neurama
revista electrónica de
psicogerontología

Volumen 4 • Issue 1 • Jun 2017 30

Cuestionario para Ansiedad Geriátria: Estudio de la consistencia interna y estructura factorial

Juan M. Molina-Linde[1], Manuel Aleixandre-Rico[2], Juan R. Lacalle-Remigio[3]

Resumen

La ansiedad es un problema psicológico con alta prevalencia en las personas mayores. Se precisan instrumentos de detección de la ansiedad y que psicométricamente estén validados. El presente estudio instrumental se ha dirigido a desarrollar una medida de autoinforme de la ansiedad rasgo (factor de personalidad que predispone a padecer o no ansiedad) y ansiedad estado (los factores ambientales que protegen o generan ansiedad).
Material y métodos. El instrumento incluye 25 ítems de los cuales 14 ítems corresponden a la subescala de ansiedad rasgo y 11 ítems a la subescala de ansiedad estado. La muestra estaba constituida por 354 personas mayores de 60 años. Se comprobaron las propiedades psicométricas del cuestionario.
Resultados. Mediante el análisis factorial exploratorio se apuntaron seis factores. La subescala ansiedad rasgo estaría compuesta por los factores motor, cognitivo y fisiológico; mientras que la ansiedad estado estaría constituida por el cognitivo, fisiológico y miedo. Tanto la ansiedad rasgo como la ansiedad estado mostraron una elevada consistencia interna: ansiedad rasgo (α = 0,83) y ansiedad estado (α = 0,81).
Conclusiones. El nuevo cuestionario para ansiedad geriátrica es un instrumento que permitirá detectar síntomas y conductas propias de la ansiedad que orienten a la planificación de estrategias preventivas de trastornos de ansiedad.

Palabras Clave: Ansiedad, Personas Mayores, Fiabilidad, Análisis factorial exploratorio, Estudio instrumental.

ISSUE Nº1
JUNIO
2017

Recibido:
13/03/2017

Aceptado:
05/04/2017

Abstract

Anxiety is a psychological problem with a high prevalence in the elderly. Anxiety detection instruments are needed and should be psychometrically validated. This instrumental study was aimed at developing a self-report measure of trait anxiety (personality factor that predisposes to suffer from anxiety) and state anxiety (environmental factors that protect or generate anxiety).

Material and methods. The instrument includes 25 items of which 14 items correspond to trait anxiety subscale and 11 items to the state anxiety subscale. The sample consisted of 354 people over 60 years. Psychometric properties of the questionnaire were tested.

Results. Through factor analysis six factors were noted. Trait anxiety subscale would be composed of the motor, cognitive and physiological factors; while the anxiety state would consist of cognitive, physiological and fear. Both trait anxiety and state anxiety showed high internal consistency: trait anxiety (α = 0.83) and anxiety state (α = 0.81).

Conclusions. The new questionnaire for geriatric anxiety is an instrument to detect symptoms and anxiety own

(1)Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), Sevilla. Avda. de la Innovación, s/n. Edificio Arena, 1. Sevilla (España). 41020. E-mail: juanm.molina.ext@juntadeandalucia.es
(2)Universidad de Granada, Granada.
(3)Universidad de Sevilla, Sevilla.

behaviour to guide the planning of preventive strategies for anxiety disorders.

Keywords Anxiety, Aged, Reliability; Exploratory factor analysis; Instrumental study.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de ansiedad están caracterizados por una respuesta desproporcionada a una situación o estímulo estresante, así como por un profundo grado de interferencia en la vida cotidiana, son patologías con una elevada prevalencia en la población general y alta tasa de frecuentación de los servicios de salud (Latorre Postigo, et al., 2012; Stein & Sareen, 2015; Cano Vindel, 2011).

La ansiedad es un síntoma comparativamente menos frecuente en ancianos que entre sujetos más jóvenes, especialmente en las formas de comienzo a edad avanzada (Flint, 2005). Quizás por ello han recibido poca atención en la literatura especializada (Bruno & Lepetit, 2015), aunque diversos estudios epidemiológicos establecen que la prevalencia de ansiedad en la comunidad varía desde el 1,2% al 15%, y en muestras clínicas desde el 1% al 28%. La prevalencia de síntomas de ansiedad es mucho mayor, en un rango que varía del 15% al 52,3% en la comunidad, y del 15% al 56% en muestras clínicas. Estas discrepancias son en parte atribuibles a inconsistencias conceptuales y metodológicas que caracterizan a la literatura sobre el tema (Bryant, Jackson & Ames, 2008).

Los trastornos de ansiedad en los ancianos se han asociado con deterioro cognitivo, y aumento de problemas de salud, incluyendo la fragilidad, el empeoramiento de la función física, el aumento del riesgo de discapacidad y una mayor ingesta de medicamentos (Gale, 2011; Ní Mhaoláin, 2012).

Aunque se considera que los trastornos de ansiedad presentan menores repercusiones clínicas y en la calidad de vida que otros trastornos mentales, lo cierto es que siguen un curso clínico relativamente estable, con una gran tendencia a la cronicidad (Angst & Vollrath, 1991). Por todo ello, un aspecto que parece prioritario en el área de los trastornos de ansiedad es la mejora de la capacidad diagnóstica por parte de los profesionales (Wittchen, 2002; Culpepper, 2002).

Actualmente, la mayoría de investigadores aceptan como definición de trabajo para el estudio de la emoción en general, y de la ansiedad en particular, la propuesta de Peter J. Lang del triple sistema de respuesta en la cual se considera a la emoción como una disposición para la acción mediante tres sistemas de respuesta relativamente independientes: el cognitivo o experiencial subjetivo, el motor o conductual-expresivo y el neurofisiológico-bioquímico (Lang, 1968; Lang, 1979). La respuesta emocional emitida engloba aspectos cognitivos de carácter displacentero en el individuo (tensión, inseguridad, falta de concentración, dificultad para tomar decisiones, miedo, aprensión, pensamientos negativos de inferioridad, sentimientos de incapacidad ante la situación, sensación general de pérdida de control, etc.), aspectos motores que implican comportamientos poco adaptativos (paralización motora, hiperactividad, tartamudeo, dificultades de expresión verbal, conductas de evitación ante determinadas situaciones, conductas de escape, movimientos sin una finalidad concreta, torpes y repetitivos, etc.) y aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso somático (palpitaciones, pulso rápido, opresión torácica, respiración rápida y superficial, ahogo, molestias digestivas, sudoración, sequedad de boca, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatigabilidad excesiva, tensión muscular, mareo, vómitos, micciones frecuentes, etc.) (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Por otra parte, desde la psicología de la personalidad (Cattell & Scheier, 1961; Spielberger, 1989) se concibe la ansiedad en términos de rasgo y estado. Desde el punto de vista de rasgo, se presenta una tendencia individual a responder de forma ansiosa, es decir, se tiende hacia una interpretación situacional-estimular caracterizada por el peligro o la amenaza, emitiendo una respuesta de ansiedad ante la misma. Igualmente, la ansiedad entendida como estado sería el período transitorio caracterizado por un sentimiento de tensión, aprensión y un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo, pudiendo variar tanto en el tiempo como en la intensidad (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970).

La génesis y acumulación de evidencia sobre la eficacia de los tratamientos prescritos en los trastornos de ansiedad dependen, en parte, de la existencia de instrumentos de medición que valoren la presentación y gravedad de sus síntomas y que además presenten adecuados criterios psicométricos de validez, fiabilidad

y sensibilidad al cambio.

Así, se ha creído oportuno añadir al escaso conjunto de escalas ya validadas en español (Echeburúa, 2000) nuevos instrumentos de valoración clínica de los trastornos de ansiedad que, dada su brevedad, superen las limitaciones previamente descritas. El objetivo de la presente investigación es diseñar y analizar las cualidades psicométricas de un cuestionario construido para la evaluación de la presencia de los síntomas de los trastornos de ansiedad en el ámbito de la vejez, pretendiendo paliar el déficit de instrumentos para la valoración clínica de la ansiedad en este grupo etario, tanto en la práctica asistencial como en la investigación clínica.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

La presente investigación utiliza un diseño empírico con metodología cuantitativa y corresponde a un estudio instrumental, según la clasificación de Montero y León (2007). Los participantes no fueron sometidos a intervenciones, ni se manipularon variables independientes, por tratarse de un estudio instrumental, encaminado al desarrollo de una prueba y la descripción de sus propiedades psicométricas.

Muestra

Para la validación de constructo y fiabilidad, se incluyó en el estudio a aquellas personas mayores de 60 años, residentes en la provincia de Granada. Todos tuvieron que dar su consentimiento previo para participar en el estudio. A todos los participantes se les garantizó la confidencialidad de sus respuestas. El estudio se realizó mediante un muestreo por selección intencionada entre personas mayores que asistían a un aula de mayores, personas en sus domicilios y personas institucionalizadas. Se consideró como criterio de exclusión presentar deterioro cognitivo (con más de 2 errores en el test de Pfeiffer (Pfeiffer, 1975)). El test de Pfeiffer es un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo. El tamaño muestral se calculó según los criterios mínimos exigidos para la realización de esta técnica (al menos 5 pacientes por ítem) (Gorsuch, 1983).

En total se administró el cuestionario a 362 personas, de las que 8 fueron excluidas por mostrar más de 2 errores en el test de Pfeiffer, por lo que la muestra total estuvo compuesta por 354 personas. La mayoría de los participantes era mujeres (65,4%). De los participantes, el 56,3% estaban casados, el 34,6% viudos, el 7% solteros y un 2,1% separados en el momento de cumplimentar el cuestionario. En cuanto al nivel escolar, el 41,5% de los participantes sabía leer y escribir, el 30,5 tenían estudios primarios, el 10,3% bachiller elemental o EGB, el 5% estudios medios, el 3,5% estudios superiores y un 9,2% eran iletrados.

Desarrollo del cuestionario

Para el desarrollo del cuestionario y siguiendo las recomendaciones de Lozano y de la Fuente (2009), se realizó en primer lugar una revisión exhaustiva de la literatura con el objeto de identificar las manifestaciones clínicas de los pacientes mayores con síntomas de trastornos de ansiedad y, por otra parte, revisar el contenido de otros cuestionarios de ansiedad independientemente de la edad de la población a los que se destinaba. Se revisaron los instrumentos: Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988), State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger, 1983), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (Zigmond, & Snaith, 1983), Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1959), Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990), Anxiety Screening Questionnaire (ASQ-15) (Wittchen & Boyer, 1998), Escala de Detección de Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson (Bobes, García-Calvo, García-García, Rico-Villademoros, & Grupo Español de Trabajo para la validación de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV (Escala de TAG de Carrol y Davidson), 2006), Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS) (Taylor, 1953), Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (I.S.R.A.) (Miguel Tobal, & Cano Vindel, 1986), Adult Manifest Anxiety Scale-Elderly Version (AMAS-E) (Lowe, & Reynolds, 2006), Short Anxiety Screening Test (SAST) (Sinoff, Ore, Zlotogorsky, & Tamir, 1999) y la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG) (Goldberg, Bridges, Duncan-Jones,

& Grayson, 1988).

Como resultado de la revisión se preparó una primera versión del cuestionario de ansiedad en personas mayores. Las preguntas incluidas en la versión preliminar del cuestionario de ansiedad geriátrica hacían referencia a aspectos específicos de ansiedad estado y ansiedad rasgo según la tipología empleada por Spielberger (1983) con el instrumento STAI que divide esta psicopatología en su dimensión cognitiva, fisiológica y motora, en el caso de la ansiedad estado la dimensión motora ha sido sustituida por el componente miedo. Cada pregunta era contestada mediante una escala tipo Likert con 3 opciones de respuesta: casi nunca, a veces o casi siempre en la ansiedad rasgo y nada, algo o mucho en la ansiedad estado.

Validez de contenido del cuestionario

Para la validación de contenido mediante juicio de expertos se contó con la participación de 3 expertos, todos ellos profesores universitarios y especialistas en psicología de la emoción. Estos expertos analizaron el contenido de las preguntas en términos de compresión, formato y aplicabilidad. Tras esta revisión, se modificaron algunas expresiones y se añadieron 2 preguntas, dando lugar a una segunda versión del cuestionario.

La segunda versión del cuestionario fue administrada entre el 27 de septiembre al 2 de octubre de 2007 a un grupo piloto de siete personas mayores, 4 mujeres y 3 hombres, entre 66 y 81 años de edad (M = 74,0, DE = 5,03). Estas personas no estaban institucionalizadas y no presentaban deterioro cognitivo. A estas personas se les pidió su opinión acerca de la comprensión y aplicabilidad de cada una de las preguntas. Con esa información se elaboró la versión final del cuestionario (Anexo 1).

En el cuestionario se recogieron datos sociodemográficos (sexo, edad y nivel de estudios).

Procedimiento

En cada aplicación del cuestionario participaba un monitor, previamente entrenado, que daba unas instrucciones generales acerca de la cumplimentación del cuestionario y demás datos requeridos. El cuestionario fue autoadministrado y el tiempo medio en su cumplimentación fue de unos 20 minutos.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis factorial exploratorio y previamente se valoró la posibilidad de su realización mediante el test de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de Esfericidad de Bartlett. Para identificar la estructura inicial, en el análisis factorial exploratorio se empleó un procedimiento de componentes principales y rotación ortogonal varimax, facilitando la identificación de los factores emergentes (Tabachnick & Fidell, 2001). El número de factores a extraer vino predeterminado por el modelo teórico asumido. Se establecieron los siguientes criterios para que un elemento formara parte de un factor: a) alcanzar una carga factorial igual o superior a 0,40 en la matriz de componentes rotados; b) en caso de existir una saturación de esa cuantía en más de un factor, ha de existir una diferencia en saturación mínima de 0,15 en valor absoluto para ser seleccionado en un solo factor; c) han de formarse factores que contengan al menos dos elementos.

La fiabilidad de las subescalas y la del cuestionario en su conjunto se estudió mediante la consistencia interna, basada en el grado de homogeneidad de las preguntas de un factor, expresada en el coeficiente α de Cronbach (1951). De acuerdo a Nunally (1978), son aceptables los valores de 0,70 o más, y en los de 0,90 o más, se debería considerar que hay redundancias que requiere acortar la escala.

Las propiedades psicométricas del análisis factorial exploratorio y fiabilidad se obtuvieron con el paquete estadístico SPSS 23.0 para Windows.

RESULTADOS

Validez de contenido

En relación con el juicio de los expertos, se mantuvieron todos los ítems dado que todos ellos contaron con el 100% de valoraciones favorables, introduciendo en el cuestionario un conjunto de modificaciones a tenor de lo expresado en sus valoraciones.

Por su parte, la administración del instrumento al primer grupo piloto propició cambios en el cuestionario y suscitó la necesidad de abordar un segundo proceso de aplicación a un segundo grupo piloto. Teniendo en cuenta que, en esta segunda aplicación, no se apreciaron inconsistencias por lo que no se suscitaron cambios consecuentes en el cuestionario y se concluyó con la

delimitación definitiva de este desde la perspectiva de la validez de contenido.

estructura dimensional.

Para la interpretación de la matriz factorial rotada, se asumieron los siguientes criterios:

Reactivos	Componentes		
	Motor	Cognitivo	Fisiológico
8 Trataba de evitar o rehuir la situación	0,560		
9 Solía moverme mucho y hacer cosas sin una finalidad	0,571		
10 Tartamudeaba o me costaba mucho encontrar las palabras o las ideas adecuadas, para responder	0,712		
11 Me quedaba paralizado	0,773		
12 Mis movimientos se volvían torpes	0,772		
1 Toda la vida, cuando he tenido problemas me he preocupado más de lo necesario		0,694	
2 Suelo ponerme en la peor situación de un problema antes de que suceda		0,760	
3 Siempre he pensado que hago los problemas más grandes de lo que realmente son		0,737	
6 Siempre me ha dado miedo el no saber que podía pasarme en el futuro		0,555	
7 Cuando las cosas se ponían difíciles, mi mente se quedaba en blanco y no podía pensar con claridad		0,561	
4 En muchas ocasiones, he pensado que me iba a dar un ataque al corazón			0,521
5 Siempre que me he puesto nervioso he sentido que me faltaba el aire			0,641
13 Me sudaban las manos u otras partes del cuerpo			0,715
14 Sentía la boca totalmente seca			0,684
Eigenvalue	2,84	2,65	1,99
%Varianza explicada	20,26	18,96	14,21

Tabla 1. Matriz factorial rotada de la subescala de ansiedad rasgo.

Análisis factorial

Se realizó un análisis exploratorio por el procedimiento de extracción de componentes principales para la

- Un ítem pertenecía a un determinado factor si su carga en el factor es mayor o igual a 0,4.
- Aquellos ítems que cumplieron con el primer criterio en más de un factor, se asignaron a aquel en el que tenían una carga con valor absoluto más alto y con una diferencia en saturación mínima de 0,15.

• Los nombres asignados a cada factor se relacionaron con el significado general del grupo de ítems que componen el factor.

El análisis factorial exploratorio realizado en la subescala de ansiedad rasgo, conformada por 14 ítems, con 3 factores y autovalores superiores a 1, explican el 53,43% de la varianza total de la escala (Tabla 1). Esta solución presenta un buen nivel de ajuste según el índice de adecuación de muestreo Kaiser-Meyer-Olkin (KMO = 0,808) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi2$ = 1319,334, gl = 91; p = 0,000).

El análisis factorial exploratorio realizado en la subescala de ansiedad estado con otros tres factores y autovalores superiores a 1 explican el 61% de la varianza total (Tabla 2). Esta solución presenta también un buen nivel de ajuste según el índice de adecuación de muestreo (KMO = 0.806) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi2$ = 1124,515, gl = 55; p = 0,000).

Tabla 2. Matriz factorial rotada de la subescala de ansiedad estado.

Reactivos	Componentes		
	Cognitivo	Fisiológico	Miedo
1 Me siento tenso	0,553		
7 Me agobian mis preocupaciones	0,649		
8 Sé que no debería estar tan preocupado por las cosas, pero no puedo hacer nada para evitarlo	0,750		
9 Aunque no lo digo tengo miedo	0,663		
10 Tengo la cabeza llena de preocupaciones	0,851		
2 Me encuentro inquieto		0,561	
3 Siento el estómago revuelto		0,657	
4 Siento el corazón como si se fuera a salir de mi pecho		0,795	
5 Me cuesta respirar o respiro más aprisa de lo habitual		0,812	
6 Tengo miedo a morirme			0,776
11 Tengo miedo a caerme			0,622
Eigenvalue	2,81	2,42	1,48
%Varianza explicada	25,56	22,02	13,42

Fiabilidad

Los valores del α de Cronbach tanto de las subescalas de ansiedad rasgo y ansiedad estado como para el cuestionario global con todos los ítems fueron adecuados, confirmando su fiabilidad (Tabla 3).

Tabla 3. Análisis de fiabilidad de las subescalas y cuestionario global. (Página sucesiva)

Tras comprobar la validez y la fiabilidad, se obtuvo el cuestionario definitivo (Anexo 1).

DISCUSIÓN

Los datos sobre prevalencia e incidencia de los trastornos de ansiedad en las personas mayores varían de forma significativa entre estudios y esto pudiera deberse a la inexistencia de unos de criterios diagnósticos e instrumentos validados para su evaluación en este grupo de edad. La mayoría de las medidas autoinformadas de ansiedad se validan con personas adultas jóvenes, lo que limita su uso en personas mayores porque puede que no sean sensibles para detectar manifestaciones de ansiedad en este

Subescala	Nº de elementos	α de Cronbach estandarizada
Ansiedad rasgo	14	0,829
Ansiedad estado	11	0,808
Cuestionario global	25	0,884

grupo, puesto que pueden confundir más fácilmente los síntomas físicos de la ansiedad con las manifestaciones propias del envejecimiento o enfermedades frecuentes entre los mayores (Pachana, et al., 2007).

La necesidad de disponer de instrumentos de evaluación validados en población mayor aparece reflejada en revisiones recientes que señalan la carencia de cuestionarios o escalas (Bryant, Jackson, & Ames, 2008; Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk & Andreas, 2013).

El propósito de nuestro estudio ha sido la construcción de un cuestionario para la evaluación de la ansiedad estado y rasgo en las personas mayores. A partir de los ítems procedentes de diferentes cuestionarios, así como otros elementos contemplados por la literatura sobre trastornos de ansiedad, se ha tratado de incluir en la propuesta del instrumento los factores correspondientes a la teoría de Lang (1968 y 1979) –fisiológico, cognitivo y motor–, así como la tipología empleada por Spielberger (1983) –ansiedad estado y ansiedad rasgo–. El resultado es el Cuestionario para Ansiedad Geriátrica conformado por catorce ítems referentes a ansiedad rasgo –de los cuales cinco corresponden al componente motor, otros cinco al cognitivo y cuatro al fisiológico– y once ítems aplicados a ansiedad estado –de los cuales cinco corresponden al componente motor, cuatro al cognitivo y dos al componente que hemos denominado miedo–, con tres alternativas de respuesta cada uno.

Este estudio muestra unas adecuadas propiedades psicométricas para valorar la ansiedad rasgo y estado en personas mayores. En relación con los instrumentos elaborados con carácter general por otros autores, para el estudio de la ansiedad en población adulta, el cuestionario derivado de esta investigación añade mayores cotas de especificidad, al focalizar su atención únicamente en personas mayores, que presenta singularidades propias derivadas en síntomas particulares. Futuros estudios debieran comparar el ajuste de las diferentes propuestas mediante funciones que posibiliten un test de modelos hipotetizados, así como indagar en la estabilidad temporal de las medidas que ofrece el instrumento, y someterla a estudios de validación con diferentes muestras.

Nuestro estudio presenta varias limitaciones añadidas. Así, no se incluyeron a sujetos sin enfermedad psiquiátrica o pacientes sin trastornos de ansiedad, pero con otras enfermedades psiquiátricas. Sin embargo, este es uno de los pocos estudios de validación de una medida de ansiedad para la población mayor. Los instrumentos de evaluación de la ansiedad han sido diseñados para una población adulta en general y las importaciones al campo de la salud mental geriátrica rara vez han sido validadas (Wetherell, Birchler, Ramsdell & Unützer, 2007). La creación de novo en este caso como la adaptación cultural en otros de instrumentos de medidas para personas mayores es esencial, dado el diferente perfil de ansiedad, incluyendo las diferentes percepciones y descripciones de síntomas empleados por los ancianos, además de las particularidades clínicas incluyendo síntomas somáticos que coinciden con condiciones médicas (Wetherell, Le Roux & Gatz, 2003). No obstante, este cuestionario, tal y como recomendaba el DSM-V Anxiety, Obsessive–Compulsive Spectrum, Posttraumatic, and Dissociative Disorders Work Group, ha tratado de hacer preguntas sencillas y que no consumiera mucho tiempo (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010).

Es normal que los cuestionarios se empleen como screening, o como cuantificación de la intensidad y como evaluación de respuesta a un tratamiento. En general, en la evaluación de la ansiedad de personas mayores tienen poca utilidad, la mayoría están cargadas de ítems somáticos y la presencia de enfermedades somáticas hace que los falsos positivos se incrementen. De ahí, la relevancia de un instrumento como el que presentamos.

En conclusión, hemos mostrado cómo la escala puede ser utilizada para medir los síntomas de ansiedad generalizada en los ancianos, ya que proporciona una medición precisa y sensible de la gravedad de los síntomas en esta población. El interés por validar cuestionarios de evaluación de ansiedad en personas mayores responde a la necesidad de disponer de instrumentos de medida válidos y fiables. Pese a este

interés existen escasos estudios de evaluación de propiedades psicométricas de instrumentos de medida específicos para evaluar este trastorno, y totalmente inexistentes si solamente se consideran los trabajos acerca de instrumentos de medida de ansiedad validados en español. Por todo ello es destacable la novedad de los resultados presentados en este trabajo que muestran que el cuestionario de ansiedad geriátrica posee adecuadas propiedades psicométricas para su uso en la investigación y la práctica clínica habituales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Latorre Postigo, J.M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J.M., Mae Wood, C. & Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un Problema sin resolver. Revista Clínica de Medicina de Familia, 5 (1), 37–45.
2. Stein, M.B. & Sareen, J. (2015). Generalized Anxiety Disorder. The New England journal of medicine, 373 (21), 2059–2068.
3. Cano Vindel, A. (2011). Los desórdenes emocionales en Atención Primaria. Ansiedad y Estrés, 17 (1), 73–95.
4. Flint, AJ. (2005). Generalised anxiety disorder in elderly patients: epidemiology, diagnosis and treatment options. Drugs & aging, 22 (2), 101–114.
5. Bruno, M. & Lepetit, A. (2015). Les troubles anxieux de la personne âgée. Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie du Vieillissement, 13 (2), 205–213.
6. Bryant, C., Jackson, H. & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. Journal of affective disorders, 109 (3), 233–250.
7. Gale, C.R., Sayer, A.A., Cooper, C., Dennison, E.M., Starr, J.M., Whalley, L.J., ; HALCyon Study Team. (2011). Factors associated with symptoms of anxiety and depression in five cohorts of community–based older people: the HALCyon (Healthy Ageing across the Life Course) Programme. Psychological medicine, 41 (10), 2057–2073.
8. Ní Mhaoláin, A.M., Fan, C.W., Romero–Ortuno, R., Cogan, L., Cunningham, C., Kenny, R.A. & Lawlor, B. (2012). Frailty, depression, and anxiety in later life. International psychogeriatrics / IPA, 24 (8), 1265–1274.
9. Angst, J. & Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. Acta psychiatrica Scandinavica, 84 (5), 446–452.
10. Wittchen, H.U., Kessler, R.C., Beesdo, K., Krause, P., Höfler, M. & Hoyer, J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition and management. The Journal of clinical psychiatry, 63 (Suppl 8), 24–34.
11. Culpepper, L. (2002). Generalized anxiety disorder in primary care: emerging issues in management and treatment. The Journal of clinical psychiatry, 63 (Suppl 8), 35–42.
12. Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En: J.M. Schlien. (Ed.), Research in psychotherapy (pp. 90–102) Washington, DC: American Psychological Association.
13. Lang, P.J. (1979). Presidential address, 1978. A bio–informational theory of emotional imagery. Psychophysiology, 16 (6), 495–512.
14. Sierra, J.C., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Rev Mal–Estar e subjetividade, 3 (1),10–59.
15. Cattell, R.B. & Scheier, I.H. (1961). The Meaning and Measurement of Neuroticism and Anxiety. New York: Ronald Press.
16. Spielberger, C.D. (1989). State–Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography. 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
17. Spielberger, C.D., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1970). Manual for the State–Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
18. Echeburúa, E. (2000). Medición clínica en trastornos fóbicos y de ansiedad. En: A. Bulbena, G.E. Berrio & P. Fernández de Larrinoa. (Eds.), Medición clínica en psiquiatría y psicología (pp. 369–375). Barcelona: Masson.
19. Montero, I. & León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. International Journal of Clinical and Health Psychology, 7 (3), 847–862.
20. Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assesment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of the American Geriatrics Society, 23 (10), 433–441.
21. Gorsuch, R.L. (1983). Factor analysis. 2nd ed. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
22. Lozano, L.M. & de la Fuente, E. (2009). Diseño y validación de cuestionarios. En: A. Pantoja. (Ed.), Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación (pp. 251–276). Madrid: EOS.
23. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, RA. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. Journal of consulting and clinical psychology, 56 (6), 893–897.
24. Spielberger, C.D. (1983). Manual for the State–Trait Anxiety Inventory (Form Y). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
25. Zigmond, A.S. & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. Acta psychiatrica Scandinavica, 67 (6), 361–370.
26. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. The British journal of medical psychology, 32 (1), 50–55.
27. Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. & Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. Behaviour research and therapy, 28 (6), 487–495.
28. Wittchen, H.U. & Boyer, P. (1998). Screening for anxiety disorders. Sensitivity and specifity of the Anxiety Screening Questionnaire (ASQ–15). The British journal of psychiatry, 173 (Suppl. 34), 10–17.
29. Bobes, J., García–Calvo, C., García–García, M., Rico–Villademoros, F. & Grupo Español de Trabajo para la validación de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM–IV (Escala de TAG de Carrol y Davidson). (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, 34 (2), 83–93.
30. Taylor, J.A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. Journal of abnormal psychology, 48 (2), 285–290.
31. Miguel Tobal, J.J. & Cano Vindel, A. (1986). Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad – ISRA–. Madrid: TEA.
32. Lowe, P.A. & Reynolds, C.R. (2006). Examination of the Psychometric Properties of the Adult Manifest Anxiety Scale–Elderly Version Scores. Educational and Psychological Measurement, 66 (1), 93–115.
33. Sinoff, G., Ore, L., Zlotogorsky, D. & Tamir, A. (1999). Short Anxiety Screening Test––a brief instrument for detecting

anxiety in the elderly. International journal of geriatric psychiatry, 14 (12), 1062–1071.

34. Goldberg, D., Bridges, K., Duncan–Jones, P. & Grayson, D. (1988). Detecting anxiety and depression in general medical settings. BMJ: British medical journal / British Medical Association, 297 (6653), 897–899.
35. Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2001). Using multivariate statistics (4th ed.). New York: HerperCollins.
36. Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika, 16 (3), 297–334.
37. Nunnally, J.C. (1978). Psychometric Theory (2nd ed.). New York: McGraw–Hill.
38. Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. International psychogeriatrics / IPA, 19 (1), 103–114.
39. Bryant, C., Jackson, H. & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. Journal of affective disorders, 109 (3), 233–250.
40. Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Wlodarczyk, O. & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta–analysis. Ageing research reviews, 12 (1), 339–353.
41. Wetherell, J.L., Birchler, G.D., Ramsdell, J. & Unützer, J. (2007). Screening for generalized anxiety disorder in geriatric primary care patients. International journal of geriatric psychiatry, 22 (2), 115–123.
42. Wetherell, J.L., Le Roux, H. & Gatz, M. (2003). DSM–IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: distinguishing the worried from the well. Psychology and aging, 18 (3), 622–627.
43. Wolitzky–Taylor, K.B., Castriotta, N., Lenze, E.J., Stanley, M.A. & Craske, M.G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. Depression and anxiety, 27 (2), 190–211.

ANEXO 1

NOMBRE..... EDAD..... SEXO..... ESTADO CIVIL.....

V ó M

FECHA.....

NIVEL ESCOLAR.....

Clave de nivel escolar: 1. Iletrado 3. Estudios primarios 5. Medios
2. Sabe leer y escribir 4. Bachiller elemen. – EGB 6. Superiores

---

ANSIEDAD/RASGO

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de frases referentes a estados o situaciones en los que usted se ha encontrado o ha sentido *A LO LARGO DE SU VIDA*. Queremos saber cuáles de estas situaciones o estados ha sentido o le han pasado durante su vida. Responda con sinceridad. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Marque su respuesta con una "X" en la casilla correspondiente a la frecuencia con la que esta afirmación coincide con su opinión.

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. Toda la vida, cuando he tenido problemas me he preocupado más de lo necesario			
2. Suelo ponerme en la peor situación de un problema antes de que suceda			
3. Siempre he pensado que hago los problemas más grandes de lo que realmente son			
4. En muchas ocasiones, he pensado que me iba a dar un ataque al corazón			
5. Siempre que me he puesto nervioso he sentido que me faltaba el aire			
6. Siempre me ha dado miedo el no saber que podía pasarme en el futuro			
7. Cuando las cosas se ponían difíciles, mi mente se quedaba en blanco y no podía pensar con claridad			

Intente pensar en situaciones problemáticas o difíciles, que usted haya vivido en el pasado y díganos que solía hacer en ese momento:

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
8. Trataba de evitar o rehuir la situación			
9. Solía moverme mucho y hacer cosas sin una finalidad			
10. Tartamudeaba o me costaba mucho encontrar las palabras o las ideas adecuadas, para responder			
11. Me quedaba paralizado			
12. Mis movimientos se volvían torpes			
13. Me sudaban las manos u otras partes del cuerpo			
14. Sentía la boca totalmente seca			

ANSIEDAD/ESTADO

INSTRUCCIONES

A continuación, se presentan una serie de frases que se utilizan para describir como nos encontramos normalmente. Indique cuáles se adaptan a cómo se siente *AHORA MISMO*. Responda con sinceridad. Recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. Marque su respuesta con una "X" en la casilla correspondiente a la frecuencia con la que esta afirmación coincide con su opinión.

	Nada	Algo	Mucho
1. Me siento tenso			
2. Me encuentro inquieto			
3. Siento el estómago revuelto			
4. Siento el corazón como si se fuera a salir de mi pecho			
5. Me cuesta respirar o respiro más aprisa de lo habitual			
6. Tengo miedo a morirme			
7. Me agobian mis preocupaciones			
8. Sé que no debería estar tan preocupado por las cosas, pero no puedo hacer nada para evitarlo			
9. Aunque no lo digo tengo miedo			
10. Tengo la cabeza llena de preocupaciones			
11. Tengo miedo a caerme			