

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

*Manuel Antón Jiménez
Noemí Gálvez Sánchez
Raquel Esteban Sáiz*

Introducción

La depresión es el trastorno afectivo más frecuente en el anciano y una de las principales consultas médicas, aun cuando su presencia puede pasar desapercibida (1); el ánimo triste no forma parte del envejecimiento normal y no es un acompañamiento natural e inevitable del declive de la actitud social. La depresión disminuye de forma sustancial la calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad. Parece claro que un deterioro en la salud abogue hacia un ánimo deprimido, pero no se admite tanto que los síntomas depresivos complican el tratamiento de las enfermedades físicas y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades. Por todo esto, el diagnóstico y el tratamiento de la depresión es de vital importancia en el anciano.

Definición y concepto

Las definiciones más aceptadas hoy en día son las descritas por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10): episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y distimia; y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV): episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor episodio único y recidivante, trastorno distímico y trastorno no especificado. Tanto en la CIE-10 como en el DSM-IV existe otro grupo de trastornos depresivos incluidos en los llamados trastornos adaptativos que pueden presentarse con sintomatología depresiva, bien pura o bien mezclada con alteraciones de ansiedad, de la conducta o de las emociones.

Es interesante matizar que en ninguna clasificación existen subtipos específicos por la edad.

La llamada depresión vascular es un tema controvertido; aparece por lesiones vasculares cerebrales. Su clínica de presentación puede ser diferente, con un enlentecimiento en las funciones motoras y una disminución de interés por las actividades, alteración de la fluencia verbal, menor capacidad ejecutiva con alteración en la capacidad de iniciación, no se suele asociar a síntomas psicóticos, tiene menor agregación familiar y más anhedonia y un mayor grado de alteración funcional comparada con la depresión no vascular.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos realizados dan cifras muy dispares y además parece existir una «falsa» baja prevalencia en ancianos debido en parte a problemas metodológicos como, por ejemplo, a que los ancianos expresan síntomas psiquiátricos en términos somáticos con mayor frecuencia y tienen mayor reticencia a reconocer síntomas psiquiátricos. Además, el uso de categorías diagnósticas inadecuadas en el anciano dificulta el diagnóstico correcto en este tipo de población. Del mismo modo, la presentación atípica de la enfermedad y la comorbilidad dificultan aún más la afinación diagnóstica. El estudio EURODEP (con participación de nueve países europeos, entre los que se encuentra España) abarca un rango de prevalencia muy dispar, que se establece entre un 8,8% y un 23,6%.

Hay estudios que indican una alta prevalencia en determinados subgrupos de población geriátrica: los hospitalizados (11%-45%), institucionalizados (30%-75%), los enfermos tratados ambulatoriamente tras el alta hospitalaria, los pacientes discapacitados y los procedentes de estratos socioeconómico desfavorecidos.

La depresión en geriatría, a diferencia del adulto, muestra menor grado de asociación con el sexo femenino, invirtiéndose incluso la proporción en los muy ancianos, encontrándose también mayor asociación con estado civil de divorcio o separación conyugal, nivel socioeconómico bajo, escaso apoyo social, presencia de acontecimientos vitales recientes adversos e inesperados y problemas de salud que dan lugar a incapacidad (patologías neuronales, endocrinas, respiratoria, cardíaca, tumoral, etc.).

Formas clínicas de la depresión en el anciano

La depresión es probablemente el ejemplo de presentación inespecífica y atípica de enfermedad en la población geriátrica. Los síntomas y signos pueden resultar de una variedad de enfermedades físicas tratables, y, de este modo, frecuentemente la depresión y las enfermedades físicas coexisten y se exacerban

en estos pacientes. Muchos síntomas físicos pueden ser causa de una depresión: fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor torácico, dolor abdominal, estreñimiento, dolor músculo-esquelético difuso, cefalea, parestesias..., por lo que el examen ha de ser cauteloso en ambos sentidos. Los síntomas, como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica por el paciente anciano. La principal causa de pérdida de peso en la vejez es la depresión (se ha asociado a pérdida de masa ósea y es un factor de riesgo para un pobre estado de salud).

Por otra parte, la depresión se asocia a una alteración funcional debido quizás a una alteración emocional, a un declive en la función cognitiva y física. Afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión, sin olvidar que no es inevitable el declive funcional en el curso de esta patología y su reversibilidad, al menos en parte.

Se pueden resaltar algunas características especiales de la depresión en el anciano:

- Acentuación patológica de los rasgos premórbidos.
- Escasa expresividad de la tristeza.
- Tendencia al retraimiento y aislamiento.
- Dificultad para reconocer los síntomas depresivos.
- Deterioro cognitivo frecuentemente asociado.
- Expresión en formas de quejas somáticas.
- Mayor frecuencia de síntomas psicóticos. Delirio.
- Posibles trastornos de conducta. Irritabilidad.
- Presencia de comorbilidad. Pluripatología.
- Enfermedad cerebrovascular frecuente.
- Presencia de polifarmacia.

La privación neurosensorial frecuente en la senectud puede predisponer a la depresión.

Se describe un gran listado farmacológico causante de síntomas y signos depresivos, mostrándose algunos en la tabla 1.

Muchas son también las enfermedades asociadas a la depresión, se muestran algunas en la tabla 2.

Mención especial requieren la demencia asociada a enfermedad de Alzheimer y la denominada depresión vascular.

La depresión vascular, asociada a accidentes isquémicos cerebrales, requiere inexcusablemente para su diagnóstico el evidenciar clínicamente enfermedad

Tabla 1: Fármacos asociados con depresión

- | | |
|--------------------|------------------------------|
| — Digoxina. | — Carbamacepina. |
| — Tiacidas. | — Fenitoína. |
| — Propanolol. | — Penicilina G y Ampicilina. |
| — Amantadina. | — Antituberculostáticos. |
| — Bromocriptina. | — Sulfamidas. |
| — Levodopa. | — Metoclopramida. |
| — Haloperidol. | — Hormonas anabolizantes. |
| — Benzodiazepinas. | — Ranitidina. |
| — Barbitúricos. | — Antineoplásicos. |

Tabla 2: Enfermedades asociadas a la depresión

- | | |
|---------------------------|--|
| — Deshidratación. | — Insuficiencia cardíaca. |
| — Hipo e hipernatremia. | — Infarto de miocardio. |
| — Hipo e hiperglucemia. | — Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. |
| — Hipo e hipercalcemia. | — Colon irritable. |
| — Hipo e hipertiroidismo. | — Artritis degenerativa. |
| — Diabetes mellitus. | — Incontinencia urinaria. |
| — Enfermedad de Addison. | — Enfermedad de Paget. |
| — Déficits vitamínicos. | — Demencia. |
| — Tumores. | — Infartos cerebrales. |
| — Infecciones. | — Enfermedad de Parkinson. |

vascular o factores de riesgo cardiovascular, detectar lesiones isquémicas por neuroimagen, el inicio de la depresión en una edad tardía o presentar concomitantemente (o con clara relación causa-efecto) un agravamiento de un trastorno depresivo ya diagnosticado. La presentación clínica puede ser diferente: enlentecimiento psicomotor, ideación depresiva, baja conciencia de enfermedad, ausencia de historia familiar de trastornos depresivos, minusvalía física, asociación con deterioro cognitivo (disminución de la fluencia verbal, alteración en la nominación, menor iniciativa y perseveración), disminución de interés por las actividades, mayor anhedonia, riesgo aumentado de desarrollar síndrome confusional agudo. La comorbilidad más alta la presentan los infartos corticales y lacunares, siendo más baja en la enfermedad de Binswanger. Este concepto de depresión vascular, pese a lo anteriormente indicado, presenta actualmente marcada controversia, con estudios a favor y en contra, tanto en cuanto a su etiología como a su nosología.

Los pacientes con demencia desarrollan depresión en mayor frecuencia que la población general, y a su vez los síntomas depresivos son muy frecuentes entre los pacientes con demencia. Secundariamente a un deterioro subjetivo de memoria, los estigmas depresivos, provocados por la propia conciencia de enfermedad, pueden aparecer inicialmente como la única clínica destacable. Por otra parte, está bien demostrado que la depresión es un factor de riesgo para padecer enfermedad de Alzheimer a los cinco años. Se puede caracterizar por los siguientes síntomas: ánimo deprimido, anhedonia, aislamiento social, disminución del apetito, insomnio, alteración psicomotora, fatiga o falta de energía, sentimiento de inutilidad y pueden estar presentes ideas de suicidio. La frecuencia de la depresión aumenta en relación a la severidad de la demencia hasta un estadio GDS 4, comenzando entonces a disminuir en la progresión de la enfermedad. Es importante destacar, asimismo, que la depresión complica el curso de la demencia por aumentar la incapacidad, la agresividad, el estrés y depresión del cuidador. En pacientes con demencia, la depresión no tratada determina un aumento de la mortalidad de la enferme-

dad, lo que adquiere vital importancia, dado que en la práctica clínica habitual existe una gran dificultad para su detección en este tipo de pacientes (por la pérdida de facultades, por la confusión ante la similitud de síntomas afectivos y cognitivos o por la propia presentación larvada). A pesar de esto, algunos signos nos podrían ayudar a detectar la depresión en pacientes con demencia, como se muestran en la tabla 3.

El suicidio se encuentra entre las diez primeras causas de muerte en los países desarrollados, incrementándose con la edad, sobre todo a partir de los 65 años, duplicándose la tasa de suicidio en este grupo de edad. Es característico que la tasa de suicidios es mayor en el varón que en la mujer, teniendo esta última mayor tasa de intentos autolíticos, lo que no parece cumplirse con tanta claridad en el varón. El anciano depresivo con ideas suicidas es menos predecible y, por lo tanto, más difícil de prevenir. Los métodos violentos de suicidio son los más frecuentes en la senectud. Son factores de riesgo de suicidio identificados en el anciano:

- Síntomas depresivos: altos niveles de desesperanza.
- Déficit visual.
- Peor autopercepción de su estado de salud.
- Mala calidad de sueño.
- Limitación funcional.
- Soledad y carencia de apoyo social.
- Sexo varón, raza blanca. Viudedad.
- Enfermedades neurológicas incapacitantes.
- Enfermedades oncológicas.
- Intentos de suicidios previos.

Diagnóstico

Los criterios diagnósticos son idénticos para todos los grupos de edad y, como hemos visto en el anciano, podemos encontrar singularidades en la presentación con respecto a los jóvenes. La historia clínica acerca de síntomas depresivos o el uso de escalas pueden ser de utilidad para el diagnóstico de depresión en el anciano; sin embargo, los síntomas somáticos recogidos en la anamnesis pueden ser menos útiles, dada la

Tabla 3: Signos para detectar depresión en pacientes con demencia

- | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| — Apariencia triste. | — Baja reactividad ambiental. |
| — Agitación diurna. | — Ansiedad afectiva (llanto...). |
| — Lentitud del lenguaje. | — Demanda excesiva de atención. |
| — Retraso psicomotor. | — Autoagresiones. |
| — Pérdida de apetito. | — Gritos con contenido depresivo. |
| — Despertar temprano. | |
| — Variación diurna del humor. | |

alta prevalencia de síntomas físicos y enfermedades médicas asociadas en este grupo de pacientes. Síntomas inespecíficos pueden sugerir depresión. Fármacos usados en patologías médicas pueden considerarse causas potenciales de los síntomas y signos de la depresión. Por todo ello, es fundamental hacer una buena historia clínica que incluya síntomas (síntomatología actual y factores desencadenantes), antecedentes (familiares y personales, respuesta a tratamientos previos) y consumo de sustancias; exploración física; exploración psicopatológica (alteraciones del humor y estado afectivo, alteraciones de la conducta, apariencia y motricidad, alteraciones de la percepción y del pensamiento, autoestima y culpa e ideación autolítica); exploración cognitiva; pruebas complementarias (hemograma, analítica de orina, iones, urea, glucosa, creatinina, transaminasas, hormonas tiroideas, vitamina B₁₂ y ácido fólico) y pruebas psicométricas.

Existen numerosas escalas para la valoración de síntomas depresivos, pero muchas de ellas no han sido específicamente diseñadas para el anciano. Entre las más utilizadas, se pueden citar: Escala de Hamilton para la Depresión, Escala Autoaplicada de Zung, Escala de Depresión de Montgomeri-Asberg y la Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (2). En ancianos con demencia es destacable la escala de Cornell, diseñada específicamente para depresión en demencia.

El diagnóstico diferencial entre depresión y demencia puede ser difícil dado que estas dos patologías se solapan, y bien una puede ser el síntoma inicial, aparecer durante su curso o bien ser el punto final de

forma bilateral. En la tabla 4 se indican algunos rasgos para hacer el diagnóstico diferencial de ambas patologías.

Tratamiento

Según lo referido anteriormente, parece reiterativo incidir en la importancia que puede tener tratar la depresión en el anciano. Todos los antidepresivos han demostrado ser efectivos para la depresión mayor, con las limitaciones que nos encontramos durante todo el tema de la escasez de trabajos existentes realizados específicamente sobre el paciente geriátrico. No cabe duda que hay que tratar los síntomas que provoquen disfuncionalidad en el paciente o que interfieran en la recuperación de otras patologías. Es preciso, además de aumentar la sensibilidad diagnóstica, afrontar esta enfermedad utilizando tratamientos adecuados, pues a menudo la depresión en el anciano está infratratada e infradiagnosticada. La elección del tratamiento (3) puede depender de múltiples factores como la causa de la depresión, la severidad de los síntomas prioritarios o las contraindicaciones para un tratamiento específico. Los fármacos antidepresivos resuelven episodios agudos, previenen recaídas y aumentan la calidad de vida. Estos fármacos han demostrado su eficacia, aunque en menor medida, en pacientes con hiperdensidades subcorticales (depresión vascular), así como en la depresión asociada a demencia. El objetivo del tratamiento antidepresivo debe buscar no sólo la respuesta al fármaco, sino también la remisión completa de los síntomas.

Tabla 4: Diagnóstico diferencial entre demencia y depresión

	Depresión	Demencia
HISTORIA Y CURSO EVOLUTIVO	1. Inicio bien definido. 2. Evolución rápida y corta (semanas). 3. Antecedentes previos de depresión o acontecimientos adversos.	1. Inicio insidioso. 2. Evolución lenta y larga (años). 3. No antecedentes previos.
CUADRO CLÍNICO	4. Quejas detalladas y elaboradas de deterioro cognitivo. 5. Poco esfuerzo en responder. 6. Síntomas afectivos presentes. 7. Incongruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.	4. Quejas escasa. No conciencia de enfermedad. 5. Se esfuerza para responder. 6. Afecto plano, apatía. 7. Congruencia entre el comportamiento y el déficit cognitivo.
EXPLORACIÓN	8. Mejoría vespertina. 9. Respuestas displicentes antes de iniciar las pruebas. 10. Patrón de déficit incongruente. 11. Lagunas de memoria específicas, por ejemplo, puntos «sensibles»	8. Empeoramiento vespertino y nocturno. 9. Respuesta intentando disimular el déficit. 10. Patrón de déficit congruente. 11. No hay lagunas específicas.

Los Inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) son los fármacos de primera elección en el tratamiento de la depresión en el anciano, dada su menor cardiotoxicidad, mayor seguridad en la sobredosis y menor toxicidad cognitiva. Todos los ISRS son de metabolización hepática y excretados por el riñón. Los principales efectos adversos incluyen: síntomas gastrointestinales, agitación, disminución de peso, disfunción sexual, efectos parkinsonianos. Pueden asociarse a hiponatremia y se han involucrado como causa etiológica de síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética. Los ISRS aprobados en la práctica clínica son: fluvoxamina, fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y escitalopram. Todos requieren una única dosis diaria, excepto la fluvoxamina.

Los antidepresivos tricíclicos han abandonado su papel de primera elección en favor de los ISRS, por su marcado cortejo de efectos secundarios, principalmente anticolinérgicos y cardiovasculares, así como toxicidad cognitiva. La nortriptilina requiere un dosis cada doce horas.

La mirtazapina es un antidepresivo dual con acción sobre el sistema noradrenérgico y serotoninérgico. Requiere una única dosis diaria principalmente nocturna debido a su efecto hipnótico. También puede apoyarnos su uso su efecto antianorexígeno, aunque para paliar este hecho (y si no existen contraindicaciones) podría ser útil la fluoxetina. Tiene un buen perfil de seguridad y tolerabilidad. Debería ser usada con precaución en pacientes hipertensos.

La venlafaxina en su forma retard (inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina) requiere una única dosis diaria. Tiene una importante actividad antidepresiva y con dosis altas podría ser causa de aumento de la tensión sistólica y puede ser útil cuando existen patologías álgicas de base. No tiene toxicidad cognitiva, con lo que puede ser administrada también cuando coexiste con una demencia.

Cuando se inicia un tratamiento antidepresivo en el anciano, hay que tener en cuenta que los periodos de latencia para el inicio de su acción terapéutica pueden ser más largos que en el paciente joven, por lo que es importante mantenerlo durante seis semanas antes de realizar un cambio en la medicación. Según la mayoría de los consensos, debería mantenerse el tratamiento hasta 18 meses después de desaparecer la sintomatología en un primer episodio y mantenerlo de por vida si existiese recaída.

El anciano que no responde a medicación antidepresiva o que presenta efectos secundarios significativos debido a la medicación, puede ser candidato a la terapia electroconvulsiva siempre que haya padecido un episodio depresivo mayor. La depresión psicótica puede requerir, a veces, el uso de fármacos antipsicóticos asociados.

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad han sido encontrados con una alta prevalencia en el paciente anciano en todos los estudios recientes. Pero quizás sea el de Beekman y cols. (4) el más ilustrativo tras estratificar la muestra por edad y sexo, cifrando su prevalencia en el 10,2%. Clásicamente se han asociado a unos denominados factores de vulnerabilidad (sexo femenino, bajo nivel educativo, vivir en soledad, enfermedad crónica concomitante y limitación funcional), que también se corroboran en este estudio.

Otra característica de gran interés es su asociación con dos síndromes geriátricos: depresión y demencia. De hecho, hasta el 80% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno depresivo tienen niveles altos de ansiedad y alrededor del 50% de los diagnosticados de ansiedad generalizada presentaban a su diagnóstico síndrome depresivo. Paralelamente, hasta el 35% de los pacientes con demencia presentaba síntomas de ansiedad que, sin embargo, no se correlacionaba con la propia gravedad de la demencia.

Además, en el anciano, estos trastornos pueden presentarse de forma atípica u oligosintomática, predominando en su presentación los síntomas somáticos. Como ocurre en muchas áreas de conocimiento, nos encontramos con que a veces constituye una entidad única y fácilmente diagnosticable, pero en la mayoría de los casos coexiste con otras patologías, y hemos de discriminar si es primaria o secundaria, si es causa o consecuencia.

Formas clínicas

Siguiendo la clasificación DSM IV, y por orden de frecuencia de presentación en el anciano, podemos citar:

- *Trastorno de ansiedad generalizada.* Se caracteriza por ansiedad anticipatoria, hipervigilancia, tensión emocional y temores excesivos. Se asocia al menos con seis de los siguientes síntomas: temblor, desasosiego, tensión muscular, fatiga (*tensión motora*) disnea, taquicardia, sudoración, sequedad de boca, mareos, tiritona, disfagia (*hiperactividad autonómica*) insomnio, dificultad de concentración, irritabilidad (*hipervigilancia*). Suele debutar muchos años antes, siendo considerado como un rasgo de personalidad, pero el propio envejecimiento o circunstancias relacionadas con él pueden exacerbarlo hasta hacerlo claramente patológico. La aparición tardía obliga a descartar patología orgánica concomitante o desencadenante psicógeno o social.
- *Trastorno fóbico.* Consiste en un temor persistente hacia un objeto, situación o actividad. Quizás la más destacable y frecuente en el

Tabla 5. Fármacos que pueden causar ansiedad

Digoxina	Anticolinérgicos
Antagonista Ca	Corticoides
Broncodilatadores	Aspirina
Tiroxina	Anticomieles
Antihistamínicos	

anciano sea la agorafobia, pero ya se suele presentar en edades previas y simplemente se agudiza. La fobia social es persistente en el anciano por causas físicas (adentia, temblor, etc.) o psíquicas, con maniobras de evitación (demencias). Por tanto, a veces son la única expresión de una patología de base que hay que investigar.

- *Trastorno obsesivo compulsivo.* Se describe como obsesiones recurrentes, de entidad suficiente como para interferir la rutina o las relaciones laborales o sociales del individuo. Las obsesiones pueden consistir en ideas, impulsos o incluso imágenes recurrentes que se experimentan de forma inapropiada; es decir, no son simples preocupaciones; lo realmente patológico es la propia vivencia de esas sensaciones. Quizás la ideación obsesiva religiosa sea la más frecuente en ancianos.
- *Trastorno de estrés post-traumático.* Es idéntico al de otras edades, y existen muy pocos datos en edades avanzadas.
- *Trastorno de ansiedad en relación con enfermedad médica.* En geriatría, la ansiedad puede ser el síntoma único de enfermedad médica o carencia nutricional.
- *Trastorno de ansiedad inducido por fármacos.* Es importante destacar que dosis incluso terapéuticas en el anciano pueden inducir ansiedad. Además, la interacción de fármacos puede alterar el metabolismo, con efectos paradójicos como la propia ansiedad (tabla 5).

Diagnóstico diferencial

Con la ansiedad transitoria: que es de adaptación a una situación de estrés, pero a priori desproporcionadas. Suelen ser más leves en el anciano y tienen menor repercusión en la actividad global.

Con las enfermedades somáticas. Debemos sospechar causa médica si existe una relación temporal con la introducción de un nuevo fármaco o con el diagnóstico reciente de una enfermedad, si apreciamos manifestaciones atípicas de la enfermedad, como crisis de angustia de aparición tardía o si existe resistencia al tratamiento con los fármacos ansiolíticos convencionales a dosis adecuadas.

Con el deterioro cognitivo. Está muy descrito que el deterioro mnésico puro cursa con trastorno de ansiedad en los pacientes en los que les preocupa mucho su deterioro, pero quizás es en las fases más evolucionadas de la enfermedad cuando son más frecuentes las alteraciones de conducta que cursan con ansiedad importante.

Con el delirium. Sobre todo la situación vivencial que acompaña a las alucinaciones visuales.

Con la depresión. Frecuentemente son enfermedades concomitantes, como se describe previamente. Existen algunas diferencias que se enuncian en la tabla 6.

Tratamiento

El tratamiento idóneo del trastorno de ansiedad en el anciano debe contemplar ineludiblemente la psicoterapia y el tratamiento farmacológico, muchas veces de forma conjunta. Tradicionalmente han sido utilizados benzodicepinas, antidepresivos tricíclicos, IMAO, anticomieles e incluso antihistamínicos, pero la irrupción de los nuevos antidepresivos como los ISRS, ya referidos previamente, y los inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (ISRSN), de acción dual, los sitúa como de primera elección en el trastorno de ansiedad en el anciano.

En cuanto al tratamiento psicológico, cabe comentar que las terapias psicoanalíticas y la psicodinamia

Tabla 6: Diagnóstico diferencial entre depresión-ansiedad y ansiedad única

	Depresión asociada con ansiedad	Ansiedad única
INICIO Y EMPEORAMIENTO	Tardío por la mañana	Precoz por la tarde
SENTIMIENTOS	Desesperanza	Indefensión
SUEÑO	Despertar temprano	Sueño tardío
ANSIEDAD	Acerca del pasado	Acerca del futuro
GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS	Importante	No incapacitante
SUICIDIO	Riesgo alto	Riesgo bajo

tradicional no han mostrado utilidad, excepto quizás en la ansiedad generalizada. Sin embargo, la terapia cognitiva-conductual conjunta, con técnicas de relajación, de reestructuración cognitiva y de exposición ha revelado importantes beneficios.

Las opciones de primera línea de tratamiento conjunto se pueden resumir en:

Ansiedad generalizada:

- Escitalopram.
- Venlafaxina más terapias conductuales de relajación.
- Paroxetina.

Angustia y pánico:

- Escitalopram u otro ISRS-ISRSN asociado a una benzodiacepina las dos o tres primeras semanas.
- Terapia de exposición.

Otras fobias:

- Terapia de exposición y si no basta ISRS o ISRSN.

Estrés posttraumático:

- Mirtazapina u otro ISRS-ISRSN.
- No utilizar benzodiacepinas.

Trastorno obsesivo:

- Escitalopram u otro ISRS-ISRSN durante al menos. Doce semanas, asociado a terapia conductual de exposición y prevención de la respuesta.

Bibliografía

1. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2003; 58 (3): 249-65.
2. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. J Psychiatr Res 1982; 17 (1): 37-49.
3. Salzman C, Wong E, Wright BC. Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. Biol Psychiatry 2002; 52 (3): 265-84.
4. Beekman AT, De Beurs e, Van Balkom AJ. Anxiety and depression in the later lifeco-occurrence and communality of risk factors. Am J Psychiatry 2000; 157 (1) 89-95.

Lectura recomendada

Agüera L, Martín Carrasco M, Cervilla J. Psiquiatría geriátrica. 1.ª ed. Barcelona: Masson SA; 2002.

Gil Gregorio P, Martín Carrasco M. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y ansiedad. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2004.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV (Ed Esp). Barcelona. Editorial Masson SA; 1995.