

Trastorno de pánico en el anciano

J. SEGUÍ*, L. SALVADOR**, J. CANET***, M. MÁRQUEZ****, M. ORTIZ*** y L. GARCÍA*.

* Sección de Psiquiatría, Hospital del Sagrado Corazón (La Alianza). Barcelona. ** Universidad de Cádiz. *** PSINEP Centro de Psicología, Neurología y Psiquiatría. Barcelona. **** Centro de Salud Mental. Cerdanyola del Vallés. Barcelona.

Resumen

La presencia de trastorno por angustia (TA) en el anciano es controvertida y los datos existentes sobre las características del TA en esta población son muy escasos.

Objetivos: Se pretende estudiar las características sociodemográficas y clínicas del trastorno de pánico en pacientes de más de 60 años asistidos en unidades ambulatorias de psiquiatría.

Método: Un mismo equipo evaluó todos los casos consecutivos con diagnóstico de TA (DSM-III-R) atendidos en dos centros de referencia en un período de tres años, diferenciando entre aquellos con 60 años o más y el resto de sujetos. Se administró el GAF, PASS, y escala de fobias de Marks y Matthews.

Resultados: De los 341 sujetos con TA, 53 (15,6%) tenían más de 60 años en el momento de la entrevista. Los sujetos con edad avanzada referían menor intensidad de los síntomas, menor comorbilidad con fobia social ($p < 0,01$) y alcoholismo ($p < 0,05$) y mayor con distimia ($p < 0,05$). También presentan menos historia familiar de alcoholismo ($p < 0,5$), depresión ($p < 0,05$) y TA ($p < 0,05$).

Conclusiones: Una proporción variable pero no ocasional de los sujetos con TA que consultan en unidades de psiquiatría tienen más de 60 años. El TA en poblaciones ancianas presenta algunas características como la asociación a enfermedades médicas y la menor gravedad de los síntomas que pueden favorecer el infradiagnóstico de este trastorno en asistencia médica y psiquiátrica.

Palabras clave: Trastorno por angustia. Anciano. Fobia social. Alcoholismo. Distimia.

Summary

The existence of panic disorder (PD) in old population is a source of debate.

Objectives: This study is aimed at studying the sociodemographic and clinical characteristics of panic disorder in patients over 60 years of age seen in two outpatient psychiatric clinics.

Method: All consecutive cases of PD (DSM-III-R) who contacted with two outpatient clinics in a three-year period were assessed by the same team. Those patients aged 60 or more at the time of interview were grouped and compared with a young and adult group. PASS and Marks-Matthews' Phobia Scale were administered to the sample.

Results: Fifty-three (15,6%) out of 341 PD patients were over 60 years of age. Elderly patients reported less frequency and severity of symptoms, less comorbidity with social phobia ($p < 0,01$) and alcoholism disorders ($p < 0,01$) and more with dysthymia ($p < 0,05$). The elderly patients with PD reported fewer family histories of alcoholism ($p < 0,05$), depression ($p < 0,05$) and PD ($p < 0,05$).

Conclusions: The rate of PD patients over 60 years of age who get in touch with outpatient psychiatric clinics is variable but not uncommon. Some clinical characteristics of PD in the elderly such as medical comorbidity and less symptom severity may enhance misdiagnosis in clinical settings.

Key words: Panic disorder. Elderly. Social phobia. Alcoholism. Dysthymia.

El trastorno por angustia (TA) es una entidad psiquiátrica que se inicia en la juventud, y alcanza su mayor nivel de prevalencia entre los 25 y los 50 años de edad (1). Algunos autores refieren un curso bimodal, con un primer pico para ambos sexos entre los 15 y 24 años y un segundo pico entre los 45 y los 54 años (2). Desafortunadamente existen pocos datos sobre su curso y caracterís-

ticas clínicas en edades avanzadas. De los estudios epidemiológicos publicados, se infiere que el trastorno por angustia muestra un decremento progresivo con la edad. En el estudio ECA, la incidencia-año para personas por encima de los 65 años de edad fue de 0,04%, con una prevalencia global del 0,1%, lo que sugiere que la mayoría de los casos son trastornos crónicos de inicio previo (3). El

estudio NCS no permite inferir datos sobre población anciana dado que su límite máximo de edad se establece en 54 años (2). La prevalencia-semestre y prevalencia-vida en el estudio en el condado canadiense de Edmonton es algo superior a la encontrada en Estados Unidos (0,0 para hombres y 0,5 para mujeres), pero siempre inferior a la de la población adulta. Una proporción similar se ha encontrado en el Reino Unido (4). Datos parecidos se han referido en el caso de la agorafobia con o sin trastorno por angustia (5).

De todas formas, algunos estudios señalan la existencia de casos cuyo inicio es posterior al habitual. Sheik, et al (6) encontraron que un 3,46% de una serie de casos de TA reclutados a través de anuncios se habían iniciado después de los 55 años. Otros estudios han señalado entre un 5,7% de casos iniciados por encima de los 60 años en una unidad de geriatría (7), y el 2,38% de los pacientes por encima de 65 años atendidos en un servicio de psicogeriatría (8).

De todo lo anterior parece deducirse que, aunque menos frecuente que en población adulta, el trastorno por angustia también aparece en población anciana, existiendo casos documentados de inicio en edades avanzadas (6-9). La suposición de un curso más benigno del trastorno a medida que avanza la edad (1) no ha sido suficientemente contrastada por la evidencia empírica, al carecerse de un número adecuado de estudios clínicos sobre las características de dicho trastorno en edades avanzadas. La identificación y tipificación del trastorno por angustia de inicio tardío también requiere de estudios específicos en población anciana en diferentes medios (población general, asistencia primaria, salud mental, servicios de geriatría).

El objetivo del presente estudio es identificar los casos de trastorno por angustia en población de 60 años o más que acuden a un servicio de salud mental, comparando sus características sociodemográficas y clínicas con las del trastorno en la edad adulta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudia una serie de 341 pacientes de ambos sexos, a partir de los 16 años de edad, afectos de trastorno por angustia evaluados de forma consecutiva en las consultas externas de dos centros de una misma área urbana, la Sección de Psiquiatría del Hospital General de La Alianza, y el Centro Psicología, Neurología y Psiquiatría (Psinep) de Barcelona. El primer centro pertenece a la mutua sanitaria más importante del área y el segundo cubre ocho entidades de seguro libre de Barcelona. En su conjunto este sector da cobertura sanitaria al 24% de la población en Cataluña. En ambos centros la asistencia psiquiátrica depende de un mismo equipo asistencial. El período de estudio fue de tres años a partir de la creación de dichas unidades (1-3-1991 al 28-2-1994).

La evaluación clínica fue efectuada por dos entrevistadores experimentados, un psiquiatra (J. S.) o un psicó-

logo clínico (J. C.), de acuerdo a los criterios del DSM-III-R. Se utilizó la entrevista SCID-UP-R para el diagnóstico según el eje I (10). Se comparó la fiabilidad de diagnósticos en 30 sujetos por los dos evaluadores independientes, obteniendo un kappa de 0,8 para el eje I.

Los antecedentes familiares se valoraron por entrevista con los pacientes o con familiares directos de éstos. Sólo se consideraron los familiares de primer grado (padres, hermanos o hijos). Se excluyeron aquellos casos en los que el trastorno por angustia fue claramente secundario a otra patología médica o se asociaron a trastornos orgánicos cerebrales, en acuerdo con los criterios DSM-III-R. En los pacientes de más de 60 años, el diagnóstico se aplazó hasta descartar otras causas de origen médico. En todos los casos se efectuaron pruebas tiroideas, ECG, radiología de tórax y exploración neurológica. En caso de patología tiroidea sólo se incluyeron pacientes con valores tiroideos normales y cuya disfunción estaba compensada según informe endocrinológico.

La exploración clínica incluyó la escala GAF de funcionamiento general, el cuestionario de fobias de Marks y Matthews (11) y el cuestionario PASS (Panic-Associated Symptom Scale) (12) para evaluación de la severidad del trastorno por angustia. También se utilizó una escala de síntomas del ataque de pánico de 14 ítems para autoevaluación de síntomas del DSM-III-R, con un rango de 4 puntos (0= inexistente, 1= leve, 2= moderado, 3= grave) (13). En los pacientes de más de 60 años también se administró el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (14) en su versión española (15).

Análisis estadístico

Los pacientes con trastorno por angustia se dividieron en dos grupos según la edad en el momento de la entrevista: jóvenes y adultos (hasta 59 años) y ancianos (60 o más). En el grupo de pacientes ancianos se analizaron también las características de aquéllos con un inicio del trastorno por encima de los 60 años con respecto a los que referían un inicio anterior. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron la *t* de Student para variables continuas y la chi-cuadrado para variables categoriales, aplicando las correcciones de Yates o el test de Fisher cuando fue necesario. El mínimo nivel de significación exigido fue de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Características generales

En total se evaluaron 379 pacientes que cumplían criterios DSM-III-R de trastorno por angustia. Las características en el momento del estudio fueron edad media $40,4 \pm 14,6$ años. 287 (75,7%) fueron mujeres y 92 (24,3%) varones. Estado civil: 202 casados, 123 solteros, 21 divorciados o separados y 18 viudos. Actividad laboral: 202 en activo, 123 amas de casa, 25 estudiantes, 12 en paro y 16

TABLA I Edad de inicio del trastorno de pánico

	< 60 años (288)	> 60 años (53)
< 10 años	0,35%	0,00%
10-20	18,40%	1,89%
20-30	37,15%	11,32%
30-40	29,17%	9,43%
40-50	10,76%	16,98%
50-60	4,17%	24,53%
60-70	0,00%	28,30%
> 70 años	0,00%	7,55%

perciben pensiones de jubilación o por incapacidad laboral. Los años de escolarización fueron de $9,66 \pm 3,82$.

En total 53 (15,6%) pacientes tenían una edad actual igual o superior a 60 años. Entre los pacientes ancianos, el 35,8% el trastorno por angustia se inició después de los 60 años. El 39,62% apareció antes de los 50 años (tabla I).

Trastorno por angustia en el anciano comparado con el resto de la muestra

La proporción de mujeres es similar en ambos grupos (79,2% vs 76,4%) entre ambos grupos. La edad actual del grupo de ancianos es de $65,94 \pm 1,34$ y la del resto del grupo de $35,86 \pm 0,57$.

Los pacientes ancianos tienen una edad de inicio más tardía y una mayor evolución clínica. Tienen menos puntuación en la escala de fobia social del cuestionario de miedos de Marks y Mathews. Por otra parte, presentan un trastorno por angustia menos grave cuantificado a través de la escala PASS, lo cual queda corroborado por una menor intensidad en la mayoría de los síntomas clínicos de las crisis de angustia. Los pacientes ancianos, por otra parte, tienen menos antecedentes familiares de alcoholismo, depresión y trastorno por angustia (tabla II).

Los pacientes ancianos tienen más trastornos distímicos, menos alcoholismo y fobia social. Ambos grupos presentan similar grado agorafobia (tabla III).

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos en el grupo de sujetos con edad avanzada cabe destacar la menor gravedad del trastorno por angustia, una menor comorbilidad con fobia social y alcoholismo y mayor asociación a distimia. La menor gravedad del TA en el anciano coincide con lo descrito por Sheikh et al (6). La población anciana muestra un patrón de evolución bimodal, muy diferenciado con respecto a la población adulta. Los casos de inicio tardío tienen una evolución media inferior a dos años y una desviación estándar muy pequeña, mientras que los pacientes ancianos con inicio anterior a los 60 años muestran un tiempo de evolución de más de 15 años, mientras que el tiempo medio de evolución de la población adulta es de

TABLA II Datos generales sobre el Trastorno de Pánico

	< 60 años (288)	> 60 años (53)	
<i>Inicio pánico</i>	29,08 ± 0,63	50,28 ± 1,52	***
<i>Evolución pánico</i>	6,91 ± 0,61	16,03 ± 1,41	**
<i>Frec. crisis últ. mes</i>	12,73 ± 0,91	11,24 ± 2,11	
<i>G.A.F.</i>	56,45 ± 0,37	55,98 ± 0,87	
<i>Marks y Mathews</i>			
Total	31,42 ± 1,17	27,75 ± 2,72	
Social	4,98 ± 0,49	1,58 ± 1,04	**
Sangre	10,48 ± 0,51	9,64 ± 1,19	
Agorafobia	15,90 ± 0,77	16,50 ± 1,78	
<i>P.A.S.S.</i>			
Total	15,91 ± 0,32	13,81 ± 0,76	*
Situacional	2,88 ± 0,10	2,77 ± 0,24	
Espontáneo	4,26 ± 0,07	3,60 ± 0,17	*
Limitado	1,36 ± 0,07	1,06 ± 0,16	
Ans. Anticipatoria	4,88 ± 0,09	3,87 ± 0,22	*
Fobias	2,49 ± 0,09	2,49 ± 0,22	
<i>Asist. psiq. previa</i>	89,93%	86,70%	
<i>Antecedentes familiares</i>			
Psicosis	2,11%	0,00%	
Alcoholismo	12,20%	3,80%	*
Depresión	27,40%	13,21%	*
T. por Angustia	27,10%	7,50%	*
<i>Sínt. clínicos (intensidad)</i>			
Dif. respirar	2,07 ± 0,06	1,32 ± 0,16	***
Atragantamiento	0,83 ± 0,06	0,49 ± 0,15	*
Palpitaciones	2,47 ± 0,06	1,77 ± 0,13	***
Dolor torácico	1,43 ± 0,07	1,08 ± 0,17	
Sudoración	1,23 ± 0,07	0,51 ± 0,15	***
Desvanecimiento	1,14 ± 0,07	0,96 ± 0,16	
Mareo	1,58 ± 0,08	1,53 ± 0,18	
Náuseas	0,60 ± 0,05	0,17 ± 0,12	**
Despersonalización	0,65 ± 0,06	0,23 ± 0,13	**
Hormigueo	1,10 ± 0,07	0,83 ± 0,16	
Sofocación	1,00 ± 0,06	0,43 ± 0,14	**
Temblores	1,36 ± 0,07	0,87 ± 0,16	**
Miedo a morir	1,81 ± 0,08	1,49 ± 0,18	
Miedo a enloquecer	0,71 ± 0,06	0,22 ± 0,15	*

* p<0,05 ** p<0,01. *** p<0,001.

TABLA III Comorbilidad

	< 60 años (288)	> 60 años (53)	
<i>Alcoholismo</i>	14,20%	1,90%	**
<i>T. depresivos</i>			
Depresión mayor	33,70%	43,40%	
Distimia	8,03%	18,90%	*
<i>Fobia Social</i>	19,80%	5,70%	**
<i>Fobia Específica</i>	30,20%	24,50%	
<i>T. Obsesivo-Compulsivo</i>	8,70%	11,30%	
<i>Agorafobia</i>			
No	15,90%	11,30%	
Limitada	55,60%	58,50%	
Ampliada	28,50%	0,30%	

* p<0,05 ** p<0,01.

casi siete años. La población anciana se halla, pues, en grupos extremos, uno de muy corta duración y otro muy cronificado, de duración extrema. La ausencia de diferencias en la frecuencia e intensidad de los síntomas en los dos grupos de pacientes ancianos es, cuando menos, paradójica. Una posibilidad es que el inventario de síntomas del DSM-III-R no recoja aspectos importantes de la semiología del trastorno (16), en los que sí puedan existir diferencias en estos dos grupos de población anciana. Otra posibilidad es que algún factor relacionado con la edad juegue un papel en la manifestación del trastorno. Se ha sugerido que el descenso de actividad noradrenérgica relacionado con el envejecimiento podría explicar la menor intensidad del TA en el anciano (1). Este descenso incluye una reducción en el número de receptores, en la respuesta agonistas y antagonistas noradrenérgicos, pérdida neuronal en el Locus Ceruleus y aumento de la actividad MAO con una disminución consiguiente de niveles de noradrenalina y MHPG (17). Estos fenómenos también se han relacionado con la actividad neurotóxica del alcohol, lo que puede contribuir a que la asociación de alcoholismo y pánico sea mucho menor en pacientes ancianos que en pacientes jóvenes y adultos (17). De hecho, se ha señalado una baja sintomatología ansiosa en alcohólicos ancianos con respecto a población adulta (18). La baja tasa de alcoholismo entre los TA de edad avanzada puede explicarse también por la historia natural de esta dependencia, dada su disminución con la edad (19).

La baja tasa de fobia social coincide con estudios previos (7) y puede relacionarse con el curso natural de este último trastorno, que también decrece con la edad (5), y raramente se inicia en la edad avanzada (20). La mayor tasa de distimia en los pacientes ancianos se puede relacionar con la mayor evolución del TA en estos pacientes y con la proporción de enfermedades físicas que presentan este grupo, lo cual podría provocar mayor incapacidad en estos pacientes. Estos datos coinciden con otros estudios en que la depresión se asociaban frecuentemente con trastornos ansiosos en el anciano (18)

Las limitaciones más importantes de nuestro trabajo son varias.

a) Por una parte los datos presentados son de una muestra clínica y no es representativa de la población general de nuestro medio de todas formas, las características sociodemográficas y clínicas del grupo de TA con una edad menor de 60 años es similar a la referida por otros estudios efectuados en muestras asistenciales (16, 21-25). La tasa de comorbilidad encontrada en este estudio en la población adulta con TA es también similar a la referida por otros autores (5).

b) No se han encontrado estudios previos que evalúen las características del trastorno por angustia en población anciana asistida en consultas externas de psiquiatría. Raj et al (7) estudiaron población hospitalizada y ambulatoria en un servicio de geriatría, y Luchins y Rose (8) lo hicieron en una unidad de psicogeriatría. El estudio de Munich (26) evalúa una muestra previamente hospitalizada en una unidad de psiquiatría y otra extraída

de población general, e incluye sujetos entre 55 y 63 años de edad. Desafortunadamente no realiza una evaluación específica de los sujetos con TA y edad avanzada. Tanto el proyecto ECA (27), como el estudio de Edmon-ton (28), incluyen población con edad avanzada, pero no efectúan una descripción pormenorizada de la misma. La proporción de trastornos de pánico de edad avanzada (15,6%), hallada en nuestro medio no es, pues, comparable con los estudios antes señalados.

c) Dificultad para diagnosticar el TA en el anciano al poder ser trastornos ansiosos o afectivos orgánicos (29). Es posible que los casos de morbilidad oculta (no diagnosticada) de trastorno por angustia en el medio asistencial, se vean incrementados en pacientes ancianos. En este grupo de población puede acontecer que la presencia del TA pase desapercibida ante la existencia de otra enfermedad médica que a juicio del clínico justifique los síntomas del paciente. Este proceso, conocido como «ensombrecimiento diagnóstico», es frecuente en otros casos como el diagnóstico de depresión en el retraso mental. Debe considerarse la alta proporción de pacientes por encima de los 60 años que presentan enfermedades médicas concurrentes. La posibilidad del ensombrecimiento diagnóstico es aún más factible cuando las crisis se asocian a un menor número de síntomas y éstos son menos intensos, como acontece en el grupo de población anciana (tabla II). También existe la posibilidad contraria: que exista un sobrediagnóstico de TA por falsos positivos que en realidad corresponden a casos secundarios a enfermedades médicas. En este estudio se pretendió obviar este sesgo mediante una cuidadosa exploración médica, pero es necesario esperar a obtener datos longitudinales sobre el curso del trastorno para descartar definitivamente esta variable confusora. De todas formas, es posible que la proporción de casos sea mayor, ya que se excluyeron los pacientes con demencia. El sesgo del recuerdo puede jugar un papel en la menor referencia de síntomas, y sin duda se halla relacionado con la descripción de antecedentes familiares en este grupo, aunque otra vez debe tenerse en cuenta que los casos de demencia han sido excluidos del estudio. Un factor que debía haberse valorado con mayor detenimiento es el de la medicación por problemas médicos, que no se recogió en el estudio y que también puede influir en la aparición de crisis de pánico secundarias (29).

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se ha financiado con una beca concedida a este equipo de investigación por los laboratorios Pharmacia-Upjohn. Al Sr. Manuel Serrano por su inestimable ayuda en la búsqueda bibliográfica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Charney DS, Woods SW, Nagy LM, Southwick SM, Krystal JH, Henninger GR. Noradrenergic function in

- panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 1990; 51:12(Suppl A):5-11.
2. Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. *Am J Psychiatry* 1994;151:413-20.
 3. Eaton WW, Kramer M, Anthony JC, Dryman A, Shapiro S, Loche BZ: The incidence of specific DIS/DSM III mental disorders: data from the NIMH Epidemiological Catchment Area program. *Acta Psychiatr Scand* 1989; 79: 163-178.
 4. Manela M, Katona C, Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996;11:65-70.
 5. Magee WJ, Eaton WW, Wittchen HU, McGonagle KA, Kessler RC. Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:159-68.
 6. Sheikh JI, King RJ, Taylor CB. Comparative phenomenology of early onset versus late onset panic attacks: a pilot survey. *Am J Psychiatry* 1991;148:1231-3.
 7. Raj BA, Corvea M, Dagon EM. The clinical characteristics of panic disorders in the elderly: A retrospective study. *J Clin Psychiatry* 1993;54:150-5.
 8. Luchins DJ, Rose RP. Late-life onset of panic with agoraphobia in three patients. *Am J Psychiatry* 1989; 146:920-1.
 9. Lyle A. Late onset of panic: case report. *European Psychiatry* 1995;10(Suppl 2):75S-6S.
 10. Spitzer R, Williams JBW. Structural Clinical Interview for DSM-III-R Upjohn Version (SCID-UP-R) rev. New York, NY: New York State Psychiatric Institute. New York; 1988.
 11. Marks IM, Mathews AM. Brief standard self-ratings for phobic patients. *Behav Res Ther* 1979;17:263-7.
 12. Argyle N, Deltito J, Allerup P, Maier W, et al. The Panic-Associated Symptom Scale: measuring the severity of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 83:20-6.
 13. Seguí J, Salvador-Carulla L, García L, Canet J, Ortiz MM, Farré JM. Semiology and subtyping of panic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1998;97:272-7.
 14. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Res* 1975;12(3):189-98.
 15. Lobo A, Escobar V, Gómez-Burgada F. El Mini-Examen Cognoscitivo y deterioro psíquico. *Rev Psiq Gen Aplic* 1979;34:628.
 16. Cox BJ, Swinson RP, Endler NS, Norton GR. The symptom structure of panic attacks. *Compr Psychiatry* 1994;35:349-53.
 17. Krystal JH, Leaf PJ, Bruce ML, Charnje DS. Effects of age and alcoholism on the prevalence of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:77-82.
 18. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *Am J Psych* 1994;151:640-9.
 19. Regier CA, Farmer MA, Rae DS, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *JAMA* 1990;264:2511.
 20. Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, Hornig CD, Liebowitz MR, Weissman M. Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49:282-8.
 21. Barlow DH, Vermilyea J, Blanchard EB, Vermilyea BB, DiNardo PA, Cerny JA. The phenomenon of panic. *J Abnorm Psychol* 1985;94:320-8.
 22. Aronson TA, Logue CM. Phenomenology of panic attacks: A descriptive study of panic disorder patients' self-reports. *J Clin Psychiatry* 1988;49:8-13.
 23. Noyes R, Clancy J, Garvey MJ, Anderson DJ. Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *J Anxiety Disord* 1987;1:3-13.
 24. Rapee RM, Craske MG, Barlow DH. Subject-described features of panic attacks using self-monitoring. *J Anx Dis* 1990;4:171-81.
 25. Starcevic V, Kellner R, Uhlenhuth EH, Pathak D. The phenomenology of panic attacks in panic disorder with and without agoraphobia. *Compr Psychiatry* 1993;34:36-41.
 26. Wittchen HU, Essau CA, Krieg JC. Anxiety disorders: similarities and differences of comorbidity in treated and untreated groups. *Brit J Psychiat* 1991;159 (suppl.12):23-33.
 27. Myers JK, Weissman MM, Tischler G, et al. Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities, 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41: 959-67.
 28. Dick CL, Bland RC, Newman SC. Panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1994;Suppl 376:45-53.
 29. Small GW. Recognizing and treating anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1997;58(suppl. 3):41-7.

Correspondencia:

Dr. Juan Seguí
 Sección de Psiquiatría
 Hospital Sagrado Corazón (La Alianza)
 Viladomat, 288
 08021 Barcelona (España)
 E-mail: juan.seguimontesinos@globalmed.es