

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Diagnóstico y Tratamiento del **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA** en el Adulto Mayor

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-499-11**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Av. Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

Esta guía de práctica clínica fue elaborada con la participación de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores han hecho un esfuerzo por asegurarse de que la información aquí contenida sea completa y actual; por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía, que incluye evidencias y recomendaciones y declaran que no tienen conflicto de intereses.

Las recomendaciones son de carácter general, por lo que no definen un curso único de conducta en un procedimiento o tratamiento. Las recomendaciones aquí establecidas, al ser aplicadas en la práctica, podrían tener variaciones justificadas con fundamento en el juicio clínico de quien las emplea como referencia, así como en las necesidades específicas y preferencias de cada paciente en particular, los recursos disponibles al momento de la atención y la normatividad establecida por cada Institución o área de práctica.

Este documento puede reproducirse libremente sin autorización escrita, con fines de enseñanza y actividades no lucrativas, dentro del Sistema Nacional de Salud.

Deberá ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el Adulto Mayor**. México: Secretaría de Salud, 2011

Esta guía puede ser descargada de Internet en: www.cenetec.salud.gob.mx/interior/gpc.html

CIE-10: F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada
F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión

GPC: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en el
Adulto Mayor

Autores y Colaboradores

Coordinadores:

Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Coordinador de Programas Médicos. División de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE, México, DF.	Consejo Mexicano de Medicina Interna/ Consejo Mexicano de Geriatría
---------------------------------	------------------------------	------	---	---

Autores :

Dr. Miguel Ángel Cordero Guillen	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Medico De Base. Hospital General Regional 1. Tijuana, Baja California.	Consejo Mexicano de Geriatría.
Dr. José Guillermo Dorantes Ynurreta	Médico Internista y Geriatra.	IMSS	Medico De Base. UMAE. Hospital de Especialidades, Veracruz, Veracruz.	Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.
Dr. Gerardo Troncoso Galicia	Médico Internista y Geriatra.	IMSS	Coordinador Clínico del Servicio de Medicina Interna. Hospital General de Zona 1. Zacatecas, Zacatecas.	Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría.

Validación interna:

Dr. Enrique Díaz de León Gonzalez	Médico Internista y Geriatra. Doctor en Ciencias	IMSS	Medico De Base. Hospital General de Zona 67, Apodaca, Nuevo León.	Consejo Mexicano de Medicina Interna y Consejo Mexicano de Geriatría. Miembro del Sistema Nacional de Investigadores Nivel C
Dr. Jesús Avilio Martínez Beltrán	Médico Internista y Geriatra	IMSS	Medico De Base. Hospital General de Zona con Medicina Familiar 7. Monclova, Coahuila.	Consejo Mexicano de Medicina Interna/ Consejo Mexicano de Geriatría

ÍNDICE

AUTORES Y COLABORADORES	3
1. CLASIFICACIÓN	5
2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA.....	6
3. ASPECTOS GENERALES	7
3.1 ANTECEDENTES.....	7
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	8
3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA	8
3.4 DEFINICIÓN	9
4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	11
4.1 CAUSAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	12
4.2 FÁRMACOS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO	13
4.3 CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA.....	15
4.4 RELACIÓN CON SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y OTRAS COMORBILIDADES	15
4.5 DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	17
4.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR.....	20
4.7 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR.....	21
4.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR.....	22
4.9 EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR.....	30
4.10 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA.....	32
5. ANEXOS.....	34
5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.....	34
5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN	36
5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD.....	39
5.4 MEDICAMENTOS.....	42
5.5 DIAGRAMA DE FLUJO.....	46
6. GLOSARIO.....	47
7. BIBLIOGRAFÍA.....	51
8. AGRADECIMIENTOS.	54
9. COMITÉ ACADÉMICO	55
10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR.....	56
11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.....	57

1. CLASIFICACIÓN

Catálogo Maestro: IMSS-499-11	
Profesionales de la salud.	Médico Internista, Médico Geriatra, Médico Familiar, Médico Psiquiatra, Psicólogo, Médico Neurólogo
Clasificación de la enfermedad.	F41.9 Trastorno de ansiedad, no especificado, F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada, F41.2 Trastorno mixto de ansiedad y depresión, F41.3 Otros trastornos de ansiedad mixtos, F41.8 Otros trastornos de ansiedad especificados, F41.0 Trastorno de pánico [ansiedad paroxística episódica, F41.X Otros trastornos de ansiedad.
Categoría de GPC.	Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención
Usuarios potenciales.	Médico Internista, Médico Geriatra, Médico Familiar, Médico Psiquiatra, Trabajador social, médicos en formación, Enfermera general.
Tipo de organización desarrolladora.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Población blanco.	Hombres y mujeres mayores de 60 años
Fuente de financiamiento / patrocinador.	Instituto Mexicano del Seguro Social
Intervenciones y actividades consideradas.	Estudios de laboratorio. Psicoterapia
Impacto esperado en salud.	Mejorar la calidad de atención en pacientes ancianos con trastornos de ansiedad. Disminuir el costo de la atención generado por este padecimiento. Impactar favorablemente en la calidad de vida. Concientización de la repercusión de este padecimiento en este grupo etario.
Metodología^a.	Elaboración de guía de nueva creación: revisión sistemática de la literatura, recuperación de guías internacionales previamente elaboradas, evaluación de la calidad y utilidad de las guías/revisiones/otras fuentes, selección de las guías/revisiones/otras fuentes con mayor puntaje, selección de las evidencias con nivel mayor, de acuerdo con la escala utilizada, selección o elaboración de recomendaciones con el grado mayor de acuerdo con la escala utilizada.
Método de validación y adecuación.	Definir el enfoque de la GPC Elaboración de preguntas clínicas Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda Revisión sistemática de la literatura Búsquedas de bases de datos electrónicas Búsqueda de guías en centros elaboradores o compiladores Búsqueda manual de la literatura Número de Fuentes documentales revisadas: 45 Guías seleccionadas: 0 del período 2001-2011 ó actualizaciones realizadas en este período Revisiones sistemáticas: 6 Ensayos controlados aleatorizados: 8 Estudios de Cohorte: 5 Reporte de casos: 0 Otras fuentes seleccionadas: 26 Adopción de guías de práctica clínica Internacionales: 0 Selección de las guías que responden a las preguntas clínicas formuladas con información sustentada en evidencia Construcción de la guía para su validación Responder a preguntas clínicas por adopción de guías Análisis de evidencias y recomendaciones de las guías adoptadas en el contexto nacional Responder a preguntas clínicas por revisión sistemática de la literatura y gradación de evidencia y recomendaciones Emisión de evidencias y recomendaciones *
Método de validación	Método de validación de la GPC: validación por pares clínicos. Validación interna: Instituto Mexicano del Seguro Social Revisión institucional: Instituto Mexicano del Seguro Social Validación externa: Academia de Medicina de México Verificación final: <institución que realizó la verificación>
Conflicto de interés	Todos los miembros del grupo de trabajo han declarado la ausencia de conflictos de interés.
Registro y actualización	Catálogo maestro IMSS-499-11

PARA MAYOR INFORMACIÓN SOBRE LOS ASPECTOS METODOLÓGICOS EMPLEADOS EN LA CONSTRUCCIÓN DE ESTA GUÍA PUEDE CONTACTAR AL CENETEC A TRAVÉS DEL PORTAL: WWW.CENETEC.SALUD.GOB.MX

2. PREGUNTAS A RESPONDER EN ESTA GUÍA

1. ¿Cuál es la definición del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
2. ¿Cuál es la epidemiología de los trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
3. ¿Cuáles son las causas del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
4. ¿Cuáles son los fármacos que condicionan trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
5. ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor y sus diferencias comparadas con adultos jóvenes?
6. ¿Cuáles son los instrumentos recomendados y validados para el diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
7. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
8. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico recomendado en el trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
9. ¿Cuáles son las medidas no farmacológicas recomendadas en el trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
10. ¿Cuáles son los efectos secundarios frecuentes de los fármacos usados en el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?
11. ¿Cuál es la asociación del trastorno de ansiedad generalizada con síndromes geriátricos?
12. ¿Cuáles son las consecuencias de no efectuar un tamizaje para ansiedad en la evaluación integral del adulto mayor?
13. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrarreferencia del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor?

3. ASPECTOS GENERALES

3.1 ANTECEDENTES

La ansiedad es un problema frecuente de salud en los adultos mayores. La prevalencia estimada de los trastornos de ansiedad en los ancianos va de 3.2 a 14.2%. En un estudio epidemiológico realizado en Estados Unidos reportó una prevalencia a 12 meses del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en mayores de 65 años de 7% (Gum AM, 2009). Un estudio francés encontró una prevalencia del trastorno de ansiedad en los ancianos del 14.2% (Ritchie K, 2004).

Existen varias hipótesis y razones para la prevalencia menor en los ancianos e incluyen: cambios en la función neurotransmisora, cambios relacionados con la edad, cambios sociales, mortalidad por comorbilidades, efecto de cohorte (puntos de cortes). Algunos estudios subestiman la prevalencia de trastornos afectivos en ancianos y en esta infravaloración esta la resistencia por parte de los ancianos a reconocer los síntomas psicológicos y emocionales, también hay una baja sensibilidad de instrumentos de escrutinio en las encuestas epidemiológicas para adultos mayores, así como las diferencias existentes en los instrumentos de evaluación y las definiciones de operacionalidad según sea por DSM IV o CIE. (Wolitzky-Taylor, 2010). En base a esto, hay estudios que encuentran una prevalencia anual de 5.6% al utilizar los criterios del DSM IV y un 26.2% cuando se toman en cuenta manifestaciones subclínicas, que con frecuencia son las manifestaciones en el anciano (Grenier S, 2011). La baja prevalencia de ansiedad puede corresponder también a los diferentes puntos de corte de edad para definir a los ancianos.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2003 en México, mostró que dentro de los trastornos mentales, el trastorno de ansiedad es el más frecuente con una prevalencia de 14.3%, con predominio mayor en mujeres. En este estudio la proporción de adultos mayores de 65 años incluida fue únicamente del 1.3% del total de encuestados, por lo que es difícil estimar prevalencia en este grupo de edad (Medina-Mora, 2003).

Los trastornos de ansiedad en los ancianos son menores a la existente en los adultos jóvenes, pero en muchas ocasiones su presentación es subclínica, suelen pasar desapercibidos, incorrectamente diagnosticados y no ser tratados o lo son de forma inadecuada. El TAG está ligado a un sobreuso de servicios médicos, ingreso a urgencias, hospitalización, estudios de diagnóstico, medicamentos, entre otros (Davidson JR, 2010, Goncalves DC, 2011), alterando la calidad de vida, relacionándose a una mayor morbimortalidad.

3.2 JUSTIFICACIÓN

El creciente incremento en la población de adultos mayores favorecido por un descenso en la natalidad y un incremento en la expectativa de vida, ha provocado un aumento progresivo de la población mundial y simultáneamente su envejecimiento, ésta transición demográfica se relaciona de manera importante con la transición epidemiológica y por ende con la presencia de enfermedades prevalentes entre los adultos mayores, lo que conlleva a un estado de multi-comorbilidad y en el que los trastornos de ánimo, en particular la ansiedad y la depresión juegan un papel trascendental.

Dada la polipatología de este grupo de edad, asociadas con polifarmacia y en ocasiones síndromes geriátricos, la identificación del trastorno de ansiedad se hace difícil, lo que favorece un subdiagnóstico y por lo tanto la inoportunidad en el tratamiento, afectando la integridad del paciente y condicionando diferentes grados de dependencia funcional.

Por lo anterior el realizar una búsqueda intencionada de síntomas de ansiedad a través de herramientas de tamizaje, las cuales son incluidas en la Valoración Geriátrica Integral permitirá un manejo integral y oportuno del adulto mayor, evitando las consecuencias deletéreas ya comentadas y favoreciendo una mejor calidad de vida.

3.3 OBJETIVO DE ESTA GUÍA

La guía de práctica clínica: **Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado en el Anciano**, forma parte de las guías que integrarán el catálogo maestro de guías de práctica clínica, el cual se instrumentará a través del Programa de Acción Desarrollo de Guías de Práctica Clínica, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2007-2012.

La finalidad de este catálogo, es establecer un referente nacional para orientar la toma de decisiones clínicas basadas en recomendaciones sustentadas en la mejor evidencia disponible.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Describir las peculiaridades del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor y sus principales asociaciones con síndromes geriátricos.

2. Concientizar de la utilidad del escrutinio en el trastorno de ansiedad generalizada en la valoración geriátrica integral.
3. Mejorar la oportunidad del diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor.
4. Describir el diagnóstico diferencial del trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor.
5. Establecer las medidas de tratamiento no farmacológico y farmacológico en el trastorno de ansiedad generalizada del adulto mayor.
6. Definir los criterios de remisión, recaída, y falla al tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada del adulto mayor.
7. Establecer los criterios de referencia y contra-referencia en los diferentes niveles de atención.
8. Favorecer una prescripción adecuada y razonada, tomando en cuenta las características de los cambios fisiológicos del envejecimiento y su relación con su entorno biopsicosocial.

Lo anterior favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud, además de la racionalización.

3.4 DEFINICIÓN

El trastorno de ansiedad generalizada se define como una sensación no placentera, difusa, acompañada de molestias físicas como opresión retroesternal, taquicardia y sudoración. Se diferencia del temor porque este se origina ante factores conocidos. La ansiedad puede tomar diversas formas, experimentándose como una sensación inexplicable de destrucción inminente, preocupación excesiva infundada acerca de numerosas cosas como miedo irracional a una actividad u objeto (*DSM IV-R, 2000*).

Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM IV-R.

- A. Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral).
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocia a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).
 - Inquietud o impaciencia.
 - Fatigabilidad fácil.
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.

- Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

4. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

La presentación de la evidencia y recomendaciones en la presente guía corresponde a la información obtenida de GPC internacionales, las cuales fueron usadas como punto de referencia. La evidencia y las recomendaciones expresadas en las guías seleccionadas, corresponde a la información disponible organizada según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron. Las evidencias en cualquier escala son clasificadas de forma numérica o alfanumérica y las recomendaciones con letras, ambas, en orden decreciente de acuerdo a su fortaleza.

Las evidencias y recomendaciones provenientes de las GPC utilizadas como documento base se gradaron de acuerdo a la escala original utilizada por cada una de las GPC. En la columna correspondiente al nivel de evidencia y recomendación el número y/o letra representan la calidad y fuerza de la recomendación, las siglas que identifican la GPC o el nombre del primer autor y el año de publicación se refieren a la cita bibliográfica de donde se obtuvo la información como en el ejemplo siguiente:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. La valoración del riesgo para el desarrollo de UPP, a través de la escala de Braden tiene una capacidad predictiva superior al juicio clínico del personal de salud	2++ (GIB, 2007)

En el caso de no contar con GPC como documento de referencia, las evidencias y recomendaciones fueron elaboradas a través del análisis de la información obtenida de revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. La escala utilizada para la gradación de la evidencia y recomendaciones de estos estudios fue la escala Shekelle modificada.

Cuando la evidencia y recomendación fueron gradadas por el grupo elaborador, se colocó en corchetes la escala utilizada después del número o letra del nivel de evidencia y recomendación, y posteriormente el nombre del primer autor y el año como a continuación:

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E. El zanamivir disminuyó la incidencia de las complicaciones en 30% y el uso general de antibióticos en 20% en niños con influenza confirmada	la [E: Shekelle] Matheson, 2007

Los sistemas para clasificar la calidad de la evidencia y la fuerza de las recomendaciones se describen en el Anexo 5.2.

Tabla de referencia de símbolos empleados en esta Guía:



EVIDENCIA



RECOMENDACIÓN



PUNTO DE BUENA PRÁCTICA

4.1 CAUSAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
 <p>Los acontecimientos que frecuentemente se asocian con psicopatología ansiosa en la vejez, son los duelos por pérdida de un familiar, pérdida de la independencia, la jubilación y la institucionalización.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Franco-Fernández, 2009.</i></p>
 <p>Los factores de riesgo asociados con una mayor probabilidad de tener ansiedad en la edad adulta son: género mujer, enfermedades médicas crónicas, vivir solo o divorciado, baja escolaridad, eventos estresantes a lo largo de la vida, limitación física en actividades de la vida diaria y neuroticismo.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Wolitzky-Taylor KB, 2010.</i></p>
 <p>Los contactos sociales escasos y la soledad son los factores de mayor peso que predisponen a ansiedad, por lo que se recomienda realizar una historia clínica social en la valoración del adulto mayor.</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>Franco-Fernández, 2009.</i></p>

4.2 FÁRMACOS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E Varios medicamentos no utilizados de forma psiquiátrica y neurológica pueden provocar un sin número de alteraciones sobre el sistema nervioso central y su correspondiente efecto sobre la actividad mental del paciente, tratado por diversas patologías.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Durandal-Montaña JR, 2011.</i></p>
<p>✓/R Se recomienda realizar un exhaustivo interrogatorio para descartar efectos adversos, secundarios o interacciones que puedan estar condicionando un trastorno de ansiedad en el adulto mayor.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
<p>E Los fármacos simpaticomiméticos como lo son los alfa 1 agonistas, broncodilatadores beta-agonistas, utilizados frecuentemente para tratamiento para asma y/o EPOC pueden condicionar ansiedad.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Durandal-Montaña JR, 2011.</i></p>
<p>E Las metilxantinas de uso muy frecuente en adultos mayores con EPOC y/asma generalmente es causa de ansiedad agravando así las enfermedades respiratorias de fondo.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Durandal-Montaña JR, 2011.</i></p>
<p>E Los corticoesteroides tiene un rol en el desarrollo de miedo y ansiedad y sus mecanismos son indirectos, e incluyen cambios químicos en algunas neuronas en particular condicionando ciertos comportamientos según las vías neurales.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Korte SM, 2001.</i></p>

E

En general los cuadros psiquiátricos aparecen luego de dos semanas de tratamiento con corticosteroides y se resuelven reduciendo la dosis o suspendiendo el medicamento.

III
[E: Shekelle]
Durandal-Montaño JR, 2011.

E

Los psicoestimulantes (metilfenidato/modafenilo) están asociados a ansiedad hasta en un 5% dependiendo de la dosis usada.

III
[E: Shekelle]
Ciechanowski P, 2009

E

Los beta-bloqueadores dependiendo de su liposolubilidad como el propranolol y el metoprolol, alcanzan el sistema nervioso central, y pueden ocasionar síntomas psicóticos, delirium o ansiedad.

III
[E: Shekelle]
Durandal-Montaño JR, 2011.

Fármacos hidrofílicos como el atenolol, que no atraviesan la barrera hematoencefálica, son seguros.

E

Se estima que entre el 4 y 8 % de los pacientes en tratamiento con Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina experimentan algún tipo de alteración mental o conductual, típicamente hiperalerta, ansiedad, manía, insomnio, fatiga, sedación (5%), parestesias y alucinaciones, así como delirium.

III
[E: Shekelle]
Durandal-Montaño JR, 2011.

E

Los efectos secundarios neuropsiquiátricos de los vasodilatadores como los nitratos incluyen delirium, psicosis, ideación delirante, ansiedad, inquietud e hipomanía.

III
[E: Shekelle]
Durandal-Montaño JR, 2011.

E

Otros fármacos involucrados en la ansiedad en los pacientes geriátricos son digoxina, hormonas tiroideas, insulina, agonistas dopaminérgicos, tuberculostáticos (isoniacida), clonidina, AINE, inmunomoduladores como ciclosporina, interferon, bloqueadores alfa 1, (Prazosina, Doxazosina).

III
[E: Shekelle]
Durandal-Montaño JR, 2011.

4.3 CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>La presentación atípica de ansiedad generalizada en el adulto mayor puede incluir síntomas psicológicos o conductuales tales como irritabilidad, pobre concentración, preocupación excesiva y dificultad para su control, así como síntomas físicos como fatiga, taquicardia, taquipnea y tensión muscular por lo que el personal de salud deben buscarlos intencionadamente. (Ver anexo 5.3, Cuadro 1).</p> <p style="text-align: right;">C (E. Shekelle) <i>Hicks D, 2010.</i></p>
<p>E</p>	<p>La ansiedad en los adultos mayores puede ser descrita o experimentada con predominio de síntomas somáticos tales como mareos y temblores; además pueden presentarse con ansiedad subclínica o síntomas de ansiedad que causan angustia o deterioro funcional, pero que no cumplen criterios diagnósticos para ansiedad.</p> <p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>Wolitzky-Taylor KB, 2010.</i></p>

4.4 RELACIÓN CON SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y OTRAS COMORBILIDADES

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p>	<p>Los pacientes con insomnio tienen una probabilidad seis veces más de tener trastorno de ansiedad comparados con los pacientes sin insomnio, por lo que la historia clínica debe incluir la evaluación de síntomas relacionados con trastornos del sueño. (Ver GPC Diagnóstico y Tratamiento del Insomnio en el Anciano, IMSS/CENETEC).</p> <p style="text-align: right;">C (E. Shekelle) <i>Brenes GA, 2009.</i></p>

E

El trastorno del sueño más frecuente en los pacientes con ansiedad generalizada es el insomnio de continuidad, seguido por los despertares tempranos y el insomnio de inicio, llevando a la queja de un sueño no reparador.

III
(E. Shekelle)
Brenes GA, 2009.
Bélanger L, 2004.

E

Los síntomas de ansiedad generalizada están presentes hasta en un 27.5% de los pacientes deprimidos.

III
(E. Shekelle)
Hybels CF, 2003.

R

El TAG puede ser la manifestación de un trastorno depresivo por lo que se recomienda el tamizaje para depresión con la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Ver anexo 5.3, Cuadro 2).

C
(E. Shekelle)
Zivin K, 2008.

R

El vínculo de depresión y ansiedad se asocia con efectos deletéreos en la esfera psicosocial (rol social, salud mental, desempeño laboral), así como mayor severidad y pobre remisión de los síntomas depresivos, por lo que se recomienda la aplicación de la valoración geriátrica integral en todo paciente con TAG (Revisar Guía de Práctica Clínica para la Valoración Geriátrica Integral IMSS/CENETEC).

C
(E. Shekelle)
Lauderdale SA, 2003.

E

La asociación entre ansiedad y deterioro cognoscitivo puede ser bidireccional: la ansiedad crónica puede causar deterioro cognoscitivo y a su vez, la ansiedad puede desarrollarse después del deterioro cognoscitivo. La ansiedad que es secundaria a demencia puede presentarse como agitación o trastornos del comportamiento, aunque la asociación de esta es incierta.

III
(E. Shekelle)
Wolitzky-Taylor KB, 2010.

E

El TAG en el adulto mayor se asocia con altos niveles de discapacidad, pobre desempeño social, depresión y empeoramiento de la funcionalidad debido a problemas emocionales y a una menor calidad de vida comparado con adultos mayores sanos.

III
(E. Shekelle)
Wolitzky-TaylorKB, 2010.

E

Los trastornos de ansiedad se relacionan con pobre autopercepción de salud, insatisfacción personal y mayor uso de los servicios de atención médica.

III
(E. Shekelle)
Loebach J, 2005

E

La presencia de deterioro cognoscitivo, hipertensión arterial y las limitaciones funcionales en presencia de enfermedades crónicas están relacionadas con la aparición de síntomas ansiosos.

III
(E. Shekelle)
Franco-Fernández, 2009.

4.5 DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>R</p> <p>La evaluación clínica debe incluir una historia familiar de sintomatología ansiosa, lista de medicamentos prescritos y automedicados, y uso o abuso de sustancias, escalas de tamizaje y estudios paraclínicos.</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>Lauderdale SA, 2003.</i></p>



Existe complejidad en el diagnóstico de TAG, ya que a menudo se manifiesta con síntomas somáticos además de relacionarse con varias condiciones médicas (comorbilidad), deterioro cognoscitivo y cambios en las circunstancias de vida.

III
(E. Shekelle)
Wolitzky-Taylor KB, 2010.

Criterios diagnósticos del trastorno de ansiedad generalizada según el DSM IV-R.

- A. Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral).
- B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.
- C. La ansiedad y preocupación se asocia a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).
 - Inquietud o impaciencia.
 - Fatigabilidad fácil.
 - Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 - Irritabilidad.
 - Tensión muscular.
 - Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador).
- D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno.
- E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej. drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (ej. hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.



IV
(E. Shekelle)
DSM IV-R, 2000

E

Los instrumentos de tamizaje para ansiedad son de utilidad en la identificación de síntomas, siempre que se usen bajo una evaluación clínica completa; proveen de información con relación a severidad de los síntomas y permiten medir efectividad de intervenciones farmacológicas y psicológicas.

III
(E. Shekelle)
Lauderdal SA, 2003.

R

El Inventario de ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) es una herramienta útil para identificar la severidad de síntomas de ansiedad en pacientes adultos mayores. Permite medir cambios posteriores al inicio del tratamiento, por lo que se recomienda aplicarse en toda valoración integral del paciente.

El punto de corte para ansiedad es de 21 o más. (ver anexo 5.2, cuadro 3)

C
(E. Shekelle)
Lauderdale SA, 2003.
Alwahhabi F, 2003.

E

La validación y confiabilidad de las escalas de ansiedad para tamizaje de TAG en el adulto mayor no han sido suficientemente probadas.

III
(E. Shekelle)
Alwahhabi F, 2003

R

Las pruebas de laboratorio pueden ayudar en el diagnóstico de condiciones médicas que producen síntoma y signos de ansiedad. Se debe realizar biometría hemática completa, niveles séricos de Vitamina B12, folatos, electrocardiograma, pruebas de función tiroidea, glucosa venosa, los cuales son de utilidad para excluir condiciones clínicas comunes asociadas con TAG.

C
(E. Shekelle)
Lauderdale SA, 2003.

4.6 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>El diagnóstico diferencial del TAG incluye los siguientes:</p>	
<p>Causas psiquiátricas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Desórdenes fóbicos. • Esquizofrenia y personalidad esquizoide. • Depresión con sintomatología psicótica. 	
<p>Causas no psiquiátricas</p>	
<p>Cardiovasculares</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Falla cardiaca descompensada. • Embolismo pulmonar. • Angina. • Arritmia. 	
<p>Pulmonares</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. • Neumonía. 	
<p>Neurológicas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Parkinson. • Evento Vascular Cerebral. 	
<p>Endocrinas</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertiroidismo. • Hipotiroidismo. 	
<p>Fármacos</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Ver apartado de fármacos asociados a ansiedad • Uso o abuso de sustancias • Supresión de benzodiacepinas, alcohol y otras drogas. 	
<p>E</p>	<p>C (E. Shekelle) <i>Lauderdale SA, 2003.</i> <i>Norman MA, 2004.</i></p>

4.7 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR.

	Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
E	<ul style="list-style-type: none"> • La información al paciente forma parte del manejo integral del TAG y facilita la toma de decisiones compartida. • La implicación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones y un estilo de consulta basado en la empatía y el entendimiento mejora la satisfacción con la consulta, incrementando la confianza y los resultados clínicos • La toma de decisiones compartida comienza en el proceso diagnóstico, y se mantiene en todas las fases del proceso asistencial. 	<p>IV [E: Shekelle] <i>NICE 2011.</i> <i>Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008.</i></p>
R	<p>Se debe proporcionar al paciente, y cuando sea apropiado a la familia, información científica basada en la evidencia, sobre sus síntomas, las opciones de tratamiento y las posibilidades de manejo de su trastorno.</p>	<p>D [E: Shekelle] <i>NICE 2011.</i></p>
R	<p>Se debe valorar la posibilidad de apoyo familiar, tener en cuenta los recursos sociales disponibles y sugerir los cambios de estilo de vida más apropiados.</p>	<p>D [E: Shekelle] <i>Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008.</i></p>
E	<p>La psicoterapia, es un recurso de primera elección que puede complementar al tratamiento psicofarmacológico o incluso sustituirlo en aquellos casos en los que no sea posible emplear fármacos o que el paciente se muestre reacio a tratarse.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] <i>Thorp SR, 2009.</i></p>
E	<p>Los tipos de psicoterapia que se han investigado en los adultos mayores para tratamiento de TAG incluyen entrenamiento en relajación (ER), terapia cognitivo conductual (TCC), y la mezcla de TCC/ER.</p>	<p>Ib [E: Shekelle] <i>Thorp SR, 2009.</i></p>

E

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se caracteriza por ser un método activo y directivo, en ella paciente y terapeuta (profesional experto) trabajan en forma conjunta y estructurada, con tareas fuera de sesión.

Ia
[E: Shekelle]
Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008.

R

Se recomienda el uso de terapia cognitivo conductual (TCC) para tratar el TAG en los adultos mayores cuando no sea posible emplear fármacos o que el paciente se muestre renuente a tratarse.

A
[E: Shekelle]
Pinquart M, 2007.
Goncalves DC, 2011.

E

La psicoterapia aplicada en los estudios de tratamiento de pacientes ancianos con TAG tienen en promedio una duración de 12 semanas.

Ia
[E: Shekelle]
Goncalves DC, 2011.

R

Se recomienda para la mayor parte de los pacientes que el tiempo de duración de la TCC se realice en sesiones semanales de 1 a 2 hrs. Y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses desde el principio.

A
[E: Shekelle]
Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. 2008.

E

En caso de que el adulto mayor no muestre mejora con la terapia conductual, es indicación de mayor duración en el tratamiento y que este debe ser más intensivo.

Ia
[E: Shekelle]
Pinquart M, 2007.

4.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado
<p>E</p> <p>El tratamiento inicial del TAG puede ser farmacológico o psicoterapéutico. Ambas formas de tratamiento han demostrado ser eficaces en el TAG del adulto mayor.</p>	<p>III (E. Shekelle) <i>Davidson JR, 2010.</i></p>

E

El tratamiento farmacológico es más efectivo en la reducción de síntomas de ansiedad en comparación a Terapia Cognitivo Conductual.

La farmacoterapia debe valorar el riesgo de efectos adversos y las interacciones fármaco-fármaco y fármaco enfermedad en las intervenciones.

Ib
(E. Shekelle)
Pinquart M, 2007.

E

Para el inicio del manejo farmacológico debe tenerse en cuenta la polifarmacia y los cambios propios del envejecimiento que conllevan a alteraciones en la farmacodinamia y farmacocinética.

III
(E. Shekelle)
Sergi G, 2011.
Hajjar ER, 2007.

E

Para un tratamiento adecuado es importante identificar y comunicar el diagnóstico de TAG al paciente y cuidadores tan pronto sea posible para ayudar a entender el trastorno.

III
(E. Shekelle)
NICE 2011.

Se deben considerar lo siguiente para el inicio del tratamiento farmacológico:

E

- Tratamiento previo.
- Preferencias del paciente.
- Comorbilidades.
- Riesgo de suicidio.
- Tolerancia y dependencia (alcohol, otros fármacos y/o drogas).
- Interacciones farmacológicas
- Costos.

Ib
(E. Shekelle)
Pinquart M, 2007.
Davidson JR, 2010.

En todos los pacientes con manejo farmacológico y no farmacológico se deberá tener en cuenta lo siguiente:

R

- **Remisión:** Al menos 70% de mejoría o reducción en la sintomatología desde el principio del tratamiento.
- **Mejoría:** Al menos 50% de mejoría o reducción en la sintomatología desde el principio del tratamiento.
- **Respuesta Parcial:** 25-49% de mejoría o reducción en la severidad de los síntomas desde el principio del tratamiento.
- **No Respuesta:** Menos del 25% de mejoría o reducción en la sintomatología desde el principio del tratamiento.

C
(E. Shekelle)
Davidson JR, 2010.

R

Los fármacos de primera línea recomendados para el TAG son los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) o inhibidores de recaptura selectivos de noradrenalina (IRSN).

A
(E. Shekelle)
Davidson JR, 2010.

E

El tiempo de respuesta a un fármaco antidepresivo en el TAG es generalmente de 4-12 semanas.

III
(E. Shekelle)
Davidson JR, 2010.

E

Los resultados combinados de cinco estudios retrospectivos demostraron la eficacia de la venlafaxina de liberación prolongada en pacientes con TAG que tienen 65 años de edad o más.

Ib
(E. Shekelle)
Katz IR, 2002.

E

En un estudio controlado con placebo se observó que el citalopram es efectivo en el tratamiento de TAG en adultos mayores.

Ib
(E. Shekelle)
Lenze EJ, 2005.

E

La sertralina en pacientes de 60 y mas años, demostró ser efectiva en el tratamiento de TAG.

Ib
(E. Shekelle)
Schuurmans J, 2006.

R

Los ISRS recomendados para el tratamiento de TAG en el adulto mayor incluyen:

- Escitalopram con dosis inicial de 5mg al día, e incremento gradual de acuerdo a respuesta.
- Citalopram a dosis inicial de 10mg con incremento gradual de acuerdo a respuesta.
- Paroxetina a dosis inicial de 10mg al día e incremento gradual de acuerdo a respuesta.
- Sertralina dosis de 25mg al día, e incrementos incremento gradual de acuerdo a respuesta.

A
(E. Shekelle)
NICE 2011.
Davidson JR, 2010.



Se recomienda sertralina como mejor opción por su costo/beneficio.

Punto de Buena Práctica.



Los IRSN recomendados en el tratamiento de TAG en el adulto mayor incluyen:

- Venlafaxina de liberación prolongada a dosis inicial de 37.5mg/día e incrementos paulatinos en caso de no haber respuesta como dosis máxima.
- Duloxetina se debe iniciar con 30mg al día y titular su incremento de 30mg hasta una dosis máxima de 120mg/día.

A
(E. Shekelle)
Davidson JR, 2010



Se deberá utilizar la regla general en geriatría para el inicio de la terapia farmacológica. Los fármacos deberán tener “*un inicio con dosis bajas, seguido de un ajuste gradual de la dosis*”.

C
[E: Shekelle]
Tariq SH, 2008



Si se tienen dos o más fármacos con aparente igual eficacia, similar toxicidad y buena aceptación por el paciente, pero con una gran diferencia en cuanto al costo, se recomienda el uso de fármaco más económico.

B
(E. Shekelle)
Davidson JR, 2010
Baldwin DS, 2005



Otros antidepresivos como los tricíclicos (imipramina) han demostrado mayor eficacia que el placebo en un estudio con TAG, pero no deben considerarse como primera elección debido a la pobre tolerancia y a un riesgo más alto de efectos adversos en el adulto mayor.

IIb
(E. Shekelle)
Davidson JR, 2010
Baldwin DS, 2005



En adultos mayores con TAG y comorbilidad depresiva e insomnio el uso de antidepresivo como la mirtazapina es recomendada.

IIb
(E. Shekelle)
Goodnick PJ, 1999.

<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px;">E</div>	<p>El tiempo de tratamiento óptimo varía de un paciente a otro, y no existen datos concretos para predecir de manera confiable quien está en mayor riesgo de recaer.</p>	<p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>NICE 2011.</i> <i>Baldwin DS, 2005.</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto; background-color: #76c73a; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px;">R</div>	<p>El paciente que ha mostrado una respuesta óptima a la farmacoterapia, en general, deberá ser tratado por un mínimo de un año. El retiro temprano de la medicación está asociado con un riesgo mayor de recaída.</p>	<p style="text-align: right;">B (E. Shekelle) <i>NICE 2011.</i> <i>Baldwin DS, 2005.</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto; background-color: #76c73a; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px;">R</div>	<p>Cuando los pacientes responden parcialmente o no responden, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eficacia inadecuada del tratamiento. • No adherencia al tratamiento. • Resultado de efectos adversos. • Uso concomitante de alcohol. • Otras prescripciones ansiogénicas (medicamentos de venta libre). 	<p style="text-align: right;">C (E. Shekelle) <i>Davidson JR, 2010.</i> <i>Baldwin DS, 2005.</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto; background-color: #76c73a; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px;">R</div>	<p>Si la respuesta al tratamiento es menor al 25% o presento efectos adversos, se recomienda cambiar de fármaco, incluso del mismo grupo.</p>	<p style="text-align: right;">B (E. Shekelle) <i>Davidson JR, 2010.</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px;">E</div>	<p>Al inicio del tratamiento con ISRS los pacientes con TAG pueden experimentar exacerbación de la ansiedad o intranquilidad.</p>	<p style="text-align: right;">III (E. Shekelle) <i>Davidson JR, 2010.</i></p>
<div style="border: 1px solid green; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto; background-color: #76c73a; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px;">R</div>	<p>En caso de presentar exacerbación de la ansiedad al inicio de tratamiento con ISRS, se recomienda disminuir la dosis a niveles mínimos y titular gradualmente, o iniciar una benzodiacepina por un tiempo corto, por ejemplo: clonazepam 0.5 mg de una a tres veces por día.</p>	<p style="text-align: right;">C (E. Shekelle) <i>Davidson JR, 2010.</i></p>
<div style="border: 1px solid blue; border-radius: 10px; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 10px auto; background-color: #4a86e8; color: white; font-weight: bold; font-size: 24px;">E</div>	<p>Existe evidencia sólida que respalda la eficacia a corto plazo de las benzodiacepinas (BZD) para el tratamiento del TAG.</p>	<p style="text-align: right;">II (E. Shekelle) <i>Davidson JR, 2010.</i></p>

E

Las benzodiazepinas son fármacos liposolubles por lo cual, el incremento de grasa corporal que acompaña al envejecimiento promueve que su volumen de distribución sea más amplio, aumentando su vida media y el riesgo de acumulación. Además tienen metabolismo hepático extenso y se unen a proteínas plasmáticas para su distribución, lo que a su vez incrementan su vida media, que es mayor en desnutridos o sarcopénicos.

III
[E: Shekelle]
Tariq SH, 2008.
Nabil S, 2006.

R

Debe evitarse prescribir a los adultos mayores benzodiazepinas de vida media larga (ej. Diazepam, clorazepato, flurazepam, etc.).

C
[E: Shekelle]
Tariq SH, 2008
Nabil S, 2006

E

Las benzodiazepinas son la forma más común de medicación para el tratamiento de trastornos de ansiedad, más no el recomendado.

II b
[E: Shekelle]
Uchida H, 2009.
Benítez CI, 2008.

E

La respuesta a las benzodiazepinas es generalmente más rápida que a los antidepresivos. Esta respuesta condiciona una sobre prescripción de este grupo farmacológico en los adultos mayores.

II b
[E: Shekelle]
Uchida H, 2009.
Benítez CI, 2008.

Recomendaciones para el uso de benzodiazepinas:

R

- Se indican al inicio si los síntomas son severos.
- De preferencia fármacos de acción corta.
- Empezar con dosis bajas e incrementarlas lentamente hasta conseguir el efecto deseado con la menor dosis, ejemplos: alprazolam (0,25 mg), clonazepam (0,5 mg.) o lorazepam (1 mg).

B
[E: Shekelle]
Benítez CI, 2008.
Davidson JR, 2010.
Baldwin DS, 2005.

R

No se recomienda continuar con el uso de benzodiazepinas cuando no se presente una respuesta favorable en un lapso de 4-6 semanas.

B
[E: Shekelle]
Davidson JR, 2010.
Baldwin DS, 2005.

Precauciones en el uso de las benzodiazepinas:

1. No usar como monoterapia en el TAG del adulto mayor.
2. Utilizar preferentemente benzodiazepinas de vida media corta.
3. Evitar estos medicamentos cuando el paciente tiene adicción al alcohol o esté consumiendo otros sedantes.
4. Ajustar siempre dosis eficaces mínimas para evitar la aparición de reacciones adversas y sobre todo en los pacientes con hepatopatías o nefropatías.
5. Retirar gradualmente el fármaco a lo largo de un mes o más.
6. Advertir al paciente que evite la automedicación por el peligro de dependencia y tolerancia.
7. Vigilar el efecto hipotensor, mareos y consiguiente riesgo de caídas y fractura de cadera.
8. Educar al paciente y/o cuidador sobre la importancia de un cumplimiento terapéutico estricto y supervisar el mismo.



Punto de Buena Práctica.



Las benzodiazepinas deben retirarse gradualmente en los ancianos. Lo anterior se ha relacionado con mejoría en la función cognoscitiva.

A
[SIGN]
MOH, 2008.



Existen otros fármacos indicados en el tratamiento de TAG en adultos mayores como lo son los antineuríticos y antipsicóticos.

III
[E: Shekelle]
Mula M, 2007.
Lalonde C, 2011.



La pregabalina ha demostrado su eficacia tanto en los síntomas psíquicos como somáticos de ansiedad. Su inicio de respuesta aparece entre la primera y segunda semanas, antes de lo observado con los fármacos antidepresivos.

IB
[E: Shekelle]
Montgomery S, 2008.



Se recomienda el uso de pregabalina como otra opción terapéutica a dosis iniciales de 75mg a 150mg/día.

A
[E: Shekelle]
Montgomery S, 2008.



Los antipsicóticos de segunda generación más usados en el TAG en los adultos mayores incluyen a la risperidona, quetiapina y olanzapina.

III
[E: Shekelle]
Franco-Fernández, 2009.



Se recomiendan en casos específicos de trastornos de ansiedad que se han mostrado ser refractarios al tratamiento convencional o en los cuadros ansiosos que aparecen en las demencias.

C
[E: Shekelle]
Franco-Fernández, 2009.



Los beta-bloqueadores, como el propranolol en dosis de 20-60 mg/día, se han utilizado en el tratamiento de los síntomas (principalmente somáticos) de la ansiedad del adulto.

III
[E: Shekelle]
Franco-Fernández, 2009.



No se recomienda el empleo de beta-bloqueadores en ancianos como tratamiento de los síntomas somáticos de TAG, por los efectos secundarios cardíacos (bradicardia e hipotensión) y por su contraindicación en pacientes que presentan enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia cardíaca o diabetes.

C
[E: Shekelle]
Franco-Fernández, 2009.

4.9 EFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL ADULTO MAYOR

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Los pacientes con trastornos de ansiedad frecuentemente experimentan mayor sensibilidad a los efectos adversos de los fármacos, pueden necesitar una dosis inicial más baja, un aumento del fármaco gradual y requerirlo durante un lapso mayor al usado en pacientes con tratamiento por depresión.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Davidson JR, 2010</i></p>
	<p>Los síntomas típicos experimentados con el retiro o suspensión abrupta de los ISRS/ISRN incluyen un empeoramiento de la ansiedad, irritabilidad, estado de ánimo depresivo, síntomas somáticos tales como dolor de cabeza, mareo, náusea, temblor, parestesias, sueños vívidos e insomnio.</p>	<p>III [E: Shekelle] <i>Baldwin DS, 2007</i> <i>Davidson JR, 2010</i></p>
	<p>Se recomienda lo siguiente en el tratamiento de la abstinencia de IRSS/ISRN:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Información del tratamiento a pacientes y familiares involucrados en el mismo. • En caso de tomar la decisión de retirar un fármaco, se recomienda una disminución gradual en 2 semanas. • Puede reiniciarse el manejo con el fármaco retirado a dosis menores a las habituales para disminuir la sintomatología del retiro. 	<p>Punto de Buena Práctica.</p>

Efectos adversos de los antipsicóticos:

Cardiovascular:

- Hipotensión, hipotensión ortostática, taquicardia.

Anticolinérgico:

- Retención urinaria, estreñimiento, visión borrosa, congestión nasal, boca seca.

Extrapiramidal:

- Seudoparkinsonismo, reacción distónica aguda.
- Acaticia (intranquilidad motora y excesiva caminar).
- Discinesia tardía.

Metabólicos:

- Hiperglucemia, aumento de peso, dislipidemia mixta.

Otros:

- Sedación, incrementos de infecciones respiratorias y mayor riesgo de EVC.



III

[E: Shekelle]

*Bhuvaneshwar CG, 2009
Davidson JR, 2010.*



Si se establece manejo con antipsicóticos, se recomienda el monitoreo apropiado del perfil metabólico en pacientes con predisposición a esta alteración como lo son los diabéticos, dislipidémicos y obesos.

C

[E: Shekelle]

Davidson JR, 2010.



El uso a largo plazo de benzodiazepinas debe evitarse en los ancianos ya que hay un incremento en el riesgo deterioro cognoscitivo, depresión, confusión, caídas y fracturas. Además dependencia, tolerancia, insomnio de rebote y síndrome de abstinencia.

C

[SIGN]

MOH, 2008.

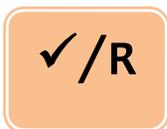
4.10 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Evidencia / Recomendación	Nivel / Grado	
	<p>Criterios de referencia al 2do nivel al área de psiquiatría, cualquiera de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Síntomas severos, complejos e incapacitantes. 2) Si se identifica ideación suicida. 3) Comorbilidad psiquiátrica 4) Si el síndrome se acompaña de síntomas psicóticos. Si además hay consumo de fármacos o sustancias 	<p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Criterios para la referencia del paciente geriátrico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Edad ≥ 70 años. 2) Comorbilidad (3 o más patologías, excepto insuficiencia renal crónica terminal e insuficiencia hepática child C). 3) Síndromes geriátricos (polifarmacia, incontinencia urinaria, deterioro funcional, privación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión. 4) Deterioro cognitivo o delirium. <p>Deberán reunir los criterios: 1+2+3 ó 1+2+4 ó 1+4.</p>	<p>Punto de Buena Práctica</p>
	<p>Criterios para referencia de Segundo a Tercer nivel de atención a los pacientes que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se haya descartado etiología física y no presenten síntomas de intoxicación con sustancia alguna. • Presenten trastorno severo de personalidad con alto grado de impulsividad y riesgo de autoagresión. • Presenten trastorno de ansiedad acompañado de síntomas depresivos con alto riesgo suicida. • Necesidad de manejo en ambiente controlado. 	<p>Punto de Buena Práctica</p>

Criterios de contrarreferencia

Se referirá de Tercer a Segundo nivel de atención a los pacientes que:

- Hayan alcanzado la estabilidad clínica, en fase de continuación o mantenimiento.
- Con máximo beneficio al tratamiento.



Se referirá de Segundo a Primer nivel de atención a los pacientes que:

- En quienes haya remitido la sintomatología y se encuentren en fase de continuación o mantenimiento.
- Con máximo beneficio al tratamiento.

Punto de Buena Práctica

Criterios de control en primer nivel

- Control médico a la semana, a los 15 días y al mes
- Dos intervenciones de educación por enfermera al paciente y familia
- Intervención terapéutica: relajación clásica, intervención cognitivo conductual
- Terapias complementarias
- Una vez compensado el cuadro, se recomienda insertar en grupos de autoayuda, recreativa, actividades lúdicas, actividad física e integración a grupos
- Mayor seguimiento en personas institucionalizadas en establecimientos de larga estadía para adultos mayores



Punto de Buena Práctica

5. ANEXOS

5.1. PROTOCOLO DE BÚSQUEDA

PROTOCOLO DE BÚSQUEDA.

Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad en el Adulto Mayor

La búsqueda se realizó en los sitios específicos de Guías de Práctica Clínica, la base de datos de la biblioteca Cochrane y PubMed.

Criterios de inclusión:

Documentos escritos en idioma inglés o español.
Publicados durante los últimos 10 años.
Documentos enfocados a diagnóstico o tratamiento.

Criterios de exclusión:

Documentos incompletos o escritos en idiomas distintos al español o inglés.

Estrategia de búsqueda

Primera etapa

Esta primera etapa consistió en buscar guías de práctica clínica relacionadas con el tema: Diagnóstico y tratamiento de ansiedad en el adulto mayor en PubMed.

La búsqueda fue limitada a humanos, documentos publicados durante los últimos 10 años, en idioma inglés o español, del tipo de documento de guías de práctica clínica y se utilizaron términos validados del MeSh.

Se utilizó el término MeSh: Anxiety disorder. En esta estrategia de búsqueda también se incluyeron los subencabezamientos (subheadings): Classification, diagnosis, drug effects, drug therapy, epidemiology, mortality, nursing, prevention and control, rehabilitation, therapy y se limitó a la población de adultos mayores de 65 años de edad. Esta etapa de la estrategia de búsqueda dio 96 resultados, de los cuales se utilizaron 2 guías por considerarlas pertinentes y de utilidad en la elaboración de la guía.

Protocolo de búsqueda de GPC.

Resultado Obtenido

("Anxiety Disorders/classification"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/diagnosis"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/drug effects"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/drug therapy"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/epidemiology"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/mortality"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/nursing"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/prevention and control"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/psychology"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/rehabilitation"[Mesh] OR "Anxiety Disorders/therapy"[Mesh]) AND ("loattrfull text"[sb] AND "loattrfree full text"[sb] AND "humans"[MeSH Terms] AND (Meta-Analysis[ptyp] OR Practice Guideline[ptyp] OR Randomized Controlled Trial[ptyp] OR Review[ptyp] OR Controlled Clinical Trial[ptyp])) AND (English[lang] OR Spanish[lang]) AND "aged"[MeSH Terms] AND "2001/12/12"[PDat] : "2011/12/09"[PDat])

Algoritmo de búsqueda

1. Anxiety Disorder [Mesh]
2. Classification [Subheading]
3. Drug effects [Subheading]
4. Drug therapy [Subheading]
5. Epidemiology [Subheading]
6. Mortality [Subheading]
7. Nursing [Subheading]
8. Prevention and control [Subheading]
9. Psychology [Subheading]
10. Rehabilitation [Subheading]
11. Therapy [Subheading]
12. #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11
13. #1 And #12
14. 2001[PDAT]: 2011[PDAT]
15. Humans [MeSH]
16. #13 and # 14 and # 15
17. English [lang]
18. Spanish [lang]
19. #17 OR # 18
20. #16 AND # 19
21. Meta-Analysis[ptyp]
22. Practice Guideline[ptyp]
23. Randomized Controlled Trial[ptyp]
24. Review[ptyp]
25. Controlled Clinical Trial [ptyp]
26. #21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25
27. #20 AND #26
28. Aged 65 and over [MeSH Terms]
29. #27 AND #28

30. # 1 AND (#2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11) AND #14 AND #15 AND (#17 OR #18) and (#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 AND #28

Segunda etapa

Una vez que se realizó la búsqueda de guías de práctica clínica en PubMed y al haberse encontrado pocos documentos de utilidad, se procedió a buscar guías de práctica clínica en sitios Web especializados.

En esta etapa se realizó la búsqueda en 6 sitios de Internet en los que se buscaron guías de práctica clínica, en 6 de estos sitios se obtuvieron 40 documentos, de los cuales se utilizaron 8 documentos para la elaboración de la guía.

No.	Sitio	Obtenidos	Utilizados
1	NGC	24	15
2	TripDatabase	11	7
3	NICE	1	1
4	Singapore Moh Guidelines	2	1
5	Fisterra	1	1
6	SIGN	1	1
Totales		40	26

Tercera etapa

Se realizó una búsqueda de revisiones sistemáticas en la biblioteca Cochrane, relacionadas con el tema de desorden de ansiedad. Se obtuvieron 8 Revisiones sistemáticas, 2 de los cuales tuvieron información relevante para la elaboración de la guía

5.2 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE LA EVIDENCIA Y FUERZA DE LA RECOMENDACIÓN

Criterios para Gradar la Evidencia

El concepto de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue desarrollado por un grupo de internistas y epidemiólogos clínicos, liderados por Gordon Guyatt, de la Escuela de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá. En palabras de David Sackett, *“la MBE es la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes individuales”* (Evidence-Based Medicine Working Group 1992, Sackett DL, 1996).

En esencia, la MBE pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, siendo su objetivo disponer de la mejor información científica disponible -la evidencia- para aplicarla a la práctica clínica (Guerra Romero L, 1996).

La fase de presentación de la evidencia consiste en la organización de la información disponible según criterios relacionados con las características cualitativas, diseño y tipo de resultados de los estudios disponibles. La clasificación de la evidencia permite emitir recomendaciones sobre la inclusión o no de una intervención dentro de la GPC (Jovell AJ, 2006).

Existen diferentes formas de gradar la evidencia (Harbour R, 2001) en función del rigor científico del diseño de los estudios pueden construirse escalas de clasificación jerárquica de la evidencia, a partir de las cuales pueden establecerse recomendaciones respecto a la adopción de un determinado procedimiento médico o intervención sanitaria (Guyatt GH, 1993). Aunque hay diferentes escalas de gradación de la calidad de la evidencia científica, todas ellas son muy similares entre sí.

A continuación se presentan las escalas de evidencia de cada una de las GPC utilizadas como referencia para la adopción y adaptación de las recomendaciones.

ESCALA MODIFICADA DE SHEKELLE Y COLABORADORES

Clasifica la evidencia en niveles (categorías) e indica el origen de las recomendaciones emitidas por medio del grado de fuerza. Para establecer la categoría de la evidencia utiliza números romanos de I a IV y las letras a y b (minúsculas). En la fuerza de recomendación letras mayúsculas de la A a la D.

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de los estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado sin aleatoriedad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudios de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías II, III

Modificado de: Shekelle P, Wolf S, Eccles M, Grimshaw J. Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999; 3:18:593-59

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE)

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
I Evidencia obtenida de un ensayo clínico aleatorizado o un meta-análisis de ensayos clínicos controlados.	A. Directamente basada en evidencia categoría I
IIa. Evidencia obtenida de por lo menos un estudio controlado sin aleatoridad	B. Directamente basada en evidencia categoría II o III o recomendaciones extrapoladas de evidencia I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles y revisiones clínicas	
IV. Evidencia obtenido de comité de expertos, reportes opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	C. Directamente basadas en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencias categorías I o II
	GPP. Recomendaciones de buena práctica basadas en la experiencia clínica y consenso del grupo redactor.
NICE. Evidencia de guía NICE	NICE. Recomendación de guía NICE

Modificado de: Eccles, M. & Mason, J. (2001), How to develop cost-conscious guideline. Health Technology Assessment, 5(16); Department of Health (1996), Clinical Guidelines: Using clinical guidelines to improve patient care within the NHS. Leeds: NHS Executive.

NIVELES DE EVIDENCIA Y GRADOS DE RECOMENDACIÓN SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK (SIGN). MOH CLINICAL PRACTICE GUIDELINE 2/2008

Nivel	Tipo de Evidencia
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos aleatorizados o ensayos clínicos con un riesgo bajo de sesgo
1+	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos bien hechos, o ensayos clínicos con riesgo bajo de sesgos
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con riesgo alto de sesgo
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohorte y casos-control
2+	Estudios de corte y casos y controles con bajo riesgo de confusión o sesgo y una probabilidad moderada de que la relación sea causal
2-	Estudios casos-controles, o estudios de cohorte con alto riesgo de confusión o sesgo y un riesgo significativo de que la relación sea no causal
3	Estudios no analíticos, reportes de casos y series de casos
4	Expertos de opinión
Grado de Recomendación	
A	Al menos un metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos, ensayos clínicos 1++ y directamente aplicables a la población blanco; o un cuerpo de evidencia consistente principalmente de estudios 1+, directamente aplicable a la población blanco
B	Cuerpo de evidencia incluyendo estudios 2++, directamente aplicables a la población blanco, consistencia de resultados, o evidencia extrapolada de estudios 1++ o 1+
C	Evidencia incluye estudios 2+, directamente aplicable a la población blanco y consistencia de resultados, o evidencia extrapolada de estudios 2++
D	Evidencia nivel 3 o 4 o evidencia extrapolada de estudios 2+
GPP (puntos de buena práctica)	Recomendación de buena práctica basada en la experiencia clínica del grupo de desarrollo

Modificado de: MOH Clinical Practice Guidelines. Prescribing of Benzodiazepines. 2008. Disponible en: www.moh.gov.sg/cpg

5.3 CLASIFICACIÓN O ESCALAS DE LA ENFERMEDAD

CUADRO 1. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN LOS DIFERENTES DOMINIOS

SÍNTOMAS DE ANSIEDAD		
Psicológicos	Cognitivos	Conductuales
Taquicardia	Preocupación	Hiperactividad
Frecuencia Urinaria	Aprehensión	Hipervigilancia
Boca seca	Temor	Habla apresurada
Parestesias	Irritabilidad	Conductas ritualistas
Opresión de pecho	Distracción	Sobresaltos
Hiperventilación	Despersonalización	Rigidez de habla
Alteraciones del sueño	Intrusiones en el pensamiento	
Mareo	Pensamientos y sueños	
Sudoraciones	recurrentes	
Temblor	Amnesia	
Vértigo		
Sensación de ahogo		
Tensión muscular		

CUADRO 2. ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (GDS VERSIÓN REDUCIDA).

		SÍ	NO
1	¿ESTA SATISFECHO/A CON SU VIDA?	0	1
2	¿HA RENUNCIADO A MUCHAS ACTIVIDADES)	1	0
3	¿SIENTE QUE SU VIDA ESTA VACÍA?	1	0
4	¿SE ENCUENTRA A MENUDO ABURRIDO/A?	1	0
5	¿TIENE A MENUDO BUEN ÁNIMO?	0	1
6	¿TEME QUE ALGO MALO LE PASE?	1	0
7	¿SE SIENTE FELIZ MUCHAS VECES?	0	1
8	¿SE SIENTE A MENUDO ABANDONADO/A?	1	0
9	¿PREFIERE QUEDARSE EN CASA A SALIR?	1	0
10	¿CREE TENER MÁS PROBLEMAS DE MEMORIA QUE LA MAYORÍA DE LA GENTE?	1	0
11	¿PIENSA QUE ES MARAVILLOSO VIVIR?	0	1
12	¿LE CUESTA INICIAR NUEVOS PROYECTOS?	1	0
13	¿SE SIENTE LLENO/A DE ENERGÍA?	0	1
14	¿SIENTE QUE SU SITUACIÓN ES DESESPERADA?	1	0
15	¿CREE QUE MUCHA GENTE ESTÁ MEJOR QUE USTED?	1	0
PUNTUACION TOTAL _____			
INTERPRETACIÓN: 0 A 5 NORMAL. 6 A 9 DEPRESIÓN LEVE. > 10 DEPRESIÓN ESTABLECIDA.			

Adaptado de: Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (gds): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention. New York: Haworth, 1986.

CUADRO 3. INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

Señale una respuesta en cada uno de los 21 rubros	Poco o Nada (0)	Más o Menos (1)	Moderadamente (2)	Severamente (3)
1.- Entumecimiento, Hormigueo				
2.- Sentir oleadas de calor (bochorno)				
3.- Debilitamiento de las piernas				
4.- Dificultad para relajarse				
5.- Miedo a que pase lo peor				
6.- Sensación de mareo				
7.- Opresión en el pecho, o latidos acelerados				
8.- Inseguridad				
9.- Terror				
10.- Nerviosismo				
11.- Sensación de ahogo				
12.- Manos temblorosas				
13.- Cuerpo tembloroso				
14.- Miedo a perder el control				
15.- Dificultad para respirar				
16.- Miedo a morir				
17.- Asustado				
18.- Indigestión o malestar estomacal				
19.- Debilidad				
20.- Ruborizarse, Sonrojamiento				
21.- Sudoración no debida al calor				
No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad. La puntuación media en pacientes con ansiedad es de 25 y en sujetos normales es de 15.				

Modificado de: Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1.988; 56:893-7.

5.4 MEDICAMENTOS

CUADRO 1. MEDICAMENTOS INDICADOS EN EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL ADULTO MAYOR

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	OBSERVACIONES	EFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
2499	Alprazolam	Iniciar con 0.125 mg vía oral cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 4 mg/día)	Tabletas 2 mg (Tabletas 0.25, 0.5, 1 y 2 mg)	Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-2h. Vida media 12-15h	Cefalea, hostilidad, hipotensión arterial, náusea, vómito	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo.	Hipersensibilidad, glaucoma, uso concomitante de ketoconazol o itraconazol
2612 2613	Clonazepam	Iniciar con 0.3 mg (3 gotas) cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 2 mg/d)	Tabletas 2 mg, Solución 2.5 mg/mL (1 gota = 0.1 mg)	Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-2h. Vida media 18-50h	Rinorrea, palpitaciones, mareo, ataxia, nistagmus, hipotonía muscular	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo.	Hipersensibilidad, glaucoma, enfermedad hepática
5478	Lorazepam	Iniciar con 1 mg cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 4 mg/día)	Tableta 1 mg	Inicio de efecto: intermedio. Pico 1-6h. Vida media 10-20h	Hiporreflexia, ataxia, apnea, insuficiencia respiratoria	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo.	Hipersensibilidad, glaucoma, insuficiencia hepática, miastenia gravis
3206	Triazolam	Iniciar con 0.125 mg vía oral cada día; dosis máxima 0.25 mg/día	Tableta 0.125 mg	Inicio de efecto: intermedio. Pico 1h. Vida media 2-3h	Hiporreflexia, ataxia, apnea, insuficiencia respiratoria	Se incrementan los niveles séricos con: Anticonceptivos orales, cimetidina, disulfiram, eritromicina, heparina, isoniazida, ISRS, probenecid, valproatos. Su uso aumenta los niveles séricos de: Fenitoína, antidepresivos tricíclicos y probablemente de digoxina. Puede provocar efectos secundarios significativos y graves con el uso concomitante con: etanol y opiáceo.	Hipersensibilidad, glaucoma, uso concomitante de ketoconazol o itraconazol

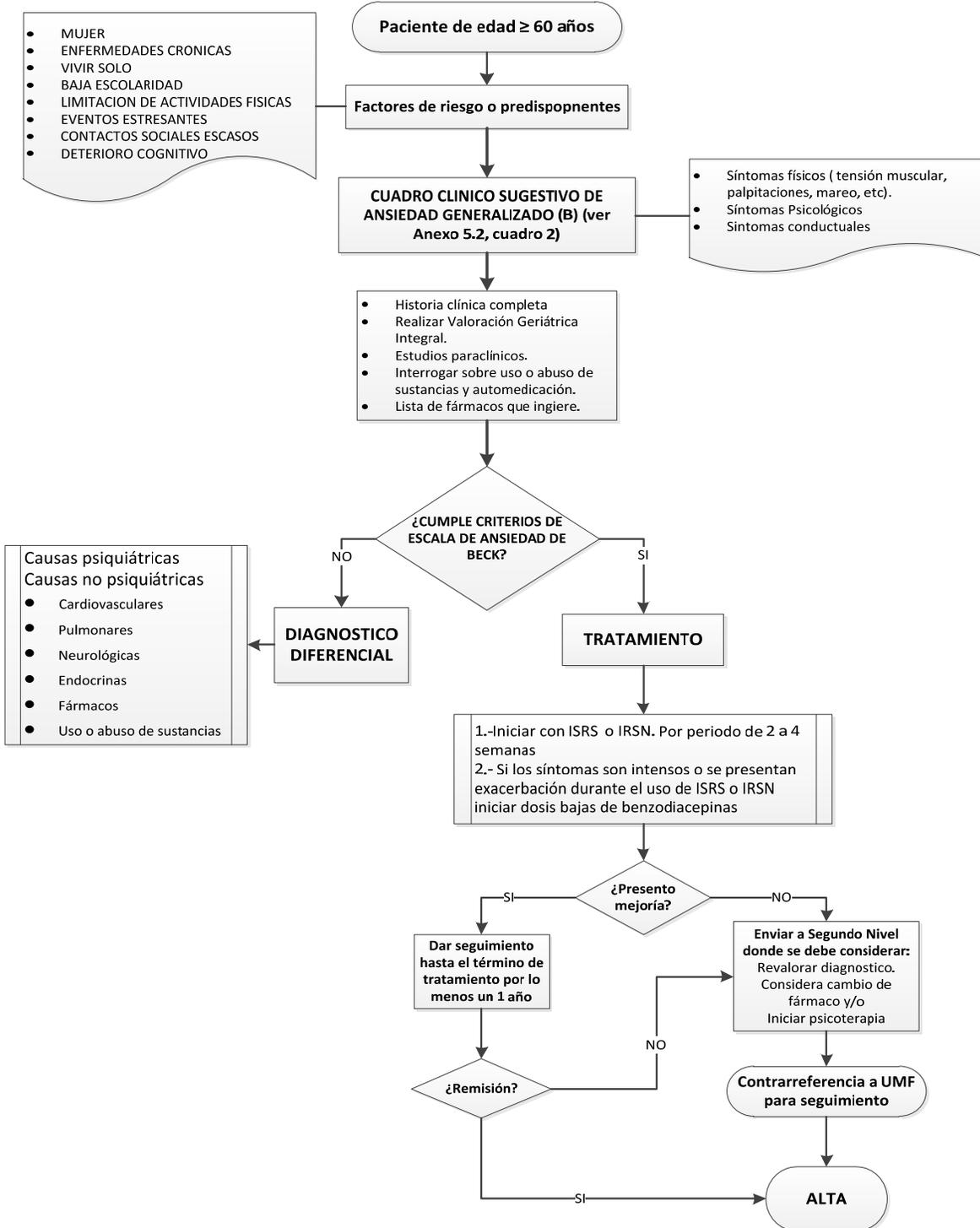
CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	OBSERVACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
4488	Venlafaxina	Iniciar con 37.5 mg cada día (liberación prolongada); aumentar según evolución clínica (dosis máxima 150 mg)	Cápsulas (liberación prolongada) 37.5, 75, 150 mg	Pico 5h Vida media 5h	Mareo, cefalea, ansiedad, anorexia, pérdida de peso, hipertensión,	Con inhibidores de la MAO, indinavir, warfarina, etanol y haloperidol. Con triptanos (eletriptan, zolmitriptan, rizatriptan, sumatriptan). Se presenta el síndrome serotoninérgico que pone en peligro la vida.	Uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de la mono-amino-oxidasa
	Mirtazapina	Iniciar con 7.5 mg cada día (en la noche); aumentar cada 10 días según evolución clínica (dosis máxima 45 mg/d)	Tabletas 15, 30mg	Pico 2h. Vida media 20-40h	Hipotensión ortostática, aumento en niveles de colesterol, estreñimiento, xerostomía, aumento del apetito y de peso	Interacciona con fármacos con elevada fijación a proteínas plasmáticas, sinergia con benzodiazepinas, barbitúricos aumentando riesgo de somnolencia Riesgo de síndrome serotoninérgico. Interacción con IMAOS,	Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de mono-amino-oxidasa
4483	Fluoxetina	Iniciar con 10 mg cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima 20 mg/d)	Tabletas 20 mg	No lo administre en la noche	Ansiedad, cefalea, palpitaciones, hipertensión, mareo, disfunción eréctil	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de mono-amino-oxidasa
4484	Sertralina	Iniciar con 25 mg cada día; aumentar 25 mg cada 5 días según evolución clínica (dosis máxima 100 mg)	Tabletas, Cápsulas 50 mg	Pico 4-8h Vida media 26h	Náusea, diarrea, dolor abdominal, mareo, hipotensión arterial, palpitaciones, edema, disfunción sexual	Con warfarina y digitoxina se potencian sus efectos adversos. Incrementa el efecto de los depresores del sistema nervioso central. Con triptanos (sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida. Evitar uso concomitante de disulfirán	Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de mono-amino-oxidasa;
5485	Olanzapina	Iniciar con 5 mg cada día; aumentar según evolución clínica (dosis máxima recomendada para insomnio 10 mg/d)	Tabletas 5, 10 mg	Pico 6h Vida media 20-50h	Síndrome extrapiramidal, mareo, cefalea, astenia, aumento del apetito, hipertensión, edema periférico	Inhibidores de CYP1A2, elevan los niveles de: Ciprofloxacina, fluvoxamina, isoniacida, ritonavir y cimetidina. Inductores de CYP3A4, disminuyen los niveles de olanzapina: carbamacepina, fenitoina, fenobarbital, rifampicina, analgésicos narcóticos. El tabaquismo y carbón activado disminuyen la disponibilidad de olanzapina. El haloperidol aumenta el parkinsonismo. La olanzapina disminuye el efecto de la levodopa. La hierba de san Juan, kava kava, gotu kola aumentan la propiedades depresores del SNC de olanzapina	Hipersensibilidad conocida
5487	Citalopram	Iniciar con 10 mg cada día; aumentar 10 mg cada 15 días según evolución clínica (dosis máxima 40 mg)	Envase con 14 ó 28 tabletas	Bloqueador selectivo de la recaptura de la serotonina, sin efecto en otro neurotransmisor	Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequedad de mucosas	Con inhibidores de la monoaminooxidasa y alcohol aumentan los efectos adversos; ketoconazol, itraconazol y eritromicina, modifican su actividad terapéutica. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 14 años. Valorar riesgo beneficioso en el embarazo, lactancia, manía, insuficiencia renal e insuficiencia hepática.

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	OBSERVACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
4480	Oxalato de escitalopram	Iniciar con 5 mg cada día; aumentar 5 mg cada 15 días según evolución clínica (dosis máxima 20 mg)	Envase con 14 o 28 tabletas	Bloqueador selectivo de la recaptura de serotonina, sin efecto sobre otros neurotransmisores.	Cefalea, náusea, vómito, diarrea, boca seca, somnolencia, insomnio, mareo, prurito, angioedema, sudoración.	Con inhibidores de la MAO, tramadol, se han observado alteración en la concentración sérica cuando se administra con omeprazol, cimetidina, desipramina y metoprolol. Con triptanos (eletriptán, rizatriptán, sumatriptán y zolmitriptano) se presenta el Síndrome Serotoninérgico grave con riesgo para la vida.	Hipersensibilidad al fármaco. Precauciones: en pacientes con antecedentes de manía, insuficiencia renal severa e insuficiencia hepática.
4485	Clorhidrato de duloxetine	60 mg cada 24 horas, Dosis máxima 180mg.	Envase con 14 cápsulas	Inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina, y débilmente inhibe la captura de dopamina.	Constipación, diarrea, boca seca, náusea, vómito, disminución del apetito, pérdida de peso, fatiga, mareo, cefalea, somnolencia, temblor, visión borrosa, bochornos, anorgasmia, insomnio, disminución del líbido, disfunción eréctil.	La administración con inhibidores de CYP1A2, medicamentos metabolizados por CYP2D6 e inhibidores del CYP2D6, se debe hacer con precaución	Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de mono-amino-oxidasas; Precauciones. Activación de manía/hipomanía, convulsiones, midriasis, insuficiencia renal o hepática
5489	Fumarato de quetiapina	50 a 150 mg cada 12 horas	Envase con 60 tabletas de 100mg..	Muestra una gran afinidad a los receptores cerebrales de serotonina (5HT ₂) y de dopamina (receptores D1 y D2).	Astenia leve, boca seca, rinitis, dispepsia y estreñimiento	Es un antipsicótico atípico que interactúa con una gran variedad de receptores de neurotransmisores. La administración concomitante con tioridazina aumenta la eliminación de la quetiapina	Hipersensibilidad al fármaco y en menores de 16 años. Precauciones: Evitar el uso concomitante con medicamentos de acción en sistema nervioso central y con alcohol
3258 3262	Risperidona	0.5 a 2 mg cada 12-24 horas. La dosis de sostén se establece de acuerdo a la respuesta terapéutica	Envase con 40 tabletas de 2 mg Solución gotas, cada mililitro contiene 1mg	Antipsicótico antagonista de receptores 5-HT ₂ de serotonina y D ₂ de dopamina. Biodisponibilidad oral 94 %, se biotransforma a un metabolito "hidroxi" activo. Vida media de 22 horas.	Distonía aguda, acatisia y síndrome extrapiramidal dentro de los primeros dos meses del tratamiento. Después de meses o años de tratamiento: temblor perioral y discinesia tardía. Rara vez se presenta el síndrome neuroleptico maligno. Otros efectos aumento de peso, sedación, hipotensión postural, erupciones cutáneas y discrasias sanguíneas.	Potencia los efectos de otros depresores del sistema nervioso como sedantes, alcohol, antihistamínicos y opiáceos. Inhiben las acciones de los agonistas de la dopamina	Hipersensibilidad al fármaco y depresión de la médula ósea. Precauciones: En hipotensión arterial y enfermedad de Parkinson

CLAVE	PRINCIPIO ACTIVO	DOSIS RECOMENDADA	PRESENTACIÓN	OBSERVACIONES	EFFECTOS ADVERSOS	INTERACCIONES	CONTRAINDICACIONES
4359	Gabapentina	300 mg a 1800mg	Cada cápsula contiene: 300mg Envase con 15 cápsulas	Análogo del GABA que incrementa la descarga promovida del GABA mediante un proceso desconocido	Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia.	Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervoso central, como el alcohol. Los antiácidos con aluminio o magnesio disminuyen su biodisponibilidad.	Hipersensibilidad al fármaco, valorar la necesidad de su empleo durante el embarazo y lactancia
4356 4358	Pregabalina	75 mg a 150mg	Capsulas con 75 mg y 150mg Envase con 14 ó 28 cápsulas.	Tiene actividad analgésica y anticonvulsiva. Además reduce la liberación de varios neurotransmisores incluyendo glutamato, noradrenalina y sustancia P.	Mareo, somnolencia, edema periférico, infección, boca seca y aumento de peso. Precauciones: no manejar, operar máquina compleja, ni comprometerse con otras actividades potencialmente peligrosas al inicio del tratamiento.	Oxicodona, etanol, lorazepam.	Hipersensibilidad al fármaco.

5.5 DIAGRAMA DE FLUJO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO EN EL ADULTO MAYOR



6. GLOSARIO

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Se refieren a tareas propias del autocuidado como bañarse, vestirse, asearse, transferencia, continencia y alimentación; que son empleadas para valorar el estado funcional de un adulto mayor.

Actividades instrumentales de vida diaria (AIVD): Implican la capacidad del individuo para llevar a cabo una vida independiente en la comunidad y vivir solo, se consideran al uso de transporte, ir de compras, uso del teléfono, control de la medicación y tareas domésticas. Su normalidad puede indicar que conserva integridad para actividades básicas de vida diaria y del estado mental.

Agotamiento: Sensación subjetiva de falta de energía física..

Alteraciones del sueño: Es la dificultad para conciliar y para mantener el sueño o despertar precoz. Se manifiesta por la perturbación de la calidad o cantidad del sueño con repercusiones sobre la actividad diurna.

Calidad de vida: Condición que resulta del equilibrio entre la satisfacción de las necesidades básicas y la no satisfacción de éstas, tanto en el plano objetivo (posibilidad del desarrollo completo de la personalidad) como en el plano subjetivo (satisfacción por la vida y las aspiraciones personales). Según la OMS, es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y en el sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Comorbilidad: La existencia o la presencia de cualquier entidad distinta adicional durante el curso clínico de un paciente que tiene una enfermedad indexada bajo estudio.

Contrarreferencia: Decisión médica en la que se determina el envío de pacientes a un nivel de menor capacidad resolutoria para continuar su atención médica, después de haber sido atendidos de un daño específico a la salud, la cual se realiza con base a criterios técnico médicos y administrativos, con el informe correspondiente de las acciones diagnósticas y terapéuticas

Delirium: Es un trastorno de carácter agudo o subagudo (días o semanas) que se caracteriza por la presencia simultánea de trastornos de la consciencia, la atención, la percepción, el pensamiento, la memoria, psico-motricidad, las emociones, y el ciclo sueño vigilia.

Demencia: se define como la presencia de un deterioro adquirido en la memoria, asociada a alteraciones en uno o más dominios cognoscitivos.

Dependencia: estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria. Restricción o ausencia de capacidad para realizar alguna actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal.

Depresión: Es un conjunto de signos y síntomas caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos.

Deterioro cognoscitivo: Alteración de varias funciones cognitivas en un grado superior del esperado para la edad, el estado de salud integral y el nivel cultural de la persona.

Efecto de cohorte: Efecto que se puede confundir con la edad en los diseños evolutivos y es debido a la fecha del nacimiento.

Envejecimiento: Es un proceso normal asociado a una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumentan la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad.

Factor de riesgo: Condición que incrementa la probabilidad de desarrollar una enfermedad; su asociación tiene efectos aditivos para desarrollar alteraciones de la salud.

Falta de concentración: Es un proceso psíquico que consiste en no centrar voluntariamente toda la atención de la mente sobre un objetivo, objeto o actividad que se está realizando o pensando en realizar en ese momento, dejando de lado toda la serie de hechos que puedan ser capaces de interferir en su consecución o en su atención.

Fatigabilidad fácil: La tendencia a estar cansado o exhausto, disminución progresiva de la amplitud o de la intensidad de una respuesta muscular.

Fragilidad: Síndrome biológico de origen multifactorial, que consiste en reservas fisiológicas disminuidas, que condicionan vulnerabilidad ante factores estresantes y situaciones adversas que ponen en riesgo de dependencia funcional.

Función cognitiva: Facultad de los seres humanos de procesar información a partir de la percepción, el conocimiento adquirido y características subjetivas que permiten valorar la información.

Funcionalidad: Capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentadas de la vida diaria.

Geriatría: Rama de la medicina que estudia los procesos patológicos, psicológicos y sociales de los ancianos con sus repercusiones y consecuencias, mediante un abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico para mantener al adulto mayor en el mejor sitio, su domicilio.

Inquietud e impaciencia: falta de tranquilidad, calma, quietud, sosiego.

Insomnio Secundario: La alteración del sueño se presenta durante más de un mes, está asociada a trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad generalizada, delirium). ó es debida a los efectos fisiológicos directos de sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Insomnio: Dificultad para conciliar y para mantener el sueño o despertar precoz. Se manifiesta por la perturbación de la calidad o de la cantidad de sueño con repercusiones sobre la actividad diurna.

Institucionalización: El hogar es el medio físico, familiar y social donde el adulto mayor se ha desarrollado a lo largo de su vida. La institucionalización tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar y en consecuencia debe realizar esfuerzos para adaptarse a un nuevo medio como sería una residencia asistida.

Institucionalización: Instituciones dedicadas a la atención de los adultos mayores, con otorgamiento de prestaciones con un perfil, en la mayoría de los casos, permanente, para ancianos con distintos grados de dependencia biopsicosocial.

Irritabilidad y-o enojo: Es la capacidad de un organismo o de una parte del mismo para identificar un cambio negativo en el medio ambiente y poder reaccionar. Pero principalmente es la capacidad homeostática que tienen los seres vivos de responder ante estímulos que lesionan su bienestar o estado.

Latencia de sueño: el tiempo que transcurre desde que una persona se acuesta en la cama hasta que se queda dormida. Se determina de forma subjetiva (cuestionario) u objetiva (polisomnografía, ortografía).

Mantenimiento: período de tratamiento posterior a la administración de un tratamiento de inducción que tiene el objetivo de mantener al paciente libre de actividad de la enfermedad

Medidas de higiene del sueño: Son sugerencias encaminadas a modificar situaciones identificadas como coadyuvantes en el insomnio. Como por ejemplo, se suele recomendar despertarse todos los días a la misma hora, no irse a la cama a dormir si no se tiene sueño, evitar actividades estimulantes que inhiban la somnolencia, mantener condiciones cómodas para dormir, etc.

Neuroticismo: Término acuñado por Hans Eysenck, es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad emocional, inseguridad, tasas altas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a sintomatología psicósomática.

Polifarmacia: La utilización de 5 o más fármacos en una persona, incluye medicamentos de origen homeopáticos, alopáticos y herbolarios.

Prevalencia: proporción de individuos en una población que padecen una enfermedad en un periodo de tiempo determinado.

Reacción adversa a medicamentos: cualquier respuesta a un medicamento que sea nociva y no intencionada, y que tenga lugar a dosis que se apliquen normalmente en el ser humano para la profilaxis, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades, o para la restauración, corrección o modificación de funciones fisiológicas
Realizadas y por realizar en la unidad referida.

Referencia: decisión médica en la que se define el envío de pacientes a un nivel de mayor capacidad resolutoria para la atención de un daño específico a la salud, con base a criterios técnico médicos y administrativos.

Somnolencia diurna: Incapacidad o dificultad para mantener el rendimiento psicológico, intelectual y físico tanto en las actividades laborales como de ocio.

Sueño en el Anciano: cambios en los patrones de sueño-vigilia, que tienden a reducir la intensidad, profundidad y continuidad del sueño.

Tensión muscular: Es el incremento del tono de los músculos o de un grupo muscular.

Terapia conductual cognitiva (TCC): Terapia psicológica basada en los fundamentos de la psicología cognitiva, consta de la identificación, de pensamientos creencias y actitudes sobre el sueño y su impacto en la vida diaria.

Terapia Psicológica: Es un grupo de técnicas terapéuticas que abarcan una intervención psicosocial más que física. Incluye la terapia cognitiva conductual, la terapia familiar, terapia familiar sistémica,

Trastornos del sueño: Los trastornos del sueño involucran cualquier tipo de dificultad relacionada con el hecho de dormir, incluyendo dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, tiempo de sueño total excesivo, problemas respiratorios durante el sueño o conductas anormales relacionadas con el sueño.

Tratamiento de relajación muscular: es un entrenamiento sistemático de tensión y relajación de grupos de músculos, primero por separado, luego con la intención de relajar todo el cuerpo de forma inmediata.

Tratamiento de restricción del sueño: Este método limita el tiempo transcurrido en la cama de noche y restringe el sueño durante el día. Se calcula el tiempo en relación a un registro de duración de sueño. Esta cantidad se ajusta semanalmente mediante la consideración de la eficiencia del sueño del individuo (índice del tiempo total de sueño en comparación con el tiempo transcurrido en la cama).

Unidad de referencia: Unidad de atención médica de mayor complejidad o capacidad resolutoria, a la cual se envía transitoriamente un paciente para el tratamiento de un daño a la salud específico.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Alwahhabi F. Anxiety Symptoms and Generalized Anxiety Disorder in the Elderly: A Review. *Harv Rev Psychiatry* 2003;11:180–193.
2. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, et al, British Association for Psychopharmacology. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol* 2005; 19: 567-96.
3. Baldwin DS, Montgomery SA, Nil R, Lader M. Discontinuation symptoms in depression and anxiety disorders. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007;10: 73–84
4. Beck AT, Brown G, Epstein N y Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1.988; 56:893-7.
5. Bélanger L, Morin CM, Langlois F, Ladouceur R. Insomnia and generalized anxiety disorder: effects of cognitive behavior therapy for GAD on insomnia symptoms. *Anxiety Disord*. 2004;18(4):561-71.
6. Benítez CI, Smith K, Vasile RG, Rende R, Edelen MO, Keller MB. Use of benzodiazepines and selective serotonin reuptake inhibitors in middle-aged and older adults with anxiety disorders: a longitudinal and prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008; 16: 5-13.
7. Bhuvaneshwar CG, Baldessarini RJ, Harsh VL, Alpert JE. Adverse endocrine and metabolic effects of psychotropic drugs: selective clinical review. *CNS Drugs*. 2009;23(12):1003-21.
8. Brenes GA, Miller ME, Stanley M, Williamson JD, Knudson M, McCall WV. Insomnia in Older Adults with Generalized Anxiety Disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009; 17(6): 465–472.
9. Ciechanowski P, Katon W, Schwenk TL. Overview of generalized anxiety disorder. September 2009. Up to Date. Disponible en: www.uptodate.com
10. Davidson JR, Zhang W, Connor KM, Ji J, Jobson K, Lecrubier Y, et al. A psychopharmacological treatment algorithm for generalized anxiety disorder (GAD). *J Psychopharmacol*. 2010; 24(1):3-26.
11. DSM IV-R American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
12. Durandal-Montaña JR. Trastornos Psiquiátricos Inducidos por Medicamentos. *Rev Cient Cienc Méd*, 2011, vol.14, no.1, p.21-24.
13. Eccles M, Mason J. How to develop cost-conscious guideline. *Health Technology Assessment*, 2001, 5(16); Department of Health (1996), *Clinical Guidelines: Using clinical guidelines to improve patient care within the NHS*. Leeds: NHS Executive.
14. Franco-Fernández R, Antequera R. Trastornos de ansiedad en el anciano *Psicogeriatría* 2009;1:37-47
15. Goncalves DC, & Byrne, G.J. Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: Systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2011Aug 19 (Epub ahead of print).

16. Goodnick, PJ, Puig, A, DeVane, CL, Freund, BV. Mirtazapine in major depression with comorbid generalized anxiety disorder. *J Clin Psychiatry* 1999;60: 446–448.
17. Grenier S, Prévile M, Boyer R, O'Connor K, Béland SG, Potvin O, et al. The impact of DSM-IV symptom and clinical significance criteria on the prevalence estimates of subthreshold and threshold anxiety in the older adult population. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(4):316-26.
18. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA EN EL Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 2008. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_430_Ansiedad_Lain_Entr_resum.pdf
19. Gum AM, King-Kallimanis B, Kohn R. Prevalence of mood, anxiety, and substance—abuse disorders for older Americans in the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:769–781.
20. Hajjar ER, Cafiero AC, Hanlon JT. Polypharmacy in elderly patients. *Am J Geriatr Pharmacother*. 2007;5(4):345-51.
21. Hicks D, Cummings T, Epstein SA. An Approach to the Patient with Anxiety. *Med Clin N Am* 2010;9(4)1127–1139.
22. Hybels CF, Blazer DG. Epidemiology of late-life mental disorders. *Clin Geriatr Med*. 2003; 19: 663– 696.
23. Katz IR, Reynolds, CF, Alexopoulos, GS, Hackett, D. Venlafaxine ER as a treatment for generalized anxiety disorder in older adults: pooled analysis of five randomized placebo-controlled clinical trials. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50: 18–25.
24. Korte SM. Corticosteroids in relation to fear, anxiety and psychopathology. *Neurosci Biobehav Rev*. 2001;25(2):117-42
25. LaLonde CD, Van Lieshout RJ. Treating generalized anxiety disorder with second generation antipsychotics: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31(3):326-33.
26. Lauderdale SA, Sheikh JI. Anxiety disorders in older adults. *Clin Geriatr Med* 2003;19: 721– 741
27. Lenze, EJ, Mulsant, BH, Shear, MK, Dew, MA, Miller, MD, Pollock, BG, et al. Efficacy and tolerability of citalopram in the treatment of late-life anxiety disorders: results from an 8-week randomized, placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 146–150.
28. Loebach J, Lenze EJ, Stanley MA. Evidence-Based Treatment of Geriatric Anxiety Disorders *Psychiatr Clin N Am* 2005;28:871–896
29. Medina-Mora ME, Borges G, Lara MC, Benjet C, Blanco JJ, Fleiz BC, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003;26(4):1-16.
30. MOH Clinical Practice Guidelines. Prescribing of Benzodiazepines. 2008. Disponible en: <http://www.moh.gov.sg/cpg>
31. Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalized anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 2008; 193: 389-94.
32. Mula M, Pini S, Cassano GB. The role of anticonvulsant drugs in anxiety disorders: a critical review of the evidence. *J Clin Psychopharmacol*. 2007;27(3):263-72.

33. Nabil S. Kamel, MD, Julie K. Gammack, MD. Insomnia in the Elderly: Cause, Approach, and Treatment. *The American Journal of Medicine*. 2006;119, 463-469
34. NICE clinical guideline 113, Generalized anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Management in primary, secondary and community care. This updates and replaces NICE clinical guideline 22 January 2011. Disponible en: www.nice.org.uk/nicemedia/live/13314/52599/52599.pdf
35. Norman MA, Whooley M, Lee K. Depression & Other Mental Health Issues. In: Landefeld C:S, Palmer RM, Johnson MA, Johnston CB, Lyons WL, editors. *Current Geriatric Diagnosis & Treatment*, International edition 2004. McGraw-Hill Press 2004. P. 100-113.
36. Pincus M, Duberstein PR. Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioral and pharmacological interventions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15(8):639-51.
37. Ritchie K, Artero S, Beluche I, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry* 2004;184:147-152.
38. Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric depression scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, eds. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth, 1986.
39. Schuurmans, J, Comijs, H, Emmelkamp, PM, Gundy, CM, Weijnen, I, van den Hout, M, et al. A randomized, controlled trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and sertraline versus a waitlist control group for anxiety disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006;14: 255-263.
40. Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzato E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging*. 2011;28(7):509-18.
41. Tariq SH, Pulisetty S. Pharmacotherapy for insomnia. *Clin Geriatr Med*. 2008;24(1):93-105.
42. Thorp SR, Ayers CR, Nuevo R, Stoddard JA, Sorrell JT, Wetherell JL. Meta-analysis comparing different behavioral treatments for late-life anxiety. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009;17(2):105-15.
43. Uchida H, Suzuki T, Mamo DC, Mulsant BH, Kikuchi T, Takeuchi H, et al. Benzodiazepine and antidepressant use in elderly patients with anxiety disorders: a survey of 796 outpatients in Japan. *J Anxiety Disord*. 2009;23(4):477-81.
44. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression And Anxiety* 2010;27 : 190-211
45. Zivin K, and Kales HC. Adherence to Depression Treatment in Older Adults *Drugs*. *Aging* 2008; 25 (7): 559-571.

8. AGRADECIMIENTOS.

Se agradece a las autoridades de Instituto Mexicano del Seguro Social las gestiones realizadas para que el personal adscrito al centro o grupo de trabajo que desarrolló la presente guía asistiera a los eventos de capacitación en Medicina Basada en la Evidencia y temas afines, coordinados por el Instituto Mexicano del Seguro Social y el apoyo, en general, al trabajo de los expertos.

Instituto Mexicano de Seguro Social / IMSS

Srita. Luz María Manzanares Cruz

Secretaría
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAЕ

Sr. Carlos Hernández Bautista

Mensajería
División de Excelencia Clínica. Coordinación de
UMAЕ

9. COMITÉ ACADÉMICO

Instituto Mexicano del Seguro Social, División de Excelencia Clínica Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad / CUMAE

Dr. José de Jesús González Izquierdo	Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad
Dr. Arturo Viniegra Osorio	Jefe de División
Dra. Laura del Pilar Torres Arreola	Jefa de Área de Desarrollo de Guías de Práctica Clínica
Dra. María del Rocío Rábago Rodríguez	Jefa de Área de Innovación de Procesos Clínicos
Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores	Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica
Dra. Rita Delia Díaz Ramos	Jefa de Área de Proyectos y Programas Clínicos
Dra. María Luisa Peralta Pedrero	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Antonio Barrera Cruz	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Aidé María Sandoval Mex	Coordinadora de Programas Médicos
Dra. Yuribia Karina Millán Gámez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Carlos Martínez Murillo	Coordinador de Programas Médicos
Dra. María Antonia Basavilvazo Rodríguez	Coordinadora de Programas Médicos
Dr. Juan Humberto Medina Chávez	Coordinador de Programas Médicos
Dra. Gloria Concepción Huerta García	Comisionada a la División de Excelencia Clínica
Lic. María Eugenia Mancilla García	Coordinadora de Programas de Enfermería
Lic. Héctor Dorantes Delgado	Analista Coordinador
Lic. Abraham Ruiz López	Analista Coordinador

10. DIRECTORIO SECTORIAL Y DEL CENTRO DESARROLLADOR

Directorio sectorial.

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social / IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Director General

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado / ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López
Director General

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia / DIF

Lic. María Cecilia Landerreche Gómez Morín
Titular del organismo SNDIF

Petróleos Mexicanos / PEMEX

Dr. Juan José Suárez Coppel
Director General

Secretaría de Marina

Almirante Mariano Francisco Saynez Mendoza
Secretario de Marina

Secretaría de la Defensa Nacional

General Guillermo Galván Galván
Secretario de la Defensa Nacional

Consejo de Salubridad General

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Secretario del Consejo de Salubridad General

Directorio institucional.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Echevarría Zuno
Director de Prestaciones Médicas

Dr. Fernando José Sandoval Castellanos

Titular de la Unidad de Atención Médica

Dr. José de Jesús González Izquierdo

Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Dra. Leticia Aguilar Sánchez

Coordinadora de Áreas Médicas

Dr. Arturo Viniestra Osorio

División de Excelencia Clínica

11. COMITÉ NACIONAL DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud	Presidenta
M en A María Luisa González Rétiz Directora General del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud	Titular y Suplente del presidente del CNGPC
Dr. Esteban Hernández San Román Director de Evaluación de Tecnologías en Salud, CENETEC	Secretario Técnico
Dr. Mauricio Hernández Ávila Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud	Titular
Dr. Romeo Rodríguez Suárez Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad	Titular
Mtro. Salomón Chertorivski Woldenberg Comisionado Nacional de Protección Social en Salud	Titular
Dr. Jorge Manuel Sánchez González Secretario Técnico del Consejo Nacional de Salud	Titular
Dr. Pedro Rizo Ríos Director General Adjunto de Priorización del Consejo de Salubridad General	Titular
General de Brigada M. C. Ángel Sergio Olivares Morales Director General de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional	Titular
Vicealmirante Servicio de Sanidad Naval, M. C. Rafael Ángel Delgado Nieto Director General Adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina, Armada de México	Titular
Dr. Santiago Echevarría Zuno Director de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social	Titular
Dr. Gabriel Ricardo Manuell Lee Director Médico del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	Titular
Dr. Víctor Manuel Vázquez Zárate Subdirector de Servicios de Salud de Petróleos Mexicanos	Titular
Lic. Guadalupe Fernández Vega Albafull Directora General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	Titular
Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci Comisionado Nacional de Arbitraje Médico	Titular
Dr. Rafael A. L. Santana Mondragón Director General de Calidad y Educación en Salud	Titular
Dr. Francisco Garrido Latorre Director General de Evaluación del Desempeño	Titular
Dra. Gabriela Villarreal Levy Directora General de Información en Salud	Titular
Dr. James Gómez Montes Director General de los Servicios de Salud y Director General del Instituto de Salud en el Estado de Chiapas	Titular 2011-2012
Dr. José Armando Ahued Ortega Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal	Titular 2011-2012
Dr. José Jesús Bernardo Campillo García Secretario de Salud Pública y Presidente Ejecutivo de los Servicios de Salud en el Estado de Sonora	Titular 2011-2012
Dr. David Kershenobich Stalnikowitz Presidente de la Academia Nacional de Medicina	Titular
Acad. Dr. Francisco Javier Ochoa Carrillo Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía	Titular
Dra. Mercedes Juan López Presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud	Asesor Permanente
Dr. Jesús Eduardo Noyola Bernal Presidente de la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina	Asesor Permanente
Dr. Francisco Bañuelos Téllez Presidente de la Asociación Mexicana de Hospitales	Asesor Permanente
Dr. Sigfrido Rangel Fraustro Presidente de la Sociedad Mexicana de Calidad de Atención a la Salud	Asesor Permanente