Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra.

David Brugos Miranda[1]

Resumen

"Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra."
Fundamento: Se realiza una estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) en personas mayores en un Centro de Atención Primaria (AP) de Navarra, al considerarse un problema de Salud Pública de interés.
Material y métodos: se seleccionaron a personas mayores que cumplían una serie de criterios ad hoc para la detección de casos de TAG, y se les aplicó una Entrevista clínica posteriormente.
Resultados: Un 7,6 % de las personas cumplían los indicadores de sospecha, y el 46,2 % fueron confirmados como casos de TAG, lo que arroja un 3,8 % de prevalencia de TAG, siendo mayor en mujeres, datos que coinciden con estudios anteriores. Por otro lado, se encontró una elevada frecuencia de trastornos afectivos comórbidos. Conclusiones: La prevalencia de TAG en edad avanzada coincide con la literatura previa. Los criterios de detección empleados pueden ser de interés para estudiar la prevalencia de TAG en AP.
Palabras clave: ansiedad, personas mayores, Atención Primaria, prevalencia.

ISSUE Nº2
DICIEMBRE
2016

Recibido:
15/07/2016

Aceptado:
04/08/2016

Abstract

"Prevalence estimate of GAD among older people in Primary Care."

Background: an estimate of the prevalence of elderly people with Generalized Anxiety Disorder (GAD) in a Primary Care Center of Navarre is performed, what it is considered as an interesting public health problem.

Methods: elderly people who met several ad hoc criteria for detecting GAD were selected and were given a clinical interview.

Results: 7.6% of people met the criteria,

46.2% of wich were confirmed as GAD, resulting in a 3.8% prevalence of GAD. Female prevalence was higher. On the other hand, a high frequency comorbid affective disorders was found. These data match with previous studies.

Conclusions: Detection criteria used may be of interest to study the prevalence of GAD in Primary Care.

Keywords: anxiety, aged, Primary Health Care, prevalence.

(1)Psicólogo clínico. Servicio Navarro de Salud . david.brugos.miranda@navarra.es
Licenciado en Psicología en la Universidad Autónoma de Madrid. 2000.
Psicólogo Especialista en Psicología Clínica vía PIR. 2004.
Doctorado Cum Laude en Psicología Clínica y de la Salud con la Tesis Doctoral titulada Sesgos cognitivos atencionales y de interpretación en personas mayores con diagnóstico de Trastorno de Ansiedad Generalizada. Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid. 2014.
Psicoterapeuta reconocido por la EFPA. 2009.

Estimación de la prevalencia del Trastorno de Ansiedad Generalizada entre personas mayores en un Centro de Salud de Atención Primaria de Navarra.

Introducción

Se calcula que entre los años 2000 y 2050 la proporción de personas de 60 años de edad o mayores pase del 11 al 22% de la población mundial total (OMS, 2013). Este hecho supone un enorme reto a nivel de la atención de los problemas de salud en esta franja de edad, y dentro de ellos, de los relativos a la salud mental, porque, como ya ha informado la OMS, en torno a un 15% de las personas mayores sufren algún trastorno mental (IHME, 2012).

Si bien la demencia y la depresión son los trastornos de salud mental más prevalentes entre las personas de edad avanzada, los trastornos de ansiedad son igualmente muy relevantes (Flint, 2005). Se sabe también hoy día que los Centros de Salud de Atención Primaria (CSAP) son los espacios de referencia donde muchas personas mayores reciben la atención sanitaria por los trastornos relacionados con la ansiedad, y no, como podría esperarse, los dispositivos específicos de salud mental (Beck y Averill, 2004).

Dentro de los trastornos de ansiedad, el Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es el más comúnmente observado en Atención Primaria (AP), con una prevalencia del 7,3 % en nuestro país (Haro et al, 2006). En el caso del TAG en personas mayores, existen datos que indican que es más frecuente en población femenina, y que su comorbilidad es elevada con otros trastornos, sobre todo, con la depresión mayor, al igual que ocurre en el caso de los adultos jóvenes (Flint, 2005). Respecto de la prevalencia del TAG en mayores, algunos estudios la sitúan alrededor del 3,4% (Wittchen et al, 2011) aunque las cifras no parecen muy claras por varias razones. Por un lado, por la ausencia de instrumentos de medición específicos y/o validados para esta población. Por otro lado, por una presentación clínica de la ansiedad diferente en esta edad, con mayor frecuencia de síntomas depresivos y somáticos como el dolor, insomnio, fatiga y problemas gástricos, que hacen difícil el diagnóstico diferencial, y pueden conducir a un diagnóstico erróneo (Allgulander, 2006). Además de ello, se ha planteado que quizás las personas mayores con TAG busquen menos ayuda, debido a la asunción de que los síntomas que padecen se deben exclusivamente a la edad que tienen (Wetherell, 1998). A pesar de estas dificultades, conocer la prevalencia de personas mayores con TAG se puede considerar un área de enorme interés en salud pública porque se estima que, en cualquier caso, es elevada, sin olvidar que se está dando un aumento de la población de edad avanzada muy significativo. En esta línea, existen datos recientes que sugieren que la prevalencia del TAG en consultas ambulatorias de salud mental en España es más alta que en otros países de nuestro entorno (Caballero, Bobes, Vilardaga y Rejas, 2009). Además de lo anterior, el hecho de que muchas de las personas mayores con TAG estén siendo probablemente atendidos desde AP conduce posiblemente a la necesidad de mejorar su detección para poder ofertar una mejor intervención, desde un nivel más especializado.

El objetivo de esta investigación radicaba en realizar una estimación inicial de la prevalencia del TAG en población de edad avanzada, tomando como referencia un CSAP de Navarra, así como observar las diferencias en función del género, y la comorbilidad con otros trastornos. Igualmente, se trató de recabar información sobre otros aspectos de interés, como eran los antecedentes personales y familiares relacionados con dificultades y tratamiento para la ansiedad y / o la depresión.

Material y métodos

Primera fase del estudio: el estudio fue realizado en un CSAP de Navarra, concretamente, el de la localidad de Villava. Esta investigación forma parte de un proyecto mayor de Tesis Doctoral, y se obtuvieron los permisos correspondientes. Debido a la sospecha de que muchas personas mayores con TAG no seguían atención ni estaban registrados en SM, se optó por seleccionar una serie de criterios para la detección de las personas de 60 o más años susceptibles de padecer TAG. En primer lugar, las personas mayores con TAG debían presentar un diagnóstico de *Trastorno de Ansiedad* de acuerdo con el epígrafe P 74 de la clasificación Internacional de Enfermedades en Atención Primaria CIAP – 2 (WONCA, 1999) emitido por el médico de familia (MAP). Por otro lado, debían tomar *cinco o más cajas de Benzodiacepinas en el último año.* El cumplimiento de este criterio de medicación se planteaba como indicativo de un problema mantenido de ansiedad. Se optó por registrar la toma de Benzodiacepinas, medicación ansiolítica habitual en AP, a pesar de que se conoce hace años la mayor utilidad de los antidepresivos en los tratamientos de ansiedad (Flint, 2005) por su elevado consumo en AP. Otro criterio de inclusión fue la una *alta frecuencia de visitas* al personal sanitario de AP (Médico de AP o MAP, Enfermería). Se estableció como punto de corte cinco visitas anuales a partir del que considerar una alta frecuentación, en

base a algunos estudios donde se ha encontrado que las personas adultas que refieren al menos cinco visitas anuales al médico tienen una probabilidad cuatro veces mayor de presentar TAG (Bélanger, Ladouceur y Morin, 2005). Como criterio de exclusión se estableció la *presencia de demencia* y deterioro cognitivo relevante indicado explícitamente en la historia clínica por el MAP.

Segunda fase del estudio: Se contactó con las personas que cumplían estos criterios y se les explicó la investigación, solicitando su participación en una sesión de entrevista con un psicólogo clínico donde se aplicaron las siguientes medidas tras la firma del correspondiente Consentimiento Informado:

Entrevista clínica no estructurada. Recoge brevemente la historia de salud mental y antecedentes familiares (con énfasis en la ansiedad).

Entrevista semiestructurada para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad – Modificada (ADIS – M) de Valiente, Sandín y Chorot (2003). Permite establecer un diagnóstico diferencial entre los trastornos de ansiedad entre sí, los trastornos del estado de ánimo y otros trastornos mentales.

Escala de Detección del TAG según la DSM – IV de Carroll y Davidson. Se aplicó su traducción y adaptación a población española (Bobes et al, 2006).

Resultados

Primera fase del estudio: Según el Registro, la población de personas de 60 o más años que correspondía al CSAP era de 2013 personas. 375 tenían un diagnóstico P 74 de la CIAP 2, lo que corresponde a un 18,6 % del total. De ellos, aquellos que habían consumido cinco o más cajas de benzodiacepinas fue de 160 (130 mujeres y 30 hombres), un 12,58 % de las personas mayores de dicho Centro. Se excluyeron seis casos (todos mujeres) por presentar deterioro cognitivo relevante en el Registro. Finalmente, la muestra de personas sospechosas de padecer un TAG con estos criterios fue de 154 personas (7,6 % de los mayores de ese CSAP). El 80,5 % de esta muestra eran mujeres (124), y el 19,5 % hombres (30).

Segunda fase del estudio: De las 154 personas, participaron 78. Las razones dadas para no participar fueron: 41 personas rehusaron, 21 dijeron no poder acudir por dificultades para desplazarse y razones médicas (dificultades auditivas o visuales), nueve se encontraban fuera, cuatro habían fallecido y una tenía reciente diagnóstico de demencia. En la muestra participante había 63 mujeres (edad media 71,01 años, DT 7,26) y 15 hombres (edad media 71,4 años, DT 6,76). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad en función del género empleando la prueba T para la igualdad de medias ($t(76) = -0,18$ $p < 0,05$).

La Entrevista clínica aportó una serie de datos sobre antecedentes personales y familiares, toma de medicación ansiolítica, y motivos por los que entendían que se les pautó. En la Tabla 1 se presenta esa información.

Respecto de la presencia de otros trastornos psicopatológicos además del TAG, destaca la aparición de trastornos del estado de ánimo inespecíficos, mixto ansioso depresivo y trastornos de Pánico con crisis de ansiedad recurrentes (Figura 1).

Con la Escala de Detección del TAG empleada, 31 mujeres y 7 hombres cumplieron criterios suficientes para este diagnóstico, lo que equivale a la mitad de la muestra total de participantes. En la Tabla 2 se presentan las comorbilidades entre el TAG y los otros tres trastornos más prevalentes en la muestra. Se ha realizado un ANOVA de un factor entre el TAG y el Trastorno del estado de ánimo, ansioso depresivo, y de Pánico /Crisis de ansiedad, encontrándose una interacción significativa entre el TAG y el Trastorno del estado de ánimo ($F(1) = 4,27$, $p > 0.05$) y entre el TAG y el Trastorno ansioso depresivo ($F(1) = 16,58$, $p > 0.05$). No se encuentra una interacción significativa, por el contrario entre el TAG y el Trastorno de Pánico /Crisis de ansiedad.

Discusión

En este breve estudio, se ha estudiado la prevalencia puntual del TAG entre las personas mayores de 60 años de un CSAP de Navarra, empleando unos criterios propios ad hoc para la detección de casos susceptibles de presentar este trastorno.

A partir de estos criterios se encuentra que más del 7 % del total de personas mayores podrían cumplir criterios de este trastorno, aunque cuando se aplicó

una Entrevista Clínica y algunas escalas por parte de un psicólogo clínico se halló que solamente la mitad de esta muestra de personas susceptibles de padecer TAG, presentaba este diagnóstico, lo que supondría alrededor de un 3,8 % del total de las personas mayores. Esta prevalencia coincide con los datos de la literatura previa (Wittchen, 2011). Se encontró una diferencia de género a favor de una presencia de este trastorno significativamente mayor entre mujeres, dato igualmente encontrado en muchos otros estudios epidemiológicos (Haro et al, 2006).

También resulta de interés observar en este estudio que una parte importante de las personas mayores presentan algún trastorno psicopatológico, principalmente de tipo afectivo y ansioso, existiendo una relación significativa principalmente entre el TAG y los trastornos del estado de ánimo y mixto ansiosodepresivo. Igualmente sugerente puede considerarse el hecho de que un número relevante de personas, 11 (14,1 % del total) comentaron no padecer ansiedad, y no sabían precisar el motivo por el que tomaban medicación ansiolítica, lo que podría hacer pensar en si a las personas mayores se les informa de la manera adecuada para su comprensión y adherencia al tratamiento.

Por otro lado, se encuentra que casi la mitad de la muestra tenía antecedentes personales de atención psicológica/farmacológica específica, siendo mucho menor la percepción de antecedentes familiares relacionados con ansiedad o depresión. Respecto de las intervenciones realizadas, los resultados indican que no todas las personas mayores susceptibles de presentar TAG reciben atención desde dispositivos específicos de Salud Mental, lo que tiene consecuencias sobre la asistencia recibida (menor especialización de las intervenciones no solamente psicofarmacológicas, sino psicoterapéuticas), circunstancia que puede incidir negativamente en su evolución.

En relación con la prevalencia del TAG y ansiedad en general en edad avanzada se ha planteado repetidamente que los trastornos de ansiedad están infradiagnosticados entre los mayores (Roy-Byrne y Wagner, 2004), ya que posee una serie de características diferenciales que dificultan un buen diagnóstico con los criterios de las DSM. La gravedad de este problema es mayor debido a dos hechos: 1) a que la ansiedad no suele remitir espontáneamente en mayores hasta al menos el transcurso de varios años, siendo además una de las patologías más costosas en términos económicos de los sistemas públicos de salud, y 2) debido a que existe una relación inversa entre la salud y la ansiedad, relación que está bastante bien establecida, y conduce a una mayor asistencia a las consultas médicas (Martínez y Sáiz, 2005). Para evitar el problema de infradiagnóstico del TAG en personas mayores hay que potenciar su detección, ya desde AP. Para ello, es preciso desarrollar indicadores como pueden ser los planteados en este estudio (diagnóstico P.74 en la CIAP – 2, cinco o más cajas de Benzodiacepinas anuales, cinco o más visitas anuales a AP y la exclusión de demencia). Mejorar la detección de las personas mayores con TAG podría suponer una mejoría clara en el tratamiento que reciben, un objetivo muy necesario.

Agradecimientos

Se agradece la colaboración de los profesionales (sanitarios y no sanitarios) del Centro de Salud de Villava por su inestimable ayuda en la realización de este estudio.

Referencias

1. Allgulander, C. (2006). Generalized anxiety disorder: What are we missing? European Neuropsychpharmacology, Suplemento 2, 101–108.
2. Beck, J. G. y Averill, P. M. (2004). Older adults. En: Heimberg, R. G., Turk, C. L. y Mennin, D. S. (Editores). Generalized Anxiety Disorder. Nueva York: Guilford Press, 409–434.
3. Bélanger, L., Ladouceur, R. y Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. Canadian Family Physician, 5, 1363.
4. Bobes, J., García-Calvo, C., Prieto, R., García-García, M., Rico-Villademoros, F. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM – IV de Carroll y Davidson. Actas Españolas de Psiquiatría, 2, 83 – 93.
5. Caballero, L., Bobes, J., Vilardaga, I. y Rejas, J. (2009). Prevalencia clínica y motivo de consulta en pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada atendidos en consultas ambulatorias de psiquiatría en España. Resultados del estudio LIGANDO. Actas Españolas de Psiquiatría, 37(1), 17–20.
6. Flint, A J. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients. Epidemiology, diagnosis and treatment options. Drugs aging, 2, 101–114.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation, IHME (2012). Global Burden of Disease Study 2010. Seattle: IHME.
8. Haro J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD–España. Medicina Clínica, 126, 445–51.
9. Martínez, S., Sáiz, P. A. (2005) TAG en ancianos. Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG). Monografías de Psiquiatría, 17, 25–28.
10. Organización Mundial de la Salud, OMS (2013). La salud mental y los adultos mayores. Nota descriptiva N º 381 Septiembre.
11. Roy–Byrne P.P. y Wagner A. (2004). Perspectivas de atención

primaria en el trastorno de ansiedad generalizada. Journal of Clinical Psychiatry, 13, 20–26.

12. Valiente, R.M., Sandín, B., y Chorot, P. (2003). Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad: ADIS–M. Madrid: Klinik.
13. Wetherell, J.L., Gatz, M. y Craske, M.G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1, 31–40.
14. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., . . . Steinhausen, H, C, (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. European Neuropsychopharmacology, 2011; 21, 655–679.
15. WONCA (1999). Clasificación Internacional de enfermedades en Atención Primaria. Versión 2((CIAP – 2). Barcelona: Masson

Tabla 1.

Antecedentes personales y familiares, toma de medicación ansiolítica, y motivos por los que entendían que se les pautó.

	Sí	Frecuencia sobre el total	No	Frecuencia sobre el total
AP atención psicológica o farmacológica	36	46,2 %	42	53,5%
AF relacionados con ansiedad o depresión	18	23,1 %	60	76,9%
Consumo de ansiolíticos	67	85,9%	11	14,1%
Motivo por el que toma ansiolítico		Casos	Frecuencia sobre el total	
	Preocupación excesiva	24	30,7%	
	Ansiedad excesiva e incontrolable	19	24,3 %	
	Depresión	8	10,2%	
	Ansiedad moderada	4	0,5%	
	Cuadro mixto ansioso-depresivo	3	0,4%	
	Otros motivos	3	0,4%	
	Refiere no padecer ansiedad	11	14,1%	

Figura 1.

Trastornos psicopatológicos excepto TAG en la muestra según la ADIS – M, de más a menos prevalentes

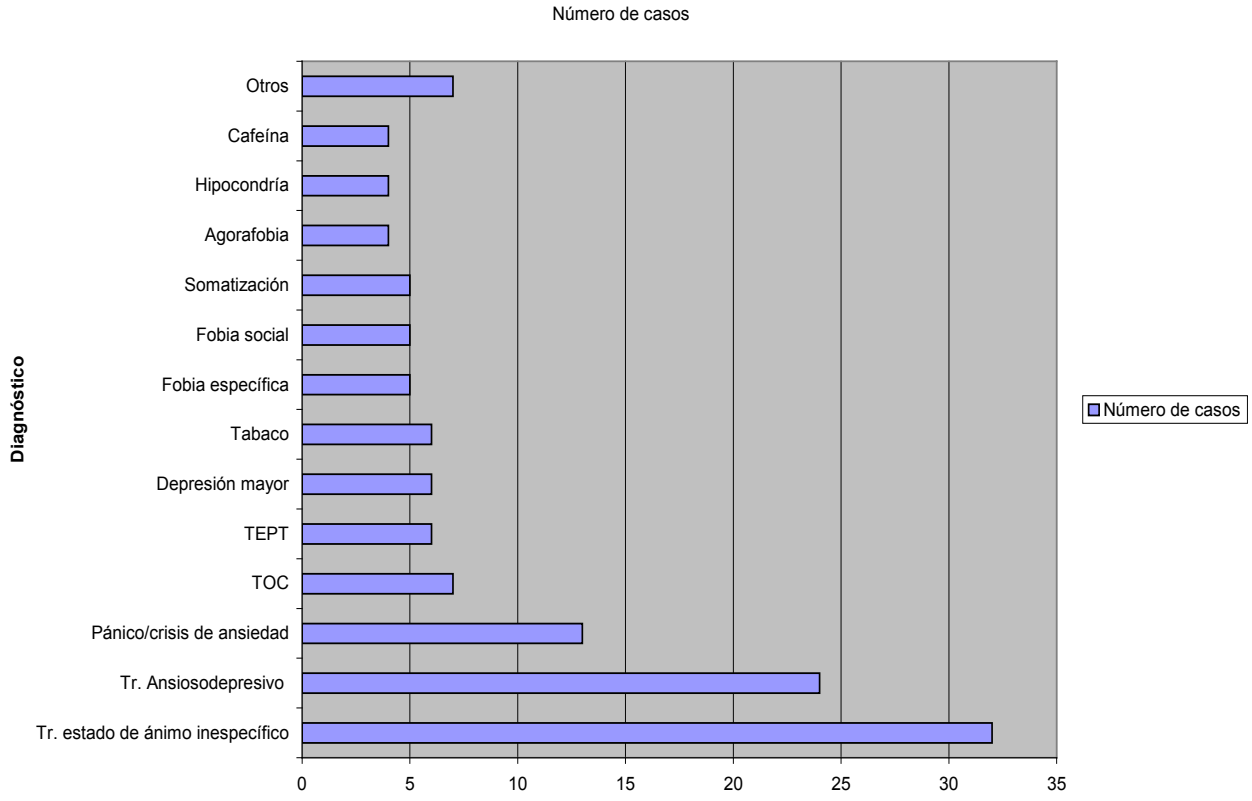

Tabla 3.

Comorbilidad entre el TAG, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno ansioso depresivo y Trastorno de Pánico.

		TAG	
		Sí	No
Trastorno de estado de ánimo	Sí	21	11
	No	18	27
Trastorno ansioso depresivo	Sí	20	4
	No	19	34
Trastorno de Pánico / crisis de ansiedad	Sí	8	5
	No	31	33