógenos son los que implican amenazas (al igual que las pérdidas se relacionan con la depresión) y los que ocurren a destiempo. El individuo, en su devenir, adquiere estrategias que le permiten afrontar los diferentes acontecimientos vitales que se sucederán a lo largo de las distintas etapas de su vida. Cuando un acontecimiento ocurre en la etapa prevista, el impacto de éste es menor. Los ancianos, por ejemplo, desarrollan estrategias que les permiten enfrentarse con pérdidas frecuentes y están más dotados que los más jóvenes para hacerlo con éxito. Por el contrario, un acontecimiento fuera de su tiempo tiene un impacto emocional mayor, ya que los individuos no poseen las estrategias adecuadas para afrontarlo.

Los acontecimientos vitales más asociados a la emergencia de psicopatología ansiosa en la vejez son los duelos, la jubilación y la institucionalización, pero el valor patógeno de cada uno de ellos debe establecerse para cada individuo en función del impacto que genere y de las estrategias que el anciano posea ante ellos.

Las experiencias tempranas, muy importantes en la aparición de clínica en el adulto joven, no parecen ser tan relevantes para los mayores. En todo caso, su influencia se establecería de forma indirecta, ya que generan alteraciones en el desarrollo de la personalidad, con estilos cognitivos y estrategias de afrontamiento concretas que determinarán, posteriormente, respuestas disfuncionales a sucesos y experiencias adversas [1].

Un tema de interés es la red social. La relación entre los aspectos cuantitativos y cualitativos de ésta y la clínica ansiosa ha sido firmemente establecida [13]. Los escasos contactos sociales, la

falta de apoyo social o la soledad parecen ser los factores de mayor peso.

Cómo debemos interpretar estos resultados

Conocer y definir un perfil de factores de riesgo parece necesario para abordar de forma correcta los problemas de ansiedad en el anciano. Permitirá intervenir de forma preventiva sobre aquellos que aumenten la vulnerabilidad para éstos y facilitará las intervenciones de detección precoz en las poblaciones de riesgo. La detección y el tratamiento tempranos ayudarán a reducir las manifestaciones clínicas, mejorar su pronóstico y promover mayor calidad de vida del paciente.

Uno de los hallazgos más interesantes de los estudios sobre riesgo ha sido la imposibilidad de establecer perfiles diferenciales para la aparición de síntomas (dimensión) y de trastornos ansiosos (categoría), así como de determinar la interrelación que puede existir entre los distintos factores de riesgo y cuáles de ellos o con qué intensidad tienen que estar presentes para que aparezca el trastorno de ansiedad [17]. Que la clínica se manifieste como síntomas poco específicos o como trastorno, específico y característico, no parece depender de la intervención aislada de alguno de estos factores. Debería pensarse si este hecho orienta hacia un modelo dimensional de la ansiedad en la que los trastornos específicos correspondieran a extremos de dicha dimensión. Por otra parte, el perfil de los factores de riesgo para la ansiedad es prácticamente superponible al que define la aparición de los cuadros depresivos de los ancianos.

La comunalidad del perfil de factores de riesgo, la baja estabilidad diagnóstica de los trastornos ansiosos en los mayores (que se observa en los estudios longitudinales) y la altísima comorbilidad con depresión obligan a reflexionar sobre las bases conceptuales de ciertos trastornos mentales en la población anciana. En la clínica diaria, los pacientes a lo largo de su vida modifican su expresión clínica y cumplen criterios de uno u otro trastorno de ansiedad. En esta variabilidad sintomatológica se incluyen cuadros depresivos, que en ocasiones coexisten con el de ansiedad y, en otras, lo sustituye. De hecho, la presencia de comorbilidad ansiedad-depresión en el anciano es aún más alta que en poblaciones jóvenes, alrededor del 40% [18].

Esta reflexión no es novedosa [19]. En 1992, Golberg y Huxley [20] planteaban una perspectiva dimensional común para los trastornos ansiosos y depresivos. Clark y Watson elaboraron un modelo tridimensional de afectos (positivo, negativo y de hiperactividad fisiológica) en los que ansiedad y depresión compartirían una mayor afectividad negativa, línea similar a la seguida posteriormente por Cook et al [21]. Kendler [22] afirma que ansiedad y depresión comparten bases genéticas y que las variables ambientales son las que determinarán el grupo de síntomas que predominarán en la clínica. Ansiedad y depresión serían concebidas como una entidad única y las diferencias en la expresión clínica no constituirían sino un reflejo de diferencias cuantitativas.

Tyrer et al [23] sugirieron la existencia de un síndrome neurótico general. Sin restar importancia a las aportaciones de las nosologías actuales como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM), la ausencia y el rechazo a todo planteamiento patogénico ha conducido a cierto empobrecimiento de la semiología. Desde su perspectiva, la alta comunalidad de factores de riesgo, la comorbilidad y la baja estabilidad diagnóstica pueden explicarse como clínica de un síndrome neurótico general cuyo núcleo estaría constituido por la presencia de cotimia (ansiedad y depresión) y por rasgos de personalidad (inhibición y dependencia), estrechamente vinculados con los trastornos de personalidad del *cluster C* (ansiosos y temerosos). Para estos autores, cotimia y personalidad compartirían etiología, posiblemente genética.

Abordaje terapéutico de los trastornos de ansiedad

Sin duda, el problema más grave que se presenta es la alta frecuencia con la que estos cuadros pasan desapercibidos, son mal diagnosticados y, en consecuencia, no tratados. Debe recordarse que la clínica ansiosa se vincula con discapacidad funcional, deterioro en funciones cognitivas, mala salud percibida y peor calidad de vida [24], que aún obliga más a la intervención sanitaria. Previa a la misma, la recomendación de una adecuada valoración psicopatológica, somática y funcional es obligada. La posibili-

dad de que el cuadro esté producido por una patología somática, la presencia de patología intercurrente, el hecho de la polimedicación y la accesibilidad a los recursos sanitarios condicionarán el plan terapéutico que se diseñe para el individuo.

En comparación con la profusión de estudios, publicaciones, guías y protocolos sobre el tratamiento de la depresión del anciano, hay escasez de éstos cuando se trata de la pauta que se debe seguir en los cuadros ansiosos. La mayoría de las recomendaciones que se emplean no son sino inferencias hechas desde las evidencias que existen para el tratamiento de estos problemas en poblaciones adultas de la vida y son válidas siempre que se adapten y ajusten a las características del paciente anciano.

Psicofármacos

Pocos estudios han evaluado el uso específico en ancianos de los diferentes fármacos propuestos para el tratamiento de los cuadros ansiosos. Para elegir la medicación más adecuada deben tenerse en cuenta los efectos de la edad en la farmacocinética y farmacodinamia, las interacciones medicamentosas con otros medicamentos que pudieran tomar y considerar, en todo momento, la seguridad, la tolerabilidad y la adherencia de la medicación que se va a prescribir.

Benzodiacepinas

Las benzodiacepinas están consideradas como fármacos seguros y eficaces en el tratamiento de la ansiedad del adulto y se emplean, de forma habitual, en la ansiedad del anciano. Se indican en asociación con otros recursos psicofarmacológicos (como los antidepresivos) o como único fármaco, lo que es una pauta de tratamiento poco recomendable [25]. Algunos autores [26] han encontrado que las benzodiacepinas se emplean en el 70% de los pacientes con ansiedad y en todos los grupos de edades pero, a medida que aumenta el rango de edad, la proporción de pacientes que sólo reciben tratamiento con benzodiacepinas se incrementa.

Aunque son fármacos relativamente seguros, las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas de las poblaciones de mayores explican la mayor presencia de efectos indeseables. Es más frecuente la aparición de una excesiva sedación o de cuadros confusionales, los problemas en el

rendimiento cognitivo, deterioro de la memoria y la mayor afectación psicomotora que se traduce en posibilidad de caídas y el consiguiente riesgo de fracturas [27], efectos que deben tenerse en consideración cuando se prescriben estos fármacos a los mayores y que dificulta especialmente su manejo en algunas condiciones como la presencia previa de deterioro cognitivo y la posibilidad de respuestas paradójicas.

Las prescripciones de benzodiacepinas tienden a mantenerse en el tiempo y se prolongan durante años. Estudios de seguimiento a seis [28] y a nueve años [29] han mostrado que alrededor de la mitad de pacientes ancianos a los que se les prescribió continúa tomándolas. Este hecho se relaciona con el alto riesgo presentado por esta población para desarrollar dependencia a estas sustancias, por lo que hay que estar especialmente atentos y detectarla en los estadios más iniciales. En este sentido, Voyer et al [30] señalan que la clínica de la dependencia a estas sustancias y en estas edades tiene características específicas que deben conocerse, ya que si no es imposible realizar una adecuada detección precoz éstas. Señalan seis indicadores: el autorreconocimiento como consumidor, la justificación de su empleo por la presencia de múltiples estresores, el uso de benzodiacepinas como estrategia de afrontamiento ante la presencia de estresores, la posesión de dosis de reservas, la minimización de los riesgos asociados a ellas y los intentos y fracasos para reducir o suspender su consumo.

Si se emplean benzodiacepinas, ciertas precauciones las harán más seguras y mejor toleradas [31]. Las consideraciones farmacocinéticas orientan hacia benzodiacepinas de vida media corta, como oxacepam y loracepam, se evitan las de vida media larga por el peligro de acumulación y se vigila con las ultracortas y potentes. La dosis empleada debe ser la mínima eficaz, pero hay que considerar que el tratamiento con dosis muy bajas, con escasa eficacia, puede cronificar los cuadros. Hay que mantenerlas el tiempo mínimo y sólo el preciso. Debe recordarse que el empleo de benzodiacepinas para tratar los trastornos de ansiedad del anciano sólo debe ser un elemento más de un programa terapéutico complejo y que requiere un control de seguridad mantenido con una limitación en el tiempo de prescripción. Algunos autores [32] han encontrado que aproximadamente un tercio de los ancianos consumidores crónicos de benzodiace-

pinas no presentaba psicopatología y su uso no estaba, pues, indicado.

Antidepresivos

Los antidepresivos, especialmente los de nueva generación, constituyen la primera línea en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. A su eficacia sobre el trastorno de ansiedad se le añade su capacidad para reducir los síntomas depresivos que, con frecuencia, aparecen asociados en la clínica.

Aunque pocos estudios se han realizado para evaluar específicamente la eficacia y seguridad de los antidepresivos en los trastornos ansiosos de los ancianos, han podido demostrarlas muchos de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN) como, por ejemplo, el citalopram, tanto a corto plazo (ocho semanas) como a medio plazo (32 semanas) [4,33] la sertralina [34], la fluvoxamina [35] y la venlafaxina [36]. El escitalopram, la paroxetina y la trazodona han demostrado su eficacia en estos cuadros, aunque la mayoría de los estudios se ha realizado con pacientes en edades medias [31]. No obstante, es recomendable tomar ciertas precauciones cuando se empleen antidepresivos que son potentes inhibidores del citocromo P450 (fluoxetina, fluvoxamina y paroxetina), nefazodona, tricíclicos o inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO). En la mayoría de las ocasiones se pueden lograr respuestas eficaces con dosis bajas.

A pesar de las evidencias, con frecuencia los pacientes no reciben el tratamiento recomendado. Si bien se ha observado un incremento de las prescripciones de esta familia farmacológica en los últimos años para estas indicaciones, sólo se ha indicado este tratamiento al 35% de los pacientes ancianos que están diagnosticados de un trastorno de ansiedad [29].

Antipsicóticos

En principio, no se recomienda la utilización de fármacos antipsicóticos en trastornos ansiosos no complicados, aunque se ha empleado, de forma eficaz y segura, en casos específicos de trastornos de ansiedad que se han mostrado refractarios al tratamiento convencional o en los cuadros ansiosos que aparecen en trastornos orgánicos cerebrales como las demencias. En caso de tener que indicarlos, los de segunda generación como

risperidona, quetiapina y olanzapina son los más empleados [37]. Se debe prestar atención a las interacciones medicamentosas, por ejemplo, con fármacos que inhiben el citocromo P450.

Pregabalina

Recientemente se ha señalado la indicación, eficacia y seguridad de la gabapentina y, sobre todo, de la pregabalina en los cuadros de ansiedad [38]. Esta última sustancia tiene reconocida su indicación en estos trastornos y ha demostrado su eficacia tanto en los síntomas psíquicos como somáticos de ansiedad. Su inicio de respuesta aparece entre la primera y segunda semanas, antes de lo que se observa con los fármacos antidepresivos. Es eficaz en los trastornos de ansiedad generalizada en pacientes mayores de 65 años [39]. En dosis de 150-600 mg parece bien tolerada y segura, con efectos secundarios escasos y autolimitados, aunque se ha comunicado algún caso de alteración cardíaca. Su ventaja principal es la ausencia de los efectos secundarios de las benzodiacepinas, el escaso impacto sobre funciones cognitivas y su bajo riesgo de abuso y dependencia.

Otros recursos terapéuticos

La buspirona, con su perfil seguro de efectos secundarios, su escasa capacidad para producir sedación y el bajo riesgo de abuso, parecía desempeñar un papel importante en los trastornos de ansiedad del anciano, pero la experiencia clínica ha limitado considerablemente su utilización. La presencia de un período de latencia alto, aproximadamente de dos semanas, no la hacen recomendable en el tratamiento de ansiedad aguda. Por otra parte, la escasa eficacia mostrada en pacientes concretos y la aparición en algunos casos de un efecto paradójico de intranquilidad al inicio del tratamiento, han restringido su empleo.

Los betabloqueadores, en concreto propranolol en dosis de 20-60 mg/día, se han utilizado en el tratamiento de los síntomas (principalmente somáticos) de la ansiedad del adulto. Sin embargo, su empleo en ancianos está comprometido por la necesidad de monitorizar los efectos secundarios cardíacos que induce (bradicardia e hipotensión) y por su contraindicación en pacientes que presentan enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca o diabetes.

Los antihistamínicos, aunque no son fármacos de primera elección, han sido empleados por

sus propiedades sedativas en ansiedad de ancianos en los que hay que cuidar especialmente la depresión del centro respiratorio. Exigen un control de sus efectos secundarios como palpitaciones, hipotensión o dificultades cognitivas.

Tratamientos psicológicos

En general, las investigaciones sobre eficacia de la psicoterapia en mayores han recibido poca atención. Sin embargo, son un recurso de primer orden que puede complementar al tratamiento psicofarmacológico o incluso sustituirlo en aquellos casos en los que no sea posible emplear fármacos o que el paciente se muestre reacio a tratarse.

Ayers et al [40] revisaron, desde una metodología de medicina basada en la evidencia, los estudios e investigaciones publicados sobre la eficacia de tratamientos psicológicos en los cuadros ansiosos del paciente mayor. Aunque localizaron 77 estudios, muchos de ellos quedaron excluidos por no cumplir las condiciones metodológicas requeridas. En este análisis, las terapias cognitivo-conductuales, el entrenamiento en relajación, la terapia cognitiva y la de apoyo tenían bases para confirmar su eficacia.

Las terapias cognitivo-conductuales han sido ampliamente empleadas [41]. Sus protocolos suelen incluir psicoeducación, autorregistros, entrenamiento en relajación, exposición a pensamientos y situaciones con desensibilización sistemática y reestructuración cognitiva. En ocasiones se han empleado otras técnicas como el entrenamiento en la resolución de problemas, la historia vital o incluso técnicas orientadas a facilitar la adherencia al tratamiento farmacológico con llamadas de teléfono recordatorias, terapias asertivas o terapia de apoyo, que incluye la reflexión comprensiva y la validación de sentimientos, y el entrenamiento en relajación también son dos técnicas de interés en el tratamiento de estos pacientes.

Las terapias cognitivo-conductuales no sólo se han mostrado claramente eficaces en la ansiedad, sino que también ejercen un efecto beneficioso sobre los síntomas depresivos que acompañan con frecuencia a estos cuadros. El entrenamiento en relajación ha mostrado su eficacia, sobre todo cuando se mantiene la práctica en el tiempo.

Ayers et al [40] concluyen que hay evidencias de la eficacia de estos protocolos cuando se apli-

can a ancianos, si bien esta evidencia no es tan robusta como en poblaciones más jóvenes. Señalan con Mohlman [42] que posiblemente sea debido a que las terapias se han diseñado para adultos, lo que dificulta su aplicación en los ancianos y puede que no sean las más adecuadas para el intervalo de síntomas y problemas que experimentan los mayores. Su eficacia también puede estar limitada por el hecho de emplearlas, en la mayoría de los estudios, en formato de grupo.

La mayor potencia de la evidencia se obtiene para el trastorno de ansiedad generalizada y es menor cuando se trata de síntomas ansiosos. Aunque hay algunas publicaciones de casos aislados, puntuales o no específicos, no existe evidencia de su eficacia para otras categorías de trastornos de ansiedad como las fobias, el trastorno obsesivo-compulsivo o el trastorno por estrés postraumático.

Hay pocos estudios de seguimiento a largo plazo, ya que la mayoría de las investigaciones se ha centrado en valorar la eficacia inmediata. Algunas publicaciones han recogido la eficacia de la terapia cognitivo-conductual y de relajación a medio plazo (6-12 meses) con resultados positivos [43,44].

Así pues, y aunque asistimos a un aumento progresivo de las terapias aplicadas a ancianos en general, y con problemas de ansiedad en particular, disponemos de datos escasos que nos permitan afirmar para qué tipo de ancianos es más eficaz cada orientación terapéutica o que demuestren la eficacia comparada de cada una de ellas. Igualmente, existen escasos estudios que analicen la influencia que sobre la eficacia de las distintas modalidades psicoterapéuticas ejercen variables moduladoras tales como la edad, el género, la motivación o los efectos de la mediación, así como variables clínicas tales como la comorbilidad o los años de evolución de la sintomatología ansiosa [45].

Conclusiones

Los trastornos ansiosos del anciano constituyen un reto conceptual, asistencial y terapéutico que no ha recibido, hasta el momento actual, la atención que requiere. Aunque algunos aspectos específicos de la enfermedad y del tratamiento de esta patología son aún escasamente conocidos,

los recursos terapéuticos de los que disponemos, farmacológicos y psicoterapéuticos, permiten abordarlos de forma eficaz y segura, y esto redundará en una mejor calidad de vida del paciente y de su entorno.

Bibliografía

1. Lindsay J. Trastornos neuróticos. In Jacoby R, Oppenheimer C, eds. *Psiquiatría en el anciano*. Barcelona: Masson; 2005. p. 623-45.
2. Beekman ATE, Bremmer MA, Deeg DJH, Van Balkom AM, Smit JH, De Beurs E, et al. Anxiety disorders in late life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 717-26.
3. Kessler RC, Wang PS. The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the United States. *Annu Rev Public Health* 2008; 29: 115-29.
4. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK. Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late life anxiety disorders: results from an eight-week placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 146-50.
5. LeRoux H, Gatz M, Wetherell JL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 23-30.
6. Franco M. Posttraumatic stress disorder in older women. *J Women Aging* 2007; 19: 103.
7. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 359-64.
8. Lindsay J. Phobic disorders in the elderly. *Br J Psychiatry* 1991; 159: 531-41.
9. Larkin BA, Copeland JRM, Dewey ME, Davidson IA, Saunders PA, Sharma VK, et al. The natural history of neurotic disorders in an urban population. *Br J Psychiatry* 1992; 160: 681-6.
10. Schoevers RA, Deeg DJH, Van Tilburg W, Beekman ATE. Depression and generalized anxiety disorder. Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 31-9.
11. Copeland JRM, Dewey ME, Word N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community: prevalence in Liverpool using the GMS-Agecat package. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 815-23.
12. Heum R, Hein S. Risk factors of major depression in the elderly. *Eur Psychiatry* 2005; 20: 199-204.
13. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord* 2008; 106: 29-44.

14. Brenes GA, Guralnik JM, Williamson J, Fried LP, Peninx WJH. Correlates of anxiety symptoms in physically disabled older women. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 15-22.
15. De Beurs, Beekman AT, Geerlings S, Deeg D, Van Dyck R, Van Tilburg W. On becoming depressed or anxious in late life. Similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 426-31.
16. Forsell Y, Winblad B. Feelings of anxiety and associated variables in a very elderly population. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13: 454-8.
17. Reynolds CF, Drew MA, Lenze EJ. Preventing depression in medical illness: a new lead? *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 884-5.
18. Beekman ATF, De Beurs E, Van Balkom AM, Deeg DH, Van Dyck R, Van Tilburg W. Anxiety and depression in later-life: co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 89-95.
19. Franco MD, Antequera R. Neurosis en el anciano. In Roca M, ed. *Trastornos neuróticos*. Barcelona: Psiquiatría Editores; 2002. p. 747-66.
20. Golberg DP, Huxley P. *Common mental disorders: a bio-social model*. London: Routledge; 1992.
21. Cook JM, Orvaschel H, Simco E, Hersen M, Joiner T. A test of the tripartite model of depression and anxiety in older adult psychiatric patients. *Psychol Aging* 2004; 19: 444-51.
22. Kendler KS. Major depression and generalised anxiety disorders same gene (partly) different environments—revisited. *Br J Psychiatry* 1996; 168: 68-75.
23. Tyrer P, Seivewright H, Johnson T. The core elements of neurosis: mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *J Personal Disord* 2003; 17: 129-38.
24. Mantella RC, Butters MA, Dew MA, Mulsant BH, Begley AE, Treacey B, et al. Cognitive impairment in late-life generalized anxiety disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 673-9.
25. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, et al. British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2005; 19: 567-96.
26. Uchida H, Suzuki T, Mamo DC, Mulsant BH, Kikuchi T, Takeuchi H, et al. Benzodiazepine and antidepressant use in elderly patients with anxiety disorders: a survey of 796 outpatients in Japan. *J Anxiety Disord* 2008; Oct 15 [Epub ahead of print].
27. Madhusoodanan S, Bogunovic OJ. Safety of benzodiazepines in the geriatric population. *Expert Opin Drug Saf* 2004; 3: 485-93.
28. Schuurmans J, Comijs HC, Beekman AT, De Beurs E, Deeg DJ, Emmelkamp PM, et al. The outcome of anxiety disorders in older people at 6-year follow-up: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 401-2.
29. Benítez CI, Smith K, Vasile RG, Rende R, Edelen MO, Keller MB. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 5-13.
30. Voyer P, McCubbin M, Cohen D, Lauzon S, Collin J, Boivin C. Unconventional indicators of drug dependence among elderly long-term users of benzodiazepines. *Issues Ment Health Nurs* 2004; 25: 603-28.
31. Flint AJ. Generalised anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging* 2005; 22: 101-14.
32. Voyer P, Cappeliez P, Pérodeau G, Prévile M. Mental health for older adults and benzodiazepine use. *J Commun Health Nurs* 2005; 22: 213-29.
33. Blank S, Lenze EJ, Mulsant BH, Dew MA, Karp JE, Shear MK, et al. Outcomes of late-life anxiety disorders during 32 weeks of citalopram treatment. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 468-72.
34. Schuurmans J, Comijs H, Emmelkamp PM, Gundy CM, Weijnen I, Van den Hout M, et al. A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 255-63.
35. Wylie ME, Miller MD, Shear MK, Little JT, Mulsant BH, Pollock BG, et al. Fluvoxamine pharmacotherapy of anxiety disorders in later life: preliminary open-trial data. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13: 43-8.
36. Pollack M, Mangano R, Entsuah R, Tzani E, Simon NM, Zhang Y. A randomized controlled trial of venlafaxine ER and paroxetine in the treatment of outpatients with panic disorder. *Psychopharmacology (Berl)* 2007; 194: 233-42.
37. Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP. Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(Suppl 2): 5-99.
38. Bandelow B, Wedekind D, Leon T. Pregabalin for the treatment of generalized anxiety disorder: a novel pharmacologic intervention. *Expert Rev Neurother* 2007; 7: 769-81.
39. Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldin-erri F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 389-94.
40. Ayers CR, Sorell JT, Thorp SR, Wetherell JL. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychol Aging* 2007; 22: 8-17.

41. Hendriks GJ, Oude Voshaar RC, Keijsers GP, Hoogduin CA, Van Balkom AJ. Cognitive-behavioural therapy for late-life anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2008; 117: 403-11.
42. Mohlman J. Psychosocial treatment of late-life generalized anxiety disorder: current status and future directions disorder. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 149-69.
43. De Berry, Davis S, Reinhard KE. A comparison of meditation-relaxation and cognitive/behavioral techniques for reducing anxiety and depression in a geriatric population. *J Geriatr Psychiatry* 1989; 22: 231-47.
44. Mohlman J, Gorenstein EE, Kleber M, DeJesus M, Gorman JM, Papp LA. Standard and enhanced cognitive-behavioral therapy for late life generalized anxiety disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 22-32 .
45. Antequera R, Franco MD. La psicoterapia en los mayores. Más allá de los prejuicios. *Informaciones Psiquiátricas* 2008; 192: 111-9.