

## GEROINFO. PUBLICACIÓN DE GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA

**Título: “Trastornos de ansiedad fóbica en el adulto mayor. Valoración crítica y manejo terapéutico”.**

**Autora:** [Raquel Pérez Díaz](#)

Lic. Psicología. MSC Medicina Natural y Tradicional. MSC Longevidad Satisfactoria.

Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.

CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

Centro de Investigaciones sobre: “Envejecimiento, Longevidad y Salud”.

### **Resumen.**

Las fobias son trastornos que ocasionan angustia y discapacidad significativa en el adulto mayor, están asociadas a altas tasas de suicidio y tienen una prevalencia de 5-10% en este grupo etáreo; sin embargo, en ocasiones, son subdiagnosticadas e inadecuadamente identificadas por el personal asistencial. El propósito del presente artículo es, desde una valoración crítica, destacar el valor que tiene la identificación adecuada y oportuna de los trastornos de ansiedad fóbica en las personas mayores, sus formas de presentación, especificidades y los principales mecanismos de intervención medicamentosos y psicoterapéuticos (haciéndose énfasis en estos últimos) a la luz de los hallazgos de la ciencia y de las evidencias de su autora

**Palabras claves:** trastornos de ansiedad fóbicos, ansiedad fóbica, fobia, tercera edad, adulto mayor.

## **Introducción**

Si bien durante largo tiempo se carecía de estudios científicos en relación con la salud mental y sus particularidades en el adulto mayor, en los últimos años ha ido aumentando el interés por el tema en los especialistas que nos dedicamos al trabajo de este grupo etáreo, influyendo en ello, por un lado, el incremento demográfico y de la esperanza de vida en países desarrollados, así como por el creciente aumento de la expansión de la vida, en el presente siglo y futuro inmediato, en varios países en vías de desarrollo en América Latina y el Caribe <sup>(1-6)</sup> y, por otro lado, por la falta de nuevos hallazgos que permitan ir creando las bases para una concepción más abierta y que se ajuste realmente al diagnóstico y terapéuticas adecuados a las especificidades en estas edades.

Frente a las conductas adaptativas, transitorias, adecuadas al estímulo, motivadas por la situación o situaciones que la provocan y que presentan una expresión corporal adecuada, propias de la ansiedad normal que se siente ante eventos o acontecimientos que nos marcan en nuestras vidas; la ansiedad patológica nos desborda, es desadaptativa, inadecuada al estímulo, excesivamente intensa y persistente, aparentemente inmotivada y presenta una mayor expresión corporal. Sin embargo, la misma se manifiesta de forma atípica, en ocasiones, en el anciano, con más aspectos cognitivos y somatizadores, con tensión, dificultades en el dormir y elementos depresivos, si bien estos no son los determinantes <sup>(7, 8)</sup>

En el Glosario Psiquiátrico Americano en su cuarta revisión se considera que la ansiedad es un "estado de aprensión, inquietud por anticipación de un peligro cuya fuente es mayormente desconocida o no reconocida, fundamentalmente de origen intrapsíquico y que puede ser vista como patológica cuando interfiere con la efectividad en la vida, en la obtención de metas deseadas o de satisfacción o con el bienestar emocional razonable. Ella es el resultado de la activación del tono simpático y del sistema endocrino-hormonas suprarrenales consecuente con estímulos externos o como resultado de un trastorno endógeno de las estructuras o de la función cerebral <sup>(9)</sup>

Ante situaciones que representan peligro para el adulto mayor este puede tener una respuesta emocional normal de miedo o temor, la cual es diferenciada y se relaciona con el objeto o situación específica de que se trate, siendo un fenómeno transitorio que, de algún modo, es un mecanismo adaptativo que le posibilitara asumir una postura de alerta ante un peligro; sin

embargo, si el miedo es desproporcionado, irracional, persistente en el tiempo y que desborda al individuo, o sea, que lo saca del control voluntario y lo lleva a una conducta de evitación del evento u objeto fóbico, estamos ante la presencia de un trastorno de ansiedad fóbica, que requiere ser detectado precoz y oportunamente por el personal que asiste a dicho anciano.

## **Desarrollo**

La ansiedad fóbica es " aquella que se presenta ante situaciones bien definidas o frente a objetos específicos que no son en sí mismos peligrosos pero que el anciano los ve como tal. En consecuencia este trata de evitar los objetos fóbicos o bien los afronta con un temor excesivo que puede llegar al ataque de pánico. Todos los trastornos fóbicos se caracterizan por presentar ansiedad fóbica y conductas de evitación <sup>(9)</sup>.

### **Tipos de fobia**

Las fobias según el DCM-IV <sup>(9)</sup> se clasifican en:

**Fobias Específicas:** Caracterizadas por un " temor persistente excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos, que provoca una respuesta inmediata de ansiedad y aunque la persona reconoce que ese miedo es excesivo e irracional, trata de evitar la situación fóbica o la soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar ". Por otro lado, " los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocados por la/s situación/es temida/s interfieren acusadamente en la vida normal, laboral, social o bien provocan un malestar significativo ". No se debe a otros trastornos de ansiedad ni de ansiedad fóbica.

Se especifica su tipo por ejemplo: animal, ambiental, situacional; otros tipos: como el atragantamiento <sup>(9)</sup>.

**Fobia social:** En este tipo de fobia existe un "temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. Teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sean humillantes o embarazosos. La exposición a situaciones sociales temidas provoca una respuesta inmediata de ansiedad que puede tomar la forma de crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con la situación. Un aspecto importante es que la persona reconoce que ese miedo es excesivo e irracional, pero no puede dejar de experimentarlo. Por otro lado, las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la (s) situación (es) social (es) o actuación (es) en público temidas intervienen acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones sociales, laborales, académicas, o bien un malestar clínicamente significativo (9)

Es necesario señalar que tanto el miedo como el comportamiento de evitación no deben deberse a otros trastornos de ansiedad como los trastornos de angustia o de ansiedad o de agorafobia, esquizoides de la personalidad, dismórfico corporal u otros propios de la infancia y la adolescencia como son los trastornos del desarrollo o de ansiedad de separación. (9)

**Agorafobia.** Esta fobia se caracteriza por la "aparición de ansiedad en lugares donde escapar puede resultar difícil, o donde, en caso de aparecer una crisis de angustia, o síntomas similares a la angustia puede no disponerse de ayuda. Si el comportamiento se limita a 1 o pocas situaciones (fobia específica) si es con acontecimientos de carácter social (fobia social). Estas situaciones se evitan, se resisten a costa de ansiedad o malestar significativo, por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace imprescindible la presencia de un conocido para soportarlas. No puede explicarse mejor por otro trastorno mental como: fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastornos de ansiedad de separación...o los efectos directos de una sustancia o enfermedad" (9).

El diapasón del espectro entre el miedo normal (adaptativo), y la fobia (o miedo patológico, desproporcionado e irracional, con conductas de evitación) en el adulto mayor se ve amenazado debido a su no preparación para los cambios que el envejecimiento demanda de él y que no siempre está capacitado para aceptar, a las enfermedades que padece, a los eventos biográficos:

traslados de vivienda, pérdidas afectivas y psicosociales a las que se ve expuesto, no preparación para la jubilación, transformaciones en la economía, nuevos roles sociales y familiares a los que debe enfrentarse; a la disminución o pérdida, en ocasiones, de funciones; la polifarmacia y otras realidades. Si el anciano tiene una buena preparación para estos cambios, cuenta con buenas redes de apoyo social, tiene un proyecto de vida, y asume actitudes positivas ante las adversidades, es capaz de salir exitoso, en cuyo caso puede sentir miedos lógicos, normales en su vida que no lo inmovilicen o alteren su estado de salud biopsicosocial. Sin embargo, no siempre este va a contar con estos factores de fortaleza ante las adversidades, sufriendo con frecuencia de trastornos de ansiedad y miedos irracionales que lo limitan en su bienestar y buen desenvolvimiento social <sup>(7, 8)</sup>.

Cuando se trabaja con adultos mayores debemos considerar que quizás los aspectos conductuales tales como: la intranquilidad, inhibición motora, movimientos torpes desorganizados, dificultades en la expresión verbal, no siempre son tan evidentes en ellos como en las edades más jóvenes. En cambio son frecuentes los síntomas fisiológicos corporales cardiovasculares (palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor), síntomas respiratorios (ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica), gastrointestinales (náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas) y los subjetivos, cognitivos o del pensamiento, destacándose en ellos: la preocupación excesiva, sentimientos de inseguridad, miedo o temor, aprensión, pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad), anticipación de peligro o amenaza, dificultades referidas con la concentración y la memoria, que no siempre tienen un basamento real. <sup>(7, 8)</sup> Por todo ello es de gran valor tener en cuenta esta forma de presentación en el adulto mayor para su identificación y clasificación oportunas.

Por otro lado, debemos considerar que los trastornos de ansiedad fóbicos son frecuentes en el anciano y son factores de riesgo importantes para su bienestar y salud.

Las fobias son trastornos que ocasionan angustia y discapacidad significativa en el adulto mayor, han sido asociadas con miedos a las caídas, aun si el anciano ha sufrido alguna previa o no, con mayor índice de morbilidad en fracturas de cadera, inmovilidad y muerte. <sup>(10-14)</sup>

Son frecuentes en el adulto mayor que ha sufrido una caída el sentir sentimientos psicológicos desagradables y que lo limitan, es el llamado síndrome poscaída, o sea, el miedo a caer por la angustia que se genera en este ante la humillación de verse incapaz de pararse solo y requerir

ayuda, provoca rechazo a salir y temor a desplazarse por sí mismo, incluso en su propio hogar, en algunos casos puede llevar a una depresión reactiva. Desde el punto de vista físico, la pérdida de movilidad es ocasionada inicialmente por los dolores del golpe al caer. A esto se le puede agregar el síndrome de inmovilidad provocado por el miedo a moverse, favoreciendo pérdida de masa muscular, rigidez, asociándose a descoordinación durante la marcha. Estos trastornos no se deben a problemas ortopédicos ni neurológicos que sean atribuibles a una patología previa. En los casos severos, el paciente es incapaz de mantenerse de pie y se aferra en todo lo que esté cerca (paredes, sillas, etc.). Es aquí donde puede haber un punto de no retorno y aparecer la institucionalización como consecuencia de una caída.<sup>(15)</sup>

Las fobias están asociadas a altas tasas de suicidio en la tercera edad, encontrándose en la agorafobia que un tercio de los ancianos que la padecen tienen ideas suicidas y un 18% ha realizado algún intento y en las fobias sociales los porcentajes son de un 34% y 12% respectivamente.

Dentro de las fobias, se ha reportado que la fobia social es la tercera enfermedad psiquiátrica en importancia, y se presenta en uno de cada diez personas adultas mayores de la comunidad, estando asociada a dificultades en las interrelaciones con los demás, y que puede llevar al deterioro de la vida social, cultural y personal al anciano conduciéndolo al aislamiento y limitándolo, muchas veces, en su funcionamiento y calidad de vida. Esta situación se agrava si se tiene en consideración que la fobia social es una enfermedad de evolución crónica y tórpida y que está asociada con numerosas comorbilidades. Se ha relacionado la ansiedad fóbica con un mayor riesgo de padecer una enfermedad coronaria<sup>(16,17)</sup>

Por otro lado, como los trastornos de ansiedad en general, los trastornos fóbicos son muchas veces subvalorados por personas encargadas de atender a adultos mayores, en ellos influyen que los síntomas de ansiedad y miedo alteran la funcionabilidad, pero no siempre cumplen los criterios diagnósticos del DCM-IV, ya que los ancianos tienden a negar o subestimar los síntomas psiquiátricos, y a que los médicos asocian con frecuencia la sintomatología a síntomas de envejecimiento o los confunden con diferentes enfermedades o medicamentos.

Una reflexión al respecto, nos lleva a considerar lo planteado por algunos investigadores acerca de la gran comorbilidad que tienen los síntomas de ansiedad y depresión en los adultos mayores, y que a veces el diagnóstico no resulta del todo fácil o claro, ya que las enfermedades y

medicamentos que consumen los ancianos pueden enmascarar la ansiedad. Muchas veces los síntomas de la ansiedad y depresión se ven por los médicos como propios del proceso de envejecimiento normal, existiendo un sesgo a la hora de brindar atención a los problemas de salud mental de los adultos mayores. <sup>(7, 8,18)</sup> En ocasiones se diagnostica y trata a los ancianos como si padecieran de una alteración afectiva cuando en realidad presentan un trastorno de ansiedad fóbica, subvalorando el miedo irracional y las conductas de evitación como conductas del envejecimiento, y sobrevalorando los sentimientos de inferioridad y tristeza que pueden acompañarla, aunque no sean los predominantes. Por otra parte, las reacciones de adaptación a los problemas personales los hacen más vulnerables a padecer de alguna afección mental. <sup>(19)</sup> Las múltiples patologías que padecen y la polifarmacia que reciben hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de la sintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos. El diagnóstico preciso de los trastornos de ansiedad en el anciano, y en especial de las fobias, puede ser especialmente difícil por la gran superposición de sus síntomas con los cuadros de ansiedad de origen orgánico, asociados tanto a enfermedades físicas como a los medicamentos utilizados para tratarlas <sup>(7,8,18)</sup>.

Según estudios epidemiológicos, los trastornos de ansiedad del anciano en general tienen una prevalencia de 5-10%, siendo las fobias, sobre todo la agorafobia, la fobia social y los trastornos adaptativos ansiosos, los más frecuentes. En cuanto al curso, evolución y pronóstico en la mayoría de los casos, el trastorno comienza en la vida adulta y tiende a cronificarse, con remisiones y recaídas de diversos grados intercaladas, hasta llegar a la vejez. El inicio en la vejez es posible, si bien poco común. <sup>(16,-28)</sup> Se ha destacado dentro de las fobias en los ancianos el temor a los lugares públicos (agorafobia), y al confinamiento (claustrofobia) <sup>(29)</sup>. Las fobias que persisten durante toda la etapa adulta rara vez suelen remitir (sólo ocurre en un 20 % de los casos). El curso de la fobia social acostumbra a ser crónico o continuo. A menudo persiste durante toda la vida, si bien a veces remite total o parcialmente en el transcurso de la edad adulta. La intensidad del trastorno y sus consecuencias en la actividad diaria del individuo dependen principalmente de los acontecimientos vitales estresantes y de las exigencias sociales del lugar o vínculo laboral.

Debemos señalar, sin embargo, que en el futuro se deberán realizar investigaciones que vayan encaminadas a mostrar más evidencias en torno al curso y evolución de los tipos de fobias dentro

de la edad geriátrica, así como al pronóstico de sus formas clínicas, ya que actualmente existe carencia de estudios dentro de este grupo etáreo, estableciéndose los mismos en edades más jóvenes. Por ejemplo, tal es el caso del síndrome postcaída, de las fobias específicas vinculadas con cambios relacionados con el envejecimiento, u otras particulares que vemos a diario en nuestra consulta externa o en los adultos mayores ingresados en nuestros servicios asistenciales del Centro de investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED).

A su vez, investigaciones que se llevan a cabo en torno a los sexos han reportado que, las fobias, en general, son el más común desorden de ansiedad en mujeres ancianas.<sup>(30)</sup>

Estudios epidemiológicos acerca de las fobias sociales en el adulto mayor han encontrado que las mismas son más prevalentes en el sexo femenino, estado civil: solteros, divorciados, separados, y en ancianos con nivel mayor de escolaridad<sup>(31-34)</sup>.

En determinados tipos de fobias se ha señalado su relación con factores familiares, reportándose su presencia (3 veces más) de fobias específicas y sociales en hijos de padre fóbicos. Se ha visto que en cuanto a la edad de comienzo estas empiezan muy tempranamente: la fobia social se presenta entre 11 a 15 años y las fobias específicas, en la primera y segunda infancia. A menudo ellas están asociadas a enfermedades tales como: cardiovasculares, respiratorias y psiquiátricas: otras fobias o trastornos de ansiedad y depresión<sup>(31-34)</sup>

Estudios epidemiológicos nacionales y macroestudios en países occidentales desarrollados nos están mostrando que los trastornos de ansiedad y, específicamente las fobias, son altamente prevalentes en la población de los mismos.

De esta forma, en EUA se ha puesto de manifiesto que aproximadamente 27 millones de norteamericanos han padecido desórdenes de ansiedad alguna vez en sus vidas (prevalencia vida), y un estudio llevado a cabo en centros de atención evidenció que la prevalencia año (relativa al año de evaluación epidemiológica) fue del 23.9%, coincidiendo con la Encuesta Nacional de Comorbilidad que mostró que esta fue de un 24.9%, siendo la fobia la más común (9.8%), más frecuente, en las mujeres que en los hombres<sup>(35)</sup>.

En España se llevo a cabo la investigación de ESEMeD-España junto a un colectivo de autores, la cual consistió en un estudio epidemiológico de los trastornos mentales en el país, de acuerdo a la prevalencia- año y la prevalencia-vida, de la ansiedad, trastornos del estado de ánimo, abuso de alcohol, así como la influencia de los factores de riesgo sociodemográficos, la edad de inicio de

los trastornos en la población española mayor de 18 años, de 5.473 individuos, cuyos grupos mayoritarios fueron: de 65 años ó mayores y de 35 a 49 años, encontrándose que, un 19,55% de las personas presentaron un trastorno mental en algún momento de su vida (prevalencia-vida), y un 8,4%, en los últimos 12 meses (prevalencia-año). El trastorno mental, más frecuente encontrado, fue el episodio depresivo mayor (3, % de prevalencia-año y un 10,5% de prevalencia-vida), seguido de la fobia específica (4.52%), la distimia (3.65%) y trastorno por abuso de alcohol (3.55%). Como grupo de trastornos los de ansiedad fueron ligeramente más frecuentes que los depresivos según los datos de prevalencia-año (un 6.2 frente a un 4.3%), aunque esta relación se invierte en prevalencia-vida (9.3 frente aun 1.4%) donde los trastornos del estado de ánimo prevalecieron. Tanto en los trastornos de ansiedad y depresivos las mujeres predominaron en más del doble que los varones, excepto en el caso de la fobia social, donde las diferencias encontradas resultaron menores, si bien los varones presentaron una mayor frecuencia de abuso o dependencia al alcohol (6.3% frente a un 0.9%). Los factores asociados al padecimiento de un trastorno mental fueron: sexo femenino, estar separado, divorciado o viudo, y permanecer desempleado, de baja laboral tanto para los trastornos de ansiedad como afectivos, o con una incapacidad para los desórdenes depresivos. La fobia social, la agorafobia y la fobia específica se presentaron en edades más tempranas. Los trastornos del estado de ánimo (episodio de depresión mayor y distimia), junto con el trastorno de angustia, mostraron una aparición más tardía (alrededor de los 40 años) <sup>(36)</sup>

En un estudio nacional canadiense se reporto en los adultos mayores una prevalencia- vida de la fobia social en el 4.94% en tanto la prevalencia-año de la misma fue de 1.32%. en relación con los factores de riesgo socioeconómico; no se encontró relación con el género ni el estado marital como en otros estudios <sup>(37)</sup>.

En nuestro país, sin embargo, si bien no se han realizado estudios epidemiológicos nacionales acerca de la prevalencia de la ansiedad, un estudio realizado en la casa de abuelos "14 de junio" perteneciente al Policlínico Dr. Angel Arturo Aballí del municipio La Habana Vieja (llevado a cabo de enero a junio del 2007), encontró en adultos mayores de 60 años y más que se encontraban en régimen seminterno, un predominio del sexo femenino, con índices medios de ansiedad, siendo los problemas de convivencia los que más afectaron a los mismos <sup>(38)</sup>.

Un análisis de las estadísticas de la autora de este trabajo, desde 2004-2007, que se atendieron por consulta externa de Psicología en el CITED (no se toman en consideración los pacientes ingresados en sala), muestra que fueron asistidos 474 adultos mayores de 60 y más años, de los cuales 17, 08% presentaron trastornos de ansiedad, y dentro de ellos predominaron las fobias en un 43.21%. Entre las causas más frecuentemente halladas para los tipos de fobias se encontraron: para la agorafobia el miedo a las caídas y el síndrome postcaída en la mayoría de los casos relacionado con temor a desplazarse solo en hogar y no encontrar ayuda y salir de la casa de manera independiente y que pueda caerse y no hallar amparo de una persona amiga o familiar. En las fobias sociales la causa que más se presentó fue la de comer en público ya fuera por miedo a hacer el ridículo, temblores, o problemas relacionados con las prótesis dentales. En cuanto a las fobias específicas el temor a las enfermedades, a sufrir algún daño, asistir al médico, a las inyecciones, junto al temor a atragantarse, fueron los más abordados en consulta.

### **Tratamiento de las fobias**

De manera general los autores coinciden en el valor que tiene el empleo de métodos psicoterapéuticos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad fóbicos. Diversas investigaciones así lo están mostrando, si bien aún son insuficientes en lo que al geronte se refiere. A continuación exponemos un resumen de las mismas a la luz de los resultados y las evidencias psicológicas contemporáneas.

#### **Tipo**

#### **Tratamiento psicoterapéutico**

-Agorafobia sin.....Terapia Cognitivo-Conductual Terapia de Exposición ataques de pánico

-Fobia Social.....Terapia Cognitivo-Conductual Terapia de Exposición

Fobia Simple.....Exposición gradual ( Desensibilización Sistemática)

Adaptada de Koeling HG y Blazer DG, 2003 <sup>(39)</sup>

**Las técnicas cognitivo-conductuales.** Entre estas se hallan aquellas que mejoran las habilidades sociales, el entrenamiento asertivo, las técnicas de exposición gradual al estrés, técnicas de

resolución de conflictos y otras, han sido empleadas y valoradas como positivas en el tratamiento de los trastornos de ansiedad fóbicos ya que son sencillas y han demostrado su eficacia. De manera abreviada exponemos en qué consiste, cuáles son sus objetivos y técnicas principales <sup>(39)</sup>.

### **Terapia cognitiva**

Considera que el pensamiento y las creencias (esquemas cognitivos) condicionan las emociones y las conductas.

#### **Objetivos:**

- 1- Hacer que los pacientes se percaten de sus deformaciones cognitivas.
- 2-Lograr cambios mediante la corrección de estas deformaciones.

#### **Técnicas:**

- Reconocimiento de cogniciones negativas.
- Intentar cambiarlas a modelos alternativos.
- Los resultados de estudios longitudinales muestran que la terapia cognitiva es tan eficaz como las medicamentosas, y se han reportado que los pacientes ancianos tratados con terapia cognitiva muestran recaídas menos frecuentes que los pacientes tratados con farmacoterapia, al lograrse un cambio cognitivo conductual en ellos que los prepara para las situaciones fóbicas futuras <sup>(40)</sup>.
- Otras investigaciones hablan del valor de las terapias de exposición. Sugerimos, sobre la base de las evidencias y de la experiencia personal los siguientes pasos en el tratamiento de exposición para la agorafobia en adultos mayores:

#### **Agorafobia. Tratamiento de exposición:**

- Elegir actividades sencillas pero importantes desde el principio.
- El anciano debe ir acompañado inicialmente alguien que lo tranquilice en las situaciones temidas.
- El anciano debe intentar enseguida la exposición él solo, pero en los momentos que le provoquen menor ansiedad.

- Las exposiciones más prolongadas son más eficaces que las breves.
- Ensayos aleatorizados controlados evidencian que los tratamientos de exposición son eficaces para temores y fobias porque promueven el cambio cognoscitivo al proporcionar a los pacientes información que contradice las creencias subyacentes a sus temores <sup>(40,41)</sup>.

### **Terapia conductual** <sup>(39)</sup>:

Considera la ansiedad como una conducta aprendida e inapropiada susceptible de reaprenderse.

#### **Objetivo:**

Modificación de la conducta a través de técnicas apropiadas que posibiliten la adquisición de aprendizajes nuevos.

#### **Técnicas:**

- Relajación.
- Imaginería.
- Hipnosis.

#### **Relajación:**

Del latín “relaxare”, que significa ablandar, aflojar; los métodos de relajación son procedimientos terapéuticos bien definidos que tratan de obtener en el individuo una desconcentración muscular y psíquica, con la ayuda de ejercicios apropiados, a fin de conseguir un tono de reposo, base de la distensión. Son esencialmente técnicas de entrenamiento que buscan obtener el dominio de algunas funciones corporales y mentales <sup>(42, 43)</sup>.

#### **Imaginería:**

Empleo de la fantasía visual, auditiva, cinestésica, olfatoria y gustativa para mejorar el estado mental, el comportamiento, y pensamientos contraproducentes. Método que se apoya en la relajación <sup>(42)</sup>.

#### **Hipnosis:**

Constituye un acto o proceso premeditado que intenta o puede causar, por medio de la sugestión, cambios psicósomáticos, psicofisiológicos y psíquicos en la condición de la conciencia o el

grado de conciencia, en las percepciones del cuerpo, los sentimientos, pensamientos, la memoria y la conducta de otra persona <sup>(42, 44)</sup>.

Si bien las técnicas de relajación tienen múltiples beneficios, también deben de tenerse en consideración sus limitaciones, pues esto es de gran valor cuando atendemos a adultos mayores, evitando así errores terapéuticos. A continuación exponemos brevemente estos resultados:

### **Beneficios relajación. Mecanismos somáticos** <sup>(43,45)</sup>:

- Reducción de la estimulación del eje Hipotalámico-Hipofisario-Suprarrenal.
- Disminución de actividad del Sistema Nervioso Simpático.
- Aumento de actividad del Sistema Nervioso Parasimpático.
- Aumento de actividad del sistema de neurotransmisión Gabaérgica (GABA).
- Liberación cerebral de endorfinas (“opiáceos endógenos”).

### **Modificaciones fisiológicas**

- Cambio electroencefalográfico de ritmos “beta” a “alfa”.
- Incremento de la circulación sanguínea cerebral.
- Descenso del consumo metabólico de oxígeno.
- Relajación muscular.
- Vasodilatación periférica.
- Disminución de la intensidad y de la frecuencia del latido cardíaco.
- Disminución de la tensión arterial y de la frecuencia respiratoria..
- Disminución de la presión arterial parcial de O<sub>2</sub> y aumento de la de CO<sub>2</sub>
- Disminución del cortisol y prolactina sanguíneos.

## **Contraindicaciones de las técnicas de relajación** <sup>(42)</sup>:

- En estados psicóticos.
- Reacciones disociativas.
- Condiciones derivadas de disfunción tiroidea, reacciones cardiovasculares desagradables.
- Perturbaciones cognitivas (estados disociativos, alucinaciones, parestesias).
- Pueden incrementar los efectos de ciertas drogas y fármacos (insulina, sedantes, hipnóticos, medicamentos para trastornos cardiovasculares).
- Debe valorarse cuidadosamente qué tipo de técnica es más aconsejable. (ejemplo, ante estados de pánico son más recomendables las técnicas de corte más fisiológico, como la relajación progresiva o el biofeedback, y no las técnicas cognitivas).
- Pueden facilitar la reactivación de reacciones emocionales o pensamientos ocultos reprimidos, que alteren de forma importante al sujeto, si no se está preparado.
- Pueden inducir una desactivación excesiva, sobre todo si se usan prolongada o en exceso, con estados de hipotensión o de hipoglicemia temporal, fatiga, somnolencia, etc.
- Deben practicarse bajo supervisión de terapeutas entrenados.

Estudios meta-analíticos en los que se ha empleado la hipnosis y la terapia cognitivo- conductual (46), tras revisar la evidencia disponible sobre la hipnosis como coadyuvante a los tratamientos cognitivo- conductuales, concluye que es probablemente eficaz para incrementar su eficacia en: varias patologías en las que se incluye la ansiedad y, en especial, los trastornos de ansiedad fóbica, junto con otros como la obesidad, el insomnio, dolor y la hipertensión arterial.

La investigación meta-analítica en torno al empleo de la hipnosis como intervención única <sup>(47)</sup>, la que solamente se incluyeron estudios clínicos aleatorizados y en comparación con un grupo de control de lista de espera o con tratamientos alternativos, indica que la hipnosis es sólo moderadamente eficaz en el tratamiento de trastornos psicológicos (fobias), y bajo en el apoyo de tratamientos médicos.

**El manejo terapéutico medicamentoso** debe ser evaluado teniendo en cuenta el riesgo-beneficio del mismo sobre la base de las particularidades de esta edad, en la que se imponen



La gran comorbilidad de la ansiedad y la depresión en el adulto mayor con trastorno de ansiedad fóbica ha dado como resultado que se empleen antidepresivos en su abordaje terapéutico; especialmente se han recomendado (por los buenos resultados obtenidos) los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (IRSS), como la fluoxetina y la paroxetina, comenzándolos con dosis muy bajas y aumentándolos lentamente para evitar un incremento inicial de la ansiedad. En ocasiones se combinan con las benzodiazepinas.

En general ambos tratamientos, el psicoterapéutico y el medicamentoso, son empleados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad fóbicos en el adulto mayor. Siempre que sea posible se evitará el uso de medicamentos y, de ser necesario, se emplearán con precaución y en dosis adecuadas. Se debe utilizar la dosis terapéutica menor e ir aumentándola paulatinamente, nunca emplear altas dosis. Los tratamientos con benzodiazepinas requieren reevaluación clínica, y su supresión es gradual <sup>(53, 54)</sup>.

#### **Terapias combinadas/ cognitivo-conductual y medicamentosa.**

En un estudio meta-analítico aleatorizado, realizado en los EUA, no se demostró clara ventaja o desventaja del tratamiento combinado (cognitivo-conductual y medicamentoso) sobre la terapia cognitivo-conductual sola para: los trastornos obsesivos compulsivos, la fobia social y el trastorno de ansiedad generalizada. El tratamiento combinado para los desórdenes de pánico es mejor que la terapia cognitiva sola, pero se asocia a mayores recaídas durante su suspensión.

La ventaja de la terapia combinada es variable y su utilidad está en discusión <sup>(55)</sup>.

## **Conclusiones**

De manera general podemos concluir que las fobias son trastornos de ansiedad de gran prevalencia en la población adulta mayor que pueden conducir a: disfuncionabilidad, malestar emocional y suicidio, y que en muchas ocasiones están infradiagnosticadas requiriendo de una atención especializada para su identificación y abordaje. En el tratamiento de la fobias en el adulto mayor se destacan las terapias cognitivo-conductuales y la técnicas de exposición. Se han empleado medicamentos con buenos resultados destacándose los inhibidores de la recaptación de serotonina y las benzodiazepinas de acción corta.

Aun está en investigación si el tratamiento simple (psicoterapéutico cognitivo-conductual) o el combinado (de terapia cognitivo-conductual con medicamentos), son más eficaces, pero se destaca el papel que juegan las técnicas no medicamentosas psicoterapéuticas en cualquiera de las alternativas.

Finalmente considero que aun se debe de investigar mucho en este campo acerca del curso, evolución, factores predisponentes y sus peculiaridades en el adulto mayor. Los límites de la ansiedad fóbica y las enfermedades, la ansiedad y la depresión en la edad geriátrica están aun por precisar. Quedan por indagar todavía las terapéuticas más sensibles para los distintos tipos de presentación de esta patología e individualizarlos al anciano en específico, así como llevar a cabo estudios transculturales dirigidos a la búsqueda y precisión de sus factores etiológicos de acuerdo a los sexos, diferenciación de grupos de adultos mayores de más y menos edad, y aspectos culturales. En el futuro se irán dilucidando estas interrogantes. Queda abierto así el camino para la ciencia y los estudiosos de esta área del saber.

## **Bibliografía:**

1-CEPAL. Conferencia Regional intergubernamental sobre envejecimiento: una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Documento de Referencia DDR/1. Preparado por: División de Población de la CEPAL/ Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)/ Grupo de trabajo interinstitucional sobre el envejecimiento: la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial y el Programa sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas. Santiago de Chile; 19-21 de noviembre.2003. 1-316.

2-CEPAL. Anuario estadístico de América Latina y el Caribe, Segunda parte. Series estadísticas de América Latina y el Caribe. Part two Statistical series for Latin America and the Caribe. 2004. 181-188.

3-CEPAL/CELADE. AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN 1950-2050. Boletín demográfico Demographic Bulletin LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN: POPULATION AGEING. Económica para América Latina y el Caribe/Economic Commission for Latin America and the Caribbean.Population DivisionAÑO/ YEAR XXXVI. (72) Julio / July Santiago de Chile / Santiago, Chile; 2003. 1-331. Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/america\\_latina\\_y\\_el\\_caribe\\_el\\_envejecimiento\\_de\\_la\\_poblacion.1950-2050\\_cepal.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/america_latina_y_el_caribe_el_envejecimiento_de_la_poblacion.1950-2050_cepal.pdf)

4-CEPAL/UNFPA. Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe. 2005 enero; 1: 1-12.

5- CITED, ONE, MINSAP. Situación de Salud de las Cubanas y los Cubanos. Año 2005. Confeccionado por un colectivo de especialistas en representación de las diferentes áreas del MINSAP. La Habana, Cuba; 2005. 1-84.

6-Edward T. World Population Approaches 7 Billion. Census Press Releases. 2008 June. Disponible en: <http://www.Census.gov/main/www/srchtol.html>

- 7- Pérez Díaz R. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Algunas consideraciones sobre el tema. Gericuba. 2006 abril-julio; 1(2). Disponible en:  
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/trastornos-afectivos-final.pdf>
- 8 -Pérez Díaz R. Tratamiento de la ansiedad en el adulto mayor. Gericuba. 2007 enero-marzo; 2(1) Disponible en:  
[http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/tratamiento ansiedad adulto mayor.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/tratamiento%20ansiedad%20adulto%20mayor.pdf)
- 9-AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.
- 10- El síndrome postcaída predice la recuperación en ancianos con fractura. Servicio de Geriátría del Hospital Universitario La Paz. 2006 febrero. Disponible en:  
<http://www.icomem.es/articulo.php?do=extend&idcont=84&pag=0>
- 11- Marín Carmona, JM; López Trigo, JA. Geriátrías. Excmo. Ayuntamiento de Málaga Las caídas en el anciano desde el punto de vista médico. Sociedad Andaluza de Geriátría y Gerontología. 2004 diciembre; 2(3): 12-17
- 12- Coello L. J. Síndrome de inmovilidad. IX Congreso de la Sociedad Española de Rehabilitación Geriátrica. 2006 octubre 27-28; San Sebastián, España.
- 13- Gretchen A. B., Guralnik M.J., Williamson J.,<sup>3</sup> Linda P. Fried P.L., Brenda W.J. Correlates of Anxiety Symptoms in Physically Disabled Older Women Am J Geriatr Psychiatry. January, 2005 January; 13 (1): 15-22
- 14- Gretchen A. B., Guralnik M.J., Williamson J.,<sup>3</sup> Linda P. Fried P.L., Brenda W.J. et al. The Influence of Anxiety on the Progression of Disability. J Am Geriatr Soc. 2005 January; 53(1): 34-39.
- 15-Molina, J.C. Síndrome Post- caída. En: R. Suárez Terry. Grandes Síndromes Geriátricos Monografía. Maestría Longevidad Satisfactoria. 2006. La Habana. Cuba.
- 16- Staudt, Storti. Revista de Postgrado de la VLA Cátedra de Medicina. 2006 Marz ; 155:15-19
- 17- Medina, Borges, Lara. Prevalencia de Trastornos Mentales y Uso de Servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de México; 2003; 1:1-16.
- 18- Spar JE, La Rue A, Concise Guide to Geriatric Psychiatry, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1990; 1:4-7.

- 19- Salzmaii C. Anxiety and depression. en Management of mental disorders in baby boomers and beyond. Symposium,151st. APA Meeting, Toronto, Canada, 1998.
- 20- Folks DG, Fuller WC. Anxiety disorders and insomnia in geriatric patients. *Psychiatric Clinics NA* 1997; 20 (1): 137-164,
- 21- Ríos Lorena. Se disparan las enfermedades mentales. *Vértigo*. 2003. Disponible en: <http://www.revistavertigo.com/historico/29-11-203/reportaje.html>
- 22- Aartjan, T.F., Beekman, M.D, Edwin de Beurs, E., et al. Anxiety and Depression in Later Life: Co-Occurrence and Communality of Risk Factors. *Am J Psychiatry*. 2000; 157:89-95. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/157/1/89>
- 23-Rauch, S.A.M., Morales, K.H., Zubritzky, C., Knott, K. y Oslin, D. .Posttraumatic Stress, Depression, and Health Among Older Adults in Primary Care *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14(4): 316 - 324.
- 24- Roux, H., Gatz, M. y Wetherell, J.L. Age at Onset of Generalized Anxiety Disorder in Older Adults. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005 13(1): 23 - 30.
- 25- Steffens, D. C. y Mc Quoid, D.R. Impact of Symptoms of Generalized Anxiety Disorder on the Course of Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005 13(1): 40 - 47.
- 26- Flint, A. J. y Rifat, S.L.Relationship Between Clinical Variables and Symptomatic Anxiety in Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(3): 292
- 27- Beurs, de E., Beekman, A., Geerlings, S., Deeg, D., Van Dyck, R. y Van, W., T. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *Br. J. Psychiatry*. 2001; 179(5): 426 - 431.
- 28- Lenze, E.J, Rogers, C., Martire, L..M., et al. The Association of Late-Life Depression and Anxiety With Physical Disability: A Review of the Literature and Prospectus for Future Research *Am J Geriatr Psychiatry*. 2001; 9(2): 113 - 135.
- 29- Manual Merck de Geriatria.2da. ed.Madrid: Harcourt; 2001. .
- 30- Roldán, García L. Geriatria. Manual Moderno. México; 2006.
- 31-Kunik, Roundy, Veazey.Surprisingly High Prevalence of Anxiety and Depression in Chronic Breathing Disorders. *Chest*. 2005; 127(4): 1205 - 1211

- 32-Rauch, S.A.M., Morales, K.H., Zubritzky, C., Knott, K. y Oslin, D. Posttraumatic Stress, Depression, and Health Among Older Adults in Primary Care *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14(4): 316 - 324.
- 33-Steffens, D. C. y Mc Quoid, D.R. Impact of Symptoms of Generalized Anxiety Disorder on the Course of Late-Life Depression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005; 13(1): 40 - 47.
- 34-Tolin, D.F., Robison, J.T. y Blank, K. Anxiety disorders in older Puerto Rican primary care patients. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2005; 13(2):150-6.
- 35-Alan, J. y Gelenberg, M.D. Psychiatric and Somatic Markers of Anxiety *J Clin Psychiatry* 2000, 2:121-125
- 36-Grupo ESEMeD-España. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med Clin*. 2006; 126 (12):445-51.
- 37-Cairney, Veldhuizen, Streiner, Herrmann. Epidemiology of social phobia in later life. *Am J Geriatr*. 2000 marz ;15(3):224-33
- 38-Kindelán A.B. Evaluación de la ansiedad en población adulta mayor de más de 60 años en régimen semi-interno. Tesis para optar por el título de máster en Longevidad Satisfactoria: Instituto Superior de Ciencias Médicas Facultad Calixto García Iñiguez; 2007.
- 39- Koenig, H.G. y Blazer, D.G. Depression, Anxiety, and other Mood Disorders. En C.K. Cassel, R.M. Leipzig, H.J. Cohen, E.B. Larson and E.M. (Comps), *Geriatric Medicine and evidence-based approach*. New York: Springer; 2003. p. 1163-1183.
- 40- Katz, PR, Grossberg GT, Otter JF, Solomon D. American Geriatrics Society. *Geriatrics Syllabus for Specialists* New York, 2002; 20. p. 1-20.8
- 41- Pontillo D, Lang A et al. Management and treatment of anxiety disorders in the older patient. *Clinical Geriatrics*. 2002; 10(10):38-49
- 42-Martín M. Psicología, Hipnosis y Relajación en la atención a los pacientes con dolor. Ciudad de la Habana; 2007.
- 43- Martínez, P. B. y Moisés, A. Relajación. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica; 1995.
- 44-Martínez, P. B. y Moisés, A. Hipnosis, teoría, métodos y técnicas. Ciudad de la Habana: Científico-Técnica; 1995
- 45-Tappe Martínez J. Técnicas de Relajación.. Pirineo Aragonés; 2005.

- 46- Schoenberger. Hypnosis and cognitive therapy 2000. Citado en: Conferencia Hipnosis Antonio Capafons. Universidad de València, España; 2007.
- 47- Flammer & Bongartz . A meta study about hipnosis 2003. Citado en: Conferencia de hipnosis Antonio Capafons Universidad de València, España; 2007.
- 48- Aguerra, O.L F. y Araguez, F.M. Psicofarmacología Geriátrica. Salud Mental; 2002. Disponible en: [http://www.sepsiquiatrica.org/sepsiquiatrica/\\_sociedad/manual/guia/htm](http://www.sepsiquiatrica.org/sepsiquiatrica/_sociedad/manual/guia/htm)
- 49- Salzman, C. Mood disorders. In C. E. Coffey & J.L. Cummings (Eds), *Textbook of geriatric neuropsychiatry*. (2<sup>nd</sup> ed.) (pp.313-328). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- 50- Sheikh, F.I. Anxiety disorders. En C. E. Coffey & J.L. Cummings (Eds), *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. (2<sup>nd</sup> ed.) (pp.347-366). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
- 51- Julien, R. M. A primer of drug action: A concise, nontechnical guide to the active uses, and side effects of psychoactive drugs. (9<sup>th</sup> ed.). New York: Worth; 2000
- 52-Bezchlibnyk-Butler K.J. y Jeffries J.J. *Clinical hand-book of psychotropic drugs* (11th rev.ed.) Seattle, WA: Hogrefe&Huber; 2001
- 53- Jerrold, F., Rosenbaum, MD., Charles, P.O., Brien, M.D., Michael,W., Mark H., Peter, P., Roy- Byrne, Samantha, A. y Stewart, M.D. Benzodiazepines: Revising Clinical Issues in Treating Anxiety Disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005 ;7(1):23-32.  
<http://www.pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&artid=1076477>
- 54- James, C., Ballenger, M.D., Jonathan, R.T.,Davidson M.D., Yves Lecrubier M.P.y David, J. N. (International Consensus Group on Depression and Anxiety). A Proposed Algorithm for Improved Recognition and Treatment of the Depression/ Anxiety Spectrum in Primary Care Companion. *J Clin Psychiatry*. 2001; 3(2):12-22
- 55-Foa EB et al. Context in the clinic: how well do cognitive-behavioural therapies and medications work in combination? *Biol Psychiatry* 2002 Nov; 15; 52(10):987-997