



## **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER Y ANSIEDAD**

### **AUTORES:**

Javier Merino Aguado

### **CORRESPONDENCIA:**

Dr. Javier Merino Aguado  
Centro de Salud Mental de Santa Coloma de Farners  
C/ Delme nº 9  
Santa Coloma de Farners (GIRONA)

**E-MAIL:** [javiermerino@intersep.org](mailto:javiermerino@intersep.org)

### **RESUMEN:**

Aunque la mayoría de los estudios llevados a cabo a nivel ambulatorio detectan una menor prevalencia de trastornos de ansiedad (TA) en la población geriátrica que en el adulto joven, existe cierta discrepancia respecto a la verdadera prevalencia de los mismos, ya que en el anciano pueden presentarse de forma diferente -principalmente en forma de somatizaciones-. Las fobias y la ansiedad generalizada son los TA más frecuentes en el anciano. La ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivo-emocionales, conductuales o somáticos. El hecho de que el paciente afecto de la enfermedad de Alzheimer (EA) sufra un progresivo deterioro cognitivo hace que se cuestione el que dichos pacientes puedan sufrir trastornos de ansiedad fuera de los primeros estadios. Sin embargo, autores como Cohen creen que se sobrevalora el componente cognitivo y se infravalora el componente conductual y somático de la ansiedad, pensando que la frecuencia y situaciones en las cuales se pueden presentar TA en la Enfermedad de Alzheimer es mucho mayor de la que hasta fechas recientes se pensaba. El tratamiento de los TA en individuos afectados de demencia senil exige un enfoque integral e individualizado.. Los neurolépticos o benzodiazepinas a utilizar han de seleccionarse de forma cuidadosa teniendo en cuenta aspectos farmacocinéticos y farmacodinámicos, evitando los fármacos con marcados efectos anticolinérgicos o arritmógenos e intentando evitar la aparición de efectos secundarios extrapiramidales. Con frecuencia, se infravaloran ciertas medidas no farmacológicas que contribuyen al bienestar y mejoría de estos pacientes.

### **ÍNDICE:**

1. [Introducción](#)
2. [Epidemiología](#)
3. [Bases Biológicas de los Trastornos de Ansiedad](#)
4. [Consideraciones Sobre la Ansiedad en el Anciano](#)
5. [Ansiedad en la Enfermedad de Alzheimer](#)
6. [Abordaje Terapéutico de Ansiedad en Edades Tardías](#)
7. [Bibliografía](#)

## 1. INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un estado emocional subjetivo que se caracteriza por aprensión y síntomas objetivos de hiperactividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad es debida a una hiperactividad de la función noradrenérgica, relacionada con una amenaza potencial, real o imaginada de peligro, a nuestra integridad física o psíquica; como una reacción de adaptación y de hiperalerta que se va a manifestar en forma de síntomas físicos y psíquicos.

La ansiedad se puede manifestar con síntomas cognitivo-emocionales, conductuales o somáticos: angustia, temores, preocupación, inseguridad; inquietud, distraibilidad; tensión motora, hiperactividad autonómica, digestiva, cardiocirculatoria, respiratoria...

En el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª edición), se diferencian varios trastornos de ansiedad con sus síntomas correspondientes (tabla I).

**TABLA I: TRASTORNOS DE ANSIEDAD INCLUIDOS EN EL DSM-IV**

- Trastorno por ataques de pánico o crisis de angustia (con o sin agorafobia)
- Agorafobia (sin historia de crisis de angustia).
- Fobia social.
- Fobias específicas.
- Trastorno obsesivo-compulsivo.
- Trastorno por estrés postraumático.
- Trastorno agudo por estrés.
- Trastorno de ansiedad generalizada
- Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

La ansiedad es un síntoma frecuente en el anciano y también en aquellos que padecen la enfermedad de Alzheimer. Hasta la fecha, ha merecido poca atención y en algunos estudios epidemiológicos en poblaciones clínicas, el número de trastornos de ansiedad en los ancianos parece más bajo que el que aparece en poblaciones no seniles. Sin embargo, es probable que esta frecuencia sea aún mayor y que estos trastornos no sean identificados por presentarse en forma de somatizaciones o por no hacerse demandas directamente relacionadas con ellos.

Erróneamente, hay quien considera que la ansiedad es un componente natural de la vejez. Por lo que se refiere a la presencia de trastornos de ansiedad en la enfermedad de Alzheimer la discusión ha sido aún menor y dado el deterioro cognitivo que sufren estos pacientes, muchos autores discuten la existencia de dichos trastornos fuera del estadio inicial de la enfermedad, cuando aún el paciente puede percibir los cambios que sufre.

Es importante tener en cuenta la presencia de los trastornos de ansiedad en estas poblaciones, ya que disminuyen de forma notable su calidad de vida, empeora sus rendimientos, agrava los cuadros depresivos e incrementa el riesgo de suicidio y el uso desproporcionado de los servicios médicos (1).

## 2-. EPIDEMIOLOGÍA

En los países occidentales la esperanza de vida es cada vez mayor y ello conlleva que la población anciana esté creciendo de forma considerable. Dado que los recursos sanitarios son limitados, es necesario tener una información precisa sobre los distintos trastornos, entre ellos los psiquiátricos, que presenta este grupo poblacional. Hasta la fecha, los trastornos de ansiedad en el anciano han recibido menos atención que otros trastornos psiquiátricos como la depresión. Diversos factores relacionados con el envejecimiento, como el aislamiento social, el descenso de

la autonomía, las dificultades económicas, el declive en el estado de salud o la proximidad de la muerte nos harían prever un incremento en los trastornos de ansiedad en estos pacientes. Sin embargo, los trastornos de ansiedad suponen únicamente una fracción mínima de los ingresos psiquiátricos hospitalarios de este grupo poblacional y los estudios a nivel ambulatorio detectan una menor prevalencia de estos trastornos que en la población menor de 65 años. Con frecuencia, se hace hincapié en el hecho de que los pacientes ancianos no suelen presentarse en los distintos dispositivos de salud por un problema de ansiedad y, por otra, que dado que con frecuencia manifiestan la ansiedad en forma de somatizaciones, en ocasiones dichos trastornos de ansiedad no son reconocidos por el personal sanitario.

En general, se reconoce que los estudios epidemiológicos llevados a cabo con muestras seleccionadas a nivel comunitario nos aportan datos más precisos respecto a la extensión de los trastornos de ansiedad en el anciano. Durante los últimos años de la década de los 70 se realizó en 5 universidades de los Estados Unidos un estudio para valorar la incidencia y prevalencia de los distintos trastornos psiquiátricos en unos 20.000 habitantes residentes en las áreas correspondientes a dichas universidades e incluyendo pacientes institucionalizados. Utilizaron una entrevista estructurada, la DIS (Diagnostic Interview Schedule) que sigue los criterios del DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3ª edición). Dicho estudio es conocido como estudio (NIMH) ECA (National Institute of Mental Health Epidemiologic Catchment Area). En el estudio ECA (tabla II), la prevalencia de trastornos de ansiedad en personas mayores de 65 años fue del 5,5%. Con mucho el diagnóstico más frecuente fue el de fobia (4,8%). En general, la prevalencia de trastornos de ansiedad en el anciano fue menor que la del resto de la población. En pocos casos los trastornos de ansiedad comenzaron después que la persona cumpliera los 65 años. La prevalencia del trastorno por ataques de pánico en los ancianos era muy baja (0,1%) y la prevalencia durante un año del trastorno por ansiedad generalizada estaba entre el 1-2.2%.. En general, las mujeres padecían más trastornos de ansiedad que los varones (2).

Flint y colaboradores publicaron en 1994 un artículo de revisión sobre todos los estudios epidemiológicos realizados desde 1970 e incluidos en el boletín bibliográfico Index Medicus. Identificaron 8 estudios comunitarios en los cuales se estudiaban los trastornos de ansiedad en personas mayores de 60 años. La mayoría de estudios mostró que los trastornos de ansiedad son menos frecuentes en los ancianos que en adultos más jóvenes. Las fobias y el trastorno de ansiedad generalizada son los trastornos de ansiedad más frecuentes en edades avanzadas; los trastornos de pánico son raros (especialmente su debut en la 3ª edad). La agorafobia y el trastorno obsesivo-compulsivo (especialmente en las mujeres) pueden debutar en estas edades tardías, mientras que las fobias simples, los ataques de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo en los varones suelen haber debutado en la juventud o ser consecuencia de otros trastornos médicos o psiquiátricos. Hay una considerable comorbilidad entre las depresiones mayores y la ansiedad generalizada y las fobias en la tercera edad. Muchas de estas depresiones son interpretadas como estados de ansiedad y son inadecuadamente tratadas únicamente con benzodiazepinas (3).

**Tabla II: Prevalencias en tanto por ciento mensuales correspondientes al estudio ECA**

<u>Trastornos</u>	<u>Adultos mayores de 18 años</u>			<u>Población mayor de 65 años</u>		
	Hombres	Mujeres	Ambos	Hombres	Mujeres	Ambos
<b>T. de ansiedad (en conjunto)</b>	4,7	9,	<b>7,3</b>	3,6	6,8	<b>5,5</b>
<b>Fobias</b>	3,8	8,4	6,2	2,9	6,1	4,8
<b>A. Pánico</b>	0,3	0,7	9,5	0,0	0,2	0,1
<b>T. Obsesivo</b>	1,1	1,5	1,3	0,7	0,9	0,8

### 3.- BASES BIOLÓGICAS DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Se han propuesto numerosas teorías, tanto psicológicas como biológicas, para explicar la etiopatogenia de los trastornos de ansiedad de una forma simplificada. En algunos de estos trastornos (especialmente en los ataques de pánico y en el trastorno obsesivo-compulsivo) las implicaciones genéticas y biológicas parecen más evidentes.

Muchos autores consideran que fisiopatológicamente, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) sería una "forma minor" del trastorno por crisis de angustia o ataques de pánico (AP). Existen datos que sugieren la implicación de múltiples sistemas de neurotransmisión interconectados en dichos trastornos:

- a. Alteraciones serotoninérgicas.- Kuhn y Van Praag han relacionado los trastornos de ansiedad con una hipersensibilidad de los receptores serotoninérgicos postsinápticos como mecanismo compensatorio a la disminución de la serotonina habitual. En estos sujetos diversos estímulos, fisiológicos en individuos normales, provocarían crisis de angustia o síntomas de ansiedad. Todo se complica ante la existencia de una gran variedad de receptores con acciones y mecanismos diferentes. En los ancianos y especialmente en los pacientes con la enfermedad de Alzheimer se ha observado un incremento de la sensibilidad a un agonista serotoninérgico, el m-CPP (m-clorofenilpiperazina) provocándoles angustia e inquietud. Se ha hipotetizado que los pacientes con enfermedad de Alzheimer padecen una disminución de la inhibición de los receptores de serotonina 5-HT1 como consecuencia del daño en las neuronas colinérgicas, las cuales son inhibitoras de dichos receptores (4).
- b. Alteraciones gabaérgicas.- Los estudios realizados con Beta-carbolinas sugieren que éstas pueden actuar como agonistas y como antagonistas del receptor benzodiazepínico W1 del complejo del GABA y, por tanto, ser ansiolíticas o ansiogénas. Pues bien, se ha pensado que en el organismo se podrían producir sustancias similares a las Beta-carbolinas que bloquearían al receptor benzodiazepínico y provocarían así ansiedad. Se ha sugerido que los pacientes con enfermedad de Alzheimer padecen un descenso del número de receptores benzodiazepínicos y que los mismos están hipersensibilizados, lo que podría estar relacionado con los trastornos de ansiedad de dichos pacientes y con su sensibilidad a las benzodiazepinas (5).
- c. Disregulaciones del sistema opioide, dopaminérgico...
- d. Alteraciones noradrenérgicas centrales.- La hiperexcitación del Locus Coeruleus (principal núcleo noradrenérgico encefálico) parece fundamental, la vía final común, en los trastornos por crisis de angustia y en la ansiedad generalizada. A pesar de que en las autopsias se ha observado un descenso de las concentraciones cerebrales de noradrenalina y de dopamina en pacientes con la enfermedad de Alzheimer, lo cual podría explicar el hecho de que los trastornos de ansiedad en dicha población sean menos frecuentes como sugieren los estudios epidemiológicos; sin embargo, en estudios in vivo, las concentraciones de dichos neurotransmisores y sus metabolitos eran normales.(6)

Sea cual sea la alteración originaria de base que provoca los síntomas de ansiedad, lo que sí parece confirmado es que los síntomas de ansiedad son la expresión final de una hiperactividad basal del Locus Coeruleus (LC). Este núcleo recibe información aferente interna y externa (vegetativa y sensorial). El LC envía eferencias a la amígdala, hipocampo, tálamo, cerebelo y al neocórtex prefrontal.

Todo este conjunto de aferencias y eferencias constituye el sistema de alarma y vigilancia del cerebro, a través del cual el ser humano es capaz de recibir información continua sobre posibles peligros del medio ambiente y del propio organismo. Así, el LC es activado por estímulos internos como el dolor, la hipercapnia, los cambios bruscos en la temperatura corporal, la distensión visceral (colon, vejiga, estómago...). También el estrés y las amenazas exteriores lo estimulan.

Muchos autores piensan que los pacientes muy ansiosos presentan una hiperexcitación basal del LC, que incluso podría estar condicionada genéticamente, lo cual determinaría un tono simpático aumentado y una mayor sensibilidad del sistema nervioso vegetativo ante cualquier estímulo. Muchos fármacos -y los

ancianos están con frecuencia polimedicados - activan el LC (metilxantinas, salbutamol, flumazenil...). La acetilcolina es activadora del LC y el hecho de que en la enfermedad de Alzheimer esté disminuida podría disminuir la sensibilidad de estos pacientes a los trastornos de ansiedad. Precisamente en la regulación del funcionamiento del LC se basa el tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad, pues las benzodiazepinas, los agonistas de los receptores 5-HT<sub>1</sub> (buspirona), antagonistas de los receptores 5-HT<sub>2</sub> y 5-HT<sub>3</sub> (ondasetrón), la imipramina, clonidina, opiáceos y beta-bloqueantes (propranolol) son inhibidores del mismo.

El mencionado sistema de alarma y vigilancia del cerebro (LC, amígdala, hipocampo, tálamo, cerebelo y neocórtex prefrontal), y en especial las estructuras del circuito límbico cerebral se han implicado en el origen de las fobias. Se ha señalado que una mayor vulnerabilidad genética en dichas estructuras puede estar relacionada con el inicio de dichos trastornos. Está claro que la ansiedad experimentada ante el estímulo fóbico, el aprendizaje que de dicha situación se hace y la ansiedad anticipatoria son importantes en el mantenimiento de las fobias. El hecho de que muchas personas mayores experimenten agorafobia sin crisis de angustia puede estar relacionado con los cambios en la neurotransmisión cerebral que suceden con la longevidad.

Aunque existen datos que sugieren que las alteraciones en el sistema serotoninérgico son las causantes de los síntomas obsesivo-compulsivos, la mayoría de dichos datos provienen del hecho de que sean fármacos que incrementan las concentraciones cerebrales de serotonina (clomipramina, fluoxetina...) los más efectivos en el tratamiento de estos trastornos. No se sabe qué implicación puede tener la ya señalada disminución de la inhibición de los receptores de serotonina 5-HT<sub>1</sub> como consecuencia del daño en las neuronas colinérgicas que se ha observado en pacientes con la enfermedad de Alzheimer.

#### **4.- CONSIDERACIONES SOBRE LA ANSIEDAD EN EL ANCIANO**

Actualmente en el concepto de ansiedad se reconoce un componente cognitivo y un componente somático. La experiencia clínica hace pensar que las personas ancianas, a menudo, prestan más atención a los síntomas somáticos, minimizando los aspectos cognitivos. Dado que las personas ancianas padecen más enfermedades médicas que las personas más jóvenes, su énfasis en los síntomas somáticos puede originar problemas para el diagnóstico diferencial de estos trastornos de ansiedad, especialmente en los centros de atención primaria.

Palmer y colaboradores, ponen en entredicho que los trastornos de ansiedad sean menos frecuentes en los ancianos que en adultos jóvenes. Señalan que los trastornos de ansiedad en el anciano son infradiagnosticados y destacan que en los diferentes estudios epidemiológicos para valorar la prevalencia de trastornos de ansiedad en el anciano se utilizan criterios basados en el DSM-IV, los cuales han sido desarrollados para estudiar la morbilidad psiquiátrica en adultos jóvenes, sin considerar que en la tercera edad la presentación de los síntomas de ansiedad puede ser atípica. De forma añadida, en el anciano hay una alta comorbilidad con trastornos médicos y con las depresiones (entre un 30-70%). Los ancianos suelen estar polimedicados y sufren cambios psicosociales importantes, todo lo cual no es tenido en cuenta al utilizar los mencionados criterios diagnósticos. Además, destacan que los clínicos tenemos que tomar decisiones terapéuticas basadas en observaciones clínicas no controladas o extrapolando resultados a cerca de la eficacia de los medicamentos en personas más jóvenes (7).

#### **5.- ANSIEDAD EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

Existen pocos trabajos que estudien la relación entre los trastornos por ansiedad y la demencia, aunque sí se conoce que en los estadios iniciales del Alzheimer los síntomas ansiosos son más frecuentes que en la población geriátrica no demente. En ocasiones, estos síntomas ansiosos o la agitación que acompaña a estos primeros inicios de la enfermedad son la mayor causa de visitas a urgencias. Es fácil que al darse cuenta de los fallos en su memoria de fijación o en otras esferas cognitivas muchos de estos pacientes pierdan el control y padezcan síntomas de ansiedad. A veces, las alteraciones de conducta y el deterioro cognitivo son muy marcados y se pasan por alto los síntomas ansiosos. El rango de conductas ansiosas varía entre el 0 y el 50% con una media aproximada del 32% (8).

En la mayoría de tratados sobre el envejecimiento se presta una escasa atención a la asociación entre ansiedad y enfermedad de Alzheimer (EA). En el DSM-IV no se hace mención a la ansiedad o la agitación al abordar los trastornos psiquiátricos en pacientes demenciados. Parte del problema está

relacionado con el hecho de fijarnos excesivamente en el componente cognitivo de la ansiedad y mucho menos en el somático (componente principal en los ancianos). El hecho de que los pacientes con la enfermedad de Alzheimer padezcan un progresivo deterioro cognitivo hace que muchos clínicos cuestionen el papel de la ansiedad fuera de los primeros estadios cuando el paciente puede aún percibir los cambios que está sufriendo.

Cohen diferencia varios tipos de ansiedad en la EA y cree que los síntomas de ansiedad son muy frecuentes en estos pacientes y no únicamente en los estadios iniciales de la enfermedad (9):

- **Ansiedad ante el desafío.**- Los pacientes con EA podrían presentar síntomas ansiosos al darse cuenta de su incapacidad para realizar ciertas tareas (ej. responder una pregunta), que en algunas ocasiones podría alcanzar grandes magnitudes ("reacción catastrófica") y ser confundido con un estado de agitación. En estos casos se distinguen los diversos componentes de la ansiedad: el componente cognitivo (sensación de frustración del paciente ante la tarea que no puede realizar), el componente conductual (inquietud, hipercinesia) y el componente somático (taquicardia, sudoración...).
- **Ansiedad ante situaciones no familiares.**- Es frecuente que estos pacientes presenten síntomas de ansiedad ante el cambio en su ambiente habitual: cambios de los cuidadores, cambios del lugar de residencia... También se pueden reconocer los tres mencionados componentes de los estados ansiosos y, en muchas ocasiones, dicha sintomatología cede con el retorno del paciente a su entorno cotidiano.
- **Ansiedad por aislamiento o por falta de vínculos**
- **Ansiedad por problemas médicos o por sensibilidad a los medicamentos...**

## **6.- ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD EN EDADES TARDÍAS**

El tratamiento de los trastornos de ansiedad en el anciano y en la EA exige una valoración integral que considere los aspectos físico, intelectual, ambiental y social del paciente. Por la escasa colaboración que prestan los pacientes con EA, dicha valoración tiene que ser especialmente minuciosa.

El éxito en el tratamiento comienza con diagnóstico preciso, distinguiéndose cinco áreas en dicho campo (10):

- **Médica.**- El clínico debe descartar causas originarias o potenciadoras de los cuadros de ansiedad (arritmias, injurias vasculares cerebrales, excesos cafeínicos, déficit vitamínico, alts. endocrinas o electrolíticas...)
- **Psiquiátrica.**- Se debe descartar la presencia de otros trastornos psiquiátricos (depresiones).
- **Farmacológica.**- Diversos fármacos pueden provocar o exacerbar síntomas ansiosos, como los neurolépticos (acatisia por haloperidol), antidepresivos, anticolinérgicos, broncodilatadores, corticoides, digital...
- **Síndrome Ansioso Específico.**- Distinguir si los síntomas corresponden a una crisis de angustia, a una fobia, a un trastorno obsesivo-compulsivo.
- **Cambios familiares o ambientales en el entorno del paciente.**

Una vez realizado el examen diagnóstico el clínico debe tratar las causas primarias de dicha ansiedad (cambios ambientales, tratar una enfermedad médica, revisión de la medicación...). Sin duda, tratar los síntomas de ansiedad sin tratar la causa primaria de la misma puede conducir a resistencias al tratamiento y a una prolongación del sufrimiento del paciente.

En ocasiones se infrutilizan ciertas intervenciones no farmacológicas que pueden ser de utilidad para el paciente: evitar el aislamiento, apoyo y tranquilización verbal, técnicas de relajación, aspectos conductuales, fomentar su participación en decisiones y actividades.... En casos de que la ansiedad sea

importante o persistente el tratamiento farmacológico está indicado o cuando existen antecedentes de buena respuesta a un medicamento.

El tratamiento farmacológico debe realizarse con precaución dado que el anciano presenta cambios físicos que afectan la farmacocinética del medicamento (descenso del volumen de agua corporal, incremento de la grasa, menor filtrado glomerular, descenso del metabolismo hepático...) y cambios farmacodinámicos (menor número y mayor sensibilidad de los receptores). Además, dado que estos pacientes con frecuencia tienen prescritos varios medicamentos, no es extraño que interaccionen unos con otros. Por otro lado, el cumplimiento terapéutico es menor en esta población que en adultos jóvenes. En muchas ocasiones, las respuestas que se obtienen en los ancianos son parciales y si es posible se debería educar al paciente al respecto. Como regla general, la dosis de medicación se debe mantener al mínimo posible y suele ser útil comenzar con un cuarto de la dosis de un adulto joven.

Las benzodiazepinas continúan siendo los ansiolíticos más utilizados en los ancianos (no demenciados) (10). Se aconseja el uso de benzodiazepinas de vida media corta que únicamente se metabolizan a nivel hepático por glucuronización (oxacepam y loracepam), en lugar de aquellas que se metabolizan por oxidación (diazepam, cloracepato dipotásico...). El alprazolam, aunque útil en las crisis de angustia, puede provocar rebotes de ansiedad y habituación por lo que no es generalmente recomendado en los ancianos. Las benzodiazepinas de vida media ultra-corta (triazolam) puede provocar un mayor deterioro cognitivo, disfunción cerebelosa (ataxia, disartria, incoordinación, marcha alterada con caídas), amnesia, confusión, agitación, desinhibición. En los casos en los que la ansiedad es secundaria a un trastorno depresivo u otra patología psiquiátrica (trastorno obsesivo-compulsivo), se aconseja realizar un tratamiento específico, generalmente por su perfil de seguridad se prefieren los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina como la fluoxetina o paroxetina (20 mg/d). Se ha señalado que la buspirona puede ser un ansiolítico útil, al igual que los beta-bloqueantes (propranolol), aunque el papel de estos últimos en el tratamiento de la ansiedad del anciano no está claro y son fármacos que tienen diversas contraindicaciones (diabetes, asma...).

En los pacientes demenciados con frecuencia son útiles dosis bajas de neurolépticos (1-3 mg/d de risperidona o 1-2 mg/d de haloperidol o 15-25 mg/d de tioridacina) en el tratamiento de cuadros de ansiedad o agitación (11). A veces, es útil añadir dosis bajas de una benzodiazepina de vida media corta (10-20 mg de oxacepam o 1-2 mg/d de lorazepam). Existen escasos estudios que comparen la eficacia ansiolítica de las benzodiazepinas con neurolépticos en pacientes demenciados; sin embargo, en algunos estudios como el de Salzman no han mostrado una eficacia superior (12,13).

Tanto en ancianos como en pacientes demenciados es aconsejable evitar los fármacos antihistamínicos tanto por sus efectos sedantes como porque poseen actividad anticolinérgica (10).

En general, la terapia en el anciano -y especialmente en el paciente demenciado- tiene que ser individualizada, evitando fármacos de vida media larga, arritmógenos o con efectos anticolinérgicos y valorando las interacciones. A veces, es prudente saber esperar y, sobre todo, no polimediar.

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

1. Livingston G, Manela M, Katona C. Cost of Community care for older people. *Br J Psychiatry* 1997; 171: 56-59
2. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robin LN, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States and Sociodemographic characteristics: The epidemiologic Catchment Area Study. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88: 35
3. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 640-649
4. Lawlor BA, Sunderland T, Mellow AM, Hill JI, Molchan SE, Murphy DL. Hyperresponsivity to the serotonin agonist m-chlorophenylpiperazine in Alzheimer's disease: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 542-549
5. Sunderland T, Tariot PN, Cohen RM. Low dose oral lorazepam administration in Alzheimer subjects and age-matched controls. *Psychopharmacology* 1989; 99: 129-133

6. Raskind MA, Peskind ER, Halter JB, Jimerson DC. Norepinephrine and MHPG levels in CSF and plasma in Alzheimer's disease. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41: 343-346
7. Palmer BW, Jeste DV, Sheikh JI. Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of affective Disorders* 1997; 46: 183-190
8. Vilalta J. Trastornos psiquiátricos asociados a las demencias. En : López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Llinás-Reglá J (Ed.). *Manual de Demencias*. Barcelona: Prous Science; 1996.p. 473-492
9. Cohen GD. Anxiety in Alzheimer's disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; Winter 6 (1): 1-4
10. Sadavoy J, Kenneth L. Treatment of anxiety disorders in late life. *Can J Psychiatry* 1997; 42 Supl 1: 28S-35S
11. Sky AJ, Grossberg GT. The use of psychotropic medication in the management of problem behaviors in the patient with Alzheimer's disease. *Alzheimer's and Related Dementias* 1994; 78: 811-822
12. Stern RG, Duffelmeyer ME, Zemishlani Z, Davidson M. The use of benzodiazepines in the management of behavioral symptoms in dementia patients. *Psychiatr Clin Norgh Am* 1991; 14: 375-384
13. Salzman C. Treatment of anxiety. In: Salzman C, editor. *Clinical Geriatric Psychopharmacology*. 2.<sup>a</sup> ed. Baltimore: William & Wilkins; 1992. p. 189