

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

**Guía de Referencia
Rápida**

SEDENA

SEMAR

**Diagnóstico y Tratamiento del
Trastorno de Ansiedad Generalizado
en el Adulto Mayor**

GPC

Guía de Práctica Clínica

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

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

**CIE 10: F411 Trastorno de ansiedad generalizada
F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión**

GPC

**Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizado en el
Adulto Mayor
ISBN en trámite**

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*).

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

- A. Ansiedad y preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades.
- 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).
 1. Inquietud o impaciencia.
 2. Fatigabilidad fácil.
 3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. 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.

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.

CAUSAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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. 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, de igual manera, 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.

CAUSAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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. 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, de igual manera, 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.

FÁRMACOS ASOCIADOS AL TRASTORNO DE ANSIEDAD EN EL ANCIANO

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. 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.

Los fármacos simpaticomiméticos como lo son los alfa 1 agonistas, broncodilatadores beta-agonistas y las metilxantinas, utilizados frecuentemente para tratamiento para asma y/o EPOC pueden condicionar ansiedad agravando así las enfermedades respiratorias de fondo.

Los corticoesteroides tiene un rol en el desarrollo de miedo y ansiedad, sus mecanismos son indirectos e incluyen cambios químicos en algunas neuronas condicionando ciertos comportamientos según las vías neurales. En general los cuadros psiquiátricos aparecen luego de dos semanas de tratamiento y se resuelven reduciendo la dosis o suspendiendo el medicamento.

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. Fármacos hidrofílicos como el atenolol, que no atraviesan la barrera hematoencefálica, son seguros. 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, parestesias y alucinaciones, así como delirium.

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), vasodilatadores (isosorbide) y psicoestimulantes (metilfenidato/modafenilo).

CUADRO CLÍNICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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 cuadro 1). 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.

RELACIÓN CON SÍNDROMES GERIÁTRICOS Y OTRAS COMORBILIDADES

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). 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.

Los síntomas de ansiedad generalizada están presentes hasta en un 27.5% de los pacientes deprimidos. 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 cuadro 2). 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).

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

DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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. 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.

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. 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 cuadro 3).

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.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El diagnóstico diferencial del TAG incluye los siguientes:

Causas psiquiátricas:

Desórdenes fóbicos, esquizofrenia, personalidad esquizoide y depresión con sintomatología psicótica.

Causas no psiquiátricas

Cardiovasculares: falla cardíaca descompensada, embolismo pulmonar, angina y arritmias.

Pulmonares: enfermedad pulmonar obstructiva crónica y neumonía.

Neurológicas: enfermedad de Parkinson y evento vascular cerebral.

Endocrinas: hipertiroidismo e hipotiroidismo.

Fármacos: uso o abuso de sustancias, supresión de benzodiazepinas, alcohol y otras drogas, ver apartado de fármacos asociados a ansiedad

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

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. 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.

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. 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. Se recomienda el uso de TCC para tratar el TAG en los adultos mayores cuando no sea posible emplear fármacos o que el paciente se muestre renuente a tratarse, en sesiones semanales de 1 a 2 horas, y deberá complementarse en un plazo máximo de 4 meses.

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.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

El tratamiento inicial del TAG puede ser farmacológico o psicoterapéutico. Ambas formas de tratamiento han demostrado ser eficaces en el TAG del adulto mayor. El tratamiento farmacológico es más efectivo en la reducción de síntomas de ansiedad en comparación a TCC. 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.

Para el inicio del manejo farmacológico debe tenerse en cuenta las preferencias del paciente, comorbilidades, riesgo de suicidio, la polifarmacia, los cambios propios del envejecimiento que conllevan a alteraciones en la farmacodinamia y farmacocinética, valorar el riesgo de efectos adversos, las interacciones fármaco-fármaco, fármaco enfermedad, tolerancia y dependencia a otras sustancias (alcohol, fármacos o drogas, así como los costos).

En todos los pacientes con manejo farmacológico y no farmacológico se deberá tener en cuenta los siguientes conceptos para el seguimiento y ajuste farmacológico:

- **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.

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). Estos incluyen a los ISRS:

- **Escitalopram** con dosis inicial de 5mg/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/día e incremento gradual de acuerdo a respuesta.
- **Sertralina** dosis de 25mg al día, e incrementos incremento gradual de acuerdo a respuesta. Este se recomienda como mejor opción por su costo/beneficio.

Y 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 con la dosis mínima.
- **Duloxetina** a dosis inicial de 30mg al día y titular su incremento de 30mg hasta una dosis máxima de 120mg/día.

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

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”*. El tiempo de respuesta a un fármaco antidepresivo es de 4-12 semanas. 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.

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

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. 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.

Cuando los pacientes responden parcialmente o no responden, se debe tener en cuenta las siguientes consideraciones: Eficacia inadecuada del tratamiento, falta de adherencia al tratamiento, resultado de efectos adversos, uso concomitante de alcohol o de otras prescripciones ansiogénicas (medicamentos de venta libre), y si la respuesta al tratamiento es menor al 25% o presenta efectos adversos, se recomienda cambiar de fármaco, incluso del mismo grupo.

Al inicio del tratamiento con ISRS los pacientes con TAG pueden experimentar exacerbación de la ansiedad o intranquilidad. En este caso, 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.

Existe evidencia sólida que respalda la eficacia a **corto plazo** de las benzodiacepinas (BZD) para el tratamiento del TAG. Las BZD son la forma más común de medicación para el tratamiento de trastornos de ansiedad, más no el recomendado. La respuesta a estas es generalmente más rápida que a los antidepresivos lo que condiciona una sobreprescripción de este grupo farmacológico en los adultos mayores. Las BZD 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. Debe evitarse prescribir a los adultos mayores BZD de vida media larga (ej. Diazepam, clorazepato, flurazepam, etc.).

Se recomienda el uso de BZD al inicio del tratamiento si los síntomas son severos, de preferencia fármacos de acción corta y 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). No se recomienda continuar con el uso de benzodiacepinas cuando no se presente una respuesta favorable en un lapso de 4-6 semanas, no usar como monoterapia en el TAG del adulto mayor, evitar cuando el paciente tiene adicción al alcohol o esté consumiendo otros sedantes, advertir que se evite la automedicación por el riesgo de dependencia y tolerancia, retirar gradualmente el fármaco a lo largo de un mes o más, ajustar siempre dosis eficaces mínimas para evitar la aparición de reacciones adversas y sobre todo en los pacientes con hepatopatías o nefropatías, vigilar el efecto hipotensor, mareos y consiguiente riesgo de caídas y fractura de cadera y por último educar al paciente y/o cuidador sobre la importancia de un cumplimiento terapéutico estricto y supervisar el mismo.

Existen otros fármacos indicados en el tratamiento de TAG en adultos mayores como lo son los antineuríticos y antipsicóticos. La pregabalina ha demostrado su eficacia tanto en los síntomas psíquicos como somáticos de ansiedad, el inicio de respuesta aparece entre la primera y segunda

semanas, antes de lo observado con los fármacos antidepresivos, se recomienda su uso como otra opción terapéutica a dosis iniciales de 75mg a 150mg/día.

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

EFFECTOS ADVERSOS DE LOS MEDICAMENTOS FRECUENTEMENTE UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DE TAG

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.

Se recomienda ofrecer 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. 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. Puede reiniciarse el manejo con el fármaco retirado a dosis menores a las habituales para disminuir la sintomatología del retiro.

Los efectos adversos más frecuentes que pueden presentar el uso de antipsicóticos son:

Cardiovascular: hipotensión, hipotensión ortostática, taquicardia.

Anticolinérgico: retención urinaria, estreñimiento, visión borrosa, congestión nasal, boca seca.

Extrapiramidal: seudoparkinsonismo, reacción distónica aguda, acatíca (intranquilidad motora y excesiva), discinesia tardía.

Metabólicos: hiperglucemia, aumento de peso, dislipidemia mixta.

Otros: sedación, incrementos de infecciones respiratorias y mayor riesgo de EVC.

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.

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.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Criterios de referencia al 2do nivel al área de psiquiatría, cualquiera de los siguientes:

- 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.

Criterios para la referencia del paciente geriátrico:

- 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, deprivación sensorial, visual y auditiva, caídas, depresión).
- 4) Deterioro cognitivo o delirium.

Deberán reunir los criterios: **1+2+3 ó 1+2+4 ó 1+4.**

Criterios para referencia de Segundo a Tercer nivel de atención a los pacientes que:

- 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.

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.

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

CUADRO 1. SÍNTOMAS DE ANSIEDAD EN LOS DIFERENTES DOMINIOS

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

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.

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

