



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 84



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLÁS DE HIDALGO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y BIOLÓGICAS "DR. IGNACIO CHÁVEZ"
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

**“PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL
ADULTO MAYOR”**

TESIS

**PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

MARYCARMEN GARCÍA CORTES

ASESORÍA METODOLÓGICA:

DRA. MARÍA DEL PILAR RODRÍGUEZ CORREA

DR. EDGAR JOSUÉ PALOMARES VALLEJO

ASESOR ESTADÍSTICO:

Dra. MARIA MAGDALENA VALENCIA GUTIÉRREZ

Número de registro ante comité de ética e investigación: R-2023-1603-021

MORELIA, MICHOACÁN A FEBRERO 2026



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
OOAD MICHOACÁN
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 84

Dr. Edgar Josué Palomares Vallejo

Coordinador de planeación y Enlace Institucional

Dr. Gerardo Muñoz Cortés

Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

Dra. Wendy Lea Chacón Pizano

Coordinador Auxiliar Medico de Educación en Salud

Dr. Gilberto Calderón Tinoco

Director de la unidad de medicina Familiar No. 84

Dra. Ma. Del Pilar Rodríguez Correa

Coordinador clínico de educación e investigación en salud

Dra. Lucia Hernández Miranda

Profesora Titular de la residencia de Medicina Familiar.



UMSNH

Dr. Víctor Hugo Mercado Gómez.

Director Facultad ciencias Médicas y Biológicas “Dr. Ignacio Chávez”

Dr. José Luis Martínez Toledo

Jefe de posgrado Facultad ciencias Médicas y Biológicas

“Dr. Ignacio Chávez”

Dr. Cleto Álvarez Aguilar.

Coordinador del programa especialidad en Medicina Familia

Agradecimientos

Agradezco al IMSS así como a la UMF No. 84, por las facilidades otorgadas para la realización de este trabajo de investigación.

Expreso mi más sincero reconocimiento a mis asesores tanto metodológicos como estadístico, por su guía, paciencia y compromiso durante el desarrollo de este proyecto. Su orientación académica y profesional ha sido fundamental para la culminación de este trabajo.

Finalmente, extendiendo mi gratitud a todos los pacientes cuyos expedientes fueron revisados, pues su información permitió la construcción de este proyecto que busca mejorar la calidad de la atención médica.

Dedicatoria

Con profundo agradecimiento a mi familia, cada palabra de apoyo, cada gesto de cariño y cada sacrificio compartido me dieron la fortaleza necesaria para alcanzar esta meta. A mis padres, por enseñarme con su ejemplo el valor del esfuerzo, la constancia y la honestidad; a mi hermana, por su comprensión y aliento en los momentos más difíciles.

A mis compañeros, quienes se convirtieron en aliados y en una segunda familia. Juntos compartimos largas jornadas, retos académicos y también momentos de satisfacción. Su apoyo y amistad hicieron de este proceso una experiencia más llevadera complementando mi formación

A los médicos adscritos, por las enseñanzas transmitidas en la práctica clínica y por ser un ejemplo de compromiso con la atención a los pacientes. Su guía y conocimientos contribuyeron significativamente a mi formación profesional.

Dedico también este trabajo a todas las dificultades y exigencias encontradas en el trayecto, pues cada una de ellas me permitió crecer, fortalecer mi resiliencia y recordar la importancia de perseverar hasta alcanzar los objetivos.

Índice

Resumen.....	7
Índice figuras y tablas.....	10
Introducción.....	11
Marco teórico.....	13
Justificación.....	21
Planteamiento.....	22
Hipótesis.....	24
Objetivos.....	25
Material y métodos.....	26
Universo/ población.....	27
Criterios de selección.....	28
Operacionalización de las variables.....	29
Descripción operativa.....	31
Análisis estadístico.....	32
Aspectos éticos.....	34
Recursos, financiamiento y factibilidad.....	35
Resultados.....	36
Discusión.....	40
Conclusión.....	43
Bibliografía.....	44
Anexos.....	48

PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR

García CM^{1, 2}; Rodríguez CP^{1, 2}; Palomares VE^{1, 2}. Valencia GMM, IMSS¹, UMF 84². HGZ 83³

Resumen

Antecedentes: De acuerdo con la OMS, más del 20 % de las personas que tienen más de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental o neurológico. Se estima que un 6.6% de las afecciones en este sector de la población son debidas a estas enfermedades. Los trastornos de ansiedad inciden en el 3.8% de los ancianos, mientras que un 7% presenta depresión muchos de los cuales son tratados en primer nivel de atención con benzodiacepinas sin que su uso este justificado

Objetivo: Determinar el tipo de prescripción de benzodiacepinas en ansiedad y depresión en el adulto mayor en UMF84 Tacícuaro.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal; se revisarán 148 expedientes clínicos de pacientes mayores de 60 años, ambos géneros, con diagnóstico de ansiedad y depresión, adscritos a la UMF 84 Tacícuaro, la prescripción de benzodiacepinas será evaluada con una lista de cotejo en apego a la GPC; durante el periodo enero a junio 2023. Se utilizará estadística descriptiva y χ^2 para determinar relación de distintas variables con el tipo de prescripción; y regresión logística para identificar factores relacionados con prescripción no razonada con apoyo del paquete estadístico SPSS V-23.

Recursos e infraestructura: humanos, un investigador principal, dos asesores metodológicos; materiales equipo de cómputo, papelería y software 2023 (SPSS). El proyecto será autofinanciado.

Experiencia del grupo y tiempo a desarrollarse: El equipo de trabajo está integrado por una médico residente con formación en metodología de la investigación, dos asesores metodológicos con experiencia en investigación clínica y un asesor estadista.

Palabras clave: benzodiacepinas, ansiedad, depresión, adulto mayor.

PRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINES FOR ANXIETY AND DEPRESSION IN OLDER ADULTS

García CM^{1, 2}; Rodríguez CP^{1, 2}; Palomares VE^{1, 2}. Valencia GMM, IMSS¹, UMF 84². HGZ 83³

Abstract

Background: According to the World Health Organization, more than 20% of people over 60 years of age suffer from a mental or neurological disorder. It is believed that 6.6% of disabilities in this age group are attributable to these disorders. Anxiety disorders affect 3.8% of the elderly population, while 7% of this age group suffer from depression, many of whom are treated in primary care with benzodiazepines without justification for their use.

Objective: To determine the type of benzodiazepine prescription for anxiety and depression in older adults in UMF84 Tacícuaro.

Materials and methods: An observational, retrospective, cross-sectional study. 148 clinical records of patients over 60 years of age, both genders, diagnosed with anxiety and depression, enrolled in the Tacícuaro Medical University (UFM 84). Benzodiazepine prescriptions will be evaluated using a checklist in accordance with the CPG (General Practice Guidelines) from January to June 2023. Descriptive statistics and X2 will be used to determine the relationship between different variables and the type of prescription; and logistic regression will be used to identify factors related to unreasonable prescribing, supported by the SPSS V-23 statistical package.

Resources and infrastructure: Human resources, one principal investigator, two methodological advisors; materials: computer equipment, stationery, and SPSS 2023 software. The project will be self-funded.

Group experience and development time: The work team is composed of a resident physician trained in research methodology, two methodological advisors with experience in clinical research, and a statistical advisor.

Keywords: benzodiazepines, anxiety, depression, older adults.

Abreviaturas

GPC: guía de práctica clínica

OMS: organización mundial de la salud

ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa

GABA Acido Gamma Amino Butírico

SNC: sistema nervioso central

BZD: benzodiacepinas

Índice de figuras y tablas

Figuras

Figura 1 Prescripción razonada de benzodiazepinas en ansiedad y depresión en el adulto mayor

Figura 2 Prescripción de benzodiazepinas por menos de 4 semanas en ansiedad y depresión

Tablas

Tabla I variables sociodemográficas

Tabla II prescripción de benzodiazepinas en depresión

Tabla II prescripción de benzodiazepinas en ansiedad

Tabla III modelo de regresión logística para la prescripción no razonada

Introducción

Los trastornos mentales como la ansiedad y la depresión han experimentado un significativo aumento en la frecuencia en los últimos años, convirtiéndose en un motivo de atención cada vez más común en la consulta diaria. De acuerdo con la OMS, más del 20 % de las personas que tienen más de 60 años sufren algún tipo de trastorno mental o neurológico. (1). En México, se estima que cerca 27% de personas entre 18- 65 años presentan trastornos mentales cada año, siendo la depresión y la ansiedad los más frecuentes (2).

La depresión en el anciano es una condición compleja que se presenta de manera inespecífica y atípica, con síntomas físicos y emocionales. Se asocia con deterioro cognitivo y funcional, incapacidad, dependencia, y puede ser exacerbada por la coexistencia de enfermedades físicas y la polifarmacia. La ansiedad suele presentarse diferente en el adulto mayor ya que es más frecuente la expresión de síntomas físicos por lo que muchos de ellos pueden ser indistinguibles de otras patologías (3)

La ansiedad y la depresión son patologías complejas que requieren un manejo integral y adecuado, incluye historia clínica detallada, examen físico, psicológico y aplicación de pruebas diagnósticas pertinentes (4), el tratamiento puede incluir terapia cognitivo-conductual y medicación. Las benzodiacepinas son prescritas como fármacos de primera línea durante periodos prolongados, lo que puede generar dependencia y efectos adversos (5). Por lo que es fundamental conocer el manejo adecuado de estas patologías en apego a las guías de práctica clínica (GPC) para garantizar una atención efectiva y segura en el adulto mayor.

Sin embargo, el empleo de las benzodiacepinas como fármacos de primera línea y durante periodos extendidos es un tema de discusión en la comunidad médica (6). Estos medicamentos pueden provocar dependencia y efectos negativos, como la sedación, la ataxia y la amnesia en el paciente geriátrico.

Este trabajo tiene como objetivo identificar el tipo de prescripción, inadecuada o razonada respecto al uso de benzodiacepinas, así como las pautas clínicas para su prescripción en apego a la GPC Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de ansiedad en el adulto mayor, GPC

Evidencias y recomendaciones, detección, diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo mayor en la adultez en el primer y segundo nivel de atención

Marco teórico.

Los trastornos mentales son aquellas patologías que se acompañan de una disfunción clínicamente significativa de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, que afecta la forma en que desempeña sus actividades cotidianas. La Organización Mundial de la Salud determinó que más del 20% de las personas mayores de 60 años padecen algún trastorno mental o neurológico, se cree que el 6,6% de las discapacidades en este grupo de edad son atribuibles a trastornos de este tipo. Los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% de la población de edad avanzada, mientras que el 7% de este grupo etario cursa un cuadro de depresión¹.

Encuestas realizadas por Global Consumer Survey de Statista señalan que los países con más problemas relacionados de salud mental (estrés, ansiedad y depresión) entre abril 2021 y marzo 2022 se encuentran Suecia 46%, Gran Bretaña 45%, Estados Unidos 43% y Rusia 38%².

En la población mexicana los trastornos mentales también van en aumento, según datos obtenidos por los Servicios de Atención Psiquiátrica publicados en el primer “Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones” en marzo del 2020. Cerca de 24. 8 millones de personas al año presentan trastornos mentales, de estos 3.5 millones enfrentan eventos graves o severos. Los trastornos mentales más frecuentes son la depresión con una prevalencia del 5.3% y la ansiedad con 85.9% al año³.

Motivo por el cual se han realizado reformas en la Ley General de Salud en materia de salud mental. El artículo 72 aborda de manera prioritaria la salud mental garantizando un acceso universal, igualitario y equitativo a la atención mental y adicciones, establece que todas las personas tienen derecho a gozar del nivel más superior de salud mental sin importar sexo, raza, nivel socioeconómico y filiación política. El artículo 73 refiere que los servicios y programas de atención en salud mental debe ser prioridad en el primer nivel de atención y hospitales generales, difundiendo información, desarrollando actividades socioculturales, orientación y prevención.

Para efectos de esta ley se define la salud mental como “*estado de bienestar físico, mental, emocional y social determinado por la interacción del individuo con la sociedad y vinculado al ejercicio pleno de los derechos humanos*”⁴.

La OMS define al adulto mayor como toda persona mayor de 60 años, clasificándolos de específicamente en: longevos (mayores de 90 años), personas viejas o ancianas (75-90 años) y personas edad avanzada (60-75 años), resulta fundamental conocer estos conceptos ya que este protocolo estudiará a los individuos que pertenecen a estos grupos.

La cantidad de personas ancianas está creciendo rápidamente a nivel global, se pronostica que para los años 2015 y 2050 esta cifra se duplicará, pasando del 12% al 22%. Se espera que la cantidad de personas de 60 años o más aumente de 900 millones a 2 mil millones. Las personas mayores pueden enfrentar problemas de salud física y mental que necesitan ser identificados.⁵

La ansiedad entre la población anciana de nuestro país se manifiesta en un 5. 7% en zonas urbanas y en un 4. 9% en áreas rurales. En México, investigaciones indican que la depresión es el trastorno del estado de ánimo más frecuente entre las personas mayores de 60 años. Esto afecta entre el 15 y el 20% de la población que asiste a consultas ambulatorias y hasta entre el 25 y el 40% de quienes son hospitalizados⁶.

Los efectos secundarios de las benzodiazepinas son comunes, especialmente con su uso continuo, y son particularmente graves en los ancianos. Los efectos adversos más comunes incluyen caídas, deterioro cognitivo, insuficiencia respiratoria e incluso la muerte⁷.

Depresión.

La Guía de Práctica Clínica describe la depresión como la “*sensación subjetiva de malestar con modificaciones en las vivencias emocionales de quien la padece, acompañadas de síntomas de tipo cognitivo, volitivo y físicos.*”⁸.

Dentro de los elementos que influyen, en el desarrollo, inicio y recuperación de la depresión se encuentran los agentes biológicos, psicológicos y sociales.

-Factores biológicos: disminución de los neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina, anormalidades en el eje hipotálamo- hipófisis -suprarrenal, presentando

hipercortisolismo, hipoactividad en los lóbulos frontal y prefrontal así como alteración en los ritmos circadianos.

-Factores genéticos: se ha demostrado que existe mayor predisposición de presentar depresión en los sujetos que tienen familiares de primer grado con esta afección.

-Factores psicosociales: algunos factores estresantes preceden al episodio de depresión, como la pérdida de los padres antes de los 11 años o pérdida del cónyuge, se cree que a menudo los pacientes con depresión presentan una actitud pesimista y se consideran a sí mismas de manera negativa o auto destructiva ⁹.

Se trata de una patología multifactorial en la influyen tanto el funcionamiento anormal de distintas estructuras, neurotransmisores y ejes neuroendocrinos, así como eventos específicos que han marcado la vida del individuo, la manera en que percibe la vida y cierta influencia genética, existiendo alteraciones en diversos aspectos que componen al individuo.

Tratamiento farmacológico

Según Moore DP y Jefferson JW *“El manejo de la depresión se divide en fases: el tratamiento agudo dirigido al episodio depresivo actual, el tratamiento de continuación dirigido a prevenir una recaída en el episodio actual y el tratamiento de mantenimiento dirigido a la prevención de episodios futuros”*.

Se debe realizar una selección de un antidepresivo entre los diferentes grupos de fármacos: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) y grupo mixto (venlafaxina, mirtazapina, bupropión, nefazodona y trazodona).

Al realizar esta selección se deben tomar en cuenta diversos aspectos:

-Eficacia global: se cree en general, que todos los grupos tienen la misma eficacia, sin embargo, existen datos de que los antidepresivos tricíclicos y la venlafaxina poseen mayor eficacia que el resto.

-Los antecedentes familiares y personales de uso de antidepresivos: si un paciente no reaccionó bien a un fármaco en el pasado o presentó efectos secundarios es posible que estos se vuelvan a presentar.

-Efectos adversos: los efectos sexuales son disminución de la libido, hipotensión ortostática aumento del riesgo de caídas (tricíclicos), inducen o agravan arritmias cardíacas (tricíclicos), disminuyen el umbral convulsivo (tricíclicos, bupropión y la venlafaxina), sedación (tricíclicos, mirtazapina, nefazodona y trazodona) lo que incrementa el riesgo de caídas.

-Interacciones farmacológicas: los fármacos que presentan menos interacciones farmacológicas son ISRS y los que causan más interacciones son los IMAO.

-Letalidad por sobredosis: dentro de los fármacos más seguros en este aspecto, se encuentran los ISRS y los más peligrosos son los IMAO¹⁰.

Se realizaron estudios los cuales señalaron que el uso combinado de antidepresivos y benzodiacepinas tiene mayor efectividad para los cuadros de depresión mayor en fases tempranas, que el uso de antidepresivos únicamente; sin embargo, los efectos no se mantuvieron durante la fase continua, por lo que su uso en fases tempranas debe ser evaluado tomando en cuenta el riesgo de presentar efectos adversos ¹¹.

Ansiedad.

La GPC define la ansiedad como el estado emocional desagradable que involucra alteraciones tanto físicas como mentales que se puede presentar como alteración transitoria a manera de adaptación a una situación desconocida, o como un síntoma o signo que acompaña a distintos padecimientos médicos o psiquiátricos; se considera que este llega a ser patológico cuando se presenta de manera irracional sin ningún estímulo y su duración e intensidad es muy potente, su recurrencia es inmotivada, lo que altera significativamente la forma en que el paciente se desenvuelve en su vida diaria ¹².

El trastorno de ansiedad generalizado debe estar presente por al menos 6 meses, el término generalizado se refiere a que no existe un miedo centrado o focalizado en una situación u objeto preciso, por lo tanto, consiste en una preocupación por todo o nada ¹³.

La mayor parte de estos trastornos son diagnosticados y tratados por médicos de primer nivel, de manera que es importante conocer cuál es el manejo de primera línea para estas patologías, ya que en muchos casos se prescriben benzodiacepinas como manejo de primera instancia, sin que esté justificado este abordaje.

Manejo farmacológico ansiedad;

El manejo de primera línea para el trastorno de ansiedad se encuentran los antidepresivos, entre los más utilizados están los ISRS; otro grupo de fármacos que pueden ser empleados, aunque no de primera línea, son las benzodiacepinas, estos se utilizan en combinación con antidepresivos durante las primeras semanas de tratamiento y no por periodos prolongados¹⁴.

No existe evidencia de que las benzodiacepinas estén indicadas como tratamiento de primera línea en trastornos de ansiedad y depresión, su uso injustificado y a largo plazo puede causar más efectos adversos que beneficios; por lo tanto es importante conocer cuáles son sus indicaciones, contraindicaciones y mecanismos de acción, para el uso correcto de estos fármacos

La prescripción de las benzodiacepinas en los últimos años ha ido en aumento, se han reportado las siguientes estadísticas en cuanto a su uso. Del 2010 a 2014, el alprazolam y el diazepam figuraron entre los diez fármacos citados con mayor frecuencia entre las causas de muerte por sobredosis. En los últimos años estos fármacos se encuentran entre los más utilizados con fines no médicos sin prescripción médica y con uso recreativo, causando cifras más elevadas de muerte y efectos no deseados en América del Norte y Europa ¹⁵.

Las benzodiacepinas son en muchos países de Latinoamérica, de las sustancias mayormente utilizadas y con uso sin receta médica, siendo América del sur de las regiones donde más se consumen, esta situación confirmada por la Organización de los Estados Americanos que emitió un informe en el 2019 ¹⁶.

En México, la última Encuesta Nacional de Adicciones muestra que los tranquilizantes, donde se incluyen estos fármacos, son las drogas médicas de prescripción más empleadas tanto en hombres como en mujeres de 12 a 65 años de edad ¹⁷.

Acciones farmacológicas de los benzodiacepinas.

Los benzodiacepinas son fármacos que poseen propiedades ansiolíticas, hipnóticas, anticonvulsivantes, y relajantes musculares, estos efectos varían en función de las características de las moléculas y la dosis utilizada.

-Acción ansiolítica: reducen la tensión emocional, disminuyen la actividad motora, la agresividad, suprimen el miedo y ansiedad ante el conflicto.

-Acción relajante muscular: ejerce su mecanismo actuando a nivel de SNC, médula espinal, formación reticular, ganglios basales y cerebelo.

-Acción anticonvulsivante: tienen una semivida prolongada, y se requiere que entren con rapidez en el cerebro para que sean eficaces en el tratamiento del estado epiléptico.

-Acción hipnótica: son inductores del sueño, disminuyen el tiempo para el comienzo del sueño no REM, el tiempo de vigilia, y los despertares nocturnos ¹⁸.

Mecanismo de acción.

“Las benzodiazepinas reducen la excitabilidad y la actividad funcional de regiones específicas del cerebro y de la médula espinal.” Actúan aumentando la acción del GABA (Acido Gamma Amino Butírico) neurotransmisor que actúa inhibiendo el SNC, cuando es liberado en las terminaciones nerviosas se une a los receptores GABA, localizados en las membranas neuronales, permitiendo que se abran canales de calcio, ingresando estos iones a su interior, lo que aumenta la carga negativa al interior de la neurona, provocando efecto de hiperpolarización, esto reduce la excitabilidad neuronal, provocando un efecto depresor neuronal. ¹⁹.

Farmacocinética.

Los benzodiazepinas se absorben de manera adecuada por vía gastrointestinal, son metabolizadas en hígado, eliminados por vía renal y cuando es necesaria una absorción rápida se administran por vía intramuscular o intravenosa, las principales diferencias entre las benzodiazepinas radica en la duración de su efecto, dividiéndose benzodiazepinas de acción prolongada, con una vida media de 20 horas y las de acción corta con una vida media de 5 a 20 horas ²⁰.

Contraindicaciones absolutas y relativas de los benzodiazepinas.

Absolutas:

-Insuficiencia respiratoria grave, incrementa el riesgo de depresión respiratoria.

-Síndrome de apnea obstructiva del sueño.

-Insuficiencia renal grave, se usa a dosis bajas ya que 60-80 % se elimina por vía renal, al no ser eliminados de manera normal, su efecto se acumula con riesgo de aumento de los efectos adversos.

-Insuficiencia hepática grave: aumenta el riesgo de encefalopatía hepática.

-Lactancia.

Relativas:

-Miastenia gravis, empeoran el tono muscular.

-Glaucoma de ángulo estrecho, su efecto anticolinérgico aumenta la presión intraocular.

-Retención urinaria, desencadenan ataques de retención aguda.

-Alcoholismo y toxicomanía, el uso de concomitante de estas sustancias aumenta la depresión de SNC.

-Gestación, mayormente en primer trimestre ²¹.

Efectos adversos.

Los efectos negativos de utilizar Benzodiacepinas de manera inadecuada, ya sea por errores en la prescripción o por automedicación, incluyen sedación, falta de coordinación, vértigo, desbalance motor, un incremento en el riesgo de caídas, amnesia generalizada, y déficits en el procesamiento sensorial y la lógica verbal. Entre los efectos a corto plazo se destacan mareos, cefaleas, náuseas y palpitaciones, mientras que el uso prolongado se relaciona con ansiedad, cansancio, somnolencia y cambios de humor irritables. Rojas C.y cols hallaron una conexión significativa, que aumentaba con la mayor frecuencia en el uso de benzodiacepinas, y el consumo crónico de estas se vinculó a un riesgo tres veces mayor de ansiedad a lo largo del seguimiento.²²

Para evitar la dependencia a estas sustancias se recomienda usar las dosis mínimas eficaces, usarlas por periodos cortos e intermitentes, suspender estos fármacos en cuanto se controlen los síntomas y no prolongar su uso por más de 2 meses; cuando estos fármacos se suspenden

de forma repentina puede causar un efecto de rebote, aumentando la sensación de ansiedad, alterando el patrón del sueño lo que incrementa la ansiedad y la depresión ²³.

Con base en la guía clínica para el diagnóstico y el manejo de la ansiedad, se clasifican dos categorías de prescripción médica. La prescripción adecuada se caracteriza por estar determinada por el diagnóstico, la meta de tratamiento y la selección terapéutica adecuada para cada situación, lo que contribuye a fortalecer la relación entre el médico y el paciente y asegura un seguimiento efectivo. En cambio, una prescripción inapropiada se hace presente cuando se emplean medicamentos con una frecuencia o duración mayor a la recomendada, presentando un alto riesgo de interacciones entre fármacos o entre medicamentos y condiciones de salud, además de la posibilidad de no incluir un medicamento necesario.²⁴

Los trastornos mentales como la ansiedad y depresión, han mostrado un aumento, en años recientes, como ya se ha expuesto, se trata de un motivo de atención cada vez más común en la consulta diaria, razón por la cual es importante conocer, el manejo adecuado de estas patologías, ya que muchas veces las benzodiacepinas son indicadas como fármacos de primera línea y durante periodos prolongados, sin tomar en cuenta los efectos a largo plazo que estos pueden provocar.

Justificación

Se prevé que a nivel mundial más del 20% de la población presentará un trastorno mental en algún punto de su vida, dentro de los cuales la depresión y ansiedad serán las principales causas de discapacidad.

Los benzodiacepinas desde su entrada en la década de los 60s mundialmente integraron un grupo farmacológico de gran prescripción, siendo los sucesores de los barbitúricos. Estos comparten sus efectos farmacológicos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes y miorrelajantes, así como sus potenciales efectos adversos y tóxicos.

De acuerdo a datos recopilados por el INEGI en México durante el año 2021, la cantidad de población con sintomatología de depresión asciende a 15.4%; sin embargo, existe una mayor proporción de síntomas depresivos en mujeres con un 19.5%. En cuanto a la sintomatología de los trastornos de ansiosos se reportó que 19.3% de la población mayor de 8 años tiene síntomas de ansiedad grave, mientras que el 31.3% cursa con síntomas de ansiedad leve; entre los estados que presentan mayor proporción de sintomatología se encuentra Michoacán.

Muchos de los pacientes con trastornos de ansiedad y depresión son diagnosticados y tratados en primer nivel de atención, en gran parte de los casos se prescriben benzodiacepinas como manejo de primera línea, lo que ha aumentado la dependencia a estos fármacos y los efectos adversos. En México la más reciente recopilación de datos sobre adicciones revela que los sedantes, que abarcan estos medicamentos, son los fármacos recetados más utilizados por hombres y mujeres; por lo que es importante prestar atención a las dosis y el tiempo de utilización y así evitar los cuestiones de protección, posibilidad de adicción, tropiezos y fracturas, además de cambios en la congicion

Aunque las aplicaciones clínicas de las benzodiacepinas son muy variadas, la realidad es que en el abordaje terapéutico de la ansiedad y depresión ocupan un lugar preeminente, razón por

la cual es de suma importancia conocer la congruencia diagnóstico terapéutica en el primer nivel de atención.

La mayoría de los países cuentan con recomendaciones nacionales para la prescripción de benzodiacepinas sin embargo; muchos otros no tienen guías de práctica clínica por enfermedades o indicaciones por grupo terapéutico. Es necesario contar con normas acordadas a nivel nacional para establecer un convenio para su uso en el país.

Esta investigación resulta conveniente, ya que su objetivo principal es identificar si existe una prescripción inadecuada de benzodiacepinas, así como la forma correcta de su uso en cuanto a dosis, tiempo y duración, resultando de gran ayuda a los pacientes con tal medicación, evitando así daños a largo plazo.

Planteamiento del problema

Si bien en la actualidad han surgido alternativas más eficaces para tratar los trastornos primarios de ansiedad, como los ISRS y la terapia cognitivo-conductual; las BZD siguen siendo las más utilizadas en la práctica clínica. Sin embargo, a nivel mundial se sugiere que no se utiliza de forma racional, en Inglaterra los adultos mayores tienen un consumo elevado de estos fármacos siendo casi el doble que en el resto de la población mundial, cerca del 10% de los ingresos hospitalarios son consecuencia de las reacciones adversas medicamentosas asociadas a esta terapéutica.

El uso de benzodiacepinas en México es una situación alarmante, se encuentra dentro de los países con mayor consumo con una prevalencia anual de 7.8%. Se estima que cerca de 1.03% de las personas han consumido una benzodiacepina alguna vez en su vida.

Estos fármacos son prescritos de manera empírica en depresión como manejo de primera línea; sin embargo, las GPC no lo sugieren como parte de su tratamiento. Mientras que en el trastorno de ansiedad tienen indicaciones específicas en cuanto a la fase de la enfermedad, duración y retiro gradual del mismo.

El uso excesivo de benzodiacepinas en adultos mayores es un problema de salud significativo que requiere atención, son medicamentos comúnmente prescritos para tratar trastornos de

ansiedad y problemas de sueño en esta población. Su uso prolongado puede tener consecuencias negativas para la salud.

En primer lugar, han sido asociadas con un mayor riesgo de caídas y fracturas en adultos mayores ya que llegan a causar somnolencia, mareos y deterioro cognitivo; lo que aumenta la probabilidad de accidentes y dificulta la capacidad de realizar actividades diarias de manera segura.

Las benzodiacepinas pueden causar dependencia y tolerancia en esta población, siendo más propensos a desarrollar adicciones, debido a la forma en que su cuerpo procesa los medicamentos. La interrupción de estos fármacos puede dar lugar a síntomas de abstinencia severos, provocando ansiedad, insomnio y agitación.

Adicionalmente, estos medicamentos pueden afectar la memoria a largo plazo, lo que puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes geriátricos.

Su abuso es un problema de salud importante que conlleva riesgos significativos para la seguridad y el bienestar del paciente geriátrico. Es crucial abordar este problema mediante la implementación de estrategias de educación para los profesionales de la salud y los pacientes mismos.

Por lo antes descrito, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo es la prescripción de benzodiacepinas en ansiedad y depresión del adulto mayor?

Hipótesis.

La prescripción de benzodiacepinas en ansiedad y depresión del adulto mayor es inadecuada.

Objetivo general.

Identificar el tipo de prescripción de benzodiacepinas en ansiedad y depresión del adulto mayor.

Objetivos específicos:

- Identificar si el tratamiento inicial de la ansiedad y depresión es con benzodiacepinas.
- Evaluar las dosis de benzodiacepinas en apego a la GPC de ansiedad y depresión.
- Determinar la temporalidad del uso de benzodiacepinas.

Material y métodos.

Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y transversal, el cual se llevará a cabo en el periodo comprendido de enero a junio 2023.

Muestra.

Se identificaron 234 expedientes con diagnóstico de ansiedad y depresión en mayores de 60 años de edad. Para obtener el tamaño de la muestra se utilizará la fórmula para población finita

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

$$n = \frac{234}{1 + 234(0.0025)}$$

$$n = \frac{234}{1.585}$$

$$n = 147.63$$

El margen de error será 0.05 %.

N:234

e: 0.05

n: Tamaño de la muestra a obtener.

n= 148

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 60 años
- Ambos géneros.
- Adscritos a la UMF 84.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con otras patologías psiquiátricas previas.

Criterios de eliminación:

- Expedientes incompletos.

Variable dependiente: prescripción de benzodiacepinas.

Variable independiente: ansiedad y depresión.

Edad

Sexo

Escolaridad

Comorbilidades

Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	UNIDAD DE MEDIDA
Prescripción de Benzodiacepinas	Nota escrita por un médico en la que se indican benzodiacepinas que debe proporcionarse a un paciente, así como las normas para su correcta administración. También se denomina receta	Se obtendrá al aplicar la lista de cotejo, considerando como: Administración razonada, obtener una totalidad de 6 “si” en lista de cotejo para depresión y un total de 7 “si” en la lista de cotejo para ansiedad Administración inadecuada, obtener un puntaje menor de 6 “si” en la lista de cotejo de depresión y un puntaje menor a 7 “si” en la lista de cotejo para ansiedad	Cualitativa	1) Razonada 2) Inadecuada
Ansiedad	Estado de agitación, inquietud o	Sintomatología identificada en el expediente clínico en apego	Cualitativo	1)Presente 2)Ausente

	zozobra del ánimo.	a la GPC “Ansiedad en el adulto mayor”, tales como: sensación irracional de destrucción, preocupación intensa injustificado de diversas cosas como miedo profundo a una actividad u objeto.		
Depresión	Trastorno que se define por una profunda melancolía y por la disminución de las funciones mentales, en ocasiones acompañado de desórdenes neurovegetativos.	Sintomatología identificada en el expediente clínico en apego a la GPC “Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el adulto mayor en el primer nivel de atención”, tales como: pérdida de valor y la incapacidad de gratificación por las actividades y experiencias de la vida diaria, persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad.	Cualitativo	1)Presente 2) Ausente
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales	La referida por el paciente en el expediente clínico.	Cuantitativa	años

Género	Se refiere a las propiedades biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres	El referido por el paciente en el expediente clínico	Cualitativa dicotómica	1)Femenino 2)masculino
Escolaridad	Conjunto de niveles académicos que un individuo sigue en un ambiente docente.	Nivel de estudios que completo un individuo al momento del estudio	Cualitativa	1) Ninguno 2) Primaria 3) Secundaria 4) Bachillerato 5) Licenciatura 6) Maestría 7) Doctorado
Comorbilidades	Coexistencia, en un individuo, varias enfermedades o trastornos asociados a una patología de base.	Presencia de otras patologías coexistentes en el sujeto de estudio	Cualitativa	1)Hipertensión 2)Diabetes 3)Obesidad

Descripción operativa

Prevía autorización del Comité Local de Investigación y Comité Local de Ética en investigación en Salud 1603 y 16038, así como aceptación de la carta de excepción de consentimiento informado por el tipo de investigación a que corresponde, se solicitará al

servicio de ARIMAC los registros con diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión comprendidos de enero a junio 2023. Se elaborará una lista de cotejo en base al tratamiento con ISRS y benzodiacepinas establecidos en las guías de práctica clínica de ansiedad y depresión. Una vez identificados los expedientes que cumplan los criterios de inclusión, se procederá a la aplicación de la lista de cotejo para identificar el tipo de prescripción farmacológica en ansiedad y depresión. La cual consta de 7 criterios para ansiedad: 1) tratamiento inicial con ISRS, 2) dosis de ISRS 3) dosis de ISRN, 4) inicio de dosis mínima de benzodiacepinas, 5) incremento gradual hasta dosis óptima, 6) tiempo de uso del fármaco, 7) retiro gradual del fármaco; por lo que al contar con un puntaje de 7 “sí” se interpretará como una prescripción razonada, puntaje menor a 7 se interpretará como prescripción inadecuada.

Así como la lista de cotejo para depresión que consta de 6 criterios: 1) tratamiento inicial con ISRS, 2) dosis de ISRS, 3) inicio de dosis mínima de benzodiacepinas como segunda línea de tratamiento, 4) incremento gradual hasta dosis óptima, 5) tiempo de uso del fármaco, 6) retiro gradual del fármaco; al contar con un puntaje de 6 “sí” se interpretará como una prescripción razonada, puntaje menor a 6 se interpretará como prescripción inadecuada

Una vez obtenida la información, se registrará en una base de datos con apoyo del paquete estadístico SPSS-23, interpretando los mismos y plasmando resultados.

Análisis estadístico.

Se empleará estadística descriptiva para variables sociodemográficas además se utilizará χ^2 para determinar si existe una asociación estadísticamente significativa entre estas y el tipo de prescripción

Se aplicará estadística descriptiva expresada en frecuencias y porcentajes en cuanto a motivo de prescripción, dosis inicial y temporalidad de uso así como estadística inferencial donde se usará χ^2 para determinar la relación de estas variables con el tipo de prescripción y si es estadísticamente significativa, así como un modelo de regresión logística para prescripción no razonada se incluirán como variables independientes aquellas con relevancia clínica o significancia en el análisis bivariado: sexo, edad e inicio con dosis mínima, todo esto con apoyo del paquete estadístico SPSS V-23.0.

Nivel de significancia estadística $p < 0.05$

Aspectos éticos

La realización de este protocolo está apegada y cumple con los principios y normas éticas propuestas en la declaración de Helsinki y sus enmiendas de 1975, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica con apego a los principios del Código de Nuremberg y el informe Belmont. Procurando en todo momento el cuidado en cuanto a la confidencialidad, seguridad y bienestar de los pacientes.

Con base en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en su título segundo, artículo 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este estudio y en apego a la LGS en materia de investigación, la investigación se clasificó como **categoría I**, investigación sin riesgo ya que se realizará revisión de expedientes sin tener una intervención directa con el paciente o su entorno.

Recursos, financiamiento y factibilidad

Recursos humanos:

Una médico residente investigador principal responsable del desarrollo y aplicación del proyecto de investigación.

Dos asesores metodológicos.

Un asesor estadístico.

Recursos financieros

- Autofinanciado por el investigador principal

Recursos materiales

- Computadora
- Hojas
- Bolígrafos y lápices
- Expediente clínico electrónico
- Software SPSS V-23

Factibilidad

Es posible llevar a cabo este proyecto de investigación, ya que la UMF 84 cuenta con información suficiente en expediente electrónico de pacientes con diagnóstico de trastorno de ansiedad y depresión en mayores de 60 años, para aplicar la lista de cotejo elaborada en base a GPC de ansiedad y depresión; favoreciendo la obtención y análisis de la información.

Resultados

Tabla I

Variables sociodemográficas y su relación con el tipo de prescripción

			n148
Variables	Prescripción razonada % n=19(12.8)	Prescripción no razonada % n=129(87.2)	<i>p</i>
Sexo			
Femenino	16 (84.2)	110 (85.3)	0.903
Masculino	3 (15.8)	19 (14.7)	
Edad, años			
60-75	15 (78.9)	101 (78.3)	0.860
76-90	4 (21.1)	26 (20.2)	
>90	0	2 (1.6)	
Escolaridad			
Ninguna	9 (47.7)	66 (51.2)	0.789
Primaria	7 (36.8)	47 (36.4)	
Secundaria	3 (15.8)	11(8.5)	
Bachillerato	0	4 (3.1)	
Licenciatura	0	1 (0.8)	

n=población muestral, (%) = frecuencia, $p < 0.005$

Figura 1

Prescripción razonada de benzodiacepinas en ansiedad y depresión en el adulto mayor

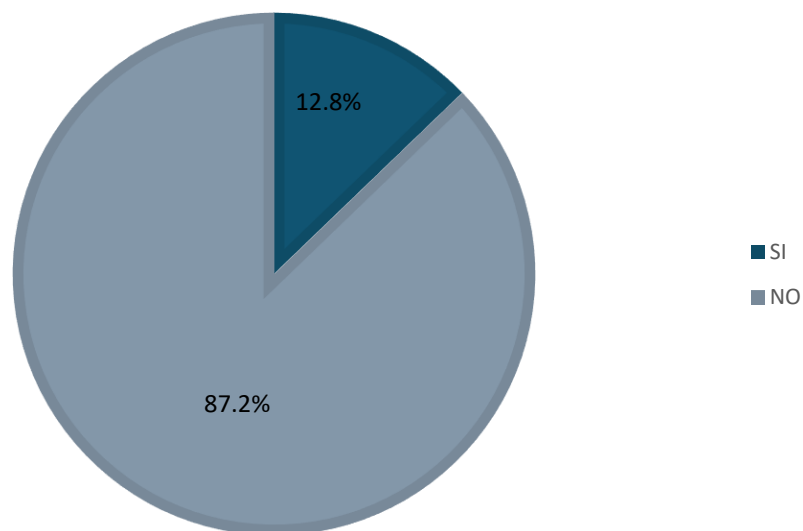


Tabla II

Prescripción de benzodiacepinas en depresión en el adulto mayor

n148

Variable	Prescripción No razonada%	Prescripción Razonada%	<i>p</i>
	129(87.2)	19(12.8)	
Inicia manejo con benzodiacepinas	61(41.2)	87(58.8)	0.001
Inicia con dosis mínima	84(56.8)	64(43.2)	0.001
Retira gradualmente benzodiacepinas	126(85.1)	22(14.9)	0.0001

n=población muestral, (%) = frecuencia, $p < 0.005$

Tabla III

Prescripción de benzodiacepinas en ansiedad en el adulto mayor

n148

Variable	Prescripción	Prescripción	<i>p</i>
	No razonada%	Razonada%	
	129(87.2)	19(12.8)	
Inicia manejo con benzodiacepinas	61(41.2)	87(58.8)	0.001
Inicia con dosis mínima	88(59.5)	60(40.5)	0.001
Retira gradualmente benzodiacepinas	128(86.5)	20(13.5)	0.001

n=población muestral, (%) = frecuencia, $p < 0.005$

Figura 2

Ansiedad y depresión: Prescripción de benzodiacepinas por menos de 4 semanas

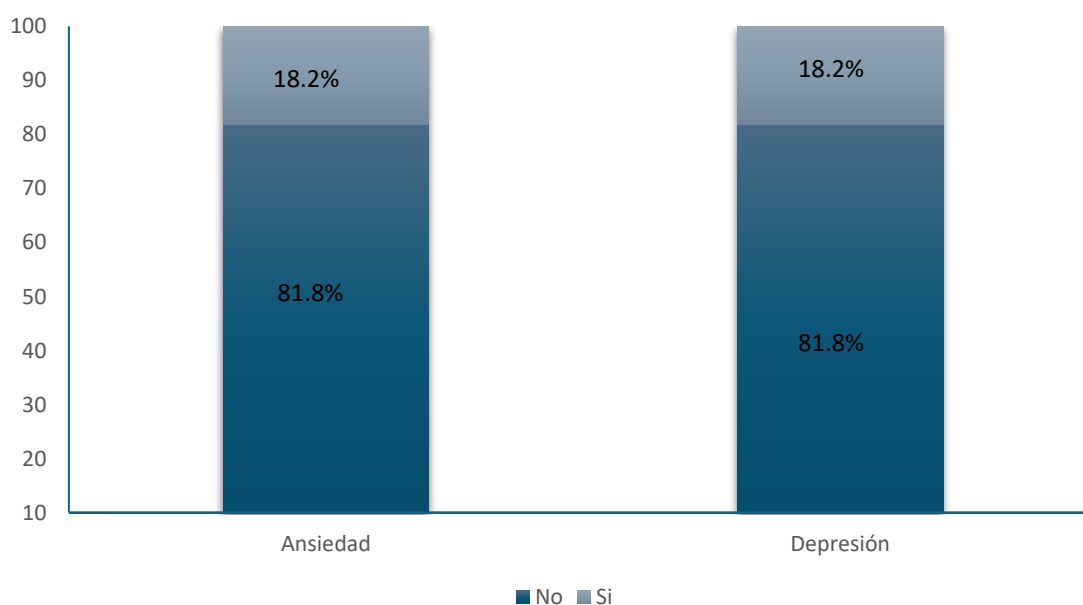


Tabla IV. Modelo de regresión logística múltiple para la prescripción no razonada de medicamentos

n148			
Variables	OR	IC	<i>p</i>
Sexo, femenino	1.198	0.277-5.190	0.809
Edad, mayor a 75 años	0.840	0.235-3.005	0.789
Iniciar con dosis mínimas	0.030	0.0045-0.236	0.001

N= total, OR= odds radio, IC =intervalo de confianza

Discusión

A pesar de las recomendaciones clínicas emitidas por instituciones tanto nacionales como internacionales, las benzodiacepinas continúan utilizándose como fármacos de primera línea en el tratamiento de la ansiedad y/o depresión en el adulto mayor, sin considerar plenamente los efectos adversos asociados a su uso prolongado.

Los hallazgos de esta indagación confirman un patrón de prescripción inadecuada de benzodiacepinas en este grupo etario que contraviene estas recomendaciones. Los criterios Beers 2023 catalogan a las BZD como potencialmente inapropiadas en personas mayores por incrementar riesgo de deterioro cognitivo, delirium, caídas y fracturas, recomendando evitar su uso crónico²⁵. De forma concordante, la versión 3 de los criterios STOPP/START enfatiza la reducción de psicofármacos y la evitación de sedantes-hipnóticos crónicos en el adulto mayor²⁶

Fue posible reconocer el inicio de ISRS para depresión en más de la mitad de los casos, lo que es similar a lo reportado por C. Ortiz-Valle y Cols., aunque en un porcentaje superior²⁷.

La ansiedad, fue uno de los principales motivos de prescripción de estos fármacos hasta en 59% de los casos, según Maniña O. y Cols cifra muy cercana a lo reportado en esta investigación²⁸, en contraste con Granados Méndez, quien también identifica la ansiedad como principal causa de prescripción de benzodiacepinas en el 18.6%²⁹

Se evidenció que la dosis mínima 0.3mg sugerida por la GPC nacional es rebasada, parecido al trabajo de Urtasun Martín A y Cols., donde se establece que la dosis de inicio fue de 0.8 mg³⁰.

Fue posible observar que el retiro de estos medicamentos no es adecuado en la mayoría de los casos, ya que se realiza de forma abrupta o se continúan indefinidamente, tal como lo refiere Álvarez Ruiz A y Cols.³¹

La temporabilidad mayor a 4 semanas es similar a lo que reporta Cruz Esteve y Cols., quien encontró que las benzodiacepinas se usan por tiempo mayor al recomendado según los criterios STOPP/START³².

Comparable en gran medida con los resultados de Filomena Paci J y Cols., quien expone que estos fármacos son el quinto grupo más usados de forma crónica en centros urbanos de atención primaria en Barcelona³³. Corp Quijano C y Cols., identifican tiempos de consumo de 3 años o más en similitud con este estudio donde el uso de estos medicamentos puede llegar a prolongarse ³⁴.

El riesgo de caídas asociado al uso de benzodiacepinas se encuentra ampliamente documentado en revisiones sistemáticas y metaanálisis, los cuales han demostrado una asociación consistente, particularmente en casos de uso prolongado y con fármacos de vida media larga^{35 36}. Los hallazgos de uso extendido y ausencia de reducción gradual observados resultan coincidentes con dichos mecanismos.

La deprescripción constituye una estrategia fundamental en el manejo farmacológico. Guías canadienses recomiendan una reducción progresiva de la dosis (10 a 25% cada 1 a 2 semanas) en pacientes de 65 años o más, independientemente de la duración del tratamiento ^{37 38}. Acorde a lo anterior, esta investigación identificó que el inicio con dosis mínima se asocia a una menor probabilidad de prescripción no razonada, lo que refuerza la relevancia de garantizar la seguridad desde el inicio de la terapia.

Existen organizaciones internacionales, como el Comité de Seguridad de Medicamentos del Reino Unido, que recomienda textualmente en la guía de prescripción terapéutica que las benzodiacepinas, deben ser prescritas por un período breve (2 a 4 semanas), no deben ser utilizadas en ansiedad leve o pasajera y tienen indicaciones muy precisas de prescripción ³⁹. Esto es similar a lo establecido en las guías de práctica clínica empleadas en México en las cuales se basó este estudio.

Para el trastorno de ansiedad generalizada, NICE CG113 sugiere un abordaje escalonado con terapia cognitivo-conductual y antidepresivos, desaconsejando su uso como primera elección⁴⁰. De forma paralela, la AAFP enfatiza que no deben emplearse como tratamiento crónico⁴¹ lo cual es semejante con las directrices nacionales.

Además, la FDA actualizó en 2020 la advertencia de caja negra para todas las BZD, resaltando los riesgos de abuso, dependencia y depresión respiratoria, especialmente en

combinación con opioides^{42 43}. Este contexto subraya la necesidad de protocolos institucionales que incluyan educación al paciente y monitoreo cercano.

Dentro de las limitaciones de este trabajo se identificaron expedientes clínicos incompletos, ya que en ocasiones la nota médica no contiene las especificaciones de prescripción y retiro otorgadas al paciente.

La información científica relacionada al tipo de prescripción de benzodiacepinas en el adulto mayor es limitada, por lo que esta investigación aporta información valiosa al respecto, dosis inicial, retiro gradual y temporalidad; datos no observados en la literatura existente y que debe ser considerados por los médicos con la finalidad de reducir los efectos adversos en este grupo etario.

En investigaciones futuras sería interesante ampliar y validar la lista de cotejo como herramienta para detectar el tipo de prescripción de benzodiacepinas, se sugiere establecer protocolos de comunicación efectiva, para asegurar que todas las indicaciones sean documentadas y comunicadas claramente al paciente.

En conjunto, los hallazgos obtenidos respaldados por la literatura internacional y nacional, ponen de manifiesto la necesidad de fortalecer la capacitación médica en el uso racional de psicofármacos, así como de implementar protocolos de deprescripción y reforzar el seguimiento clínico con el fin de disminuir los riesgos asociados en la población adulta mayor

Conclusión

La evaluación de la prescripción de benzodiacepinas en adultos mayores con ansiedad y depresión evidencia un uso mayoritariamente inapropiado, con riesgos clínicos significativos, incumpliendo las recomendaciones de las Guías de Práctica Clínica nacionales. La implementación de estrategias de seguridad, como el inicio con dosis mínima, la adopción de protocolos de reducción gradual y el seguimiento sistemático de los pacientes, resulta esencial para optimizar el manejo farmacológico y disminuir la incidencia de efectos adversos en esta población vulnerable.

Bibliografía

- 1.-Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales [Internet]. OMS 2022 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- 2.- Mena M, Salud mental [Internet]. Statista 2022 <https://es.statista.com/grafico/25428/encuestados-que-afirman-haber-tenido-problemas-de-salud-mental-en-los-ultimos-12-meses>
- 3.- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, 2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones, México 2022 Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/730678/SAP-DxSMA-Informe-2022-rev07jun2022.pdf>.
- 4.-Ley general de salud en materia de adicciones y salud mental DOF 15-01-2013
- 5.-Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. OMS 2017 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- 6.- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Salud mental en personas mayores [Internet]. Gobierno de México 2019 <https://www.gob.mx/inapam/articulos/salud-mental-en-personas-mayores>
- 7.- Álvarez A, Agustí JJ, Valiño MJ, Cuartero M, Romero O. Retirada de benzodiazepinas en el anciano. Rev Neurol. 2022;74(7). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33588/rn.7407.2021283>
- 8.- Guía de práctica clínica, evidencias y recomendaciones Detección, Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor en infancia, adolescencia y adultez en el primer y segundo nivel de atención
- 9.-Elkin GD. Introduction to clinical psychiatry. Stamford, CT, Estados Unidos de América: Appleton & Lange; 1998. P 65-67
- 10.-Moore DP, Jefferson JW. Manual de psiquiatría Médica. 2a ed. Elsevier; 2005.P 138-141

- 11.- Ogawa Y ,Takeshima N, Hayasaka Y, Tajika A, Watanabe N, Streiner D, Furukawa TA, Antidepressants plus benzodiazepines for adults with major depression, Cochrane Database of Systematic Reviews 2019;6 (6):1-65
- 12.- Guía de práctica clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto, IMSS-392-10
- 13.- Pelissolo A., Trastornos de ansiedad y fóbicos, EMC - Tratado de Medicina; 2 (23):1-8.
- 14.- Delgado EC, De la Cera DX , Fernández M, Murillo R, generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula 2021; 35 (1): 23-36
- 15.-Oficina de las naciones unidas contra la droga y el delito, Global Smart update, El uso de las benzodiazepinas con fines no médicos: ¿Una amenaza para la salud pública?, volumen 18 septiembre 2017
- 16.-Sanz J, Cantos C. Consecuencias derivadas de la automedicación con benzodiazepinas en personas adultas: revisión exploratoria. Ars Pharm 2021;62(4):404–18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.30827/ars.v62i4.21614>
- 17.- Fresán A, Minaya O, Cortés JL, Ugalde O. Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. Salud Ment 2011; 34 (2): 103-109.
- 18.-Velazquez PL. Farmacología 17 edición. Editorial Medica Panamericana; 2005.P 277-278.
- 19.-Hitner H, Nagle BT. Pharmacology: An Introduction. 7a ed. Nueva York, NY, Estados Unidos de América: McGraw-Hill Professional; 2015.P 137.
- 20.- Gilman, Gilman. Las Bases Farmacologicas de La Terapeutica. 11va ed McGraw-Hill Interamericana; 2007.P 407-410.
- 21.- Lligoña A, Álvarez J A, Guardia J. Guía consenso para el buen uso de los benzodiazepinas. Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías 2019; 13-223.

- 22.-Mejia R, Delgado F, Salgado H. Uso racional de medicamentos, buenas prácticas de prescripción. Secretaria de salud, Boletín CIM
- 23.-American Geriatrics Society. 2023 AGS Beers Criteria® Update. *J Am Geriatr Soc.* 2023.
- 24.- O'Mahony D, et al. STOPP/START criteria version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023;14(4):625–32.
- 25.-Ortiz Valle, C., López-Torres Hidalgo, J., Santos Rodríguez, C., Montoya Fernández, C., Maroto de Agustín, A., & Escobar Rabadán, F. (1998). Depresión mayor en consumidores de benzodiacepinas. *Atención Primaria*, 22(2), 92.
- 26.-Minaya, O., Ugalde, O., & Fresán, A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental*, 32(5), 405–411. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500007
- 27.-Granados Menéndez, M. I., Salinero Fort, M. A., Palomo Ancillo, M., Aliaga Gutiérrez, L., García Escalonilla, C., & Ortega Orcos, R. (2006). Prescripción de benzodiacepinas en atención primaria. *Atención Primaria*, 38(3), 159–164. <https://doi.org/10.1157/13090980>
- 28.-Urtasun, M. A., Noble, M., Cañas, M., Bustin, J., Regueiro, A. J., Triskier, F., & Gaido Stulle, E. J. (2022). Uso de benzodiazepinas y fármacos relacionados en el seguro social para adultos mayores de Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*, 82, 389–397.
- 29.-Álvarez-Ruiz de Larrinaga, A., Agustí-Visiedo, J. J., Valiño-Colas, M. J., Cuartero-Ríos, P., & Romero-Santo Tomás, O. (2022). Withdrawal of benzodiazepines in the elderly. *Revista de Neurología*, 74(7), 242–243. <https://doi.org/10.33588/rn.7407.2021283>
- 30.-Cruz-Esteve, I., Marsal-Mora, J. R., Galindo-Ortego, G., Galván-Santiago, L., Serrano-Godoy, M., Ribes-Murillo, E., et al. (2017). Evaluación del uso de benzodiacepinas en atención primaria. *Atención Primaria*, 49(3), 166–176. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.02.013>
- 31.-Filomena Paci, J., García Alfaro, M., Redondo Alonso, F. J., & Fernández San-Martín, M. I. (2015). Prescripción inadecuada en pacientes polimedicados mayores de 64 años en atención primaria. *Atención Primaria*, 47(1), 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.03.013>
- 32.-Corp Quijan, Y., Pérez Díaz, R., Torres Ruíz, J. R., Ranero Aparicio, V., & González Hidalgo, M. (2017). Consumo de benzodiacepinas en adultos mayores atendidos en el CITED. *Revista Psiquiátrica de La Habana*, 14(3).

- 33.-Minkel J, et al. Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia and Reduction of Sedative-Hypnotic Use. *Sleep Med Clin*. 2020;15(2):257–67.
- 34.-Pottie K, et al. Deprescribing Benzodiazepine Receptor Agonists: Canadian Guideline. *Can Fam Physician*. 2018;64(5):339–51.
- 35.-Pottie K, et al. Deprescribing Benzodiazepine Receptor Agonists: Canadian Guideline. *Can Fam Physician*. 2018;64(5):339–51.
- 36.-Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Canadian Guidelines on BZRA Use Disorder in Older Adults. CCSMH; 2019
- 37.-Vicens Caldentey, C., & Fiol Gelabert, F. (2008). Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 32(2), 52–57.
- 38.-Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. Canadian Guidelines on BZRA Use Disorder in Older Adults. CCSMH; 2019.
- 39.-BNF/NICE. Hypnotics and anxiolytics—treatment summaries. NICE; 2022.
- 40.-Kurko T, et al. Prescribing and Deprescribing Guidance for Benzodiazepines and Z-drugs. *Drugs*. 2023;83(1):17–30.
- 41.-NICE. CG113: Generalised Anxiety Disorder and Panic Disorder in Adults. NICE; 2020.
- 42.-FDA. Drug Safety Communication: Risks of Abuse and Dependence with BZD. FDA; 2020.
- 43.-Vanderbilt Poison Center. Boxed Warning—BZD & opioids. *Drug Topics*. 2022.

ANEXOS.

ANEXO 1. Carta de no inconveniente

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL COAD MICHOACÁN Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas Morelia Michoacán a 1 de septiembre del 2023 Oficio: carta de no inconveniente Dra María del Pilar Rodríguez Correa Por medio de la presente, en respuesta a su petición por oficio, le hago de su conocimiento que no existe ningún inconveniente para que la Dra Marycarmen García Cortes, Médico residente de Medicina familiar quien está elaborando el protocolo de investigación titulado "Prescripción de benzodiazepinas en ansiedad y depresión del adulto mayor" realice su proyecto de investigación en esta unidad, por lo cual, se otorga la autorización para llevar a cabo la revisión de los expedientes de esta Unidad Médica. Debo recordar que se debe apegar a las disposiciones legales de la protección de datos personales, así como resguardar y mantener la confidencialidad de los datos de los participantes.  Atentamente: Dr Gilberto Cuervo Titico Director de la Unidad de Medicina Familiar 84 	
---	--

Anexo 2 carta de excepción de consentimiento informado



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
GOAD MICHOACÁN
Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas
Coordinación de Manejo y Enlace Institucional
Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud

Morelia Michoacán a 1 de septiembre del 2023

Dr Gilberto Calderón Tinoco

Director de la Unidad de Medicina Familiar 84

SOLICITUD DE EXCEPCIÓN DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación de la Unidad de Medicina Familiar 84 Tacahuaro, que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación "Prescripción de benzodiazepinas en ansiedad y depresión del adulto mayor", es una propuesta de investigación con riesgo mínimo que implica la recolección de datos sociodemográficos y diagnóstico terapéuticos

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y este contenido en el expediente clínico, así como codificar para imposibilitar la identificación del paciente, resguardar, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para elaborar el protocolo "Prescripción de benzodiazepinas en ansiedad y depresión del adulto mayor"

En caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

9

10

11

12

Nombre

Cortes

Categoría contractual: R1 de medicina familiar



Anexo 3. Ficha de recolección de datos

Instrumento de recolección de datos

ID		
Nombre del participante		
NSS		
Sexo		
Edad		
Escolaridad		
Comorbilidades		
Ansiedad	☐ Presente	☐ Ausente
Depresión	☐ Presente	☐ Ausente
Prescripción de benzodiacepinas según lista de cotejo	☐ Razonada	☐ Inadecuada

Anexo 4. Lista de cotejo para el tratamiento farmacológico de depresión en apego a GPC.

Marcar con una **X** según corresponda a cada criterio.

Criterios	Si	No
1.-Tratamiento inicial con ISRS		
2.-Dosis ISRS inicia con la mitad de la dosis mínima recomendada durante 1 semana • Paroxetina 10mg cada 24hrs. • Sertralina 25mg cada 24 horas • Fluoxetina 20mg cada 24hrs (su presentación es en cápsula y no permite disminuir la dosis). • Venlafaxina 75mg cada 24 horas • Citalopram 10mg cada 24 horas.		
3.-Inicia con dosis mínimas de benzodiacepinas como segunda línea de tratamiento • Clonazepam 0.3 mg (3gotas) cada 24 horas • Diazepam 2 mg/día cada 6 a 8 horas • Lorazepam 1 mg cada 24 horas		
4.-Incremento gradual hasta dosis optima • Clonazepam 0.5 mg cada 8 horas • Diazepam 2-10mg cada 8 horas • Lorazepam 1 mg cada 8 horas		
5.-Tiempo de uso del fármaco • Menos de 4 semanas		
6.-Retira el fármaco de forma gradual		

Prescripción razonada: puntaje de 6 “si”

Prescripción inadecuada: puntaje menor a 6 “si”

Anexo 5. Lista de cotejo para el tratamiento farmacológico de ansiedad en apego a la GPC

Marcar con una **X** según corresponda a cada criterio

Criterios	Si	No
1.-Tratamiento inicial con ISRS O ISRN		
2.-Dosis de ISRS: • Sertralina dosis de 25 mg al día, incremento gradual de acuerdo con respuesta • 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 • Escitalopram con dosis inicial de 5 mg al día, e incremento gradual de acuerdo con respuesta. • Paroxetina a dosis inicial de 10 mg al día e incremento gradual de acuerdo con respuesta		
3.-Dosis de ISRN: • 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. • Duloxetina en dosis inicial de 30 mg/día y titular su incremento de 30 mg hasta una dosis máxima de 120 mg/día.		
4.-Inicia dosis mínimas de benzodiazepinas en episodios agudos • Clonazepam 0.3 mg (3gotas) cada 24 horas • Diazepam 2 mg/día, dividida cada 6 a 8 horas • Lorazepam 2 mg cada 24 horas • Alprazolam 0.25mg cada 8 horas		
5.- incremento gradual hasta alcanzar dosis optima • Clonazepam 0.5 mg cada 8 horas • Diazepam 2-10mg cada 8 horas • Lorazepam 1 mg cada 8 horas • Alprazolam 0.25 a 0.5 mg cada 8 horas		

6.-Tiempo de uso del fármaco: Menos de 4 semanas		
7.-Retira el fármaco gradualmente		

Prescripción razonada: puntaje de 7 “sí”

Prescripción inadecuada: puntaje menor a 7 “sí”

Marycarmen García Cortes

PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR.pdf

 Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::3117:540774763

Fecha de entrega

15 dic 2025, 8:13 a.m. GMT-6

Fecha de descarga

15 dic 2025, 8:21 a.m. GMT-6

Nombre del archivo

PRESCRIPCIÓN DE BENZODIACEPINAS EN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR.pdf

Tamaño del archivo

562.1 KB

54 páginas

8821 palabras

50.100 caracteres

23% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 23%  Fuentes de Internet
- 8%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



A quien corresponda,

Por este medio, quien abajo firma, bajo protesta de decir verdad, declara lo siguiente:

- Que presenta para revisión de originalidad el manuscrito cuyos detalles se especifican abajo.
- Que todas las fuentes consultadas para la elaboración del manuscrito están debidamente identificadas dentro del cuerpo del texto, e incluidas en la lista de referencias.
- Que, en caso de haber usado un sistema de inteligencia artificial, en cualquier etapa del desarrollo de su trabajo, lo ha especificado en la tabla que se encuentra en este documento.
- Que conoce la normativa de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, en particular los Incisos IX y XII del artículo 85, y los artículos 88 y 101 del Estatuto Universitario de la UMSNH, además del transitorio tercero del Reglamento General para los Estudios de Posgrado de la UMSNH.

Datos del manuscrito que se presenta a revisión		
Programa educativo	Medicina Familiar	
Título del trabajo	Uso de benzodiacepinas en ansiedad y depresión del adulto mayor	
	Nombre	Correo electrónico
Autor/es	Marycarmen García Cortes.	
Director	María del Pilar Rodríguez Correa.	
Codirector	Edgar Josué Palomares Vallejo	
Coordinador del programa	Dr Cleto Alvarez Aguilar	

Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Asistencia en la redacción	Si.	Sintaxis

Formato de Declaración de Originalidad y Uso de Inteligencia Artificial

Coordinación General de Estudios de Posgrado
Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo



Uso de Inteligencia Artificial		
Rubro	Uso (sí/no)	Descripción
Traducción al español	No	
Traducción a otra lengua	No	
Revisión y corrección de estilo	No	
Análisis de datos	No	
Búsqueda y organización de información	No	
Formateo de las referencias bibliográficas	No	
Generación de contenido multimedia	No	
Otro	No	

Datos del solicitante	
Nombre y firma	Marycarmen García Cortes
Lugar y fecha	Morelia Michoacán 12.11.2025