



ORIGINAL BREVE

Ansiedad en las personas mayores de 50 años. Datos de un estudio representativo de la población mayor en España



Cecilia Carreira Capeáns y David Facal*

Departamento de Psicología Evolutiva e da Educación, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de septiembre de 2016

Aceptado el 21 de febrero de 2017

On-line el 27 de mayo de 2017

Palabras clave:

Ansiedad

Personas mayores de 50 años

Estudio ELES

RESUMEN

Introducción: La ansiedad es frecuente a lo largo del proceso de envejecimiento. El objetivo del presente estudio es estimar la prevalencia de período de la ansiedad en una muestra representativa de la población española mayor de 50 años.

Material y métodos: Los datos de esta investigación provienen del estudio piloto desarrollado en el Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES), en el que se evaluó a una muestra representativa de la población española mayor no institucionalizada. Se analizaron los datos de 1.086 personas que respondieron a la pregunta «a continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. Me gustaría que me dijera si su médico le ha diagnosticado alguno de ellos». Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario conformado por 218 preguntas junto con instrumentos estandarizados como el Mini-Examen Cognoscitivo.

Resultados: El 14,3% de la muestra informó haber sido diagnosticado alguna vez de ansiedad. La prevalencia de período era mayor en mujeres que en hombres (77,8 frente a 22,2%), disminuyó con la edad y se asocia a diferentes enfermedades crónicas.

Conclusiones: Los resultados obtenidos muestran que la prevalencia de ansiedad a lo largo del ciclo vital es frecuente en las personas mayores de 50 años y debe ser tenida en cuenta, especialmente en la población femenina y en aquella con enfermedades crónicas.

© 2017 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Anxiety in a representative sample of the Spanish population over 50 years-old

ABSTRACT

Keywords:

Anxiety

People over 50

ELES study

Introduction: Anxiety is common throughout the ageing process. The objective of this study is to estimate the prevalence of anxiety in a representative sample of the Spanish population over 50 years-old.

Material and methods: The data of this study come from the Pilot Study developed within the Longitudinal Ageing Study in Spain (ELES), in which a representative sample of the non-institutionalised Spanish population was evaluated. An analysis was performed on the data of 1086 people who answered the question «I am now going to read a list with a series of diseases or health problems. I would like you to tell me if your doctor has diagnosed any of them». The tools used were a questionnaire consisting of 218 questions, along with standardised tests, such as the Spanish version of the Mini-Mental State Examination.

Results: Anxiety was reported to have been diagnosed at some time in 14.3% of the sample. The prevalence was higher in women than in men (77.8 vs. 22.2%), decreasing with age, and related to different chronic diseases.

Conclusions: The results show that the prevalence of anxiety throughout the lifespan is noticeable in people over 50 years, and should be taken into account, especially in the female population and in those with chronic diseases.

© 2017 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: David.facal@usc.es (D. Facal).

Introducción

Aunque los cambios demográficos que vivimos en las últimas décadas están conduciendo a un aumento del envejecimiento¹, la investigación epidemiológica que explora los trastornos psiquiátricos en la población adulta y mayor es limitada. Ritchie et al.² observaron que el 45,7% de su muestra había presentado al menos un trastorno psiquiátrico a lo largo de su vida y que el 17,4% presentaban uno mental en la actualidad, con una prevalencia para los trastornos de ansiedad del 29,4%. Kessler et al.³ encontraron una prevalencia de trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida del 26,1% en mayores de 60 años, con una prevalencia de ansiedad del 15,3%.

Tradicionalmente los trastornos de ansiedad han sido menos explorados que otros como la depresión^{4,5}. Sin embargo, estudios recientes muestran una tasa de prevalencia en mayores similar e incluso superior⁵. En la National Comorbidity Survey Replication, se encontró una prevalencia en mayores de 55 años del 11,6% para los últimos 12 meses. Esta prevalencia disminuyó al aumentar la edad y fue significativamente mayor en las mujeres⁶. En el estudio LASA⁷, la prevalencia global de los trastornos de ansiedad para los últimos 6 meses era del 10,2%. Esta prevalencia aumentaba de los 55 a los 65 años y descendía ligeramente a partir de los 75.

La variabilidad en las tasas de prevalencia es consecuencia de diferencias conceptuales y metodológicas, incluyendo diferencias en el muestreo, en las herramientas de evaluación, en la definición de ansiedad, en los grados de dependencia del juicio clínico con relación al diagnóstico (autoinforme, instrumentos de evaluación estructurados, etc.) o los rangos de edad⁸.

El objetivo del presente estudio es estimar la prevalencia de diagnóstico médico de trastorno de ansiedad a lo largo de la edad adulta y de la vejez, en una muestra representativa de la población española mayor de 50 años. Los datos analizados proceden del estudio piloto del Estudio Longitudinal Envejecer en España (ELES).

Material y métodos

Participantes

La población objetivo está formada por personas no institucionalizadas de 50 o más años residentes en España. En el estudio ELES se ha llevado a cabo un muestreo por conglomerados en etapas (municipio, sección censal, hogares y miembros del hogar) con estratificación de las unidades de primera etapa. El tamaño muestral del estudio fue de 1.747 personas, de las cuales 216 rehusaron continuar tras la entrevista telefónica, lo que dejó un total de 1.531 participantes. La muestra del País Vasco estaba sobredimensionada⁹, lo cual no implica alteraciones en la composición de la muestra en otras comunidades. Para los presentes análisis se ha incluido a los 1.086 participantes que respondieron a la pregunta «a continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. Me gustaría que me dijera si su médico le ha diagnosticado alguno de ellos». En caso de respuesta afirmativa a esta pregunta en cuanto a la ansiedad, se les pedía además que indicasen en una escala del 1 al 5, donde 1 significa nada y 5 mucho, si dicha enfermedad había limitado sus actividades habituales. No se han aplicado otros criterios de exclusión con el objetivo de poder estudiar la prevalencia de la ansiedad en la muestra total.

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra se describen en la [tabla 1](#). De las 1.086 personas que conforman la muestra, el 54,8% son mujeres. El 28% de los sujetos tienen más de 2 enfermedades crónicas y el 10,4% presenta una o más limitaciones funcionales. La sospecha de deterioro cognitivo tan solo está presente en un 3,5% de los casos. Incluir a los sujetos con puntuaciones significativas en deterioro cognitivo resulta de interés para la

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de la muestra para los datos procesados mediante el paquete estadístico SPSS para muestras complejas

	Muestra N = 1.085,6 N (%)	Trastornos de ansiedad No (N = 930,8) Sí (N = 154,8) N (%)	
Sexo			
Hombre	490,198 (45,2)	455,763 (49,0)	34,435 (22,2)
Mujer	595,491 (54,8)	475,112 (51,0)	120,379 (77,8)
Edad			
50-59	384,978 (35,5)	322,948 (34,7)	62,030 (40,1)
60-69	312,978 (28,8)	272,746 (29,3)	40,233 (26,0)
70-79	257,397 (23,7)	217,961 (23,4)	39,435 (25,5)
80 y más	130,336 (12,0)	117,220 (12,6)	13,116 (8,5)
Nivel educativo			
Menos que primarios	361,168 (33,3)	297,978 (32,0)	63,190 (40,8)
Primarios completados	251,483 (23,2)	224,728 (24,1)	26,754 (17,3)
Secundarios completados	223,875 (20,6)	191,440 (20,6)	32,435 (21,0)
Superiores completados	249,164 (22,9)	216,728 (23,3)	32,435 (21,0)
Estado civil			
Casado	771,422 (71,1)	672,000 (72,2)	99,422 (64,2)
Viudo	191,569 (17,6)	154,815 (16,6)	36,754 (23,7)
Otros	122,698 (11,3)	104,060 (11,2)	18,638 (12,0)
Enfermedad crónica			
Ninguna	304,168 (28,0)	284,573 (30,6)	19,595 (12,7)
Una o 2	477,241 (44,0)	422,371 (45,4)	54,871 (35,4)
Más de 2	304,280 (28,0)	223,931 (24,1)	80,349 (51,9)
Limitaciones funcionales			
Ninguna	973,022 (89,6)	834,483 (90,6)	129,539 (83,7)
Una o más	112,668 (10,4)	87,392 (9,4)	25,276 (16,3)
Control percibido			
Bajo	329,616 (31,2)	285,746 (31,5)	43,871 (29,2)
Medio-bajo	200,280 (19,0)	172,323 (19,0)	27,957 (18,6)
Medio-alto	249,556 (23,6)	213,802 (23,6)	35,754 (23,8)
Alto	276,802 (26,2)	233,888 (25,8)	42,914 (28,5)
Satisfacción con la salud			
Regular	339,151 (32,4)	271,483 (29,9)	67,668 (48,8)
Buena	497,185 (47,5)	445,155 (49,1)	52,030 (37,5)
Excelente	209,759 (20,1)	190,802 (21,0)	18,957 (13,7)
Funcionamiento cognitivo			
MMSE < 24	37,595 (3,5)	31,435 (3,4)	6,159 (4,0)
MMSE ≥ 24	1048,095 (96,5)	899,440 (96,6)	148,655 (96,0)
Soledad social			
Muy alta	260,250 (29,0)	216,496 (28,1)	43,754 (35,2)
Alta	207,845 (23,2)	182,091 (23,6)	25,754 (20,7)
Baja	226,440 (25,3)	191,004 (24,8)	35,435 (28,5)
Muy baja	201,397 (22,5)	181,961 (23,6)	19,435 (15,6)
Fuerza de la empuñadura			
Baja	355,138 (33,5)	277,832 (30,6)	77,306 (50,7)
Media-baja	233,397 (22,0)	201,121 (22,1)	32,276 (21,2)
Media-alta	228,918 (21,6)	205,802 (22,7)	23,116 (15,2)
Alta	243,323 (22,9)	223,685 (24,6)	19,638 (12,9)
Satisfacción con la red social			
Baja	220,612 (24,6)	184,336 (23,9)	36,276 (29,2)
Media	213,004 (23,8)	184,409 (23,9)	28,595 (23,0)
Media-alta	263,789 (29,4)	231,353 (30,0)	32,435 (26,1)
Alta	198,526 (22,2)	171,453 (22,2)	27,073 (21,8)

caracterización de la muestra, tras comprobar que es un procedimiento habitual en la literatura⁸. El estudio fue aprobado por el Subcomité de Bioética del Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Instrumentos

El proceso de recogida de información se ha organizado en varias fases: a) contacto telefónico para solicitar la participación y confirmar las visitas en el hogar; b) visita del personal de

enfermería al hogar para cumplimentar el consentimiento informado y el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)¹⁰, extraer muestras biológicas y recoger datos sobre medicación y c) visita de un entrevistador profesional para finalizar la recogida de información. La mayor parte de la información se ha obtenido en el domicilio de la persona mayor a través de cuestionario, conformado por 218 preguntas, que incluía apartados sobre: 1) características demográficas; 2) salud física; 3) aspectos psicosociales; 4) recursos económicos, trabajo y jubilación y 5) redes sociales y familiares.

Para analizar el estado de salud de los participantes se recogieron las enfermedades autoinformadas por los propios encuestados de acuerdo con la información suministrada por su médico. La ansiedad no se evaluó a través de una escala, sino a partir de la respuesta a la pregunta «a continuación le voy a leer una lista con una serie de enfermedades o problemas de salud. Me gustaría que me dijera si su médico le ha diagnosticado alguno de ellos». Por lo tanto, los trastornos de ansiedad analizados en este estudio deben ser entendidos como un diagnóstico médico de ansiedad a lo largo de la adultez y de la vejez, con información de la prevalencia de período.

Análisis estadísticos

El estudio ELES ha sido diseñado con métodos complejos de muestreo. Por este motivo, los datos del presente estudio fueron procesados mediante el paquete estadístico SPSS para muestras complejas. Se realizaron análisis descriptivos, así como tablas de contingencia con χ^2 de Pearson, relacionando el diagnóstico de ansiedad y otros diagnósticos médicos.

Resultados

En la [tabla 1](#) aparece representada la prevalencia de la ansiedad para cada uno de los predictores analizados en este estudio. Un 14,3% de la muestra informa haber sido diagnosticada alguna vez de ansiedad. El porcentaje fue mayor en mujeres que en hombres y disminuyó con el aumento de la edad. De entre las personas diagnosticadas con ansiedad, el 51,9% presentaban más de 2 enfermedades crónicas, el 48,8% no estaban del todo satisfechas con su salud, un 35,2% presentaban niveles muy altos de soledad social y un 29,2% baja satisfacción con su red social. El 37,9% fueron diagnosticadas de ansiedad en los 5 años previos a la entrevista, el 20,8% entre 6 y 10 años antes, el 24,8% entre 11 y 20 años antes y en el 16,5% la ansiedad fue detectada hace más de 20 años. El 35,2% de los sujetos diagnosticados de ansiedad manifestaban que esta limitaba de manera significativa sus actividades habituales.

Como se muestra en la [tabla 2](#), en el 61,5% de los casos la ansiedad se presenta con un diagnóstico de depresión. También se encontró una fuerte relación entre el diagnóstico de ansiedad y los diagnósticos de problemas de circulación, artrosis, artritis o reumatismo, asma, osteoporosis, enfermedades relacionadas con la memoria, enfermedad de Parkinson y dolor de espalda crónico.

Discusión

El principal objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de los diagnósticos médicos de trastornos de ansiedad a lo largo de su adultez y vejez, en una muestra representativa de españoles mayores de 50 años residentes en la comunidad. El 14,3% de los adultos de mediana edad y mayores estudiados habían sido diagnosticados de ansiedad. Esta cifra está en línea con anteriores estudios^{11,12}. Asimismo, se observa un declive relacionado con la edad de los problemas de ansiedad^{8,13,14}: los sujetos entre 50 y 59 años presentan un porcentaje significativamente mayor al resto de los grupos. Nuestro estudio muestra una mayor prevalencia de ansiedad en las mujeres, también consistente con la literatura^{6,7}. Las mujeres presentarían un mayor grado de sensibilidad interpersonal y una

Tabla 2
Prevalencia de enfermedades crónicas

Sí %	Ansiedad		χ^2	
	No %	Total %		
<i>Tensión alta</i>				
Sí	45,2	39,9	40,7	1,97
No	54,8	60,1	59,3	
<i>Infarto de miocardio/ataque al corazón</i>				
Sí	3,5	3,5	3,5	0,00
No	96,5	96,5	96,5	
<i>Insuficiencia cardiaca</i>				
Sí	8,9	6,5	6,8	1,61
No	91,1	93,5	93,2	
<i>Angina de pecho</i>				
Sí	3,4	2,8	2,9	0,25
No	96,6	97,2	97,1	
<i>Problemas de circulación</i>				
Sí	32,7	15,1	17,6	36,61**
No	67,3	84,9	82,4	
<i>Artrosis</i>				
Sí	55,6	33,5	36,7	38,81**
No	44,4	66,5	63,3	
<i>Artritis o reumatismo</i>				
Sí	32,7	15,4	17,8	35,00**
No	67,3	84,6	82,2	
<i>Asma</i>				
Sí	14,2	3,6	5,1	38,81**
No	85,8	96,4	94,9	
<i>Bronquitis crónica/enfisema/EPOC</i>				
Sí	10,1	5,3	6,0	6,94*
No	89,9	94,7	94,0	
<i>Diabetes</i>				
Sí	15,3	11,1	11,7	2,84
No	84,7	88,9	88,3	
<i>Úlcera de estómago o duodeno</i>				
Sí	13,7	8,5	9,3	5,28*
No	86,3	91,5	90,7	
<i>Enfermedad renal</i>				
Sí	10,8	6,1	6,8	5,74*
No	89,2	93,9	93,2	
<i>Depresión</i>				
Sí	61,5	10,5	17,8	302,81**
No	38,5	89,5	82,2	
<i>Embolia/infarto cerebral</i>				
Sí	3,4	2,6	2,7	0,433
No	96,6	97,4	97,3	
<i>Tumores malignos/cáncer</i>				
Sí	10,9	10,6	10,6	0,015
No	89,1	89,4	89,4	
<i>Osteoporosis</i>				
Sí	29,2	10,3	13,0	53,87**
No	70,8	89,7	87,0	
<i>Enfermedades relacionadas con la memoria</i>				
Sí	7,3	1,9	2,7	18,60**
No	92,7	98,1	97,3	
<i>Enfermedad de Parkinson</i>				
Sí	2,8	0,6	0,9	9,54**
No	97,2	99,4	99,1	
<i>Dolor de espalda crónico</i>				
Sí	43,3	18,7	22,2	59,77**
No	56,7	81,3	77,8	
<i>Problemas de vías urinarias</i>				
Sí	16,9	12,5	13,1	2,84
No	83,1	87,5	86,9	

* p < 0,05.

** p < 0,01.

mayor implicación emocional cuando se enfrentan a las adversidades o a la vida. Entre las variables relacionadas con la salud, el diagnóstico de diferentes enfermedades se asocia en nuestro estudio con el diagnóstico médico de ansiedad, también de forma consistente con investigaciones previas^{7,15}.

Consideramos que la presente investigación nos ofrece información valiosa sobre la ansiedad en la población mayor de 50 años y cuenta con varias fortalezas. La principal ventaja es que se ha utilizado una muestra representativa a nivel español de personas mayores de 50 años que residen en la comunidad. Para un estudio de estas características, el tamaño de la muestra es satisfactorio. Esta investigación cuenta, además, con un amplio rango de edad y los distintos grupos están bien representados en la muestra. Sin embargo, la investigación también cuenta con limitaciones. En primer lugar, la prevalencia se obtuvo a partir de diagnósticos médicos previos, y se muestra una prevalencia de período, el diagnóstico médico de ansiedad se caracteriza en un período relativamente amplio de tiempo, en lugar de la prevalencia puntual más propia de estudios diagnósticos específicos. En segundo lugar, no se ha podido analizar la prevalencia de trastornos de ansiedad específicos, debido a que no se recogió información sobre estos en el ELES. Asimismo, debe tenerse en cuenta que se ha analizado una población de más de 50 años, la cual posee un comportamiento particular. En último lugar, cabe mencionar que el diseño transversal del estudio piloto hace difícil establecer relaciones causales para las asociaciones presentadas, para lo que son necesarios estudios longitudinales.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A los distintos grupos de investigación que han participado en el estudio piloto del ELES. A Ángel Rodríguez Laso y Mari Feli González

por su generosa ayuda en la explotación e interpretación de los datos.

Bibliografía

1. Abellán A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2015. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red n.º 10; 2015.
2. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin ML, Mann A, Dupuy AM, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. *Br J Psychiatry*. 2004;184:147-52.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
4. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. *Can J Psychiatry*. 2011;56:387-97.
5. Schuurmans J, van Balkom A. Late-life anxiety disorders: A review. *Curr Psychiatry Rep*. 2011;13:267-73.
6. Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67:489-96.
7. Beekman AT, Bremmer MA, Deeg DJ, van Balkom AJLM, Smit JH, de Beurs E, et al. Anxiety disorders in later life: A report from the longitudinal aging study Amsterdam. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13:717-26.
8. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depress Anxiety*. 2010;27:190-211.
9. Rodríguez A, Urdaneta E, de la Fuente M, Galindo E, Yanguas JJ, Rodríguez V. Análisis del sesgo de selección en el piloto de un estudio longitudinal sobre envejecimiento en España. *Gac Sanit*. 2013;27:425-32.
10. Lobo A, Sanz P, Marcos G, Grupo ZARADEMP. Examen cognoscitivo mini-mental. Manual. Madrid: TEA; 2001.
11. Kirmizioglu Y, Doğan O, Kuğu N, Akyüz G. Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2009;24:1026-33.
12. Manela M, Katona C, Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1996;11:65-70.
13. Flint AJ, Peasley-Miklus C, Papademetriou E, Meyers BS, Mulsant BH, Rothchild AJ, et al. Effect of age on the frequency of anxiety disorders in major depression with psychotic features. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;18:404-12.
14. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Rae DS, Myers JK, Kramer M, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States: Based on five epidemiologic catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry*. 1988;45:977-86.
15. Smit F, Comijs H, Schoevers R, Cuijpers P, Deeg D, Beekman A. Target groups for the prevention of late-life anxiety. *Br J Psychiatry*. 2007;190:428-34.