



Actualizaciones Bibliográficas

Ansiedad y envejecimiento

Isabel Cabrera e Ignacio Montorio *

Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

On-line el 5 de marzo de 2009

Introducción

Las manifestaciones de ansiedad son frecuentes entre las personas mayores y pueden ser lo bastante disruptivas en su vida como para considerarlas un problema clínicamente significativo. Se han asociado a un número significativo de consecuencias negativas, tales como incremento de la discapacidad, disminución de la sensación de bienestar y satisfacción con la vida, aumento de la mortalidad y mayor riesgo de enfermedad coronaria en varones, así como suele suponer una utilización reiterada y excesiva de servicios de salud. Además, se ha evidenciado que la ansiedad cuando no se trata tiende a cronificarse. La ansiedad entre las personas mayores como fenómeno psicopatológico ha sido menos investigado que otras formas de psicopatología, lo cual no deja de ser sorprendente ya que es tan común como la depresión, si bien es, en parte, comprensible ya que la búsqueda de tratamiento por esta cuestión es prácticamente insignificante entre las personas mayores.

El objetivo de esta sección ha sido revisar los artículos más relevantes sobre ansiedad en personas mayores publicados en los dos últimos años. Las bases de datos utilizadas en esta revisión fueron MEDLINE y PsycINFO. Los artículos se han agrupado por temas relevantes, tanto para la práctica clínica como para el desarrollo de investigaciones.

Factores de riesgo de ansiedad en las personas mayores

Se ha señalado reiteradamente que los trastornos de ansiedad en las personas mayores suelen estar infradiagnosticados e infratratados, pese a su relevancia clínica. El conocimiento de los factores de riesgo asociados a la ansiedad podría ayudar tanto a su detección temprana, como a su prevención. Además, se ha considerado que es necesario estudiar específicamente los factores de riesgo característicos de las personas mayores, ya que se cree que éstos pueden variar con la edad.

Vink, D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *J Affect Disord.* 2008;106: 29–44.

El objetivo de este estudio fue analizar los factores de riesgo diferenciales y comunes asociados a la ansiedad y a la depresión en las personas mayores. Esta es una cuestión relevante en las personas mayores por las elevadas tasas de comorbilidad de ambos trastornos en este grupo de edad, lo que ha llevado a sugerir una aproximación más dimensional que categorial de las manifestaciones clínicas emocionales. Los autores del estudio realizaron una revisión de los estudios que analizan los factores de riesgo asociados a la prevalencia e incidencia de síntomas o niveles clínicos de ansiedad y depresión. Encuentran que los factores de riesgo que se asocian, tanto a la incidencia como a la prevalencia de la ansiedad, son: rasgos de personalidad, estrategias inadecuadas de afrontamiento, alteraciones psicológicas previas, aspectos cualitativos de la red social, la presencia de eventos estresantes y ser mujer. Por otro lado, el número de enfermedades físicas, una pobre salud percibida, problemas funcionales, rasgos de personalidad, estrategias inadecuadas de afrontamiento, alteraciones psicológicas previas, red social pequeña, aspectos cualitativos de la red social, estar soltero, la presencia de eventos estresantes y ser mujer son factores de riesgo para la incidencia y la prevalencia de depresión. Las diferencias entre los factores de riesgo para la ansiedad y la depresión son varias. En primer lugar, la afectación cognitiva y las limitaciones funcionales y estar soltero son factores predictores de depresión, pero no de ansiedad. En segundo lugar, la presencia de eventos estresantes, es un importante predictor para ambos trastornos, aunque parece que los eventos traumáticos predicen mejor la ansiedad. Por último, la edad parece ser un factor protector para la ansiedad, a la vez que un factor de riesgo para la depresión. En la discusión, los autores señalan que, aunque encuentran diferencias en los factores de riesgo asociados a la ansiedad y la depresión, las similitudes entre los factores de riesgo para ambos trastornos en las personas mayores favorecerían la consideración de una clasificación dimensional. Además, los factores de riesgo serían relevantes para todo el continuo de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ignacio.montorio@uam.es (I. Montorio).

gravedad de ansiedad y depresión, puesto que no hay diferencias claras entre los factores de riesgo para la presencia de sintomatología y para el diagnóstico clínico. Por último, no encuentran diferencias entre los estudios longitudinales y transversales, lo que vendría a indicar que los factores de riesgo encontrados en los estudios transversales no serían factores que ocurren a la vez ni consecuencias de los trastornos, sino que estarían relacionados con el inicio del trastorno. La principal limitación de este estudio es que, debido a la gran heterogeneidad de los estudios, no pueden realizar un metaanálisis, ni ver la fuerza de asociación entre los factores de riesgo y la ansiedad y la depresión.

La relación entre la ansiedad y la pérdida de salud

Existe una neta evidencia de que los síntomas de depresión se vinculan con deterioro funcional y, pese a que parece razonable que se generalizara este hecho al campo de la ansiedad debido a la contrastada interrelación entre depresión y ansiedad, apenas existen estudios que den cuenta de la posible interrelación entre ansiedad y declive funcional.

Mehta KM, Yaffe K, Brenes GA, et al. Anxiety symptoms and decline in physical function over 5 years in the Health, Aging and Body Composition Study. *J Am Geriatr Soc.* 2007;55:265–70.

Este trabajo está insertado en el estudio Health, Aging and Body Composition (Health ABC), que presupone que las personas mayores con síntomas de ansiedad experimentarán un mayor declive, tanto en la movilidad autoinformada como de ejecución en un período de seguimiento de 5 años. Participaron un total de 3.075 personas con edades comprendidas entre los 70 y los 79 años, a los que se registró la línea base en 1997/1998, excluyéndose las personas con dificultades funcionales. Finalmente, la cohorte estuvo formada por 2.940 personas. Los síntomas de ansiedad se establecieron utilizando tres de los ítems de la escala de síntomas Hopkins (sentimientos de temor, inseguridad y tensión); los sujetos debían decidir si habían experimentado tales síntomas la semana previa y con qué frecuencia. Se tomó como criterio de ansiedad la presencia de dos de los 3 síntomas si éstos habían ocurrido con alguna frecuencia, o bien uno sólo pero si ocurría con bastante frecuencia. El deterioro funcional se determinó mediante pruebas funcionales, tales como pruebas de equilibrio, velocidad al caminar o caminar sobre una línea. La medida de autoinforme funcional se estableció sobre la presencia y el nivel de dificultad para caminar un cuarto de milla y subir 10 escalones sin descanso. Se definió que existían limitaciones en este apartado cuando los participantes informaban de cualquier dificultad o incapacidad para realizar alguno de los dos ejercicios. Se controlaron la depresión, las variables sociodemográficas, la comorbilidad con respecto a problemas de salud y estilos de vida, y la medicación ansiolítica y antidepressiva. En la línea base, la ejecución funcional era similar en los pacientes con o sin ansiedad. Tras ajustar por las posibles variables de confusión, las personas con síntomas de ansiedad tenían un declive físico similar a las personas sin ansiedad. A su vez, era más probable que las personas con síntomas de ansiedad informaran de dificultades de movilidad, con una razón de riesgo de 1,4 (intervalo de confianza [IC] del 95%, 1,3–1,6). Estos resultados se mantienen tras controlar la depresión, los aspectos sociodemográficos y el uso de medicación. En resumen, este estudio señala que no se asocia la ansiedad con declive físico medido objetivamente, pero sí con deterioro funcional autoinformado.

Holwerda TJ, Schoevers RA, Dekker J, Deeg DJH, Jonker C, Beekman ATF. The relationship between generalized anxiety disorder,

depression and mortality in old age. *Int J Geriatr Psychiat.* 2007;22:241–9.

La asociación entre presentar depresión y un incremento de riesgo de defunción se ha establecido firmemente, tanto en estudios que incluyen una muestra clínica como en los del ámbito comunitario, hecho que, además, se ha comprobado es más intenso entre los varones. Comparado con la depresión, existe un número muy limitado de trabajos que analicen la relación entre ansiedad y mortalidad. Al mismo tiempo, la ocurrencia conjunta de depresión y ansiedad generalizada se ha mostrado como una forma psicopatológica de mayor gravedad y cronicidad que la presencia individual de alguna de las dos, e incluso se ha llegado a considerar que la depresión, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y el trastorno mixto depresión-TAG representan un mismo problema clínico con diferentes grados de gravedad o que están en diferentes estadios de desarrollo. Así, el TAG frecuentemente progresaría hacia la depresión, manteniendo o no la sintomatología ansiosa. El Amsterdam Study of the Elderly (AMSTEL) ha estudiado estas cuestiones sobre una muestra de 3.790 personas, casi todas las personas con edades comprendidas entre los 65 y los 84 años vivían en Amsterdam, una vez excluidas las personas con trastornos orgánicos. El diagnóstico de los 3 trastornos clínicos mencionados se realizó acorde con el sistema GMS-AGECAT; también se efectuó un registro de fallecimientos durante un período de seguimiento de 10 años. Se determinó un riesgo de mortalidad para cada uno de los 3 trastornos tras ajustar el efecto de variables sociodemográficas, enfermedad física, dependencia funcional y vulnerabilidad social. Los resultados muestran que ni el TAG ni el trastorno mixto depresión-ansiedad implican un aumento significativo de la mortalidad, mientras que en personas con depresión sí existiría un exceso significativo de mortalidad para los varones, con una razón de riesgo de 1,44 (IC del 95%, 1,09–1,89), pero no así para las mujeres, 1,04 (IC del 95%, 0,87–1,24). De esta forma, no se contrasta que exista una asociación entre presentar un trastorno de ansiedad generalizada o trastorno mixto ansiedad-depresión y mortalidad. Los autores apuntan la posibilidad de que presentar síntomas de ansiedad pueda conllevar más atención médica y una mayor facilidad para que se les practiquen pruebas diagnósticas específicas, incluso en presencia de síntomas físicos o enfermedades menores, especialmente de tipo cardiovascular. En síntesis, las personas mayores con TAG buscarían ayuda médica para las enfermedades antes que otros grupos de personas mayores.

Shen BJ, Avivi YE, Todaro JF, et al. Anxiety characteristics independently and prospectively predict myocardial infarction in men. The unique contribution of anxiety among psychological factors. *J Am Coll Cardiol.* 2008;51:113–9.

Existe un número importante de características psicológicas que se han vinculado al curso de los trastornos coronarios (TC) que son independientes de los conocidos factores de riesgos cardiovasculares, tales como la obesidad, la hipertensión o la diabetes, entre otros. Así la depresión, la ansiedad, la ira, la conducta tipo A y la hostilidad tendrían un papel interviniente en estos trastornos, si bien se desconoce si son fuentes de riesgo específicas o poseen un grado elevado de comunidad con los TC. En el caso específico de la ansiedad, existen diversos estudios que dan cuenta de su asociación con los TC, si bien en, al menos dos de ellos, no se ha encontrado tal evidencia. Este estudio ha investigado si las características de ansiedad predicen la aparición de infarto de miocardio en un promedio de 12,4 años de seguimiento y si esta relación era independiente de otras variables psicológicas y otros factores de riesgo. Los participantes de este estudio fueron extraídos del Normative Aging Study, que pretende analizar los

cambios psicosociales y biomédicos asociados al envejecimiento en personas mayores inicialmente sanas. Los 735 participantes varones cumplieron el Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) y, a partir de sus subescalas psicastenia, introversión social, fobia y ansiedad manifiesta, se obtuvo una puntuación derivada factorialmente, que permite diferenciar entre personas con o sin ansiedad clínicamente significativa. Además, se utilizaron otras medidas psicosociales (conducta tipo A, ira, depresión, emoción negativa, todas ellas mediante MMPI, hostilidad según la Cook-Medley Hostility Scale [CHMS]), de estilos de vida (consumo de alcohol y cigarrillos e ingesta de calorías), de salud (presión arterial, medidas antropométricas, incluido el índice de masa corporal [IMC]), parámetros sanguíneos (glucosa, colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad [cHDL], colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad [cLDL] y triglicéridos) y diagnóstico de infarto de miocardio (utilizando los criterios del estudio de Framingham). Las características de ansiedad predicen independiente y prospectivamente la incidencia de infarto de miocardio después de controlar la edad, el estado civil, la glucosa, el IMC, cHDL y la presión arterial. El riesgo relativo ajustado era de 1,43 (IC del 95%, 1,17–1,75) para la ansiedad global. Esta relación sigue permaneciendo estadísticamente significativa tras controlar comportamientos saludables (alcohol, tabaco, ingesta de calorías), medicación para el colesterol, nivel de colesterol, diabetes, depresión, conducta tipo A, hostilidad, ira y emoción negativa. Adicionalmente, se dividió a los participantes en 4 grupos iguales a partir de los cuartiles en la puntuación de ansiedad global y se comparó el número de incidencias de infarto en cada grupo; se encontró un aumento en la media de incidentes a medida que se avanzaba en el cuartil de la puntuación de ansiedad. Así, la media de incidentes fue de 11, 16, 19 y 29 para cada grupo, respectivamente ($\chi^2 = 9,21$; $p < 0,05$). Estos resultados sugieren que la ansiedad moderadamente elevada se asocia a un riesgo modesto de infarto de miocardio y que una ansiedad grave representa un factor de riesgo para esa condición. Este hallazgo indica no sólo que la ansiedad representa un factor único, independiente y prospectivo para el infarto de miocardio, sino que también podría contribuir a explicar la asociación entre infarto y algunos otros factores psicosociales de riesgo identificados en estudios previos.

Relación entre ansiedad y cognición en personas mayores

Desde la literatura científica generalmente se ha considerado que grados elevados de ansiedad se asocian frecuentemente a una peor ejecución en un amplio rango de tareas cognitivas^{1,2}. Se cree que esta reducción de los recursos cognitivos que se relaciona con la ansiedad puede deberse a la hipervigilancia que caracteriza a las personas con ansiedad, que les llevaría no sólo a atender de forma preferente a los estímulos amenazantes, sino a cualquier estímulo irrelevante presente en el ambiente³. Es decir, tienen un escaneo muy amplio del ambiente y cuando se detecta una amenaza, la atención se estrecha hacia ese estímulo. A pesar de esta consideración, la evidencia es contradictoria, ya que alguno de los artículos que se presentan seguidamente incluso encuentran que una buena capacidad cognitiva puede asociarse a una mayor gravedad de la sintomatología del trastorno de ansiedad generalizada. Independientemente de cuál sea la dirección de la relación entre ansiedad y cognición, existe suficiente evidencia de que los recursos cognitivos de las personas mayores modulan la ansiedad y que su control debe tenerse en cuenta en la evaluación y el tratamiento de la ansiedad en este grupo de edad.

Bierman EJM, Comijs HC, Rijmen F, Jonker C, Beekman ATF. Anxiety symptoms and cognitive performance in later life: Results from the

longitudinal aging study Amsterdam. Aging Ment Health. 2008;12:517–23.

Uno de los mayores intereses en el estudio de las personas mayores es conocer los factores que determinan el deterioro cognitivo. Uno de los muchos factores intervinientes pudiera ser la ansiedad crónica que afecta a procesos, cognitivos como la atención, o a procesos fisiológicos, como una producción elevada de glucocorticoides que pueden producir neurotoxicidad, aunque los resultados sobre ello son, hasta la fecha, contradictorios. El objetivo del estudio fue analizar la relación entre ansiedad y deterioro cognitivo, y estudiar si la ansiedad precede a dicho deterioro. Los participantes eran personas mayores de 55 años, pertenecientes al estudio longitudinal de 9 años Longitudinal Aging Study Amsterdam (LASA). Se evaluaron diferentes aspectos del funcionamiento cognitivo (deterioro cognitivo, inteligencia fluida, velocidad de procesamiento y memoria episódica) y la ansiedad con el Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety, además de variables de control sociodemográficas, de salud física o de síntomas depresivos. Encuentran que hay una relación curvilínea entre la ansiedad, la puntuación en el Mini-Mental State Examination (MMSE) y la tarea de memoria episódica, que indicaría que grados medios de ansiedad mejoran la ejecución en esas tareas, pero al aumentar los síntomas de la ansiedad estos efectos positivos disminuyen. Para las otras medidas también encuentran una relación curvilínea, pero no alcanza la significación estadística. Es decir, que grados medios de ansiedad se asocian a una mejor capacidad cognitiva, mientras que los grados altos lo hacen con deterioro cognitivo. Además, esta relación parece ser temporal, ya los valores previos de ansiedad no se asocian al deterioro cognitivo posterior. Una de las limitaciones de este estudio es que las personas que abandonaron el estudio tenían mayores grados de ansiedad y de deterioro cognitivo, por lo que se ha podido subestimar el efecto de la ansiedad en la cognición. Por otro lado, no se ha realizado un diagnóstico clínico de ansiedad.

Mantell RC, Butters MA, Dew MA, et al. Cognitive impairment in late-life generalized anxiety disorder. Am J Geriatr Psychiatry. 2007;15:673–9.

Las personas mayores puede que sean más vulnerables que los jóvenes a los efectos de la ansiedad en el funcionamiento cognitivo, debido a que presentan niveles más bajos de memoria operativa y de recursos cognitivos de procesamiento. De hecho, se ha encontrado que las personas mayores con grados elevados de ansiedad presentan una mayor afectación cognitiva, pero no se ha estudiado de manera específica en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG). Esta afectación cognitiva sí que se ha encontrado en el trastorno depresivo mayor (TDM). En este estudio se seleccionó a personas mayores de 60 años con TAG, sin presencia de depresión ($n = 19$), con TDM sin presencia de TAG ($n = 68$) y sin presencia de trastorno psiquiátrico ($n = 40$). Ninguno de los participantes presentaba un diagnóstico de demencia ni enfermedades neurológicas. Se les evaluó con diferentes pruebas cognitivas que evaluaban lenguaje, memoria y funciones ejecutivas. Comparado con el grupo control, las personas con TAG presentaron afectaciones en la memoria. Además, las personas con TAG que presentaban un mayor número de enfermedades físicas crónicas presentaron una afectación en la flexibilidad mental (medida a través del Trail Making Test, parte B). A pesar de lo encontrado en estudios previos sobre ansiedad en personas mayores, los pacientes con TAG no mostraron problemas atencionales, aunque esto puede deberse a la escasa sensibilidad de la medida utilizada (MMSE). Las personas con TDM, comparadas con el grupo control, presentaron un mayor número de

áreas cognitivas afectadas, pero no se diferenciaron de las personas con TAG. Este estudio, al igual que el anterior, iría en la línea de que niveles elevados de ansiedad se relacionan con una afectación cognitiva. Como limitación del estudio destaca el pequeño tamaño de la muestra con TAG, que tal vez haga que no se encuentre un mayor número de afectaciones cognitivas y la falta de una medida específica de atención.

Caudle DD, Senior AC, Wetherell JL, et al. Cognitive errors, symptom severity and response to cognitive behavior therapy in older adults with generalized anxiety disorder. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:680-9.

Diferentes estudios han señalado que la terapia cognitivo-conductual (TCC) aplicada a las personas mayores puede tener una menor efectividad que cuando se aplica a población más joven; se ha apuntado un pobre funcionamiento cognitivo como una de las razones para que esto sea así. El presente estudio es una continuación de la investigación de Wetherell et al⁴ que analiza los factores que influyen en la respuesta a la TCC para el tratamiento del TAG en las personas mayores. Se seleccionó a 208 personas mayores de 55 años, con TAG, pertenecientes a 3 muestras independientes con TCC de características similares. Los participantes con deterioro cognitivo medido mediante el MMSE quedaron excluidos. Los estudios originales mostraban que las variables que predecían una mejor respuesta a la TCC eran la gravedad del TAG, la comorbilidad y la adhesión a las tareas para casa, y no se encontró relación con la puntuación en el MMSE. El objetivo del estudio era particularizar si los diferentes dominios del MMSE («Orientación», «Atención», «Memoria de trabajo», «Recuerdo a largo plazo» y «Lenguaje/praxis») eran capaces de predecir diferencialmente los resultados del tratamiento, más allá de las variables previamente encontradas. Encontraron que las personas que cometen un error o más en el componente de «Memoria de trabajo» presentaron mayores grados de ansiedad y depresión previos al tratamiento, en comparación con los que no comenten ningún error. Además, las personas que no comenten errores en el componente de «Orientación» mostraron una mayor mejoría tras la TCC respecto a los que comenten un error o más a los 6 meses del tratamiento. Aunque en el estudio se excluye a personas con deterioro cognitivo, la presencia de errores cognitivos puntuales podría indicar la existencia de un proceso de demencia preclínico subyacente que afectaría de manera negativa a la TCC. Futuros estudios deberían de tener esta variable en cuenta a la hora de diseñar TCC para personas mayores y, tal vez, incluir aspectos de los tratamientos para personas con demencia, como la «Orientación a la realidad» en la TCC para las personas que presentan deterioro cognitivo o los primeros indicios de tal deterioro.

Price RB, Mohlman J. Inhibitory control and symptom severity in late life generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther*. 2007;45:2628-39.

Según la teoría de Borkovec et al⁵, la preocupación, el elemento clave del TAG, sería una actividad verbal dirigida a evitar las imágenes relacionadas con la amenaza, a su vez, causantes de la activación psicofisiológica característica de la ansiedad. Los autores de este estudio plantean que el control inhibitorio (CI) puede desempeñar un papel relevante en el mantenimiento de los síntomas del TAG porque ayuda a mantener la representación verbal mientras inhibe la activación de las imágenes temidas. Por lo tanto, la preocupación precisaría de un procesamiento selectivo que requiere de CI. Por otro lado, diferentes autores mantienen la hipótesis contraria, es decir, que un déficit en el CI o en las habilidades de procesamiento controlado (*top-down*) puede contribuir al TAG, ya que afectaría a la capacidad para modular de forma adaptativa el procesamiento de los estímulos amena-

zantes, por ejemplo, mediante sesgos de atención. En el estudio se seleccionó a 43 personas mayores de 60 años, con un diagnóstico principal de TAG. A 15 personas de esta muestra se las emparejó con una muestra control. Ninguno de los participantes presentaba deterioro cognitivo. No hubo diferencias en el CI, medido con la tarea de Stroop, entre el grupo control y el grupo de TAG. En la muestra de pacientes se encontró una correlación positiva entre el CI y las medidas de preocupación y ansiedad, pero no con la activación psicofisiológica de la ansiedad o con la depresión. En el grupo control, el CI no correlacionó con ninguna variable clínica. Además, se encontró una asociación entre un mayor CI y una mayor gravedad de los síntomas de la ansiedad, pero sólo en el grupo de las personas con TAG, que contradice la hipótesis de que la ansiedad se relaciona con una menor capacidad cognitiva. De ser esto cierto, la relación entre las funciones ejecutivas y la gravedad de los síntomas en el TAG es diferente de la de otros trastornos emocionales, lo que podría estar indicando que los procesos neurocognitivos de alto nivel implicados en el TAG son distintos de los de otros trastornos, a pesar de compartir sintomatología como el afecto negativo. El estudio presenta una serie de limitaciones, como el pequeño tamaño de la muestra, no incluir a personas jóvenes y sobre todo que las correlaciones entre el CI y las medidas de ansiedad, y preocupación varían en función de si se toma la muestra total de personas con TAG o sólo la muestra de 15 personas que se compara con el grupo control, por lo que no hay suficiente estabilidad en los resultados y éstos deben tomarse con cautela.

Medidas autoinformadas de ansiedad en personas mayores

Las medidas de autoinforme son una parte importante del proceso de evaluación, tanto en la práctica clínica como en la investigación de la ansiedad, ya que ésta es básicamente un fenómeno clínico de naturaleza subjetiva. Desde esta perspectiva, se ha considerado necesario contar con medidas de autoinforme válidas y fiables para las personas mayores, en las que se incluyan datos normativos para esa población. La gran mayoría de los medidas autoinformadas de ansiedad se han validado con población adulta joven, generalizándose su empleo a personas mayores, sin hacer una validación previa de éstas, pese a que los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al envejecimiento normal, así como el efecto cohorte, pudieran poner en cuestión su uso al aplicarse a este grupo de edad.

Dennis RE, Boddington STA, Funnell N. Self-report measures of anxiety: Are they suitable for older adults? *Aging Men Health*. 2007;11:668-77.

El estudio analiza la capacidad para detectar en personas mayores la presencia de trastornos de ansiedad y gravedad de síntomas de 4 medidas autoinformadas, frecuentemente utilizadas: Beck Anxiety Inventory (BAI), Stai-Trait Anxiety Inventory (STAI-S y STAI-T), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y una escala visual analógica (EVA). Participaron en el estudio 40 personas mayores de 65 años, que acudían a servicios de salud mental con signos y/o síntomas de ansiedad o en remisión por un episodio de ansiedad durante el último año, que fueron evaluadas al comienzo del estudio y a los 4 meses. Se realizó una evaluación independiente para diagnosticar la presencia de trastorno de ansiedad y evaluar la gravedad de los síntomas de ansiedad, para lo cual se usó la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-IV (SCID-I) y la Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), respectivamente. Todas las medidas autoinformadas fueron capaces de discriminar entre las personas con diagnóstico de ansiedad y sin diagnóstico, clasificando correctamente a más del 70% de los

participantes, excepto la EVA, que no tiene capacidad discriminatoria. Las medidas que más correlacionaron con la gravedad de los síntomas de ansiedad fueron el BAI y el STAI-T, y las que menos, la EVA y el STAI-S. Por el contrario, las medidas que fueron más sensibles a los cambios en la evaluación independiente en el tiempo fueron la EVA y el STAI-S y algo menos el STAI-T. La investigación muestra que la validez del uso de la EVA con personas mayores queda en entredicho. Además, aunque con el BDI, el HADS y el STAI se obtienen valores similares, las personas mayores presentan más problemas para cumplimentar el STAI (problemas de coordinación motora y contestación incorrecta de los ítems inversos). Los autores concluyen que ninguna de las medidas sirve para diagnosticar ansiedad, medir la gravedad de los síntomas y ser sensible a los cambios en el tiempo de forma simultánea, lo que sugiere que las medidas deberían adaptarse antes de usarse con personas mayores o diseñarse medidas específicas para este grupo de edad. Como limitación del estudio destaca la selección de la muestra, realizada sólo con personas mayores que acuden a centros de salud mental y el tamaño pequeño de la muestra que hace que muy pocas personas cambien su diagnóstico con el paso del tiempo, dificultando la evaluación de la sensibilidad de las medidas al cambio.

Pachana NA, Byrne GJ, Siddle H, Koloski N, Harley E, Arnold E. Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. Int Psychog. 2007;19:103–14.

Una de las causas de que no se conozca de manera precisa la prevalencia e incidencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores pudiera ser la inexistencia de criterios diagnósticos e instrumentos válidos para este grupo de edad. La mayoría de las medidas autoinformadas de ansiedad se validan con personas adultas jóvenes, lo que limitaría su uso en personas mayores porque puede que no sean sensibles para detectar manifestaciones de ansiedad de mayor significado entre las personas mayores, pueden confundir más fácilmente los síntomas físicos de la ansiedad con las manifestaciones del envejecimiento o enfermedades frecuentes entre los mayores, e incluso pueden ser inválidas para personas con deterioro cognitivo leve. El objetivo del estudio fue crear un instrumento breve y específico para las personas mayores que mida los síntomas comunes de la ansiedad en este grupo de edad, con un formato de respuesta dicotómico (de acuerdo/en desacuerdo). Los autores adaptan o formulan de nuevo 60 ítems, pertenecientes a 25 cuestionarios diferentes que posteriormente son revisados por un grupo de expertos y de personas mayores. 452 personas mayores residentes en la comunidad (rango de edad de 60–90 años) contestaron al cuestionario, lo que llevó a la eliminación de los ítems con peores cualidades psicométricas, los inversos y los que pudieran presentar dificultades para personas con deterioro cognitivo medio. El cuestionario final, el Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI) está formado por 20 ítems, presenta una α de Cronbach de 0,91 y una buena validez concurrente con otros cuestionarios relacionados. Al analizar el GAI con una muestra de 46 pacientes psicogeriátricos, se comprueba que discrimina entre los pacientes con trastorno de ansiedad y sin él, que presenta una fiabilidad test-retest de 0,91 y que no se relaciona con la edad, el sexo o el deterioro cognitivo. Finalmente, con un punto de corte de 10/11, el GAI clasifica correctamente al 83% de las personas con trastorno de ansiedad generalizada, mostrando una sensibilidad del 75% y una especificidad del 84%. El estudio presenta una serie de limitaciones, como el pequeño tamaño de la muestra clínica y la ausencia de personas mayores con deterioro cognitivo moderado o de personas mayores que vivan en residencias.

Andreescu C, Herbeck Belnap B, Rollman BL, et al. Generalized Anxiety Disorder Severity Scale validation in older adults. Am J Ger Psychiat. 2008;16:813–8.

El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Gravedad del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GADSS) en personas mayores. Esta escala que, mide la sintomatología del TAG en personas mayores, fue modificada ligeramente en este estudio, variando las etiquetas de respuesta de dos de sus ítems. Participaron 167 personas mayores de 60 años, de las cuales 134 presentaban un diagnóstico de TAG y 186 personas jóvenes con TAG. La GADSS presentó en las personas mayores una fiabilidad interjueces de 0,99, una α de Cronbach de 0,76 y presentó un único factor que explica el 71% de la varianza. La escala discrimina entre los pacientes con TAG y sin trastorno y los datos de validez concurrente son buenos. Por último, la GADSS no correlaciona con la edad, el sexo, el deterioro cognitivo, la presencia de enfermedades físicas o la presencia de otros trastornos de ansiedad comórbidos, lo que sugiere que es una escala específica para el TAG. Los resultados obtenidos demuestran que la GADSS tiene buenas propiedades psicométricas para medir la severidad del TAG en personas mayores.

Gloster AT, Rhoades HM, Novy D, et al. Psychometric properties of the Depression Anxiety and Stress Scale-21 in older primary care patients. J Affect Disord. 2008;110:248–59.

La Escala de Depresión Ansiedad y Estrés-21 (DASS-21) está compuesta por 3 subescalas, la DASS-D que mide depresión, la DASS-A, que mide activación psicofisiológica y sensación de miedo, y la DASS-S que evalúa tensión y afecto negativo. Cada escala se puede considerar como una aproximación a los trastornos del estado de ánimo (TEA), trastorno de pánico (TP) y TAG, respectivamente. Los autores presuponen que esta escala puede ser una herramienta útil para su uso con personas mayores, dado que es difícil diferenciar entre ansiedad y depresión en este grupo de edad y precisamente se ha constatado que la DASS-21 maximiza la validez discriminante entre los constructos de ansiedad y depresión en población adulta joven. El objetivo del estudio fue examinar las propiedades psicométricas de la DASS-21 en personas mayores. Participaron 222 personas mayores de 60 años que acudieron a atención primaria buscando ayuda por sus preocupaciones. A todos ellos se les administró un cribado para ansiedad, no presentaban deterioro cognitivo, psicosis, trastorno bipolar o abuso de sustancias, y se les evaluó con la Entrevista Clínica Estructurada (SCID), la DASS-21 y otras medidas autoinformadas relacionadas, como el Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) o el Beck Depression Inventory (BDI). La escala presentó una buena consistencia interna para la escala total y para la DASS-D y la DASS-S, siendo algo baja la de DASS-A probablemente debido a la presencia en esta subescala de un mayor número de ítems relacionados con síntomas físicos, por lo que los resultados en esta subescala deben interpretarse con cautela. El análisis factorial confirmatorio señaló que el modelo de los 3 factores es el que mejor se ajusta a los datos. La validez convergente fue buena tanto para la escala total como para las subescalas. Con respecto a la validez discriminante, la DASS-D parece ser una escala adecuada para diferenciar entre las personas sin trastorno o un trastorno de ansiedad y pacientes con depresión, incluso aunque estos últimos presenten comorbilidad con trastornos de ansiedad, lo que señalaría la independencia entre los constructos de depresión y ansiedad en este grupo de edad. Las otras dos escalas, si bien diferencian entre los pacientes y las personas sin trastorno, son menos discriminantes que la DASS-D, lo que representa una limitación del estudio. Por último, se demuestra que la capacidad

de la DASS-D y la DASS-S para identificar pacientes con TEA o TAG, respectivamente, es similar al BDI y PSWQ. La ventaja de usar la DASS frente a los otros 2 cuestionarios es que, además de informar sobre ansiedad, se obtiene también información sobre la presencia de síntomas de depresión.

Tratamiento psicológico de la ansiedad

La investigación sobre la eficacia de la psicoterapia en personas mayores para el trastorno de ansiedad está aún en sus inicios, si bien existen algunas evidencias de su bondad. Debido a alguna de las complejidades y dificultades en el manejo médico de la ansiedad de las personas mayores, se ha sugerido buscar alternativas psicosociales a la farmacoterapia. La investigación realizada hasta la fecha ha establecido que la terapia cognitivo conductual (TCC) produce mejoras en los síntomas de ansiedad de las personas mayores, si bien el beneficio no es tan intenso como en personas más jóvenes. Nordhus y Pallensen⁶ establecieron, mediante un metaanálisis, que el tamaño promedio de efecto era de 0,55 (CI = 0,38 a 0,72; $p < 0,01$), valor que se considera como un efecto medio. Así, la investigación aún ha de buscar y determinar métodos de aumentar o complementar la TCC que aumenten su efectividad⁷. La disponibilidad de tratamientos psicológicos efectivos como una alternativa o en combinación con la farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad en la edad avanzada es una prioridad de la investigación clínica con mayores.

Ayers CR, Sorrel JT, Thorp SR, Wetherell JL. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychol & Aging*. 2007;22:8–17.

La psicoterapia ha recibido en los últimos años una atención especial y, al igual que ha sucedido con la medicina basada en la evidencia, la intervención psicológica también ha definido criterios para tratamientos basados en evidencia (TBE)⁸. Los autores identificaron que sólo 17 de los 77 estudios publicados, identificados a través de Cochrane Database, PsycINFO y MEDLINE, resultaban válidos en el cumplimiento de los criterios TBE sobre muestras de personas mayores de 55 años con un diagnóstico DSM-IV del grupo de ansiedad, cuyo diseño contemple un estudio aleatorizado en el que se compare el grupo experimental con un grupo de lista de espera, tratamiento habitual, intervención alternativa o grupo placebo y que, al menos, se informe de una medida de ansiedad objetivamente evaluada. Estos estudios muestran eficacia en la reducción de síntomas de la ansiedad o de trastornos de ansiedad mediante TCC, entrenamiento en relajación y, en menor medida, para la terapia cognitiva y la terapia de apoyo basada en el reflejo y la validación de sentimientos. La TCC se muestra efectiva para el tratamiento del TAG y su eficacia es más débil para los síntomas subjetivos de ansiedad, mientras que el entrenamiento en relajación es eficaz para el tratamiento de éstos, especialmente si se fomenta la práctica de la relajación a largo plazo. La evidencia no es tan fuerte cuando se compara la terapia cognitiva o la terapia de apoyo con placebo o terapias alternativas. Los autores concluyen que existe un buen número de limitaciones en la investigación sobre tratamientos de la ansiedad para personas mayores: número limitado de estudios, énfasis en tratamientos grupales antes que individuales que hacen menos probable la utilidad de las terapias cognitivas y ausencia de estudios que examinen los mecanismos subyacentes del éxito de las psicoterapias.

Pinquart M, Duberstein PR. Treatment of anxiety disorders in older adults: A meta-analytic comparison of behavioural and pharmacological interventions. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;15:639–51.

Los metaanálisis realizados hasta la fecha han demostrado que la TCC y la terapia farmacológica (TF) para el tratamiento de la ansiedad en población general tienen una eficacia similar cuando se compara con placebo. La generalización de este hecho no es directamente extrapolable a las personas mayores, ya que éstas presentan más enfermedades crónicas que son más resistentes al tratamiento, así como tienen un mayor riesgo de efectos secundarios por la medicación y tienen una mayor probabilidad de efectos de interacción entre fármacos. Los autores de este trabajo parten de la premisa de que el único estudio de metaanálisis efectuado hasta la fecha⁶ no analiza los efectos del tratamiento tras la retirada de las intervenciones, a diferencia del presente estudio. Mediante las bases de datos MEDLINE y PsycINFO, se identificaron 32 estudios de tratamiento centrados en la ansiedad en población de edad avanzada. Un total de 19 de tales estudios analizaban el efecto de la farmacoterapia, 12 el efecto de la psicoterapia y 1 más ambos tipos de tratamiento. Los resultados del metaanálisis muestran una clara mejora de los síntomas de la ansiedad, efectos que persisten en el seguimiento. Asimismo, los resultados sobre el cambio de los síntomas de ansiedad sugieren una ventaja de la TF ($d = 1,76$) sobre la TCC ($d = 0,81$). Esta diferencia desaparece cuando se computan los tamaños del efecto que dan cuenta de los efectos no específicos en el grupo control ($d = 0,80$ para TF y $d = 0,83$ para TCC), ya que los tamaños del efecto son mayores en el grupo control farmacológico ($d = 1,06$) que en los grupos de lista de espera de la intervención psicológica ($d = 0,10$), sin que existan tasas de abandono diferente entre ambos grupos. Además, esta aparente ventaja de la TF debe valorarse teniendo en cuenta los efectos secundarios de la medicación. En cualquier caso, los autores señalan la necesidad de un mayor número de estudios bien controlados y con criterios similares de inclusión, así como que con la información disponible hasta la fecha pudiera concluirse que la TF es algo más efectiva, al menos, para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad en las personas mayores.

Financiación

Este trabajo ha sido apoyado por el proyecto de investigación «Procesamiento de la información emocional en la edad avanzada: análisis de la influencia de la ansiedad rasgo y ansiedad clínica en la presencia de sesgos de interpretación y atencionales PSI2008-02338 del Plan Nacional del Ministerio de Ciencia e Innovación», convocatoria 2008.

Bibliografía

- Williams JMG, Watts FN, MacLeod C, Mathews A. Cognitive Psychology and emotional disorders. Nueva York: Wiley; 1997.
- Wood J, Mathews A, Dalgleish T. Anxiety and cognitive inhibition. *Emotion*. 2001;1:166–81.
- Eysenck MW. Anxiety: The cognitive perspective. Hove: Erlbaum; 1992.
- Wetherell JL, Hopko DR, Diefenbach GJ, et al. Cognitive-behavioral therapy for late-life generalized anxiety disorder: Who gets better? *Behav Ther*. 2005;36:147–56.
- Borkovec TC, Alcaine OM, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. En: Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS, editores. Generalized anxiety disorder. Nueva York: Guilford Press; 2004. p. 77–108.
- Nordhus IH, Pallensen S. Psychological treatment of late-life anxiety: an empirical review. *J Consult Clin Psychol*. 2003;71:643–51.
- Gorenstein EE, Lazlo AP. Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety in the Elderly. *Current Psych Reports*. 2007;9:20–5.
- Chambless DL, Hollin SD. Defining empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol*. 1998;66:7–18.