

Actualización
2019

Diagnóstico y tratamiento
**DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD
GENERALIZADA EN LA PERSONA MAYOR**

Evidencias y Recomendaciones

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica GPC-IMSS-499-19



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

DIRECCIÓN GENERAL

LIC. ZOÉ ALEJANDRO ROBLEDO ABURTO

DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

DR. VÍCTOR HUGO BORJA ABURTO

UNIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA

DR. JUAN MANUEL LIRA ROMERO

COORDINACIÓN DE UNIDADES MÉDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD

DR. EFRAÍN ARIZMENDI URIBE

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SEGUNDO NIVEL

DR. RAÚL PEÑA VIVEROS

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN DE INFRAESTRUCTURA MÉDICA

LIC. JUAN PABLO VILLA BARRAGÁN

COORDINACIÓN TÉCNICA DE EXCELENCIA CLÍNICA

DRA. DULCE ALEJANDRA BALANDRÁN DUARTE

UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS EN SALUD

DRA. ANA CAROLINA SEPULVEDA VILDOSOLA

COORDINACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD

DR. MARIO MADRAZO NAVARRO

COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN EN SALUD

ENC. DRA. CAROLINA DEL CARMEN ORTEGA FRANCO

COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ENC. DR. CARLOS ALBERTO DURÁN MUÑOZ

COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN EN SALUD

DR. JUAN LUIS GERARDO DURÁN ARENAS

UNIDAD DE ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

DR. ARTURO VINIEGRA OSORIO

COORDINACIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL A LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL

DR. MANUEL CERVANTES OCAMPO

COORDINACIÓN DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DR. ROMEO SERGIO RODRÍGUEZ SUÁREZ

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL TRABAJO

ENC. DR. EDUARDO ROBLES PÉREZ

COORDINACIÓN DE CONTROL TÉCNICO DE INSUMOS

DRA. CONCEPCIÓN GRAJALES MUÑIZ

Durango 289- 1A Colonia Roma
Delegación Cuauhtémoc, 06700 México, DF.
Página Web: www.imss.gob.mx

Publicado por Instituto Mexicano del Seguro Social
© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social** "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General
Coordinación Técnica de Excelencia Clínica
Coordinación de Unidades Médicas de Alta Especialidad

Esta Guía de Práctica Clínica (GPC) fue elaborada con la participación de las instituciones públicas que conforman el Sistema Nacional de Salud, bajo la coordinación del Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Los autores se aseguraron que la información sea completa y actual, por lo que asumen la responsabilidad editorial por el contenido de esta guía; declaran que no tienen conflicto de interés y en caso de haberlo, lo han manifestado puntualmente, de tal manera que no se afecte su participación y la confiabilidad de las evidencias y recomendaciones.

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.

En cumplimiento de los artículos 28 y 29 de la Ley General de Salud; 50 del Reglamento Interior de la Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud; y Primero del Acuerdo por el que se establece que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal que presten servicios de salud aplicarán, para el primer nivel de atención médica, el cuadro básico y, en el segundo y tercer nivel, el Catálogo de insumos, las recomendaciones contenidas en las GPC; con relación a la prescripción de fármacos y biotecnológicos deberán aplicarse con apego a los cuadros básicos de cada institución.

Este documento puede reproducirse libremente dentro del Sistema Nacional de Salud y sin autorización escrita, sólo cuando sea usado para fines de enseñanza, en la práctica médica y en actividades no lucrativas. Queda prohibido todo acto por virtud del cual el usuario pueda explotar o servirse comercialmente directa o indirectamente, en su totalidad o parcialmente, o beneficiarse directa o indirectamente con lucro de cualquiera de los contenidos, imágenes, formas, índices y demás expresiones formales que sean parte de este, incluyendo la modificación o inserción de textos o logotipos.

En la elaboración de esta GPC se ha considerado integrar la perspectiva de género utilizando un lenguaje incluyente y no sexista que permita mostrar las diferencias por sexo (femenino y masculino), edad (niños y niñas, los/las jóvenes, población adulta y adulto mayor) y condición social, con el objetivo de promover la igualdad y equidad, así como el respeto a los derechos humanos en atención a la salud.

Debe ser citado como: **Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor**. Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, IMSS; **2019** [fecha de consulta]. Disponible en: <http://imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Actualización: **Parcial**.

ISBN en trámite

GRUPO DE DESARROLLO

AUTORÍA

| | | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|------|--|--|
| Dr. Alejandro Herrera Landero | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. UMAE Hospital de Traumatología y Ortopedia "Lomas Verdes" | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Everest Barrientos López | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General de Zona/medicina Familiar No. 1, Durango, Durango | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dra. Luz Gisela Salmerón Gudiño | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. UMAE, Centro Médico Nacional "Victorio de la Fuente Narváez". Hospital de Ortopedia, Ciudad de México. | Consejo Mexicano de Geriatría |
| Dr. Jorge Orozco Gaytán | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. UMAE, Centro Médico Nacional "La Raza". Hospital General, Ciudad de México. | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dra. María Magdalena Cruz Toscano | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General de Zona No. 27, Tlatelolco, Ciudad de México. | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dra. Macarena del Rosario Sifuentes | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General de Zona No.17, Monterrey, Nuevo León | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Edgar Velázquez Chávez | Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General Regional No. 1, Mérida Yucatán. | Consejo Mexicano de Geriatría |
| Dr. Alejandro Acuña Arellano | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General Regional No. 251, Metepec, Estado de México | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Juan Manuel Venegas Ortega | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General Regional No. 46, Guadalajara, Jalisco | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Jesús Alejandro Gómez García | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico De Base. UMAE, Centro Médico Nacional del Noreste, Hospital de Cardiología, Monterrey, Nuevo León | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Juan Carlos Márquez Solano | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General Regional No. 1, Querétaro, Querétaro | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. José Enrique Cruz Aranda | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico De Base. UMAE, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Hospital de Cardiología, Ciudad de México. | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dra. Nubia Franco Álvarez | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico De Base. UMAE, Hospital de Especialidades No. 14, Veracruz, Veracruz | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Jesús Avilio Martínez Beltrán | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico de Base. UMAE, Hospital de Especialidades No. 71, Torreón Coahuila. | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------|--|--|
| Dra. Emma Peschard Sáenz | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico De Base. UMAE, Centro Médico Nacional de Noreste, Hospital de Especialidades, Monterrey. Nuevo León | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Juan Armando Quiroz Uribe | Médico Geriatra | IMSS | Médico de Base. Hospital General de Zona No. 66, Ciudad Juárez, Chihuahua | Consejo Mexicano de Geriatría |
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. | Consejo Mexicano de Geriatría |

COORDINACIÓN METODOLÓGICA

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------|---|-------------------------------|
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. | Consejo Mexicano de Geriatría |
|---------------------------------|------------------------------|------|---|-------------------------------|

BÚSQUEDA DE LA INFORMACIÓN

| | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------|---|-------------------------------|
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Coordinador de programas médicos. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. | Consejo Mexicano de Geriatría |
|---------------------------------|------------------------------|------|---|-------------------------------|

VALIDACIÓN

| | | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------|--|--|
| Protocolo de Búsqueda | | | | |
| Dr. Antonio Barrera Cruz | Medicina Interna | IMSS | Jefe de Área. Coordinación Técnica de Excelencia Clínica. Coordinación de UMAE. | |
| Guía de Práctica Clínica | | | | |
| Dra. Vianey Garzón López | Médico Internista y Geriatra | IMSS | Médico De Base. Hospital General Regional No. 2. "Dr. Guillermo Fajardo Ortiz", Ciudad de México | Consejo Mexicano de Medicina Interna y por el Consejo Mexicano de Geriatría. |
| Dr. Pedro Hiram Saldívar Barreto | Psiquiatría | IMSS | Médico de Base. Hospital de Psiquiatría. Unidad Morelos. Ciudad de México | Consejo Mexicano de Psiquiatría |

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. Aspectos Generales..... | 7 |
| 1.1. Metodología | 7 |
| 1.1.1. Clasificación | 7 |
| 1.2. Actualización del año 2011 al 2019 | 8 |
| 1.3. Introducción | 9 |
| 1.4. Justificación | 11 |
| 1.5. Objetivos..... | 12 |
| 1.6. Preguntas clínicas | 13 |
| 2. Evidencias y Recomendaciones..... | 14 |
| 2.1. Factores de riesgo..... | 15 |
| 2.2. Diagnóstico | 16 |
| 2.3. Tratamiento | 24 |
| 2.4. Seguimiento..... | 37 |
| 2.5. Criterios de referencia y contrarreferencia | 39 |
| 3. Anexos | 41 |
| 3.1. Diagramas de flujo..... | 41 |
| Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad en la Persona Mayor | 41 |
| Tratamiento del Trastorno de Ansiedad en la Persona Mayor | 42 |
| 3.2. Cuadros o figuras..... | 43 |
| 3.3. Listados de recursos | 52 |
| 3.3.1. Cuadro de medicamentos | 52 |
| 3.4. Protocolo de búsqueda | 54 |
| 3.4.1. Búsqueda de GPC..... | 54 |
| 3.4.2. Búsqueda de revisiones sistemáticas | 54 |
| 3.4.3. Búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados..... | 55 |
| 3.4.4. Búsqueda de estudios observacionales..... | 55 |
| 3.5. Escalas de gradación..... | 57 |
| 3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave | 58 |
| 4. Glosario..... | 60 |
| 5. Bibliografía | 62 |
| 6. Agradecimientos..... | 67 |
| 7. Comité Académico | 68 |

1. ASPECTOS GENERALES

1.1. Metodología

1.1.1. Clasificación

| | |
|--|---|
| Profesionales de la salud | Medicina Interna, Geriatría, Psiquiatría. |
| Clasificación de la enfermedad | CIE- 10: F411 Trastorno de ansiedad generalizada, F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión |
| Categoría de GPC | Niveles de atención de la enfermedad: Primario, Secundario y Terciario Diagnóstico y Tratamiento. |
| Usuarios potenciales | Médicos Especialistas, Médicos Generales, Médicos Familiares, Estudiantes, Enfermeras generales, Enfermeras especialistas. |
| Tipo de organización desarrolladora | Dependencia del Instituto Mexicano del Seguro Social |
| Población blanco | Adultos mayores 65 a 79 años y Adultos Mayores de 80 y más años. Hombre y Mujer. |
| Fuente de financiamiento / Patrocinador | Gobierno Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social. |
| Intervenciones y actividades consideradas | CIE-9MC: 89.0 Entrevista, consulta y evaluación diagnóstica. 89.03 Entrevista y evaluación descrita como global. 89.39 Otras mediciones y exámenes no quirúrgicos. |
| Impacto esperado en salud | Disminuir la carga de la enfermedad asociada a salud mental derivadas del trastorno de ansiedad. Reducción de costos al estandarizar los procesos de diagnóstico y seguimiento. Mejorar la calidad de vida de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada. Impactar favorablemente en el pronóstico y calidad de vida del adulto. |
| Aspectos que no cubre la GPC | Promoción de la salud, Prevención, Rehabilitación |
| Metodología | Delimitación del enfoque y alcances de la guía Elaboración de preguntas clínicas Búsqueda sistemática de la información (Guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales) Evaluación de la calidad de la evidencia Análisis y extracción de la información Elaboración de recomendaciones y selección de recomendaciones clave Procesos de validación Publicación en el Catálogo Maestro |
| Búsqueda sistemática de la información | Métodos empleados para coleccionar y seleccionar evidencia Protocolo sistematizado de búsqueda: Algoritmo de búsqueda reproducible en bases de datos electrónicas, en centros elaboradores o compiladores de guías, revisiones sistemáticas, ensayos clínicos, estudios de pruebas diagnósticas, estudios observacionales en sitios Web especializados y búsqueda manual de la literatura. Fecha de cierre de protocolo de búsqueda: Julio de 2019 Número de fuentes documentales utilizadas: 12 documentos de la guía original, del periodo 1/12/2001 a 1/12/2011 y 83 documentos utilizados en esta actualización, del periodo 01/12/2011 al 31/07/2019. |
| Conflicto de interés | Todos los integrantes del grupo de desarrollo han declarado la ausencia de conflictos de interés. |
| Año de publicación | Año de publicación: 2019. Esta guía será actualizada cuando exista evidencia que así lo determine o de manera programada, a los 3 a 5 años posteriores a la publicación. |

1.2. Actualización del año 2011 al 2019

La presente actualización refleja los cambios ocurridos alrededor del mundo y a través del tiempo respecto al abordaje del padecimiento o de los problemas relacionados con la salud tratados en esta guía.

De esta manera, las guías pueden ser revisadas sin sufrir cambios, actualizarse parcial o totalmente, o ser descontinuadas.

A continuación, se describen las actualizaciones más relevantes:

1. El título de la guía:

-) Título desactualizado: **Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizado en el adulto mayor.**
-) Título actualizado: **Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor.**

2. La actualización en evidencias y recomendaciones se realizó en: (dejar el nombre del abordaje en que sufrió la actualización, eliminar donde no sufrió actualización):

-) **Detección**
-) **Diagnóstico**
-) **Tratamiento**
-) **Pronóstico**

1.3. Introducción

En el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y Salud del 2015, define a las personas mayores como aquellas que han superado la esperanza de vida media al nacer, considerando la diversidad en los modos de envejecer, en un esfuerzo por eliminar ideas preconcebidas y a los cambios demográficos en el mundo (OMS, 2015). En México, de acuerdo con la encuesta intercensal, en el 2015, la población de personas mayores era del 10.4% de la población mexicana total (SEDESOL, 2017), y se estima que para el 2030 sea del 14.6%.

La ansiedad es una emoción básica de carácter universal que se activa ante situaciones que consideramos amenazantes, tiene carácter multidimensional, desplegando un patrón de respuestas cognitivas, fisiológicas, motoras y conductuales (Cisneros GE, 2019) de ahí los múltiples manifestaciones clínicas. El trastorno de ansiedad se refiere a una preocupación excesiva y debilitante (Altunoz U, 2018)(4).

Según la *American Psychiatric Association*, los trastornos de ansiedad en conjunto son el tipo más común de trastornos psiquiátricos (APA, 2013). Muchos pacientes con ansiedad experimentan síntomas físicos relacionados a ansiedad y como consecuencia acuden a consulta de atención primaria, desafortunadamente se da tratamiento para los síntomas físicos y no para el trastorno psiquiátrico de base. A pesar de la alta prevalencia de este trastorno, a menudo son problemas poco reconocidos y no tratados adecuadamente.

De acuerdo al *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5), existen diversos trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad generalizada (TAG), trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y ansiedad debido a otra condición médica (APA, 2013).

La ansiedad en las personas mayores se ha descrito como el "gigante geriátrico silencioso" (Cassidy K, 2008). La prevalencia del trastorno de ansiedad a nivel mundial oscila del 3.8 al 25% (Remes O, 2016). En México, en áreas urbanas es del 5.7% (IC 95% 4.2 – 7.2) y en áreas rurales del 4.9% (IC 95% 2.8 – 7.0) (Prina AM, 2011). Sin embargo, la proporción de síntomas de ansiedad en adultos mayores en comunidad y hospital (sin cumplir con los criterios del diagnóstico de trastorno de ansiedad) se presenta en un rango del 15 al 50% (Bryant C, 2008). El riesgo de desarrollar TAG en personas mayores es superior en mujeres (OR 1.96, IC 95% 1.31 – 2.93) con respecto a los hombres (Grenier S, 2018). La posibilidad de presentar un trastorno de ansiedad disminuye en un 40% después de los 75 años de edad y en un 47% después de los 80 años (Canuto A, 2018).

Los síntomas de ansiedad están asociados con complejos procesos cognoscitivos y fisiológicos en personas mayores, existe disfunción de los circuitos cognoscitivos que regulan los procesos de preocupación, las regiones laterales de la corteza prefrontal tienen patrones anormales de activación durante la supresión de la preocupación en comparación con los adultos mayores sin TAG y los adultos jóvenes con TAG. Las personas mayores con TAG prestan más atención a las palabras con valor negativo, siendo incapaces de

desconectarse eficientemente desde estímulos emocionalmente negativos o amenazadores (*Bower ES, 2015*).

El TAG se caracteriza por angustia y preocupación excesiva por una serie de eventos y actividades que suceden alrededor de la persona que la padece, la preocupación y la ansiedad son difíciles de controlar y están asociadas a 3 de los siguientes síntomas que ocurren la mayoría de los días y por al menos 6 meses:

-) Intranquilidad o impaciencia.
-) Fatigabilidad fácil.
-) Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco.
-) Irritabilidad.
-) Tensión muscular.
-) Alteraciones del sueño (dificultad para iniciar o mantener el sueño).

Las personas con TAG son más hiperreactivas a la amenaza y menos capaces de hacer frente a los contrastes emocionales negativos resultantes, además, la preocupación es un mecanismo compensatorio que crea y prolonga las emociones negativas, reduciendo así las experiencias emocionales positivas (*Newman MG, 2016*)(12).

En las personas mayores también influyen los cambios en la neuropatología relacionada con el envejecimiento y factores sociales como las pérdidas, el aislamiento y la soledad (*Canuto A, 2018*). Asimismo, las personas mayores con TAG tienen más trastornos del sueño, conductas de búsqueda menos tranquilizadoras, tasas más altas de depresión y mayor gravedad de la depresión en comparación con los pacientes jóvenes. También tienen una mayor discapacidad debido a preocupaciones (*Altunoz U, 2017*).

El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada en personas mayores se hace complejo al involucrar las comorbilidades, con frecuencia se asocian con síntomas físicos como trastornos del sueño, fatiga, dificultad para concentrarse, traslapado frecuentemente con características propias del envejecimiento o con efectos secundarios de medicamentos utilizados en esta etapa de la vida (*Ramos K, 2018*). Dentro de las causas sociales que dificultan el diagnóstico son problemas que aparecen en esta etapa de la vida como la pérdida de la salud propia o de familiares, deceso de familiares cercanos, jubilación, disminución de los ingresos económicos, incremento en los costos de los servicios de salud y la cercanía y planificación del final de la vida (*Ramos K, 2018*).

El trastorno de ansiedad y la ansiedad subsindrómica se asocian con una mayor discapacidad física (*Brenes GA, 2005*), un mayor riesgo de caídas (*Holloway KL, 2016*), un mayor riesgo de deterioro cognoscitivo y demencia (*Gulpers BJ, 2016; Gulpers BJ, 2019*), peor calidad de vida y un mayor uso de los servicios de salud (*Porensky EK, 2009, Hols JK, 2018*). Esto ocasiona un importante descenso en la calidad de vida, comorbilidades físicas y otros trastornos mentales, a su vez, incrementa los costos por el uso más frecuente de los servicios de atención a la salud (*Hohls JK, 2018*).

1.4. Justificación

El TAG es un padecimiento crónico, comúnmente precedido de episodios depresivos y asociado con discapacidad y mortalidad. A pesar de su alta prevalencia en la comunidad, su reconocimiento en el primer contacto es relativamente bajo, sobre todo en las personas mayores, debido a diversos factores que incluyen características clínicas de presentación atípicas, presencia de problemática social que complica las manifestaciones, lo que provoca no ser diagnosticada de manera adecuada y por ende un sub-registro.

El trastorno de ansiedad generalizada en el adulto mayor tiene una prevalencia en medio urbano y rural que oscila en 5%, mientras que los síntomas de ansiedad sin cumplir con los criterios del TAG hasta en un 50%. La identificación es baja en las personas mayores debido a las características clínicas de presentación, a la presencia frecuente de problemática de tipo social que enmascara o complica las manifestaciones del trastorno de ansiedad generalizada y no es diagnosticada de manera adecuada.

Derivado de lo anterior, actualizar la guía de Diagnóstico y Tratamiento de Ansiedad Generalizada en el Adulto Mayor (2011) es una necesidad para mejorar el conocimiento de los profesionales de la salud, en vista de la prevalencia en esta población y consecuencias de la enfermedad como disminución de la calidad de vida, favorecer el desarrollo de deterioro cognoscitivo e incrementar los costos de atención en salud.

El propósito de la presente guía es proporcionar al profesional de la salud las recomendaciones constituidas con la mejor evidencia científica disponible sobre diagnóstico y tratamiento no farmacológico y farmacológico del Trastorno de Ansiedad Generalizada en personas mayores, constituyendo un instrumento de ayuda para mejorar los estándares de calidad de la atención, proporcionar un uso eficiente de recursos y limitar el impacto médico, social y económico de esta condición médica.

1.5. Objetivos

La Guía de Práctica Clínica **Diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor** forma parte del Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, el cual se instrumenta a través del Programa de Acción Específico: Evaluación y Gestión de Tecnologías para la Salud, de acuerdo con las estrategias y líneas de acción que considera el Programa Nacional de Salud 2019-2024.

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, segundo o tercer nivel** de atención las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales acerca de:

-)] **Concientizar de la utilidad del escrutinio en el trastorno de ansiedad generalizada a las personas mayores.**
-)] **Describir las peculiaridades del diagnóstico y tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor y sus principales asociaciones con síndromes geriátricos.**
-)] **Mejorar la oportunidad del diagnóstico del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor.**
-)] **Establecer las medidas de tratamiento no farmacológico y farmacológico en el trastorno de ansiedad generalizada de la persona mayor.**
-)] **Favorecer una prescripción adecuada y razonada, tomando en cuenta las características de los cambios fisiológicos del envejecimiento y su relación con su entorno biopsicosocial.**
-)] **Establecer los criterios de referencia y contra-referencia en los diferentes niveles de atención.**

Lo anterior, favorecerá la mejora en la calidad y efectividad de la atención a la salud contribuyendo al bienestar de las personas, el cual constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

1.6.Preguntas clínicas

1. ¿Qué factores de riesgo se relacionan con la presentación y gravedad del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor?

En la persona mayor con trastorno de ansiedad generalizada,

2. ¿Cuáles son las características clínicas más prevalentes al realizar el diagnóstico y sus diferencias comparadas con personas jóvenes?
3. ¿Cuáles son los instrumentos para el diagnóstico recomendados y validados en este grupo etario?
4. ¿Cuáles son los estudios de gabinete y laboratorio útiles iniciales para apoyar o descartar el diagnóstico?
5. ¿Cuál es la relación con depresión y otros síndromes geriátricos que afecten la presentación clínica e impacten en el pronóstico?
6. ¿Qué fármacos se han relacionado en la forma de presentación y/o empeoramiento de los síntomas?
7. ¿Qué trastornos o padecimientos deberán incluirse en el diagnóstico diferencial?
8. ¿Qué estrategias no farmacológicas han demostrado reducir la sintomatología y mejorar la calidad de vida?
9. ¿Qué estrategias farmacológicas de apoyo tienen la mayor evidencia científica para reducir los eventos de ansiedad a largo plazo?
10. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de apoyo para control de síntomas al comparar inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina contra benzodiazepinas?
11. ¿Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones para iniciar terapia con ansiolíticos con el fin de evitar complicaciones?
12. ¿Qué consideraciones se deben de tomar en cuenta antes de iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presentación de reacciones adversas?
13. ¿Qué efectos adversos debemos vigilar y advertir al paciente y/o cuidador con el fin de evitar complicaciones mayores?
14. ¿Qué consideraciones especiales se deben de tomar en cuenta para evitar reacciones adversas o complicaciones ante la presencia de fragilidad, sarcopenia, diabetes, nefropatía, y otras?
15. ¿Qué opciones de tratamiento farmacológico complementario han demostrado utilidad para el control de síntomas refractarios?
16. ¿Qué estrategias de seguimiento se recomiendan para mejorar el apego y tratamiento y evitar complicaciones a mediano plazo?
17. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrarreferencia que se consideran para optimizar los recursos en los servicios de salud?

2. EVIDENCIAS Y RECOMENDACIONES

En apego al Manual Metodológico para la Integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud¹, las evidencias y recomendaciones incluidas en esta GPC fueron realizadas en respuesta a los criterios de priorización de las principales enfermedades en el Sistema Nacional de Salud. Por consiguiente, se convocó a un grupo de desarrollo interdisciplinario de expertos que delimitaron el enfoque, los alcances y las preguntas clínicas, que llevaron a cabo la búsqueda sistemática y exhaustiva de la información científica y al obtener los documentos realizaron la lectura crítica, extracción y síntesis de la evidencia. A continuación, formularon las recomendaciones tomando en cuenta el contexto de la evidencia según el rigor y la calidad metodológica de los estudios, considerando la magnitud del riesgo-beneficio, costo-efectividad, valores y preferencias de los pacientes, así como la disponibilidad de los insumos; finalmente se envió la GPC para validación por expertos externos. Al contar con la versión final de la GPC, se presentó para su autorización al Comité Nacional de Guías de Práctica Clínica para su publicación y difusión en el Catálogo Maestro².

Los autores utilizaron para graduar las evidencias y recomendaciones, la escala³: **NICE**,

Logotipos y su significado empleados en los cuadros de evidencias y recomendaciones de esta guía⁴.



Evidencia: información científica obtenida mediante la búsqueda sistemática, que da respuesta a una pregunta clínica precisa y específica. Debe incluir la descripción del estudio, tipo de diseño, número de pacientes, características de los pacientes o de la población, contexto de realización, intervenciones, comparadores, medidas de resultados utilizados, resumen de los resultados principales, comentarios sobre los problemas específicos del estudio y evaluación general del estudio.



Recomendación clave: acción con el mayor impacto en el diagnóstico, tratamiento, pronóstico, reducción en la variación de la práctica clínica o en el uso eficiente de los recursos en salud.



Recomendación: acción desarrollada de forma sistemática para ayudar a profesionales y pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud más apropiada a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Debe existir una relación lógica y clara entre la recomendación y la evidencia científica en las que se basan, tiene que ser concisa, fácil de comprender y contener una acción concreta.



Punto de buena práctica (PBP): sugerencia clínica realizada por consenso de expertos, cuando la información obtenida de la búsqueda sistemática fue deficiente, controvertida, inexistente o con muy baja calidad de la evidencia, por lo tanto, no se graduará, con la finalidad de ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes a tomar decisiones sobre la atención a la salud.

¹ Metodología para la integración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. México: Secretaría de Salud, 2015. Disponible en http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/METODOLOGIA_GPC.pdf [Consulta 28/01/2019].

² Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica (CMGPC). México: Secretaría de Salud. Disponible en <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/catalogo-maestro-de-guias-de-practica-clinica-cmgpc-94842> [Consulta 28/01/2019].

³ Las evidencias y recomendaciones provenientes de las guías utilizadas como documento base conservaran la graduación de la escala original utilizada por cada una de ellas.

⁴ Modificado del Grupo de trabajo para la actualización del Manual de Elaboración de GPC. Elaboración de Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Actualización del Manual Metodológico [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Zaragoza: Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 [febrero 2018]. Disponible en: [http://portal.guiasalud.es/emanuales/elaboracion_2/?capitulo]

2.1. Factores de riesgo

1. ¿Qué factores de riesgo se relacionan con la presentación y gravedad del trastorno de ansiedad generalizada en la persona mayor?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|---|--|
|  | <p>Los factores de riesgo asociados a ansiedad en la persona mayor son:</p> <ul style="list-style-type: none">) Sexo femenino.) Enfermedades crónico-degenerativas.) Vivir solo, viudo o divorciado.) Baja escolaridad.) Eventos estresantes a lo largo de la vida.) Limitación física en actividades de la vida diaria. | <p>3 NICE <i>Wolitzky-Taylor KB, 2010</i></p> |
|  | <p>Las enfermedades crónicas se relacionan con un incremento en la incidencia y prevalencia de trastornos de ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none">) La enfermedad pulmonar obstructiva crónica se relaciona con una prevalencia de hasta 46%.) Diabetes mellitus tipo 2 se relaciona en un 56% con el descontrol glucémico.) El deterioro cognoscitivo incrementa la presencia de síntomas de ansiedad, aunque frecuentemente no son reconocidos ni valorados. | <p>2+ NICE <i>Sun N, 2016</i> <i>Fung AWT, 2016</i> <i>Willgoss TG, 2012</i></p> |
|  | <p>Un estudio de cohorte prospectivo con seguimiento a 12 años encontró los siguientes factores de riesgo en pacientes con ansiedad generalizada:</p> <ul style="list-style-type: none">) Sexo femenino OR 3.17 (IC 95% 1.81-5.55). Comorbilidad:) Arritmias e insuficiencia cardiaca OR 1.72 (IC 95% 1.07-2.77).) Enfermedades respiratorias (asma, disnea o bronquitis) OR 3.02 (IC 95% 1.68-5.41).) Eventos adversos (físicos, emocionales, etc.) OR 1.64 (IC 95% 1.11-2.42).) Depresión mayor OR 3.55 (IC 95% 1.71-7.12)) Presencia de alguna fobia OR 1.93 (IC 95% 1.21-3.06)) Antecedente de TAG OR 4.06 (IC 95% 2.63-6.26) | <p>2+ NICE <i>Zhang X, 2015</i></p> |
|  | <p>Se recomienda realizar escrutinio para descartar trastorno de ansiedad a las personas mayores con:</p> <ul style="list-style-type: none">) Enfermedades crónico-degenerativos (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, osteo-musculares, diabetes mellitus).) Deterioro cognoscitivo.) Antecedentes de depresión.) Síntomas de ansiedad.) Problemas socio familiares. | <p>B NICE <i>Zhang X, 2015</i></p> |

2.2. Diagnóstico

2. En la persona mayor con TAG ¿Cuáles son las características clínicas más prevalentes en el diagnóstico y sus diferencias al compararse con personas jóvenes?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|--|---|
|  | El trastorno de ansiedad en la persona mayor es frecuente, crónico y subdiagnosticado, siendo una causa subestimada de angustia, discapacidad y riesgo de mortalidad. | 4 NICE <i>Andreescu C, 2015</i> |
|  | La ansiedad en los adultos mayores puede ser descrita o experimentada con predominio de síntomas somáticos tales como mareos y temblores; además pueden presentarse como ansiedad subclínica (angustia o abatimiento funcional), sin cumplir criterios diagnósticos para ansiedad. | 4 NICE <i>Katzman M, 2014</i> |
|  | En la persona mayor se presentan mayor cantidad de síntomas físicos (OR 1.14 IC [1.04–1.25]) y síntomas de preocupación (OR 1.21 IC 95% [1.03–1.42]) que los jóvenes. | 3 NICE <i>Miloyan B, 2015</i> |
|  | <p>Existe diferencias en la presentación del trastorno de ansiedad por grupos de edad, algunas de las más notorias en las personas mayores son:</p> <ul style="list-style-type: none">) Cursan con más alteraciones del sueño (insomnio).) La tasa de comorbilidad con depresión es más elevada.) La depresión es más grave y profunda en comparación con los jóvenes.) En su presentación clínica tienen menos síntomas típicos de ansiedad.) Las manifestaciones somatomorfas son más frecuentes.) Cursan con mayor discapacidad debido a preocupaciones.) La preocupación por su propia salud y bienestar familiar son mayores, mientras que a los pacientes jóvenes les preocupa más por el futuro y la salud de otros. (Ver Anexo 3.2, Cuadro 1). | 2+ NICE <i>Altunoz U, 2017</i> |
|  | De acuerdo con un estudio en adultos de 70 a 85 años, los síntomas asociados con la respuesta autonómica y la tensión muscular disminuyen a mayor edad, mientras las preocupaciones se mantuvieron estables o aumentaron. | 3 NICE <i>Nilsson J, 2019</i> |
|  | En un estudio de cohorte un total de 22.8% de los encuestados reportaron tener síntomas de preocupación, nerviosismo, inquietud o ansiedad, leve (18.6%) o grave (4.2%), y este fue un factor de riesgo importante para los trastornos de ansiedad en mujeres OR 3.89; IC 95% (2.29 – 6.60) y hombres OR 3.11; IC 95% (1.42–6.81). | 2+ NICE <i>Flensburg-Madsen T, 2012</i> |

| | | |
|----------|---|---|
| E | <p>Las personas con trastornos de ansiedad cursan con diversas alteraciones en diferentes órganos y sistemas:</p> <ul style="list-style-type: none">) Gastrointestinales (OR 2.66; IC 95%: 1.48- 4.76).) Genitourinarias (OR 1,96, IC 95%: 1.05 a 3.65).) Fallas en memoria diferida (OR 0.68, IC 95% 0.56–0.83).) Alteración del pensamiento abstracto (OR 0.65, IC 95% 0.49–0.85).) Malas relaciones sociales (OR 0.88, IC 95% 0.79–0.98). | <p>2+ NICE <i>Fung AWT, 2016</i></p> |
| E | <p>El TAG interfiere con la calidad de vida, incrementa la demanda de los servicios de salud, disminuye el rendimiento físico, social y la productividad laboral relacionándose finalmente con más de un síndrome geriátrico.</p> | <p>4 NICE <i>Katzman M, 2014</i></p> |
| R | <p>Se recomienda considerar las diferencias en la presentación de TAG en la persona mayor en referencia a la presencia asociada a depresión, síntomas físicos o somatizaciones (gastritis, colitis, cefalea, poliuria, alteración de la memoria), depresión.</p> | <p>C NICE <i>Altunoz U, 2017</i> <i>Fung AWT, 2016</i></p> |
| R | <p>Se debe de buscar los signos y síntomas característicos de la presentación atípica de ansiedad generalizada en el adulto mayor. Estos pueden 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, síntomas gastrointestinales y tensión muscular por lo que el personal de salud deben buscarlos intencionadamente. (Ver anexo 3.2, Cuadro 2).</p> | <p>C NICE <i>Miloyan B, 2015</i> <i>Wuthrich VM, 2015</i></p> |

3. En la persona mayor con TAG ¿Cuáles son los instrumentos para el diagnóstico recomendados y validados en este grupo etario?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|----------|---|---|
| R | <p>Dentro de la evaluación inicial de un paciente con sospecha de TAG se recomienda evaluar los siguientes aspectos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Historia clínica detallada que incluya: factores de riesgo, presentación de los síntomas, duración y progresión de la enfermedad. 2. Examen físico y mental. 3. Comorbilidad: cardiopatía, depresión, endocrinológicas, cáncer, enfermedad Parkinson, autoinmunes, entre otras. 4. Medicamentos que pueden desencadenar ansiedad. (Ver Anexo 3.2, Cuadro 3). | <p>D NICE <i>Swinson RP, 2018</i></p> |
| E | <p>Existen distintos instrumentos de tamizaje que apoyan el diagnóstico de ansiedad en la persona mayor. Dentro de los cuales encontramos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI, <i>Geriatric Anxiety Inventory</i>) (Ver Anexo 3.2, Cuadro 4). 2. Escala de Ansiedad Geriátrica (GAS, <i>Geriatric Anxiety</i> | <p>4 NICE <i>Balsamo M, 2018</i></p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>Scale).</p> <p>3. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, <i>Beck Anxiety inventory</i>).</p> <p>4. Cuestionario de Ansiedad de Hamilton.</p> <p>5. Criterios de Ansiedad por DSM-5.</p> | |
|  | <p>El Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI), es un instrumento útil para valoración de ansiedad en la persona mayor, es una escala de autoreporte con 20 enunciados dicotómicos (coincide/no coincide). Cuenta con su versión corta, de 5 ítems. (Ver Anexo 3.2, Cuadros 4 y 5).</p> | <p>4 NICE Balsamo M, 2018</p> |
|  | <p>El GAI tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 86.3%. Es de utilidad en distintos ambientes ambulatorios, hospitalarios y domiciliarios. Es superior al compararse con GAS (<i>Geriatric Anxiety Scale</i>) y BAI (<i>Beck Anxiety Inventory</i>) para identificar presencia de desórdenes de ansiedad.</p> | <p>2+ NICE Creighton A, 2019 Gerolimatos LA, 2013 Gould CE, 2014</p> |
|  | <p>Se recomienda el uso de GAI y GAI-SF (versión corta) para el diagnóstico y seguimiento de TAG en la persona mayor. Es considerado como el <i>gold estándar</i> para esta población. (Ver Anexo 3.2, Cuadros 4 y 5).</p> | <p>A NICE Ball S, 2015 Johnco C, 2015</p> |
|  | <p>Los criterios del TAG de DMS-5, cuentan con validez para cribar los síntomas y establecer diagnóstico de ansiedad en población general. (Ver Anexo 3.2, Cuadro 6).</p> | <p>4 NICE APA, 2013</p> |
|  | <p>No se recomienda utilizar el inventario de ansiedad de Beck ya que tiene el inconveniente de ser poco sensible para personas mayores y existe incremento significativo del puntaje de acuerdo a la edad del paciente</p> | <p>D NICE Balsamo M, 2018</p> |
|  | <p>Para establecer el diagnóstico de TAG en la persona mayor, es necesario realizar una evaluación exhaustiva que incluya entrevistar al paciente y a su cuidador; ya que existe una tendencia a subestimar o normalizar ciertos comportamientos que pueden ser indicativos de ansiedad, tales como <i>evitar salir de su domicilio o el miedo a caer</i>.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |

4. ¿Cuáles son los estudios de gabinete y laboratorio útiles iniciales para apoyar o descartar el diagnóstico?

| EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | | NIVEL / GRADO |
|---|---|---|
|  | <p>EL TAG es un diagnóstico de exclusión, sin embargo, ante los síntomas físicos que condiciona es necesario realizar un abordaje diagnóstico para descartar enfermedades con sintomatología similar.</p> | <p>2+ NICE Chang WH, 2016</p> |

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Se recomiendan las siguientes pruebas de laboratorio, orientadas con los antecedentes y cuadro clínico, para excluir condiciones clínicas comunes asociadas con TAG:</p> <ul style="list-style-type: none">) Biometría hemática completa.) Química sanguínea incluido los electrolitos séricos.) Perfil de lípidos.) Perfil tiroideo.) Pruebas de funcionamiento hepático.) Examen general de orina.) Electrocardiograma. | <p>D NICE <i>Swinson R, 2018</i></p> |
|---|--|--|

5. ¿Cuál es la relación entre la depresión y otros síndromes geriátricos que afecten la presentación clínica e impacten en el pronóstico?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|--|---|
|  | <p>La ansiedad se asocia con más síntomas somáticos en depresión, un apoyo psicosocial más pobre y mayores tasas de suicidio en las personas mayores. Los síntomas más comunes como “sentirse nervioso”, “ansioso” o “al límite” se presentan en 95.2% y el “no poder controlar las preocupaciones” y problemas para relajarse en 92.8%.</p> | <p>2+ NICE <i>Grover S, 2019</i></p> |
|  | <p>El 36.7% de las personas con trastorno de ansiedad tiene un trastorno depresivo mayor comórbido, mientras que el 51.8% de los que presentan depresión tiene un trastorno de ansiedad comórbido. Esta bi-direccionalidad incrementa el riesgo de deterioro cognoscitivo.</p> | <p>4 NICE <i>Bower ES, 2015</i></p> |
|  | <p>Los síntomas de ansiedad se asocian con la gravedad de la depresión de una manera dependiente: OR 4.8 (IC 95% 2.4 -9.5) para depresión leve y OR 7.2 (IC 95% 3.0 – 17.1) para la depresión moderada o grave.</p> | <p>2+ NICE <i>Forlani M, 2014</i></p> |
|  | <p>La ansiedad es un factor predictivo significativo para desarrollar demencia con un OR 1.57 (IC 95% 1.02-2.42). Además, también incrementa 6.5% y 7.9% el riesgo para deterioro cognoscitivo y demencia en la comunidad, respectivamente.</p> | <p>1+ NICE <i>Gulpers B, 2016</i></p> |
|  | <p>Existe una mayor probabilidad de presentar ansiedad con el incremento en la ingesta de alcohol. La ingesta de 2 unidades / día tiene un OR 2.48 (IC 95% 1.03 – 5.98) y para más de 2 unidades OR 4.2 (IC 95% 1.18 – 15.14)</p> <p>Una unidad de alcohol equivale a una copa de vino (125 ml), una cerveza (330 ml) y un vaso pequeño de licor fuerte 40 ml.</p> | <p>2+ NICE <i>Forlani M, 2014</i></p> |

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Los pacientes con trastorno neurocognoscitivo presentan trastornos de ansiedad del 5% al 21%, y hasta el 71% tienen síntomas de ansiedad significativos.</p> | <p>4 NICE <i>Ramos K, 2018</i></p> |
|  | <p>El trastorno de ansiedad aumenta el riesgo de limitación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) OR = 1.84 (IC 95% 1.01 – 3.39) y en aquellos pacientes con el rasgo de la personalidad ansiosa, tienen una mayor incidencia de trastornos sociales de restricción OR 2.38 (IC 95% 1.40 – 4.03) a 7 años de seguimiento.</p> | <p>2+ NICE <i>Norton J, 2012</i></p> |
|  | <p>En pacientes con mareo de origen vestibular existe una prevalencia de 18.2% de trastorno de ansiedad generalizada. El mareo puede llevar a la pérdida de equilibrio y caídas, su aparición se acompaña de síntomas auditivos y neurovegetativos que limitan las actividades físicas y sociales de los pacientes, y pueden afectar su calidad de vida de manera dramática.</p> | <p>2+ NICE <i>Peluso ÉT, 2016</i></p> |
|  | <p>La ansiedad puede aumentar el riesgo de caídas, los individuos hacen pasos más cortos y tienen una velocidad de marcha más lenta. Además, una persona con ansiedad se enfoca más en sus propios pies en lugar de su entorno (como un obstáculo). Un historial de trastorno de ansiedad previo en la vida se asocia con caídas (OR 2.06, IC 95% 1.18 - 3.61).</p> | <p>2+ NICE <i>Holloway KL, 2016</i></p> |
|  | <p>La presencia de ansiedad ante la presencia de déficit visual en un registro de autoreporte es de 27.2% (IC 95 % 23.7 - 30.9) contra 11.1% (IC 95 % 10.2 -12.0) en quienes no reportan déficit visual.</p> | <p>2+ NICE <i>Frank CR, 2019</i></p> |
|  | <p>En los trastornos de ansiedad, la prevalencia de trastornos del sueño es de 63.8% (OR 2.16, IC 95% 1.30 - 3.60) y de estos la más común es la privación de sueño. En las personas mayores, la ansiedad tiene una relación directa para insomnio clínico.</p> | <p>2+ NICE <i>Potvin O, 2014</i></p> |
|  | <p>Cuando existe dolor crónico, la presencia de ansiedad es mayor con OR 1.11 (IC 95% 1.06 - 1.15).</p> | <p>2+ NICE <i>Dragiotti E, 2017</i></p> |
|  | <p>Cuando las personas mayores busquen atención médica primaria por queja de insomnio, se recomienda que se realice una evaluación integral que incluyan las variables de dolor, ansiedad o depresión.</p> | <p>B NICE <i>Dragiotti E, 2017</i></p> |

| | | |
|--|--|--------------------------------|
| | En las personas mayores con presencia de ansiedad, se recomienda se realice una valoración geriátrica integral en búsqueda de síndromes geriátricos que con frecuencia acompañan a este trastorno. Se sugiere consultar la <i>GPC Valoración Geriátrica Integral en Unidades Médicas</i> . | Punto de buena práctica |
|--|--|--------------------------------|

6. ¿Qué fármacos se han relacionado en la forma de presentación y/o empeoramiento de los síntomas?

| EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|--|
|  <p>Los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, afectan de manera significativa la farmacocinética de los medicamentos, en general, se prolonga su vida media, se aumenta el riesgo de toxicidad y la probabilidad de presentar efectos adversos. Además, existen medicamentos que pueden provocar alteraciones sobre el sistema nervioso central.</p> | <p>4 NICE <i>Davies EA, 2015</i></p> |
|  <p>Se recomienda realizar un interrogatorio exhaustivo sobre los medicamentos que ingieren los pacientes para descartar efectos adversos o interacciones que puedan condicionar un trastorno de ansiedad en la persona mayor.</p> | <p>Punto de buena práctica</p> |
|  <p>Con el uso crónico de benzodiacepinas, una suspensión abrupta puede inducir convulsiones y una ansiedad de rebote (niveles de ansiedad más altos que los previos al inicio del tratamiento).</p> | <p>4 NICE <i>Markota M, 2016</i></p> |
|  <p>Varios medicamentos no utilizados de forma psiquiátrica y neurológica pueden provocar diversas alteraciones sobre el sistema nervioso central y su correspondiente efecto sobre la actividad mental del paciente, tratado por diversas patologías. Algunos de ellos que se deben vigilar son:</p> <ul style="list-style-type: none">) Simpaticomiméticos (fenilefrina, oximetazolina).) Broncodilatadores beta-agonistas (salbutamol).) Metilxantinas (teofilina, aminofilina).) Corticoesteroides (prednisona, metiprednisolona, otros).) Otros menos frecuentes están los Betabloqueadores lipofílicos como metoprolol, nitratos, inhibidores de la ECA, digoxina, isoniazida, clonidina, ciclosporina, prazosin. (Ver Anexo 3.2, Cuadro 3). | <p>4 NICE <i>Durandal-Montaña JR, 2011</i></p> |
|  <p>Ante la presencia de ansiedad, se deberá evaluar si se está ingiriendo algún fármaco o sustancia que pueda provocar síntomas de ansiedad. En el mismo sentido, se deberá evitar utilizarlos en presencia del trastorno.</p> | <p>D NICE <i>Durandal-Montaña JR, 2011</i></p> |

7. ¿Qué trastornos o padecimientos deberán incluirse en el diagnóstico diferencial?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|--|--|
|  | <p>El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es en parte un diagnóstico de exclusión. La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) indica que hay que descartar condiciones médicas, medicamentos o sustancias como parte del abordaje diagnóstico.</p> | <p>4 NICE <i>APA, 2013</i></p> |
|  | <p>Entre las personas que padecen enfermedades médicas crónicas, el número de enfermedades se asocia positivamente con la presencia de ansiedad. La multimorbilidad (tres o más condiciones) confiere un aumento de 2.3 veces el riesgo de padecer ansiedad (OR 2.3, IC 95% 1.44 – 4.01).</p> | <p>2+ NICE <i>Gould CE, 2016</i></p> |
|  | <p>Las condiciones médicas, cuyos síntomas se asemejan a los síntomas de los trastornos de ansiedad (por ejemplo, palpitations, taquicardia, dolor u opresión en el pecho, disnea e hiperventilación) pueden dificultar la identificación de trastornos de ansiedad. Entre estas se encuentran:</p> <ul style="list-style-type: none">) Enfermedades cardiovasculares.) Enfermedades pulmonares.) Enfermedades endocrinas y metabólicas.) Enfermedades neurológicas.) Enfermedades gastrointestinales.) Otras. <p>(Ver Anexo 3.2, Cuadro 7).</p> | <p>4 NICE <i>Soodan S, 2015</i></p> |
|  | <p>El trastorno de ansiedad suele conocerse como “la gran imitadora” debido a los múltiples síntomas y su simulación con otras enfermedades, motivo por el cual el personal de salud deberá tener en cuenta las características psicológicas y conductuales y no solo las físicas.</p> | <p>Punto de buena práctica</p> |
|  | <p>Las enfermedades cardiovasculares, hipertiroidismo, artritis, dolor crónico, enfermedad de Parkinson, diabetes, hipertensión arterial sistémica, enfermedad pulmonar y los trastornos gastrointestinales se asocian con mayores tasas de ansiedad, lo que lleva a una relación médico-paciente complicada y dificultades para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por atribución errónea de los síntomas a la enfermedad física.</p> | <p>4 NICE <i>Ramos K, 2018 Bower ES, 2015</i></p> |
|  | <p>Se debe diferenciar el trastorno de ansiedad de múltiples enfermedades. Algunas características clínicas pueden apoyar y en ocasiones se requerirá de algún estudio de laboratorio para descartar que sea orgánico. (Ver Anexo 3.2, Cuadro 8).</p> | <p>D NICE <i>Craske MG, 2016</i></p> |

| | | |
|---|---|---|
| E | Un 47.5% de los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica tienen ansiedad y de manera concomitante depresión en un 70.4%. | 2+ NICE <i>Phan T, 2019</i> |
| E | La ansiedad en personas mayores se asocia con limitaciones funcionales, menor tolerancia al ejercicio, ideación suicida y mayor frecuencia de hospitalizaciones. | 4 NICE <i>Crocco EA, 2017</i> |
| E | La ansiedad afecta hasta el 50% de las personas con enfermedad de Parkinson, puede ocurrir en cualquier etapa de la enfermedad por deterioro del temblor, trastorno de la marcha, discinesias, fenómeno de <i>freezing</i> y por la inestabilidad postural. | 4 NICE <i>Chandler SK, 2019</i> |
| R | Cuando se evalúa a un paciente por sospecha de un trastorno de ansiedad, se recomienda excluir condiciones médicas con presentaciones similares u otros trastornos psiquiátricos, como abuso sustancias o la abstinencia de sustancias (Ver Anexo 3.2, Cuadro 8, 9 y 10). | D NICE <i>Locke AB, 2015</i> |
| E | En pacientes con diabetes, la ansiedad y la depresión son muy frecuentes con una prevalencia de 56.1% y 43.6%, respectivamente. La combinación de síntomas depresivos y síntomas de ansiedad en estos pacientes se asocia con un control glucémico deficiente. | 2+ NICE <i>Sun N, 2016</i> |
| R | En personas con diabetes se recomienda mejorar los síntomas del trastorno de ansiedad y depresión para mejorar el apego a tratamiento y el control de la glucosa. | C NICE <i>Sun N, 2016</i> |
| E | La tasa de incidencia de trastorno de ansiedad después de un paro cardíaco varía de 13% a 42%. | 3 NICE <i>Tully PJ, 2016</i> |
| E | Existen diferentes clases de medicamentos que causan síntomas similares a la ansiedad. (Ver Anexo 3.2, Cuadro 2). | 4 NICE <i>Soodan S, 2015</i> |

2.3. Tratamiento

8. ¿Qué estrategias no farmacológicas han demostrado reducir la sintomatología, mejorar la calidad de vida y el pronóstico?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|---|--|
|  | Los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada deben ser educados sobre su diagnóstico, la posible etiología, así como los principios y mecanismos de acción de las distintas opciones de tratamiento. | 4 NICE <i>Bandelow B, 2017</i> |
|  | La Terapia Cognitivo Conductual (TCC) es un tratamiento a corto plazo, basado en metas, que tiene como objetivo reducir los síntomas de ansiedad al modificar las conductas mal adaptativas, así como los patrones de pensamiento sobre la persona y su entorno. | 4 NICE <i>Ramos K, 2018</i> |
|  | <p>Un meta-análisis que incluyó 12 estudios, comparó la TCC vs controles activos (psicoterapia placebo) o controles no activos (sin apoyo social, atención con placebo, tratamiento con contacto normal/mínimo o lista de espera). Las medidas de resultados fueron ansiedad y depresión.</p> <p>) La edad media de los participantes fue de 68.2 años, la escolaridad media fue 15.2 años, el número medio de sesiones de TCC fue 12 y se realizó con mayor frecuencia en un formato individual.</p> <p>) En relación con los síntomas de ansiedad en el seguimiento a los 0 meses el tamaño del efecto a favor de la TCC fue $g = 0.66$ (IC 95% -0.94 a -0.38, $z = 4.64$, $p < 0.05$) vs controles no activos. En el seguimiento a 6 meses, el tamaño del efecto a favor de TCC fue -0.29 (IC 95% -0.57 a -0.01, $z = 2.02$, $p = 0.04$) vs controles activos</p> <p>) En relación con los síntomas de depresión en el seguimiento a los 0 meses el tamaño del efecto a favor de la TCC fue $g = 0.47$ (IC 95% -0.90 a -0.05, $z = 2.18$, $p = 0.03$) vs controles no activos.</p> | 1++ NICE <i>Goold RL, 2012</i> |
|  | La TCC es eficaz en el tratamiento del trastorno ansiedad generalizada de la persona mayor. | 2+ NICE <i>Hall J, 2016</i> |
|  | Se recomienda la TCC sobre psicoterapia placebo, tratamiento con contacto normal/mínimo o lista de espera para reducir los síntomas de ansiedad y depresión asociados a TAG en personas mayores. | A NICE <i>Goold RL, 2012</i> |

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Un meta-análisis que incluyó 15 estudios, comparó la eficacia de la TCC para el TAG entre personas mayores (edad media de 67.7 ± 1.46) y adultos en edad laboral (edad media de 39.7 ± 5.5 años) sobre los síntomas de ansiedad.</p> <p>El tamaño del efecto de la TCC para el TAG en personas mayores fue moderado ($g = 0.55$, IC 95% 0.22 a 0.88) y en adultos en edad de laboral ($g = 0.94$, IC 95% 0.52 a 1.36), sin diferencia estadísticamente significativas ($p > 0.05$).</p> | <p>1+ NICE <i>Kishita N, 2017</i></p> |
|  | <p>Se recomienda la TCC para disminuir la ansiedad asociada al TAG al mostrar la misma efectividad entre personas mayores y adultos en edad laboral.</p> | <p>A NICE <i>Kishita N, 2017</i></p> |
|  | <p>Se recomienda el uso de la TCC para la reducción de síntomas ansiedad en el TAG, trastorno de pánico, trastornos mixtos de ansiedad y síntomas de ansiedad.</p> | <p>A NICE <i>Thorp SR, 2009</i></p> |
|  | <p>Un meta-análisis que incluyó 14 estudios, comparó la TCC vs tratamiento usual o lista de espera sobre los síntomas de ansiedad.</p> <ul style="list-style-type: none">) La edad media fue 68.2 ± 2.5 años, 31.4% tenía depresión.) El tamaño del efecto a favor de la TCC fue $g = 0.66$ (IC 95% 0.42 – 0.90, $z = 5.48$, $p < 0.05$) en comparación con cualquier control (tratamiento usual o lista de espera). El tamaño del efecto para a favor de la TCC en comparación con la lista de espera fue $g = 1.10$ (IC 95% 0.38 – 1.82; $z = 3.01$, $p < 0.05$). El tamaño del efecto a favor de la TCC en comparación con el tratamiento usual fue $g = 0.67$ (IC 95% 0.36 – 0.98, $z = 4.22$, $p < 0.05$). El número necesario para tratar (NNT) es de 3 a favor de la TCC vs tratamiento usual.) En el seguimiento a 6 meses, el tamaño del efecto a favor de la TCC vs lista de espera y tratamiento usual fue $g = 0.83$ (IC 95% 0.52 -1.14, $z = 5.21$, $p < 0.05$), el NNT es de 2 a favor de la TCC vs lista de espera y tratamiento usual. | <p>1++ NICE <i>Hall J, 2016</i></p> |
|  | <p>Los efectos de la TCC en síntomas de pánico son comparables entre jóvenes y personas mayores, con mejorías ligeramente mayores en las conductas evitativas en la persona mayor.</p> | <p>2+ NICE <i>Hendriks G, 2014</i></p> |
|  | <p>Se recomienda en personas mayores la TCC para disminuir la ansiedad asociada al TAG.</p> | <p>A NICE <i>Hall J, 2016</i></p> |

| | | |
|----------|---|--|
| E | En las personas mayores con TAG, las intervenciones no farmacológicas pueden no ser efectivas debido a las barreras de implementación. | 4 NICE <i>Karel MJ, 2012</i> |
| E | Las barreras para la implementación de las intervenciones no farmacológicas incluyen a los trastornos neurocognoscitivos, la disminución de la motivación y la capacidad funcional para practicar las habilidades aprendidas. | 4 NICE <i>Clifford KM, 2015</i> |
| R | Se recomienda la TCC en personas mayores con TAG si puede aprender y practicar la intervención de manera adecuada. | D NICE <i>Clifford KM, 2015</i> |
| E | Existe mejoría en la calidad de vida de las personas mayores con TAG que reciben TCC. | 3 NICE <i>Wetherell J, 2003</i> |
| E | Las personas con TAG que mejoran los síntomas de depresión y preocupación también mejoran su calidad de vida con la TCC. | 1+ NICE <i>Shrestha S, 2015</i> |
| R | Se recomienda la TCC con adecuada calidad de atención en personas mayores con TAG para mejorar la calidad de vida. | A NICE <i>Wetherell J, 2003</i> |
| E | La severidad de los síntomas correlaciona con una peor calidad de vida, sin embargo, el optimismo de la persona incide de forma positiva para la calidad de vida. | 2+ NICE <i>Bourland SL, 2000</i> |
| R | Se recomienda en personas mayores con TAG evaluar la autopercepción de la salud, el cual puede ser ayudar a conocer la calidad de vida de la persona al momento de la evaluación. | C NICE <i>Bourland SL, 2000</i> |

9. ¿Qué estrategias farmacológicas de apoyo tienen la mayor evidencia científica para reducir los eventos de ansiedad a largo plazo?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|--|---|
|  | El tratamiento farmacológico es más efectivo en la reducción de síntomas de ansiedad en comparación a la TCC. La farmacoterapia debe valorar el riesgo de efectos secundarios y las interacciones fármaco-fármaco y fármaco enfermedad en las intervenciones. | 1+ NICE <i>Pinquart M, 2007</i> |
|  | El inicio del manejo farmacológico debe considerar la polifarmacia y los cambios propios del envejecimiento que conllevan a alteraciones en la farmacodinamia y farmacocinética. | 4 NICE <i>Sergi G, 2011</i> |
|  | Una estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento es identificar y comunicar el diagnóstico de TAG al paciente y cuidadores tan pronto sea posible para ayudar a entender la enfermedad. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
|  | Una revisión sistemática y meta-análisis de 89 ensayos clínicos aleatorizados con 25,441 pacientes analizados en grupos de diversos fármacos y placebo determinó que los medicamentos de primera elección para el tratamiento del TAG en las personas mayores son los antidepresivos del tipo inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) o inhibidores de recaptura selectivos de noradrenalina (IRSN), | 1++ NICE <i>Slee A, 2019</i> |
|  | 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), son bien tolerados y tienen un perfil de seguridad adecuado en la persona mayor. | A NICE <i>Slee A, 2019</i> <i>Jakubovski 2019</i> |
|  | Se recomiendan para el tratamiento de TAG en el adulto mayor a los ISRS en las siguientes dosis: <ul style="list-style-type: none">)] Sertralina dosis de 25 mg al día, incremento gradual de acuerdo con respuesta, no se reportan eventos adversos serios.)] Citalopram a dosis inicial de 10 mg con incremento gradual de acuerdo con respuesta, con dosis no mayor de 20 mg en pacientes mayores de 65 años, por su relación con anomalías en la conducción cardíaca.)] Escitalopram con dosis inicial de 5 mg al día, e incremento gradual de acuerdo con respuesta. Cuando se utiliza con terapia conductual disminuye la necesidad de tratamiento a largo plazo. Su uso se relaciona con prevención de recaídas. | D NICE <i>Davidson JR, 2010</i> <i>Andreescu C, 2015</i> |

| | | |
|---|---|---|
| | <p>)] Paroxetina a dosis inicial de 10 mg al día e incremento gradual de acuerdo con respuesta. Sin embargo, se relaciona con múltiples efectos adversos como pérdida de peso, boca seca, constipación y retención urinaria.</p> | |
|  | <p>Los ISRN además de ser bien tolerados se asocian a un menor riesgo de abandono en comparación con los ISRS.</p> | <p>1++ NICE <i>Jakubovski 2019</i></p> |
|  | <p>Se recomiendan para el tratamiento de TAG en el adulto mayor a los IRSN en las siguientes dosis:</p> <p>)] Venlafaxina de liberación prolongada en dosis inicial de 37.5 mg/día e incrementos paulatinos en caso de no haber respuesta hasta 150 mg/día como dosis máxima.</p> <p>)] Duloxetina en dosis inicial de 30 mg/día y titular su incremento de 30 mg hasta una dosis máxima de 120 mg/día.</p> | <p>A NICE <i>Slee A, 2019</i> <i>Jakubovski 2019</i></p> |
|  | <p>Al inicio del tratamiento con ISRS los pacientes con TAG pueden experimentar exacerbación de la ansiedad o intranquilidad.</p> | <p>4 NICE <i>Davidson JR, 2010</i></p> |
|  | <p>La efectividad a corto y largo plazo de la sertralina en la reducción de los síntomas de preocupación excesiva es mayor que la de la TCC.</p> | <p>2+ NICE <i>Schuermans J, 2006</i> <i>Schuermans J, 2009</i></p> |
|  | <p>Se recomienda en el tratamiento del TAG en la persona mayor el uso sertralina y citalopram como mejor opción por su costo/beneficio y perfil de bioseguridad.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  | <p>Se recomienda informar a los pacientes que el efecto de acción de estos medicamentos tiene una latencia de 2 a 4 semanas (algunos hasta 6 - 12 semanas). Durante las primeras 2 semanas los efectos secundarios pueden ser más notorios.</p> | <p>D NICE <i>Bandelow B, 2017</i></p> |
|  | <p>Se recomienda valorar la duración del tratamiento de acuerdo con el control de síntomas entre 12 a 24 semanas para lograr una respuesta óptima a la farmacoterapia. La continuación más allá este periodo está asociado con menor respuesta.</p> | <p>D NICE <i>Baldwin DS, 2005</i></p> |

| | | |
|---|--|--|
|  | <p>Se debe tener en cuenta en la toma de decisiones en relación a las metas del tratamiento farmacológico lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">) 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. | <p>D NICE <i>Davidson JR, 2010</i></p> |
|  | <p>Se recomienda el cambio de medicamento, si la respuesta es menor al 25% o presento efectos adversos, incluso por otro del mismo grupo.</p> | <p>D NICE <i>Davidson JR, 2010</i></p> |
|  | <p>Se recomienda el uso de los ISRS por lo menos durante 6 meses en pacientes con TAG, ya que es el periodo mínimo que ha demostrado su eficacia.</p> | <p>A NICE <i>Rickels K, 2006</i></p> |
|  | <p>Se recomienda el uso de IRSN al menos durante 6 meses ya que ha demostrado eficacia al utilizarlos por 3 a 6 meses en pacientes con TAG.</p> | <p>A NICE <i>Stahl SM, 2007</i></p> |
|  | <p>Se recomienda en personas mayores con TAG el uso de ISRS o IRSN por un período mínimo de 6 meses con reducción gradual previo a suspenderlos. El periodo de tratamiento puede ampliarse de acuerdo a la respuesta.</p> | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  | <p>Otros antidepresivos como los tricíclicos (imipramina) han demostrado mayor eficacia que el placebo en un estudio con TAG, sin embargo, no deben considerarse como primera elección debido a la pobre tolerancia y a un riesgo mayor de efectos adversos en el adulto mayor.</p> | <p>D NICE <i>Davidson JR, 2010</i></p> |

10. ¿Cuál es el tratamiento farmacológico de apoyo para control de síntomas al comparar inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina contra benzodiazepinas?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|---|---|
|  | Las benzodiazepinas son el grupo farmacológico más utilizado para el control desde el inicio de los síntomas y en control de crisis, siendo alprazolam, clonazepam y lorazepam los más de mayor frecuencia de uso. | 2++ NICE <i>Benitez CI, 2008</i> |
|  | Se recomienda utilizar benzodiazepinas para controlar los síntomas de ansiedad como complemento al manejo con ISRS o IRSN, sobre todo al inicio del tratamiento. | B NICE <i>Benitez CI, 2008</i> |
|  | Los antidepresivos (ISRS o los IRSN) inician su efecto terapéutico posterior al uso de benzodiazepinas, motivo por el cual con frecuencia son abandonados al paso del tiempo. | 2++ NICE <i>Benitez CI, 2008</i> |
|  | El tratamiento con antidepresivos (OR 0.46, IC 95% 0.29 - 0.73) y benzodiazepinas (OR 0.19, IC 95% 0.08 -0.47) ha demostrado efectividad en reducir los síntomas de ansiedad. | 1+ NICE <i>Goncalves, DC 2012</i> |
|  | Se recomienda utilizar benzodiazepinas por tiempo corto y disminuir la dosis a niveles mínimos y titular gradualmente. Se pueden utilizar en caso de presentar exacerbación de la ansiedad o al inicio de tratamiento con ISRS. Por ejemplo: clonazepam o alprazolam en solución (gotas) a razón de 0.2 a 0.5 mg de una a tres veces por día. | D NICE <i>Davidson JR, 2010</i> |

11. ¿Cuáles son las indicaciones y contraindicaciones para iniciar terapia con ansiolíticos con el fin de evitar complicaciones?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|---|---|
|  | Se debe considerar al inicio del manejo farmacológico, la presencia de polifarmacia y las alteraciones en la farmacodinamia y farmacocinética asociados a los cambios propios del envejecimiento, como son: <ul style="list-style-type: none">) Disminución de la tasa de filtrado glomerular.) Disminución del metabolismo hepático.) Disminución del gasto cardíaco.) Cambios en la densidad y actividad de los receptores diana. | D NICE <i>Sergi G, 2011</i> |

| | | |
|---|---|--|
|  | <p>Los adultos mayores son más susceptibles a los efectos secundarios inducidos por psicofármacos, incluidos los efectos anticolinérgicos (retención urinaria, delirium, deterioro cognoscitivo), efectos antiadrenérgicos (hipotensión ortostática) y efectos antihistaminérgicos (principalmente sedación).</p> | <p>3 NICE <i>Andreescu C, 2015</i></p> |
|  | <p>Se recomienda evaluar la necesidad de tratamiento en base a:</p> <ul style="list-style-type: none">) Gravedad y duración de la enfermedad) El impacto en la calidad de vida.) Presencia de depresión como comórbido.) Presencia de deterioro cognoscitivo.) El uso de otros medicamentos. | <p>D NICE <i>Andreescu C, 2015</i></p> |
|  | <p>Se deben considerar lo siguiente para el inicio del tratamiento farmacológico:</p> <ul style="list-style-type: none">) Tratamiento previo.) Comorbilidades.) Preferencias del paciente.) Riesgo de suicidio.) Tolerancia y dependencia (alcohol, otros fármacos y/o drogas).) Interacciones farmacológicas.) Costos. | <p>D NICE <i>Davidson JR, 2010</i> <i>Pinquart M, 2007</i></p> |
|  | <p>Aunque las benzodiazepinas tienen un buen efecto en el control de síntomas, deberá de vigilarse su continuidad e iniciar el retiro gradual al tener un buen control de síntomas, se recomienda tener las siguientes precauciones:</p> <ul style="list-style-type: none">) No usar como monoterapia en el TAG del adulto mayor.) Evitar, en lo posible, cuando hay adicción al alcohol o esté consumiendo otros sedantes.) Retirar gradualmente a lo largo de un mes o más.) Advertir del peligro de dependencia, tolerancia y que se evite la automedicación.) Vigilar el efecto hipotensor, mareos, riesgo de caídas (fracturas) y deterioro cognoscitivo.) Educar al paciente y/o cuidador sobre la importancia de un cumplimiento terapéutico estricto y supervisar el mismo.) Utilizar la menor dosis posible por el menor tiempo posible. | <p>Punto de Buena Práctica</p> |

12. ¿Qué consideraciones se deben de tomar en cuenta antes de iniciar un tratamiento farmacológico para reducir la presentación de reacciones adversas?

| | EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|---|---|
|  | La evaluación integral mediante entrevistas clínicas, escalas de calificación y pruebas de laboratorio para diagnosticar la ansiedad y descartar otras causas mentales es el primer paso esencial para diagnosticar y proporcionar un tratamiento basado en la evidencia. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
|  | La decisión de prescribir un tratamiento médico se debe basar en la gravedad y duración de los síntomas, las condiciones comórbidas, medicación concurrente y la respuesta a tratamientos en el pasado, si es que hubo. | 4 NICE <i>Badrakalimuthu VR, 2012</i> |
|  | Se recomienda considerar las siguientes estrategias para la prescripción farmacológica de psicotrópicos: <ul style="list-style-type: none">) Comenzar una dosis baja con incremento lento.) Anticipar y monitorear proactivamente los efectos adversos de los fármacos.) Fomentar la adherencia del paciente.) Comunicación regular con el paciente y su familiar.) Establecer metas de respuesta aceptables y centrarse en los resultados funcionales aceptables.) Incluir intervenciones psicosociales.) Educar sobre la enfermedad y su tratamiento.) Descontinuar medicamentos que no produzcan la respuesta esperada.) Cambiar solo un medicamento a la vez.) Utilizar el régimen de medicación más simple. | D NICE <i>Badrakalimuthu VR, 2012</i> |
|  | Los adultos mayores reportan mayor sensibilidad e intolerancia a los medicamentos antidepresivos debido al aumento de las afecciones médicas comórbidas, los cambios farmacocinéticos, la fragilidad y las interacciones farmacológicas. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
|  | La principal diferencia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos es la dosis inicial. Los pacientes con ansiedad tienden a ser más sensibles a la mayoría de los efectos secundarios de los medicamentos. | 4 NICE <i>Craske MG, 2016</i> |
|  | Se recomienda informar a los pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos, hacer hincapié en que, si bien estos efectos secundarios son posibles, es poco probable que sean incapacitantes y, por lo general, se resuelven en unas pocas semanas, lo cual aumenta la probabilidad de adherencia al tratamiento. | D NICE <i>Bower ES, 2015</i> <i>Baldwin DS, 2014</i> |

| | | |
|-----------|--|---|
| R | La dosis inicial de antidepresivos que se recomienda, es la mitad de la recomendada para el tratamiento depresivo. Esta dosis debe mantenerse por 1-2 semanas y, si se tolera, se duplicará posteriormente. | D NICE <i>Craske MG, 2016</i> |
| Rc | Las benzodiazepinas en la persona mayor aumentan el riesgo de eventos adversos graves, como caídas, alteraciones funcionales, deterioro cognoscitivo, discapacidad y accidentes automovilísticos, por lo cual, se deben utilizar solo como complementos a corto plazo del tratamiento para ansiedad, aunque se sugiere evitar siempre que sea posible. | D NICE <i>Ramos K, 2018</i> |
| R | Con respecto a los ISRS y los IRSN para evitar síntomas de ansiedad de rebote al suspender el medicamento, se sugiere realizar una disminución gradual de 4 a 6 semanas. | D NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| R | La interrupción debe hacerse lento a una velocidad de no más de un cuarto de la dosis cada mes, para minimizar síntomas de abstinencia (p. ej., náuseas, mareos) y reducir la probabilidad de recaída. | D NICE <i>Craske MG, 2016</i> |
| E | La presentación de delirium por abstinencia a benzodiazepinas es más frecuente en personas mayores, sobre todo aquellas que han estado tomando dosis diarias, su interrupción abrupta ocasiona síntomas hasta en el 90% de las personas mayores. Los más comunes son irritabilidad o inquietud, otros poco comunes psicosis, convulsiones y delirium, que pueden durar de 2 a 4 semanas. | 4 NICE <i>Badrakalimuthu VR, 2012</i> |
| R | Se debe referir a psiquiatría cuando hay una mala respuesta al tratamiento, una presentación atípica o existe preocupación por una enfermedad psiquiátrica comórbida significativa. | D NICE <i>Locke AB, 2015</i> |

13. ¿Qué efectos adversos de fármacos debemos vigilar y advertir al paciente y/o cuidador con el fin de evitar complicaciones mayores?

| EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO | |
|---------------------------|--|--|
| E | Entre los efectos adversos del tratamiento farmacológico, con los ISRS y los IRSN, se encuentra la transpiración excesiva, la somnolencia si se asocian a pregabalina o benzodiazepinas. | 4 NICE <i>Baldwin DS, 2014</i> |

| | | |
|----------|---|--|
| E | Los ISRS tienen un aumento inicial del nerviosismo, insomnio, náuseas y disfunción sexual. Cuando se suspenden abruptamente, e incluso cuando se reduce de manera gradual, se puede producir un síndrome de discontinuación que se caracteriza por mareos, insomnio y síntomas parecidos a los de la gripe. | 4 NICE <i>Baldwin DS, 2014</i> |
| R | Se recomienda vigilar y advertir al paciente los posibles efectos secundarios (nerviosismo, insomnio, náusea, disfunción sexual, transpiración y otros) con el inicio de los ISRS e IRSN, al igual que la supresión. | D NICE <i>Baldwin DS, 2014</i> |
| E | La venlafaxina se asocia con un aumento de la presión arterial y se relaciona a la dosis y es probable que esté mediado por incrementos en el tono noradrenérgico central y periférico. Los efectos adversos comunes en la fase aguda incluyen somnolencia náuseas, xerostomía y vértigo. El tratamiento a largo plazo se acompaña de un aumento de peso en 20% de los pacientes. | 4 NICE <i>Baldwin DS, 2014</i> <i>Strawn JR, 2018</i> |
| R | Se recomienda realizar un seguimiento de la presión arterial a los pacientes que se inicia con venlafaxina, sobre todo en aquellos con dosis más altas. No se aconseja su uso en pacientes con enfermedad renal. | D NICE <i>Baldwin DS, 2014</i> |
| E | Las dosis altas de citalopram (más de 40 mg por día) pueden asociarse con un mayor riesgo de prolongación del intervalo QT en el electrocardiograma. Se deben evitar en pacientes con factores de riesgo cardíaco conocidos, como hipocalcemia e hipomagnesemia | 4 NICE <i>Strawn JR, 2018</i> |
| R | En personas con problemas cardiovasculares cuando se prescribe citalopram, se debe considerar que la dosis no sea superior a 40 mg/día en los menores de 65 años, y no se recomiendan dosis superiores a 20 mg/día en personas mayores de 65 años. | D NICE <i>Crocco EA, 2017</i> |
| R | Los antidepresivos ISRI y SNRI deben usarse con precaución en pacientes con migraña que se someten a profilaxis con triptano por el riesgo de presentarse síndrome serotoninérgico. | D NICE <i>Baldwin DS, 2014</i> |
| E | La absorción de sertralina se altera con la administración concomitante con alimentos, lo que puede acelerar la absorción 1-2 horas. | 4 NICE <i>Strawn JR, 2018</i> |

| | | |
|---|--|--|
|  | Entre los ISRS, la paroxetina puede ocasionar la mayoría de los efectos secundarios anticolinérgicos como: sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria y confusión en las personas mayores. | 4 NICE <i>Crocco EA, 2017</i> |
|  | En los adultos mayores, la hemorragia del tracto gastrointestinal superior es 9 veces más común al combinar un ISRS y un medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE). Además, aumenta 2 veces la pérdida de densidad mineral ósea y fractura de cadera. La hiponatremia debida al síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) se observa con más frecuencia en edades avanzadas. | 4 NICE <i>Crocco EA, 2017</i> |
|  | Se deben usar con precaución los ISRS en caso de uso concomitante con AINE, antiagregantes plaquetarios o anticoagulantes. | D NICE <i>Crocco EA, 2017</i> |
|  | El tratamiento con benzodiazepinas se asocia a depresión del SNC, que resulta en fatiga, mareos, aumento del tiempo de reacción, deterioro de habilidades de conducción y alteración de las funciones cognitivas. | 4 NICE <i>Bandelow B, 2017</i> |
|  | Si después del tratamiento de 4 a 6 semanas con una dosis adecuada un paciente no responde, el medicamento debe cambiarse, ya que la posibilidad de responder más allá de la cuarta semana es del 20% o menos si el efecto no ocurre al mes de tratamiento. | D NICE <i>Bandelow B, 2017</i> |
|  | Se debe tener una comunicación efectiva al notificar los posibles efectos adversos del fármaco, evitando en lo posible generar más angustia al paciente, debido al tipo de padecimiento que representa el trastorno de ansiedad. | Punto de Buena Práctica |

14. ¿Qué consideraciones especiales se deben de tomar en cuenta para evitar reacciones adversas o complicaciones ante la presencia de fragilidad, sarcopenia, diabetes, enfermedad renal crónica y otras en las personas mayores?

| EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|---|---|
|  <p>El riesgo de hiponatremia derivado del empleo de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) se incrementa en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none">) Edad mayor de 70 años.) Síndrome de fragilidad.) Empleo concomitante de otros medicamentos (p. ej. | <p>2++ NICE</p> <p><i>Miller AJ, 2017 Woodward M, 2018</i></p> |

| | | |
|---|---|--|
| | diuréticos, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, antagonistas del receptor de angiotensina II, carbamazepina, gabapentinoides). | |
|  | Se recomienda en personas mayores con TAG y fragilidad en quienes se inicia tratamiento con ISRS vigilar los niveles de sodio sérico en las primeras 2 a 4 semanas de inicio del tratamiento. | B NICE <i>Miller AJ, 2017</i> |
|  | Existe un riesgo mayor de caídas (OR 1.66, IC 95% 1.56 – 1.77) con el uso de los ISRS en personas mayores. Existe un mayor riesgo de caer en personas mayores con fragilidad, sarcopenia, diabetes mellitus y polifarmacia. | 1+ NICE <i>Gebara M, 2015 Stubbs, 2015</i> |
|  | Entre los ISRS, el citalopram mantiene una farmacocinética similar en personas con enfermedad renal y controles sanos. | 2+ NICE <i>Spigset O, 2000</i> |
|  | Se recomienda en personas mayores con enfermedad renal crónica el uso de citalopram para el tratamiento del TAG sobre otros ISRS. Se recomienda la vigilancia estrecha de este grupo de pacientes. | C NICE <i>Eyler R, 2015</i> |
|  | Los benzodiacepinas son medicamentos con metabolismo hepático cuyos metabolitos son eliminados por vía renal. Por este motivo, en personas mayores con enfermedad renal crónica su vida media se encuentra incrementada. | 1+ NICE <i>Wyne A, 2011</i> |
|  | Se recomienda evitar el uso de benzodiacepinas con metabolitos activos y vida media prolongada en personas mayores con enfermedad renal crónica y TAG. Asimismo, tomar en cuenta que por este motivo se requiere menor dosis y su efecto suele ser más prolongado. | B NICE <i>Wyne A, 2011</i> |
|  | Se recomienda en personas mayores con relación al tratamiento farmacológico para el TAG “un inicio con dosis bajas, seguido de un ajuste gradual de la dosis”. | D NICE <i>Tariq S, 2008</i> |
|  | Para identificar o prevenir complicaciones derivadas del tratamiento farmacológico, se recomienda en personas mayores con TAG evaluar la presencia de los siguientes síndromes geriátricos: <ul style="list-style-type: none">) Polifarmacia.) Dependencia funcional.) Fragilidad. | Punto de Buena Práctica |

-) Sarcopenia.
-) Comorbilidades.
-) Deterioro cognoscitivo.
-) Riesgo de caídas.

15. ¿Qué opciones de tratamiento farmacológico complementario han demostrado utilidad para el control de síntomas refractarios?

| EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | | NIVEL / GRADO |
|--|---|---|
|  | La pregabalina ha mostrado ser eficaz en el evento agudo y prevención de recaída en ansiedad y puede ser bien tolerada en la persona mayor, presentando efectos favorables incluso en la primera semana de uso. La recomendación es iniciar con 50 mg con aumento gradual de acuerdo a respuesta. | 1+ NICE <i>Montgomery S, 2008</i> |
|  | Se ha propuesto el uso de antipsicóticos como manejo en el trastorno de ansiedad, ya que se ha visto un efecto mayor con quetiapina en el control de síntomas, pero esta no es bien tolerada por los pacientes y no ha sido aceptada para el tratamiento de TAG | 1+ NICE <i>Rickels K, 2018</i> <i>Slee A, 2019</i> |
|  | Se recomienda el uso de quetiapina (pese la información discordante) en personas con pobre control, en fracaso farmacológico con diferentes terapias, en uso crónico de antidepresivos o en los que tienen efectos secundarios con benzodiazepinas. | Punto de Buena Practica |

2.4. Seguimiento

16. ¿Qué estrategias de seguimiento que se recomiendan para mejorar el apego y tratamiento para evitar complicaciones a mediano plazo?

| EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | | NIVEL / GRADO |
|---|--|--|
|  | Los estudios que evalúan el apego entre 10 y 12 semanas a la TCC y a los ISRS, muestran abandono en el rango de 9 a 21% para la TCC y 18 a 30% para los ISRS. | 3 NICE <i>Taylor S, 2012</i> |
|  | Los factores asociados al abandono de la TCC incluyen una baja motivación para el tratamiento, poca preparación para el cambio, poca credibilidad del tratamiento, una alianza terapéutica deficiente, la preferencia del paciente por tratamientos alternativos y barreras prácticas para asistir a la terapia. | 3 NICE <i>Taylor S, 2012</i> |

| | | |
|----------|---|--|
| E | Una estrategia para mejorar la adherencia al tratamiento es destinar una cantidad de tiempo adecuado a la psicoeducación, así como la participación de la familia. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| R | Se recomienda informar al paciente, cuidador y familia sobre la naturaleza del TAG y disipar los estigmas. Además de resaltar la importancia de tratar la ansiedad como un medio para mejorar la calidad de vida y también la salud. | D NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| E | Las personas mayores con TAG presentan mayor sensibilidad e intolerancia a los medicamentos usados para su tratamiento, como consecuencia de la comorbilidad, los cambios farmacocinéticos, la fragilidad y las interacciones farmacológicas. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| E | Con frecuencia, los informes de los pacientes sobre los efectos secundarios de los medicamentos provienen más de su preocupación anticipada y vigilancia hacia los estímulos somáticos que los efectos farmacológicos reales. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| E | Mantener el contacto con el médico para resolver preguntas e inquietudes. Para promover la percepción y reducir la interrupción prematura de la farmacoterapia se debe asegurar a los pacientes que están siendo monitoreados, que la medicación no está empeorando sus síntomas y que en realidad están mejorando. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| R | Se recomienda abordar los miedos del paciente al inicio del tratamiento farmacológico para incrementar la probabilidad de que se pierda el apego al manejo. | D NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| R | Se recomienda explicar los posibles efectos secundarios y hacer hincapié en que, si bien estos efectos secundarios son posibles, es poco probable que sean incapacitantes y, por lo general, se resuelven en las primeras semanas. | D NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
| R | Se recomienda informar al paciente cuando haya obtenido avances favorables en la enfermedad, con la finalidad de promover la percepción y reducir la interrupción prematura de la farmacoterapia. | D NICE <i>Bower ES, 2015</i> |

| | | |
|---|--|--|
|  | Las benzodiazepinas proporcionan un rápido efecto ansiolítico, se usan como un complemento a corto plazo a la terapia a largo plazo. Las benzodiazepinas refuerzan una conducta inadaptada, es decir, que la ansiedad debe aliviarse de inmediato, lo que es esencialmente una respuesta de evitación que sirve para mantener la ansiedad a largo plazo. | 4 NICE <i>Bower ES, 2015</i> |
|  | Se recomienda explicar al paciente los aspectos relacionados a la administración de benzodiazepinas para el control de los síntomas del TAG. | Punto de Buena Práctica |

2.5. Criterios de referencia y contrarreferencia

17. ¿Cuáles son los criterios de referencia y contrarreferencia que se consideran para optimizar los recursos en los servicios de salud?

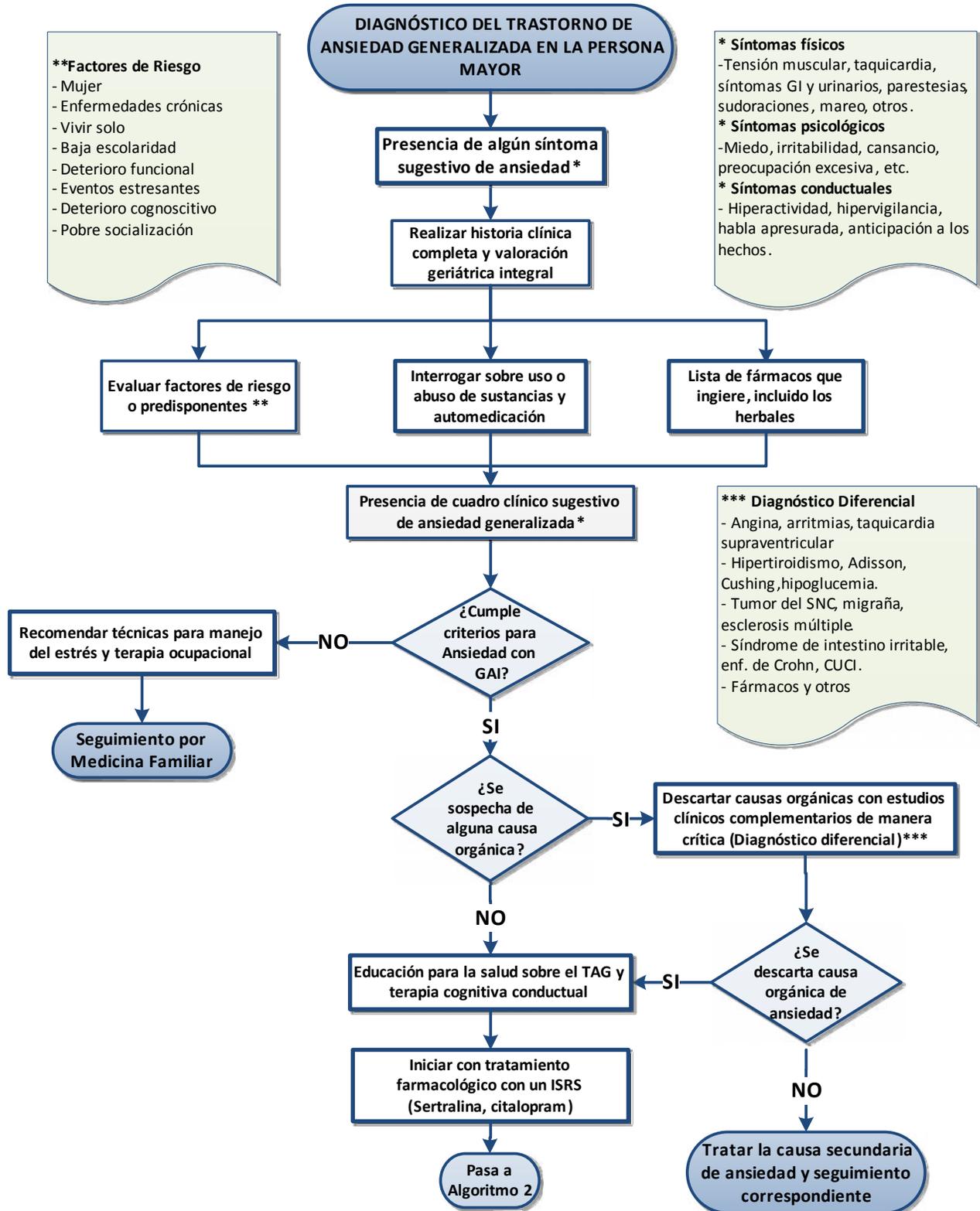
| EVIDENCIA / RECOMENDACIÓN | NIVEL / GRADO |
|--|--|
|  <p>Los pacientes con TAG pueden recibir tratamiento de forma ambulatoria, excepto aquellos con intento de suicidio, falta de respuesta a los tratamientos estándar o comorbilidad relevante, p. ej. Depresión mayor, trastornos de la personalidad o abuso de sustancias.</p> | 4 NICE <i>Bandelow B, 2017</i> |
|  <p>Se recomienda referir de primer a segundo nivel de atención (geriatría, psiquiatría o psicogeriatría) aquellas personas mayores con trastorno de ansiedad con:</p> <ul style="list-style-type: none">)] Dificultad o duda diagnóstica.)] Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia etílica y/o abuso de sustancias.)] Ideación suicida.)] En caso de persistencia de síntomas a pesar de tratamiento no farmacológico y/o farmacológico por más de 12 semanas con adecuado apego terapéutico.)] Síntomas muy incapacitantes (adaptación social o laboral). | Punto de Buena Práctica |
|  <p>Se recomienda referir al siguiente nivel de atención de forma urgente aquellas personas mayores con trastorno de ansiedad e ideación suicida.</p> | Punto de Buena Práctica |
|  <p>Se recomienda referir de segundo a tercer nivel de atención (geriatría, psiquiatría o psicogeriatría) aquellas personas mayores con trastorno de ansiedad generalizada y:</p> <ul style="list-style-type: none">)] Se haya descartado etiología física y no presente síntomas de intoxicación aguda con sustancia alguna.)] Presenten trastorno grave de personalidad con alto grado | Punto de Buena Práctica |

| | | |
|---|---|---------------------------------------|
| | <p>de impulsividad y riesgo de autoagresión.</p> <ul style="list-style-type: none">) Presenten síntomas depresivos con alto riesgo suicida.) Necesidad de manejo en ambiente controlado. | |
|  | <p>Se recomienda contrarreferir de tercer a segundo nivel de atención (geriatría, psiquiatría o psicogeriatría) o de segundo a primer nivel a personas mayores con TAG que:</p> <ul style="list-style-type: none">) Hayan alcanzado la estabilidad clínica, en fase continuación o mantenimiento.) Con máximo beneficio al tratamiento. | <p>Punto de Buena Práctica</p> |
|  | <p>Criterios de control en primer nivel</p> <ul style="list-style-type: none">) Control médico a los 15 días inicialmente y después cada mes.) Dos intervenciones de educación por psicología o la enfermera al paciente y familia.) Intervención terapéutica: relajación clásica, intervención cognoscitivo 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. | <p>Punto de Buena Práctica</p> |

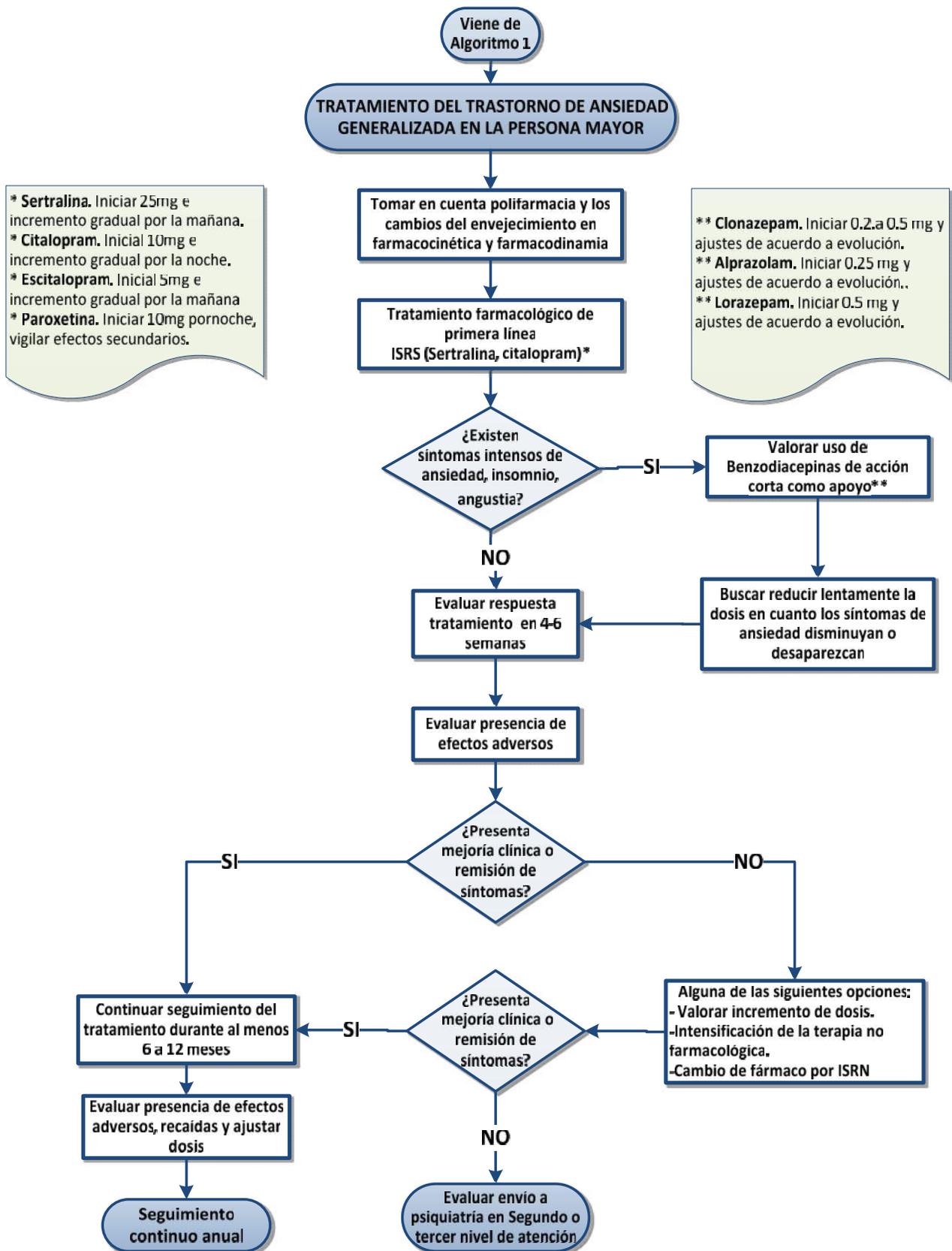
3. ANEXOS

3.1. Diagramas de flujo

Diagnóstico del Trastorno de Ansiedad en la Persona Mayor



Tratamiento del Trastorno de Ansiedad en la Persona Mayor



3.2. Cuadros o figuras

Cuadro 1. Diferencias en la presentación clínica de ansiedad entre personas mayores y personas jóvenes

| Adultos jóvenes | Personas mayores |
|--|--|
| El trastorno de ansiedad generalizada en ambos grupos etarios es similar consistiendo en tensión muscular, preocupación y fatigabilidad. | |
| Pánico. Síntomas más graves llegando a pánico. | Nivel menor de afección cognitiva y somática durante crisis de pánico. |
| Trastorno obsesivo-compulsivo. Conducta compulsiva más intensa involucrando conteo y simetría. | Mayor incidencia de obsesiones religiosas. |
| Trastorno de estrés postraumático. Síntomas psicológicos más graves. | Síntomas físicos más severos, mayor deterioro en funciones sociales, con tendencia al aislamiento. |
| Sueño Menor afectación al sueño. | Las personas mayores cursan con más alteraciones de sueño, principalmente insomnio |
| Depresión. Es un componente que suele acompañar a este trastorno, se cuenta con más recursos para mejoría (redes de apoyo, socialización, etc.). | Suele ser más grave, profunda y menor cantidad de recursos (redes de apoyo, económicos, etc.). |
| Adaptado de: Miloyan B, Pachana NA. Clinical significance of worry and physical symptoms in late-life generalized anxiety disorder. Int J Geriatr Psychiatry. 2015;30(12):1186-94. | |

Cuadro 2. Síntomas de ansiedad en los diferentes dominios

| Físicos | Psicológicos | Conductuales |
|---|---|--|
| Tensión muscular Taquicardia Alteraciones del sueño Hiperventilación Mareo y náusea Diarrea o estreñimiento Dispepsia Boca seca Parestesias Opresión de pecho Sudoraciones o bochornos Temblor Frecuencia urinaria Vértigo Sensación de ahogo | Miedo o temor Irritabilidad Cansancio Preocupación constante Aprehensión Distracción Dificultad para concentrarse Despersonalización Intrusiones en el pensamiento Pensamientos y sueños recurrentes Amnesia Preocupación de eventos futuros | Hiperactividad Hipervigilancia Habla apresurada Conductas ritualistas Sobresaltos Rigidez de habla Descalificación de lo positivo Pensamiento absolutista “todo o nada” Anticipación a los hechos (de manera negativa) |

Cuadro 3. Medicamentos que pueden provocar ansiedad

| Clase | Medicamentos |
|--|--|
| Estimulantes del sistema nervioso | Anfetamina, cafeína, cocaína, efedrina, metilfenidato |
| Retiro de depresores del sistema nervioso | Alcohol, ansiolíticos barbitúricos, agonistas narcóticos, sedantes-hipnóticos |
| Cardiovasculares | Captopril, enalapril, digoxina, hidralazina, clonidina |
| Pulmonares | Salbutamol, teofilina, aminofilina |
| Anti-inflamatorios | Corticoesteroides y analgésicos no esteroideos |
| Otras | Anticolinérgicos, anticonvulsivantes, antihistamínicos, antidepresivos, antipsicóticos, fármacos tiroideos |
| Herbales | Mahuang, hierba de San Juan, ginseng, guaraná, belladona. |

Adaptado de Soodan S, Arya A. Understanding the Pathophysiology and Management of the Anxiety Disorders. *Ijppr Human*. 2015;4(3):251-78 / Swinson RP, Gale C. Generalised anxiety disorder. 23 de junio de 2019. Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/120/pdf/120.pdf>.

Cuadro 4. Inventario de Ansiedad Geriátrica “GAI”

Instrucciones: Conteste los enunciados de acuerdo con cómo se sintió la semana pasada. Marque con un círculo en COINCIDE si está de acuerdo en lo escrito en el enunciado; marque el círculo debajo de "NO COINCIDE" si no está de acuerdo con lo que el enunciado describe.

| | Enunciados | Coincide | No coincide |
|----|---|-----------------|--------------------|
| 1 | Me paso mucho tiempo preocupado. | | |
| 2 | Me resulta difícil tomar una decisión. | | |
| 3 | A menudo me siento asustadizo. | | |
| 4 | Me resulta difícil relajarme. | | |
| 5 | A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones. | | |
| 6 | Las pequeñas cosas me molestan mucho. | | |
| 7 | A menudo siento hormigueo en mi estómago. | | |
| 8 | Me considero una persona preocupada. | | |
| 9 | No puedo evitar preocuparme por cosas triviales. | | |
| 10 | A menudo me siento nervioso. | | |
| 11 | Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso. | | |
| 12 | Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones. | | |
| 13 | Me considero una persona nerviosa. | | |
| 14 | Siempre anticipo que ocurrirá lo peor. | | |
| 15 | A menudo me siento tembloroso. | | |
| 16 | Creo que mis preocupaciones interfieren en mi vida. | | |
| 17 | Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia. | | |
| 18 | Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago. | | |
| 19 | Me pierdo cosas porque me preocupo mucho. | | |
| 20 | A menudo me siento alterado. | | |

Punto de corte 8 puntos.

Modificado de: Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*. 2006;19(01).

Cuadro 5. Inventario de Ansiedad Geriátrica Versión Corta (GAI-SF)

Conteste los enunciados de acuerdo con cómo se sintió la semana pasada. Marque con un círculo en COINCIDE si está de acuerdo en lo escrito en el enunciado; marque el círculo debajo de "NO COINCIDE" si no está de acuerdo con lo que el enunciado describe.

| | Enunciados | Coincide | No coincide |
|---|---|-----------------|--------------------|
| 1 | Me paso mucho tiempo preocupado. | | |
| 2 | Las pequeñas cosas me molestan mucho. | | |
| 3 | Me considero una persona preocupadiza. | | |
| 4 | A menudo me siento nervioso. | | |
| 5 | Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso. | | |

Punto de corte 3 o más puntos.

Modificado de: Byrne GJ, Pachana NA. Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory: the GAI-SF. *Int Psychogeriatr.* 2011;23(1):125-131.

Cuadro 6. Criterios DSM-5 para trastorno de ansiedad generalizada

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

A. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.

B. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses:

-) Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
-) Fácilmente fatigado.
-) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
-) Irritabilidad.
-) Tensión muscular.
-) Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

C. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

D. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afectación médica (p. ej., hipertiroidismo).

E. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social (fobia social), contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Tomado de: DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5 ed: American Psychiatric Association; 2014.

Cuadro 7. Condiciones médicas que pueden simular los síntomas de ansiedad

| Aparatos y sistemas | Enfermedades |
|-------------------------------|--|
| Cardiovascular | Angina, arritmias, insuficiencia cardíaca congestiva, infarto al miocardio, taquicardia supraventricular, prolapso de válvula mitral |
| Endocrino y metabólico | Hipertiroidismo, hipoglucemia, enfermedad de Addison, enfermedad de Cushing, feocromocitoma, alteraciones electrolíticas, hipercalcemia |
| Neurológico | Tumores del sistema nervioso central, demencia, migraña, dolor neuropático, enfermedad de Parkinson, convulsiones, infarto cerebral, esclerosis múltiple, vértigo. |
| Respiratorio | Asma, edema pulmonar, embolia pulmonar, neumonía, enfermedad pulmonar obstructiva crónica |
| Gastrointestinal | Enfermedad de Crohn, colitis ulcerativa, síndrome de intestino irritable |
| Otras | Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), lupus eritematoso sistémico, anemia |

Tomado de Soodan S, Arya A. Understanding the Pathophysiology and Management of the Anxiety Disorders. *Ijppr Human*. 2015;4(3):251-78.

Cuadro 8. Enfermedades, síntomas y estudios recomendados para diferenciar ansiedad de enfermedades

| Enfermedad | Síntomas/signos diferenciales | Estudios recomendados |
|--|--|---|
| Enfermedades tiroideas (común hipertiroidismo) | Síntomas de ansiedad. Pérdida de peso, piel húmeda, intolerancia al calor, oftalmopatía, o bocio. | Examen clínico, determinación sérica de hormona estimulante de tiroides |
| Enfermedades cardíacas (angina, infarto al miocardio) | Palpitaciones o dolor torácico. El examen físico puede ser normal o mostrar hipertensión, hipotensión, taquicardia o bradicardia, o galope S3 o S4. | Examen clínico, electrocardiograma, determinación de troponinas (si se sospecha de infarto cardíaco) si es necesario monitoreo por Holter y valoración por cardiología. |
| Síndrome de intestino irritable | Alteración de hábitos intestinales, se asocia con dolor y malestar abdominal, hinchazón, o distensión. | No existen exámenes específicos. |
| Enfermedades respiratorias | Los pacientes pueden tener una sensación de sofoco acompañado de signos físicos. | Examen clínico, si es necesario pruebas de funcionamiento pulmonar. |

Adaptado de: Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048-59.

Swinson RP, Gale C. Generalised anxiety disorder. Consulta 23 de junio de 2019. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/120/pdf/120.pdf>.

Cuadro 9. Trastornos mentales y por abuso de sustancias y sus síntomas que apoyarán a diferenciar de ansiedad

| Trastorno mental o por sustancias | Síntomas/signos diferenciales | Evaluación recomendada |
|---|---|--|
| Alcohol y trastornos por abuso de sustancias | <p>Los síntomas de ansiedad son frecuentes durante la intoxicación aguda (cocaína) y supresión.</p> <p>La ansiedad está directamente relacionada con exposición a la sustancia.</p> | <p>Historia de uso de sustancias legales (cafeína, alcohol) e ilícitas; determinación en sangre y orina de drogas.</p> <p>Historia completa de medicamentos prescritos y de las hierbas medicinales.</p> |
| Retirada de depresores de sistema nervioso central | Los signos típicos son taquipnea, taquicardia y la desorientación ante la retirada de depresores de sistema nervioso central. | La monitorización de los signos vitales esencial para detectar inestabilidad autonómica y delirium. |
| Ansiedad situacional (no patológica) | La ansiedad es más controlable y se encuentra limitada a una situación o un contexto, como un próximo examen). Es menos probable que se acompañe de síntomas físicos. | No existen exámenes específicos. |
| Trastorno adaptativo | La ansiedad se produce en respuesta a un factor estresante y no persiste por más de 6 meses después de la terminación este factor. | Cumple criterios para un trastorno adaptativo con DSM 5 o CIE-10. |
| Depresión | Incapacidad para sentir placer, un estado de ánimo triste o irritable en general. | Cumple criterios para un trastorno depresivo con DSM 5 o CIE -10. |
| Trastorno de pánico | Se caracteriza por episodios recurrentes de ansiedad de aparición repentina con al menos 4 síntomas (disnea, palpitaciones, temblores, náuseas, rubores, sofocos, mareos y sensación de muerte inminente). Se acompaña de conductas de evitación (actividades donde escapar sería difícil). Las quejas autonómicas se experimentan durante un ataque agudo. | Cumple criterios para un trastorno de pánico con DSM 5 o CIE -10. |
| Fobia social | La ansiedad o el miedo persistente se limitan a situaciones sociales (miedo a escrutinio social). Las conductas de evitación están presentes. | Cumple criterios para un trastorno de fobia social con DSM 5 o CIE -10. |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | La ansiedad está relacionada con compulsiones u obsesiones. | Cumple criterios para un trastorno obsesivo-compulsivo con DSM 5 o CIE -10 |
| Trastorno de estrés postraumático | La ansiedad está relacionada a la exposición del trauma pasado. Los pacientes tienen síntomas de experiencia (a través de <i>flashbacks</i> , pesadillas). | Cumple criterios para un trastorno de stress postraumático con DSM 5 o CIE -10. |

Adaptado de: Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048-59.

Swinson RP, Gale C. Generalised anxiety disorder.23 de junio de 2019. Available from:

<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/120/pdf/120.pdf>.

Cuadro 10. Pruebas diagnósticas complementarias

| Pruebas de laboratorio | Resultado en pacientes con TAG |
|--|---|
| <p>Perfil tiroideo</p> <ul style="list-style-type: none"> Indicado en pacientes con ansiedad y síntomas sugestivos de enfermedad tiroidea (pérdida de peso inexplicable, mujeres con antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, exoftalmos o bocio). | Niveles normales de tiroxina o de la hormona estimulante de la tiroides |
| <p>Tamiz en orina para abuso de sustancias legales o ilícitas</p> <ul style="list-style-type: none"> Reservado para pacientes con fuerte sospecha de uso indebido de estimulantes, tales como alcohol u otras drogas. | Negativo |
| <p>Orina de 24 horas para metanefrinas y ácido vanillilmandélico.</p> <ul style="list-style-type: none"> Si existe hipertensión y / o taquicardia con ansiedad, esta prueba se recomienda descartar feocromocitoma. | Normal |
| <p>Pruebas de función pulmonar</p> <ul style="list-style-type: none"> Ordenado cuando hay síntomas de enfermedad pulmonar (enfisema o hiperreactividad bronquial). | FEV1 (Volumen Espiratorio forzado) normal |
| <p>Electrocardiograma</p> <p>Se sugiere en individuos con factores de riesgo cardiovasculares, síncope, antecedentes familiares de enfermedad cardíaca o aparición de ansiedad después de los 35 años. Antecedentes de cardiopatía isquémica o trastornos del ritmo cardíaco.</p> | Ritmo sinusal |
| <p>Ecocardiograma.</p> <p>Indicar si hay alteración en la auscultación cardíaca, datos de enfermedad valvular, alteraciones de la movilidad de la pared cardíaca, datos de bajo gasto.</p> | Normal |
| <p>Electroencefalograma.</p> <p>Realizar si se sospecha que la ansiedad sea parte de los síntomas prodrómicos de una crisis convulsiva.</p> | Normal |

Adaptado de: Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet. 2016;388(10063):3048-59.
 Swinson RP, Gale C. Generalised anxiety disorder. 23 de junio de 2019. Available from:
<https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/120/pdf/120.pdf>.

3.3. Listados de recursos

3.3.1. Cuadro de medicamentos

Medicamentos mencionados en la guía e indicados en el tratamiento de **Trastorno de Ansiedad Generalizada** del **Cuadro Básico y Catálogo de Insumos del Sector Salud:**

| Medicamentos | | | | | |
|------------------------------------|---------------------|--|--|---|---|
| Clave | Principio activo | Presentación | Efectos adversos | Interacciones | Contraindicaciones |
| 040.000.2499.00 040.000.2500.00 | Alprazolam | Tabletas 2 mg y Tabletas 0.25. Envase con 30 tabletas | Cefalea, hostilidad, náusea, hipotensión arterial, 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 |
| 010.000.5487.00 010.000.5487.01 | Citalopram | Tabletas 20 mg Envase con 14 ó 28 tabletas | Cefalea, sudoración, astenia, pérdida de peso, palpitaciones, insomnio, disminución de la libido, congestión nasal, resequedad de mucosas | Con inhibidores de la monoaminoxidasa 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. |
| 040.000.2612.00 040.000.2613.00 | Clonazepam | Tabletas 2 mg. Solución 2.5 mg/mL (1 gota = 0.1 mg) Envase con 30 tabletas Envase con 10 ml y gotero integral. | 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 |
| 010.000.4480.00 010.000.4480.01 | Escitalopram | Tabletas de 10mg Envase con 14 o 28 tabletas | 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. |

Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor

| | | | | | |
|--|--------------------|---|--|--|--|
| 010.000.4359.00 | Gabapentina | Cada cápsula contiene: 300 mg. Envase con 15 cápsulas | Ataxia, nistagmus, amnesia, depresión, irritabilidad, somnolencia y leucopenia. | Puede aumentar el efecto de los depresores del sistema nervioso 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 |
| 040.000.5478.00 | Lorazepam | Tableta 1 mg. Envase 40 tabletas | 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 al fármaco y a las benzodiazepinas. Precaución en glaucoma, insuficiencia hepática, miastenia gravis |
| 010.000.4356.00 010.000.4356.01 010.000.4358.00 010.000.4358.01 | Pregabalina | Capsulas con 75 mg y 150 mg Envase con 14 ó 28 cápsulas. | Mareo, somnolencia, edema periférico, infección, boca seca y aumento de peso. | Oxicodona, etanol, lorazepam. Precauciones: no manejar, operar máquina compleja, ni comprometerse con otras actividades potencialmente peligrosas al inicio del tratamiento. | Hipersensibilidad al fármaco. |
| 010.000.5489.00 | Quetiapina | Tabletas de 100 mg. Envase con 60 tabletas | 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 |
| 040.000.4484.00 | Sertralina | Tabletas, Cápsulas de 50 mg. Envase con 14 tabletas o capsulas | 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 disulfiram | Hipersensibilidad conocida, uso previo (14 días) o concomitante de inhibidores de mono-amino-oxidasa; |
| 010.000.4488.00 | Venlafaxina | Cápsulas (liberación prolongada) 37.5, 75, 150 mg | Mareo, cefalea, ansiedad, anorexia, pérdida de peso, hipertensión, astenia, fatiga, vasodilatación. | Con inhidores 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-oxidass |

3.4. Protocolo de búsqueda

La búsqueda sistemática de información se enfocó en documentos obtenidos con la temática de Trastorno de ansiedad generalizada. Se realizó en PubMed, sitios Web especializados de GPC y del área clínica.

Criterios de inclusión:

-) Documentos escritos en **español e inglés**
-) Documentos publicados los últimos **8 años**
-) Documentos enfocados **diagnóstico o tratamiento.**
-) Documentos enfocados a humanos

Criterios de exclusión:

-) Documentos escritos en otro idioma.

3.4.1. Búsqueda de GPC

Se realizó la búsqueda en PubMed, utilizando el término MeSH Anxiety considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **12** resultados, de los cuales se utilizó 1 documento.

| ALGORITMO DE BÚSQUEDA | RESULTADO |
|---|---------------|
| "Anxiety/diagnosis"[Mesh] OR "Anxiety/therapy"[Mesh]) Sort by: Best Match Filters: Practice Guideline; Guideline; Full text; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years | 12 documentos |

Además, se realizó la búsqueda de GPC en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

| SITIOS WEB ⁵ | ALGORITMO DE BÚSQUEDA | # DE RESULTADOS OBTENIDOS | # DE DOCUMENTOS UTILIZADOS |
|-------------------------|---|---------------------------|----------------------------|
| GIN | Anxiety and elderly, | 0 | 0 |
| NGC | Anxiety and elderly, | 12 | 0 |
| NICE | Anxiety and elderly, Guidance, from 01/12/2011 – 01/07/2019 | 7 | 0 |
| SIGN | Anxiety and elderly, Guidance, from 01/12/2011 – 01/07/2019 | 0 | 0 |
| GUIASALUD | Ansiedad | 0 | 0 |
| NHS Evidence | Anxiety and elderly, Guidance, Clinical, from 01/12/2011 – 01/07/2019 | 249 | 1 |
| Tripdatabase | Anxiety and elderly. Diagnosis and treatment, guideline | 507 | 1 |
| TOTAL | | 268 | 2 |

3.4.2. Búsqueda de revisiones sistemáticas

Se realizó la búsqueda en PubMed con el término MeSH **Anxiety** considerando los criterios de inclusión y exclusión definidos. Se obtuvieron **39** resultados, de los cuales se utilizaron **9** documentos.

⁵ Realizar la búsqueda en sitios Web de GPC con temáticas específicas (SOGC y RCOG en ginecología; AAN en neurología; NCCN en oncología, entre otros)

| ALGORITMO DE BÚSQUEDA | RESULTADO |
|---|---------------|
| "Anxiety/diagnosis"[Mesh] OR "Anxiety/therapy"[Mesh]) Sort by: Best Match Filters: Meta-Analysis; Systematic Reviews; Full text; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years | 39 documentos |

Además, se buscaron revisiones sistemáticas en los sitios Web especializados enlistados a continuación:

| SITIOS WEB | ALGORITMO DE BÚSQUEDA | # DE RESULTADOS OBTENIDOS | # DE DOCUMENTOS UTILIZADOS |
|-------------------------|---|---------------------------|----------------------------|
| COCHRANE LIBRARY | anxiety and elderly en Título Resumen Palabra clave - con fecha de publicación en la Biblioteca Cochrane Entre Jan 2014 y Jul 2019, en Revisiones Cochrane (Se han buscado variaciones de la palabra) | 5 | 0 |
| NHS EVIDENCE | Anxiety and elderly, systematic review, clinical, from 01/12/2011 – 01/07/2019 | 185 | 4 |
| Tripdatabase | Anxiety and elderly. Diagnosis and treatment, systematic review | 45 | 3 |
| TOTAL | | 235 | 16 |

3.4.3. Búsqueda de ensayos clínicos aleatorizados⁶

La búsqueda se realizó en PubMed de ensayos clínicos aleatorizados (ECA) de acuerdo a los criterios definidos, utilizando el (los) término(s) MeSH Anxiety. Se obtuvieron **580** resultados, de los cuales se utilizaron **9** documentos.

| ALGORITMO DE BÚSQUEDA | RESULTADO |
|---|----------------|
| "Anxiety/diagnosis"[Mesh] OR "Anxiety/therapy"[Mesh]) Sort by: Best Match Filters: Randomized Controlled Trial; Observational Study; Full text; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years | 580 documentos |

3.4.4. Búsqueda de estudios observacionales

La búsqueda se realizó en PubMed de estudios observacionales de acuerdo con los criterios definidos, utilizando el término MeSH Anxiety. Se obtuvieron **65** resultados, de los cuales se utilizaron **32** documentos.

| ALGORITMO DE BÚSQUEDA | RESULTADO |
|---|---------------|
| "Anxiety/diagnosis"[Mesh] OR "Anxiety/therapy"[Mesh]) Sort by: Best Match Filters: Observational Study; Full text; published in the last 10 years; Humans; English; Spanish; Aged: 65+ years | 65 documentos |

⁶ Solo en caso de temas con poca información publicada, en las que GPC y RS no son suficientes para desarrollar satisfactoriamente la guía.

Al revisar la bibliografía de los documentos obtenidos se identificaron otras **35** referencias con información relevante que fue utilizada en la actualización de la GPC, esta búsqueda específicamente como la Organización mundial de Salud, el manual de trastornos mentales 5 (DSM-5) y documentos nacionales de estadística y otros.

A continuación, se enlistan las referencias bibliográficas que se retomaron de la versión de la guía que se actualizó:

| No. | BIBLIOGRAFÍA DE LA VERSIÓN 2011 |
|-----------|---------------------------------|
| 1 | Baldwin DS, 2005 |
| 2 | Benitez CI, 2008 |
| 3 | Davidson JR, 2010 |
| 4 | Durandal-Montaña JR, 2011 |
| 5 | Montgomery S, 2008 |
| 6 | Pinquart M, 2007 |
| 7 | Schuermans J, 2006 |
| 8 | Sergi G, 2011 |
| 9 | Tariq SH, 2008 |
| 10 | Thorp SR, 2009 |
| 11 | Wolitzky-Taylor KB, 2010 |

En resumen, en el desarrollo de este protocolo de búsqueda se obtuvieron un total de **1,234**, de los cuales se utilizaron **95** en la integración de esta GPC.

3.5. Escalas de gradación

NIVELES DE EVIDENCIA Y RECOMENDACIÓN. ESCALA NICE

| NIVELES DE EVIDENCIA | |
|----------------------|--|
| 1++ | Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy |
| 1+ | Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgo. |
| 1- | Meta-análisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgo. |
| 2++ | Revisiones sistemáticas de estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas de alta calidad, estudios de cohortes o de casos y controles de pruebas diagnósticas de alta calidad con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2+ | Estudios de cohortes o de casos y controles o estudios de pruebas diagnósticas bien realizadas con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal. |
| 2- | Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo. |
| 3 | Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos. |
| 4 | Opinión de expertos. |

| FUERZA DE LAS RECOMENDACIONES | |
|-------------------------------|--|
| A | Al menos un meta-análisis, revisión sistemática de ECA, o ECA de nivel 1++, directamente aplicables a la población diana, o evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 1+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. |
| B | Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 1++ o 1+. |
| C | Evidencia suficiente derivada de estudios de nivel 2+, directamente aplicable a la población diana y que demuestren consistencia global en los resultados. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2++. |
| D | Evidencia de nivel 3 o 4. Evidencia extrapolada de estudios de nivel 2+. |

Los estudios clasificados como 1– y 2– no deben usarse en el proceso de elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

| PUNTO DE BUENA PRÁCTICA | |
|-------------------------|--|
| ✓ | Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor. |

3.6. Cédula de verificación de apego a recomendaciones clave

| Diagnóstico(s) Clínico(s): | | Ansiedad generalizada en la persona mayor | |
|--|--|---|--|
| CIE-10/CIE-9 | F411 Trastorno de ansiedad generalizada, F412 Trastorno mixto de ansiedad y depresión | | |
| Código del CMGPC: | GPC-IMSS-499-19 | | |
| TÍTULO DE LA GPC | | | Calificación de las recomendaciones |
| Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno de Ansiedad Generalizada en la Persona Mayor | | | |
| POBLACIÓN BLANCO | USUARIOS DE LA GUÍA | NIVEL DE ATENCIÓN | |
| Personas mayores de 65. | Médicos Especialistas, Médicos Generales, Médicos Familiares, Estudiantes, Enfermeras generales, Enfermeras especialistas. | Primario, Secundario y Terciario | |
| PREVENCIÓN | | | |
| Se realizó escrutinio para descartar trastorno de ansiedad a las personas mayores con los siguientes factores de riesgo: | | | |
| <ul style="list-style-type: none">) Enfermedades crónico-degenerativas (enfermedades cardiovasculares, pulmonares, osteo-musculares, diabetes mellitus).) Deterioro cognoscitivo.) Antecedentes de depresión.) Síntomas de ansiedad.) Problemas socio familiares. | | | |
| DIAGNÓSTICO | | | |
| Se buscó los signos y síntomas característicos de la presentación atípica del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) en el adulto mayor. Estos incluyen síntomas psicológicos o conductuales tales como irritabilidad, pobre concentración, preocupación excesiva y dificultad para su control, así como síntomas físicos como fatiga, taquicardia, taquipnea, síntomas gastrointestinales y tensión muscular por lo que el personal de salud deben buscarlos intencionadamente. | | | |
| Dentro de la evaluación inicial de un paciente con sospecha de TAG se recomendó evaluar los siguientes aspectos: | | | |
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Historia clínica detallada que incluya: factores de riesgo, presentación de los síntomas, duración y progresión de la enfermedad. 2. Examen físico y mental. 3. Comorbilidad: cardiopatía, depresión, endocrinológicas, cáncer, enfermedad Parkinson, autoinmunes, entre otras. 4. Medicamentos que pueden desencadenar ansiedad. | | | |
| Se recomendó el uso del Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI, <i>Geriatric Anxiety Inventory</i>) y GAI-SF (versión corta) para el diagnóstico y seguimiento de TAG en la persona mayor. Es considerado como el gold estándar para esta población. | | | |
| Se recomendó las siguientes pruebas de laboratorio, orientadas con los antecedentes y cuadro clínico, para excluir condiciones clínicas comunes asociadas con TAG: | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Biometría hemática completa. • Química sanguínea incluido los electrolitos séricos. • Perfil de lípidos. • Perfil tiroideo. • Pruebas de funcionamiento hepático. • Examen general de orina. • Electrocardiograma. | | | |
| El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es en parte un diagnóstico de exclusión. Se recomendó descartar condiciones médicas, medicamentos o sustancias como parte del abordaje diagnóstico. | | | |
| TRATAMIENTO | | | |
| Se utilizó como fármacos de primera línea para el TAG a los inhibidores selectivos de recaptura de serotonina (ISRS) o inhibidores de recaptura selectivos de noradrenalina (IRSN). | | | |
| Se recomendó el uso de los ISRS o IRSN por lo menos durante 6 meses en pacientes con TAG, ya que es el periodo mínimo que ha demostrado su eficacia. | | | |
| Se utilizó benzodiacepinas para controlar los síntomas de ansiedad como complemento al manejo con ISRS o IRSN, sobre todo al inicio del tratamiento y no como monoterapia. | | | |

| | |
|---|--|
| Los antidepresivos tricíclicos (imipramina), no deben considerarse como primera elección debido a la pobre tolerancia y a un riesgo mayor de efectos adversos en el adulto mayor. | |
| Se recomendó utilizar benzodicepinas por tiempo corto y disminuir la dosis a niveles mínimos y titular gradualmente. | |
| REFERENCIA | |
| Se refirió a psiquiatría cuando hay una mala respuesta al tratamiento, una presentación atípica o existe preocupación por una enfermedad psiquiátrica comórbida significativa. | |
| Se recomendó referir de primer a segundo nivel de atención (geriatria, psiquiatría o psicogeriatría) aquellas personas mayores con trastorno de ansiedad con: | |
| <ul style="list-style-type: none">) Dificultad o duda diagnóstica.) Comorbilidad psiquiátrica u orgánica (depresión mayor, dependencia etílica y/o abuso de sustancias.) Ideación suicida.) En caso de persistencia de síntomas a pesar de tratamiento no farmacológico y/o farmacológico por más de 12 semanas con adecuado apego terapéutico.) Síntomas muy incapacitantes (adaptación social o laboral). | |
| RESULTADOS | |
| Total de recomendaciones cumplidas (1) | |
| Total de recomendaciones no cumplidas (0) | |
| Total de recomendaciones que no aplican al caso evaluado (NA) | |
| Total de recomendaciones que aplican al caso evaluado | |
| Porcentaje de cumplimiento de las recomendaciones evaluadas (%) | |
| Apego del expediente a las recomendaciones clave de la GPC (SI/NO) | |

4. 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.

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 resolutive 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.

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

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.

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

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

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.

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.

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.

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.

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.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Altunoz U, Kokurcan A, Kirici S, Bastug G, Ozel-Kizil ET. Clinical characteristics of generalized anxiety disorder: older vs. young adults. *Nord J Psychiatry*. 2018;72(2):97-102.
2. Andreescu C, Varon D. New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(7):53.
3. APA. *DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 5 ed: American Psychiatric Association; 2014.
4. Badrakalimuthu VR, Tarbuck AF. Anxiety: a hidden element in dementia. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2012;18(2):119-28.
5. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, et al. Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder and obsessive-compulsive disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2014;28(5):403-39.
6. Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Bandelow B, Bond A, Davidson JR, et al. Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2005;19(6):567-96.
7. Ball SG, Lipsius S, Escobar R. Validation of the geriatric anxiety inventory in a duloxetine clinical trial for elderly adults with generalized anxiety disorder. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(9):1533-9.
8. Balsamo M, Cataldi F, Carlucci L, Fairfield B. Assessment of anxiety in older adults: a review of self-report measures. *Clinical interventions in aging*. 2018;13:573-93.
9. Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2017;19(2):93-107.
10. Benitez 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(1):5-13.
11. Bourland SL, Stanley MA, Snyder AG, Novy DM, Beck JG, Averill PM, et al. Quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*. 2000;4(4):315-23.
12. Bower ES, Wetherell JL, Mon T, Lenze EJ. Treating Anxiety Disorders in Older Adults: Current Treatments and Future Directions. *Harv Rev Psychiatry*. 2015;23(5):329-42.
13. Brenes GA, Guralnik JM, Williamson JD, Fried LP, Simpson C, Simonsick EM, et al. The influence of anxiety on the progression of disability. *JAGS*. 2005;53(1):34-9.
14. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*. 2008;109(3):233-50.
15. Byrne GJ, Pachana NA. Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory: the GAI-SF. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(1):125-131.
16. Canuto A, Weber K, Baertschi M, Andreas S, Volkert J, Dehoust MC, et al. Anxiety Disorders in Old Age: Psychiatric Comorbidities, Quality of Life, and Prevalence According to Age, Gender, and Country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2018;26(2):174-85.
17. Cassidy K, Rector N. The silent geriatric giant: anxiety disorders in late life. *Geriatr Aging*. 2008;11:150-6.
18. Chandler SK, Robins JL, Kinser PA. Nonpharmacologic Interventions for the Self-Management of Anxiety in Parkinson's Disease: A Comprehensive Review. *Behav Neurol*. 2019;2019:8459579.
19. Chang WH, Chen WT, Lee IH, Chen PS, Yang YK, Chen KC. Coexisting anxiety disorders alter associations with physical disorders in the elderly: A Taiwan cross-sectional nationwide study. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2016;70(5):211-7.
20. Cisneros GE, Ausín B. Prevalencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 65 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2019;54(1):34-48.
21. Clifford KM, Duncan NA, Heinrich K, Shaw J. Update on managing generalized anxiety disorder in older adults. *J Gerontol Nurs*. 2015;41(4):10-20.
22. Craske MG, Stein MB. Anxiety. *Lancet*. 2016; 388 (10063):3048-59.

23. Creighton AS, Davison TE, Kissane DW. The psychometric properties, sensitivity and specificity of the geriatric anxiety inventory, hospital anxiety and depression scale, and rating anxiety in dementia scale in aged care residents. *Aging Ment Health*. 2019;23(5):633-42.
24. Crocco EA, Jaramillo S, Cruz-Ortiz C, Camfield K. Pharmacological Management of Anxiety Disorders in the Elderly. *Curr Treat Options Psychiatry*. 2017;4(1):33-46.
25. Davidson JR, Feltner DE, Dugar A. Management of generalized anxiety disorder in primary care: identifying the challenges and unmet needs. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*. 2010;12(2):PCC.09r00772.
26. Davies EA, O'Mahony MS. Adverse drug reactions in special populations - the elderly. *Br J Clin Pharmacol*. 2015;80(4):796-807.
27. Dragioti E, Levin LA, Bernfort L, Larsson B, Gerdle B. Insomnia severity and its relationship with demographics, pain features, anxiety, and depression in older adults with and without pain: cross-sectional population-based results from the PainS65+ cohort. *Ann Gen Psychiatry*. 2017;16:15.
28. Durandal-Montaña JR. Trastornos Psiquiátricos Inducidos por Medicamentos. *Rev Cient Cienc Med* 2011; 14(1): 21-24.
29. Eyler RF, Unruh ML, Quinn DK, Vilay AM. Psychotherapeutic Agents in End-Stage Renal Disease. *Semin Dial*. 2015;28(4):417-26.
30. Flensburg-Madsen T, Tolstrup J, Sorensen HJ, Mortensen EL. Social and psychological predictors of onset of anxiety disorders: results from a large prospective cohort study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(5):711-21.
31. Forlani M, Morri M, Belvederi Murri M, Bernabei V, Moretti F, Attili T, et al. Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption. *PloS one*. 2014;9(2):e89859-e.
32. Frank CR, Xiang X, Stagg BC, Ehrlich JR. Longitudinal Associations of Self-reported Vision Impairment With Symptoms of Anxiety and Depression Among Older Adults in the United States. *JAMA Ophthalmol*. 2019.
33. Fung AWT, Lam LCW. A cross-sectional study on clinical correlates of anxiety disorders in 613 community living older adults in Hong Kong. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2017;32(7):742-9.
34. Gebara MA, Lipsey KL, Karp JF, Nash MC, Iaboni A, Lenze EJ. Cause or Effect? Selective Serotonin Reuptake Inhibitors and Falls in Older Adults: A Systematic Review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(10):1016-28.
35. Gerolimatos LA, Gregg JJ, Edelstein BA. Assessment of anxiety in long-term care: examination of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short form. *Int Psychogeriatr*. 2013;25(9):1533-42.
36. Goncalves DC, Byrne GJ. Interventions for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2012;26(1):1-11.
37. Gould CE, O'Hara R, Goldstein MK, Beaudreau SA. Multimorbidity is associated with anxiety in older adults in the Health and Retirement Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(10):1105-15.
38. Gould RL, Coulson MC, Howard RJ. Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: a meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc*. 2012;60(2):218-29.
39. Grenier S, Payette MC, Gunther B, Askari S, Desjardins FF, Raymond B, et al. Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(3):397-407.
40. Grover S, Sahoo S, Chakrabarti S, Avasthi A. Anxiety and somatic symptoms among elderly patients with depression. *Asian J Psychiatry*. 2019;41:66-72.
41. Gulpers B, Ramakers I, Hamel R, Kohler S, Oude Voshaar R, Verhey F. Anxiety as a Predictor for Cognitive Decline and Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(10):823-42.
42. Gulpers BJA, Oude Voshaar RC, van Boxtel MPJ, Verhey FRJ, Kohler S. Anxiety as a Risk Factor for Cognitive Decline: A 12-Year Follow-Up Cohort Study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2019;27(1):42-52.
43. Hall J, Kellett S, Berrios R, Bains MK, Scott S. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(11):1063-73.

44. Hendriks GJ, Kampman M, Keijsers GP, Hoogduin CA, Voshaar RC. Cognitive-behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia in older people: a comparison with younger patients. *Depress Anxiety*. 2014;31(8):669-77.
45. Hohls JK, König HH, Raynik YI, Hajek A. A systematic review of the association of anxiety with health care utilization and costs in people aged 65 years and older. *J Affect Disord*. 2018;232:163-76.
46. Holloway KL, Williams LJ, Brennan-Olsen SL, Morse AG, Kotowicz MA, Nicholson GC, et al. Anxiety disorders and falls among older adults. *J Affect Disord*. 2016;205:20-7.
47. Jakubovski E, Johnson JA, Nasir M, Müller-Vahl K, Bloch MH. Systematic review and meta-analysis: Dose-response curve of SSRIs and SNRIs in anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2019;36(3):198-212.
48. Johnco C, Knight A, Tadic D, Wuthrich VM. Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults. *International psychogeriatrics*. 2015;27(7):1089-97.
49. Karel MJ, Gatz M, Smyer MA. Aging and mental health in the decade ahead: what psychologists need to know? *Am Psychol*. 2012;67(3):184-98.
50. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1.
51. Kishita N, Laidlaw K. Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clin Psychol Rev*. 2017;52:124-36.
52. Locke AB, Kirst N, Shultz CG. Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *Am Fam Physician*. 2015;91(9):617-24.
53. Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(11):1632-9.
54. Miller AJ, Theou O, McMillan M, Howlett SE, Tennankore KK, Rockwood K. Dysnatremia in Relation to Frailty and Age in Community-dwelling Adults in the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2017;72(3):376-81.
55. Miloyan B, Pachana NA. Clinical significance of worry and physical symptoms in late-life generalized anxiety disorder. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(12):1186-94.
56. Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry*. 2008;193(5):389-94.
57. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and generalized anxiety disorder: a review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. *Annual review of clinical psychology*. 2013;9:275-97.
58. Nilsson J, Sigstrom R, Ostling S, Waern M, Skoog I. Changes in the expression of worries, anxiety, and generalized anxiety disorder with increasing age: A population study of 70 to 85-year-olds. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(2):249-57.
59. Norton J, Ancelin ML, Stewart R, Berr C, Ritchie K, Carriere I. Anxiety symptoms and disorder predict activity limitations in the elderly. *J Affect Disord*. 2012;141(2-3):276-85.
60. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos de América: Organización Mundial de la Salud; 2015.
61. Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*. 2006;19(01).
62. Peluso ET, Quintana MI, Gananca FF. Anxiety and depressive disorders in elderly with chronic dizziness of vestibular origin. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2016;82(2):209-14.
63. Phan T, Carter O, Waterer G, Chung LP, Hawkins M, Rudd C, et al. Determinants for concomitant anxiety and depression in people living with chronic obstructive pulmonary disease. *J Psychosom Res*. 2019;120:60-5.
64. Pinquart 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.
65. Porensky EK, Dew MA, Karp JF, Skidmore E, Rollman BL, Shear MK, et al. The Burden of Late-Life Generalized Anxiety Disorder: Effects on Disability, Health-Related Quality of Life, and Healthcare Utilization. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2009;17(6):473-82.

66. Potvin O, Lorrain D, Belleville G, Grenier S, Preville M. Subjective sleep characteristics associated with anxiety and depression in older adults: a population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(12):1262-70.
67. Prina AM, Ferri CP, Guerra M, Brayne C, Prince M. Prevalence of anxiety and its correlates among older adults in Latin America, India and China: cross-cultural study. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2011;199(6):485-91.
68. Ramos K, Stanley MA. Anxiety Disorders in Late Life. *Psychiatric Clinics of North America*. 2018;41(1):55-64.
69. Remes O, Brayne C, van der Linde R, Lafortune L. A systematic review of reviews on the prevalence of anxiety disorders in adult populations. *Brain Behav*. 2016;6(7):e00497.
70. Rickels K, Moeller HJ. Benzodiazepines in anxiety disorders: Reassessment of usefulness and safety. *World J Biol Psychiatry*. 2018:1-5.
71. Rickels K, Rynn M, Iyengar M, Duff D. Remission of generalized anxiety disorder: a review of the paroxetine clinical trials database. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(1):41-7.
72. 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(3):255-63.
73. Schuurmans J, Comijs H, Emmelkamp PM, Weijnen IJ, van den Hout M, van Dyck R. Long-term effectiveness and prediction of treatment outcome in cognitive behavioral therapy and sertraline for late-life anxiety disorders. *Int Psychogeriatr*. 2009;21(6):1148-59.
74. SEDESOL. Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante. México.: SEDESOL; 2017.
75. Sergi G, De Rui M, Sarti S, Manzano E. Polypharmacy in the elderly: can comprehensive geriatric assessment reduce inappropriate medication use? *Drugs Aging*. 2011;28(7):509-18.
76. Shrestha S, Stanley MA, Wilson NL, Cully JA, Kunik ME, Novy DM, et al. Predictors of change in quality of life in older adults with generalized anxiety disorder. *Int Psychogeriatr*. 2015;27(7):1207-15.
77. Slee A, Nazareth I, Bondaronek P, Liu Y, Cheng Z, Freemantle N. Pharmacological treatments for generalised anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019;393(10173):768-77.
78. Soodan S, Arya A. Understanding the Pathophysiology and Management of the Anxiety Disorders. *Ijppr Human*. 2015;4(3):251-78.
79. Spigset O, Hagg S, Stegmayr B, Dahlqvist R. Citalopram pharmacokinetics in patients with chronic renal failure and the effect of haemodialysis. *Eur J Clin Pharmacol*. 2000;56(9-10):699-703.
80. Stahl SM, Ahmed S, Haudiquet V. Analysis of the rate of improvement of specific psychic and somatic symptoms of general anxiety disorder during long-term treatment with venlafaxine ER. *CNS Spectr*. 2007;12(9):703-11.
81. Strawn JR, Geraciotti L, Rajdev N, Clemenza K, Levine A. Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in adult and pediatric patients: an evidence-based treatment review. *Expert Opin Pharmacother*. 2018;19(10):1057-70.
82. Stubbs B. A Meta-Analysis Investigating Falls in Older Adults Taking Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Confirms an Association but by No Means Implies Causation. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(10):1098.
83. Sun N, Lou P, Shang Y, Zhang P, Wang J, Chang G, et al. Prevalence and determinants of depressive and anxiety symptoms in adults with type 2 diabetes in China: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2016;6(8):e012540.
84. Swinson RP, Gale C. Generalised anxiety disorder. Acceso el 23 de junio de 2019. Disponible en: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/120/pdf/120.pdf>.
85. Tariq SH, Pulisetty S. Pharmacotherapy for insomnia. *Clin Geriatr Med*. 2008;24(1):93-105, vii.
86. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2012;26(5):583-9.
87. 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.

88. Tully PJ, Harrison NJ, Cheung P, Cosh S. Anxiety and Cardiovascular Disease Risk: a Review. *Curr Cardiol Rep.* 2016;18(12):120.
89. Wetherell JL, Gatz M, Craske MG. Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *J Consult Clin Psychol.* 2003;71(1):31-40.
90. Willgoss TG, Yohannes AM. Anxiety disorders in patients with COPD: a systematic review. *Respir Care.* 2013;58(5):858-66.
91. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety.* 2010;27(2):190-211.
92. Woodward M, Gonski P, Grossmann M, Obeid J, Scholes R, Topliss DJ. Diagnosis and management of hyponatraemia in the older patient. *Intern Med J.* 2018;48 Suppl 1:5-12.
93. Wuthrich VM, Johnco CJ, Wetherell JL. Differences in anxiety and depression symptoms: comparison between older and younger clinical samples. *Int Psychogeriatr.* 2015 Sep;27(9):1523-32.
94. Wyne A, Rai R, Cuerden M, Clark WF, Suri RS. Opioid and benzodiazepine use in end-stage renal disease: a systematic review. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2011;6(2):326-33.
95. Zhang X, Norton J, Carrière I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (the ESPRIT study). *Translational psychiatry.* 2015;5(3):e536-e.

6. 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 y el apoyo, en general, al trabajo de los autores.

Asimismo, se agradece a las autoridades de la **Instituto Mexicano del Seguro Social** que participó en los procesos de **validación** en esta guía.

7.COMITÉ ACADÉMICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

| | |
|--|---|
| Dr. Efraín Arizmendi Uribe | Coordinador de Unidades Médicas de Alta Especialidad |
| Dra. Dulce Alejandra Balandrán Duarte | Coordinadora Técnica de Excelencia Clínica |
| Dr. Antonio Barrera Cruz | Jefe del Área del Desarrollo de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Adriana Abigail Valenzuela Flores | Jefa del Área de Implantación y Evaluación de Guías de Práctica Clínica |
| Dra. Judith Gutiérrez Aguilar | Jefa del Área de Innovación de Procesos |
| Dra. Virginia Rosario Cortés Casimiro | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dra. Aidé María Sandoval Mex | Coordinadora de Programas Médicos |
| Dr. Juan Humberto Medina Chávez | Coordinador de Programas Médicos |
| Dr. Manuel Vázquez Parrodi | Coordinador de Programas Médicos |
| Lic. Ismael Lozada Camacho | Analista Coordinador |
| Lic. Óscar Percastegui Cerna | Analista Coordinador |