

Artículos de revisión:

Trastorno de ansiedad en personas mayores: una revisión de la literatura

Bernardo Barra¹, Karina Lobos², Pilar Calvo³

Resumen

Objetivos:

Realizar una revisión de la literatura sobre los trastornos de ansiedad en población mayor, enfocándose en la epidemiología, clínica y manejo.

Materiales y métodos:

Revisión exhaustiva de artículos en base de datos Pubmed entre 2003-2019.

Resultados:

Los trastornos de ansiedad en personas mayores de 60 años o más tienen una prevalencia de 4-15%; dentro de estos los más frecuentes son el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas, los que son más comunes entre las personas que padecen enfermedades médicas crónicas. Con respecto a la etiología, habría una hiperactivación de la amígdala e ínsula, y una hipoactividad en tálamo, corteza prefrontal, ventro-dorsomedial y cíngulo rostral. El diagnóstico es principalmente clínico, donde se pesquisan síntomas ansiosos y de preocupación constantes, acompañados de síntomas físicos tales como palpitaciones, disnea, opresión torácica, etc. El manejo farmacológico de primera línea son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, el cual debe ser complementado con un estilo de vida saludable, y psicoterapia cognitivo conductual.

Conclusiones:

La literatura sobre este tema es escasa, y en general son extrapolaciones de estudios en poblaciones más jóvenes. Es necesario realizar una mayor investigación centrada en poblaciones de personas mayores, donde se aborden distintas variables, lo cual permitirá obtener resultados específicos para este grupo etario.

Palabras claves: Trastorno de Ansiedad, personas mayores, Trastorno de Ansiedad generalizada, inicio tardío, envejecimiento.

Anxiety disorder in the elderly: a review of the literature

Abstract

Objective:

To conduct a review of the literature on anxiety disorders in older population, focusing on epidemiology, clinic and management.

Materials and methods:

Exhaustive review of articles in Pubmed database between 2003-2019.

Results:

Anxiety disorders in older people have a prevalence of 4-15%, among these the most frequent in the long-term population are generalized anxiety disorder and specific phobias, which are more common among people with chronic medical conditions. Regarding the etiology, there would be an overactivation of the amygdala and insula, and hypo activity in the thalamus, prefrontal cortex, ventro-dorsomedial and rostral cingulate. The diagnosis is mainly clinical, where constant anxious and worrying symptoms are investigated, accompanied by physical symptoms such as palpitations, dyspnea, chest tightness, etc. The first-line pharmacological management is selective serotonin reuptake inhibitors, which must be complemented with a healthy lifestyle and cognitive behavioral psychotherapy.

Conclusion:

The literature on this topic is scarce, and in general they are extrapolations from studies in younger populations. It is necessary to carry out more research focused on long-lived populations, where different variables are addressed, which will allow obtaining specific results for this age group.

Keywords: Anxiety disorder, Older people, Generalized anxiety disorder, late onset, Aging.

1. Psiquiatra. Departamento de psiquiatría Universidad Andrés Bello. Hospital El Pino/Centro de Demencias Aliwen. Santiago, Chile.
 2. Residente de Psiquiatría Universidad Andrés Bello. Santiago, Chile.
 3. Psiquiatra. COSAM de San Bernardo. Santiago. Chile.

Introducción

La población de personas mayores en el mundo ha ido aumentando, y Chile no ha sido la excepción, mostrando un claro aumento del grupo etario de personas de 60 o más años. Este envejecimiento poblacional ha venido acompañado de múltiples patologías médicas y psiquiátricas entre las que destacan los trastornos depresivos, trastornos ansiosos y trastornos Neurocognitivos mayores.

La ansiedad y el miedo son respuestas humanas normales a un peligro real o percibido, y actúan como una señal de alerta que nos permite prepararnos para escapar o enfrentar un estímulo real o percibido como peligroso. Dentro de los síntomas ansiosos que se pueden manifestar encontramos: la preocupación excesiva, tensión muscular, conductas evitativas, náuseas, mareos, palpitaciones, sudoración fría, etc. Cuando la ansiedad es desproporcionada para el estímulo, nos afecta en nuestras actividades de la vida diaria (laboral, académica y/o social) y nos paraliza, comenzamos a hablar de ansiedad patológica o trastorno de ansiedad. [1]

Los trastornos de ansiedad consisten en un grupo heterogéneo de síndromes, entre los que encontramos los trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, fobias específicas, por nombrar algunos, y que están relacionados e interactúan con trastornos depresivos [2], trastornos bipolares, trastornos obsesivos compulsivos, etc. En la población geriátrica, los trastornos de ansiedad se asocian con mayor patología médica de tipo cardiovascular [3], un aumento de la discapacidad médica [4,5] y una calidad de vida reducida [6,7], por lo que su diagnóstico y manejo temprano son fundamentales.

Es por lo anterior, que nos parece fundamental realizar una revisión a la literatura sobre los trastornos de ansiedad en población longeva, enfocándonos en su epidemiología, características clínicas y manejo.

Material y método

Se realizó una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Pubmed y Google Scholar. Se seleccionaron los artículos relacionados con los trastornos de ansiedad en las personas mayores, enfocándonos en los trastornos de ansiedad generalizada, y las fobias específicas; su epidemiología, clínica y manejo. Los artículos seleccionados fueron en idioma inglés y español. El periodo seleccionado fue entre 2003 y 2019, sin exclusión por sexo, ni etnia. Una vez seleccionados los artículos se realizó la revisión exhaustiva de cada uno de estos.

Resultados

Epidemiología

1. Prevalencia

Trastornos de ansiedad

La prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en las personas mayores varía considerablemente debido a problemas metodológicos, y que los criterios diagnósticos actuales no capturan adecuadamente la naturaleza y experiencia de ansiedad en este grupo etario, particularmente en los grupos minoritarios étnicos y raciales.

La prevalencia de los trastornos de ansiedad tiene un amplio rango que va de un 4.4% a un 15,1%, dependiendo del estudio y país donde se realice. [8,9].

Dentro de los trastornos de ansiedad, los más frecuentes en las personas mayores son: el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), y las fobias específicas (FE)

1. Trastorno de ansiedad generalizado

El TAG tiene una prevalencia de 6 a 12 meses de 1.2-7.3%, y una prevalencia de por vida de 11%. Estas cifras pueden incluso llegar a un 19% en pacientes con comorbilidad médica crónica. Sin embargo, este trastorno es sub diagnosticado y sub tratado en las personas mayores, esto producto de que los síntomas asociados pueden superponerse con síntomas del envejecimiento, condiciones médicas, y/o medicamentos utilizados. [8,10]

2. Fobia específica

La prevalencia de las fobias específicas en las personas mayores, va desde 3.1-10.1%. La fobia específica más común en este grupo es el miedo a caerse, y su prevalencia va desde un 12-65%, con tasas aún más elevadas entre las personas con antecedentes de caídas (92%). Otra fobia específica es el trastorno de ansiedad social cuya prevalencia esta entre el 6-6.6%. Estos datos pueden estar subestimados por la tendencia a no reconocer el exceso de miedo. [8]

2. Factores de riesgo

Los factores de riesgo para el TAG de inicio tardío incluyen: Género femenino, raza blanca, latinos, pobreza, pérdida parental, separación eventos adversos en la vida y trastornos crónicos de salud físico y mental. [8,10]. Otro factor de riesgo es la presencia de trastornos neurocognitivos, en quienes los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia entre 5-10%, y hasta un 71% tienen síntomas de ansiedad significativos. [8]

3. Comorbilidad

Sobre un 92% de las personas mayores tiene al menos una enfermedad médica crónica, y un 40% tienen multimorbilidad de-

finida como 3 o más enfermedades médicas crónicas. Los trastornos de ansiedad son más comunes entre las personas que padecen enfermedades médicas crónicas, y el número de estas enfermedades tienen una asociación positiva con la presencia de ansiedad.

La multimorbilidad genera un aumento de 2.3 veces en la aparición de ansiedad. Dentro de las patologías médicas comórbidas más frecuentes están: Enfermedad cardiovascular, hipertiroidismo, artritis, dolor crónico, enfermedad de Parkinson, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar crónica, y las enfermedades gastrointestinales. [8]

Además, existen estudios que sugieren que los trastornos de ansiedad podrían aumentar los riesgos de enfermedades físicas en las personas mayores y que el tratamiento adecuado de estos podría reducir los riesgos de trastornos cardiovasculares, cerebrovasculares, úlceras pépticas e hiperlipidemia. [11]

Etiología

La mayoría de la evidencia al respecto se extrapola a la neurobiología de la ansiedad en la adultez, y estos se basan en las neuroimágenes.

Algunos de los hallazgos neurobiológicos implican estructuras involucradas en una mayor respuesta al miedo:

- Hiperactivación de la amígdala y la ínsula en fobia específica, trastorno de estrés postraumático y ansiedad social.
- Hipoactividad en tálamo, corteza prefrontal, ventro-dorso-medial y cingulado rostral en trastorno de estrés postraumático. [10]

Con respecto a estudios de neuroanatomía estructural, sólo existe un estudio de TAG de inicio tardío, que muestra una correlación positiva entre el volumen de la corteza orbitofrontal y la gravedad de la preocupación; esto apunta al papel de la corteza orbitofrontal en la toma de decisiones emocionales en condiciones inciertas. [10,12]

Estudios de neuroimagen funcional, muestran diferencias en la conectividad funcional en reposo entre personas de mediana edad y adultos mayores con TAG, donde los más jóvenes presentan una red de conectividad más robusta en el modo predeterminado. [10,13]). Además, existe evidencia en cuanto a las bases neuronales de la regulación emocional en adultos mayores con TAG al compararlos con adultos mayores no ansiosos; los primeros no lograron involucrar estructuras prefrontales durante la reevaluación de lo que generó la preocupación, e hiperactivan estructuras subcorticales como el núcleo paraventricular y la amígdala, lo que se traduce en que la ansiedad

aumenta cuando intentan reevaluar la preocupación. [10,13,14] Estudios neuroendocrinos, muestran que los eventos ansiosos parecen inducir al sistema límbico y la hiperactivación paralímbica. Lo que conduce a una hiperactividad autonómica y posterior aumento del cortisol. El aumento crónico del cortisol se asocia con el aumento de captación de serotonina, disminución del tamaño del hipotálamo-hipocampo, y la disminución de la activación de la corteza prefrontal. [10]

Diagnostico

El diagnóstico de los trastornos de ansiedad generalizada y de las Fobias específicas, se realizan en base a los criterios clínicos descritos en DSM-V [15], sin hacer una diferencia entre poblaciones de personas mayores y poblaciones más jóvenes, lo que puede influir en el sub diagnóstico de esta patología.

1. Criterios diagnósticos DSM-V TAG

Ansiedad y preocupaciones excesivas (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).

- a. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- b. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses (Nota: En los niños, solamente se requiere un ítem):
 - Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - Fácilmente fatigado.
 - Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).
- c. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- d. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).
- e. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras

obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés posttraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

2. Criterios diagnósticos DSM-V Fobia Específica

- a. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
- b. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad inmediata.
- c. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- d. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- e. El miedo o la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- f. El miedo o la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- g. La alteración no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el miedo, la ansiedad y la evitación de situaciones asociadas a síntomas tipo pánico u otros síntomas incapacitantes (como la agorafobia); objetos o situaciones relacionados con obsesiones (como en el trastorno obsesivo-compulsivo); recuerdo de sucesos traumáticos (como en el trastorno de estrés posttraumático); dejar el hogar o separación de las figuras de apego (como en el trastorno de ansiedad por separación); o situaciones sociales (como en el trastorno de ansiedad social).

Manejo

El manejo de los trastornos de ansiedad en personas mayores debe ser multidisciplinario y con un abordaje biopsicosocial bien integrado. Por otro lado, es fundamental proporcionar al paciente una psicoeducación sobre el trastorno incluyendo información sobre la eficacia del tratamiento, la tolerabilidad, los factores agravantes y los signos de recaída [16]. El manejo debe tener dos aristas una farmacológica, donde se debe evitar la polifarmacia y otra no farmacológica.

1. Manejo Farmacológico

El tratamiento farmacológico de los trastornos de ansiedad en las personas mayores es complejo. Múltiples comorbilidades médicas pueden empeorar los síntomas psiquiátricos, y el uso de medicamentos psiquiátricos puede causar efectos secundarios, intolerancia e interacciones farmacológicas.

La evidencia farmacológica para el tratamiento de la ansiedad en las personas mayores es limitada por lo que se debe utilizar un enfoque individualizado, combinando los conceptos de la geriatría y el tratamiento de la ansiedad para una población de adultos jóvenes [17]

Dentro de los tratamientos farmacológicos encontramos:

- a. **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)** Los ISRS, son el tratamiento de primera línea de los trastornos de ansiedad. Su acción sobre las vías serotoninérgicas antes mencionada le confieren un efecto ansiolítico. Ningún ISRS, ha mostrado superioridad en sus resultados de eficacia, y la elección depende del perfil individual de cada paciente y de los efectos secundarios de cada fármaco particular. Los más ampliamente utilizados en el paciente anciano son escitalopram, fluoxetina, citalopram y sertralina [1,18].
- b. **Inhibidores de la recaptación de noradrenalina y serotonina (ISRN)** Se utilizan como terapia de "segunda línea" en casos en los que la terapia con ISRS falla o tiene una respuesta inadecuada. Es importante señalar que la combinación con un ISRS no está justificada, pues puede producir un síndrome serotoninérgico. Debido al aumento del tono noradrenérgico, algunos pacientes pueden experimentar un aumento de ansiedad. Si los pacientes no experimentan este suceso, este mismo tono noradrenérgico contribuye a un efecto ansiolítico. Los fármacos más indicados de este grupo son venlafaxina y duloxetina [1,18].
- c. **Benzodiazepinas** Han sido ampliamente utilizadas en el tratamiento de la ansiedad, debido a su mecanismo de acción sobre la modulación gabaérgica por la que actúan generando un efecto ansiolítico temprano.

La evidencia actual, sugiere que el uso combinado de anti-depresivos y benzodiazepinas durante la fase inicial del tratamiento farmacológico, podría generar la relación riesgo-beneficio óptima de ambas medicaciones, esto debido a la rápida eficacia que presentan las benzodiazepinas (BZD), en los trastornos de ansiedad generalizada [19].

Los estudios que compararon antidepresivos con BZD en el tratamiento del TAG, demostraron que éstas últimas funcionan rápidamente, pero que los antidepresivos disminuyen la ansiedad de manera más efectiva a largo plazo [20].

Entre los efectos secundarios no deseados de las benzodiazepinas se encuentran la tolerancia y la dependencia, la aparición de síndromes de discontinuación y el deterioro cognitivo [21].

d. Anticonvulsivantes

Los medicamentos anticonvulsivos se administran a los pacientes con trastorno de ansiedad por su acción en los canales de la membrana celular: causan hiperpolarización al bloquear la transmisión del impulso nervioso y disminuir las concentraciones pre sinápticas de calcio al reducir la liberación de monoaminas [22]. Dentro de los anticonvulsivantes que ha demostrado tener una buena eficacia destaca la pregabalina.

La pregabalina mantuvo mejoras en los síntomas de ansiedad que ocurrieron en respuesta al tratamiento a corto plazo y retrasó el tiempo de recaída del TAG en comparación con el placebo. El tratamiento con pregabalina generalmente se tolera bien; el medicamento tiene un perfil de eventos adversos que incluye mareos, somnolencia y aumento de peso. El potencial de abuso es bajo. El riesgo de síntomas de abstinencia es generalmente bajo cuando el medicamento se suspende gradualmente. Junto con los ISRS y los ISRN, la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica considera que pregabalina es un agente de primera línea para el tratamiento a largo plazo del TAG. [23]

e. Otros fármacos:

Mirtazapina, trazodona y los neurolépticos atípicos tienen indicaciones para los trastornos de ansiedad, pero más como adyuvantes de los ISRS que como monoterapia. [1]

Quetiapina, un neuroléptico atípico, es empleada tanto por su efecto ansiolítico como por su efecto sedante, y es de especial utilidad tanto para psiquiatras como para neurólogos en los pacientes con alteraciones conductuales y agitación secundaria a demencia. [24]

En el tratamiento de la ansiedad, los medicamentos que pueden ser ansiogénicos se reducen en dosis o se suspenden [25].

2. Manejo no farmacológico

a. Estilo de vida

La experiencia clínica y los ensayos aleatorizados y controlados brindan apoyo para la prescripción de ejercicio para la ansiedad, aunque los tamaños del efecto son modestos [26]. La utilidad del ejercicio físico en la prevención y el tratamiento de ansiedad y la depresión están sujetas a debate, se requieren más estudios sólidos al respecto.

Dado que el insomnio es un síntoma prominente del trastorno de ansiedad generalizada, se debe alentar al paciente a practicar una buena higiene del sueño (mantener un horario de sueño regular, evitar fumar o usar nicotina, evitar el consumo de café y bebidas energéticas, utilizar la cama solo para dormir y no realizar otras tareas), evitar el uso prolongado de dispositivos con pantallas emisoras de luz, como teléfonos inteligentes, computadoras portátiles y televisión antes de acostarse.

b. Psicoterapia

Se han evaluado múltiples tipos de psicoterapia para el manejo del trastorno de ansiedad generalizada, entre ellas destacan la terapia cognitivo conductual (TCC), psicodinámica, de resolución de problemas y las basadas en atención plena. De estas la que ha mostrado mayor eficacia es la TCC, llegando a ser considerada tratamiento de primera línea [27].

La TCC implica la reestructuración cognitiva para ayudar a los pacientes a comprender que su preocupación es contraproducente; la terapia de exposición les permitirá a los pacientes aprender que sus comportamientos de preocupación y evitación son moldeables. La terapia cognitivo conductual, incluye sesiones individuales semanales (12 a 16 sesiones), 8 a 12 sesiones grupales semanales, terapia asistida por computadora con asistencia mínima de un terapeuta en atención primaria y terapia administrada por teléfono en áreas rurales [28].

Este modelo acepta la tesis conductista de que la conducta humana es aprendida, pero este aprendizaje no consiste en un vínculo asociativo entre estímulos y respuestas, sino en la formación de relaciones de significado personales, esquemas cognitivos o reglas. Igualmente, los aspectos cognitivos, afectivos y conductuales están interrelacionados, de modo que un cambio en uno de ellos afecta a los otros dos componentes. En esa relación mutua, las estructuras de significado (esquemas cognitivos) tendrían un peso fundamental, pues ellas representan la organización idiosincrática que tiene cada persona sobre lo que significa su experiencia, los otros y el sí mismo. [24,29]

Conclusiones

El envejecimiento poblacional ha venido acompañado de múltiples patologías médicas y psiquiátricas entre las que destacan los trastornos de ansiedad; éstos últimos, tienen una prevalencia que va entre 4-15%, y tienden a ser subdiagnosticados y por ende subtratados. Dentro de los trastornos ansiosos, los más frecuentes en las personas mayores son el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas. Estas patologías ge-

neran un deterioro en la funcionalidad y cognición de quienes lo padecen, por lo que es fundamental su diagnóstico y manejo precoz. El tratamiento de los trastornos de ansiedad se divide en no farmacológico, donde destacan el estilo de vida saludable y la terapia cognitivo conductual, y farmacológico, siendo en este grupo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina los de primera elección.

Nosotros creemos que la literatura sobre el tema tratado es aún escasa, y en general son extrapolaciones de estudios en

población más joven, por lo que la información no es exacta y no siempre responden a las necesidades reales que requiere la población de personas mayores. Creemos que es necesario realizar una mayor investigación centrada en poblaciones longevas, donde se aborden distintas variables como por ejemplo los factores de riesgo, el deterioro cognitivo, la comorbilidad médica y su manejo farmacológico, lo cual permitirá obtener resultados específicos en relación a la prevalencia, clínica y manejo de los trastornos ansiosos en este grupo etario.

Referencias

1. Sachin S, Zainab S. Late life Anxiety Disorders. In: Hategan A, Bourgeois JA, Hirsch CH, Giroux C editors. *Geriatric Psychiatry A Case-Based Textbook*. © Springer International Publishing AG, part of Springer Nature 2018. p. 254-63. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-67555-8>
2. Canuto A, Weber K, Baertschi M, et al. Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2018;26(2):174-85. doi:10.1016/j.jagp.2017.08.015
3. Tully PJ, Cosh SM, Baune BT. A review of the affects of worry and generalized anxiety disorder upon cardiovascular health and coronary heart disease. *Psychol Health Med*. 2013;18(6):627-44. doi:10.1080/13548506.2012.749355
4. Porensky EK, Dew MA, Karp JF, et al. The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(6):473-82. doi:10.1097/jgp.0b013e31819b87b2.
5. Brenes GA, Penninx BW, Judd PH, et al. Anxiety, depression and disability across the lifespan. *Aging Ment Health*. 2008;12(1):158-63.
6. Wetherell JL, Thorp SR, Patterson TL, et al. Quality of life in geriatric generalized anxiety disorder: a preliminary investigation. *J Psychiatr Res*. 2004;38(3):305-12
7. Peters R, Pinto E, Beckett N, et al. Association of depression with subsequent mortality, cardiovascular morbidity and incident dementia in people aged 80 and over and suffering from hypertension. Data from the Hypertension in the Very Elderly Trial (HYVET). *Age Ageing*. 2010;39(4):439-45
8. Ramos K, Stanley MA. Anxiety Disorders in Late Life. *Psychiatr Clin North Am*. 2018;41(1):55-64. doi:10.1016/j.psc.2017.10.005
9. Xiaobin Zhang, Joanna Norton, Isabelle Carrière, Karen Ritchie Isabelle Chaudieu, Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *J Affect Disord*. 2015;172:24-29. doi:10.1016/j.jad.2014.09.036
10. Andreescu C, Varon D. New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(7):53. doi:10.1007/s11920-015-0595-8
11. Wei Chang WH, Chen WT, Lee IH, Chen PS, Yang YK, Chen KC. Coexisting anxiety disorders alter associations with physical disorders in the elderly: A Taiwan cross-sectional nationwide study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(5):211-217. doi:10.1111/pcn.12381
12. Mohlman J, Price RB, Eldreth DA, Chazin D, Glover DM, Kates WR. The relation of worry to prefrontal cortex volume in older adults with and without generalized anxiety disorder. *Psychiatry Res*. 2009;173(2):121-127. doi:10.1016/j.psychres.2008.09.010
13. Andreescu C, Sheu LK, Tudorascu D, Walker S, Aizenstein H. The ages of anxiety--differences across the lifespan in the default mode network functional connectivity in generalized anxiety disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(7):704-712. doi:10.1002/gps.4051
14. Boggio M. Ansiedad en el adulto mayor: Revisión bibliográfica. *Revista electrónica de portales médicos*. 2011. ISSN 1886-8924
15. American Psychiatric Association. *DSM-5: manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2016.
16. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1(Suppl 1):S1. doi:10.1186/1471-244X-14-S1-S1
17. Crocco EA, Jaramillo S, Cruz-Ortiz C, Camfield K. Pharmacological Management of Anxiety Disorders in the Elderly. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2017;4(1):33-46. doi:10.1007/s40501-017-0102-4
18. Kapczynski F, Lima MS, Souza JS, Schmitt R. Antidepressants for generalized anxiety disorder. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD003592. doi:10.1002/14651858.CD003592
19. Gomez AF, Barthel AL, Hofmann SG. Comparing the efficacy of benzodiazepines and serotonergic anti-depressants for adults with generalized anxiety disorder: a meta-analytic review. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19(8):883-894. doi:10.1080/14656566.2018.1472767
20. Lorenz RA, Jackson CW, Saitz M. Adjunctive use of atypical antipsychotics for treatment-resistant generalized anxiety disorder. *Pharmacotherapy*. 2010;30(9):942-951. doi:10.1592/phco.30.9.942
21. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*. 2004;18(1):37-48. doi:10.2165/00023210-200418010-00004
22. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsants in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27(3):263-272. doi:10.1097/jcp.0b013e318059361a
23. Frampton JE. Pregabalin: a review of its use in adults with generalized anxiety disorder. *CNS Drugs*. 2014;28(9):835-854. doi:10.1007/s40263-014-0192-0

24. Fernández A, Granados J. Trastornos de ansiedad en el paciente anciano. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2015;11:5022-30. Doi: 10.1016/j.med.2015.07.013.
25. Pary R, Sarai SK, Micchelli A, Lippmann S. Anxiety Disorders in Older Patients. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2019;21(1):18nr02335. Published 2019 Jan 31. doi:10.4088/PCC.18nr02335
26. Asmundson GJ, Fetzner MG, Deboer LB, Powers MB, Otto MW, Smits JA. Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depress Anxiety*. 2013;30(4):362-373. doi:10.1002/da.22043
27. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole S, Huibers M, Berking M, Andersson G. Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(2):130-140. doi:10.1016/j.cpr.2014.01.002
28. Brenes GA, Danhauer SC, Lyles MF, Hogan PE, Miller ME. Telephone-Delivered Cognitive Behavioral Therapy and Telephone-Delivered Nondirective Supportive Therapy for Rural Older Adults With Generalized Anxiety Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(10):1012-1020. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1154
29. Hendriks GJ, Keijsers GP, Kampman M, et al. Behandeling van angststoornissen bij ouderen [Treatment of anxiety disorders in the elderly]. *Tijdschr Psychiatr*. 2011;53(9):589-595.

Misión

Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental tiene por objeto el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.

En el cumplimiento de sus objetivos la Corporación podrá:

- a) Promover, realizar y auspiciar todo tipo de eventos científicos, tales como: Congresos Científicos, Simposios, Conferencias, Mesas Redondas y Charlas.
- b) Promover y realizar estudios, investigaciones científicas y cursos de perfeccionamiento.
- c) Promover el intercambio científico entre las diversas disciplinas relacionadas con la Salud Mental.
- d) Promover el intercambio societario con otras corporaciones similares, nacionales o extranjeras.
- e) Editar y publicar revistas y todo tipo de escritos científicos.
- f) Crear y sostener Bibliotecas.
- g) En general, realizar todas aquellas acciones encaminadas al mejor logro de los fines propuestos.

“La salud mental es tarea de todos”