



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

**COMORBILIDAD DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD CON
DEPRESIÓN EN LOS MAYORES. ESTUDIO COMUNITARIO EN
POBLACIÓN DE MAYORES DE 55 AÑOS.**

Comorbidity of anxiety disorders with depression in the elderly.
Community study in population over 55 years.

Autora:

Julia Orós Muñoz

Director:

Concepción De la Cámara Izquierdo

Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología

Codirector:

Javier Santabárbara Serrano

Dpto. Microbiología, Medicina Preventiva y Salud
Pública.

Facultad de Medicina

Zaragoza, 2017

INDICE

ÍNDICE	1
ABREVIATURAS	2
RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN	5
1. El envejecimiento de la población	5
2. Aspectos clínicos relacionados con el envejecimiento.	5
3. Trastornos de Ansiedad	6
4. Comorbilidad de la Ansiedad en la tercera edad	12
5. Aspectos sociales	14
JUSTIFICACIÓN	16
HIPÓTESIS	17
OBJETIVOS	18
MATERIAL Y MÉTODOS	19
1. Búsqueda bibliográfica sistemática	19
2. Estudio descriptivo	19
RESULTADOS	27
1. Estudio descriptivo según clasificación de Ansiedad y Depresión.	27
2. Comparación sexo y edad.	28
3. Comparación de las restantes características sociodemográficas.	31
4. Comparación rendimiento cognoscitivo	35
5. Comparación en consumo de Benzodicepinas	37
DISCUSIÓN	40
1. Objetivo principal	40
2. Objetivos secundarios	41
3. Implicaciones	44
4. Fortalezas	44
5. Limitaciones	44
CONCLUSIONES	45
LINEAS FUTURAS DE TRABAJO	46
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	53

ABREVIATURAS

-ZARADEMP: Proyecto Zaragoza Demencia y Depresión en adultos.

-EURODEM: European Community Concerted Action for Epidemiology and Prevention of Dementia.

-ECMM-35: Examen cognoscitivo Mini- Mental de 35 ítems.

-MMSE: Mini Mental State Examination.

-MEC: Mini-Examen cognoscitivo.

-GMS: Geriatric Mental State.

-HAS: History and Aetiology Schedule.

-AGECAT: Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy.

RESUMEN

Objetivos: Demostrar la asociación entre los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos en la población mayor de 55 años y estudiar cómo afectan a dicha asociación variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel de estudios y la convivencia. Por otra parte, se pretenden estudiar diferencias en el rendimiento cognoscitivo y el consumo de benzodiazepinas entre los diferentes grupos diagnósticos estudiados.

Métodos: Se estudió una muestra de 4.057 sujetos de la población general de mayores de 55 años, a los que se administró una completa entrevista para obtener, entre otros, los datos analizados en el presente Trabajo Fin de Grado, entre los que se incluyen diagnóstico de ansiedad y/o depresión, rendimiento cognoscitivo (obtenido a partir del MMSE) y frecuencia y años de consumo de benzodiazepinas.

A partir de estos datos se estudió cómo cada una de las variables afectaba a la presencia de comorbilidad entre ansiedad y depresión.

Resultados: Se obtuvieron resultados estadísticamente significativos que demostraron la asociación de sexo femenino, edad mayor de 65 años, sujetos que viven solos, sujetos viudos y los analfabetos con una mayor presencia de formas comórbidas de enfermedad.

Los sujetos que presentaron la forma mixta de enfermedad tenían un peor rendimiento cognoscitivo y consumían a diario benzodiazepinas en mayor proporción que los que tenían solo uno de los trastornos.

Conclusión: La ansiedad aparece estrechamente relacionada con la depresión en este grupo de edad, además la presencia conjunta de ambas resulta en un peor rendimiento cognoscitivo así como mayor frecuencia de consumo de benzodiazepinas. Dicha asociación se ve aumentada en las mujeres, los mayores de 65 años, los viudos, los analfabetos y los que viven solos.

Palabras clave: Anxiety, depression, comorbidity, psychogeriatrics, community studies

ABSTRACT

Objetives: To demonstrate the association between anxiety disorders and depressive disorders in the population over 55 years of age and studying how sociodemographic variables such as age, gender, marital status, level of education and coexistence affect this association. On the other hand, we intend to study differences in cognitive performance and benzodiazepine consumption among the different diagnostic groups studied.

Methods: A sample of 4,057 subjects from the general population over 55 years old was studied, who were administered a complete interview to obtain, among others, the data analyzed in the present GFR, including diagnosis of Anxiety and / or depression, cognitive performance (obtained from MMSE) and frequency and years of benzodiazepine use. From these data we studied how each of the variables affected the presence of comorbidity between anxiety and depression.

Results: Statistically significant results were obtained that demonstrate the relationship of female sex, over 65s, living alone, widowhood and illiteracy with a greater presence of co-morbid disorders. People with the mixed disorder had a worst cognitive performance and consumed benzodiazepines daily in greater proportion than which had just one of the disorders.

Conclusion: Anxiety appears to be closely related to depression in this age group, and their combined presence results in worse cognitive performance as well as a increased frequency of benzodiazepine use. This association is increased in women, those over 65, widows, illiterates and those living alone.

Keywords: Anxiety, depression, comorbidity, psychogeriatrics, community studies

INTRODUCCIÓN

1. EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

Hablamos de “envejecimiento demográfico” para referirnos al proceso que configura la nueva pirámide poblacional. En España se ha producido un aumento en la proporción de personas mayores de 64 años en las últimas décadas y se prevé que esta tendencia se mantendrá en las próximas.

La figura 1 muestra las diferencias entre las pirámides poblacionales de 1975 y 2010.

Figura 1. Pirámides poblacionales de 1975 y 2010



El envejecimiento demográfico es, en definitiva, el resultado de una mejor manera de mantener las poblaciones humanas, más eficiente en el rendimiento obtenido por cada nueva vida traída al mundo(Perez J, 2011).

2. ASPECTOS CLÍNICOS RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso caracterizado por la disminución paulatina de la actividad fisiológica y de la capacidad de adaptación. Cabe señalar, en este sentido, que a los 70 años, declina el 90% de la conducción nerviosa. Durante el envejecimiento se experimenta atrofia y degeneración neuronal y disminución de la plasticidad. Se registran alteraciones bioquímico-funcionales, caracterizadas por disminución del flujo sanguíneo cerebral regional, disminución de neurotransmisores y de su liberación y disminución de receptores. Las consecuencias clínicas de este hecho son síntomas y síndromes neurológicos y psiquiátricos. Entre los síntomas neurológicos: reducción de la capacidad motora, movimientos más lentos, marcha a pequeños pasos, alteración de la estática y la dinámica, caídas, atrofia muscular y tendencia al sedentarismo. En lo psiquiátrico, tendencia a la depresión senil y al aislamiento.

3. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

3.1 DEFINICIÓN

La ansiedad no es, necesariamente, un estado patológico. De hecho, gran parte de los mecanismos fisiológicos expresados en situaciones de ansiedad son sólo dotaciones del organismo para afrontar con éxito demandas crecientes del entorno. Pero también puede manifestarse inapropiadamente o en exceso, haciendo justificable hablar de estados patológicos o de trastornos de ansiedad.

Así pues, la ansiedad patológica podría definirse como un malestar interior que se acompaña de pensamientos de temor, inquietud o anticipación de daños imaginados. Además vendría definida por la intensificación de los fenómenos que suelen acompañar a la ansiedad de características normales y, en especial, de los síntomas físicos y autonómicos (Agüera, 2006)

El concepto de ansiedad incluye diferentes formas de trastornos definidos a través de las clasificaciones DSM-5 y CIE 10.

3.2 CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

Las clasificaciones internacionales surgen con el objetivo de identificar grupos de pacientes que presentan unas características clínicas similares, aplicar un tratamiento adaptado y predecir una evolución probable.

Son dos las que se utilizan en la práctica clínica diaria en las unidades de psiquiatría: La CIE-10 es la décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la OMS, y la DSM-5 se trata de la quinta Edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana.

A continuación, se definen ambas clasificaciones prestando especial atención a las siguientes formas de ansiedad: Trastorno de ansiedad generalizada, fobias simples, Trastorno obsesivo compulsivo y trastorno por crisis de pánico , ya que se trata de las formas más frecuentes en la tercera edad y las que más repercusiones tienen y por tanto de las que nos vamos a ocupar a lo largo de todo el trabajo.

Tabla 1: Clasificación de los trastornos de Ansiedad según DSM-5 y CIE-10

	DSM-5	CIE-10
FOBIA SIMPLE	<p>300.29:</p> <p>A.Miedo o ansiedad intensa ante un objeto o situación específica.</p> <p>B.La situación u objeto casi siempre provoca ansiedad inmediata</p> <p>C.La situación u objeto se evita o resiste activamente</p> <p>D, E Y F. El miedo o ansiedad es desproporcional, persistente con una duración de 6 o más meses y causa malestar clínicamente significativo o deterioro en la vida diaria del sujeto.</p>	<p>F.40:</p> <p>A. Presencia de alguno de los siguientes: Miedo marcado a un objeto o situación específicos, no incluidos en la agorafobia (F40.0) o en la fobia social (F40.1), o evitación marcada de un objeto o situación específicos, no incluidos en la agorafobia (F40.0) o en la fobia social (F40.1).</p> <p>B. Los síntomas de ansiedad se deben haber manifestado desde el inicio del trastorno.</p> <p>C. Causa malestar emocional significativo.</p> <p>D. Los síntomas se limitan a la situación temida o a la contemplación de la misma.</p>
TRASTORNO OBESISIVO COMPULSIVO	<p>300.3:</p> <p>A. Presencia de obsesiones y/o compulsiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obsesiones: Pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que se experimentan como intrusas o no deseadas. El sujeto trata de ignorarlos con algún otro pensamiento o acto. - Compulsiones: Comportamientos repetidos que el sujeto realiza en respuesta a obsesiones con el objetivo de prevenir o disminuir la ansiedad. <p>B. Requieren mucho tiempo o causan malestar clínicamente significativo.</p>	<p>F.42:</p> <p>A.Presencia de obsesiones y/o compulsiones la mayor parte de los días durante un mínimo de dos semanas.</p> <p>B.Deben cumplir: El paciente reconoce que se originan en su mente, son reiteradas y desagradables, y al menos una obsesión o una compulsión es reconocida como excesiva o irracional. El paciente intenta resistirse a ellas, al menos a una sin éxito. Experimentar pensamientos obsesivos o llevar a cabo actos compulsivos no es en sí mismo placentero.</p> <p>C. Producen malestar</p>

<p>TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA</p>	<p>300.02: A. Ansiedad y preocupación excesiva que ha estado presente más días que ausente en los últimos seis meses, en relación con múltiples situaciones o actividades. B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación. C. Se asocia a tres o más de los síntomas siguientes: Inquietud, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, problemas de sueño. D. Causa malestar clínicamente significativo.</p>	<p>F41.1: A. Presencia de un período mínimo de seis meses con tensión prominente, preocupación y aprensión sobre los acontecimientos y problemas de la vida diaria. B. Presencia de al menos cuatro síntomas de ansiedad, de los cuales por lo menos uno debe ser: Palpitaciones, sudor, temblor o sacudidas, sequedad de boca.</p>
<p>TRASTORNO POR CRISIS DE PÁNICO</p>	<p>300.01: A. Ataques de pánico imprevistos recurrentes, durante los cuáles se producen cuatro o más de los síntomas siguientes: Palpitaciones, sudoración, temblor, sensación de dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, escalofríos, parestesias, desrealización, miedo a morir o a perder el control. B. Al menos a uno de los ataques le ha seguido al mes (o más) uno de los siguientes: 1. inquietud o preocupación continua a cerca de otros ataques de pánico. 2. Un cambio significativo de mala adaptación en el comportamiento relacionado con los ataques.</p>	<p>F.41.0: A.El sujeto experimenta ataques de pánico que no se asocian de forma consistente con una situación u objeto específicos, y que se producen espontáneamente. B. Un ataque de pánico se caracteriza por todos los siguiente: 1. Es un episodio diferenciado de intenso miedo o de malestar. 2. Se inicia abruptamente. 3. Alcanza su máxima intensidad en pocos minutos y dura, por lo menos, algunos minutos. 4. Se presentan al menos cuatro síntomas somáticos acompañantes, de los cuáles uno debe ser: palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado, sudoración, temblores o sacudidas, sequedad de boca.</p>

3.3 PREVALENCIA DE ANSIEDAD EN MAYORES

La prevalencia global de los trastornos de ansiedad en la tercera edad se ha demostrado inferior a la de los adultos jóvenes, pero aun así se trata de trastornos relativamente comunes en la vida tardía (Blay et al, 2012). En números absolutos varía ligeramente de unos estudios a otros, oscilando en todos ellos alrededor del 10%. Dentro de este porcentaje las fobias simples y el trastorno de ansiedad generalizada

han demostrado ser las más frecuentes, seguidos, aunque con una gran diferencia, del trastorno de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo (Beekman et al, 1998; Bruno et al, 2015).

A excepción del trastorno de ansiedad generalizada y la agorafobia que son particularmente propensos a iniciarse después de los 60 años, sobretodo esta segunda, la inmensa mayoría de los trastornos de ansiedad en estos pacientes son crónicos y se han iniciado en etapas previas de la vida (Le Roux, 2005; Flint, 1997). Cuando se trata de trastorno de ansiedad generalizada de aparición tardía (los últimos estudios apuntan a que el 24.6% presentan su primer episodio después de los 50 años)(Zhang, 2014) suele debutar asociada a depresión.

Debido a ésto, muchos de los trastornos que se inician en las últimas etapas de la vida son interpretados como rasgos parapsicológicos de los ancianos (Schuurmans, 2011) lo que conlleva una elevada tasa de infradiagnóstico e infratratamiento de estos pacientes.

3.4. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ANSIEDAD EN MAYORES

Las quejas subjetivas de ansiedad son bastante raras en esta población. Los ancianos suelen presentar, más bien, signos y síntomas somáticos consistentes en sudoración, inquietud, tensión muscular, taquicardia, falta de concentración, fatiga, mareos, parestesias, sequedad de boca, alteraciones digestivas, gesticulación y rubefacción facial, palpitaciones, temblor y molestias y dolores corporales.

Por estos motivos el conocimiento preciso de la epidemiología de la ansiedad geriátrica está lleno de obstáculos. Ya que los síntomas psiquiátricos pasan frecuentemente desapercibidos o son erróneamente interpretados como signos de una enfermedad somática.

Una condición habitual de la ansiedad en los ancianos es que presenta una respuesta incompleta a los tratamientos (Blay et al, 2012), lo que se acompaña de mayor riesgo de recaídas y de progresión a depresión o a estados ansioso-depresivos.

3.4.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada

Se trata de un síndrome común e incapacitante (Lader M, 2015). En los ancianos, la ansiedad generalizada, como síndrome o como trastorno específico, obliga a revisar la posibilidad de comorbilidad con problemas de salud física, con los trastornos depresivos y con el deterioro cognitivo.

3.4.2 Fobias:

Las temáticas fóbicas no se diferencian mucho de las del adulto, e incluyen salir de casa, quedarse solo, tomar transporte público y los espacios cerrados entre otros (Agüera et al. 2006).

Las fobias, y las maniobras de evitación que llevan a la restricción de la actividad, pueden pasar fácilmente desapercibidas debido a la facilidad con la que se acepta la restricción de movimientos en los ancianos y lo sencilla que resulta la ocultación bajo el disfraz de quejas físicas como mareos, inestabilidad de la marcha o temor a caer.

En cuanto a las fobias sociales, un rasgo que las diferencia de poblaciones más jóvenes es que en la tercera edad comer o escribir en público generan más veces ansiedad que hablar en público, debido a las dentaduras postizas y al temblor respectivamente.

3.4.3. Trastorno obsesivo compulsivo:

Los pacientes ancianos suelen tener más temores de contaminación, dudas patológicas y rituales de comprobación que los jóvenes y menor necesidad de simetría, tocar y ordenar que éstos (Agüera et al, 2006).

3.4.4. Trastorno de Angustia o Pánico:

En esta franja de edad la dificultad respiratoria, la sensación de mareo y el temor a caer son especialmente frecuentes. También es habitual que las crisis se manifiesten como exacerbación de las enfermedades que el paciente presente de base. En las crisis, en ocasiones, pueden aparecer síntomas agorafóbicos acompañantes.

3.4.5. Agorafobia:

Los síntomas agorafóbicos en este sector poblacional se manifiestan mayoritariamente como negación a salir de casa, con la excusa del riesgo a caer o de ser asaltado (Agüera, 2006).

Hay ocasiones en que se desarrolla a posteriori de un evento médico, como por ejemplo pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular (Lenze et al, 2001), que suponen una peor evolución y calidad de vida para el paciente.

3.5 CURSO Y FACTORES FAVORECEDORES

En lo que respecta al curso de la ansiedad, la bibliografía coincide en que la prevalencia comienza a disminuir a los 50 años y hasta mitad de la década de los 60, momento en el que inicia un nuevo repunte coincidiendo con el fin de la vida laboral. Aproximadamente a los 70 experimenta un nuevo descenso (Lee et al, 2016) para

finalmente aumentar a los 75 y a partir de entonces se mantiene estable (Palsson et al, 1997).

Una característica propia de los trastornos de ansiedad en las edades más avanzadas y que los hace diferentes, es el hecho de estar más influenciados por factores genéticos y menos por factores ambientales. Son propios de estas etapas el aislamiento y la pérdida de lazos sociales, por lo que el entorno tiene un papel mucho menor, mientras que la neuropatología propia de la edad y el agotamiento progresivo de los recursos que permiten hacer frente a la ansiedad en edades más jóvenes, hacen que los individuos sean más vulnerables a cualquier predisposición genética a la ansiedad (Lee et al, 2016; Andreescu, 2015).

3.6 TRATAMIENTO

En cuanto al tratamiento de la ansiedad en esta etapa de la vida, el problema más grave que se presenta es la alta frecuencia con la que estos cuadros pasan desapercibidos, son mal diagnosticados y, en consecuencia, no tratados. La posibilidad de que el cuadro esté producido por una patología somática, la presencia de patología intercurrente y el hecho de que la polimedicación sea una característica casi inherente a este sector poblacional, son factores que no han de pasar desapercibidos y han de ser tenidos en cuenta a la hora de plantear los diferentes tratamientos.

3.6.1 Benzodiazepinas

Las benzodiazepinas están consideradas como fármacos seguros y eficaces en el tratamiento de la ansiedad del adulto y se emplean por extensión, de forma habitual, en la ansiedad del anciano. Las diferencias farmacocinéticas y farmacodinámicas de esta población suponen una mayor presencia de efectos indeseados. Es más frecuente la aparición de una excesiva sedación o de cuadros confusionales, los problemas en el rendimiento cognoscitivo, el deterioro de la memoria y la afectación psicomotora que se traduce en posibilidad de caídas y el consiguiente riesgo de fracturas, efectos que dificultan especialmente su manejo en algunas condiciones como la presencia previa de deterioro cognitivo (Lenze et al, 2009). Las consideraciones farmacocinéticas orientan hacia benzodiazepinas de vida media corta, como oxacepam y loracepam.

3.6.2 Antidepresivos

Los antidepresivos, especialmente los de nueva generación, constituyen la primera línea en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. Los ISRS han

demostrado una eficacia mayor al resto de terapias, sobretodo cuando se trata de episodios agudos (Andreescu et al, 2015; Bruno et al, 2015). A su eficacia sobre el trastorno de ansiedad se le añade su capacidad para reducir los síntomas depresivos que, con frecuencia, aparecen asociados en la clínica. Este grupo incluye sertralina, paroxetina, escitalopram y duloxetina (Kennedy, 2015).

3.6.3 Pregabalina

Se ha señalado su eficacia y seguridad en los cuadros de ansiedad. Es eficaz en los trastornos de ansiedad generalizada en pacientes mayores de 65 años.

3.6.4 Tratamientos psicológicos

En general, las investigaciones sobre eficacia de la psicoterapia en ancianos han recibido poca atención, sobretodo en el grupo de los más mayores, ya que la mayoría de estudios a este respecto se han realizado en pacientes de entre 55 y 70 años (Laidlaw, 2013). Dentro de éstas, las terapias cognitivo-conductuales han sido las más ampliamente empleadas. Estas terapias parecen tener más impacto en los pacientes en edad laboral que en mayores de 65 (Kishita et al, 2017). Dichas terapias no sólo tienen efecto sobre la ansiedad, sino también sobre la depresión acompañante. La mayor eficacia se registra en el trastorno de ansiedad generalizada.

Si bien no parecen resultar especialmente útiles en los episodios agudos, si que han demostrado reducir las tasas de recaída durante el tratamiento de mantenimiento en la enfermedad crónica (Andreescu, 2015).

En general, existe una cierta propensión a mantener de forma indefinida los tratamientos en este grupo de edad, con la creencia errónea de que los procesos que afectan a los ancianos tienden casi siempre a la cronificación, algo que puede acarrear problemas de sobredosificación.

4. COMORBILIDAD DE LA ANSIEDAD EN LA TERCERA EDAD

4.1. ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La depresión es el principal problema comórbido de la ansiedad, con la que comparte además numerosos síntomas. Alrededor del 30% de los pacientes con diagnóstico primario de trastorno de ansiedad presentan síntomas depresivos comórbidos (Lobo et al, 1997). De hecho, se ha considerado que el trastorno de ansiedad generalizada es posiblemente una etapa previa a la enfermedad depresiva en muchos pacientes de edad avanzada (Beekman et al, 1998). Esta fuerte relación temporal que se ha sugerido entre ambas en las últimas etapas de la vida viene

apoyada además por la demostración de que en la mayoría de los sujetos mejora la sintomatología depresiva al hacerlo la ansiosa (Chand et al, 2014).

Si analizamos los datos en el sentido opuesto esta relación es todavía mayor, ya que un 65% de los ancianos con depresión presenta síntomas ansiosos, y un 48% presenta un trastorno de ansiedad propiamente dicho.

La comorbilidad ansiosa más común con los trastornos depresivos es la fobia simple, presente en el 19 % de los pacientes con depresión, seguida por el trastorno de ansiedad generalizada.

En general los pacientes depresivos con trastornos de ansiedad comórbidos presentan una patología más grave y tienen un curso de la enfermedad más complicado, incluyendo una respuesta al tratamiento más pobre, retrasada en el tiempo y con más tasas de abandono. Además presentan una probabilidad de cometer actos suicidas mayor que los pacientes con depresiones aisladas (Lenze et al, 2001).

Los ancianos en los que se ha encontrado una persistencia de los síntomas de ansiedad tras la remisión de los síntomas depresivos han demostrado presentar un mayor riesgo de recaída depresiva, por lo que se aconseja la monitorización de los síntomas durante el tratamiento antidepressivo de mantenimiento.

Dada la alta comorbilidad y el solapamiento de síntomas entre estas dos entidades, conviene diferenciar los síntomas más específicamente ansiosos de los depresivos, así como los comunes a ambas. Se muestran en la tabla 2.

Tabla 2: Síntomas de ansiedad y depresión

Trastornos de ansiedad	Trastornos depresivos	Ambos
-tensión. -nerviosismo -temblor -síntomas autonómicos -empeoramiento en forma de crisis	-anhedonia -llanto -anorexia -pérdida de peso -enlentecimiento psicomotriz -desesperanza -sentimientos de soledad -tendencia al aislamiento	-alteraciones del sueño y el apetito -molestias gastrointestinales o cardiopulmonares inespecíficas -irritabilidad -falta de energía, fatigabilidad -dificultad de concentración

4.2 OTRAS COMORBILIDADES

4.2.1. Demencia

Múltiples investigaciones han proporcionado mayor evidencia de progresión a la demencia de individuos con trastorno neurocognitivo menor cuando también presentaban síntomas neuropsiquiátricos (Stella et al, 2014; Rosenberg et al, 2013).

Así pues, se ha hecho hincapié en que la prestación temprana de apoyo psiquiátrico a los pacientes con ansiedad durante la fase leve de la disfunción cognitiva influye en gran medida en el curso posterior de la enfermedad, disminuyendo o retrasando el deterioro cognitivo (Saito, 2014).

Cabe destacar que en estos pacientes el trastorno de ansiedad generalizada suele tomar una forma de presentación característica, en forma de agitación.

Además, la ansiedad también es un factor predictor de deterioro cognitivo independiente de demencia (Gallacher et al, 2009) y del paso de ésta a enfermedad de Alzheimer (Palmer et al, 2007).

Independientemente de la ansiedad, la depresión también resulta en un deterioro cognitivo de los ancianos que la padecen (Palsson et al, 1997).

5. ASPECTOS SOCIALES

Los aspectos sociales generales que han demostrado su asociación con el desarrollo de trastornos de ansiedad en la tercera edad son:

género femenino, pérdidas recientes, bajo nivel educativo, menor tamaño de la red social y la enfermedad mental crónica (depresión, fobia y antecedentes de TAG) (Beekman et al, 1998; Zhang et al, 2015). A continuación pasaremos a estudiar más en profundidad algunos de ellos.

5.1. DIFERENCIA POR SEXOS

En cuanto a la diferencia por sexos, la ansiedad y la depresión son más frecuentes en las mujeres (Apostolova et al, 2014; Forlani et al, 2014, Zhang et al, 2015) algo que está en consonancia con la distribución descrita para los adultos más jóvenes.

Sólo parece invertirse esta relación en el pico de ansiedad-depresión que se produce alrededor de los 65 años con motivo del fin de la vida laboral. En este caso los hombres han mostrado niveles más altos que los de las mujeres. Ésto parece tener relación con el tipo de educación recibida, por la que el hombre jubilado suele presentar más vivencias de soledad y de pérdida de lugar, mientras que la mujer jubilada continúa su rol doméstico que antes compartía con el laboral-social, lo que hace que lo viva como un cambio transicional más natural (Gutierrez J et al, 2013).

5.2. VIVIENDA

Cabría destacar el efecto de la institucionalización de los ancianos en la prevalencia de ansiedad, ya que por lo general se trata de personas más mayores o al menos más frágiles, que presentan más patología de base, resultando en más

dificultades para la adaptación. Además, estos ancianos suelen haber sufrido experiencias de pérdida más recientes tanto de seres queridos como del control de funciones corporales o de autonomía, influyendo todo esto en una tasa de prevalencia de ansiedad mayor que la de la población general (Gerolimatos et al, 2013; Schuurmans et al, 2011). Además de una mayor tasa de trastornos de ansiedad, la institucionalización también supone un aumento de la comorbilidad de ésta con depresión (Smalbrugge, 2005).

La depresión aislada de la ansiedad también es más común en esta forma de domicilio, así como en los pacientes que no están institucionalizados pero necesitan asistencia domiciliaria (Theurer et al, 2015; Polyakova et al, 2015)

Respecto a las formas de ansiedad más frecuentes en este grupo de pacientes, no se aprecian diferencias con la población general, apareciendo como las más prevalentes las fobias simples y el trastorno de ansiedad generalizada (Creighton et al, 2016).

Sin embargo otras formas de ansiedad, como la ansiedad social, tienen un menor peso en este grupo de pacientes que en el de sus homónimos comunitarios, lo que se ha asociado con tener menos obligaciones y cargas sociales, lo que facilita evitar y no enfrentarse a las situaciones causantes de esta forma de ansiedad (De Bellos, 2010).

5.3. PÉRDIDAS RECIENTES

En el periodo de tiempo que sigue a la pérdida del cónyuge hay un aumento de los trastornos ansioso-depresivos. Esos niveles parecen acercarse nuevamente a los de la población general después de 6 meses del acontecimiento (Pérez, 2005).

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo se enmarca en un interés por profundizar en el área de la psicogeriatría, un campo muchas veces abandonado con respecto a otros grupos de edad, lo que contrasta con la realidad demográfica de nuestro medio, en el cual se está produciendo un envejecimiento progresivo de la población, lo que implica la necesidad de estudios específicos en estas edades.

En la actualidad, según los datos del Instituto Nacional de Estadística, los mayores de 65 años suponen el 18,2% de la población española, pero se estima que para 2064 sea el 38,7% (Instituto Nacional de Estadística, 2016).

Dentro de este campo hemos decidido centrarnos en los trastornos de ansiedad debido a que comparado con otros trastornos son un campo muy infraestudiado dentro de la psicopatología del anciano y en el que en múltiples ocasiones se han asumido como propias nociones de estudios basados en poblaciones más jóvenes, con la consiguiente pérdida de especificidad que esto supone.

La revisión bibliográfica nos orientaba a que el principal foco de atención de las investigaciones se centra en los trastornos depresivos, dejando en un segundo plano la ansiedad, que en múltiples ocasiones es acompañante de ésta dificultando el manejo y, probablemente, resultando en una peor evolución de los pacientes. La bibliografía general reconoce que debido a la frecuente comorbilidad con depresión, se aplican muchos aspectos estudiados de ella y se asumen aplicables a la ansiedad. Sin embargo, pensamos que su estudio específico nos aportará un enriquecimiento del conocimiento y abordaje más específico y fructífero, ya que en la mayoría de las ocasiones se ha estudiado la depresión como diagnóstico principal y la ansiedad como acompañante y no en sentido inverso.

Otro de los hechos que nos invitó a realizar este estudio es el contraste entre lo hasta ahora comentado y la elevada prescripción y consumo de benzodiazepinas en nuestro país. Según la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, el consumo de benzodiazepinas en España aumentó un 57% entre 2000 y 2012, convirtiéndolo en uno de los países con mayor consumo de estos psicofármacos.

Todo ello, unido al hecho de que contábamos con una valiosa herramienta de estudio como es la entrevista del proyecto ZARADEMP supuso que nuestro estudio se centrara en la ansiedad en la tercera edad y la depresión como elemento comórbido.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

1.HIPÓTESIS

1.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL

El presente trabajo se desarrolla a partir de la hipótesis de que existe una asociación positiva y estadísticamente significativa entre los trastornos de ansiedad y el síndrome depresivo en las personas mayores de 55 años de la población general.

1.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS

A. Encontraremos una mayor prevalencia de ansiedad en los encuestados con las siguientes características sociodemográficas: mujeres, estado civil de viudedad, con menor nivel educacional y en aquellos que viven solos.

B. Hallaremos un aumento de la ansiedad y depresión comórbida en los años posteriores a la jubilación y un segundo pico por encima de los 75 años.

C. Observaremos un peor rendimiento cognoscitivo en las personas con comorbilidad ansiedad-depresión con respecto a las personas que presentan únicamente ansiedad.

D. El consumo de benzodiazepinas será significativamente mayor en los sujetos que presentan la comorbilidad ansiedad-depresión, que en aquellos que presentan la ansiedad de forma aislada.

2.OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO PRINCIPAL

Estudiar la asociación de los trastornos de ansiedad en las personas mayores de 55 años en la comunidad con el trastorno psicopatológico más frecuente en este grupo de edad: la depresión.

2.2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

A. Determinar la influencia del género y la edad en dicha asociación, describiendo posibles diferencias entre hombres y mujeres y entre dos grupos de edad, mayores y menores de 65 años (para estudiar el efecto de la situación de activo a jubilado).

B. Dentro del grupo de edad geriátrica, valorar diferencias en esta comorbilidad, entre mayores y menores de 75 años.

C. Estudiar la influencia en dicha asociación de otras características sociodemográficas como el estado civil, el nivel educacional y la situación residencial.

D. Estudiar la influencia en el rendimiento cognoscitivo en sujetos con ansiedad sólo respecto a los pacientes que tienen depresión comórbida.

E. Analizar diferencias en el grado y tiempo de consumo de benzodiazepinas entre los diferentes trastornos.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA

Previo a la realización del estudio se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistematizada en el portal PubMed utilizando como palabras clave “anxiety disorders” “elderly anxiety” “Anxiety comorbidity”.

A través de esta búsqueda se hizo una selección de los artículos más interesantes con el fin de encontrar aquellas variables que habían mostrado mayor relación con la comorbilidad objeto de nuestro estudio, para ocuparnos de ellas en el ámbito estadístico.

2. ESTUDIO DESCRIPTIVO

El presente trabajo forma parte del Proyecto ZARADEMP, un estudio epidemiológico cuyos objetivos principales son documentar la prevalencia, la incidencia y los factores de riesgo de diversas patologías (fundamentalmente las más frecuentes en este grupo de edad: demencia y depresión, así como otras patologías importantes como la ansiedad) en población general de mayores en una amplia muestra comunitaria (Lobo et al, 2005). El Proyecto ZARADEMP se incorpora en el Programa de Acciones Concertadas de la Comunidad Europea, EURODEM (*European Community Concerted Action for Epidemiology and Prevention of Dementia*), grupo oficial para el estudio de la epidemiología de las demencias, y del cual forman parte diferentes centros de trabajo de varios países europeos (Launer et al, 1992).

Es importante mencionar que, aunque demencia y depresión fueron las dos principales enfermedades mentales objeto de estudio, en el diseño del Proyecto ZARADEMP, la demencia acaparó el principal protagonismo (Lobo et al, 2005 a). Este hecho es patente en el diseño del proyecto y ha sido cuidadosamente tenido en cuenta en el transcurso de la proyección, planificación, análisis, y elaboración del presente Trabajo Final de Grado.

2.1.LUGAR DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Zaragoza, incluyendo el área metropolitana (barrios periféricos), que concentra la mitad de la población de nuestra Comunidad Autónoma.

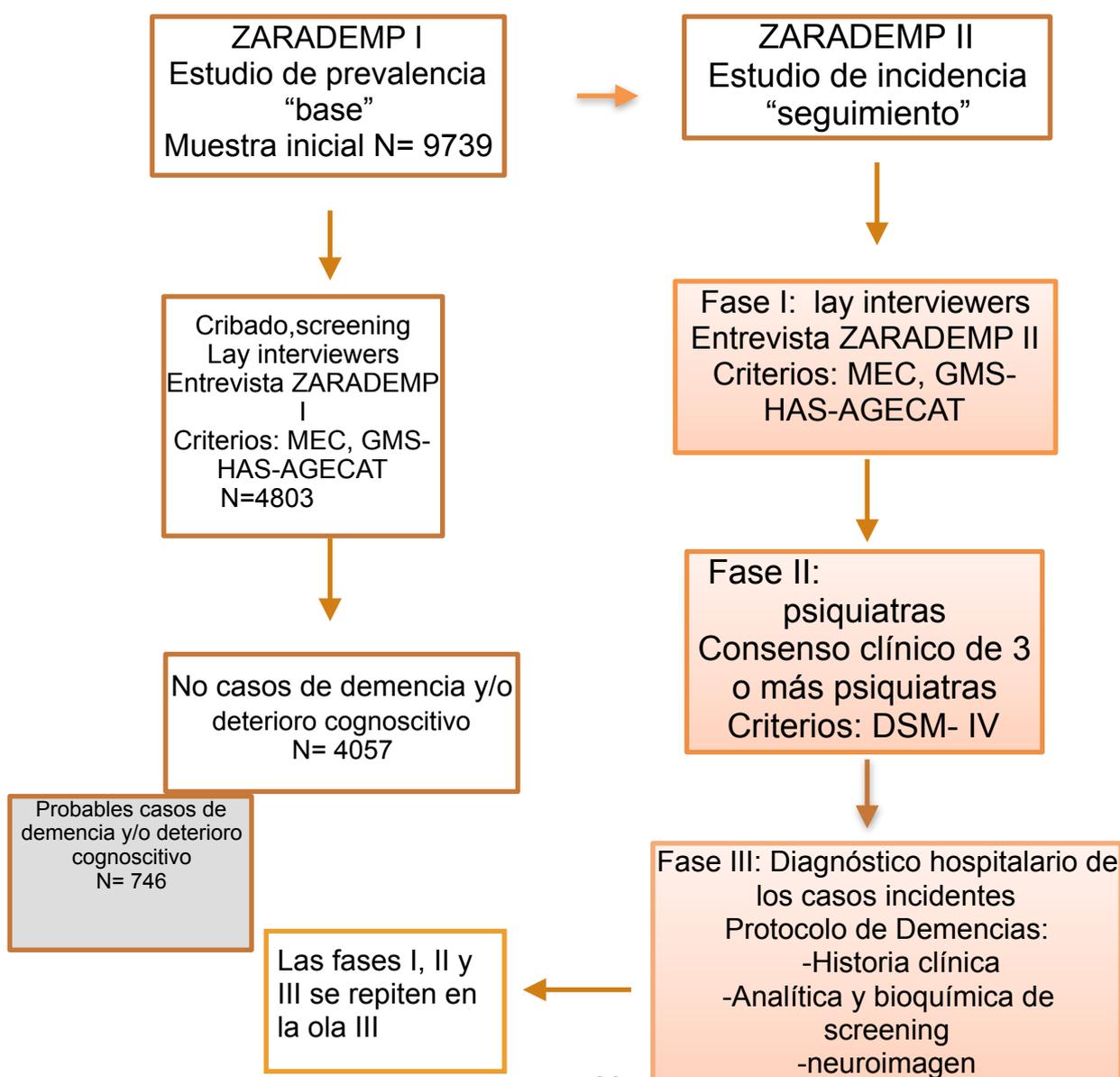
El ámbito del presente estudio es poblacional y general, incluida población institucionalizada.

Los resultados obtenidos a partir de los datos extraídos en este proyecto son una amplia representación poblacional, por lo que pueden ser generalizados a toda la población anciana de la ciudad de Zaragoza y, dada las características de la zona geográfica pueden, así mismo, ser comparados y parcialmente generalizados a poblaciones de características similares.

2.2. DISEÑO DEL ESTUDIO

Se diseñó un estudio epidemiológico con sucesivas “olas”. Se trata de un estudio prospectivo de cohortes, por lo tanto de tipo observacional y longitudinal con proyección analítica y parcialmente causal. La descripción más ampliada puede consultarse en publicaciones del grupo (Lobo et al, 2005 a; Lobo et al, 2005 b). Pasamos a exponer un resumen del mismo:

Figura 2. Diagrama del diseño en fases del proyecto ZARADEMP



Para el presente TFG, utilizaremos exclusivamente la “ola I”, o estudio de base, por lo que se utilizarán datos transversales, y que pasamos a exponer.

La Ola I (ZARADEMP I) es un estudio de base, que intentaba identificar una cohorte de individuos sin demencia, así como la prevalencia y la distribución de sus hipotetizados factores de riesgo. El trabajo de campo de este estudio de base se completó por medio de entrevistadores no profesionales (lay interviewers) estandarizados y supervisados por psiquiatras investigadores. El trabajo se subdivide a su vez en dos fases, una fase de cribado o screening y una fase de corrección de entrevistas y validación cruzada de los datos obtenidos. A continuación describimos estas dos fases:

- Fase de cribado o screening: Los entrevistadores estandarizados evalúan a cada individuo de la muestra seleccionada mediante un instrumento diseñado y estandarizado para este fin, la entrevista ZARADEMP. El 74,5 % de las entrevistas fueron realizadas en los domicilios particulares de los entrevistados.
- Fase de corrección y validación: En la segunda fase se procede a la corrección de las entrevistas obteniendo los “probables casos” de demencia y/o deterioro cognitivo y los “no casos” o sujetos sanos, así como a la supervisión de todos los datos obtenidos. Tras completar dicha fase, se procede al minucioso proceso de validación de datos.

2.3. TRABAJO DE CAMPO

Se realizó un proceso de obtención de muestra poblacional, determinando una muestra de arranque de 9.739 sujetos. Tras ello, el primer paso fue informar a los sujetos sobre el estudio mediante una carta personal firmada por los responsables del Proyecto ZARADEMP. A continuación se concretó una cita mediante llamada telefónica cuando fue posible y, en caso contrario, se visitó su domicilio. Si el anciano había sido institucionalizado, era entrevistado en la institución. Se obtuvo un consentimiento informado de cada uno de los individuos participantes.

En esta “ola” se utilizó un diseño epidemiológico de “screening”. Los “lay interviewers” administraron la Entrevista ZARADEMP con todos sus instrumentos incorporados.

Las entrevistas tuvieron una duración entre 25 y 90 minutos. Todos los datos fueron minuciosamente revisados por los psiquiatras investigadores, que supervisaron individualmente a los “lay interviewers” y cada una de las entrevistas realizadas. En el estadio final de la Ola I, los psiquiatras recogieron el diagnóstico de “demencia”, “depresión” u “otros” en los casos nominados.

Olas II, III y IV o Estudio de seguimiento: los sujetos que no fueron considerados “casos”, ni “subcasos” de demencia o de deterioro cognoscitivo en la “ola” previa forman la cohorte para los estudios de “seguimiento”, aplicando la misma metodología y los mismos instrumentos, obteniéndose datos longitudinales, objeto de otros trabajos.

Para alcanzar los objetivos planteados en el presente Trabajo Fin de Grado únicamente utilizaremos la información disponible en la Ola I.

2.4. MUESTRA DEL ESTUDIO.

Debido a las causas de no entrevista, de la muestra inicial (n = 9.739), un total de 4.803 individuos completaron la Ola I del estudio.

Tras la exclusión de aquellos que cumplen criterios de demencia, para el siguiente Trabajo Fin de Grado se tiene en cuenta una muestra de 4.057 sujetos. En las tablas 3 y 4 se exponen las características sociodemográficas de la muestra objeto del presente TFG.

Tabla 3. Distribución de la muestra de ZARADEMP I por sexo y grupo de edad

Estratos de edad (años)	Hombres	Mujeres	R* hombres	R* mujeres	DEM** hombres	DEM** mujeres
55-59	664	789	403	436	24	37
60-64	665	811	378	455	16	29
65-69	574	841	324	433	17	48
70-74	503	786	255	344	23	62
75-79	415	756	171	241	27	91
80+	1.198	1.737	297	320	99	273
Total	9.739		4.057		746	

Total: número de sujetos que fueron seleccionados del censo municipal

** R: número de sujetos que fueron entrevistados, excluyendo los DEM*

*** DEM: número de “probables casos de demencia o deterioro cognoscitivo*

Tabla 4. Características sociodemográficas de la muestra

Características	ZARADEMP I	
	N	%
Estado civil		
Soltero	389	8,1
Casado/pareja	2.796	58,2
Viudo	1.494	31,1
Separado/divorciado	65	1,4
Religioso	45	0,9
Sin datos	14	0,3
Total	4.803	
Nivel educativo		
Sin estudios	521	10,8
Primarios completos	1.729	36,0
Primarios incompletos	1.778	37,0
Bachillerato	363	7,5
Universitarios	354	7,3
Sin datos	58	1,2
Total	4.803	

2.5. DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS

El instrumento utilizado para el estudio ha sido la entrevista ZARADEMP I (ANEXO I): Se trata de una entrevista semiestructurada que fue diseñada para el presente estudio. Está compuesta de los siguientes instrumentos, validados en nuestro medio, y para los que los entrevistadores han sido estandarizados:

- a. Examen Cognoscitivo “Mini-Mental” de 35 ítems (ECMM-35) (Lobo et al, 2002). Se trata del instrumento de screening de funciones superiores más utilizado a nivel nacional e internacional. El Mini-Mental State Examination (MMSE), fue creado por Folstein y cols (1975), y validado en nuestro medio por Lobo et al (1980) (Mini-Examen Cognoscitivo o Examen Cognoscitivo “Mini-Mental”, MEC o ECMM). Explora las principales áreas intelectivas específicas. Los puntos de corte serían: 27/28 para adultos no geriátricos, y 23/24 para los sujetos de 65 ó más años.
- b. Geriatric Mental State (GMS-B): instrumento de valoración psicopatológica en población psicogeriátrica más ampliamente utilizado en el mundo (Prince et al, 2004). Consiste en una entrevista clínica semiestructurada. La versión que se aplica en nuestro estudio es la versión abreviada (GMS-B), adaptada para su utilización en población general, y que puede ser aplicada por “lay interviewers” entrenados y estandarizados en su aplicación y valoración. Cubre las

principales áreas sintomáticas de los trastornos más frecuentes en esta población, y se le puede aplicar el programa computerizado AGE-CAT (Copeland y cols. 1987). Consta de diferentes secciones, y explora, fundamentalmente, la presencia de demencia, depresión o ansiedad (Saz et al, 1991; Saz et al, 1996), y cuenta también con ítems observacionales.

- c. History and Aetiology Schedule (HAS). Recoge de forma estandarizada la historia de la enfermedad así como aspectos etiológicos. Se ha comunicado un buen grado de acuerdo ($\kappa = 0,76$) cuando el psiquiatra estandarizado utilizaba la versión española (Lobo 1992).
- d. El sistema computerizado AGE-CAT de diagnóstico psiquiátrico. El Automated Geriatric Examination for Computer Assisted Taxonomy (AGE-CAT), una serie de programas computerizados que analizan los datos GMS. En el estadio I del algoritmo del AGE-CAT, éste agrupa los ítems del GMS en síntomas componentes, agrupados en ocho "clusters" (o "síndromes") diagnósticos. En el estadio II, todos los niveles en cada "cluster" se comparan entre sí y se genera un diagnóstico principal y un diagnóstico alternativo, cuando procede. Han sido comunicados los datos pertinentes sobre la validez de su versión española (Lobo, 1992). Los síntomas se condensan en ocho síndromes diferentes. Los niveles de 3 o más, corresponderían a un "caso".
- e. Estado funcional. Se midió a través de dos escalas: el índice de Katz para Actividades Básicas de la Vida Diaria (Katz et al, 1963), y la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody, instrumento fiable y válido (Lawton y Brody, 1969), aplicables por "lay interviewers".
- f. Cuestionario EURODEM de factores de riesgo. Diseñado por el grupo de trabajo EURODEM (Andersen et al, 1999). Se recogen los principales factores de riesgo relacionados con demencia: datos sobre consumo de alcohol y tabaco, edad de menopausia, antecedentes de otros problemas psiquiátricos, uso de medicamentos y datos de salud general.

2.6. VARIABLES DE ESTUDIO

Todas las variables empleadas para este estudio han sido codificadas a partir de la información recogida en la Entrevista ZARADEMP I.

2.6.1. Variables primarias

A. Diagnósticos AGE-CAT de ansiedad prevalente: La batería GMS-AGE-CAT genera diagnósticos psiquiátricos de acuerdo a la siguiente clasificación: No caso AGE-CAT; Caso de demencia; Subcaso de demencia; Caso de depresión psicótica; Caso de depresión neurótica; Subcaso de depresión; Caso de ansiedad; Subcaso de ansiedad.

B. Status al final del seguimiento: se define según se explicó en el apartado anterior.

2.6.2. Variables socioeconómicas

A. Edad en el estudio de base: Se obtuvo la fecha de nacimiento del sujeto del Censo Municipal de la Ciudad de Zaragoza (ítem 02001).

B. Sexo: Este dato proviene de la información obtenida del Censo Municipal de Zaragoza (ítem 02002).

C. Años de estudio: Calculada como la diferencia, en años, entre la edad de finalización e inicio de los estudios (ítems 02009 y 02010). Posteriormente fue contrastada con el “máximo nivel de estudios (formales) alcanzados” (ítem 02011) para comprobar y evitar posibles incoherencias o discrepancias en la información de estas variables.

D. Nivel de estudios: Se crearon tres categorías.

-Analfabetos: sujetos que no saben leer ni escribir y/o no habían completado dos años de formación primaria reglada.

-Estudios primarios: sujetos que saben leer y escribir y tienen más de dos años de formación primaria reglada.

-Estudios secundarios o universitarios: sujetos con formación profesional reglada o bachillerato o estudios universitarios.

E. Tipo de convivencia: Fue categorizada en cuatro niveles, en función de con quién reside la persona entrevistada (ítem 01012): sólo, con cónyuge, con hijos y otros. Se agruparon las categorías “cónyuge”, “hijos” y “otros”, resultando una variable dicotómica con los niveles “sólo” y “acompañado”.

F. Estado civil: Se decidieron cinco posibilidades exclusivas entre sí (ítem 02003): Soltero; Casado/Pareja; Separado/Divorciado; Viudo; Religioso. Se agruparon las categorías “soltero” y “religioso”.

2.6.3. Rendimiento cognoscitivo

El rendimiento cognoscitivo se obtuvo a través de la versión española estandarizada del Mini Mental Status Examination (MMSE) como un indicador fiable y válido de la función cognoscitiva.

2.6.4. Diagnóstico AGECAAT de depresión

Para codificar la variable que identifica los casos prevalentes de depresión: se codificaron como “deprimido” o “casos” de depresión en ZARADEMP I, los “casos” de depresión neurótica (menor), los “casos” de depresión psicótica (mayor) y “subcaso” de depresión; y como “no deprimido” o “no caso” de depresión en ZARADEMP I.

2.6.5. Consumo de Benzodiazepinas

Se registró, en primer lugar si existía o no consumo de benzodiazepinas (ítem 03042). En caso de haberlo se registraron también los años de consumo (ítem 03044) y la frecuencia del mismo (ítem 03043). De este último ítem resultaron cuatro grupos de pacientes: Consumo esporádico; abuso, consumo diario/casi diario; duda; no procede.

2.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

En primer lugar, se contrastó la normalidad de las variables cuantitativas mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las diferencias según clasificación de ansiedad en las variables del baseline en estudio fueron evaluadas mediante el contraste de tendencia lineal de χ^2 (Chi-Cuadrado) para las variables categóricas y el contraste de tendencia lineal ANOVA (análisis de la varianza) para las continuas. Se utilizó el software estadístico IBM SPSS 22 (licencia Universidad de Zaragoza) y Epidat 3.1 para la realización de los análisis estadísticos.

2.8. ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

Se han mantenido a lo largo de todo el estudio los principios éticos fundamentales para la investigación médica en seres humanos, de acuerdo a la Declaración de Helsinki adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial (Helsinki, Finlandia, en junio de 1964) y enmendada por la 29ª Asamblea (Tokio, Japón, Octubre 1975). Así mismo, se ha respetado la legislación vigente en materia de tratamiento y protección de datos de carácter personal en todas las fases del estudio, de acuerdo con la Ley Orgánica 5/1992, de 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Automatizado de los Datos de Carácter Personal (Vigente hasta el 14 de enero de 2000) y con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal. Se elaboró y administró un consentimiento informado por escrito al efecto, que los entrevistadores entregan y leen (en caso de necesidad por dificultades en la comprensión), previa a la firma del mismo. Se garantizó en todo momento la privacidad, confidencialidad y seguridad de la información personal de los ancianos entrevistados. Para ello se utilizó un método de disociación de datos, de forma que todos los datos recogidos permanecían anónimos y separados de los datos personales, que se mantuvieron en sobres sellados bajo la custodia del investigador principal, para su destrucción una vez finalizado el estudio.

RESULTADOS

1. ESTUDIO DESCRIPTIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

De los 4.803 sujetos entrevistados en el estudio de base (ZARADEMP I), una vez excluidos los 746 casos de demencia, 4.057 fueron evaluados según los criterios AGECAT de clasificación de ansiedad y depresión. De estos, 2.253 sujetos (55,5%) fueron clasificados como “no caso”, 1.349 (33,3%) como “caso” de ansiedad aislada, 68 (1,7%) como “caso” de depresión aislada y 387 (9,5%) como “caso” de ansiedad y depresión.

Así pues de los 4.057 sujetos analizados un total de 455 sujetos presentaban criterios de trastornos depresivo, de los cuáles el 14,95 % presentaban depresión aislada y el 85,05 % presentaban la forma de enfermedad asociada a ansiedad, quedando así patente no sólo que los trastornos de ansiedad presentan mayor prevalencia en este sector de la población (42,79% ansiedad, 11,21% depresión) sino también que dentro de los trastornos depresivos, es más frecuente que estos se den asociados a ansiedad que aislados.

La figura 3 muestra la clasificación de ansiedad y depresión de los sujetos entrevistados en el estudio de base (ZARADEMP I); y la figura 4 presenta su distribución porcentual mediante diagrama de sectores.

Figura 3. Diagrama de flujo de clasificación de los sujetos según ansiedad y depresión (ZARADEMP I)

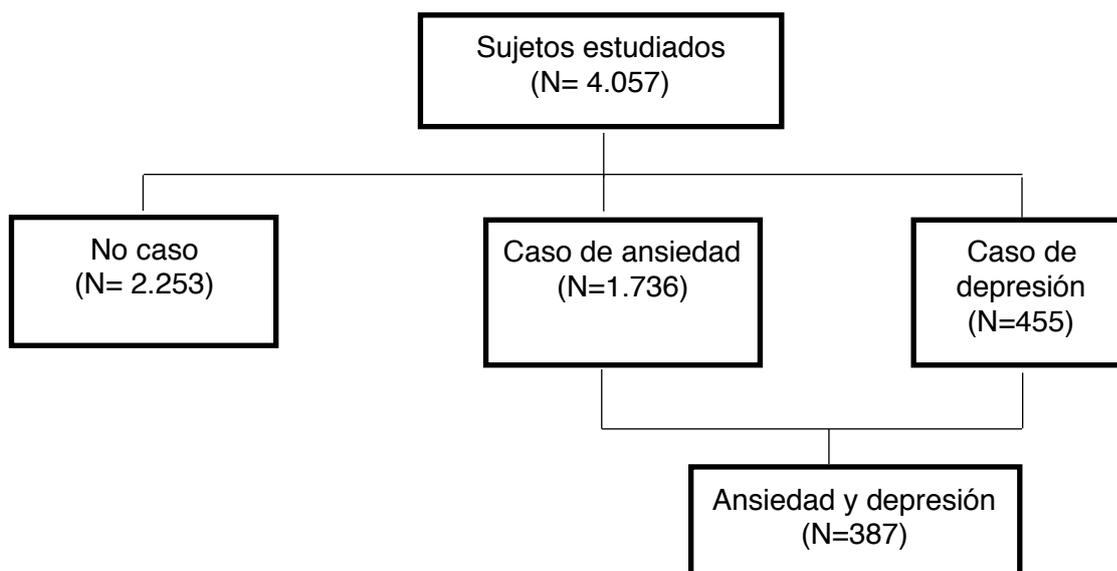
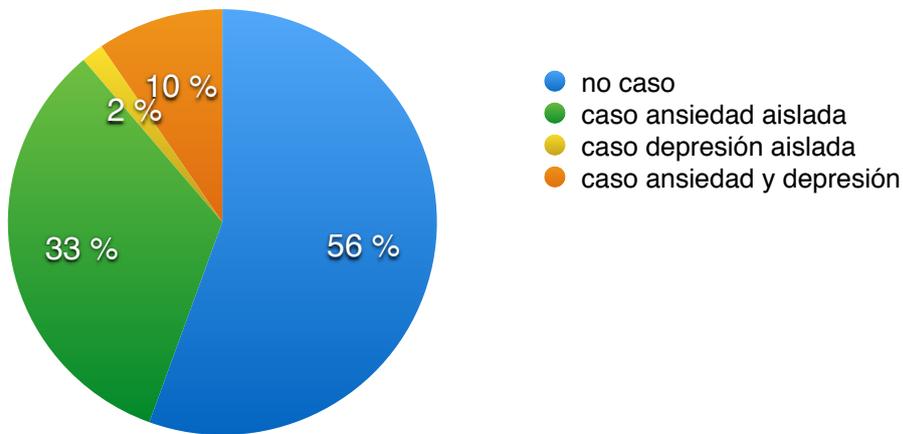


Figura 4. Diagrama de sectores de distribución de ansiedad y depresión en el estudio de base (ZARADEMP I).

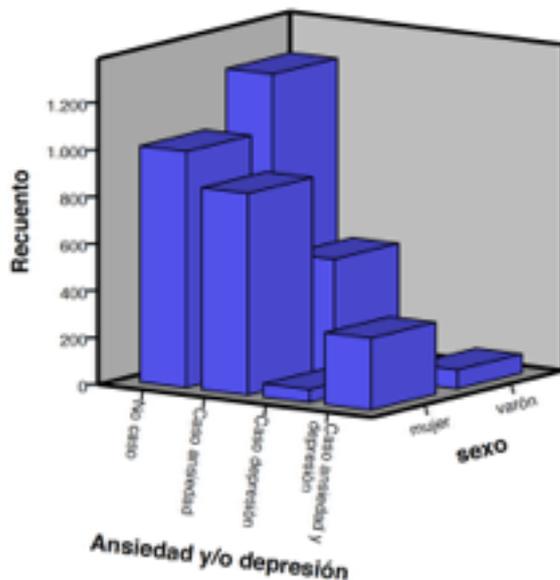


2. COMPARACIÓN DEL SEXO Y EDAD

2.1. SEXO

La distribución de la ansiedad y depresión según sexo se muestra en la siguiente figura:

Figura 5. Distribución de ansiedad y depresión según sexo.



La comparación del sexo, según la clasificación de ansiedad y depresión, se presenta en la tabla 5.

Tabla 5: Comparación del sexo según clasificación de ansiedad y depresión.

Variables	No caso (N= 2.253)		Caso Ansiedad (N= 1.349)		Caso Depresión (N= 68)		Caso depresión y ansiedad (N=387)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
SEXO	<0,001								
Varón	1.246	55,3	489	36,8	12	17,6	81	20,9	
Mujer	1.007	44,7	860	63,8	56	82,4	306	79,1	

P: valor de p

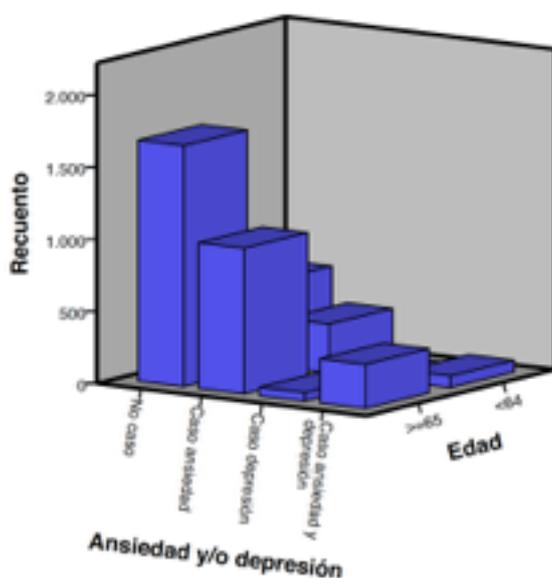
Aquellos participantes que cumplieron los criterios de ansiedad y/o depresión tuvieron una mayor probabilidad de ser mujer, en comparación con aquellos libres de ansiedad y depresión (“no caso”). De hecho, haciendo una valoración a nivel global de enfermo o sano encontramos que sólo un 32,26% de los 1.804 pacientes que responden a alguno de los diagnósticos estudiados son varones. Lo que significa que en el cómputo global de diagnósticos las mujeres suponen más del doble que los hombres.

Además la brecha porcentual mujeres-hombres es todavía mayor en los casos en que se presenta la comorbilidad objeto de estudio que en aquellos en lo que se detecta ansiedad aislada (p para tendencia < 0,001).

2.2. EDAD (<65 años vs. 65+ años)

La distribución de la ansiedad y depresión según edad se muestra en la figura 6 :

Figura 6: Distribución de ansiedad y/o depresión en mayores y menores 65 años.



La comparación de la edad, según la clasificación de ansiedad y depresión, se presenta en la tabla 6.

Tabla 6. Comparación de la edad según clasificación de ansiedad y depresión.

Variables	No caso (N= 2.253)		Caso Ansiedad (N=1.349)		Caso Depresión (N=68)		Caso depresión y ansiedad (N= 387)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad									0,02
Menos de 65 a	583	25,9	339	25,1	10	14,7	81	20,9	
Más de 65 a	1.607	74,1	1.010	74,9	58	85,3	306	79,1	

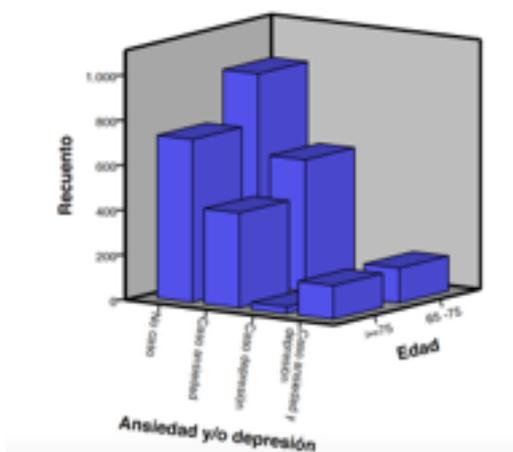
p: Valor p

Aquellos participantes que cumplieron los criterios de ansiedad y/o depresión tuvieron una mayor probabilidad de tener 65 años o más, en comparación con aquellos libres de ansiedad y depresión (“no caso”). Del total de sujetos enfermos, el 76,16% eran pacientes mayores de 65 años. Además podemos comprobar en la tabla que en el caso de la forma mixta de enfermedad el porcentaje de mayores de 65 es 79,1% y por tanto superior tanto al de enfermedad en general como al de ansiedad aislada. Es decir, la presencia de comorbilidad acentúa las diferencias entre los dos grupos de edad (p para tendencia = 0,020).

2.3. EDAD (65-74 años vs. 75+ años)

La distribución de la ansiedad y depresión según edad (mayores o menores de 75 años) se muestra en la siguiente figura:

Figura 7. Distribución de ansiedad y depresión según edad.



La comparación de la edad, según la clasificación de ansiedad y depresión, se presenta en la tabla 7.

Tabla 7. Comparación de grupos de edad según clasificación de ansiedad y depresión

Variables	No caso (N=2.253)		Caso Ansiedad (N=1.349)		Caso Depresión (N= 68)		Caso depresión y ansiedad (N=387)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Edad									0,104
65-74 años	945	56,6	587	58,1	28	48,3	156	51,0	
+75 años	725	43,4	423	41,9	30	51,7	150	49,0	

p: Valor p

No se observan diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad (65-74 años y 75+ años) entre los grupos de participantes (p=0,104).

3.COMPARACIÓN DE LAS RESTANTES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

3.1.NIVEL EDUCATIVO

La distribución de la ansiedad y depresión según nivel educativo se muestra en la siguiente figura y tabla:

Figura 8. Distribución de ansiedad y depresión según nivel educativo

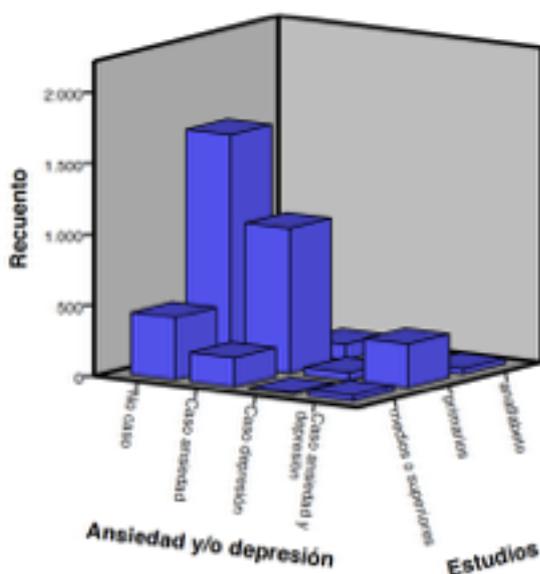


Tabla 8: Comparación del nivel educativo según clasificación de ansiedad y depresión

Variables	No caso (N=2.253)		Caso Ansiedad (N=1.349)		Caso Depresión (N= 68)		Caso Depresión y ansiedad (N=387)		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nivel educativo									<0,001
Analfabeto	165	7,4	107	8,0	4	6,1	39	10,2	
Primarios	1.634	73,0	1.024	76,6	54	81,8	307	79,9	
Medios/ Superiores	439	19,6	205	15,3	8	12,1	38	9,9	

p: valor de *p*

Aquellos participantes que cumplieron los criterios de ansiedad y/o depresión tuvieron una mayor probabilidad de ser analfabetos, en comparación con aquellos libres de ansiedad y depresión (“no caso”)(*p* para tendencia < 0,001).

Si bien al observar la tabla podemos comprobar que los sujetos con estudios primarios suponen un porcentaje más alto en las tres formas de enfermedad hay que tener en cuenta el hecho de que en nuestra población, contar con estudios primarios es la más frecuente de las posibilidades que se nos presentan. De hecho en nuestra muestra los sujetos con estudios primarios suponen el 75%, por lo que es de esperar que con cualquier variable que la crucemos obtengamos un número mayor de estos sujetos que del resto.

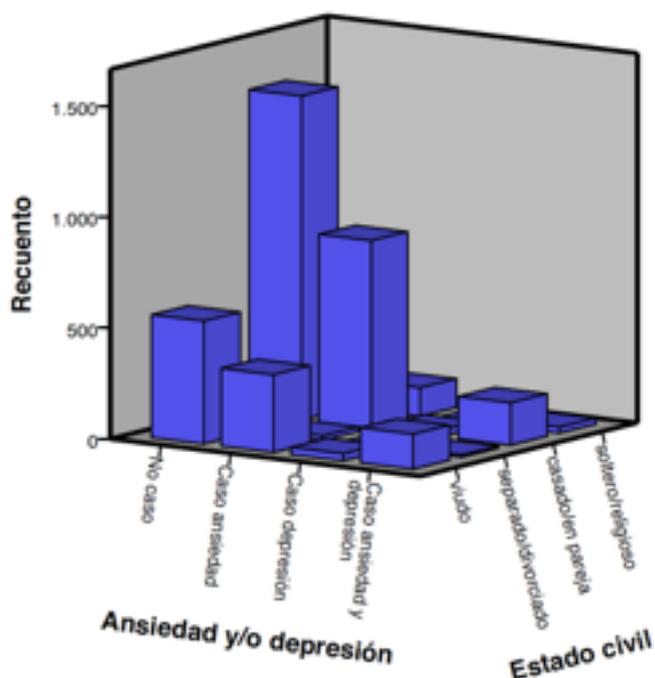
Sin embargo, lo que si podemos comprobar es que el grupo de analfabetos supone un porcentaje mayor en el total de sujetos afectados de la forma mixta de enfermedad que en cualquiera de las formas aisladas, ya sea la ansiedad o el trastorno depresivo.

También cabe destacar de estos resultados, que a diferencia de lo que ocurre cuando estudiamos la población mayor en líneas generales, al separarla por nivel educativo, encontramos que en las personas con estudios primarios los trastornos depresivos son no sólo más frecuentes que los trastornos de ansiedad sino también que los casos de comorbilidad.

3.2. ESTADO CIVIL.

La distribución de la ansiedad y depresión según estado civil se muestra en la siguiente figura:

Figura 9. Distribución de ansiedad y depresión según estado civil.



La comparación del estado civil, según la clasificación de ansiedad y depresión, se presenta en la tabla 9.

Tabla 9. comparación del estado civil según clasificación de ansiedad y depresión

Variables	No Caso (N= 2.253)		Caso Ansiedad (N= 1.349)		Caso depresión (N= 68)		Caso depresión y ansiedad (N= 387)		P
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Estado civil	<0,001								
Soltero/religioso	207	9,2	129	9,6	4	6,0	27	7,0	
Casado/pareja	1.461	65,0	846	62,9	30	44,8	191	49,5	
Separado/divorciado	27	1,2	20	1,5	1	1,5	10	2,6	
Viudo	554	24,6	350	26,0	32	47,8	158	40,9	

P: valor de p

Aquellos participantes que cumplieron los criterios de ansiedad y/o depresión tuvieron una mayor probabilidad de ser viudos, en comparación con aquellos libres de ansiedad y depresión (“no caso”)(p para tendencia < 0,001).

Como sucedía en el caso anterior, el hecho de que el grupo de casados suponga un mayor porcentaje en el total de enfermos no debe confundirnos y hacernos pensar que tal hecho sea más frecuente en este grupo de edad, pues el 62,4% de los sujetos de nuestra muestra pertenecen a esta categoría estando el 37,6% restante repartidos en las otras tres categorías.

Ante esto, debemos fijarnos una vez más en las tendencias y de esta forma nos encontramos con que del total de 1094 viudos, el 49,36% presenta alguno de los trastornos estudiados, repartiéndose estos sujetos de la siguiente manera: 32% ansiedad, 2,9% depresión, 14,44% comorbilidad de ambas. Encontramos por tanto que a diferencia de la creencia habitual de que tras la pérdida del cónyuge la forma de trastorno más frecuente es el depresivo, la forma más frecuente es el trastorno de ansiedad, resultando además más frecuente no sólo que la forma aislada sino también que la forma mixta de trastorno.

3.3. TIPO DE CONVIVENCIA

La distribución de la ansiedad y depresión según el tipo de convivencia se muestra en la siguiente figura y tabla:

Figura 10. Distribución de ansiedad y depresión según tipo de convivencia.

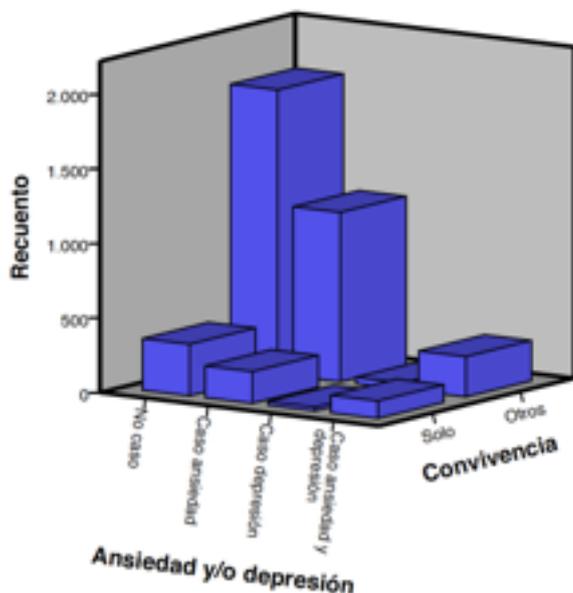


Tabla 10. Comparación del tipo de convivencia según clasificación de ansiedad y depresión. (p= valor de p)

Variables	No caso (N= 2.253)		Caso Ansiedad (N= 1.349)		Caso Depresión (N= 68)		Caso depresión y ansiedad (N= 387)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Tipo de convivencia									<0,001
Acompañado	1.907	84,6	1.136	84,2	43	63,2	270	69,8	
Solo	346	15,4	213	15,8	25	11,7	117	30,2	

Aquellos participantes que cumplieron los criterios de ansiedad y/o depresión tuvieron una mayor probabilidad de vivir solos, en comparación con aquellos libres de ansiedad y depresión (“no caso”)(p para tendencia < 0,001).

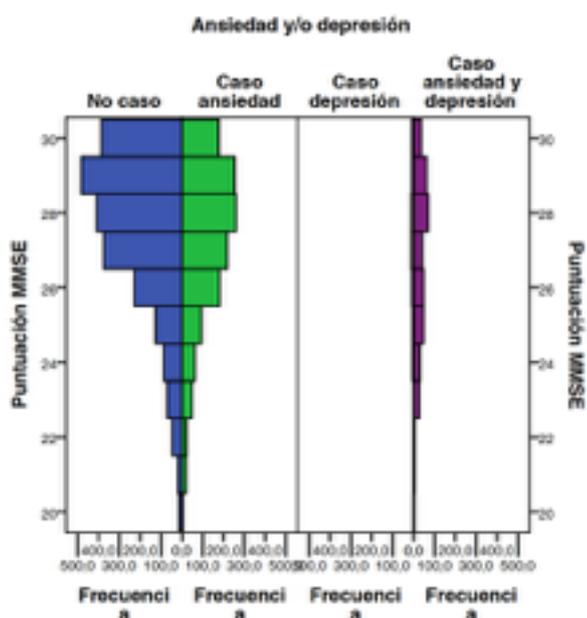
Como sucedía en casos previos, vivir sólo supone un % menor en el total de sujetos enfermos, pero esto se debe a que supone un % menor en el total de sujetos estudiados, ya que sólo representa el 17,27% de los casos.

Lo que encontramos al comparar estas variables es que, aunque la frecuencia de ansiedad entre sujetos que viven solos y acompañados es similar (33,85% de los sujetos que viven acompañados y 30% de los sujetos que viven solos), la tasa de depresión aislada y de forma comórbida es prácticamente el doble entre aquellos que viven solos que entre los acompañados (3,56% y 16,69% respectivamente en sujetos solos y 1,28% y 8,04% entre los que viven acompañados). Así pues, a diferencia de lo que ocurría con otras variables estudiadas, vivir solo supone un factor más predisponente a los trastornos depresivos que a los trastornos de ansiedad.

4. COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO COGNOSCITIVO

La distribución de la ansiedad y depresión según rendimiento cognoscitivo se muestra en la siguiente figura:

Figura 11. Distribución de ansiedad y depresión según rendimiento cognoscitivo.



La comparación del rendimiento cognoscitivo en el estudio de base, según la clasificación de ansiedad y depresión, se expone en la tabla 11.

Tabla 11. comparación del rendimiento cognoscitivo en el estudio base según clasificación de ansiedad

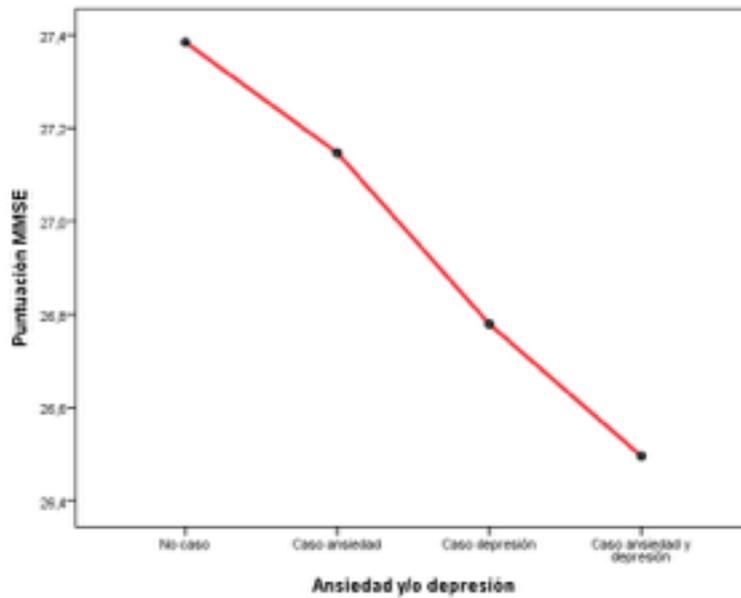
Variables	No caso (N= 2.253)		Caso Ansiedad (N= 1.349)		Caso depresión (N=68)		Caso Depresión y ansiedad (N= 387)		p
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.	
Punt. MMSE	27,4	2,6	27,1	2,3	26,8	2,4	26,5	2,8	<0.001

D.T. Desviación Típica; p: valor de p.

Aquellos participantes que cumplieron los criterios de ansiedad y/o depresión tuvieron puntuación menor en el MMSE en comparación con aquellos libres de ambas enfermedades (“no caso”). De hecho, se observa todavía peor puntuación en aquellos que presentan ambas formas de enfermedad que en los que presentan una sola.(p para tendencia < 0,001).

A continuación se muestra la figura 12, que representa dicha pérdida de puntuación:

Figura 12: Comparativa de la Puntuación media en MMSE

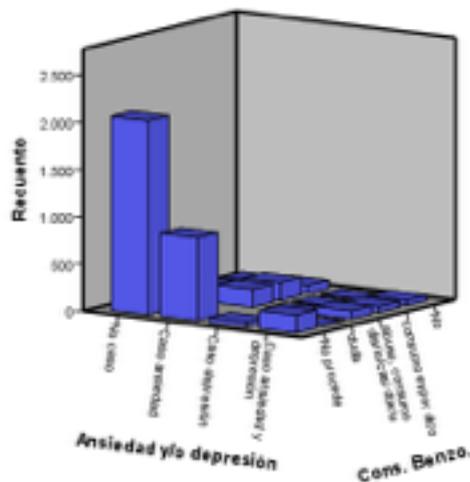


5. COMPARACIÓN EN EL CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS

Como habíamos comentado, en nuestro medio contrasta la escasez de diagnósticos de trastorno de ansiedad establecidos con el enorme consumo y por tanto prescripción de benzodiazepinas, que ha convertido a España en uno de los países con mayor consumo de estos psicofármacos.

Así, nos pareció interesante estudiar si existían diferencias significativas en el patrón de consumo de estos fármacos entre los pacientes que presentaban trastornos de ansiedad y/o depresión y con los considerados “no caso”.

figura 13: Distribución de ansiedad y depresión según consumo de benzodiazepinas



La comparación del consumo de benzodiazepinas en el estudio de base, según la clasificación de ansiedad y depresión, se exponen en la tabla 12.

Tabla 12. Comparación del consumo de benzodiazepinas en el estudio de base según clasificación de ansiedad y/o depresión

Variables	No caso (N= 2.253)		Caso Ansiedad (N= 1.349)		Caso depresión (N=68)		Caso Depresión y ansiedad (N= 387)		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
No consumo	65	2,9	88	6,5	7	10,3	55	14,2	<0,001
Consumo esporádico	71	3,2	190	14,1	5	7,4	60	15,5	
Consumo diario/casi diario	57	2,5	189	14	7	10,3	86	22,2	
No procede	2059	91,4	882	65,4	49	72,1	185	47,8	

D.T.: Desviación típica; p: Valor p.

Aquellos participantes que cumplieron los criterios de ansiedad y/o depresión tuvieron una mayor probabilidad de ser consumidores diarios o casi diarios de benzodiazepinas que aquellos libres de ansiedad y depresión (“no caso”). De hecho, se observa un gradiente en la proporción de consumidores conforme pasamos de forma aislada de enfermedad a presentar la comorbilidad.(p para tendencia < 0,001).

Sin embargo, para la forma de consumo esporádico, aunque si que nos encontramos con un mayor porcentaje de sujetos con ansiedad que con depresión, la variabilidad entre sujetos con ansiedad aislada o su forma asociada a depresión es reducida.

La distribución de la ansiedad y depresión según la duración del consumo de benzodiazepinas (años) en la siguiente figura y tabla:

Figura 14. Distribución de ansiedad y depresión según duración del consumo de benzodiazepinas.

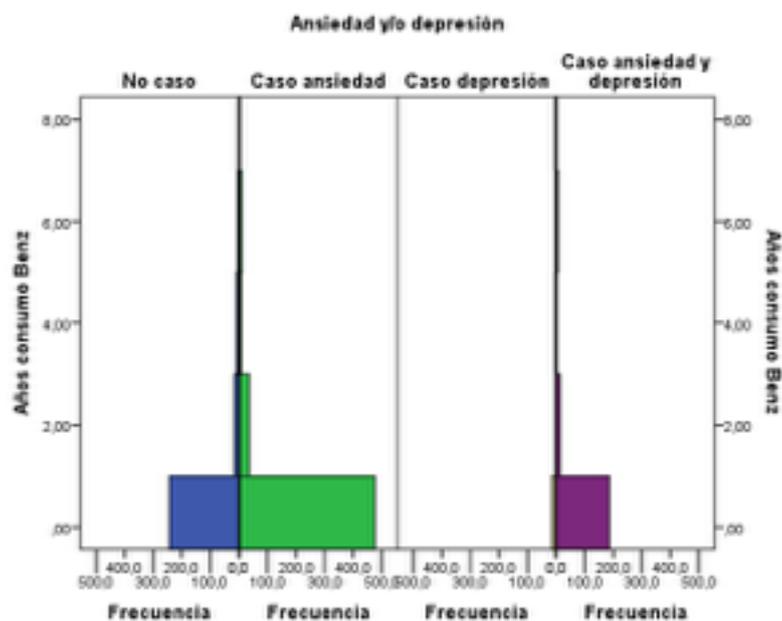


Tabla 13: Años de consumo de benzodiazepinas.

Variables	No caso (N= 2.253)		Caso Ansiedad (N= 1.349)		Caso depresión (N=68)		Caso Depresión y ansiedad (N= 387)		p
	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T	Media	D.T	
ANOS	1,1	4,8	0,7	3,9	1,3	3,2	0,7	2,4	0,574

D.T.: Desviación típica; p: Valor p.

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en los años de consumo de benzodiazepinas en los cuatro grupos en estudio, con un valor de $p = 0,574$.

DISCUSIÓN

1. OBJETIVO PRINCIPAL

El objetivo principal de este estudio era demostrar la existencia de una asociación significativa entre ansiedad y depresión en los ancianos, poniendo en el centro del estudio la ansiedad, en contraste con lo que sucede en la mayoría de la bibliografía consultada, en la que ésta es estudiada como elemento comórbido y no como diagnóstico principal. Así pues, en relación a este objetivo, la revisión bibliográfica realizada nos llevaba a hipotetizar que ambas entidades se encontraban fuertemente asociadas en los ancianos.

La ansiedad aparecía descrita en algunos de los estudios como una etapa previa al desarrollo de depresión (Beekman et al, 1998) o cuanto menos, que estos pacientes presentaban un riesgo significativamente mayor que la población general de desarrollar depresión o estados mixtos (Sami et al, 2015). Se asumía pues, que los pacientes que en etapas tempranas presentaran ansiedad aislada requerirían un estrecho seguimiento de su patología, ya que un elevado número de los mismos terminaría mostrando también síntomas depresivos. Resultando además dichas formas mixtas en una peor evolución y más pobre respuesta al tratamiento de los pacientes que aquellas en las que la ansiedad o la depresión aparecía aislada (Braam et al, 2014).

Trasladando estos hallazgos a los datos de nuestro estudio podemos comprobar que se confirman, ya que de los 4.057 sujetos estudiados (una vez excluidos los pacientes con demencia, casos y subcasos) un 33,25 % (1.349) presentaba un trastorno de ansiedad aislada, un 1,67% (68) presentaba trastorno depresivo aislado y un 9,53% (387) presentaba ambos. Nos encontramos con una prevalencia de ansiedad en población anciana general nada despreciable, además estos datos demuestran que la depresión es menos frecuente que la ansiedad y que los estados mixtos.

Estos datos contrastan con la práctica habitual, en la que la ansiedad suele ocupar un segundo plano con respecto a la depresión. Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de hacer un buen diagnóstico de la ansiedad en estas etapas de la vida, tanto cuando nos encontramos ante un paciente con un trastorno depresivo para evitar así una peor evolución del mismo, como cuando nos encontramos ante síntomas somáticos que puedan camuflar la patología psiquiátrica de fondo.

Además de tener una importante trascendencia en lo que al diagnóstico se refiere, el hallazgo de dicha asociación pone de manifiesto la importancia de asociar fármacos antidepresivos al tratamiento de la ansiedad, no sólo por su utilidad documentada en el tratamiento de ésta, sino también por la asociación de la misma a depresión, y por tanto la necesidad de un manejo en común de ambas entidades.

2. OBJETIVOS SECUNDARIOS

2.1. INFLUENCIA DEL GÉNERO

La mayor frecuencia en el sexo femenino de todas las formas de trastorno estudiadas que hallamos en nuestro trabajo resulta congruente con todos los datos con los que contábamos de estudios previos (Apostolova et al, 2014; Forlani et al, 2014; Zhang et al, 2015).

Así pues, en nuestro estudio encontramos que en todas las formas de trastorno es más probable que el afectado sea mujer, siendo esa diferencia algo menor en los trastornos de ansiedad aislados, en los cuales las mujeres suponen un 63 %, que en los otros dos casos estudiados, en los que los hombres no superan un 20% en ninguno.

La revisión bibliográfica parecía indicar que esta diferencia por sexos se invertiría puntualmente en el periodo inmediato post jubilación (Gutierrez et al, 2013). A este respecto no podemos concluir si la población de Zaragoza se ajusta a este hecho, ya que no contamos con datos que relacionen simultáneamente sexo y edad con cada una de las formas de trastorno a estudio.

2.2. RANGOS DE EDAD

La bibliografía consultada indicaba un aumento de la prevalencia alrededor de los 65 años, es decir, coincidiendo con el final de la vida laboral. Los hallazgos en nuestro estudio encuentran igualmente que hay mayor frecuencia de los tres supuestos estudiados (ansiedad, depresión o situaciones comórbidas) en personas mayores de 65 años con respecto a las personas más jóvenes. Si bien para esta franja de edad existe dicha concordancia, no ocurre lo mismo en edades más avanzadas. Los resultados de nuestro estudio para comparar la ansiedad en mayores y menores de 75 años han resultado ser no estadísticamente significativos con un valor de $p=0,104$. En contra de estos resultados, la revisión bibliográfica concluía que alrededor de los 75 años se producía un segundo pico, resultando en una mayor prevalencia en los sujetos por encima de esta edad. Además también afirmaba que la ansiedad en las edades más avanzadas se debía más a problemas médicos que sociales (Lee et al, 206; Andreescu, 2015), sin embargo nuestros resultados, que no muestran diferencias estadísticamente significativas entre mayores y menores de 75 años, nos hacen

pensar que este hecho no sea del todo cierto, ya que de lo contrario, como el aumento de edad supone un empeoramiento de la salud, deberíamos encontrar en nuestra muestra ese segundo pico.

A pesar de todo esto, parece interesante destacar que la muestra de mayores de 75 años con la que contábamos sólo supone el 31,22 % del total de sujetos analizados, por lo que sería útil para trabajos futuros poder ampliar la muestra de sujetos de este grupo de edad para analizar si los resultados permanecen invariables.

2.3 OTRAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

El resto de características sociodemográficas en las que se han demostrado diferencias significativas y que por tanto vamos a pasar a exponer son el nivel educativo, el estado civil y el tipo de convivencia.

Los antecedentes previos a la realización del estudio estadístico, nos hacían sospechar que si la población de Zaragoza se ajustaba a las poblaciones previamente estudiadas encontraríamos mayores tasas de ansiedad y/o depresión en aquellos sujetos que presentaran menor nivel educativo (Zhang et al, 2015), que estuvieran institucionalizados (Gerolimatos et al, 2013; Smalbrugge, 2005) y en los pacientes viudos, pudiendo extrapolarse este hecho además a la pérdida recientes de otros seres queridos y no sólo a la del cónyuge (Perez, 2005).

Así pues, de acuerdo a lo que esperábamos encontrar aparecieron tasas de ansiedad mayores en los sujetos analfabetos, que en aquellos que habían cursado estudios tanto básicos como superiores.

En cuanto al estado civil, también se adaptaron nuestros resultados a los datos con los que contábamos de estudios previos, pues las personas viudas presentaron mayores tasas de ansiedad y/o depresión. Un dato que no podemos valorar con este estudio por no contar con el dato del tiempo que ha pasado desde la pérdida del cónyuge, pero que si que planteaba la bibliografía, es que esta diferencia respecto a la población general era mayor en los seis primeros meses después de la pérdida, llegando pasado este tiempo incluso a igualarse a la de poblaciones generales (Perez, 2005).

En el aspecto que más diferencias parecen existir entre la población objeto de nuestro estudio y los estudios previos de los que teníamos información es en el tipo de convivencia. La bibliografía consultada para elaborar este trabajo iba en la dirección de que las tasas de ansiedad y/o depresión eran mayores en aquellos sujetos que estaban institucionalizados que en los que residían en el domicilio. Sin embargo, los resultados del estudio ZARADEMP concluyen que la prevalencia de las tres formas de trastorno estudiadas son mayores en los sujetos que viven sólo, que en aquellos que

lo hacen acompañados, incluyendo este último grupo a los sujetos institucionalizados. Si bien estos datos parecen ir en direcciones opuestas, es cierto que el grupo de personas que no están solas además de los sujetos institucionalizados, incluye también aquellos que viven con su cónyuge o con sus hijos. De estos dos últimos grupos de sujetos podríamos sospechar a priori que presentan una red social más extensa, o al menos más sólida que la de aquellos sujetos que viven solos.

Por este motivo, no asumiremos que nuestra población no coincide con los datos de estudios previos, sino que los resultados se han visto influenciados por el hecho de que en el mismo grupo que los sujetos institucionalizados hemos incluido a aquellos que en principio esperamos tengan un soporte familiar más fuerte.

2.4. COMPARACIÓN DEL RENDIMIENTO COGNOSCITIVO

Para el estudio del rendimiento cognoscitivo en nuestro estudio se utilizó como instrumento de medida la versión española del Mini Mental Status Examination.

Los datos con los que contábamos de la revisión bibliográfica coincidían en considerar la presencia de trastornos de ansiedad y/o depresión como un factor de riesgo para la conversión de trastornos neurocognitivos menores en mayores y por tanto como un predictor de deterioro cognitivo (Stella et al; 2014, Rosenberg et al, 2013; Palsson et al, 1997).

Nuestro trabajo planteaba como hipótesis, basándose en dicha revisión, que encontraríamos evidencias de rendimiento cognoscitivo más pobre en los sujetos que sufrieran ansiedad y depresión comórbida que en aquellos que solo cumplieran criterios para uno de los diagnósticos.

Una vez más nuestra población se ajusta, ya que la presencia de cualquiera de las formas de ansiedad supone una menor puntuación en MMSE que la de los sujetos sanos, pero además se demuestra que los peores resultados aparecen en los sujetos que presentan la comorbilidad objeto de estudio.

2.5. COMPARACIÓN DEL CONSUMO DE BENZODIAZEPINAS

La bibliografía consultada afirmaba que los pacientes depresivos con trastornos de ansiedad concomitantes sufrían formas más graves de enfermedad y que su curso era más complicado, lo que incluía una peor respuesta al tratamiento (Lenze et al, 2001). Ante esto cabía sospechar que los pacientes que presentaran la comorbilidad objeto de estudio tendrían una mayor tasa de consumo de benzodiazepinas para el control de su patología que los que sufrieran ansiedad aislada, hecho que se confirma a través de nuestro estudio estadístico.

3.IMPLICACIONES

Este estudio demuestra la enorme discrepancia que existe entre la relevancia y la realidad sociodemográfica de los trastornos de ansiedad en la tercera edad y el infradiagnóstico e infratratamiento que existe de la misma en estos grupos de edad, apareciendo en multitud de ocasiones como un mero diagnóstico acompañante de los trastornos depresivos. Este hecho se debe a diversas variables, algunas de ellas dependientes de los propios pacientes, como son la falta de búsqueda de ayuda y la duración prolongada de la enfermedad que termina por hacer que el paciente asuma la enfermedad como algo propio y natural. También participan variables de la práctica clínica como la falta de conocimientos por la escasez de publicaciones en lo que respecta a los rasgos propios de la ansiedad en este rango de edad (Schuurmans et al, 2011).

4. FORTALEZAS

El hecho de incluir un tamaño muestral grande y que además los sujetos pertenecientes a él sean de una ciudad como Zaragoza, la cual cuenta con el 50% de la población de la Comunidad Autónoma de Aragón, hace que este estudio sea extrapolable al resto de la Comunidad. Pero además, Zaragoza es conocida por ser una ciudad cuya población representa muy adecuadamente la media de la población española, lo que ha hecho que se convierta en el centro de múltiples estudios de mercado. Este mismo hecho, traído a este trabajo nos permite concluir que al haberse realizado el estudio en la ciudad de Zaragoza es muy fácilmente trasladable al resto de la población nacional, lo que le concede mayor peso.

5. LIMITACIONES

5.1. COLABORACIÓN

Como todo estudio cuyos datos de análisis provienen de una entrevista depende de la colaboración de los sujetos, y como hemos explicado en apartados anteriores se perdieron sujetos potencialmente estudiables por distintos motivos antes de su participación.

5.2. TEMPORALES

Al haber tenido en cuenta solamente la entrevista ZARADEMP I y por tanto datos transversales perdemos información de seguimiento que podría aportar más datos, como el hecho de si pasado un tiempo después de la pérdida del cónyuge las tasas de ansiedad y depresión llegan a igualarse a las de la población general.

CONCLUSIONES

- Los trastornos de ansiedad en la tercera edad aparecen en el 22,3 % de los casos asociados a trastornos depresivos.
- En la tercera edad, los trastornos depresivos aparecen con más frecuencia asociados a trastornos de ansiedad que como formas aisladas de enfermedad.
- La ansiedad y/o depresión en la tercera edad son más frecuentes en mujeres, siendo esta diferencia máxima cuando se trata de la forma comórbida de ambas.
- Todos los trastornos estudiados son más frecuentes entre los sujetos mayores de 65 años que entre aquellos que no han alcanzado esta edad.
- Todas las formas de enfermedad de las que se ocupa el estudio son más frecuentes en los sujetos analfabetos y viudos, siendo esta diferencia superior en ambos casos en el grupo de sujetos con ansiedad y depresión que en aquellos que presentan ansiedad aislada.
- A diferencia del resto de características sociodemográficas estudiadas, el hecho de vivir sólo influye más en el riesgo de sufrir un trastorno depresivo que un trastorno de ansiedad.
- La presencia de ansiedad supone un menor rendimiento cognoscitivo que el de la población general sana, algo que se ve todavía más afectado por las formas mixtas de trastorno.
- Los pacientes que sufren ansiedad y depresión conjuntamente presentan una mayor probabilidad de consumir benzodiacepinas a diario que aquellos que sufren una de las dos formas de trastorno de forma aislada. Sin embargo, no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en los años de dicho consumo.

LINEAS FUTURAS DE TRABAJO

De cara a futuros estudios, se debe tener en cuenta la necesidad de solventar las limitaciones anteriormente expuestas, a lo que se le podrían añadir otras perspectivas para enriquecerlo.

Dado que este estudio nos ha permitido demostrar que la ansiedad en la tercera edad tiene un peso suficiente como para ser considerada una entidad principal, nos parece interesante no perder esta perspectiva para futuros estudios, continuando con su descripción a través de otros factores que puedan influir en ella en sentido tanto positivo como negativo.

A este respecto merecen especial atención el consumo de alcohol y el parkinson, los cuales en la primera búsqueda bibliográfica mostraron una fuerte asociación con la patología estudiada aunque no se incluyan en el presente estudio por escapar a los objetivos del mismo.

También nos resulta una línea de investigación interesante para el futuro la referente al manejo de la ansiedad en este grupo de edad, ya que en la bibliografía consultada las terapias cognitivoconductuales habían aparecido como efectivas cuando se aplicaban, pero esto se hacía en una minoría de los casos.

Cabe también destacar que el hecho de que la ansiedad en estas edades siga siendo un elemento infradiagnosticado, hace interesante centrar nuevas líneas de investigación en mejorar el diagnóstico de sospecha de los mismos en atención primaria buscando elementos de alarma que hagan pensar en dichos trastornos.

En colaboración con otros trabajos fin de grado que han estudiado otros aspectos de la ansiedad a través del proyecto ZARADEMP nos planteamos continuar con esta línea de trabajo para alcanzar a medio-largo plazo un conocimiento más extenso y sólido de esta forma de trastorno en la población adulta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Agüera L, Cervilla J. Trastornos de ansiedad. In: Agüera L, Cervilla J, Martín M. *Psiquiatría geriátrica*. Barcelona: Masson; 2006. P. 552-574.
2. Andersen K, Launer LJ, Dewey ME, Letenneur L, Ott A, Copeland JR et al. Gender differences in the incidence of AD and vascular dementia: The EURODEM Studies. EURODEM Incidence Research Group. *Neurology* 1999; 53(9): 1992-7.
3. Andreescu C, Varon D. New research on anxiety Disorders in the Elderly and an Update on Evidence-Based Treatments . In: *Cura psychiatry Rep*. 2015; 17: 53.
4. Apostolova LG, Di LJ, Duffy EL, Brook J, Elashoff D, Tseng CH, et al. Risk factors for behavioral abnormalities in mild cognitive impairment and mild Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2014; 37: 315-26.
5. Asociación Americana de Psiquiatría.. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5^a ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Beekman AT, Bremner MA, Deeg DJ, Van Balkom AJ, Smith JH, De Beurs E et al. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int Geriatr Psychiatry*. 1998 Oct; 13, 10 :717-26. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9818308>
7. Blay SL, Marinho V. Anxiety disorders in old age. In: *Curr Opin Psychiatry*. 2012 Nov; 25 (6): 462-467. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22914619>
8. Braam AW, Copeland JR, Delespaul PA, Beekman AT, Como A, Dewey M et al. Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: results from the EURODEP concerted action. In. *J Affect Disord*. 2014 Feb; 155 : 266-72. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24355647>
9. Bruno M, Lepetit A. Anxiety disorders in older adults. In: *Geriatr Psychol neuropsychiatry Vieil*. 2015 Jun, 13(2): 2015-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26103112>
10. Chand S, Ravi C, Manepalli J. Anxiety Disorders in Older Adults. In: *Current Geriatrics Reports*. 2014 Dec; 3 (4): 273-281. Available from: <http://link.springer.com/article/10.1007/s13670-014-0105-6>
11. Chemerinski E, Petracca G, Manes F, Leiguarda R, Starkstein SE. Prevalence and correlates of anxiety in Alzheimer's disease. *Depress Anxiety*. 2005;7:166-70 .
12. Copeland JR, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C. Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 815-23.

13. Creighton AS, Davison TE, Kissing DW. The prevalence of anxiety among older adults in nursing homes and other residential aged care facilities: a systematic review. In: *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Jun; 31(6): 555-566. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=The+prevalence+of+anxiety+among+older+adults+in+nursing+homes+and+other+residential+aged+care+facilities%3A+a+systematic+review->
14. De Bellis A. Australian residential aged care and the quality of nursing care provision. In: *Contemp Nurse*. 2010 Apr- May; 35(1): 100–113. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20636183>
15. Gabalawy R, Mackenzie CS, Thibodeaus MA, Asmundson GJ, Sareen J. Health anxiety disorders in older adults: conceptualizing complex conditions in late life. In: *Clin Psychol Rev*. 2013 Dec; 33(8):1096-1105. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24091001>
16. Gutierrez J, Rodriguez M, Ortiz E, González A, Pérez P, Jiménez FL. Delirium in nursing homes. Prevalence and risk factors. In: *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2013 Aug; 48(4): 177-179. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23537795>
17. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in later life: Implications for treatment. In: *Clin Neurosci*. 1997; 4 (1): 31-36. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9056120>
18. Folstein MF, Folstein SE, R MP. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. 1975;12:189-98. *J Psychiatr Res*. 1975 Nov; 12(3): p. 189-98.
19. Forlani M, Morri M, Belvederi M, Bernabei V, Moretti F, Attili T et al. Anxiety symptoms in 74+ community-dwelling elderly: associations with physical morbidity, depression and alcohol consumption. In: *Pos One*. 2014 Feb; 9, 2. Available from :[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PLoS+One.+2014%3B+9\(2\)%3A+e89859](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=PLoS+One.+2014%3B+9(2)%3A+e89859).
20. Gallacher J, Bayer A, fish M, pickering J, Pedro S, Dunstan F et al. Does anxiety affect risk of dementia? Findings from the Caerphilly Prospective Study. In: *Psychosom Med*. 2009 Jul; 71(6): 659-66. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19553290>
21. Gerolimatos LA, Gregg JJ, Edelstein BA.. Assessment of anxiety in long-term care: examination of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short form. In: *Int Psychogeriatr*. 2013; 25(9): 1533–1542
22. Gulpers B, Ramakers I, hamel R, Kohler S, Oude VR, Verhey F. Anxiety as a predictor for cognitive Decline and Dementia: A systematic Review and meta-Analysis. In: *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016 Oct; 24 (10): 823-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27591161>

23. Hachinski VC, Iliff LD, Zilhka E, Du Boulay GH, McAllister VL, Marshall J, et al. Cerebral blood flow in dementia. *Arch Neurol*. 1975 Sep; 32(9): p. 632-7.
24. IAEST. Instituto Aragonés de Estadística. Censo de Población y Viviendas 2001. Datos avance de la población censal de Aragón. Zaragoza: IAEST Gobierno de Aragón; 2002
25. Instituto Nacional de Estadística. Población residente en España por fecha, sexo y edad. Series detalladas desde 2002. [Online].; 2016 [cited 2016 August 26. Available from: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=9663&L=0>.
26. Kasckow JW, Karp JF, Whyte E, Butters M, Brown C, Begley A et al. Subsyndromal depression and anxiety in older adults: health related, functional, cognitive and diagnostic implications. In: *J Psychiat Res*. 2013 May ; 47,5 : 599-603. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23414701>
27. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc*. 1983 Dec; 31(12): p. 721-7.
28. Kennedy GJ. Pharmacotherapy, in geriatric depression: a clinical guide. The Guilford Press.2015; 34-63.
29. Kishita N, Laidlaw K. Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? In: *Can Psychol Rev*. 2017 mar; 52: 124-136. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28119196>
30. Lader M. Generalized Anxiety Disorder. In: *Encyclopedia of Psychopharmacology*. 2015 April; pp 699-702.
31. Laidlaw K. A deficit in psychotherapeutic care for older people with depression and anxiety. In: *Gerontology*. 2013; 59 (6): 549-56. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23838157>
32. Launer LJ, Brayne C, Dartigues JF, Hofman A. European studies on the incidence of dementing diseases. A Report of the EURODEM Research Group. *Neuroepidemiology*. 1992; 211(suppl 1): p. 1-22.
33. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969 Autumn; 9(3): p. 179-86.
34. Lee LO, Gatz M, Pedersen NL, Prescott CA. Anxiety Trajectories in the Second Half of Life: Genetic and Environmental contributions over Age. In: *Psychol Aging*. 2016 Feb; 31(1): 101-113. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752394/>
35. Lenze EJ, Loebach J. Anxiety disorders. In: Blazer DG, Steffens DC. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry*. Arlington: American Psychiatric Publishing.2009; 333-344.
36. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Alexopoulos GS, Frank E, Reynolds CF. Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. In: *Depress Anxiety*.

- 2001; 14, 2: 86-93. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/116686616>.
37. Le Roux H, Gatz M, Wetherell JL. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. In: *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005;13(1):23–30.
 38. Lobo A, Campos R. *Trastornos de Ansiedad en Atención primaria*. 1ª ed. Madrid: EMISA;1997.
 39. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C, Ventura T, et al. The ZARADEMP Project on the incidence, prevalence and risk factors of dementia (and depression) in the elderly community: I. The context and the objectives. *Eur J Psychiat*. 2005 Mar; 19(1): p. 31-9.
 40. Lobo A, Saz P, Marcos G. *The Zaragoza Study: Dementia and depression in the elderly community*. Barcelona: Masson Salvat; 1997
 41. Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De-la-Cámara C, Ventura T, et al. The ZARADEMP Project on the incidence, prevalence and risk factors of dementia (and depression) in the elderly community: II. Methods and first results. *Eur J Psychiat*. 2005; 19(1): p. 40-54.
 42. Lobo A, Saz P, Día JL, González-Torrecillas JL. El Geriatric Mental State en poblaciones españolas: estudio de validación de parámetros "orgánicos" y "afectivos". In *Actas XIII Reunión Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Biológica*; 1988. p. 333-40.
 43. Lobo A, Escolar V, Ezquerro J, Seva Díaz A. "El Mini-Examen Cognoscitivo" Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica*. 1980 Jan; 14(5): p. 39-57
 44. Lobo A, Saz P, Marcos G. *Adaptación española: Examen Cognoscitivo Mini Mental*. Madrid. TEA Ediciones, 2002.
 45. Organización Mundial de la Salud. CIE 10, décima Revisión de la clasificación Internacional de las enfermedades. *Trastornos mentales y del comportamiento*; 1992.
 46. Palmer K, Berger AK, Monastero R, Winblad B, Backman L, Fratiglioni L. Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*. 2007;68(19):1596–602.
 47. Palsson S, Skoog I. The epidemiology of affective disorders in the elderly: a review. In: *Int Clin Psychopharmacol*. 1997 Dec; 12 (7): 3-13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9476134>
 48. Pérez C, Infante N. La viudez: algunas vivencias en la etapa de disolución familiar. In: *red Cubana med Gen Integr*. 2005 Aug; 21 (3-4). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000300011
 49. Pérez J. El envejecimiento de la población española. *Investigación y ciencia*. 2011 nov; 34-42.

50. Polyakova M, Sonnabend N, Sander C, Mergl R, Schoroeter ML, Schoroeder J et al. Prevalence of minor depression in elderly persons with and without mild cognitive impairment: a systematic review. In: *J affect Disord*. 2014 Jan; 152 (154) : 28-38. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24103852>
51. Pontone GM, Williams JR, Anderson K, Chase G, Golldestein SR, Grill S et al. Anxiety and self-perceived health status in Parkinson's disease. In: *Parkinsonism Relat Disord*. 2011 may; 17 (4): 249-54. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21292531>
52. Prince M, Acosta D, Chiu H, Copeland JR, Dewey ME, Scazufca M et al. Effects of education and culture on the validity of the Geriatric Mental State and its AGE-CATE algorithm. *Br J Psychiatry* 2004; 185: 429-36.
53. Rosenberg PB, Mielke MM, Appleby BS, Oh ES, Geda YE, Lyketsos CG. The association of neuropsychiatric symptoms in MCI with incident dementia and Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2013;21(7):685–95.
54. Saito M. What a Psychiatrist should do in Dementia Care. In: *Seishin Shinkeigaku Zasshi*. 2014; 116(5): 388-394. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24992745>
55. Sami MB, Nilforooshan R. The natural course of anxiety disorders in the elderly: a systematic review of longitudinal trials. In: *Int Psychogeriatr*. 2015 Jul; 27(7): 1061-1069. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25192470>
56. Saz P, Dia JL, De-la-Cámara C, Carreras S, Marcos G, Lobo A. Reliability and Validity of the Spanish Version of the GMS-AGECAT Package for the Assessment of Dementia and Cognitive Disturbances. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 1996 Aug; 11(8): p. 721-8
57. Schlesselman JJ, Stolley PD. *Case-Control Studies. Design, Conduct, Analysis* New York-Oxford: Oxford University Press; 1982.
58. Schuurmans J, Van Balkom A. Late-life anxiety disorders: a review. In: *Cura Psychiatry Rep*. 2011 Aug; 13: 267-273. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21538031>
59. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, Beekman AT, Eefsting JA. Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. In: *J Affect Disord*. 2005;88:145–53.
60. Stein DJ, Hollander E. *Tratado de los trastornos de ansiedad*. USA: American psychiatric publishing; 2002. 513-527.
61. Stella F, Radanovic M, Balthazar ML, Canineu PR, De Souza LC, Forlenza OV. Neuropsychiatric Symptoms in the Prodromal stages of Dementia. In: *Curr Opin Psychiatry*. 2014 May; 27 (3): 230-235. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24613979>

62. Sullivan EV, Pfefferbaum A. Handbook of clinical neurology. 3^a ed. USA: Elsevier B.V ; 2014. 573-578
63. Theurer K, Mortenson WB, Stone R, Suto M, Timonen V, Rozanova J. The need for a social revolution in residential care. In: J Aging Stud. 2015 Dec; 35: 201-210. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26568229>
64. Wu LT, Blazer DG. Substance use disorders and psychiatric comorbidity in mid and later life: a review. In: Int J Epidemiol. 2014 Apr, 43, 2: 304-317. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Substance+use+disorders+and+psychiatric+comorbidity+in+mid+and+later+life%3A+a+review>
65. Zhang X, Norton J, Carriere I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Generalized anxiety in community-dwelling elderly: prevalence and clinical characteristics. J Affect Disord. 2014;172:24–29.
66. Zhang X, Norton J, Carriere I, Ritchie K, Chaudieu I, Ancelin ML. Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). Translat Psychiatry. 2015;5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Risk+factors+for+late-onset+generalized+anxiety+disorder%3A+results+from+a+12-year+prospective+cohort>

ANEXOS

A continuación se presenta como anexo la entrevista ZARADEMP I completa.