



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**SEMINARIO DE TÍTULO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO:**

**“INVENTARIO DE ANSIEDAD GERIÁTRICA**

**(GERIATRIC ANXIETY INVENTORY) [GAI]”**

**EN UNA MUESTRA CHILENA DE ADULTOS MAYORES AUTOVALENTES”**

**PROFESORA**

**CLAUDIA MIRANDA**

**POR**

**DANIEL CONTRERAS**

**CONSTANZA DONOSO**

**KARIN GARAY**

**PAULA MARTÍNEZ**

**VERÓNICA RUIPÉREZ**

**VALPARAÍSO, 27 DE DICIEMBRE DE 2016.**

## ÍNDICE

	Pág.
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	7
2.1 Objetivo General	7
2.2 Objetivos Específicos	7
2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	7
3. MARCO CONCEPTUAL Y EMPÍRICO SOBRE ADULTO MAYOR	8
3.1 DATOS DEMOGRÁFICOS	8
<i>Datos demográficos en el mundo</i>	8
<i>Datos demográficos en Latinoamérica</i>	9
<i>Envejecimiento en Chile</i>	9
3.2 ENVEJECIMIENTO Y ADULTO MAYOR	11
<i>Desarrollo del concepto de adulto mayor</i>	11
<i>Caracterización de adulto mayor</i>	12
1. <i>Prevalencia de enfermedades</i>	12
2. <i>Estructura familiar</i>	13
3. <i>Escolaridad</i>	13
4. <i>Trabajo</i>	13
5. <i>Ingresos</i>	14
6. <i>Pobreza</i>	14
7. <i>Actividades sociales</i>	14
3.3 SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR	16
3.3.1 Salud mental en Latinoamérica y el Caribe	16
3.3.2 Salud mental en Chile	17
3.3.2.1 Salud Mental en el Adulto Mayor	19
<i>Factores psicosociales asociados a la salud mental del adulto mayor</i>	20
<i>Apoyo social y participación</i>	21
<i>Funcionalidad, auto-valencia, fragilidad y dependencia</i>	22
3.4 ANSIEDAD	25
<i>Definición Clínica</i>	25
<i>Trastornos de ansiedad</i>	25
<i>Trastornos de ansiedad prevalentes en el adulto mayor</i>	26
<i>Ansiedad en el Adulto Mayor</i>	28
<i>Generalidades</i>	28
<i>Factores de riesgo</i>	28
<i>Biológicos</i>	28
<i>Psicológicos</i>	30
<i>Sociales</i>	30
<i>Factores Protectores</i>	31
<i>Epidemiología</i>	31
<i>Comorbilidad</i>	33
3.4.1 Ansiedad en el Adulto Mayor en Chile	36

3.5 EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES	39
3.5.1 Instrumentos de medición de ansiedad utilizados en adultos mayores	44
3.5.2 Instrumentos específicos para evaluar ansiedad en adultos mayores	60
4. DESCRIPCIÓN GERIATRIC ANXIETY INVENTORY [GAI]	68
4.1. Desarrollo y Validación	69
4.2. Propiedades estadísticas y psicométricas en sus distintas validaciones.	71
4.2.1 Adaptaciones del GAI	72
Versión China	72
Versión Brasil	73
Versión España	73
4.3 Importancia de la Validación del [GAI] en Chile	74
5. MARCO METODOLÓGICO	76
5.1 Diseño de investigación	76
5.2 Muestra	76
5.3 Reclutamiento	76
5.4 Consentimiento Informado	77
5.5. Descripción de los Instrumentos	77
Características Sociodemográficas	77
Subescala de Salud General	77
Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D)	78
Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI)	79
Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff	79
Escala de Respuestas Rumiativas (RSS) versión breve	80
5.5.1 Metodología de la validación Geriatric Anxiety Inventory [GAI]	81
5.5.1.1. Validez de Apariencia	81
5.5.1.2 Validez de Constructo	82
Confiabilidad	83

5.5.1.3 Validez Convergente y Discriminante	83
6. RESULTADOS	84
6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	85
6.1.1 EDAD	85
6.1.2 SEXO	85
6.1.3 ESTADO CIVIL	86
6.1.4 REGIÓN DE ORIGEN	86
6.1.5 AÑOS DE EDUCACIÓN	86
6.1.6 CONDICIONES ECONÓMICAS	87
6.1.7 NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	88
6.1.8 PERCEPCIÓN DE SALUD	89
6.1.9 ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA	90
6.1.10 QUÉ ENFERMEDAD PRESENTA (¿CUAL?)	90
6.1.11 SISTEMA DE SALUD	92
6.1.12 FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONTROLES DE SALUD	93
6.2 EVALUACIÓN DE LA V. DE APARIENCIA Y V. DE CONSTRUCTO	94
6.2.1 VALIDEZ DE APARIENCIA	94
6.2.2 VALIDEZ DE CONSTRUCTO	97
ANÁLISIS FACTORIAL	98
6.2.3 CONFIABILIDAD	105
6.3 VALIDEZ CONVERGENTE	107
6.4 VALIDEZ DISCRIMINANTE	108
7. DISCUSIÓN	109
8. CONCLUSIÓN	114
Sugerencias	114
9. REFERENCIAS	116
10. ANEXOS	130
ANEXO 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	130
ANEXO 2: ENTREVISTA VALIDEZ DE APARIENCIA	131
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	132

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecimientos a nuestras familias, quienes nos han apoyado incondicionalmente.

Para nuestros/as adultos mayores por el aliento y participación,  
esperamos que sea una herramienta útil para la salud mental de nuestra población.

## 1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la población mundial, en los últimos años, la cantidad de adultos mayores ha aumentado de manera significativa debido a dos grandes razones. Primero, la esperanza de vida promedio se ha elevado considerablemente, lo cual responde a un mayor índice de supervivencia en edades tempranas, sumado a una mejora sanitaria, que influye en la calidad de las políticas de salud y en el desarrollo socioeconómico. Segundo, la presencia de una baja fecundidad a nivel mundial, debido a diferentes factores como el cambio en las normas de género, el mayor acceso a la anticoncepción y también a que los hijos tienen mayores probabilidades para sobrevivir (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015). En razón a lo anterior, la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, contribuyen a que progresivamente se eleve la cantidad de personas en edades avanzadas, constituyendo el envejecimiento poblacional en un fenómeno mundial. En el año 2009 se estimaba que 737 millones de personas en edades avanzadas (60 años o más) constituían la “población” adulta mayor del mundo. Se proyecta que esta cifra aumentará a dos billones en el año 2050. Hoy en día, una persona de cada nueve en el mundo, tiene 60 o más años (Ministerio de Salud [MINSAL], 2014).

En el caso de Chile, 16,7% (2.885.157 personas) de la población total del país son adultos mayores, representando un incremento del índice de envejecimiento de 9,3% con respecto al 2011, de acuerdo a los resultados de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) del año 2013 (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2015). Se estima que para el año 2020, la población adulta mayor del país alcance los 3,2 millones de habitantes, lo cual implicaría un aumento del 45% (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2014).

Siguiendo con lo anterior, del total de 16,7% de la población mayor, un 57% son mujeres y 42,7% son hombres. En el caso del panorama regional, el mayor índice de envejecimiento de población está en la Región de Los Ríos, con 99,4 adultos mayores de 60 años por cada 100 niños menores de 15 años, le sigue El Maule con 95,7, Valparaíso con 87,8, Los Lagos con 85,3 y Región Metropolitana con 81,7. Por el contrario, las regiones

con menor índice de envejecimiento son Antofagasta y Tarapacá con 44,9 y 48,9, respectivamente (SENAMA, 2015).

Con aproximadamente 18 millones de habitantes, Chile se encuentra entre los países donde más rápidamente envejece su población. Estudios recientes estiman que para el año 2050 las personas mayores de 60 años, que hoy representan aproximadamente el 16,7% de su población, alcanzarán 32,9%; la edad media del país sobrepasará el promedio mundial que se expresa en los rangos de 46,9 y 36,1 años respectivamente, y para el quinquenio 2045-2050, las expectativas de vida de los chilenos serán más de 10 puntos superiores al promedio mundial (87,8 años), posicionándose entre las más altas del mundo (SENAMA, 2015).

En el adulto mayor existe un aumento de las enfermedades crónicas y discapacidades que afectan la calidad de vida, lo cual, incrementa las demandas de atención en los servicios de salud y el uso y consumo de fármacos (Hambleton et. al, 2005, en Vivaldi & Barra, 2012). Por lo tanto, el enfoque de la salud en los adultos mayores es distinto al resto de la población, debido a la forma de presentación de las enfermedades, las múltiples patologías asociadas, la polifarmacia y su alteración funcional en el diario vivir, haciéndolos más susceptibles a la dependencia de otras personas y a la hospitalización, la cual se ha asociado a un mayor riesgo de institucionalización, delirium, depresión, morbimortalidad y deterioro funcional (Baztán et. al, 2009, en Cares et. al, 2013).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010, la depresión se encuentra en un 18,2% y el deterioro cognitivo en un 10,4% de la población adulto mayor, considerándose dentro de las más prevalentes en este grupo. En este sentido, en el caso de la ansiedad, no existen suficientes estudios epidemiológicos acerca de este trastorno en el adulto mayor en Chile, por lo cual, los porcentajes de prevalencia parecen bajos, en ocasiones se considera un componente natural de la vejez, o se manifiesta a través de somatizaciones y no se identifica ya que los adultos mayores no acuden a los servicios de salud con demandas directamente relacionadas con ello (McCullogh, 1992 en Ugalde, 2010).

La ansiedad, es un estado psicológico y fisiológico normal, que se caracteriza por presentar componentes cognitivos, somáticos, emocionales y conductuales. De acuerdo a la

Clasificación internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10), el Trastorno Ansioso, se encuentra entre los trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, asociado a estrés psicológico (CIE-10, 2010). Según la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V) (2014) “Los trastornos de ansiedad se caracterizan por la presencia de miedo y malestar excesivos, por un tiempo prolongado, así como alteraciones conductuales, como tensión muscular y comportamientos cautelosos y evitativos.” Asimismo, los trastornos de ansiedad se categorizan de acuerdo al tipo de objeto o situaciones que inducen miedo, ansiedad o conductas evitativas, y según el tipo de cognición asociada. Siendo los trastornos de ansiedad con mayor prevalencia en adultos mayores: la fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia y trastorno de ansiedad generalizada (DSM-IV, 2014).

De acuerdo a la Guía Clínica de Ansiedad en el Adulto Mayor (MINSAL, 2004), los trastornos ansiosos muestran una comorbilidad de 60 a 80% con depresión y demencia, pudiendo cursar con agorafobia. Los síntomas ansiosos pueden presentarse posterior a una caída, con una incidencia entre el 16-26%, siendo el grupo de riesgo las personas de 75 años o más, de sexo femenino (en una proporción de 2:1) y adultos mayores con disminución previa de la movilidad (MINSAL, 2004). Como anteriormente se ha explicitado, hasta la fecha no existen estudios epidemiológicos sobre ansiedad en adulto mayor. La Guía Clínica de Ansiedad en el Adulto Mayor, antes citada, utiliza datos de prevalencia de otros países y se basa en estudios extranjeros realizados entre los años 1990 y 1997, sin referencias específicas (MINSAL, 2004). Además, las tasas de prevalencia de los trastornos de ansiedad son más bajas para el grupo de adulto mayor que para otros grupos de edad, pero el número de las personas mayores que padecen ansiedad está lejos de ser despreciable, y los datos disponibles demuestran que estos trastornos están entre los trastornos psiquiátricos más prevalentes en dicho grupo etario (Bryant et al., 2008, en Márquez-González et. al, 2012).

Para evaluar la depresión en el adulto mayor, se utiliza comúnmente la escala de depresión abreviada de Yessavage (1982) (MINSAL, 2010). Sin embargo, no existe un instrumento formal recomendado por parte del MINSAL en evaluación de la ansiedad. A

nivel nacional, existe sólo una Guía Clínica no-GES de Ansiedad para personas mayores de 65 años y más, en control en Atención Primaria de Salud (APS), cuyo diagnóstico clínico propuesto comienza con el tamizaje en APS mediante la Escala de Depresión de Zung, continuando con anamnesis y examen físico (MINSAL, 2004). Sin embargo, la escala de Depresión de Zung no es adecuada para detectar trastornos de ansiedad en esta población, pues, de un total de 20 ítems, sólo cuenta con 2 ítems destinados a detectar algún tipo de sintomatología ansiosa, lo que resulta insuficiente.

En este sentido, frente a la morbilidad mencionada anteriormente, se hace evidente la necesidad de contar con un instrumento de evaluación de ansiedad validado específicamente para adultos mayores chilenos. En este sentido, “la necesidad de desarrollar y validar las medidas de screening (tamizaje) en el idioma español ha sido señalada como un primer paso necesario hacia la mejora de la atención prestada a las personas mayores de habla hispana” (Diefenbach et al., 2004 citado en Fernández-Fernández et al., 2012). Es por ello que el objetivo de este estudio es validar el instrumento “Geriatric Anxiety Inventory” (GAI) en su versión española (Fernández-Fernández et al., 2012). En su versión original (Pachana et al., 2007), este instrumento australiano presenta excelentes propiedades psicométricas, con índices de consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) que van desde 0,91 a 0,93, mientras que en el estudio de Márquez-González et al. (2012) se concluye que las propiedades psicométricas de la versión española del GAI son buenas, tiene una consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach) para la escala global excelente y similar a la que se obtiene con la versión en inglés de la escala (Pachana et al., 2007; Diefenbach et al., 2009 en Márquez-González et al., 2012) y por ende, puede ser recomendada para medir la ansiedad en adultos mayores autovalentes.

## **2. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN**

### **2.1 Objetivo General**

Validar la versión adaptada al español del instrumento Geriatric Anxiety Inventory (GAI) en una muestra de adultos mayores autovalentes chilenos.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Determinar la Validez de Apariencia de la versión adaptada al español del Geriatric Anxiety Inventory (GAI).
- Conocer la Validez de Convergente y Discriminante de la versión adaptada al español del Geriatric Anxiety Inventory (GAI).
- Determinar la Validez de Constructo de la versión adaptada al español del Geriatric Anxiety Inventory (GAI).
- Describir la confiabilidad de la versión adaptada al español del Geriatric Anxiety Inventory (GAI).

### **2.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Es válido y confiable el Geriatric Anxiety Inventory (GAI) para evaluar ansiedad en adultos mayores autovalentes chilenos?

### 3. MARCO CONCEPTUAL Y EMPÍRICO SOBRE ADULTO MAYOR

#### 3.1 DATOS DEMOGRÁFICOS

##### *Datos demográficos en el mundo*

A lo largo de los años, se ha producido un fenómeno que progresivamente ha ido en aumento en el mundo, el envejecimiento demográfico, el cual deriva de un conjunto de cambios, tanto culturales, sociales, políticos y económicos, que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad (SENAMA, 2013).

El envejecimiento de la población se refiere a la modificación progresiva de la distribución por edad de los miembros de la población que da un paso cada vez más considerable a las edades avanzadas, y correlativamente una disminución cada vez más baja de las edades jóvenes. La causa esencial del envejecimiento reside en el descenso de la natalidad y mortalidad infantil, y el aumento de la esperanza de vida, es decir el aumento proporcional del número de personas mayores. El descenso del número de jóvenes implica que el peso relativo de los mayores aumenta considerablemente en el conjunto demográfico (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2014).

En este sentido, entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números concretos, este grupo etario pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. Por ejemplo, entre 2000 y 2050 la cantidad de personas de 80 años o más aumentará casi cuatro veces hasta alcanzar los 395 millones (OMS, 2015).

Dentro del fenómeno del envejecimiento poblacional se está produciendo el “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, que las personas mayores de 80 años constituyen el 14% de la población de 60 años y más, siendo este el segmento de la población que crece más rápido. Así en el 2050, un 20% de la población mayor, tendrá 80 años y más. El número de personas de cien años y más, está creciendo aún más rápido y se proyecta que aumentará nueve veces para el 2050, de 451.000 en 2009 a 4.1 millones en 2050 (MINSAL, 2014).

### ***Datos demográficos en Latinoamérica***

En el caso de América Latina la prevalencia de adultos mayores de 60 o más años fue de 8% al año 2000 y se estima que para el año 2025 esta cifra ascenderá a 14,1%. (Cares et. al., 2013). Por ello, a partir del año 2000 la población de adultos mayores de América Latina se duplicará en sólo dos décadas, alcanzando a aproximadamente 80 millones de personas. Es por esto que los gobiernos deben estar preparados para que cada año, en promedio, haya 2 millones más de adultos mayores que requieran programas sociales (Chackiel, 2000).

Con respecto a lo anterior, esto contrasta con lo que ocurre con la tasa de crecimiento de la población menor de 15 años, la cual se presenta con desfases entre los países, se torna levemente negativa u oscila alrededor de cero. Como resultado, la relación entre niños y adultos mayores se reduciría a la mitad en el mismo período y la proporción de mayores de 60 años se duplicaría en treinta años, aunque sin igualar todavía la existente hoy en los países desarrollados (Chackiel, 2000).

### ***Envejecimiento en Chile***

Según la cuenta pública del año 2011 de SENAMA, Chile es el segundo país más envejecido de América Latina. Las estadísticas indican algo muy similar, pues 1 de cada 10 personas son adultos mayores, y para el año 2025 esta relación se estima que estará en 1 de cada 5. Actualmente, el 16,7% (2.885.157 personas) de la población total del país son adultos mayores, representando un incremento del índice de envejecimiento de 9,3% con respecto al 2011, de acuerdo a los resultados de la Encuesta CASEN Adulto Mayor 2013 (SENAMA, 2015).

La distribución etaria de la población en Chile, ha variado significativamente desde mediados del siglo pasado hasta la actualidad. En 1960 los menores de 15 años representaban el 39,5% de la población total, los de 15 a 59 años eran el 53% y los mayores de 60 años alcanzaba al 7,4%, es decir, menos de la décima parte de la población. En el año 2000, estos porcentajes eran de 27,8%, 62% y el 10,2% de la población total, respectivamente, disminuyendo la población infantil y aumentando la población adulta mayor. Se estima que al año 2020 estos grupos representarán el 20,2% (MINSAL, 2014).

Una de las regiones con mayor índice de envejecimiento poblacional es la Región Metropolitana, la cual presenta un índice de envejecimiento de 81,7, éste es un indicador de la estructura demográfica por edad, que se define como la razón de personas mayores sobre el total de menores en una población, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años. En este sentido, este territorio presenta un 14,7% de la población regional, que equivale a 1.011.238 de adultos mayores. La diferencia por sexo en personas mayores se visibiliza en un 40,7% en hombres (412.048 personas) y un 59,3 % de mujeres (599.190 personas) (SENAMA, 2013).

Otra región que presenta esta misma situación es Valparaíso, la cual muestra un índice de envejecimiento de 87,8, en donde las personas de 60 años y más representan el 18,8% de la población regional, lo que equivale a 329.857 personas. Distinguiendo por sexo, el 16,7% de los hombres corresponde a adultos mayores (136.874 personas), en tanto esta proporción alcanza el 20,7% en la población de mujeres (192.983 personas). El porcentaje de adultos mayores en la población de mujeres se estima mayor en 4,0 puntos porcentuales al de los hombres, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (CASEN, 2012).

## 3.2 ENVEJECIMIENTO Y ADULTO MAYOR

### *Desarrollo del concepto de adulto mayor*

En Chile, se mantiene la definición de *Adulto Mayor* propuesta por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), como una persona de 60 años o más. En este mismo ámbito, el año 2003 se constituye el SENAMA, el cual promueve la utilización del término *adulto mayor* o de *persona mayor* por sobre los conceptos de tercera edad, anciano, viejo o senescente, los cuales “pueden ser entendidos en un sentido peyorativo y que se asocian a una imagen negativa, discriminatoria y sesgada de la vejez” (SENAMA, 2014).

En este sentido, el envejecimiento es entendido como el proceso de cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo, que ocurren como resultado del paso del tiempo. Proceso que se extiende por toda la vida, que engloba una serie de cambios que se inician en el momento de la concepción, los cuales se hacen más evidentes después de la madurez. Existen distintas teorías acerca del envejecimiento, que desde la biología se enfocan en teorías genéticas, celulares, sistémicas, de eventos vitales, como también la psicología en la teoría del desarrollo, enfoque del ciclo vital, teoría de la actividad, teoría de la continuidad y finalmente, lo social donde enuncia la teoría de la desvinculación, de la subcultura, de la modernización, entre otras. En consecuencia, todas estas teorías explican cómo ocurren los cambios con el paso del tiempo (IMSERSO, 2014).

El *adulto mayor autovalente*, se define como aquella persona mayor de 60 años que posee características físicas, funcionales, mentales y sociales, las cuales están acordes con su edad cronológica, permitiéndole realizar actividades esenciales de autocuidado, es decir, que puede realizar acciones tales como: comer, vestirse, desplazarse y bañarse, además de las actividades necesarias para adaptarse a su entorno: leer, usar el teléfono, manejar su medicación, el dinero, viajar y hacer sus trámites (IMSERSO, 2014).

Este concepto va ligado con un *envejecimiento activo*, entendido como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen (OMS, 2002), con respecto a lo anterior se puede producir un envejecimiento saludable, es decir, donde los factores

extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, evitando que haya poca o ninguna pérdida funcional. Un envejecimiento saludable cursa con bajo riesgo de sufrir enfermedades o tener alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, además de compromiso activo (Fernández-Ballesteros, Caprara & García, 2004).

En este sentido, se espera que sea un proceso personal y social que cursa con dignidad, energía, salud, actividad física y mental, participación e integración social, productiva y política, y satisfacción con la vida propia. Se puede alcanzar optimizando el potencial personal y social del adulto mayor, viviendo vidas activas, participativas y productivas, saludables y solidarias, logrando así el envejecimiento exitoso (Engler & Peláez, 2002).

### ***Caracterización de adulto mayor***

En la dimensión del individuo, el envejecimiento, es un proceso fisiológico normal irreversible que se traduce en una serie de cambios bio-psico-funcionales que lenta y progresivamente afectan la adaptabilidad de la persona a su entorno físico, ambiental y social aumentando la vulnerabilidad del individuo, exponiéndose a la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas, que menoscaban su salud y calidad de vida (Ministerio de Planificación y Cooperación [MIDEPLAN], 2007).

En este sentido, es importante realizar una observación de la situación actual de los adultos mayores para establecer una panorámica de información que permita caracterizar a la población. Por tanto, se tomarán distintas características demográficas: prevalencia de enfermedades, estructura familiar, escolaridad, trabajo, ingresos, pobreza y actividades sociales.

#### ***1. Prevalencia de enfermedades***

Se observa que la población adulto mayor presenta una mayor prevalencia de factores que componen un riesgo para la salud, siendo las cifras más altas las de sedentarismo con un 94,5% (es decir, que no cumple con el mínimo de 30 minutos de ejercicio al día), hipertensión con un 68,1% y el colesterol alto con un 46,4% (MIDEPLAN, 2012).

En relación a la salud mental, se observa que la prevalencia de los síntomas depresivos en la población mayor a 65 años es de un 11,2%, siendo más alto en el grupo de mujeres

16,9%, en comparación a los hombres, con solo un 4,1%. Otro punto importante es el porcentaje de deterioro cognitivo en el grupo de adulto mayor, que varía desde un 7,2% en el tramo de los 60 a los 69 años, para pasar a un 12,8% entre los 70 a los 79 años y aumenta hasta un 20,9% en el tramo de los 80 años hacia adelante (MINSAL, 2009-2010).

## ***2. Estructura familiar***

El Informe de Políticas Sociales (2012) muestra que cerca de un 75,3% de los hombres adultos mayores vive en pareja, mientras que para la misma categoría, solo alcanza hasta un 44,1% en el caso de las mujeres. En la misma línea, un 61% de las mujeres que viven solas son viudas, factor principal a la hora de explicar este fenómeno, mientras que en el caso de los hombres este porcentaje solo alcanza un 8%, donde se consideran aquellos hombres que son jefes de hogar.

## ***3. Escolaridad***

Según el Estudio Nacional de Dependencia (2010), un 11,8% de la población adulto mayor, presenta analfabetismo, y un 5,8% de la población sabe “o leer o escribir”, Siguiendo el mismo estudio, se puede apreciar que cerca del 7,2% de la población no tiene escolaridad alguna, esto quiere decir que aproximadamente 117.320 personas poseen ningún año de escolaridad, seguido de un 66,8% de la población que no ha cursado la enseñanza media y sólo un 4,3% han estudiado 12 años o más, lo que se equipara con los años cursados en educación superior.

## ***4. Trabajo***

Existe una gran diferencia numérica entre adultos mayores que mantienen un trabajo y quienes están desempleados, cerca de un 79,1% de la población de adultos mayores se encuentra desempleado, mientras que solo un 20,9% de la población ejerce en algún empleo. Cabe destacar que este segmento se concentra dentro de los 10 primeros años del adulto mayor, es decir entre los 60 y los 69 años, donde se encuentra el 76% de los adultos mayores ocupados, decreciendo en los siguientes 10 años a un 21,7% para terminar con solo un 2,3% de los adultos mayores con 80 o más años en algún trabajo. Esta información

es relevante, en cuanto, “el empleo en las personas mayores favorece los factores asociados al mantenimiento de la funcionalidad, el ejercicio de roles, la valoración social y el sentimiento de autoeficacia y autonomía” (SENAMA, 2010).

### **5. Ingresos**

Existen variados factores que afectan la situación económica en el adulto mayor, la permanencia en un trabajo, el ahorro previsional, seguros de cesantía o invalidez, bonos por hijo, etc., los cuales afectan directamente a la estabilidad económica dentro de este grupo. Se observa que cerca de un 7,2% de la población estudiada tiene un ingreso menor o igual a \$49.400, seguida por un 24,4% tiene un ingreso igual o menor a \$83.658, seguido de un 25,7% que percibe un un ingreso menor o igual a \$130.656, el siguiente intervalo corresponde a un 22,5% de la población con un ingreso menor o igual a 236.509 y por último un 20,2% percibe más de \$236.510 (SENAMA, 2010).

### **6. Pobreza**

Respecto a la pobreza, el porcentaje ha disminuido en el grupo de adultos mayores. Si bien, en 1990 el porcentaje de pobreza en adultos mayores era de un 20,6%, en el 2009 esta cifra descendió a 8,9%, lo que equivale a 208.324 de 60 años o más, de los cuales solo un 1,8% corresponde a pobreza extrema. Es importante destacar que siempre se ha mantenido la tendencia a tener una menor pobreza en comparación a la población menor a 60 años (MIDEPLAN, 2012).

### **7. Actividades sociales**

La población adulto mayor en Chile es el grupo que participa más activamente en organizaciones, alcanzando un 31,5%, mientras que la mayoría de estas organizaciones corresponden en su mayoría a encuentros religiosos, juntas de vecinos y agrupaciones de adultos mayores (MINSAL, 2010).

## **Síntesis**

Hay que hacer un especial énfasis en la participación social y el empoderamiento del adulto mayor para ejercer sus derechos como actores válidos e importantes en el desarrollo y contingencia nacional. Junto a esto, es relevante revisar cómo las organizaciones e instituciones deben adaptarse a este nuevo paradigma socio-demográfico, donde no solo deben cambiar en conjunto con la población que envejece constantemente, sino también replantear las estructuras de funcionamiento y relaciones sociales, necesidades materiales y de salud, para la mejora, elaboración y renovación de políticas públicas que sean adecuados a este grupo etario.

### **3.3 SALUD MENTAL EN EL ADULTO MAYOR**

#### **3.3.1 Salud mental en Latinoamérica y el Caribe**

En la región de América Latina y el Caribe, los servicios de salud mental han transitado desde un modelo hospitalario a una base comunitaria durante más de veinte años, tomando como punto de referencia la Declaración de Caracas (1990), constituyéndose como un desafío la reestructuración de los servicios de salud mental (Rodríguez, 2011).

Al indagar en países de América Latina y el Caribe, sólo una minoría cuenta con una legislación específicamente dedicada a salud mental pues las políticas existentes suelen ser incompletas, o bien no han sido explicitadas como tal, sino a través de planes o de políticas nacionales de salud cuando en ellas se incluyen componentes específicos referidos a la salud mental (OMS, 2013).

Dentro del vigente modelo comunitario, un objetivo mundialmente aceptado según la OMS (2013), es que “no hay salud sin salud mental”, entendiéndose la salud mental entonces, como parte integral del estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es decir, como parte integral de la salud. Para este propósito, el plan de acción mundial sobre la salud mental, busca dar una respuesta integral y coordinada de los sectores sanitario y social de los países. Por esto, tiene un enfoque integral y multisectorial, con coordinación de los servicios de los sectores sanitario y social, y concede especial atención a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación, atención y recuperación (OMS, 2013).

En América Latina y el Caribe los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga total de enfermedad, medida en años de vida ajustados en función de la discapacidad, correspondiendo el índice más alto para los trastornos depresivos unipolares con un 13,2%, seguido por el uso excesivo de alcohol con un 6,9%. Por otra parte, la mayor prevalencia de los trastornos neuropsiquiátricos de la región corresponden a: 1) Uso nocivo o dependencia de alcohol (5,7%), 2) Depresión mayor (4,9%) y 3) Trastorno de Ansiedad (3,4%). Es posible observar, que la dependencia de alcohol y la depresión mayor, además de poseer las más altas prevalencias poseen la mayor carga total de enfermedades para América Latina y el Caribe. A pesar de la relevancia de estos datos, la brecha de

tratamiento, es decir, el porcentaje de afectados para los cuales no hay tratamiento, es abrumador, correspondiendo a 71,4%, 58,9% y 63,1% respectivamente. Perteneciendo estas cifras a 3 de los 4 índices más altos en la brecha de tratamiento en la salud pública de América Latina y el Caribe (OMS, 2013).

### **3.3.2 Salud mental en Chile**

La alta prevalencia de los trastornos mentales “constituye un importante problema de salud pública, cuyos costos directos e indirectos afectan negativamente a los individuos que las padecen, incluyendo sus familias y la sociedad en su conjunto” (Errázuriz, Valdés, Vöhringer & Calvo, 2015, p. 1). Tanto la mortalidad y la discapacidad, como también la mortalidad prematura se han visto contribuidas de manera significativa por la presencia de trastornos mentales en la población, alcanzando los criterios para alguno de estos trastornos en los últimos 12 meses (Minoletti, Alvarado, Rayo & Minoletti, 2014). Por ejemplo, en el caso de depresión y esquizofrenia, existe un aumento de un 40 y 60% de probabilidades de sufrir una muerte prematura por suicidio o problemas de salud física, tales como cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes, o infección por VIH. Mientras que la segunda causa de *Años de Vida Saludable perdidos por vivir con discapacidad (AVISA)* en la población chilena y la primera en la población femenina entre 20 y 44 años, corresponde a la presencia de trastornos depresivos unipolares (Errázuriz et al., 2015). Es posible comprender gran parte del ausentismo y de la disminución del rendimiento laboral desde esta óptica, así como del aumento del riesgo en el número de accidentes, enfermedades físicas y muertes prematuras, significando altos costos económicos para el país, además del empeoramiento en la calidad de vida de las personas (Valdés & Errázuriz, 2012).

Actualmente, el sistema de salud mental en Chile se basa en la última versión del *Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría* del año 2001, como una forma de inferir desde los planes o de las políticas nacionales de salud una legislación particular de salud mental de la cual se carece (OMS, 2013). Este Plan Nacional, plantea múltiples propuestas enfatizando un modelo comunitario en el tratamiento y prevención de las enfermedades mentales, definiéndose seis áreas prioritarias: 1) trastorno por déficit de atención e hiperactividad en niños; 2) víctimas de violencia intrafamiliar; 3) abuso y dependencia de

alcohol y drogas; 4) depresión; 5) esquizofrenia, y 6) enfermedad de Alzheimer y otras demencias en adultos mayores. Dentro del Plan Nacional, se incluyen la mayoría de los componentes que recomienda la OMS (7 componentes de los 11 evaluados por el Instrumento de Evaluación de la Organización Mundial de la Salud para Sistemas de Salud Mental, en inglés, *World Health Organization Assessment Instrument for Mental Health Systems* [WHO-AIMS]), teniendo un desarrollo objetivable los 4 restantes desde el 2001 hasta la fecha (Errázuriz et al., 2015; OMS, 2014).

No obstante, existen aún muchas limitaciones en la protección de los derechos de las personas con enfermedad o discapacidad mental, debido a las restricciones que impone el Código Sanitario, no respondiendo así en plenitud a los estándares de la legislación internacional, al no disponer Chile de una legislación específica de salud mental (OMS, 2007), a diferencia de otros países de América del Sur, como Argentina, Brasil, Ecuador, Paraguay, Perú y Uruguay que sí cuentan con un documento, posterior al año 2002, que lo explicita en casi todos los casos (OMS, 2013).

En consecuencia, ante la falta de una ley particular de salud mental en Chile, es posible expresar las debilidades del sistema en los siguientes puntos no reconocidos: 1) el derecho a la capacidad jurídica, 2) la creación de una autoridad independiente para supervisar las hospitalizaciones involuntarias, otras restricciones de derechos y mecanismos de apelación, 3) el derecho exclusivo de dar consentimiento para procedimientos irreversibles (como es el caso de la esterilización y psicocirugía), 4) el acceso a la información de su ficha clínica, muchas veces negado a criterio del médico tratante y 5) declarar de manera apropiada la interdicción de la persona y nombrar un curador para que maneje sus bienes (OMS, 2014). Por tanto, no existe un organismo de revisión independiente del sistema público de salud en Chile ni tampoco una legislación que proteja a las personas con discapacidad mental de discriminación en el trabajo, en el estudio, ni que favorezca los procesos de integración social (OMS, 2007).

En los últimos 8 años han entrado en vigencia varias leyes que incluyen disposiciones sobre salud mental, de las cuales las más relevantes son: 1) Ley N° 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación a las acciones vinculadas a su atención de salud (2012), 2) Ley N° 20.422 que establece normas sobre

igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad (2010) y 3) Decreto N° 201 que promulga la Convención de las Naciones Unidas Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo (2008) (OMS, 2014, p. 18).

Es importante destacar que el porcentaje que se destina en Chile a salud mental se ha reducido en un tercio entre los años 2008 y 2012, alejándose del 5% para el año 2010 que estableció el Plan Nacional. Donde, la atención ambulatoria de especialidad, se llevó el mayor volumen de presupuesto de salud mental, seguido por el tratamiento y rehabilitación de problemas de alcohol y drogas (en centros ambulatorios y residenciales), y el tratamiento de trastornos mentales en Atención Primaria de Salud (APS). Estas tres líneas de acción, en conjunto representaron el 70% del presupuesto de salud mental en el año 2012, mientras que el presupuesto de los hospitales psiquiátricos fue de 16% (OMS, 2014).

La incapacidad para alcanzar los objetivos trazados, en materia de salud mental, puede ser comprendida ante el insuficiente financiamiento en materia de *promoción, prevención y tratamiento* de los trastornos mentales en Chile. Esto implicaría, que no es posible generar a través del Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría grandes cambios en Chile, sobre la prevalencia de patologías mentales que afectan a la población (Errázuriz et al., 2015).

### **3.3.2.1 Salud Mental en el Adulto Mayor**

En Chile, se mantiene una política de salud en el adulto mayor orientada a la *mantención de su capacidad funcional*, ya que se estima como uno de los mejores *indicadores de bienestar* en ésta población, integrar a las personas mayores a los distintos ámbitos de la sociedad, e incrementar los niveles de *bienestar subjetivo* de las personas mayores. Esta política que ha sido desarrollada en el 2012 por SENAMA se titula “*Política Integral de envejecimiento positivo*”, la cual emana de las necesidades de la población adulto mayor y su constante crecimiento demográfico. Posteriormente, el Ministerio de Salud en su *Programa del Adulto Mayor*, presentado el año 2015, enmarca como objetivo general el promover un envejecimiento saludable, además de prevenir y controlar la morbimortalidad asociadas a enfermedades crónicas, transmisibles y accidentes. Dentro del mismo se emplazan dos desafíos específicos: 1) instalar atención geriátrica en todos los niveles de

atención de la red, mediante una adecuación progresiva de prestaciones geriátricas en el sector sanitario y 2) instalar atención geriátrica en todos los niveles de atención de la red, mediante el entendimiento previo de nuevos paradigmas que se deben considerar en las prestaciones geriátricas en el sector sanitario y que deben incluir al intersector social (MINSAL,2015).

Centrado en el sistema de salud mental es que se desarrolla el *Plan de Demencia*, el cual comprende la acción de tamizaje en la población adulto mayor para detectar el grado de deterioro de la capacidad cognitiva. Este plan fue planteado en el marco de la necesidad y la “urgencia de implementar políticas públicas para disminuir el impacto de esta prioridad socio-sanitaria y mejorar la calidad de vida de las personas con demencias y su entorno” (MINSAL, 2016, p. 2).

También se desarrollan las Guías Clínicas del Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (AUGE/GES) de depresión en personas de 15 años o más, donde se explica la situación de los adultos mayores en cuanto a la depresión, donde se explicita: “los cuadros depresivos pueden evolucionar hacia deterioro cognitivo e incluso a demencia, a pocos años de comenzar la patología depresiva (...) además se ha encontrado que la depresión es un predictor de demencia, así como también que el antecedente de un episodio depresivo constituye factor de riesgo para desarrollar Alzheimer” (MINSAL, 2013, p. 25); cabe destacar que algunos autores señalan que debido a que no hay una clasificación específica de depresión en adulto mayor, numerosos pacientes no cumplen los criterios establecidos, lo que implica que es el criterio clínico del especialista, el cual se constituye en un elemento fundamental en el diagnóstico (Dechent, 2008).

### ***Factores psicosociales asociados a la salud mental del adulto mayor***

El actual Plan Nacional de Salud Mental, reconoce que “en la aparición y persistencia de los problemas de salud mental que afectan a la población, no se encuentran solamente factores biológicos y demográficos. Existen importantes aspectos psicosociales relacionados con las características y exigencias de un medio social, económico y ambiental que afectan a hombres y mujeres” (MINSAL, 2000, p. 1). A razón de esto, se

consideran a continuación ciertas temáticas biopsicosociales que inciden en la salud mental de los adultos mayores en Chile.

### Apoyo social y participación

Está demostrada la relación entre apoyo social y salud. Hay estudios que muestran que el apoyo social, se relaciona directamente con el estado de salud de las personas, incluso disminuyendo las tasas de mortalidad en personas con problemas de salud crónicos (Arechabala & Miranda, 2002). Además, el apoyo social es un elemento protector de la salud en los adultos mayores, al moderar los efectos negativos del estrés y contribuir así al bienestar y satisfacción con la vida (Aguerre & Bouffard, 2008; y Fernández, Clúa, Báez & Ramírez, 2000). A su vez, un predictor importante del bienestar es la evaluación subjetiva que realiza el individuo de sus recursos, entre los cuales se encuentra el apoyo social percibido (Hicks, Epperly & Barnes, 2001; en Vivaldi & Barra, 2012).

En Chile, el estudio realizado por Herrera, Barros & Fernández (2011) pone de manifiesto que la valoración de las relaciones sociales, incide positivamente en la calidad de vida de las personas mayores. En un estudio posterior, de Herrera, Elgueta & Fernández (2014) sobre Participación en Asociaciones y Satisfacción Personal de las Personas Mayores en Chile, se obtienen los siguientes resultados: a) los porcentajes de participación en asociaciones aumentan con la edad hasta los 80 años, para luego descender, y son mayores en mujeres, b) esta participación se relaciona con una mayor percepción de bienestar subjetivo, c) existen cuatro fuentes de participación social en los adultos mayores: el hogar, el entorno, la política social y la religiosidad, d) cuando en el hogar hay otras personas que participan se incrementan significativamente las probabilidades de participación, e) los entornos rurales son más propicios para la participación de tipo territorial, f) la religiosidad es una importante fuente de asociativismo, y g) las agrupaciones de adultos mayores han ido en continuo aumento en Chile. La principal conclusión fue que la percepción de bienestar subjetivo no depende únicamente de las condiciones objetivas de vida como la salud e ingresos, sino también de una inserción activa en la sociedad, medida como participación en asociaciones.

En Chile, las personas mayores participan en grupos comunitarios en mayor medida que otros grupos de edad, esto constituye una forma de vinculación con el entorno social que posibilita articular intereses entre grupos de personas, y en la cual, las personas mayores encuentran y entregan apoyo psicosocial, logrando con ello también, una mayor capacidad de relevar demandas. Para el caso de las organizaciones comunitarias son las mujeres mayores quienes presentan una mayor tasa de participación, en relación a los hombres mayores. Dos de cada cinco mujeres participa en organizaciones de esta índole, en cambio la participación de los hombres alcanza el 28,4% (SENAMA, 2010).

Los antecedentes empíricos ponen de manifiesto, la importancia de los aspectos funcionales del apoyo, como elementos protectores frente al deterioro psicológico en general, el estrés percibido, la autoestima y a la depresión en particular, en el caso de las personas mayores. En este sentido, diversos autores afirman que las dificultades en la participación e integración comunitarias se relacionan con menores niveles de autoestima y mayor probabilidad de depresión y ansiedad (Bukov, Maas & Lampert, 2002; Gracia & Musitu, 1990; en Gallardo et. al., 2015).

#### Funcionalidad, auto-valencia, fragilidad y dependencia

En la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década (MINSAL, 2011-2020): se ha observado una transición epidemiológica, desde "enfermedades agudas, de predominio infeccioso y además únicas (uni mórbidas), principalmente en niños y sin mayor compromiso de la funcionalidad (...) a un perfil de enfermedades crónicas, degenerativas, de manifestación simultánea (comorbilidad), con predominio en adultos mayores, y con habitual compromiso de la funcionalidad”.

Además, la **funcionalidad**, la **auto-valencia** y la **fragilidad** son tres conceptos claves para entender la situación de salud de los adultos mayores. La funcionalidad es la capacidad de cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir. En el adulto mayor, la pérdida de esta funcionalidad es un nodo común al que pueden confluir diversas patologías (Landi et al., 2010). En general, la

pérdida de funciones sigue un patrón jerárquico, es decir, primero se pierden las más avanzadas, luego las instrumentales y finalmente las básicas (...) Se pueden definir tres dominios de funcionalidad: el biomédico (estado de equilibrio adecuado de los órganos y sistemas), el físico (capacidad de traslado de un lugar a otro y de ejecución de actividades básicas del diario vivir), y el mental (capacidad cognitiva y afectiva) (Berkow R., 2001). (...) Por otra parte el SENAMA define auto-valencia en el adulto mayor como la capacidad de valerse por sí mismo, lo cual les permite ser autónomos y, por ende, tener un envejecimiento activo (SENAMA, 2004). El concepto de fragilidad en geriatría es un constructo complejo y no existe una visión común entre los distintos autores (...) Independiente de la definición utilizada, el enfoque de riesgo inherente a este concepto, es conveniente para la planificación en salud (...) Se puede concluir que hoy la población vive más, pero a expensas de mayor discapacidad. Por ello, el desafío es que, frente a este aumento de esperanza de vida, se logre mejorar la funcionalidad de los años ganados en los adultos mayores. (p.182)

El porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta en los grupos de adultos mayores de edades más avanzadas, lo que alrededor de los 80 años se acelera notablemente (SENAMA, 2009). Además, este factor interactúa con el estilo de vida, por ejemplo, se debe considerar el consumo de fármacos, la inactividad durante el día, consumo de alimentos estimulantes y fumar (Durán & Vásquez, 2015) ya que, en el proceso de envejecimiento se estrecha notablemente la reserva funcional de cada órgano y sistema, de tal modo que pequeñas injurias o desbalances pueden generar rápidamente una insuficiencia funcional (Guijarro, 1999, en MINSAL, 2011-2020).

Según el MIDEPLAN & SENAMA (s.f.), existe un paralelo entre la discapacidad y dependencia en las personas mayores. Al aparecer un déficit en el funcionamiento corporal o mental como consecuencia de una enfermedad, un deterioro o un accidente aparecen

ciertas limitaciones que, si no son compensadas mediante la adaptación del entorno o del sujeto, provocan una restricción en la participación que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. La misma fuente identifica que:

Los principales tipos de discapacidad declaradas están asociados a limitaciones visuales o físicas vinculadas a enfermedades crónicas y de audición (...) A medida que la edad avanza estas dolencias se van acentuando y con ello las dificultades para desarrollar actividades fuera de su hogar, especialmente si padecen deterioro cognitivo, que afecta la capacidad de vivir en forma independiente y autónoma.  
(p.52)

### 3.4 ANSIEDAD

#### *Definición Clínica*

Según el DSM-V, “el miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura” (DSM-V, 2014, p.189). Estos dos tipos de respuestas se solapan, aunque, se diferencian en su asociación. Así, el miedo se presenta habitualmente asociado a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida; y la ansiedad está frecuentemente asociada a tensión muscular, vigilancia en relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Los niveles de miedo o ansiedad pueden reducirse con conductas evitativas generalizadas.

#### *Trastornos de ansiedad*

Los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas. Se distinguen del miedo o la ansiedad normal propios del desarrollo por ser excesivos o persistir más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Las personas que cursan trastornos de ansiedad suelen sobrestimar el peligro en las situaciones que temen o evitan. El análisis decisivo de si ese miedo o ansiedad es excesivo o desproporcionado, lo realiza el clínico teniendo en cuenta factores de contexto cultural. Estos trastornos se diferencian entre sí de acuerdo al tipo de objetos o situaciones que inducen el miedo, la ansiedad o las conductas evitativas, y según la cognición asociada, es decir, el contenido de pensamientos y creencias. Asimismo, tienen una alta comorbilidad entre sí (DSM-V, 2014).

En la CIE-10 publicada por la OMS, se incluye a los Trastornos de Ansiedad dentro de los códigos (F40-F49), correspondientes a la categoría de Trastornos Neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (CIE-10, 2003).

En el DSM-V, a diferencia del DSM-IV y la Traducción Revisada (TR), el capítulo dedicado a los trastornos de ansiedad, excluye los *trastornos obsesivos compulsivos*, *trastornos por estrés agudo* y *trastornos post-traumáticos*. Estos han pasado a ser

categorías independientes (junto a trastornos disociativos y trastornos afines por síntomas somáticos). Otra diferencia importante en el nuevo DSM, es que el trastorno de pánico y la agorafobia son dos trastornos separados (Maass, 2014).

En general, los trastornos de ansiedad tienen su inicio en la infancia y persisten si no se tratan. Siendo más frecuentes en mujeres que en varones (en una proporción aproximada de 2:1). Los trastornos de ansiedad tienen dos criterios comunes y transversales a todos; una persistencia mínima de 6 meses en adultos y la posibilidad de diagnosticar, como tales, sólo cuando los síntomas no son atribuidos a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento u otra afección médica, o no se explican mejor por otro trastorno mental (DSM-V, 2014, p.189).

### ***Trastornos de ansiedad prevalentes en el adulto mayor***

Si bien, las prevalencias serán referidas en la siguiente sección, a continuación, se detallan los criterios diagnósticos para los trastornos de ansiedad que más se presentan en adultos mayores: *fobia específica, ansiedad social, pánico, agorafobia y ansiedad generalizada*.

En la *fobia específica* (DSM-V, 2014) se observa

Miedo hacia situaciones u objetos precisos o evitación de los mismos. La cognición específica no es característica de este trastorno. El miedo, la ansiedad y la evitación están casi siempre inducidos por la situación fóbica, en un grado persistente o desproporcionado al riesgo real planteado. Hay varios tipos de fobias específicas: animales, entorno natural, sangre, inyecciones, heridas, situacional y otras circunstancias (p. 190).

Aunque la mayoría de las fobias específicas se desarrollan en la infancia y la adolescencia, pueden desarrollarse a cualquier edad, a menudo como resultado de experiencias traumáticas. Por ejemplo, las fobias a la asfixia casi siempre son consecuencia de un acontecimiento cercano a la asfixia a cualquier edad.

En el *trastorno de ansiedad social (fobia social)*, la persona siente miedo o ansiedad ante las interacciones sociales y las situaciones que implican la posibilidad de ser examinado, o las evita. Dentro de las interacciones sociales puede encontrarse las reuniones con personas desconocidas, situaciones en las que la persona puede ser observada comiendo o bebiendo, y situaciones en las que la persona ha de actuar ante otros. La ideación cognitiva es la evaluación negativa por los demás, por sentirse avergonzado, humillado o rechazado, o por ofender a otros (DSM-V, 2014).

En el *trastorno de pánico*, la persona experimenta recurrentes e inesperadas crisis de pánico y está persistentemente intranquila o preocupada sobre tener nuevas crisis o cambia de manera desadaptativa su comportamiento, debido a las crisis de pánico. Las crisis de pánico, se caracterizan por la aparición súbita de síntomas de miedo o malestar intensos que alcanzan su nivel máximo en cuestión de minutos, acompañados de síntomas físicos y/o cognitivos. Las crisis de pánico pueden ser esperadas, en respuesta a objetos o situaciones típicamente temidas, o inesperadas, ocurriendo la crisis sin razón aparente. Las crisis de pánico operan como marcadores y factores pronósticos de la severidad, el curso y la comorbilidad de amplia variedad de trastornos, incluidos, entre otros, los trastornos de ansiedad (p. ej., abuso de sustancias, trastornos depresivos y trastornos psicóticos). Por lo tanto, *la crisis de pánico puede actuar como un especificador descriptivo de cualquier trastorno de ansiedad, así como de otros trastornos mentales* (DSM-V, 2014).

Los individuos con *agorafobia* se sienten temerosos o ansiosos ante dos o más de las siguientes situaciones: uso del transporte público, estar en espacios abiertos, encontrarse en lugares cerrados, hacer cola o estar en una multitud, y encontrarse solos fuera de casa, en otras situaciones. Estas situaciones, casi siempre inducen miedo o ansiedad y son evitadas a menudo, o requieren la presencia de un acompañante (DSM-V, 2014).

Las características principales del *trastorno de ansiedad generalizada (TAG)* son una ansiedad persistente y excesiva y una preocupación sobre varios aspectos, como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, el sujeto experimenta síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Como criterio de un diagnóstico diferencial en adultos mayores, es necesario señalar la existencia del *trastorno de ansiedad inducido por sustancias y/o medicamentos*, pues engloba la ansiedad debida a intoxicación o retirada de sustancias o tratamientos médicos; y el *trastorno de ansiedad debido a una enfermedad médica*, donde los síntomas de ansiedad son la consecuencia fisiológica de una enfermedad médica.

## **Ansiedad en el Adulto Mayor**

### **Generalidades**

Comúnmente, la ansiedad no siempre se identifica como tal, pues se suele manifestar en somatizaciones diversas, por lo que las personas no consultan principalmente por sintomatología ansiosa. Otras veces no se explora de manera adecuada o está asociada a síntomas afectivos, a los que se les concede más relevancia (McCulloch, 1992 en Ugalde, 2010).

La ansiedad como *síntoma*, es muy frecuente en los adultos mayores, sin embargo, la ansiedad como trastorno no es tan habitual (Losada et. al., 2001; Ugalde, 2010), por lo que los trastornos de ansiedad en el adulto mayor parecen bajos y en ocasiones se ha considerado un componente natural de la vejez (Ugalde, 2010). Se pueden atribuir incorrectamente signos de ansiedad en los adultos mayores a efectos de la medicación, trastornos médicos o los procesos normales de envejecimiento. La ansiedad, sin embargo, no es una parte normal del envejecimiento, y la identificación y el tratamiento de la ansiedad puede mejorar significativamente la salud general en los adultos mayores (El-Gabalawy et al., 2011). El diagnóstico preciso es esencial para el desarrollo e implementación del tratamiento. Así, las herramientas de evaluación y criterios diagnósticos deben ser sensibles a detectar únicamente las experiencias de ansiedad de los adultos mayores (Bower & Wetherell, 2015).

### **Factores de riesgo**

#### ***Biológicos***

Están implicados factores genéticos, sin embargo, son mucho más importantes para trastornos de ansiedad con inicio en edades tempranas. Parece existir una cierta

heredabilidad específica para presentar algunos trastornos y una heredabilidad más inespecífica que conferiría una vulnerabilidad a presentar trastornos de este grupo. esta mayor vulnerabilidad podría configurarse a través de los rasgos de personalidad. el factor género también juega su papel. Ser mujer y tener más edad define a un grupo con especial riesgo a enfermar, pero no podemos afirmar si la conexión se establece a través de los aspectos biológicos o tiene un origen más psicosocial, vinculada al estilo de vida y rol de la mujer (Franco & Antequera, 2009).

A nivel neuroquímico han sido implicados en la aparición de los trastornos de ansiedad los circuitos serotoninérgicos, dopaminérgicos, gabaérgico, los péptidos cerebrales, las hormonas tiroideas y la somatostatina. el hallazgo más consistente es la implicación del eje HHA y su efecto noradrenérgico. Los adultos mayores con trastornos de ansiedad muestran una disregulación de este circuito con alteraciones en el feedback que lo controla (Lenze & Wetherell, 2011).

Otro aspecto, es la presencia de diferentes enfermedades que tienen clara capacidad ansiógena. es el caso de patologías cardiovasculares (isquemia, arritmias...), respiratorias (enfermedades disneizantes o que perturban el sueño, embolismo pulmonar...), neurológicas (enfermedades neurodegenerativas, tumores cerebrales, enfermedades neurovasculares...), endocrinológicas (patología de tiroides, de paratiroides, adrenal, síndrome carcinoide...), metabólicas (hiponatremia, hipo e hiperkalemia...) o los efectos de fármacos o sustancias (intoxicación y abstinencia). No se puede olvidar que los pacientes ancianos son un colectivo pluripatológico y polimedicado (Franco, 2013).

El peso de cada uno de estos factores no está firmemente establecido. Vink et al. (2009) realizan una revisión de los factores de riesgo para depresión y ansiedad en el anciano. intentan establecer dos órdenes de factores, los vinculados con la vulnerabilidad y los que intervienen en la aparición. en su análisis son escasos los factores biológicos que se relacionan con la aparición de trastorno de ansiedad en la senectud y señalan como más importantes el deterioro cognitivo, la hipertensión vascular, un mayor número de enfermedades crónicas y la presencia de limitaciones funcionales, factores que además suelen ser concurrentes.

### ***Psicológicos***

Han sido observados tanto en estudios longitudinales como transversales, lo que indica la presencia de una relación etiopatogénica que se establece mediante el incremento de la *vulnerabilidad* y como precipitante, facilitando la aparición y expresión clínica. De forma consistente se ha señalado la existencia de rasgos de personalidad (neuroticismo) y la presencia de un locus de control externo.

### ***Sociales***

Algunos *factores socioeconómicos* están asociados con altas tasas de ansiedad en adultos mayores. Tener *bajos ingresos, mala educación, historial genético de ansiedad y abusos infantiles a temprana edad* están todos asociados a mayores riesgos de sufrir trastornos de ansiedad en una edad más adulta (Almeida et al., 2012; en Bower & Wetherell, 2015).

En cuanto a los *acontecimientos vitales adversos*, Franco & Antequera (2009) señalan que es conveniente recordar que para valorar el impacto de un acontecimiento vital hay que considerar el significado que tiene para el individuo. Los acontecimientos son más ansiógenos si implican amenazas y si ocurren en una etapa vital donde no son esperables. Pues, el ser humano, aprende estrategias que le permiten afrontar los diferentes acontecimientos vitales que suceden en las diferentes etapas de su vida. Cuando el acontecimiento ocurre en la etapa prevista, el impacto es menor. Por eso, se asume que los adultos mayores, tienen estrategias más exitosas que los jóvenes para afrontar pérdidas.

En el mismo estudio, se refiere que los acontecimientos vitales asociados de forma más intensa a la ansiedad durante la vejez son la jubilación y la institucionalización. El valor patógeno de cada uno de ellos deberá establecerse para cada individuo en función del impacto que genera y de las estrategias que sea capaz de desarrollar.

Por otra parte, la red social, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, juega un importante papel. La soledad, los escasos contactos sociales y la falta de apoyo son factores que aumentan la vulnerabilidad y la aparición de trastornos de ansiedad (Franco, 2013).

## **Factores Protectores**

Los factores protectores de ansiedad en adultos mayores incluyen un adecuado soporte social, la actividad física realizada de forma regular, un estilo de vida que favorezca la estimulación cognitiva, poseer estrategias de afrontamiento eficaces y adecuadas, una dimensión religiosa de la vida (Franco, 2009), estar casado o vivir con alguien, tener más contacto familiar, y tener buena autopercepción de la salud (Almeida et al., 2012; en Bower & Wetherell, 2015).

## **Epidemiología**

En la investigación del National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) de Estados Unidos (Encuesta de Replicación Nacional sobre Comorbilidad), la tasa de prevalencia a los 12 meses de cualquier desorden de ansiedad es 11,6% en adultos mayores residentes en la comunidad, con una tasa de prevalencia de toda la vida de 15,3%. Los hallazgos del NCS-R están en línea con otros estudios epidemiológicos, que sitúan las tasas de ansiedad en la población, incluyendo América Latina, Australia, Europa, Canadá y Estados Unidos, entre el 1,2 y 15% (Prina et. al., 2011).

En el estudio de Byers et. al. (2010), el 16,6% de los *adultos jóvenes, de 55 a 64 años*, cumplieron con los criterios de trastorno de ansiedad, comparado con un 6% de los *adultos mayores, entre 65 y 84 años*. A pesar que la tasa de ansiedad disminuye con la edad se mantiene alto, a un 8,1% hasta en las personas de 85 años y más.

Existen pocos estudios longitudinales que han examinado la ansiedad a lo largo del ciclo vital, estos sugieren que la gravedad de los síntomas mengua con la edad, pero que los síntomas persisten (Ramsawh et. al., 2009). Algunos de estos estudios sostienen que los síntomas subclínicos aumentan en los adultos mayores y continúan causando discapacidades significativas (Teachman, 2006).

El comienzo de muchos trastornos de ansiedad ocurre a una edad temprana y puede cronificarse (Kessler et al., 2005). Así, adultos mayores con una historia de ansiedad tienen tasas más altas de mortalidad, hospitalización y necesidad de mayores cuidados que pueden haberlos excluido de muchos estudios epidemiológicos a la fecha (Bower & Wetherell, 2015).

### ***Trastornos más comunes***

Una de las mayores prevalencias de los trastornos de ansiedad es la ***fobia específica***. La prevalencia para población general en América Latina es de 2 a 4%. Las tasas de prevalencia son más bajas en los adultos mayores, alrededor de 3 a 5 %, lo que posiblemente refleja una disminución de la gravedad a niveles subclínicos. Por otra parte, estudios estadounidenses refieren que las tasas de prevalencia van desde el 2% al 10,1% (Grenier et al., 2011).

La ***fobia específica*** es uno de los trastornos más comunes en adultos mayores. En el diagnóstico, se deberían considerar varios aspectos. En primer lugar, las personas mayores suelen ser más propensas a presentar fobias específicas del entorno natural, así como fobias a las caídas. En segundo lugar, la fobia específica, tiende a ocurrir conjuntamente con otros trastornos médicos, como enfermedad coronaria y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tercer lugar, las personas mayores pueden ser más propensas a atribuir los síntomas de ansiedad a afecciones médicas. En cuarto lugar; las personas mayores pueden ser más propensas a manifestar la ansiedad de una manera atípica (p. ej., manifestando síntomas de ansiedad y depresión al mismo tiempo) y, por lo tanto, es más probable justificar un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado. Además, la presencia de una fobia específica en los adultos mayores está asociada con una disminución de la calidad de vida y puede ser un factor de riesgo de trastorno neurocognitivo importante (DSM-V, 2014).

Más de la mitad de los adultos mayores que cumplen los criterios para una fobia específica no reconocen que sus miedos sean excesivos, aunque reportan comportamiento evitativo y significativas discapacidades funcionales. Además, la estimación de la prevalencia por fobia está altamente influenciada por el tipo de medida que se use (Bryant et al., 2008). Por ejemplo, las tasas estimadas de “miedo a caer” que puede ser la forma más común de miedo de los adultos mayores está en un rango entre 3 y 85% dependiendo en cómo el miedo a caer está definido operacionalmente (Scheffer et. al., 2008).

El ***TAG*** es altamente prevalente en adultos mayores. El rango de las tasas de prevalencia oscila desde 1% a 12,5%, donde las tasas más altas se presentan en las mujeres

y en los adultos jóvenes. En edades avanzadas es asociado a un deterioro significativo en la calidad de vida, una alta tasa de comorbilidad psiquiátrica, y enfermedades crónicas (Gonçalves, Pachana & Byrne, 2011). Una alta proporción de adultos mayores con TAG presentan comorbilidad con un trastorno depresivo mayor (MDD en inglés) (Chou, 2009), y la diferenciación entre ambos puede ser difícil. La estimación de la prevalencia varía dependiendo de la presencia de TAG en comorbilidad con MDD y otros trastornos psiquiátricos (Bower & Wetherell, 2015).

En cuanto al *trastorno de ansiedad social*, en Estados Unidos, aunque la tasa de prevalencia disminuye con la edad, la prevalencia anual para los adultos mayores varía del 2 al 5 % (DSM-V, 2014).

La detección del trastorno de ansiedad social en los adultos mayores puede ser un reto debido a diversos factores, como mayor atención a los síntomas somáticos, enfermedades médicas asociadas, conciencia limitada de enfermedad, cambios en el entorno social o en sus funciones que pueden ocultar su deterioro en el funcionamiento social, o debido a la reticencia para detallar sus problemas psicológicos. La comorbilidad con depresión es también alta en los adultos mayores (DSM-V, 2014).

Respecto a la *agorafobia*, su inicio puede ocurrir en la infancia, pero la incidencia máxima se encuentra en la adolescencia tardía y en la vida adulta temprana. La prevalencia anual en los individuos mayores de 65 años es del 0,4 %. Las tasas de prevalencia no parecen variar sistemáticamente en los diferentes grupos culturales o raciales. Y las mujeres tienen el doble de probabilidad que los hombres de experimentarla.

Otros trastornos de ansiedad son menos prevalentes en adultos mayores, sin embargo, las estimaciones varían. A pesar de que muchos estudios epidemiológicos no han medido el *trastorno de estrés post traumático (TEPT)* en adultos mayores, las recientes estimaciones sugieren que la tasa actual es aproximadamente de un 2% (Byers et al., 2010).

### ***Comorbilidad***

Acercas de la comorbilidad de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad se presenta con otras condiciones médicas y psiquiátricas en adultos mayores. Entre las comorbilidades psiquiátricas, la *depresión* y *otros trastornos de ansiedad* son muy

comunes, así como los *trastornos de personalidad*. Dentro de la población general, la tasa de comorbilidad entre ansiedad y depresión es de 1,2 y 4,5% (Mackenzie et al., 2011).

Aproximadamente la mitad de los adultos mayores con diagnóstico de TAG reportaron comorbilidad entre ansiedad y depresión durante toda la vida, y esas tasas de comorbilidad entre ansiedad y depresión también muestran alta comorbilidad con trastorno de pánico, fobia social y TEPT (Gonçalves et al., 2011).

Tres cuartas partes de los adultos mayores con comorbilidad ansiedad/depresión reportaron experimentar el trastorno de ansiedad antes del comienzo de la depresión (King-Kallimanis et al., 2009). Esto es consistente con la edad de comienzo del trastorno de ansiedad, ya que es más temprana en comparación con el trastorno depresivo mayor (Kessler et al., 2005). No existe evidencia de diferencia en las tasas de comorbilidad ansiedad/depresión entre hombres y mujeres en un estudio representativo de la población nacional estadounidense (Byers et al., 2010), mientras que, en Australia, Gonçalves et. al. (2011) descubrieron que las mujeres mayores con diagnóstico de TAG eran más propensas a tener comorbilidad con depresión que los hombres.

En los adultos mayores se presentan condiciones de comorbilidad entre los trastornos de ansiedad y *enfermedades médicas*, como, por ejemplo, las relacionadas con el *sistema cardiovascular* y *condiciones de dolor crónicas* (artritis, migrañas, problemas pulmonares y problemas gastrointestinales). Mientras que hipertensión, cáncer, diabetes y obesidad, o sobrepeso, no incrementan las posibilidades de desarrollar un trastorno de ansiedad. Los adultos mayores con comorbilidad entre ansiedad y problemas físicos tienen tasas más bajas de salud que los que tienen sólo un diagnóstico de ansiedad o una sola enfermedad psicológica (El-Gabalawy et al., 2011).

## **Síntesis**

Los trastornos de ansiedad en adultos mayores se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y mala calidad de vida, sin embargo, los adultos mayores con ansiedad son dos a tres veces menos propensos a buscar servicios de salud mental que los de mediana edad o los adultos jóvenes. A pesar de que las tasas de prevalencia disminuyen con la edad, los trastornos de ansiedad son comunes en los adultos mayores, y hay una necesidad urgente de desarrollar y difundir tratamientos basados en evidencia para la ansiedad en la edad avanzada (Bower & Wetherell, 2015).

### **3.4.1 Ansiedad en el Adulto Mayor en Chile**

En Chile, no se cuenta con estudios de prevalencia actualizados a la fecha (Errázuriz et. al., 2015), debido a la escasez de estudios poblacionales y la limitada comparabilidad entre estos. Además, se debe considerar que los estudios poblacionales usualmente no incluyen a personas en situación de calle, ni a personas en instituciones carcelarias u hospitales, subvalorando así la prevalencia real de trastornos mentales (Vicente et. al., 2002). Dentro de los estudios disponibles, se destacan los realizados en las décadas de los 50 y 60, por Marconi & Horwitz, y, más recientemente, el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica realizado entre los años 1992 y 1999 en cuatro provincias del país: Santiago, Iquique, Concepción y Cautín. La investigación se realizó con población mayor de 15 años, donde se evidenció una prevalencia de vida de trastornos mentales de 36,0%, y de 22,6% en los últimos 6 meses. Los trastornos de mayor prevalencia de vida fueron agorafobia (11,1%), depresión mayor (9,0%), distimia (8,0%) y dependencia de alcohol (6,4%). Cabe destacar que el grupo de los trastornos ansiosos fue el más frecuente en la población, 17,9% para prevalencia de vida y 9,7% para la prevalencia de los últimos 6 meses. Respecto a diferencias según género, destaca que las mujeres presentan entre 2 y 3 veces mayor riesgo de algún trastorno afectivo o ansioso, mientras que los hombres presentan mayores prevalencias de trastornos por abuso de sustancias (Vicente et al., 2002).

Aunque los resultados del estudio anterior son útiles para identificar la prevalencia de patologías psiquiátricas en la población chilena, no establece claramente las prevalencias para la población de adultos mayores. En suma, después de la revisión bibliográfica realizada en esta investigación se concluye que no se dispone en Chile de ningún estudio epidemiológico en salud mental específico en adultos mayores, por ende, no existen datos en cuanto a la ansiedad como síntoma o como parte de un trastorno. Por lo que, como recurso, se puede encontrar información relevante bajo la denominación de temáticas relacionadas con preocupaciones o miedos más comunes en esta población.

En la investigación “Fuerza Mayor, una Radiografía del Adulto Mayor Chileno” (SENAMA, 2009), se plantean dos etapas, cualitativa y cuantitativa respectivamente, con

una muestra de 1400 personas pertenecientes a la Región Metropolitana y otras regiones, en la que se indaga en referencia a tópicos como autopercepción, perfil anímico, envejecimiento, percepción de la evolución social y personal en torno a la tercera edad, percepción de salud y sistema de salud, entre otros. Respecto a la encuesta realizada sobre temas del futuro que le causan preocupación, en el centro de las preocupaciones con un 47% se encuentran los *problemas de salud*, dentro de este porcentaje un 43% indican las *enfermedades*, 4% *deterioro físico* y 3% *dolor físico*. Le siguen los *problemas económicos*: 27%, dentro del cual, 22% *no tener dinero/a la pobreza*. Y en tercer lugar, la *dependencia* con un 23%, dentro de este, un 17% *no ser autosuficiente*, 5% *ser una carga para otros*, 4% *quedar discapacitado*. Otros porcentajes menores, pero no por eso menos relevantes son: 17% *Soledad*, 15% *Que mi familia no esté bien* y 10% *Muerte*.

Sumado a lo anterior, en todo el país, existe sólo una Guía Clínica no-GES de Ansiedad, dirigida a profesionales de la salud, para el tratamiento de personas mayores de 65 años y más, en control en APS, desarrollada por el Dr. Juan Jerez, médico psiquiatra del Instituto Nacional de Geriátrica de Chile (INGER) cuyo diagnóstico clínico propuesto comienza con el tamizaje mediante la Escala de Depresión de Zung, continuando con anamnesis y examen físico (MINSAL, 2004). Sin embargo, dicha escala de Depresión de Zung no es adecuada para detectar trastornos de ansiedad en esta población, pues sólo cuenta con 2 ítems destinados a detectar algún tipo de sintomatología ansiosa de un total de 20, lo que resulta insuficiente.

La Guía, señala que los trastornos ansiosos más frecuentes en los adultos mayores son: TAG, trastorno de angustia, TEPT, y dentro de las fobias más frecuentes, agorafobia y fobia social (las formas más frecuentes en el adulto mayor, se relacionan con el uso de prótesis dental y temblor, determinando fobia a comer en público, hablar y escribir en público, recibir visitas, participar en una reunión social). En toda la frecuencia sería más elevada en mujeres, pero no cuenta con datos de prevalencia para adultos mayores.

La Guía, se refiere también a la asociación de ansiedad con *depresión* y *con trastornos cognitivos*. En el primer caso, señala que se presenta en el 50% de los pacientes con diagnóstico de ansiedad, además, un 60-80% de los pacientes con diagnóstico de depresión, tienen síntomas de ansiedad. Las consecuencias de los síntomas mixtos (Katon,

1991; en MINSAL, 2004) implican mayor demanda de atención médica, mayor riesgo de cronificación y severidad del síndrome y mayor deterioro familiar y social. En el segundo, refiere que la presencia de un trastorno cognitivo favorece la presencia de sintomatología ansiosa en un 35% (Wands, 1990; en MINSAL, 2004). En cuanto a la relación de la ansiedad con las caídas, afirma que posterior a una caída se pueden presentar síntomas ansiosos, como secuela psicológica de ella. En muchos casos, ésta rebasa las secuelas físicas de la caída. Se manifiesta por cambios del comportamiento y de la actitud del Adulto Mayor y familia, posterior a una caída. La incidencia se estima entre el 16-26%.

A pesar de existir esta información, es necesario destacar que todos los datos presentados en la Guía, no corresponden a evidencias de estudios chilenos, sino a estudios extranjeros que datan de las décadas de los años 80 y 90. Por lo que, aunque podría resultar útil en cuanto a información general, escasamente respecto a la población concreta a la que se dirige.

### 3.5 EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD EN ADULTOS MAYORES

La evaluación conductual de la persona mayor, supone un proceso formal de obtención de información relevante, por medio de metodologías científicas, sobre los comportamientos objetivos o problemáticos que presenta el sujeto, además de las supuestas condiciones personales (repertorios de conducta), biológicas y ambientales que pudieran explicarlos funcionalmente con el fin de posibilitar la toma de decisiones o con el propósito de responder a determinadas cuestiones clínicas o de investigación. (Fernández-Ballesteros, 1994, pág. 76)

Así el objetivo fundamental de la evaluación consiste en la identificación y control de los factores que explican funcionalmente comportamientos de interés, en otras palabras, la identificación de las condiciones que controlan tanto los comportamientos problemáticos como otros de potencial interés, ya que no debemos considerar el comportamiento del adulto mayor únicamente en término de un paradigma del déficit, sino que también se centra en capacidades y recursos individuales susceptibles de mejora y optimización (Staats, 1991).

Como hace referencia Fernández-Ballesteros (1994):

Como en toda evaluación conductual, ello obliga a establecer cuáles son las variables ambientales, personales y biológicas que provocan, mantienen o controlan, determinados comportamientos, requiere de un análisis de competencias del anciano y, una vez evaluado todo ello, establecer los procedimientos de intervención y valoración de los mismos (pág.747).

En la vejez se debe realizar una evaluación en la que se tenga en cuenta, además de los comportamientos problema, todas aquellas condiciones bio-psico-socio-ambientales que pudieran contribuir a su explicación y control. En definitiva, los fines últimos de toda

evaluación e intervención conductual en la vejez, desde una perspectiva comprensiva y multidimensional, serían fundamentalmente, la prevención de discapacidades, la maximización de la autonomía personal o de grupo, la optimización de la competencia biológica, comportamental y social y el mantenimiento de la calidad de vida. (Fernández-ballesteros, 1994)

Aunque ha habido un incremento de la investigación en el tratamiento de los trastornos de ansiedad específicos en los ancianos, no se ha producido un incremento sustancial en la investigación de la evaluación de la ansiedad en la vejez en la última década (Carmin & Ownby, 2010). Esto es relevante, pues la evaluación de la ansiedad en adultos mayores presenta ciertas condiciones específicas que no son equiparables a las condiciones de otros grupos etáreos, como, por ejemplo: factores médicos, sociales y propios de la etapa del desarrollo psicobiológico (Bower & Wetherell, 2015).

Existen factores asociados al envejecimiento que pueden incidir en la evaluación de la ansiedad en las personas mayores, como la elevada comorbilidad con problemas psicológicos y médicos (Amores, 2013) que a su vez conlleva:

- Dificultades de diagnóstico diferencial entre ansiedad y depresión.
- Los pacientes con deterioro cognitivo pueden presentar dificultades para comunicar sus síntomas de ansiedad, lo que puede interferir en su diagnóstico.
- Determinados síntomas somáticos de la ansiedad pueden ser atribuidos erróneamente a una enfermedad física (por ejemplo: tensión muscular, insomnio, hipervigilancia, etc.) en lugar de a un trastorno de ansiedad que exista de forma concomitante.
- Algunas enfermedades físicas, más frecuentes en ancianos que en jóvenes, pueden incluir síntomas de ansiedad (enfermedades cardiovasculares, respiratorias, hipertiroidismo, dificultades pulmonares, entre otras).
- La ansiedad puede aparecer como un efecto secundario de la medicación prescrita al paciente para tratar una enfermedad médica.

En correspondencia con lo anterior, Therrien & Hunsley (2012) refieren que la detección de la ansiedad es, asimismo, compleja a razón de la presencia de una alta frecuencia de enfermedades médicas en los adultos mayores.

Existen, también, dificultades por parte del evaluador y del adulto mayor para reconocer los síntomas emocionales:

- En las personas mayores se observan más dificultades que en personas más jóvenes para poder expresar sus emociones verbalmente, pudiendo ser más reacios a informar sobre sus síntomas psicológicos.
- Los adultos mayores, en general, presentan una mayor tendencia a manifestar las emociones como síntomas somáticos y a no identificar sus síntomas como psicológicos, pudiendo atribuir erróneamente síntomas de ansiedad al proceso normal de envejecer, como por ejemplo la fatiga o los problemas de concentración. Sumado a esto, una de las consecuencias es que muchos adultos mayores con ansiedad no buscan la atención de un profesional de salud mental (Mckenzie et. al., 2012).

Entre las limitaciones relacionadas con aspectos metodológicos, se encuentran:

- La escasa investigación sobre evaluación basada en la evidencia de ancianos (Edelstein, 2001, en Amores, 2013).
- La mayoría de los instrumentos disponibles han sido desarrollados para población joven, con propiedades psicométricas poco investigadas en muestras geriátricas (Therrien & Hunsley, 2012).
- Las medidas y los criterios diagnósticos actuales de ansiedad han sido ponderados en gran medida con ítems somáticos, lo que puede conllevar un aumento de falsos positivos si hay enfermedad somática comórbida o cambios fisiológicos relacionados con la edad, dificultando el diagnóstico diferencial (Lauderdale & Sheikh, 2003).
- Los instrumentos deberían reflejar las diferencias en la experiencia de la ansiedad a lo largo de la vida (a fin de evitar alterar su validez de contenido), puesto que, entre otras razones, los ancianos pueden experimentar los miedos y preocupaciones de forma diferente, o interpretar los términos afectivos de forma diferente. Además, puede haber patrones afectivos diferentes con la edad, como mayor control emocional, menor sensibilidad emocional, inmunización psicológica al estrés, etc. y cambios en la respuesta fisiológica al estrés con la edad (Lawton, 1993, en Carmin & Ownby, 2010).

La evaluación conductual de los problemas de ansiedad consiste en la recogida de información sobre las respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas, así como sobre las

variables, antecedentes del organismo y consecuentes relacionadas funcionalmente con aquellas, de modo que permita tomar decisiones para su modificación y valorar los cambios producidos con las técnicas de terapia y de conducta aplicadas (Fernández-Ballesteros, 1994).

La evaluación conductual de los problemas de ansiedad es un proceso continuo, cuyas fases son:

- 1.- Evaluación de las conductas que constituyen un problema de ansiedad y de las variables que lo mantienen.
- 2.- Formulación de hipótesis explicativas del problema de ansiedad.
- 3.-Establecimiento de las técnicas de terapia de conducta más apropiado al problema de ansiedad en función de la información obtenida.
- 4.-Selección de las técnicas de terapia de conducta más apropiada al problema de ansiedad en función de la información obtenida.
- 5.- Valoración de los resultados de la intervención en el problema de ansiedad.

Las técnicas utilizadas en los problemas de ansiedad son las propias de la evaluación conductual general, esto es, las entrevistas al sujeto, y a otras personas relacionadas como pareja, padres, maestros, cuidadores etc, los auto informes del sujeto (generales, específicos y situacionales), la observación realizada por el propio sujeto o por otras personas y los registros psicofisiológicos. La ansiedad se concibe como un constructo que designa un conjunto de respuestas motoras, psicofisiológicas y cognitivas del medio como respuesta propia del sujeto que funcionan como estímulos (Fernández-Ballesteros, 1994).

No existen actualmente directrices para la evaluación basadas en la evidencia, pero numerosos artículos proveen de recomendaciones generales para la evaluación de la ansiedad en adultos mayores. Como, por ejemplo, Lauderdale & Sheikh (2003), quienes recomiendan utilizar: entrevista clínica, escalas psicométricas y exámenes médicos de laboratorio, para diagnosticar ansiedad y descartar otras causas médicas. En la misma línea, se encuentra la evaluación multimétodo de Amores (2013) (Figura 1), es decir, que incluya diferentes modalidades de obtención de información a fin de obtener una perspectiva global

y detallada a la vez, de todos los componentes y síntomas que conforman el cuadro clínico del sujeto.

FIGURA 1  
**Proceso de evaluación de la ansiedad**



(Amores, 2013)

Por lo que es aconsejable incluir en el proceso evaluativo las siguientes técnicas: entrevista clínica, entrevista estructurada o semiestructurada, cuestionarios y/o escalas de valoración, evaluación conductual a través de autorregistros, observación y medidas conductuales; medidas psicofisiológicas; examen de laboratorio para descartar causas médicas de la ansiedad (Analítica general; ECG). La elección de las medidas de evaluación adecuadas es crucial para conocer el nivel de funcionamiento del adulto mayor y poder desarrollar una sólida formulación del caso, incluyendo el diagnóstico, con el objetivo de poder tomar decisiones terapéuticas adecuadas.

En la evaluación de la ansiedad se dispone de instrumentos de clasificación diagnóstica o clínica, por un lado, y de medidas descriptivas generales o por diagnóstico, por otro (Carmin & Ownby, 2010). Es por lo anterior que las siguientes secciones se mostrarán instrumentos y escalas asociadas a la evaluación de ansiedad en adultos mayores, en la cual, se proporcionará una breve descripción de las herramientas de evaluación basadas en la evidencia disponible actualmente.

### **3.5.1 Instrumentos de medición de ansiedad utilizados en adultos mayores**

Se señalan los instrumentos más relevantes de medición de Ansiedad originalmente creados para la población general y comúnmente utilizados en adultos mayores:

#### **1) Escala de Valoración de la ansiedad de Hamilton: Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) (Hamilton, 1959)**

Referencia: (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmos & Calimina, 2002, pág.119)

**Tipo:** Entrevista

#### **Dominios**

Si bien todos los ítems están ligados a un factor general de ansiedad, se pueden aislar dos factores específicos: 1) Ansiedad psicológica (cognitiva): humor ansioso, tensión, miedos, insomnio, funciones intelectuales, depresión y conducta durante la entrevista; 2) Ansiedad somática: síntomas musculares, sensoriales, cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, genitourinarios y vegetativos autonómicos.

#### **Descripción**

Permite determinar el grado de ansiedad global del paciente. Esta escala no está diseñada según criterios DSM-IV. Consta de 14 ítems en los que el terapeuta debe evaluar la conducta de la persona durante la entrevista en una escala de 0 (“ausencia de síntomas”) a 4 (“intensidad máxima”). La puntuación total oscila en un rango de 0-56 y su interpretación se establece de acuerdo a la evaluación global de la persona. El tiempo de administración es aproximadamente de 15-30 minutos. Posee algunas limitaciones relacionadas con la globalidad de los ítems, los posibles errores derivados del observador y la ausencia de baremos estandarizados, lo que impide la comparación del paciente con un grupo normativo; no obstante, algunos autores sugieren que una puntuación mayor o igual a 14 indica ansiedad clínicamente significativa. Existe una versión reducida (CAS) y otra computarizada.

## **Propiedades Psicométricas**

**Fiabilidad:** Consistencia interna: 0,79-0,86; Fiabilidad test re-test: 0,96

**Validez:** Correlaciones de la HARS con la escala de ansiedad de Covi: 0,73-0,75; y con el inventario de Ansiedad de Beck (BAI): 0,56. Correlaciones significativamente altas (0,62-0,73) con la escala para la valoración de la depresión Hamilton (Ham-D). Al eliminarse los ítems referidos a la depresión de HARS y los ítems referidos a ansiedad de Ham-D se alcanza una mejor discriminación entre pacientes con trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con trastornos de depresión mayor, según criterios DSM-III-R. Puede distinguir entre pacientes con trastornos de ansiedad de aquellas personas control no clínicas y es sensible al cambio producido durante el tratamiento, encontrándose correlaciones significativas (0,59) entre los cambios en las puntuaciones en la HARS y los cambios en las puntuaciones en otras escalas de ansiedad global, como la Covi.

### **2) Cuestionario de Miedos: Fear Questionnaire (FQ) (Marks, Mathews,1979)**

Referencia: (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmos & Calimina, 2002. pág.70)

**Tipo:** Cuestionario

#### **Dominios**

Evalúa la severidad de tres tipos de fobias (agorafobia, fobia social y fobia a la sangre/inyecciones/daño) basándose en las conductas de evitación de la persona, así como en la ansiedad y depresión asociada.

#### **Descripción**

El FQ es un cuestionario auto administrado formado por una escala de fobia total de 15 ítems (que incluye 3 subescalas con 5 ítems cada una: agorafobia, sangre/inyecciones/daño, y fobia social), un índice de Malestar Fóbico Total (1 ítem), y una escala de Depresión/Ansiedad (5 ítems). La persona debe señalar la escala de Fobia Total en qué grado excitaba cada una de las situaciones citadas debido al miedo o sentimientos desagradables que le pudieran provocar. Los temas de la escala de Fobia Total son evaluados en una escala tipo Likert de 9 puntos, donde 0 significa “no lo evitaría” y 8 “siempre lo evitaría”. En el ítem de malestar Fóbico Total las personas deben señalar el

nivel de malestar de los síntomas fóbicos en una escala tipo Likert de 9 puntos, de 0 (“ausencia fóbica”) a 8 (“muy intenso, molesto, incapacitante”). Los ítems de la escala de Depresión/Ansiedad también se puntúan en una escala de 9 puntos, de 0 (“casi nunca”) a 8 (“gravemente molesto”). La puntuación final de la escala de Fobia Total oscila entre 0 y 120, siendo el rango de puntuaciones para las diferentes subescalas y para la escala de Ansiedad/Depresión de 0 a 40 puntos. El tiempo para completar el instrumento de aproximadamente 10 minutos. Puede ser útil como instrumento de screening para los síntomas de agorafobia y fobia social, así como miedo a la sangre /inyecciones/daño.

### **Propiedades Psicométricas**

**Fiabilidad:** Consistencia Interna: 0,83-0,86 (escala de Fobia Total), 0,71-0,83 (subescalas) en nuestras clínicas. Fiabilidad test re-test: 0,82-0,96 (1 semana), 0,73-0,86 (2-10 semanas), 0,84-0,86 (3-16 semanas).

**Validez:** Muestra correlaciones con el Inventario de Movilidad para la Agorafobia (0,44-0,78 para la subescala de agorafobia) y con el Inventario de Ansiedad y Fobia Social (SPAI) y la escala de Distrés y Evitación Social (0,42-0,65 para subescala de fobia social). Las correlaciones con el Inventario de Depresión de Beck (BDI), la Escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI) y el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad oscilan entre 0,25-0,44, y con la Escala de Deseabilidad Social Marlowe-Crown, entre -0,25 a -0,34. La subescala de fobia social y de agorafobia discriminan entre pacientes con fobia social y trastorno de pánico con agorafobia de aquellos trastornos de pánico sin agorafobia y con trastorno de ansiedad generalizada. Ambas subescalas se muestran sensibles al cambio terapéutico.

### **3) Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión en Hospital: The Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Zigmond & Snaith, 1983)**

Referencia:(Comiche, Díaz & Vallejo, 1994, pág. 82)

**Tipo:** Cuestionario

#### **Dominios**

Esta escala ha sido diseñada para detectar la presencia de ansiedad y depresión en un ámbito, el hospitalario, en el que ciertas conductas como la disminución de la ingesta, la falta de apetito o los trastornos en el sueño, están siendo tratados en el hospital. La escala pretende identificar cuando la ansiedad y/o la depresión pueden tener su origen en el curso de la enfermedad por la que es atendido el paciente en el ámbito hospitalario.

#### **Descripción**

Consta de 14 ítems, 7 de los cuales evalúan ansiedad y los otros 7 depresión. Los ítems se intercalan entre ellos, comenzando por ansiedad y terminado por depresión. Tanto para la puntuación de ansiedad como de depresión se considera de 0 a 7 normal, de 8 a 10 dudoso y de 11 o más problema clínico.

#### **Propiedades Psicométricas**

El estudio de Tejero y Cols. (1986), aplicado a pacientes psiquiátricos en nuestro país, facilita un coeficiente alfa de 0.81 para la subescala de ansiedad y de 0.86 para la depresión. La correlación de la subescala de ansiedad con el STAI es de 0.71 y la de la subescala de depresión con el BDI es de 0.74. Las subescalas de ansiedad y depresión están relacionadas entre sí.

Tejero y Cols. (1986) obtienen una correlación de 0.59 y otros autores como Anderson (1993) no han obtenido una solución factorial que recoja dos factores que integren separadamente los ítems de las dos subescalas. Finalmente, en lo que respecta la utilidad diferencial de ambas subescalas, los datos señalan que la subescala de depresión es mejor instrumento que la de ansiedad.

#### **4) Inventario de Ansiedad de Beck: Beck Anxiety Inventory (BAI) (Beck, A.T.; Brown, G.; Epstein, & Steer, 1988)**

Referencia: (Comiche. Díaz & Vallejo, 1994, pág. 78)

**Tipo:** Encuesta

##### **Dominios**

Este inventario fue desarrollado con el principal objetivo de cubrir la necesidad que se tenía de un instrumento que fuese capaz de discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

Se trata de un instrumento autoaplicado compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad, y que fueron extraídos de un conjunto inicial de 86 ítems procedentes de los cuestionarios “The Anxiety Checklist” (ACL; Beck, Steer y Brown, 1985), “The Physician’s Desk Reference Checklist” (PDR; Beck, 1978) y “Situational Anxiety Checklist” (SAC; Beck, 1982).

##### **Descripción**

Se centra fundamentalmente en aspectos físicos relacionados con la ansiedad, lo que lo caracteriza como un inventario en el que está sobrerrepresentado dicho componente. Cada ítem recibirá un valor de 0 a 3, en función de la respuesta del sujeto, correspondiendo la puntuación 0 a la respuesta “en absoluto” y la puntuación 3 a “severamente”. La puntuación total será la suma de las puntuaciones asignadas a cada ítem. Si en algún caso el sujeto elige dos respuestas para un mismo ítem, deberá considerar sólo la de mayor puntuación.

##### **Propiedades Psicométricas**

En los criterios de **Fiabilidad y Validez** realizados por los autores, con una muestra de pacientes psiquiátricos externos, encontraron una alta consistencia interna ( $\alpha=0,92$ ). Las correlaciones de cada ítem con el total oscilaron entre 0,30 y 0,71. Las correlaciones con los otros instrumentos fueron: 0,48 con el Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI); 0,25 con la Escala Revisada de Hamilton para la

Depresión (Hamilton Rating Scale for Depression-Revised, HRSD-R); 0,51 con la escala revisada de Hamilton para la evaluación de la ansiedad (Hamilton Anxiety Rating Scale Revised, HARS); 0,22 con el listado de Pensamiento, subescala depresión (Cognition Checklist, CCL-D); 0,51 con el listado de Pensamientos, subescala ansiedad (Cognition Checklist, CCL-A) y de 0,15 con la Escala de Desesperanza (Hopelessness Scale, HS). En estos datos se observa una correlación mucho menor con las escalas que miden depresión que con las que miden ansiedad, lo cual apoyaría el objetivo para el que fue creado, discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión.

**5) Cuestionario de Preocupación del Estado de Pennsylvania: Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) (Meyer, Miller, Metzger et al., 1990)**

Referencias: (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmos & Calimina, 2002, pág. 122)

**Tipo:** Cuestionario

**Dominios**

Tendencia de un individuo a la preocupación, intensidad y grado de generalización de la misma.

**Descripción**

Cuestionario auto-aplicado que evalúa la frecuencia e intensidad de los síntomas asociados a la preocupación. Está constituido por 16 ítems cuantificables según una escala tipo Likert de 1 (nada en absoluto) a 5 (muy a menudo). La puntuación global oscila entre 16 y 80 y se obtiene sumando la puntuación de cada ítem. Los pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada obtienen una puntuación mayor o igual a 60; los pacientes con otros trastornos de ansiedad suelen obtener 10 puntos menos que éstos, pero son puntuaciones mayores que las que de los controles no ansiosos. Sin embargo, los pacientes depresivos suelen obtener puntuaciones tan elevadas como las personas con ansiedad generalizada. El tiempo de aplicación es de cinco minutos. Existe una adaptación para niños.

### **Propiedades Psicométricas**

**Fiabilidad:** Consistencia interna: 0,86-0,93 (para pacientes con trastorno de ansiedad) y 0,91-0,95 (para la población general); fiabilidad test-retest: 0,75-0,92.

**Validez:** Correlaciones del instrumento con el cuestionario de Dominio de preocupaciones: 0,59; con la Escala de Preocupaciones en Estudiantes: 0,67; con escalas de ansiedad de Hamilton (HARS) y de ansiedad Rasgo-Estado (STAI): -0,02-0,18; y con las escalas de depresión de Hamilton (Ham-D) y el inventario de Depresión de Beck (BDI): -0,10-0,04. Distingue entre pacientes con un trastorno de ansiedad generalizada y pacientes con otros trastornos de ansiedad y personas sin historial de trastorno mental. En general, las personas con trastorno de ansiedad generalizada obtienen puntuaciones iguales o mayores que 60; con otros trastornos de ansiedad, entre 40 y 60; y los controles, 40. Es sensible al cambio durante el tratamiento.

#### **6) Escala de Trastorno de Estrés Postraumático administrada por el clínico. Clinical-Administered PTSD Scale (CAPS) (Blake, Weathers, Nagy et al., 1990)**

Referencias: (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmos, Calimina, 2002, pág. 111)

**Tipo:** Entrevista

#### **Dominios**

Tipo e intensidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático según criterio DSM-III-R, con puntuaciones que puede ser modificada para los criterios DSM-IV. Es apropiado para el impacto de los sucesos traumático de guerras civiles. Contiene cinco escalas globales que reflejan el impacto de los síntomas en el funcionamiento social y laboral, intensidad general, cambios recientes en la intensidad y una evaluación del entrevistado acerca de la validez de la información que da el paciente.

#### **Descripción**

Entrevista estructurada de 17 ítems puntuado por el entrevistador que incluye los síntomas principales del trastorno por estrés postraumático según los criterios DSM, incluyendo la re-experimentación de sucesos traumáticos, evitación de los estímulos

relaciones con el trauma e incremento de la activación. Para cada uno de los 17 ítems, el entrevistador evalúa la frecuencia de estos síntomas (0 = nunca; 1 = una o dos veces; 2 = una o dos veces a la semana; 3 = varias veces a la semana; 4 = extrema). Se calcula la puntuación total sumando las puntuaciones de frecuencia e intensidad para cada uno de los ítems. Estas puntuaciones oscilan de 0 a 8 para cada ítem y de 0 a 136 para los 17 ítems totales. La CAPS puede ser puntuada según criterios DSM estableciendo una dicotomía evaluando la presencia o ausencia del trastorno por estrés postraumático. En general, se dice que este trastorno existe cuando la puntuación de frecuencia es al menos 1 y la puntuación de intensidad es al menos 2. Debe haber, además, al menos un síntoma de re-experimentación, tres de evitación y dos de activación, todos debido a un suceso traumático. Esta entrevista puede ser utilizada como instrumento diagnóstico, para establecer la línea base de la intensidad del trastorno y como una medida de los resultados de un tratamiento. El tiempo de administración aproximado es 45-60 minutos.

### **Propiedades Psicométricas**

**Fiabilidad:** Consistencia interna: 0,76-0,88.

**Validez:** Correlaciones de la CAPS con la Escala de Mississippi (MSS): 0,73; con la Escala de Impacto de los Sucesos (IES): 0,62; con la escala de Estrés Postraumático (PTDS): 0,74. Se han identificado reacciones psicofisiológicas a estímulos relevantes al trauma diferentes en combatiente de Vietnam en los que se ha identificado un trastorno por estrés postraumático según la CAPS. Es sensible al cambio con un tratamiento psicológico y por remisión espontánea.

## **7) Checklist en Trastorno de Estrés Post-traumático: Post-traumatic Stress Disorder Checklist (PCL) (Blanchard et al.,1996)**

Referencia: (Flores, Reyes,Reidl, 2012)

### **Tipo Encuesta**

#### **Dominios**

El PTSD Checklist es un instrumento de tamizaje que evalúa síntomas de TEPT, y fue desarrollado en el Centro Nacional de Estrés Postraumático de los Estados Unidos.

#### **Descripción**

El PTSD Checklist incluye 17 reactivos, los cuales corresponden al conjunto de síntomas identificados en el DSM-IV-TR para los criterios B, C y D (re-experimentación intrusiva, evitación y activación, respectivamente). En las instrucciones que aparecen en el instrumento, se solicita que indique cuánta "molestia" le ha causado cada uno de los 17 síntomas durante el último mes, usando una escala Likert, donde 1 equivale a "ninguna" molestia, 2 "un poco", 3 "moderadamente", 4 "mucho" y 5 "demasiada". La puntuación mínima total del instrumento es de 17 y la máxima de 85. Según la versión original, un puntaje igual o superior a 44 indica la presencia de síntomas de EPT o "posible caso".

#### **Propiedades Psicométricas**

La versión original en inglés de la PCL tiene una consistencia interna (coeficiente alfa) de 0,90 para los criterios del grupo B, C: 0,89 a 0,91 para el D, y 0,96 de los 17 ítems de la escala (valores considerados muy alto). Los elementos de correlación total, oscila desde 0,52 hasta 0,80 cuando se compara con la escala Mississippi. Los autores demostraron una convergencia de validez de 0,85 entre las dos escalas. Al comparar el PCL Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-III-R (SCID), Weathers et al. Encontraron una sensibilidad de 0,82, especificidad igual a 0,83 e índice kappa de 0,64. También se demostró una fuerte correlación con otras escalas, como la Escala de Impacto del Evento y el rango de PK del MMPI-2. Blanchard et al. publicado en 1996, un estudio en el que se evaluaron las propiedades psicométricas de la PCL-C en 40 víctimas de accidentes de

tráfico y delitos sexuales. El instrumento en cuestión se comparó con la Escala de TEPT administrada por un médico (CAPS), que se utiliza como una referencia en el estudio. En este sentido se manifiesta que el PCL-C tiene un coeficiente de correlación de 0,929 y la eficiencia de diagnóstico es igual a 0,9 en comparación con CAPS. Al evaluar cada elemento de la escala, los autores encontraron una correlación varía entre 0,386 y 0,788 y una eficacia diagnóstica mayor que o igual a 0,7. (Berger, Mendlowicz, Souza, Figueira, 2004)

### **8) Puntaje para ansiedad en demencia: Rating for Anxiety in Dementia (RAID)**

**(Shankar, Walker & Frost, 1999)**

Referencias: (Snow, Huddleston, Robinson & Mark, 2012)

**Tipo:** Entrevista

#### **Dominio**

La valoración de la ansiedad en pacientes con demencia es una clasificación clínica escala desarrollada para evaluar la ansiedad en personas con demencia.

#### **Descripción**

Entrevista-RAID-SI evalúa síntomas de valoración 0 (ausente) a 3 (grave) en cuatro categorías: preocupación, aprensión y vigilancia, tensión de motor, y la hiperactividad autonómica (Shankar et al, 1999).

#### **Propiedades Psicométricas**

El RAID-SI dio buena consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,75, n = 32) y entre los calificadores de fiabilidad (kappa ponderado promedio = 0,71, n = 11). También hubo pruebas de validez convergente, como se indica significativas correlaciones de orden cero con otros instrumentos de ansiedad (PSWQ r = 0,36, p <0,05; PSWQ-PWD r = 0,49, p <0,01; GAI r = 0,46, p <0,01; GAI-PWD r = 0,48, p <0,01; NPI-ansiedad r = 0,38, p <0,05).

Como una examinación más extensa de validez construida, análisis de curva receptora operativa fueron hechos para evaluar la precisión del diagnóstico del RAID-SI. El área bajo la curva (AUC) fue 0.80 (0.08; 95% intervalos de confianza 0.64–0.96), indicando que el RAID funciona bien al distinguir entre aquellos con diagnóstico de ansiedad y aquellos sin diagnóstico de ansiedad (un área bajo la curva de 0.50 indica funcionamiento de probabilidad y un área bajo la curva de 1.00 sería funcionamiento perfecto). El puntaje de corte que optimiza la precisión del diagnóstico (simultáneamente maximizando sensibilidad y especificidad) fue 10, resultando en una sensibilidad de 0.90 y una especificidad de 0.67.

**9) Trastorno de ansiedad generalizada 7: Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (R. L. Spitzer et al., 2006)**

Referencia: (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006)

**Tipo:** Cuestionario de Autoreporte

**Dominios**

Es un cuestionario de autoreporte para la detección y medición de la gravedad del trastorno de ansiedad generalizada (TAG).

**Descripción**

El GAD-7 tiene siete artículos, la gravedad es medida mediante diversos signos de GAD según la respuesta reportada. La evaluación se indica mediante la puntuación total, lo cual compensa mediante la suma de las puntuaciones de la escala de los siete artículos.

La escala utiliza un sistema normativo de puntuación, midiendo cualitativamente la gravedad de la ansiedad del paciente durante las últimas 2 semanas “No del todo” (0 puntos), “Varios días” (1 punto), “Más de la mitad de los días” (2 puntos), “Casi todos los días” (3 puntos).

## **Propiedades Psicométricas**

Utilizando el umbral de puntuación de 10, el GAD-7 tiene una sensibilidad del 89% y una especificidad del 82% para el TAG. Es moderadamente bueno en la detección de otros tres trastornos de ansiedad común - el trastorno de pánico (sensibilidad 74%, especificidad 81%), trastorno de ansiedad social (sensibilidad 72%, especificidad 80%) y el trastorno de estrés post-traumático (sensibilidad 66%, especificidad 81%). En conclusión, el GAD-7 es una herramienta válida y eficaz para la detección de TAG y evaluar su severidad en la práctica clínica y la investigación.

### **10) Escala de severidad en trastorno de ansiedad generalizada: The Generalized Anxiety Disorder Severity Scale (GADSS) (Shear et al., 2006)**

Referencia: (Weiss et al ,2009)

**Tipo:** Entrevista Puntuada

#### **Dominios**

Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada

#### **Descripción**

La Escala de Severidad de Trastorno de Ansiedad Generalizada (Generalized Anxiety Disorder Severity Scale [GADSS]) es una escala de medición, de 6 ítems, para uso clínico, diseñada específicamente para la evaluación de la severidad de los síntomas del TAG. Cada ítem es clasificado en una escala de 0 a 4 y el puntaje total va desde 0 hasta 24 puntos. Los ítems evalúan la frecuencia de las preocupaciones, angustia debido a la preocupación, frecuencia de síntomas asociados, severidad y angustia en relación a estos síntomas asociados, interferencia o incapacidad con el funcionamiento laboral y social.

## **Propiedades Psicométricas**

Una investigación psicométrica inicial indicó que el GADSS, administrado vía telefónica, tenía excelencia consistencia interna ( $\alpha = 0,90$ ) y probada validez de constructo,

validez convergente ( $r= 0,79$  con el HAM-A), validez divergente ( $r= 0, 52$  con la Escala de Severidad de Trastorno de Pánico), sensibilidad al cambio y una estructura uni-factorial.

La consistencia interna del GADSS fue aceptable ( $\alpha= 0,79$ ) Sin embargo, las correlaciones ítem - ítem sugirieron correlación baja a moderada entre ítems individuales ( $r= 0, 23$  a  $0, 52$ ). La confiabilidad inter-evaluador fue excelente para ambos ítems individuales ( $0,94 - 0,99$ ) y el puntaje total ( $0, 99$ ).

En cuanto a la validez convergente y divergente, correlacionó moderadamente con el BAI ( $r= 0,45$ ), PSWQ ( $r = 0, 48$ ) y SIGH-A ( $r = 0, 67$ ). La correlación más fuerte con el SIGH-A sugiere el rol de la varianza común del método. La correlación entre el GADSS y el BDI-II fue, también, moderada ( $r = 0, 57$ ) sugiriendo una falta de validez divergente.

Los ítems individuales del GADSS fueron correlacionados con las medidas anteriores para explorar si los ítems individuales estaban más correlacionados con medidas relacionadas que con el test como un todo. De nuevo, las correlaciones generales fueron altas para el SIGH-A y el BDI-II. Sorprendentemente, los ítems evaluaron la preocupación correlacionada sólo moderadamente con el PSQW.

Respecto a la estructura factorial, la extracción de los componentes principales con rotación varimax fue realizada en los 6 ítems del GADSS. Con rotación oblicua, los resultados fueron idénticos a la rotación octogonal. Un factor único fue extraído, explicando el 72% de la varianza. La estructura factorial unidimensional indica que el GADSS mide un solo constructo, el conjunto (cluster) de síntomas del TAG.

En referencia a la validez divergente, las puntuaciones totales del GADSS difieren significativamente entre pacientes con diagnóstico de TAG ( $M= 11.33$ ,  $SD= 3.50$ ) y aquellos sin diagnóstico de TAG ( $M= 9.23$ ,  $SD= 4.16$ ),  $t (221) = 5.04$ ,  $p < .0001$ . Sin embargo, el GADSS exhibió pobre exactitud como test (área bajo la curva=  $0,69$ ;  $SE = .04$ ,  $95\% CI = .62-.76$ ).

## **11) Ansiedad en deterioro y demencia: The anxiety in cognitive impairment and dementia (ACID) (Gerolimatos et al., 2013)**

Referencia: (Gerolimatos, Ciliberti, Gregg & Nazem, 2015)

**Tipo:** Entrevista

### **Dominios**

En el desarrollo de las escalas ACID, los investigadores tomaron en consideración las recomendaciones acerca de la evaluación de la ansiedad en demencia señaladas por Seignourel y colegas (2008). Específicamente, las medidas fueron diseñadas para focalizarse en el amplio rango de los síntomas de ansiedad (es decir, cognitivos, somáticos y conductuales), la evaluación de los ítems omitidos se superpone fuertemente con síntomas de deterioro cognitivo (por ejemplo, dificultad para concentrarse), y, de ser necesario, permite recolectar información desde múltiples fuentes.

### **Descripción**

El ACID-SR es una entrevista participativa que se enfoca enteramente en el auto reporte del participante. El ACID-PR es un reporte estructurado de indicadores observables de ansiedad. Los ítems fueron derivados desde una revisión de literatura sobre ansiedad y deterioro cognitivo, consultoría con expertos en gerontopsicología y gerontopsiquiatría, y una revisión de medidas existentes de ansiedad que fueron desarrolladas o evaluadas para uso en adultos mayores (por ejemplo, RAID, Shankar et. al., 1999; entrevista estructurada como guía para la Escala de Ansiedad de Hamilton, HAM, Shear et. al., 2001; Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad [STAI], Spielberger, 1983).

Para reducir el impacto de las dificultades para recordar, se optó por enfocar las preguntas de las escalas a las 24 horas previas a la evaluación. Además, un formato simple de respuestas sí/no fue utilizado para todos los ítems con el propósito de aumentar la comprensión de los ítems para los participantes. La utilización de ejemplos de la vida cotidiana como indicaciones específicas, fueron incorporadas para el uso clínico (por ejemplo: ¿Le ha preocupado en las últimas 24 horas hablar de su salud? ¿O pensar en su salud? ¿O cuando ha recibido tratamiento médico? ¿Se ha sentido preocupado por la

posibilidad de tener una enfermedad que no ha sido diagnosticada aún?) La versión de prueba del ACID fue diseñada para evaluar signos observables de síntomas de ansiedad. Por ejemplo, “¿Ha verbalizado la persona su ansiedad en las últimas 24 horas? (Tengo los nervios de punta o Me siento nervioso, agitado, alterado, etc.).”

### **Propiedades Psicométricas**

Para los primeros 10 participantes y cuidadores, la confiabilidad inter-evaluadores fue calculada para los ítems del ACID-SR y el ACID-PR utilizando el coeficiente kappa de Cohen. Se esperaba que la confiabilidad inter-evaluadores fuera alta, una muestra de 10 personas fue considerada adecuada para calcular el coeficiente kappa de Cohen, de acuerdo a las recomendaciones de Sim & Wright (2005).

Para ambos test, ACID-SR y ACID-PR, el coeficiente kappa de Cohen fue de 1,00. El coeficiente  $\alpha$  de Cronbach para la escala ACID-SR fue de 0,87. Las correlaciones inter-ítem presentaron un rango de 0,06 a 0,73, con una correlación promedio de 0,33. Esta correlación inter-ítem promedio es considerada un indicador de buena consistencia interna basada en el criterio propuesto por Clark y Watson (1995), lo que sugiere una correlación inter-ítem entre 0,15 y 0,50. Las correlaciones corregidas del total de ítem dieron rangos desde 0,26 a 0,74 con un promedio de correlación corregida total de 0,53. Basado en un análisis del total de ítems, se esperaba que el  $\alpha$  de Cronbach aumentara ligeramente (0,004) con la remoción del ítem 13 (evitación). La corrección de la correlación del total de ítem para el ítem 13 fue 0,26, que está por debajo del corte (0,30) (Ferketich, 1991), lo que señala que este ítem podría eliminarse de la escala. Sin embargo, dado que la eliminación de este ítem llevaría a una leve mejoría en el  $\alpha$  de Cronbach y algunos investigadores recomendaron que las correlaciones del total de ítem fueran bajo 0,20 (Streiner & Norman, 1955), el ítem 13 fue conservado por los análisis. El coeficiente del  $\alpha$  de Cronbach para la escala ACID-PR fue 0,73, lo que es considerado adecuado para instrumentos de evaluación recién desarrollados (Nunnally & Bernstein, 1994) y aquellos diseñados para medir constructos relativamente amplios (Clark & Watson, 1995), como en este caso. Las correlaciones inter-ítem se encuentran en el rango de -0,19 a 0,53, con una correlación

promedio inter-ítem de 0,17; esto significa que la correlación inter-ítem está dentro del rango específico recomendado por Clark y Watson (1995).

La Validez Convergente, se utilizó el análisis de la correlación Producto-Momento de Pearson para examinar las relaciones entre los puntajes del ACID-SR y los puntajes de otras mediciones de ansiedad (GAI y NPI-Ansiedad), depresión (CSDD), y salud mental general (MCS) para establecer validez convergente. Los resultados se presentan en la Tabla 5. Resultados indican que los puntajes del ACID-SR se asociaban fuertemente con los del GAI ( $r = 0.69$ ) y los puntajes de CSDD Pearson ( $r = 0.71$ ), y se asociaban moderadamente con los puntajes Proxy-CSDD ( $r = 0.33$ ), puntajes de NPI-Ansiedad ( $r = 0.27$ ), y el resumen de componente mental (MCS) de SF-12 ( $r = -0.49$ ). Se realizaron análisis similares examinando los puntajes del ACID-PR. Los puntajes del ACID-PR se asociaron fuertemente con los del CSDD-Proxy ( $r = 0.81$ ) y los del NPI-Ansiedad ( $r = 0.52$ ), y se relacionaron moderadamente con los del CSDD-Pearson ( $r = 0.36$ ) y los del MCS de SF-12 ( $r = -0.32$ ). Los puntajes del ACID-PR se asociaron débilmente con los puntajes del GAI ( $r = 0.08$ ).

### **3.5.2 Instrumentos desarrollados específicamente para evaluar ansiedad en adultos mayores**

La publicación de Therrien & Hunsley (2012), es uno de los estudios más actuales y exhaustivos sobre evaluación de la ansiedad en adultos mayores. El cual, consiste en una revisión sistemática de artículos científicos, con el doble propósito de identificar los instrumentos de evaluación de ansiedad más comunes en uso con personas mayores y determinar en qué medida estos instrumentos tienen datos normativos específicos y/o apropiados para ancianos, y evidencia psicométrica que apoye su uso. De los 213 artículos incluidos, se utilizaron un total de 91 instrumentos de ansiedad. El 89% fueron desarrollados para uso con personas jóvenes, pero después fueron utilizados con muestras de adultos mayores, un 16% se crearon a partir de las experiencias específicas de personas mayores o pensando en sus necesidades. De los instrumentos creados específicamente para adultos mayores, sólo uno fue usado en 14 de los artículos que examinaron, el Exámen de Estado Mental Geriátrico (Geriatric Mental State Examination [GMSE], Copeland et al., 1976; en Therrien & Hunsley, 2012). En un 24% de los artículos, los autores mencionaron que los instrumentos eran apropiados para adultos mayores y un 21% reportaron que las normas específicas en relación a la edad eran relevantes para sustentar la corroboración de la medición psicométrica de la ansiedad.

Siguiendo el criterio de que una escala fuera utilizada en seis o más estudios, detectaron que las medidas de ansiedad más comúnmente utilizadas eran doce y solo tres de ellas eran específicas para ancianos: GMSE, Escala de Preocupación (Worry Scale [WS], Wisocki et. al. (1986) y el Inventario de Ansiedad Geriátrica (Geriatric Anxiety Inventory [GAI] de Pachana et. al. (2007).

En la revisión de Bower & Wetherell (2015) se incluyen, además de los últimos tres referidos por Therrien & Hunsley (2012), la Escala de Ansiedad Geriátrica (Geriatric Anxiety Scale [GAS], Segal et. al., 2010), el Cuestionario de Situaciones Social-Evaluativo de Adultos Mayores (Older Adult Social-Evaluative Situations Questionnaire [OASES], Gould et. al., 2012) y la Escala de Ansiedad Estado-Rasgos (State-Trait Anxiety Inventory [STAI], Spielberger et. al., 1983).

A continuación, se describen algunos de estos instrumentos y se añade, en forma más acotada, una reseña del Test breve para el Tamizaje de Ansiedad o Short Anxiety Screening Test (SAST), (Sinoff, Ore & Zlotogorsky, 1999), pues forma parte de los instrumentos utilizados en el desarrollo del Geriatric Anxiety Inventory (GAI), referido en la sección 3.

### **1. Escala de Ansiedad Geriátrica, Geriatric Anxiety Scale (GAS) (Segal, June, Payne, Coolidge, & Yochim, 2010)**

Referencias: (Yochim, Mueller, June & Segal, 2011; Gould et al., 2014)

**Tipo:** Cuestionario de auto-reporte

#### **Dominios**

Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada

#### **Descripción**

La Escala de Ansiedad Geriátrica (GAS) es una medida de auto reporte diseñado para el uso de adultos mayores. Esta consta de 30 ítems, que miden síntomas de ansiedad somático, cognitivos y afectivos calificados en una escala dimensional de cuatro puntos de severidad de la ansiedad. Así, se solicita a los participantes que califiquen síntomas de ansiedad indicando cuán a menudo han experimentado cada uno de los síntomas durante la última semana a través de una escala de Likert de 4 puntos que va desde 0 (no en absoluto) a 3 (todo el tiempo). Los puntajes posibles están en el rango de 0 a 75, donde los puntajes altos indican niveles altos de ansiedad, y de donde los primeros 25 ítems son puntuados y los cinco restantes proveen información sobre áreas de contenido específicas de ansiedad entre los encuestados.

El GAS fue originalmente fue creado en un amplio rango de síntomas de ansiedad incluidos en el en el DSM-IV-TR, a diferencia de otras medidas de ansiedad que no contemplan todas las constelaciones de síntomas del DSM, como por ejemplo el BAI. La separación de síntomas que permite el GAS, en síntomas de ansiedad somáticos, afectivos y cognitivos, donde cada uno de estos dominios está constituido es subescalas, permite

determinar qué síntomas de ansiedad en específico son desafíos particulares para un paciente en particular, además de permitir a los clínicos concluir si los síntomas están relacionados a problemas de salud física en lugar de un trastorno de ansiedad. (Yochim et al, 2011)

### **Propiedades Psicométricas**

En cuanto a los estudios de validación previos, los resultados son prometedores como medidas geriátricas de autoinforme de ansiedad, preocupación o depresión. En un estudio de validación inicial se demostró que el GAS tiene una excelente consistencia interna para las puntuaciones totales del GAS ( $\alpha$ 's = .90) entre los residentes de una comunidad de adulto mayor. Los rangos de puntajes de la consistencia interna de las subescalas van desde bueno a excelente con un  $\alpha$  = .90 para cognitivo,  $\alpha$  = .80 para somática, y  $\alpha$  = .82 para la subescala afectiva. (Segal et al., 2010) Por otro lado, la validez de convergencia fue demostrada por la correlación con medidas de ansiedad y preocupación. Siendo la validez discriminante del GAS limitada a las grandes asociaciones con medidas de depresión con un  $r=.73$  to  $.78$ , donde los puntajes de las subescalas sin embargo, variaron considerablemente desde  $r=0.53$  (somático) a  $0.82$  (cognitivo), indicando mejor validez discriminante para las subescalas somáticas del GAS relativo a las subescalas afectiva y cognitiva (Gould et al. 2014).

## **2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger, State-Trait Anxiety Inventory (STAI) (Spielberger et. al., 1983)**

Referencias: (Universidad Complutense de Madrid, s.f.; Kvaal, Ulstein, Hilde, & Engedal, 2005)

**Tipo:** Cuestionario de auto-reporte

### **Dominios**

Uso clínico en la detección de sintomatología ansiosa.

### **Descripción**

El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger es un instrumento bastante conocido disponible para adultos jóvenes y adultos mayores, que mide los niveles de

ansiedad transitorio y perdurables. Cuenta con 40 ítems divididos en dos subescalas 1) la subescala Estado, formada con 20 frases que describen cómo se siente la persona en ese momento y 2) la subescala Rasgo que identifica la persona cómo se siente habitualmente. Cada escala oscila entre 0 y 60 de tal forma que las puntuaciones más altas indican mayores niveles de ansiedad, donde los valores van desde un rango de 0 a 3, donde 0=nada o casi nunca, 1=algo o a veces, 2=bastante o, a menudo, y 3=mucho o casi siempre, pudiendo ser administrado individual o colectivamente en un tiempo de 15 minutos.

En referencia a la versión adaptada para el uso en adultos mayores, esta fue llevada, a cabo mediante la presentación de cuestionarios de autocompletación. Los pacientes pre-operatorio que participaron, obtuvieron un punto de corte mayor de 44-45 a los 39 -40 como punto de corte normalmente usado para síntomas clínicos significativos de un estado de ansiedad. Mientras que la suma de puntaje medio óptimo en la escala de estado STAI en pacientes enfermos crónicos con trastorno de ansiedad se identificó entre 44 y 51, y 53 en pacientes con trastornos del estado del ánimo.

### **Propiedades Psicométricas**

En cuanto a los criterios de Calidad fiabilidad, en la versión española posee una consistencia interna de 0,90-0,93 (subescala Estado) y 0,84-0,87 (subescala Rasgo). También presenta una Fiabilidad Test re-test de 0,73-0,86 (subescala Rasgo). Además, la validez muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la Escala de Ansiedad manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0,73-0,85). Es posible observar un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión, ya que la correlación con el inventario de Depresión de Beck es de 0,60. (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982, en “Universidad Complutense Madrid”, s.f).

### **3. Cuestionario de Situaciones Evaluativas-Sociales de Adultos Mayores, Older Adult Social-Evaluative Situations Questionnaire [OASES] (Gould. et. al., 2012)**

**Tipo:** Cuestionario de auto-reporte.

#### **Dominios**

Evaluación de la Fobia Social en adultos mayores, a través de la medición de la ansiedad experimentada en variadas situaciones sociales y las conductas de evitación relacionadas.

#### **Descripción**

El OASES fue desarrollado en dos fases. La primera se llevó a cabo en el estudio de Ciliberti et. al. (2011, en Gould. et. al., 2012) donde se entrevistó a adultos mayores sobre situaciones donde experimentaban síntomas de fobia social. Estas situaciones fueron generadas en primera instancia a partir de mediciones anteriores. Posteriormente, se consultó con expertos en fobia social y gerontopsicología, cuyas recomendaciones permitieron añadir ítems del Inventario de Ansiedad y Fobia Social [SPAI] (Turner et al., 1989), la Escala de Fobia a las Evaluaciones Negativas (Fear of Negative Evaluation Scale de Watson & Friend, 1969), y la Encuesta de Miedos para Adultos Mayores (Fear Survey Schedule II for Older Adults de Kogan & Edelstein, 2004). Finalmente, se añadieron otras situaciones reportadas por los adultos mayores durante las entrevistas. Así, se delimitaron 37 ítems. Cada ítem se califica en términos de a) cuán ansiosa se siente la persona en la situación determinada, con una puntuación de 0 a 3, donde 0 se refiere a nada de ansiedad y 3 a severamente ansioso; y b) cuán a menudo evitan esa situación, con puntajes de 0, nunca, a 3, usualmente. El puntaje total para cada sub escala va desde 0 a 222, donde los puntajes más altos reflejan síntomas más severos o conductas de frecuente evitación.

En la segunda fase se realizó la validación psicométrica del instrumento.

#### **Propiedades Psicométricas**

La validación psicométrica fue desarrollada en una muestra de 137 personas en el rango etario de 60 a 94 años.

Los puntajes de la media y la desviación estándar del OASES son los siguientes: Puntaje total ( $M = 48.54$ ,  $SD = 33.62$ ), Subescala de ansiedad ( $M = 26.43$ ,  $SD = 17.81$ ), y subescala de evitación ( $M = 22.11$ ,  $SD = 17.90$ ).

En cuanto a la consistencia interna, el  $\alpha$  de Cronbach para las escalas combinadas fue de 0,97, para la subescala de ansiedad fue de  $\alpha = 0,94$  y  $\alpha = 0,95$  en la subescala de evitación. Ambas subescalas se correlacionaron fuertemente,  $r = 0.77$ ,  $p < 0.001$ . Los coeficientes de correlación ítem-total para la subescala de ansiedad fueron de  $r = 0,31$  a  $0,75$  y la media de correlación ítem-total fue de  $0,55$ . La subescala de evitación puntuó de  $r = 0,33$  a  $0,74$  y la media de correlación ítem-total fue  $0,57$ .

La validez convergente se examinó a través de la relación de los puntajes del OASES y de otros instrumentos de medición de fobia social: SPAI, la Escala de Auto Reporte de Fobia Social de Liebowitz [LSAS-SR] (Liebowitz Social Anxiety Scale-Self Report, Liebowitz, 1987) y el Inventario de Ansiedad de Beck o BAI (Beck et. al., 1988). Se mostraron correlaciones medias a grandes entre el puntaje total del OASES y el LSAS-SR, y la subescala de fobia social del SPAI.

Respecto a la validez divergente, ésta se examinó utilizando la Escala de Depresión Geriátrica [GDS] (Geriatric Depression Scale, Yessavage et. al., 1983), variables demográficas (por ejemplo; educación) y la autopercepción de salud a través de la Encuesta Breve de Salud SF-12 (Ware et. al., 1996). Se encontró una pequeña a mediana correlación entre la edad y el puntaje total del OASES ( $r = 0.22$ ,  $p = 0.01$ ). La relación entre años de educación y el puntaje total del OASES fue pequeña y no-significativa ( $r = -0.17$ ,  $p = 0.06$ ).

#### **4. Escala de Preocupación, Worry Scale (WS) (Wisocki, Handen & Morse, 1986)**

Referencia: (Stanley, Novy, Bourland, Beck & Averill, 2001)

**Tipo:** Cuestionario de autorreporte

##### **Dominio**

Evaluación de preocupaciones en adultos mayores con diagnóstico de TAG y evaluación de ansiedad en adultos mayores sin diagnóstico previo.

## **Descripción**

El WS es un cuestionario de 35 ítems, desarrollado para evaluar la severidad de las preocupaciones sociales, sobre la salud y económicas, en adultos mayores. Los ítems se califican en una escala de 5 puntos para indicar la frecuencia en la que se experimentan estas preocupaciones.

## **Propiedades Psicométricas**

La evidencia de validez de constructo fue demostrada en dos submuestras, adultos mayores con diagnóstico de TAG y adultos mayores sin diagnósticos previos; basada en correlaciones entre los puntajes del WS y otros instrumentos de autorreporte de ansiedad.

La confiabilidad Test-retest fue adecuada para el grupo control, pero no fue evaluada para adultos mayores con TAG.

En cuanto a la consistencia interna, en las subescalas, el  $\alpha$  de Cronbach y el coeficiente Test-Retest fue: Social ( $\alpha=0.87$ ; Test-Retest = 0.58); Económicas ( $\alpha= 0.79$ , Test-Retest = 0.77); Salud ( $\alpha = 0.90$ , Test-Retest = 0.70) y en total:  $\alpha = 0.93$  y Test-Retest = 0.70.

Los puntajes de las subescalas mostraron una correlación significativa y positivamente entre ellos y con el puntaje total. Aunque, la sub escala de preocupaciones económicas demostró una correlación más débil con el puntaje total que las otras subescalas ( $p < 0,001$ ).

## **5. Test breve para el tamizaje de Ansiedad, Short Anxiety Screening Test (SAST), (Sinoff, Ore & Zlotogorsky, 1999)**

**Tipo:** Cuestionario de autorreporte.

### **Dominio**

Detección de trastornos de ansiedad en adultos mayores, especialmente cuando cursa con depresión.

### **Descripción**

Es una escala de 10 ítems, cuya indicación es responder de acuerdo a cómo se ha sentido o comportado la persona durante el último mes, asignando un puntaje de 1 a 4;

donde: 1=nunca, 2=algunas veces, 3=con frecuencia y 4=siempre. El valor asignado a cada ítem se suma, obteniendo el puntaje total, si éste se encuentra entre 22 y 23, la persona pudiera estar manifestando un problema significativo de ansiedad; si el puntaje total es de 24 o más, se determina que el problema de ansiedad es altamente significativo y se sugiere asistir a un especialista en salud mental.

El instrumento incluye las quejas somáticas, pues los autores señalan que es una manifestación frecuente de la ansiedad en los adultos mayores.

### **Propiedades Psicométricas**

El SAST fue validado en contraste con evaluaciones psiquiátricas de pacientes ambulatorios e institucionalizados de un servicio de salud geriátrico en una zona urbana de Israel. La muestra fue de 150 personas con edades en el rango de 70 años y más. La validez inicial fue probada en toda la muestra y posteriormente en los subgrupos de pacientes con diagnóstico de depresión y pacientes sin diagnóstico.

La evaluación de los trastornos de ansiedad y depresión se llevó a cabo mediante una entrevista estructurada en base a los criterios del DSM-IV, SAST y la Escala de Depresión de Zung.

En la evaluación psiquiátrica, un 40.7% manifestaban ansiedad. Los puntajes de la media del SAST en presencia y ausencia de ansiedad fueron significativamente diferentes (25.3 y 20.1;  $p < 0.0005$ ). La validez general del SAST fue alta (sensibilidad: 75.4%, especificidad: 78.7%). En presencia de depresión, la sensibilidad fue de 83.3% y especificidad de 70.5%.

#### 4. DESCRIPCIÓN GERIATRIC ANXIETY INVENTORY [GAI]

El GAI es una herramienta de tamizaje de ansiedad breve que se diseñó para medir la severidad de los síntomas ansiosos y no como una herramienta de diagnóstico, por lo que sirve para medir la experiencia de la ansiedad a través del rango de sus desórdenes, más que reflejar un criterio diagnóstico para alguno de ellos en específico. Ha probado ser útil en investigaciones sobre la prevalencia de la ansiedad en poblaciones específicas, en examinar la relación entre ansiedad y otras variables de interés en población de adultos mayores, y en medir los cambios en la severidad de un síntoma antes y después de una intervención.

Pachana y cols. (2012) en “El Inventario de Ansiedad Geriátrico: Uso Internacional y Futuras Direcciones” señalan que el propósito que guió el desarrollo del GAI fue diseñar un instrumento simple y clínicamente amistoso, por lo que se utilizó un lenguaje sencillo, con ítems cortos y amables a la lectura en voz alta que se le haría a los pacientes (simpleza que también se extiende a la administración y puntuación del inventario) y que al mismo tiempo fuese capaz de administrarse a adultos mayores en una variedad de escenarios, incluyendo a aquellos que se encuentran postrados/as. En la investigación de su versión original sus autores (Pachana et al, 2007) constatan que, pese a la alta prevalencia de los desórdenes ansiosos en población adulto mayor o su comorbilidad con otras enfermedades existe poco reconocimiento de este fenómeno, lo que conlleva a una falta de tratamiento en esta población, diferente a lo que ocurría en otros casos como la depresión o la demencia (mismo contexto que se repite en nuestro país). La explicación que daban a esta ausencia era en parte metodológica, por ejemplo, las dificultades que aparecen en el uso de criterios diagnósticos específicos a la hora de diferenciar sintomatología propia del rango etario de los desórdenes ansiosos o enfermedades crónicas presentes (Palmer et al., 1997 en Pachana et al. 2007). Pachana & Byrne (2008) mencionan como factores: el aumento de las quejas de índole sanitaria, además de problemas y efectos secundarios similares a los síntomas ansiosos pero provocados por el uso de una variedad de medicamentos en población adulto mayor. Lo mismo ocurre con el uso de instrumentos no validados para su uso en adultos mayores (Fuentes & Cox, 1997 citado en Pachana et al. 2007), algunas escalas ansiosas, como el BAI "tienen información normativa para las poblaciones de más edad" (Pachana et

al. 2007), por lo que un instrumento diseñado para este grupo en específico se hacía necesario.

De acuerdo a Therrien-Poirier (2013), el instrumento no ha sido utilizado ampliamente en la literatura ya que se desarrolló recientemente y debe competir con otras herramientas de medición ya establecidas. Si bien, se necesita recopilar mayor evidencia a partir de futuras investigaciones, el autor señala que "la evidencia inicial sugiere que el GAI puede ser una herramienta útil a la hora de detectar ansiedad en adulto mayor." Además, no es menor que sea una herramienta desarrollada específicamente para la población adulto mayor, existen otras herramientas con mejores propiedades psicométricas, pero han sido generadas para población joven, por lo que no consideran asuntos específicos de la vejez (Por ejemplo; cómo los medicamentos afectan a la sintomatología ansiosa). Therrien-Poirier (2013) concluye que "si se consideran estas ventajas, clínicos e investigadores que busquen por una medida general de ansiedad en adulto mayor debería considerar la utilización del GAI".

A continuación, se revisarán las principales características del instrumento, así como sus resultados en diversos contextos con el fin de constatar su utilidad.

#### **4.1. Desarrollo y Validación**

En el desarrollo del GAI original con 20 ítems (Pachana et al., 2007), se generaron más de 100 potenciales ítems relacionados con escalas de ansiedad existentes, tales como el STAI (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 1970) y el SAST (Sinoff, Ore, Zlotogorsky & Tamir, 1999).

Los ítems fueron escogidos en función de reflejar las propiedades básicas cubiertas en los inventarios existentes hasta entonces: miedo, preocupación, meta-preocupación (ej: preocuparse por tener preocupación), pensamientos acerca de la ansiedad, síntomas somáticos de la ansiedad, y ánimo ansioso. Este conjunto de ítems se redujo a 60 a través de las consultas realizadas a un grupo de asesoría constituido por psicólogos geriátricos, psiquiátricos geriátricos, y adultos mayores autovalentes

residentes en comunidades. Las propiedades psicométricas de estos 60 ítems fueron testeadas en 452 adultos mayores no institucionalizados y 46 adultos mayores pacientes en servicios psicogerítricos. El puntaje del  $\alpha$  de Cronbach de los 60 ítems originales fue de  $\alpha = 0.90$ . Cada ítem se correlacionó luego con el total de los puntajes para identificar los 30 ítems que se relacionaban de forma más alta con el puntaje total, con el fin de conseguir un resultado más breve, la escala se redujo a 20 ítems, eliminando largos ítems que podían ser potencialmente problemáticos considerando una variedad de escenarios y poblaciones (Por ejemplo; en aquellos con problemas cognitivos leves, se descartaron los ítems con correlaciones menores si había que elegir entre dos ítems similares.) (Pachana et al, 2012).

El cuestionario utiliza respuestas de tipo "de acuerdo/en desacuerdo" y suma las respuestas "de acuerdo" para obtener el puntaje total, siendo el puntaje total máximo de 20 puntos, y los puntajes más altos, los indicadores de una mayor presencia de ansiedad. El instrumento está disponible de forma gratuita en la literatura (Pachana et al. 2007a), o por solicitud a Pachana vía e-mail (Pachana et al. 2007).

También se desarrolla una versión corta por Gerard J. Byrne y Nancy A. Pachana en 2011, la cual solo posee 5 ítems y se basa completamente en su versión estándar de 20 ítems. Esta versión se construye con la necesidad de tener un cuestionario para medir los síntomas de ansiedad que sea de utilización corta para atención primaria, sondeos e investigaciones epidemiológicas y diversos escenarios médicos de tratamiento geriátrico. En este estudio se usó una muestra de 284, arrojando valores de Cronbach de  $\alpha = 0.84$ , dotándolo de una buena confiabilidad. En cuanto a sus propiedades de test-retest, éste fue probado en 22 sujetos los cuales habían completado el GAI en dos ocasiones una semana atrás y lo cual demostró un puntaje alto ( $R_s = 0.80$ ;  $p < 0.001$ ). Por último, se demostró una sensibilidad de corte del 75%, y su especificidad fue del 87%, mientras que un 86% de los participantes fueron correctamente clasificados (Pachana & Byrne, 2011a).

## **4.2. Propiedades estadísticas y psicométricas en sus distintas validaciones.**

El GAI ha demostrado propiedades estadísticas y psicométricas aptas en muestras amplias de adultos mayores y muestras más pequeñas en pacientes psicogerítricos (Pachana y col, 2007) y ha sido probado en diferentes tipos de poblaciones, tal como se describe en el estudio de Johnco, Knight, Tadic, & Wutrich, (2015): existen diferentes estudios en muestras comunitarias, psicogerítricas, adultos mayores en residenciales, cuidados en casa, en pacientes con Enfermedad de Parkinson, pacientes con obstrucción pulmonar crónica y diferentes niveles de deterioro cognitivo.

Mientras que en un comienzo el instrumento fue desarrollado y normado con muestras de adultos mayores residentes en la comunidad ( $n = 452$ ) junto a una muestra de personas con tratamientos psicogerítricos ( $n = 46$ ). El estudio arrojó puntajes de confiabilidad excelentes tanto en la población de residentes ( $\alpha = 0.91$ ) como en la población que tenía tratamientos en psicogeriatría ( $\alpha = 0.93$ ) (Pachana et al., 2006). Además, se encontró una alta consistencia interna en otras muestras de adultos mayores residentes en comunidades ( $\alpha=0.90 / 0.92$ ) (Byrne et al., 2010), en muestras psicogerítricas ( $\alpha = 0.93$ ) (Pachana y cols. 2007), y en una muestra de adultos mayores que reciben atención en el hogar ( $\alpha=0.93$ ; Diefenbach y cols, 2009). Se encontró una consistencia interna más baja, pero aún buena, en una muestra de adulto mayor con deterioro cognitivo leve ( $\alpha=0.76$ ) (Rozzini et al., 2008). Según las revisiones y estudios de seguimiento de Pachana y Byrne el GAI muestra buenas propiedades de test-retest donde se demuestran propiedades excelentes, luego de haber tomado el test con una semana de diferencia. ( $r = 0.91$  con  $p < .00$ ) (Pachana & Byrne, 2011).

Las correlaciones entre el GAI y otras medidas de ansiedad muestran una correlación de moderada a fuerte, lo que muestra evidencia de una validez concurrente, con correlaciones que van desde 0.58 a 0.86 (Therrien-Poirier, 2013).

El instrumento ha sido testeado dentro de variadas poblaciones, por ejemplo, en un estudio de Matheson, Byrne, Pachana y cols. (2012) se prueba el GAI en 58 personas, las cuales padecen Enfermedad de Parkinson, se demostró que posee una buena confiabilidad en test-retest, una buena consistencia interna, una buena validez de test-retest y una buena validez convergente con otras pruebas como el STAI, lo que lo vuelve una herramienta

viable en esta población, incluso por sobre otros cuestionarios que pueden presentar dificultades como fatiga de desempeño o problemas de concentración debido a su complejidad (Matheson et. al., 2012).

En una investigación realizada por Byrne, Pachana, Arnold, Chalk. y Appadurai (2008) se prueba el GAI en una muestra de adultos mayores conformada por 100 personas, dentro de los cuales aproximadamente dos tercios padecían demencia y adicionalmente un 15% tenían un Deterioro Cognitivo Leve. En este estudio se constató que el GAI poseía un puntaje de Cronbach de  $\alpha = 0.92$ , es decir, una confiabilidad excelente en la población; además, el GAI presenta una buena correlación con los test NPI Anxiety Severity ( $r = 0.31$ ;  $p = 0.0037$ ), NPI Distress ( $r = 0.32$ ;  $p = 0.0031$ ) y el GDS ( $r = 0.62$ ;  $p = 0.000$ ) (Byrne, Pachana, Arnold, Chalk & Appadurai, 2008).

Un estudio llevado a cabo por Cheung, Patrick, Sullivan, Cooray & Chiang (2011) en una población de 55 adultos mayores con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), donde se evaluó la sensibilidad del GAI y del HADS, arrojó valores de Cronbach de  $\alpha = 0.92$ ; pero se establecieron puntajes bajos de corte para el tamizaje, mientras que el puntaje recomendado es 8/9, en éste estudio se apreció un puntaje de 2/3; es necesario aclarar que una minoría de los sujetos de estudio poseían medicación (23,6% tomaban antidepresivos y/o ansiolíticos).

#### **4.2.1 Adaptaciones del GAI**

##### **Versión China**

Dentro de las adaptaciones del GAI encontramos la versión china, la cual expresa buenas propiedades psicométricas dentro de la población de muestra de 1.047 personas mayores de 60 años a los cuales se les aplica el GAI en su versión China, el BAI y también el el Self-Rating Anxiety Scale (SAS). Con un puntaje de  $\alpha$  de Cronbach de 0.94 y un buen puntaje de convergencia entre éste y el SAS, con un puntaje de correlación de Pearsons (0.523,  $p < 0.05$ ) de y el BAI con un puntaje de (0.560,  $p < 0.05$ ); en este caso se establece que el GAI versión china posee una alta confiabilidad y validez en adultos mayores de

Beijing, incluso siendo un puntaje similar al de las versiones en inglés (Yan, Xin, Wang & Tang, 2013).

### **Versión Brasil**

Esta versión fue validada mediante la aplicación a una muestra de 72 sujetos, los cuales fueron entrevistados con cuestionarios para obtener información acerca de sus características sociodemográficas, su estado de salud, ansiedad y depresión con instrumentos validados como el Mini Mental State Examination (MMSE), Mini International Neuropsychiatric Interview (NPI) y el GAI en su versión Brasil. Los resultados dan una buena consistencia interna ( $\alpha$  de Cronbach = 0.91) y también validez de correlación media y alta con el BAI y el STAI. (Nitschke Massena, Bom de Araujo, Pachana, Laks, & Camozzato de Pádua, 2014). La propiedad de test re-test arrojó un puntaje de confiabilidad fuerte con un puntaje de ( $p = 0.85$ ,  $p < 0.001$ ), mientras que su sensibilidad arrojó un 83.3% y un 84.6% de especificidad para detectar el trastorno de ansiedad generalizada. En esta traducción también se cambian ciertas preguntas según el contexto sociocultural, en este caso el ítem de “tengo mariposas en mi estómago” (i have butterflies in my stomach) por un sentimiento de opresión en el pecho (Pachana & Byrne, 2011).

### **Versión España**

Demuestra porcentajes similares a los anteriores, con una muestra de 302 sujetos mayores de 60 años, de los cuales 75,5% son mujeres. Dentro de esta validación se aplicó un set de cuestionarios, los cuales median ansiedad, depresión, rumiación, evitación experiencial y supresión, los cuales fueron medidos con los cuestionarios GAI, Center for Epidemiological Studies - Depression scale (CES-D), Ruminative Responses Scale- short version (RRS-versión reducida), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) y The Suppression factor of the Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) respectivamente. En esta validación se observó una excelente consistencia interna con puntaje de Cronbach  $\alpha = 0.9$ , lo que se conlleva con las versiones en inglés, mientras que el puntaje más alto dentro de los ítems es de 0.89, el más bajo corresponde a un 0.71. Para esta validación se hacen

ciertas modificaciones en las preguntas, en este caso se cambia la frase “tengo mariposas en mi estómago” por “a menudo siento hormigas en mi estómago” (Pachana & Byrne, 2011).

#### **4.3 Importancia de la Validación del GERIATRIC ANXIETY INVENTORY [GAI] en Chile**

Uno de los inconvenientes de la falta de instrumentos de evaluación y diagnóstico de los problemas de ansiedad se da en la APS. Si bien en los últimos años se ha incrementado los esfuerzos en lo referente al desarrollo y perfeccionamiento de instrumentos de evaluación, existe dificultad para evaluar e identificar los trastornos psiquiátricos, quedando la mitad de estos pacientes sin diagnosticar y por ende sin recibir tratamiento para dichos trastornos, siendo uno de los más significativos entre ellos, la ansiedad (Latorre et al. 2012).

Un factor determinante a la hora de explicar el subdiagnóstico que pueden tener los médicos a la hora de atender la demanda, es el poco tiempo disponible, unido a que los problemas de salud requieren más tiempo o al hecho de no emplearse habitualmente los métodos diagnósticos adecuados. En este sentido se hace necesario desarrollar instrumentos de evaluación que permitan a médicos de APS hacer una aproximación diagnóstica con poco tiempo y un número reducido de ítems (Latorre et al. 2012; Martínez, Baylín, & Ortiz, 1999). Las utilidades de los instrumentos de medida estandarizadas para completar una adecuada valoración elaborada tras una entrevista clínica y la exploración psicopatológica, detectando así, posibles casos de enfermedad, logrando emprender el procedimiento diagnóstico oportuno. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008).

Por otro lado, la no detección de los trastornos acarrea las siguientes implicancias desde un punto de vista clínico. Primero, Tizón et al. (2001) refiere que el no diagnóstico de la ansiedad afecta los índices de prevalencia, dato relevante en tanto probablemente la demanda real por problemas de salud mental sea superior a la demanda percibida y los trastornos de ansiedad son parte de los trastornos con mayores motivos de consulta. Segundo, las repercusiones sanitarias y sociosanitarias significan un número mayor de visitas al médico y a los servicios de urgencias, incapacidad laboral, mayor duración de los trastornos y peor pronóstico. Tercero, peor calidad de vida, tanto para el paciente como la familia. Cuarto, existe comorbilidad y co-diagnóstico además de una mayor mortalidad en

personas que presentan trastornos ansiosos, siendo el suicidio la más temida complicación en comorbilidad con depresión.

La importancia de la validación del instrumento GAI reside en las posibles pesquisas o detección precoz y adecuada de los trastornos de ansiedad en el futuro, pudiendo mejorar la calidad de vida y pronósticos de muchos adultos mayores, considerando que la prescripción de los medicamentos ansiolíticos comúnmente entregados en APS son los benzodiazepinas (BZD), los cuales está asociado a un potencial abuso y dependencia. En un estudio poblacional realizado en Chile se encontró una prevalencia anual de este psicofármaco de 31,4%, donde eran automedicados un 28,9%, presentándose mayormente en mujeres que en hombre (2:1), y con porcentaje de dependencia tres veces más alto que el promedio mundial (4,1%). Preocupantes cifras para el adulto mayor, en cuanto se ha observado que la persistencia y dependencia a las BZD es mayor a medida que aumenta la edad, ya que existe una mayor sensibilidad para algunos tipos de BZD, sobre todo aquellas de vida media de eliminación prolongada, y además, la existencia de un alto porcentaje de “tratamiento” que no guarda ninguna relación con el diagnóstico específico del paciente, donde uno de cada cinco casos de depresión reciben antidepresivos, mientras que la mayoría toma tranquilizantes (Calero, Oropesa, González, Roca, & Blanco, 2009; Olivera, 2009; Latorre et al. 2012).

Así el uso de instrumentos adecuados y validados permitiría evitar prescripciones de fármacos innecesarios en APS, reduciendo la iatrogenia y el gasto sanitario, pudiendo ser utilizados por los no especialistas-por su fácil manejo e interpretación- como ocurre en APS (Latorre et al. 2012).

## **5. MARCO METODOLÓGICO**

### **5.1 Diseño de investigación**

El presente estudio es no experimental y transversal, por tanto, se realizará la validación del Inventario de Ansiedad Geriátrica (Geriatric Anxiety Inventory [GAI]), en la población Adulto Mayor chilena. El nivel de sintomatología ansiosa se ha medido en su versión validada al castellano por Márquez-González et al. (2012) Consta de 20 ítems (por ejemplo, “Me paso mucho tiempo preocupado”) con formato de respuesta dicotómica (Sí/ No). La versión original presenta excelentes propiedades psicométricas, tales como un alfa de Cronbach de 0,9154 (Pachana et al., 2007). La versión española mostró igualmente excelentes propiedades psicométricas, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,9153. (Márquez-González et al.,2012)

### **5.2 Muestra**

El muestreo es de tipo intencional no aleatorio, los participantes evaluados durante esta investigación fueron personas adultas mayores autovalentes, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión:

- Tener 60 años o más
- No encontrarse institucionalizado (hospitales, casa de reposo, asilos, etc.)
- No presentar enfermedades tanto físicas como mentales, que dificultan o que impidan participar de forma óptima en los procedimientos evaluativos de este estudio.

La muestra se constituyó por 301 adultos mayores que cumplieron los requisitos establecidos.

### **5.3 Reclutamiento**

El reclutamiento se realizó mediante un contacto con la Unión Comunal Adulto Mayor con sede en Valparaíso, Quinta Región y la Unión Comunal Adulto Mayor, con sede en La Florida, Santiago, Región Metropolitana. También se reclutó mediante el

contacto de distintas iglesias, donde acuden adultos mayores ubicados en la V región de Valparaíso, que decidieron acceder a entregar su colaboración.

Además, se contó con la participación de adultos mayores que de forma voluntaria quienes quisieron colaborar en esta investigación.

#### **5.4 Consentimiento Informado**

El consentimiento informado se dio a conocer a la población adulto mayor que fue partícipe del presente estudio de forma escrita, a través de una hoja informativa donde se describieron los objetivos de la investigación, los procedimientos a seguir y lo que se esperaba encontrar finalizado el estudio. Todos los participantes firmaron dicho consentimiento (Véase ANEXO 1).

#### **5.5. Descripción de los Instrumentos**

##### **Características Sociodemográficas**

En la primera sección del protocolo de evaluación se establecieron preguntas referentes a los datos sociodemográficos de los participantes, esto es: edad, sexo, estado civil, número de años de escolaridad (educación formal). También se incluyeron las siguientes características: percepción subjetiva de suficiencia de condiciones económicas actuales, enfermedades diagnosticadas, personas que viven en su casa, sistema de salud (FONASA o privado) y asistencia regular a controles de salud.

##### **Subescala de Salud General**

Correspondiente a la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (López-García et. al., 2003; Vilagut et. al., 2005), consta de 2 ítems referentes a la valoración personal del estado de salud, que incluye la situación actual y las perspectivas futuras y la resistencia a enfermar. En el protocolo sólo se utilizó el ítem que evalúa la situación actual: ¿Cómo considera su salud?, con respuestas tipo Escala Likert, de 0 a 4, donde 0= Muy buena, 1=Buena, 2= Normal, 3=Mala y 4= Muy mala.

El Cuestionario SF-36 es uno de los instrumentos de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) más utilizados y evaluados, debido a su buen ajuste y propiedades psicométricas en diferentes países y contextos. En lo que a consistencia interna respecta, en los valores de referencia de la versión española en población adulta de más de 60 años, el índice de la subescala de Salud General fue de  $=0,79$  (López-García et. al., 2003).

El análisis factorial de componentes principales sobre la muestra de 9.151 individuos de la población general en 10 países (Ware et. al., 1998) cumplió las hipótesis previas de 2 factores, físico y mental. Las escalas de Función física, Rol físico y Dolor corporal tuvieron correlaciones más elevadas con la componente física ( $r \geq 0,74$ ), y las escalas Salud mental, Rol emocional y Función social se correlacionaron más con la componente mental ( $r \geq 0,62$ ). Las subescalas Salud general y Vitalidad mostraron correlaciones significativas con ambos componentes principales. El patrón factorial mostró “ser estable en diferentes países y en submuestras según grupos de edad y sexo” (Vilagut et. al., 2005).

### **Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D)**

Se utilizó la versión española del CES-D (Losada et. al., 2008), originalmente propuesto por Radloff (1977). Este instrumento mide la frecuencia de sintomatología depresiva durante la última semana, a través de 20 ítems (por ejemplo, “Me sentí triste”), con un formato de respuestas Likert, de 0 a 3, donde 0 = raramente o nunca (menos de 1 día), 1= alguna vez o pocas veces (1 a 2 días), 2= ocasionalmente o varias veces (3 a 4 días) y 3 = todo el tiempo (5 a 7 días). “El CES-D fue descrito como un buen indicador de ansiedad en el Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Amsterdam” (Beekman et. al., 2000 en Márquez-González et. al., 2012).

“El CES-D fue descrito como un buen indicador de ansiedad en el Estudio Longitudinal de Envejecimiento de Amsterdam” (Beekman et. al., 2000 en Márquez-González et. al., 2012).

En un estudio español transcultural con población española y mexicana (Losada et. al., 2012) los resultados del análisis factorial exploratorio señalan una estructura de 4 factores para ambas muestras en análisis separados. En ambos casos, los 4 primeros

autovalores presentaban valores sobre 1 y mucho mayores que el resto de componentes, lo que se confirmó en el gráfico de sedimentación, mostrando el punto de inflexión tras el 4º factor. En la muestra española, los 4 factores explicaron 63.11% de la varianza total con los siguientes autovalores: 8.67 (43.4%); 1.66 (8.3%); 1.27 (6.4%); y 1.01 (5.1%). El modelo de 4 factores mostró un buen ajuste a través de los siguientes índices:  $\chi^2(116) = 138.7$ ,  $p = .074$ ; CFI = .997; TLI = .995; RMSEA = .022.

Finalmente, en la población mayor española se han obtenido buenas propiedades psicométricas, con un índice de consistencia interna de =0,87 (Márquez-González et. al., 2012). En este estudio se ha obtenido un índice =0,88.

### **Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI)**

El Inventario de Ansiedad Geriátrica o GAI (Pachana et. al., 2007), en la versión española de Márquez-González et al., (2012) es un cuestionario para evaluar ansiedad, siendo éste, el instrumento a validar en la presente investigación. Como ya se ha mencionado antes, este cuestionario consta de 20 ítems (por ejemplo, “Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia.”) con formato de respuesta dicotómica (SÍ/NO). En la versión original tuvo una consistencia interna de =0,91 en la muestra no-clínica y =0,93 en la muestra clínica. Mientras que en la versión española se obtuvo un =0,91 y en este estudio un =0,93.

### **Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff**

Se evaluó a través de las escalas de bienestar psicológico de Ryff, en la adaptación española de la versión de Van Dierendonck (Díaz et. al, 2006). Contiene 39 ítems ordenados por 6 subescalas: autoaceptación, autonomía, relaciones positivas con otras personas, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. Con respuestas tipo Likert de 0 a 5, siendo 0=Nunca, 1= Raramente, 2= A veces, 3= Frecuentemente, 4= Casi siempre y 5= Siempre.

Respecto a la totalidad de las escalas, en la adaptación española, éstas presentaron una buena consistencia interna, con valores del  $\alpha$  de Cronbach mayores o iguales que

=0,70(Díaz et. al., 2006). En este estudio se ha obtenido un índice de consistencia interna de=0,89.

En referencia a la estructura factorial, en el estudio chileno de Véliz (2012) el análisis factorial confirmatorio mostró un RMSEA de .068 considerado aceptable, un valor CFI igual a .95, un valor de NNFI .94 y un SRMR con un valor de .060, por lo que, se concluyó que el modelo tendría un ajuste adecuado (Hu & Bentler, 1999 en Véliz, 2012).

### **Escala de Respuestas Rumiativas (RSS) versión breve**

El Cuestionario de Estilos de Respuesta incluye 4 escalas: respuestas rumiativas (RRS), respuestas de distracción, resolución de problemas y actividades peligrosas (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991 en Extremera & Fernández-Berrocal, 2006). Se utilizó la versión española de la escala RRS-versión breve, la que consta de 10 ítems (por ejemplo, “Piensa en todos sus fracasos, sus fallos, sus errores y defectos”). La persona debe responder indicando la frecuencia con la que piensa o actúa de esa manera siempre que se encuentra triste, abatida o melancólica, habiendo 4 opciones de respuesta tipo Likert, de 0 a 3, así, 0=Nunca, 1= A veces, 2= Frecuentemente y 3= Siempre. En otros estudios, ha demostrado una buena consistencia interna con un =0,91(Márquez-González et. al., 2012) y en este estudio se obtuvo un índice de =0,91.

En cuanto a la validez de constructo, en la versión RSS breve española se examinaron las correlaciones con otras medidas teóricamente relacionadas. Los puntajes mostraron una asociación positiva con los puntajes del Inventario de Depresión de Beck y sus factores cognitivo-afectivo y fisiológico, con mayor correlación entre el RSS y el factor cognitivo-afectivo ( $t= 11.84, p < .001$ ). También mostró una correlación positiva con el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo ( $t = 7.81, p < ,001$ ). El estudio concluye que el estilo de respuestas rumiativas correlacionó positivamente con medidas de depresión y ansiedad y negativamente con las Escalas de Satisfacción Vital y Felicidad Subjetiva (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006).

## **5.5.1 Metodología de la validación Geriatric Anxiety Inventory [GAI]**

### **5.5.1.1. Validez de Apariencia**

“La validez es uno de los temas cruciales en el proceso de construcción de un test, una escala, un inventario o un cuestionario, ya que se requiere comprobar la utilidad de la medida realizada, es decir, el significado de las puntuaciones obtenidas (...) Esto permitirá realizar las inferencias e interpretaciones correctas de las puntuaciones que se obtengan al aplicar un test y establecer la relación con el constructo/variable que se trata de medir.” (Barraza, 2007, p. 5).

La validez aparente, utilizada en el presente estudio, “consiste en el grado en que una prueba o un test parece medir subjetivamente la variable o constructo que dice medir. En otras palabras, la validez de apariencia, es cuando una prueba o test parece hacer lo que afirma hacer” (Williams, s.f).

Hyrkas Appelqvist-Schmidlechner & Oksa (2003) destacan que:

Estos procesos presentan dificultades importantes, ya que la sola adaptación del instrumento no necesariamente genera una equivalencia cultural debido a las barreras del idioma, a significados culturales diferentes de un constructo particular o a una variedad de interpretaciones de un comportamiento observado basado en normas culturales. (Citado en Escobar-Pérez & Cuervo-Martínez, 2008, pág. 1)

En el caso del GAI el instrumento fue construido en una población diferente, la australiana, y se adaptó más tarde, mediante un proceso de traducción, a la población

española: Pese a compartir el mismo idioma en Chile, para salvaguardar los riesgos que suponen pasar de un dialecto a otro, además de las consideraciones culturales mencionadas, se lleva a cabo esta validez específica, con el fin de encontrar potenciales dificultades y explorar si el instrumento cumple o no su objetivo.

El procedimiento fue el siguiente:

- Participaron 13 personas mayores, con edades desde 60 años, 5 hombres y 8 mujeres, es decir, la población objetiva del GAI.
- El objetivo fue evaluar si el instrumento GAI de Márquez-González et. al. (2012) podría adaptarse a Chile, considerando que es la traducción al español del original en inglés. El objetivo es verificar si los ítems de la prueba miden el constructo de ansiedad en esta cultura o no, y para ello luego de completar el instrumento se les realizó a cada cual las preguntas que se muestran en el Anexo 2 junto al consentimiento informado respectivo (revisar Anexo 3), todas enfocadas a explorar si el instrumento parecía dirigirse a medir ansiedad o no.

#### **5.5.1.2 Validez de Constructo**

Esta medida permite comprender el grado en que un instrumento de evaluación psicológica mide un constructo particular o concepto psicológico, es decir, busca el “significado” a través de los factores que subyacen al desempeño en la prueba, pues no es simplemente una cuestión de validar una prueba, sino intentar validar la teoría que está detrás de ella. La validez de constructo no se determina de una sola manera o por una investigación, más bien involucra una red de investigaciones y otros procedimientos. Existen varios tipos de información que contribuyen a establecer la validez del constructo de un instrumento psicométrico: 1) el juicio de expertos, 2) el análisis de la consistencia interna de la prueba, 3) uso de grupos de estudio, 4) correlación de las puntuaciones de la prueba con otras pruebas y variables y 5) estudio de los procesos mentales específicos implicados en los examinados al dar respuesta a los reactivos (Aiken, 2003; Kerlinger, 1988).

Dentro de la validez de constructo existe como subgrupo la validez convergente y la validez discriminante. Cuando se espera que la aplicación de instrumentos de medición a diferentes grupos en diferentes lugares arroje significados similares, estamos ante la presencia de la validez convergente. Mientras que la validez divergente o discriminante refiere a la capacidad de señalar lo que no está relacionado con el constructo, diferenciando empíricamente este constructo de otros que pueden ser similares. (Kerlinger, 1988)

### **Confiabilidad**

La consistencia interna en un instrumento dicotómico se mide con diferentes pruebas, las cuales miden la correlación entre los ítems, puntos o reactivos y la magnitud que mide el mismo constructo; generalmente se mide en un puntaje de -1 a 1, siendo los números cercanos al 1 (como por ejemplo 0.92) un indicador de excelente consistencia interna, mientras que los números cercanos a 0 una baja o nula consistencia interna, también pueden darse números cerca del -1 dando una consistencia interna negativa, lo que indica una correlación negativa (Campo-Arias & Oviedo, 2008)

#### **5.5.1.3 Validez Convergente y Divergente/Discriminante**

Consiste en una relación y comparación entre las puntuaciones de una prueba o escala con una o más variables externas o criterios, que se sabe o se considera que miden el atributo que se estudia (Kerlinger, 1988). Dentro de este estudio se revisa la consistencia entre variables mediante una correlación de Spearman, se espera entonces puntajes de correlación positivos, indicando validez de convergencia, entre los puntajes de las escalas Ansiedad, Depresión y Rumiación, mientras que se esperan puntajes negativos con la escala de bienestar demostrando validez discriminante.

## **6. RESULTADOS**

A continuación, se detallan los resultados obtenidos en la investigación. En primer lugar, se refieren las características sociodemográficas de la muestra. En segunda instancia, se expone el procedimiento utilizado en la validez de apariencia donde se evaluaron los ítems dando lugar a la versión chilena del GAI. En la tercera etapa, se analizan los datos extraídos de la aplicación del instrumento en la muestra de investigación, evaluando validez de constructo y confiabilidad para la validación chilena del instrumento.

### **6.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

La caracterización sociodemográfica se efectuó mediante un análisis de estadísticos descriptivos: Frecuencia (%), Media ( $\bar{x}$ ) y Desviación Estándar (d.e.), en las variables sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, años de educación formal, percepción subjetiva de condiciones económicas, número de personas que habitan en su casa, región de origen, enfermedades diagnosticadas, tipo de enfermedad, sistema de salud y asistencia a controles de salud.

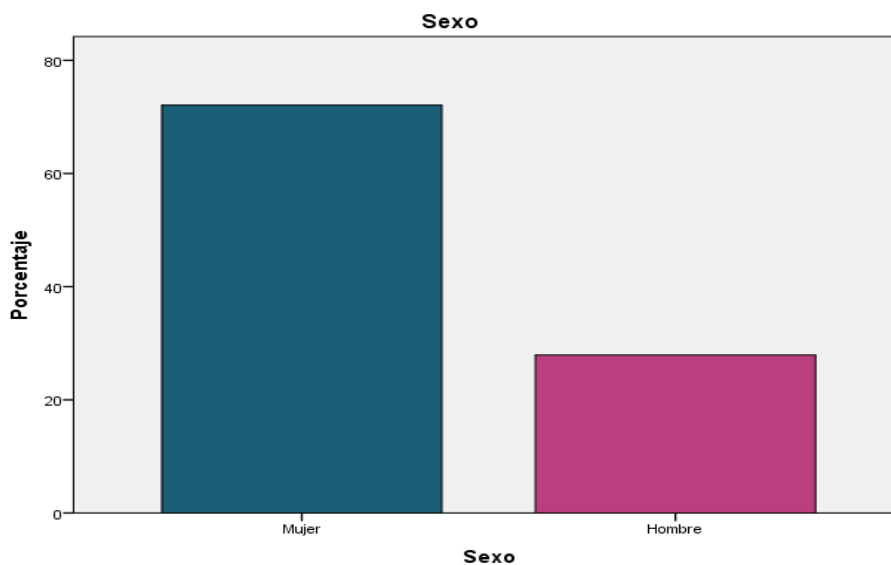
### 6.1.1 EDAD

Respecto a la edad, en una muestra de 301 personas, la media correspondió a 72,18 años (d.e. 7,941) en un rango que va entre los 60 y los 95 años.

### 6.1.2 SEXO

Respecto al Sexo de la muestra, el 72,1% (n=217) son mujeres y un 27,9% (n=84) son hombres.

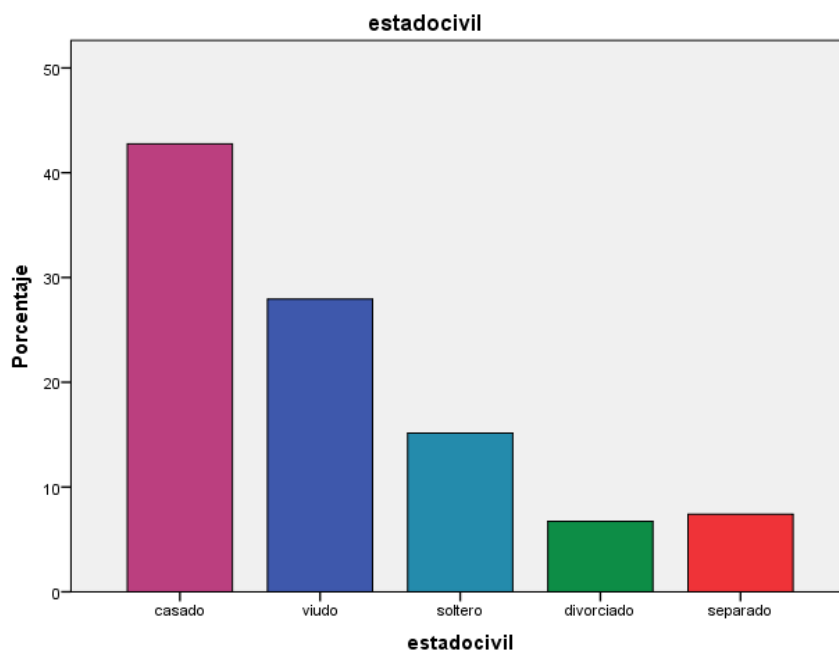
Gráfico 2. *Porcentaje según sexo.*



### 6.1.3 ESTADO CIVIL

En el caso del estado civil de los/as participantes, 127 personas reportaron estar casados/as (42,2%), 83 son viudas/os (27,6%), 45 personas reportaron estar solteros/as (15%), 20 reportaron estar divorciados/as (6,6%) y finalmente 22 personas están separados/as (7,3%).

Gráfico 3. *Porcentaje según estado civil.*



### 6.1.4 REGIÓN DE ORIGEN

La población se distribuye con un n de 240 sujetos en Valparaíso (79,7%) y 61 sujetos provenientes de Santiago (20,3%).

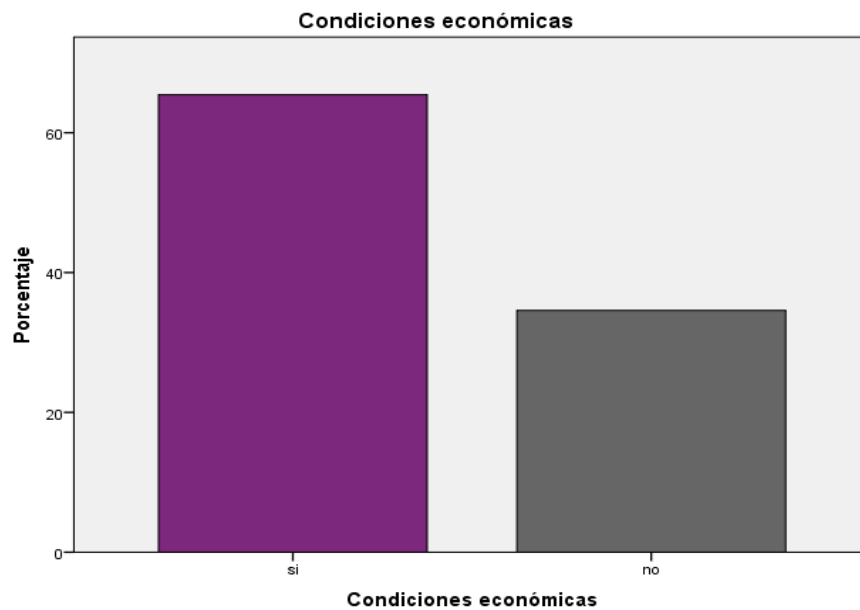
### 6.1.5 AÑOS DE EDUCACIÓN

De una muestra de 267 personas, 88,7% reportaron haber estudiado. 51 personas reportaron 12 años de estudio (16,9 %). Mientras que la media es de 11,7 (4,9%).

## 6.1.6 CONDICIONES ECONÓMICAS

De acuerdo a los datos analizados, se observa que el 64,1% de los/as participantes (193 personas) considera que sus condiciones económicas son favorables. El otro 33,9% (102 personas) consideran que sus condiciones económicas no son suficientes para cubrir sus gastos y necesidades.

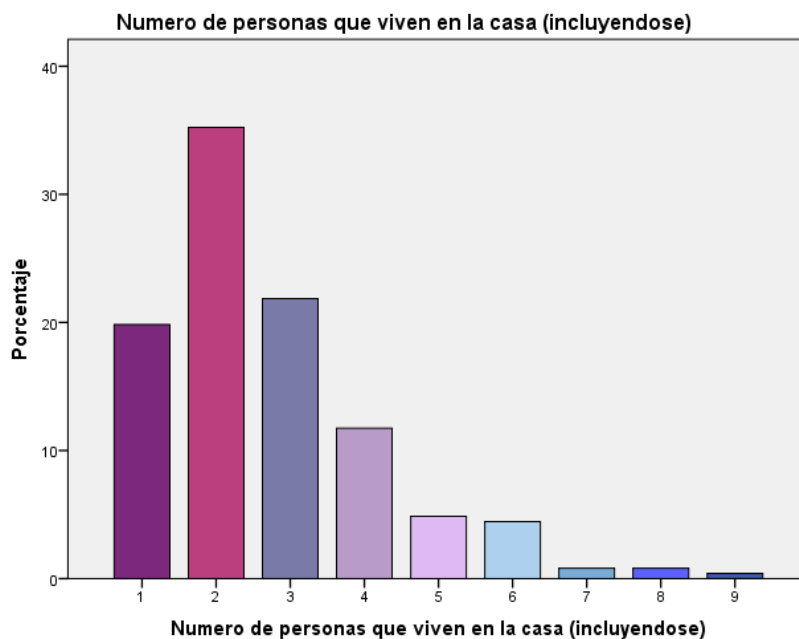
Gráfico N° 4. *Porcentaje según Condiciones Económicas*



### 6.1.7 NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR

En el caso del número de personas que viven en el hogar, 49 personas reportaron vivir solas (16,3%), 97 personas viven con otra persona (28,9%), 54 personas viven con 2 personas (17,9%), 29 personas viven con 3 personas (9,6%), 12 personas viven con 4 personas (4%), 11 personas viven con 5 personas (3,7%), 2 personas viven con 6 personas (0,7%), 2 personas reportan que viven con 7 personas (0,7%) y finalmente 1 persona vive con 8 personas (0,3%). La media es de 2,70 (d.e. 1,501).

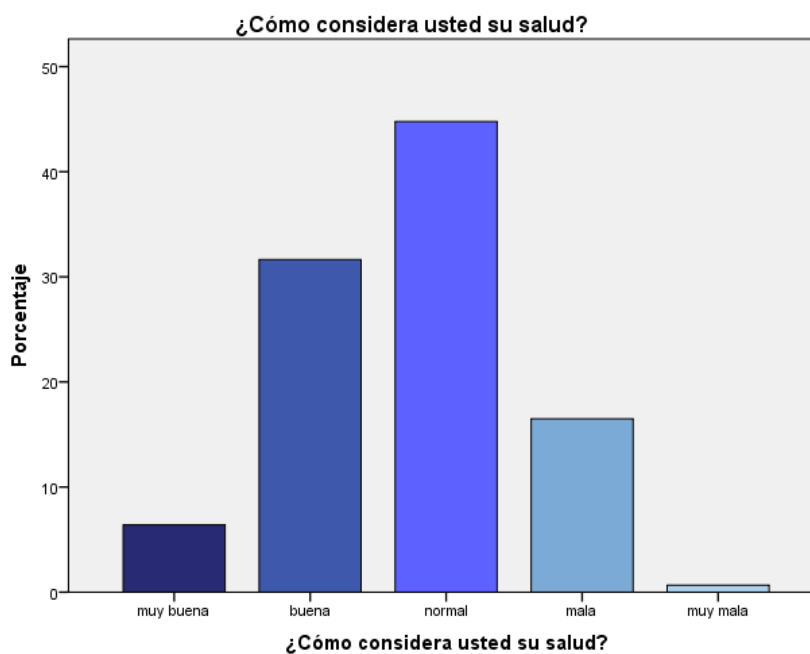
Gráfico 5. *Porcentajes según número de personas que viven en la casa.*



### 6.1.8 PERCEPCIÓN DE SALUD

A la pregunta “¿Cómo considera usted su salud?”, 19 personas respondieron “muy buena” (6,3%), 94 participantes consideran que su salud es “buena” (31,2%), 133 personas reportaron que su salud es “normal” (44,2%), 49 que su salud es “mala” (16,3%), y finalmente 2 personas reportaron que su salud es “muy mala” (7%).

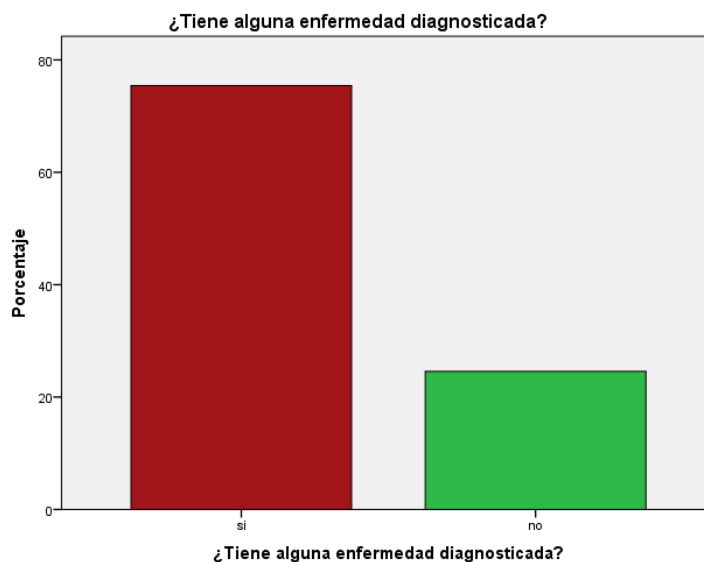
Gráfico 6. *Porcentaje según la percepción de salud.*



### 6.1.9 ENFERMEDAD DIAGNOSTICADA

En relación, al reporte de alguna enfermedad diagnosticada en la muestra, 224 personas reportaron que “sí” (74,4 %). En el caso contrario, 73 personas reportaron que “no” (24,3%).

Gráfico 7. *Porcentaje según enfermedad diagnosticada.*



En relación a la pregunta ¿cuál? (corresponde a cuál(es) son las enfermedades que presenta) se obtiene un valor máximo de puntaje del 40,9% para la opción varias, seguido de un 38,7% para la opción hipertensión. Es necesario aclarar que existe una variable “no especificada” donde se incluyen aquellas respuestas en blanco y la opción no tengo una enfermedad, con una frecuencia de 76 sujetos (25.2%).

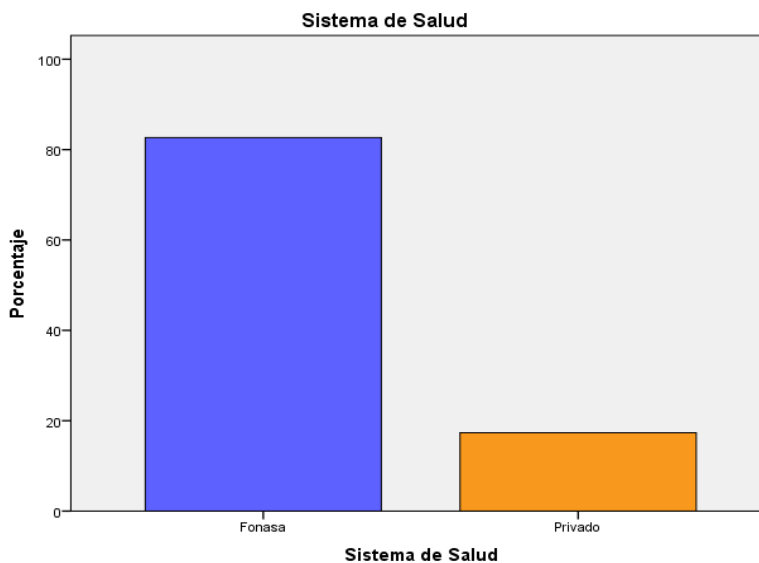
**Tabla n° 1**

Tabla Resumen Enfermedades Diagnosticadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	hipertensión	87	28,9	28,9	28,9
	diabetes	7	2,3	2,3	31,2
	artrosis	8	2,7	2,7	33,9
	depresión	2	,7	,7	34,6
	cáncer	4	1,3	1,3	35,9
	otra	25	8,3	8,3	44,2
	varias	92	30,6	30,6	74,8
	no especificado	76	25,2	25,2	100,0
	Total	301	100,0	100,0	

### 6.1.10 SISTEMA DE SALUD

Con respecto al sistema de salud que usan los/as participantes, 205 personas (68,1%) reportaron que aplican el sistema FONASA y 43 personas (14,3%) utiliza sistema PRIVADO. La media es de 1,17 (d.e. 0,379).

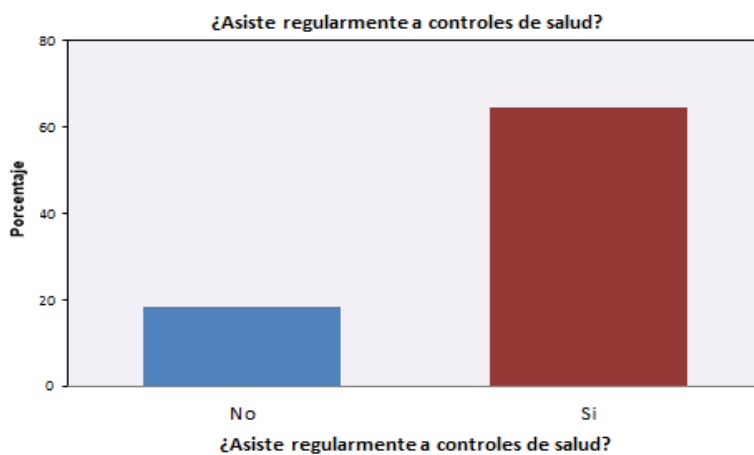
Gráfico 8. *Porcentaje según el sistema de salud utilizado.*



### 6.1.11 FRECUENCIA DE ASISTENCIA A CONTROLES DE SALUD

De acuerdo a la muestra, 55 personas (18,3%) reportaron que no asiste regularmente a sus controles de salud, por otro lado 194 personas (64,5%), dijeron que sí.

Gráfico 9. *Porcentaje según asistencia a controles de salud.*



## **6.2 EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE APARIENCIA Y VALIDEZ DE CONSTRUCTO**

### **6.2.1 VALIDEZ DE APARIENCIA**

La Validez de Apariencia generó algunas modificaciones a los ítems, a partir de los comentarios hechos por los/as consultantes, se considera que algunos de los problemas de comprensión presentes a la hora de responder el inventario se pueden relacionar con dos criterios: 1) la redacción o traducción de la pregunta o 2) la propia comprensión o interpretación subjetiva que mencionamos, ya sea debido al contexto cultural, falta de vocabulario o a características personales, por ejemplo su nivel de educación. En ese sentido se revisaron y modificaron aquellos ítems que presentaban problemas bajo uno o ambos criterios, resultando la redacción final que se suma a la batería completa.

Teniendo presente la retroalimentación, se realizó una comparación entre los ítems en su versión original de Pachana et al. (2007) en inglés, y la adaptación española de Márquez-González (2012) en español, considerando qué redacción podría resultar más útil y comprensible en el contexto cultural chileno para evitar confusión o ambigüedad. Los ítems modificados fueron los n°9, n° 16 y n° 19: (Ver tabla n° 2). El detalle de las modificaciones a continuación:

- Pregunta N° 9: "No puedo evitar preocuparme por cosas triviales" (Márquez-González, 2012) en su versión original (Pachana et.al., 2007) es: "I can't help worrying about even trivial things", si bien la traducción es correcta los/as participantes no comprendieron el término "trivial", por lo que se sometió a discusión del equipo de investigación concluyendo con la siguiente modificación: "No puedo dejar de preocuparme por las cosas, incluso las que no son importantes". Acordando, asimismo, complementar durante la aplicación, si todavía se producían dudas, con el siguiente ejemplo: "(Ej) Ahogarse en un vaso de agua, preocuparse por cosas mínimas.", utilizando así, esa metáfora cultural y conocida por ese grupo etario para que se comprenda el ítem. El uso de estos ejemplos tenía por finalidad que la consigna fuese siempre la misma para cada sujeto, por lo que, si era necesario aclarar, existiera la misma información ejemplificadora para todos los casos.

- Pregunta N° 16: "Creo que mis preocupaciones interfieren en mi vida" (Márquez-González, 2012), traducción de la versión original: "I think that my worries interfere with my life" (Pachana et.al., 2007), siendo la versión resultante: "Creo que mis preocupaciones me complican la vida." y adhiriendo el siguiente ejemplo complementario, de ser necesario: "Ej: Pensamientos negativos que se repiten (recurrentes)".

- Pregunta N° 19: "Me pierdo cosas porque me preocupo mucho" (Márquez-González, 2012), "I miss out on things because I worry too much" (Pachana et.al., 2012), se reemplazó por: "Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho."

**Tabla n° 2. VERSIÓN CHILENA DEL INVENTARIO DE ANSIEDAD GERIÁTRICA (GAI)**

Por favor, marque con una cruz la respuesta que más se ajuste a su situación **actual**:

	SI	NO
1. Me paso mucho tiempo preocupado		
2. Me resulta difícil tomar una decisión		
3. A menudo me siento asustadizo		
4. Me resulta difícil relajarme		
5. A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones		
6. Las pequeñas cosas me molestan mucho		
7. A menudo siento hormigueo en mi estómago		
8. Me considero una persona preocupadiza		
<b>9. No puedo dejar de preocuparme por las cosas, incluso las que no son importantes.</b>		
10. A menudo me siento nervioso		
11. Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso		
12. Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones		
13. Me considero una persona nerviosa		
14. Siempre anticipo que ocurrirá lo peor		
15. A menudo me siento tembloroso		
<b>16. Creo que mis preocupaciones me complican la vida</b>		
17. Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia		
18. Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago		

<b>19. Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho</b>		
20. A menudo me siento alterado		

## 6.2.2 VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Dado que la versión chilena del GAI se basa en la versión española, se toma como referencia el análisis realizado por Márquez-González et. al. (2012), quienes efectuaron un análisis de la estructura factorial del instrumento con el propósito de establecer su calidad psicométrica. Si bien, Byrne y Pachana (2011) describen su escala como unidimensional y no presentan información acerca del análisis factorial de la misma, los investigadores españoles argumentan su análisis en los antecedentes de estudios previos utilizando otras medidas de ansiedad en adultos mayores, que informan acerca de diferentes dimensiones de ansiedad en esta población (por ejemplo, cognitiva y somática, en Kabacoff et al., 1997; síntomas cognitivos, autonómicos, neuromotores y de pánico en Wetherell y Arian, 1997, en Márquez-González et. al., 2012), los que contrastan con la supuesta unidimensionalidad de esta medida de ansiedad.

En esta sección, se exponen los resultados llevados a cabo para obtener la validez de constructo. Para lo cual, se realizaron dos pruebas de Análisis Factorial Exploratorio (AFE), utilizando como método la extracción de componentes principales y la rotación Varimax como procedimiento para maximizar la ortogonalidad de los factores, simplificando su interpretación.

La coherencia matemática de la configuración factorial es medida a través de los siguientes criterios (Field, 2009):

1. Los coeficientes factoriales deben ser próximos a 1.
2. Una variable debe tener componentes elevados sólo con un factor.
3. No deben existir valores con coeficientes similares.

## ANÁLISIS FACTORIAL

Con el propósito inicial de determinar si era pertinente realizar el análisis factorial, se calcularon los siguientes índices: determinante de la matriz de correlaciones, medida de adecuación muestral KMO (Kayser-Meyer-Olkin) y prueba de esfericidad de Bartlett.

### *Determinante de la matriz de correlaciones*

El determinante es 0,0000614 (6,14E-005), lo que indica que el análisis factorial es una técnica pertinente para analizar las variables, ya que los determinantes próximos a 0 están indicando que las variables utilizadas están linealmente relacionadas.

### *Medida de adecuación muestral KMO (Kayser-Meyer-Olkin)*

El estadístico KMO varía entre 0 y 1, donde, si los índices son  $< 0,5$  estaría indicando que no debe utilizarse el análisis factorial con los datos muestrales que se están analizando. En este análisis, el índice es de 0,936, señalando que las correlaciones entre los pares de variables son susceptibles de ser explicados por otras variables, por lo que, es adecuado utilizar los datos muestrales para el análisis factorial.

### *Prueba de esfericidad de Bartlett*

El nivel obtenido es de 0,000, correspondiendo al nivel crítico, lo que indica que existen correlaciones significativas entre las variables, por lo que, sería pertinente un análisis factorial.

**Tabla n° 3. Prueba de KMO y Bartlett**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de muestreo		,936
Prueba de esfericidad de Bartlett	Aprox. Chi-cuadrado	2836,617
	gl	190
	Sig.	,000

## **Primer análisis**

### **Análisis Cuantitativo**

Se realiza con los 20 ítems del instrumento GAI, estableciéndose los autovalores de los componentes principales mayores a 1, es decir, sin una agrupación a priori de los factores, conforme al objetivo de explorar el comportamiento del GAI en la muestra chilena.

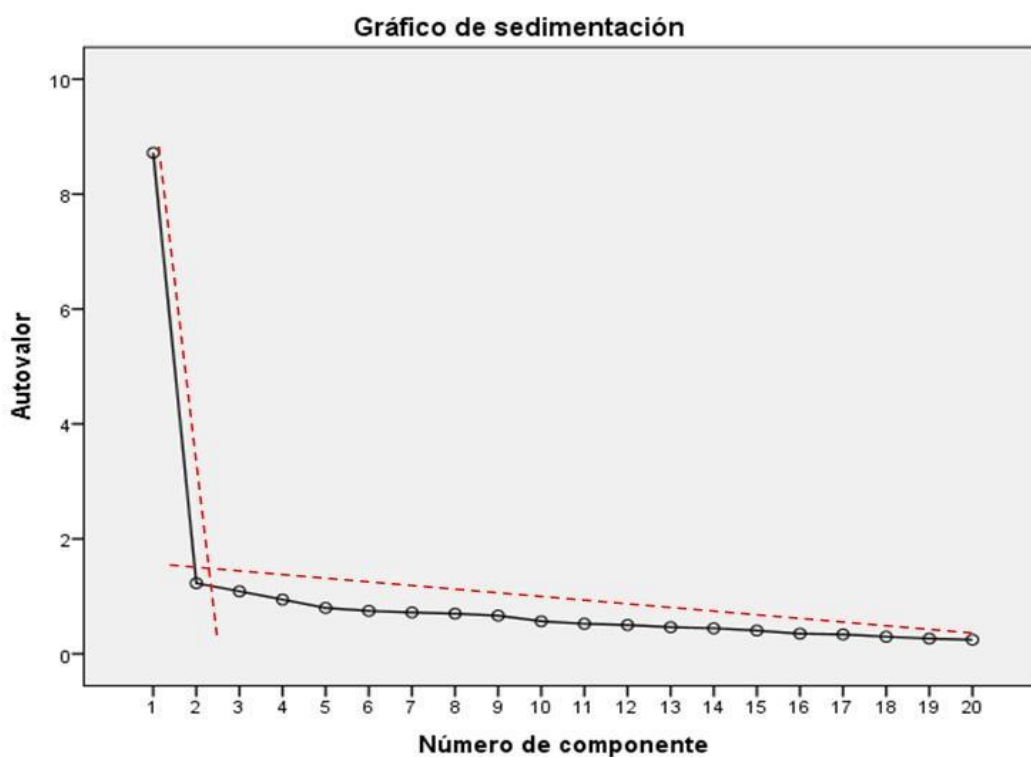
En la primera exploración se identificaron 3 componentes con autovalores mayores a 1 (Kaiser, 1960 en Field, 2009), concordando con la agrupación inicial propuesta por Márquez-González et. al. (2012). El primer componente con autovalor igual a 8,718 explica el 43,588% de la varianza, el segundo 1,229 y el tercero 1,087, explican 6,144% y 5,433% de la varianza, respectivamente. Los tres componentes explican el 55, 165 % de la varianza total. Esto se presenta en la Tabla N° 4.

**Tabla N° 4. Componentes identificados de los 20 ítems**

Componente	Autovalores iniciales		
	Total	% de varianza	% acumulado
<b>1</b>	<b>8,7</b>	<b>43,6</b>	<b>43,6</b>
<b>2</b>	<b>1,2</b>	<b>6,1</b>	<b>49,7</b>
<b>3</b>	<b>1,1</b>	<b>5,4</b>	<b>55,2</b>
4	0,9	4,7	59,9
5	0,8	4,0	63,9
6	0,7	3,7	67,6
7	0,7	3,6	71,2
8	0,7	3,5	74,7
9	0,7	3,3	78,0
10	0,6	2,8	80,8
11	0,5	2,6	83,5
12	0,5	2,5	86,0
13	0,5	2,3	88,3
14	0,4	2,2	90,5
15	0,4	2,0	92,5
16	0,4	1,8	94,3

17	0,3	1,7	96,0
18	0,3	1,5	97,5
19	0,3	1,3	98,8
20	0,2	1,2	100,0

Por otra parte, en el gráfico de sedimentación, donde se grafican los autovalores resultantes, se aprecia sólo un punto de inflexión de la curva. Por lo tanto, el punto de corte para seleccionar los factores sería 1, es decir, 1 factor (Cattell, 1966 en Field, 2009).



En la Tabla N° 5 se muestran los resultados de la matriz de componente rotado, donde se aprecian los ítems con cargas superiores a 0,4, tal y como se le indicó al software SPSS, de acuerdo al punto de corte sugerido para una interpretación adecuada de los valores (Stevens, 2002, en Field, 2009). Se encuentran: nueve ítems con cargas sobre 0,4; cuatro sobre 0,5; diez sobre 0,6 y tres sobre 0,7. Se produjeron 6 iteraciones, es decir, que 6 ítems poseen cargas en dos factores.

En la matriz de componente rotado, ya es posible identificar si los ítems agrupados en cada factor tienen similitudes a nivel de representación de constructo. Es decir, “si el factor matemático producido por el análisis representa conceptos del mundo real y luego temas comunes entre los ítems de alta carga, así, se podrá identificar cuál podría ser el constructo que los reúne” (Field, 2009, pág. 666). Esto se presenta en la Tabla n° 6, en la cual, además, se señalan en negrita los ítems que poseen coeficientes similares para dos factores, no cumpliendo con uno de los criterios necesarios para la coherencia matemática factorial.

**Tabla N° 5. Matriz de componente rotado (primer análisis)**

Matriz de componente rotado <sup>a</sup>			
	Componente		
	1	2	3
<b>Me paso mucho tiempo preocupado</b>	<b>,745</b>		
<b>Me considero una persona preocupadiza</b>	<b>,664</b>		
<b>Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso</b>	<b>,662</b>		
<b>Me resulta difícil relajarme</b>	<b>,653</b>		
<b>A menudo me siento nervioso</b>	<b>,640</b>		
<b>Me resulta difícil tomar una decisión</b>	<b>,607</b>		
<b>No puedo dejar de preocuparme por las cosas, incluso las que no son importantes</b>	<b>,580</b>	<b>,443</b>	
<b>A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones</b>	<b>,574</b>	<b>,400</b>	
<b>Me considero una persona nerviosa</b>	<b>,510</b>		<b>,403</b>
<b>Creo que mis preocupaciones me complican la vida</b>	<b>,488</b>	<b>,466</b>	
<b>Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho</b>	<b>,464</b>	<b>,411</b>	
<b>A menudo me siento tembloroso</b>		<b>,694</b>	<b>,407</b>
<b>Siempre anticipo que ocurrirá lo peor</b>		<b>,661</b>	
<b>A menudo me siento alterado</b>		<b>,631</b>	
<b>Las pequeñas cosas me molestan mucho</b>		<b>,624</b>	
<b>Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia</b>		<b>,568</b>	
<b>A menudo me siento asustadizo</b>		<b>,438</b>	

<b>Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago</b>			<b>,787</b>
<b>A menudo siento hormigueo en mi estómago</b>			<b>,737</b>
<b>Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones</b>			<b>,693</b>
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax con normalización Kaiser.<sup>a</sup></i>			
<i>a. La rotación ha convergido en 6 iteraciones.</i>			

**Tabla N° 6. Agrupación de ítems (primer análisis)**

Factor	Ítems	N° de Ítems
1	1. Me paso mucho tiempo preocupado 2. Me resulta difícil tomar una decisión 4. Me resulta difícil relajarme 5. A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones 8. Me considero una persona preocupadiza 9. No puedo dejar de preocuparme por cosas incluso las que no son importantes 10. A menudo me siento nervioso 11. Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso 13. Me considero una persona nerviosa <b>16. Creo que mis preocupaciones me complican la vida</b> <b>19. Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho</b>	11
2	3. A menudo me siento asustadizo 6. Las pequeñas cosas me molestan mucho 14. Siempre anticipó que ocurrirá lo peor 15. A menudo me siento tembloroso 17. Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia 20. A menudo me siento alterado <b>16. Creo que mis preocupaciones me complican la vida</b> <b>19. Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho</b>	8
3	7. A menudo siento hormigueo en mi estómago 12. Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones 18. Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago	3

En el análisis se observan tres ítems con cargas menores a 0,5, de estos, dos ítems puntuaron coeficientes similares para dos factores. En la Tabla N° 7, se muestran los factores en que estos ítems presentan mayores cargas.

**Tabla N° 7. Escalas < 0.5 con coeficientes similares en 2 factores (primer análisis)**

Factor	Ítems	N° de Ítems
1 y 2	16. Creo que mis preocupaciones me complican la vida 19. Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho	2

### **Segundo Análisis**

En el primer análisis, los antecedentes presentados por el gráfico de sedimentación y la matriz de componentes identificados de los 20 ítems (Véase Tabla n° 4) indican que existe una alta probabilidad de que la estructura factorial del GAI sea unidimensional, por lo tanto, se realizó un segundo AFE, donde sólo se indicó al software SPSS que extrajera 1 factor, con el propósito de obtener información aclaratoria en cuanto a la estructura factorial.

### **Análisis Cuantitativo para un Factor**

En la matriz de componente (ver tabla N° 8) se observa que 5 ítems tienen cargas superiores a 0,7; 11 ítems sobre 0,6 y 4 ítems con cargas mayores a 0,5. Esto aporta evidencia para sostener que, en este estudio, la estructura factorial del GAI está más cerca de la unidimensionalidad que de una estructura multifactorial. Este resultado coincide, además, con los presentados en el análisis anterior en el gráfico de sedimentación, el que indicó claramente un factor, y en la Tabla N° 2, en la cual, el primer componente con autovalor igual a 8,7 explica el 43,6% de la varianza total.

**Tabla N° 8. Matriz de componente (segundo análisis)**

<b>Matriz de componente<sup>a</sup></b>	
	<b>Componente</b>
	<b>1</b>
A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones	<b>,794</b>
A menudo me siento nervioso	<b>,753</b>
Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia	<b>,739</b>
Creo que mis preocupaciones me complican la vida	<b>,729</b>
Me paso mucho tiempo preocupado	<b>,716</b>
Me considero una persona nerviosa	<b>,695</b>
Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso	<b>,683</b>
No puedo dejar de preocuparme por las cosas, incluso las que no son importantes	<b>,676</b>
Me resulta difícil relajarme	<b>,673</b>
Me considero una persona preocupadiza	<b>,668</b>
Dejo de hacer algunas cosas porque me preocupo mucho	<b>,667</b>
A menudo me siento alterado	<b>,653</b>
Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones	<b>,643</b>
A menudo me siento tembloroso	<b>,627</b>
A menudo me siento asustadizo	<b>,623</b>
Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago	<b>,618</b>
Siempre anticipo que ocurrirá lo peor	<b>,549</b>
Me resulta difícil tomar una decisión	<b>,545</b>
Las pequeñas cosas me molestan mucho	<b>,541</b>
A menudo siento hormigueo en mi estómago	<b>,533</b>
<i>Método de extracción: análisis de componentes principales.</i>	
<i>a. 1 componentes extraídos.</i>	

El resultado de este análisis confirma la propuesta de la versión original, donde la ansiedad se presenta en forma unidimensional.

### 6.2.3 CONFIABILIDAD

#### Confiabilidad del GAI

Se evaluó la confiabilidad a través del cálculo del índice de consistencia interna mediante Alfa de Cronbach. La escala demostró tener una excelente confiabilidad, con un = 0,931.

**Tabla N° 9. Estadísticas de fiabilidad**

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,931	,931	20

#### Confiabilidad de instrumentos utilizados para la Validez Discriminante y Convergente

Del mismo modo, se evaluó la confiabilidad de los instrumentos utilizados para obtener la Validez de Discriminante y Convergente

- **Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (Díaz et. al., 2006):** Mostró una buena consistencia interna con un =0,896.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,879	,896	39

- **Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D) (Losada et. al., 2008):** Buena consistencia interna con un valor de =0,881.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos

,872	,881	20
------	------	----

- **Escala de Respuestas Rumiativas (RSS) versión breve (Extremera & Fernández-Berrocal, 2006):** Se obtuvo un buen valor en el índice de consistencia interna correspondiente a un=0,916.

Estadísticas de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,915	,916	10

### 6.3 VALIDEZ CONVERGENTE

Para medir la validez convergente se efectúa una correlación de variables bivariadas con Rho de Spearman, este proceso sirve para determinar cómo se relacionan las respuestas de las diferentes variables en comparación a las respuestas de la escala GAI, siempre ateniéndose a la población estudiada, y se espera que el resultado sea una correlación positiva. Las escalas que se comparan en este proceso son Depresión y Rumiación. Los resultados que se expresan, indican que los resultados obtenidos, comparando cada escala con la del GAI (Ansiedad), se mantienen con un nivel significativo al 0,01 (ver tabla nº 10)

- Ansiedad / Depresión: se muestra una correlación positiva 0,631, lo que indica que, a mayor puntuación en la escala de ansiedad, mayor puntuación en la escala de depresión.
- Ansiedad / Rumiación: se muestra una correlación positiva de un 0,752, lo que indica una alta correlación, es decir, ante altos puntajes en la escala de ansiedad se puede prever un alto puntaje en la escala de rumiación y vice-versa.

#### 6.4 VALIDEZ DISCRIMINANTE

La validez discriminante también se efectúa una correlación de Spearman, entre los puntajes de Ansiedad y un dominio al cual no pertenecen, en este caso se emplea la escala de Bienestar Emocional, en la cual se esperan puntajes de correlación negativa, es decir, un puntaje de relación menor a 0. A continuación, se presentan los valores obtenidos en la tabla. (Ver tabla n°10).

- Ansiedad / Bienestar emocional: se muestra una correlación negativa con un puntaje de -0,469 indicando que existe una relación negativa débil.

**Tabla N° 10. Correlaciones entre variables**

	1	2	3	4
1.- Ansiedad	-			
2.- Bienestar	-0,469 **	-		
3.- Rumiación	0,752**	-0,469**	-	
4.- Depresión	0,631**	-0,534**	0,650**	-
**p<0,01				

## 7. DISCUSIÓN

Contar con información actualizada sobre las personas mayores es una herramienta que posibilita la toma de decisiones en materia de políticas de vejez y envejecimiento, así como también en la salud mental de este grupo etario. La importancia de la validación del Geriatric Anxiety Inventory (GAI), en particular, se relaciona con generar mejores posibilidades de diagnóstico temprano y estudios epidemiológicos con respecto a la ansiedad en los adultos mayores.

La investigación llevada a cabo en nuestro país respecto a esta problemática se ha visto limitada en gran medida por la escasez de instrumentos adaptados a la población chilena. El proceso de adaptación y validación del Geriatric Anxiety Inventory (GAI) en población adulto mayor chilena de la región de Valparaíso y Metropolitana ha demostrado que este instrumento posee las propiedades de medición necesarias para evaluar la ansiedad en esta población específica.

La muestra utilizada (Hombres y Mujeres entre 60 y 95 años) resultó pertinente tanto en caracterización como en cantidad (N=301) para la evaluación del inventario. Una de las regiones elegidas es Valparaíso, ésta presenta la tasa regional más alta de personas mayores en relación a la población total, siendo la única región que supera el 20%. (CASEN, 2015) y, por otro lado, se aprecia que la concentración de adultos mayores, de todas las edades, se encuentra en la Región Metropolitana; más de un 1.100.000 personas mayores y 201.743 personas de 80 años y más viven en esta región (CASEN, 2015).

Cabe destacar que el instrumento utilizado para la validación chilena es el proporcionado por los españoles Márquez-González et. al. (2012), debido a los antecedentes entregados de calidad psicométrica en su validación y porque era el paso obligado a seguir, por el idioma español y la cercanía cultural con latinoamérica, más que con cualquier otra validación extranjera. Sin embargo, fue necesario realizar algunos cambios antes de su aplicación. En relación a la validez de apariencia, estos cambios fueron pensados para hacer más accesible a la población mayor chilena la comprensión de los enunciados a través de la modificación semántica-cultural de los ítems n°9, n°16 y n°19, y por este mismo motivo, se amplió el registro gráfico del instrumento de auto-reporte.

Uno de los puntos importantes a tratar en cuanto a la validación del instrumento después de su aplicación fue explorar sus propiedades psicométricas. Como ya se ha mencionado antes, en lo referente a la estructura factorial, los autores Byrne y Pachana (2007) describen un factor subyacente único para el GAI, y aunque no presentan evidencia estadística que apoye ésta información, lo confirman estudios y validaciones extranjeras como las de Johnco et. al. (2014) en Australia y Champagne et. al. (2016) en Canadá. Éste es, también, el resultado obtenido en esta investigación después de dos pruebas de AFE, donde se comprobó la calidad psicométrica del instrumento en la muestra chilena.

La validación española se llevó a cabo realizando, primero, un análisis factorial confirmatorio (AFC) para probar la unidimensionalidad del GAI, en el cual, los datos no se ajustaron bien y tras éste un AFE, dando como resultado 3 factores de sintomatología de ansiedad (cognitivo, somático, arousal) que explican el 50,11% de la varianza. Encontrándose resultados similares en el AFE efectuado en otros estudios extranjeros, como la validación Franco-canadiense y China (Champagne, 2016: Guan, 2016), hallándose también 3 factores.

**Tabla N° 13. Agrupación de ítems en la validación española**

Factor	Ítems	N° de ítems
1. Cognitivo	1. Me paso mucho tiempo preocupado 2. Me resulta difícil tomar una decisión 3. A menudo me siento asustadizo 5. A menudo no puedo disfrutar de las cosas debido a mis preocupaciones 8. Me considero una persona preocupadiza 9. No puedo evitar preocuparme por cosas triviales 11. Mis propios pensamientos me hacen sentir ansioso 14. Siempre anticipo que ocurrirá lo peor 16. Creo que mis preocupaciones interfieren en mi vida 17. Mis preocupaciones me sobrepasan con frecuencia 19. Me pierdo cosas porque me preocupó mucho	11
2. Arousal	4. Me resulta difícil relajarme 6. Las pequeñas cosas me molestan mucho 10. A menudo me siento nervioso 13. Me considero una persona nerviosa 20. A menudo me siento alterado	5
3. Somáticos	7. A menudo siento hormigueo en mi estómago 12. Tengo molestias de estómago debido a mis preocupaciones 15. A menudo me siento tembloroso 18. Algunas veces siento un gran nudo en mi estómago	4

En la validación española, la estructura factorial presentó 3 dimensiones: síntomas cognitivos, síntomas relacionados al arousal (activación fisiológica) y síntomas somáticos (Márquez-González et. al., 2012). Estos concentraron los siguientes ítems, referidos en la Tabla N° 13.

A través de una comparación cualitativa entre los ítems agrupados para cada factor en el presente estudio y el español, Tablas N° 13 y N° 6, respectivamente, se observa que, en el caso de la validación chilena, el contenido de los ítems no logró dar una coherencia teórica correspondiente a estos tres factores. Aunque la estructura factorial del referente español concuerda con dimensiones del constructo ansiedad, es necesario remitir al estudio original, donde Byrne & Pachana (2007) sostienen que el instrumento fue diseñado específicamente para medir los síntomas comunes de la ansiedad en los adultos mayores. El GAI no fue diseñado para diagnosticar trastornos de ansiedad específicos, sino más bien para evaluar los síntomas de ansiedad a través de una amplia gama de presentaciones de ansiedad. Los autores del instrumento proponen que el inventario permite el tamizaje a través de la medición de la ansiedad, general, en adultos mayores. Es relevante, referir que dicha estructura unidimensional postulada por los autores fue confirmada por Johnco et. al. (2014).

En la validación chilena se realizó, en primera instancia, un AFE en el que los resultados muestran con claridad la existencia de un solo factor, el que concentra el 43,6% de la varianza total explicada. Este resultado concuerda con el encontrado en otras validaciones, donde el primer componente arroja un porcentaje de la varianza explicada cercano a 50 (la mitad). Entre estos, se distinguen la validación china (Guan, 2016), donde el componente 1 explica el 38, 9% de la varianza; también, el estudio de los australianos Johnco et. al. (2014) donde un factor explica el 42% de la varianza total y la validación franco-canadiense (Champagne et. al., 2016), donde se presenta un gráfico de sedimentación similar al de este estudio donde el primer factor explica el 48% de la varianza mientras que los otros, 2 y 3, explican 6% y 5% respectivamente.

En cuanto a la validez convergente, se encuentra la teoría de Nolen-Hoeksema (1991) (citado en Cova et al., 2009), que ha asociado la rumiación, con estados de tristeza y abatimiento, a través de pensamientos pasivos y repetitivos. Lo cual ha contribuido a la

severidad y mantención del ánimo y trastornos depresivos, como un modo de afrontamiento y regulación emocional. Dentro de la población general ha sido corroborada la relación entre rumiación y sintomatología y/o trastornos, ansiosos y depresivos, a través de estudios transversales y longitudinales. Asimismo, otros estudios evidencian la creciente relación entre la rumiación con otros problemas psicopatológicos aparte de la depresión, sin embargo, los estudios al respecto son más escasos (Cova, Rincón & Melipillán, 2009).

Por otro lado, en la validez discriminante, se han encontrado estudios que confirman que, los niveles de bienestar se ven influidos por la ansiedad y la depresión, mediante la inadecuada percepción y valoración que hace el adulto mayor de su calidad de vida. Esto, con respecto a su nivel de funcionalidad dentro de la familia y la sociedad, en cuanto al área física, psicológica, y de autoestima se refiere. (Flores, Cervantes, González, Vega & Valle, 2012) Asimismo se relaciona la detección y el tratamiento temprano de los problemas de ansiedad en el adulto mayor, como una forma de reducir las manifestaciones clínicas, mejorando su pronóstico y promoviendo mayor calidad de vida (Franco-Fernández, 2009)

Si bien esta investigación contempló la evaluación de la validez aparente de la escala, modificándola acorde a dicho análisis, una de las limitaciones encontradas en la aplicación del inventario, hace referencia a que éste no contempla el nivel educacional de los entrevistados. De este modo, algunos de los ítems podrían no ser comprendidos en su totalidad por los adultos mayores de nuestro país. Ante esto, se sugiere que el instrumento sea aplicado en lo posible por un profesional, dejando la opción de autorreporte para aquellos adultos mayores que presenten un nivel de escolaridad alto.

También es necesario realizar una adaptación en el aspecto visual que facilite la lectura a los adultos mayores, ya que la mayoría de las personas involucradas en la investigación no presentaban buena vista, en el caso de esta aplicación en particular se realizó dicha modificación aumentando el tamaño de la fuente para poder facilitar el proceso.

Este es el primer estudio realizado en Chile con el objetivo de validar un instrumento que mida ansiedad en población de personas mayores. Un aspecto de importancia para la validación del GAI reside en que al ser un instrumento de screening su duración es corta y los beneficios altos, el GAI permite una pesquisa o detección precoz de

sintomatología ansiosa, en una amplia gama de presentación, lo que - de ser usado - puede mejorar la detección de pronósticos en la población adulto mayor y con ello mejorar su calidad de vida, pudiendo generar un mejor enfrentamiento a las mismas o prevenir su agravamiento al permitir una intervención más temprana (por ejemplo la utilización de terapia). Esto es trascendental si se considera que la prescripción de los medicamentos ansiolíticos comúnmente entregados en APS son los benzodiazepinas (BZD), las cuales están asociadas a un potencial abuso y dependencia (Olivera, 2009). Si se utiliza un instrumento como el GAI en Chile se podría evitar la prescripción farmacológica indiscriminada facilitando el diseño e implementación de estrategias de prevención, detección y diagnóstico en este grupo etario, lo que no sólo es un punto a favor para la población mencionada, sino que para el gasto sanitario del país.

## 8. CONCLUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue validar el Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI), aplicando el instrumento a una población de personas mayores autovalentes entre 60 y 95 años de edad, en la región de Valparaíso y la región Metropolitana, Chile.

- El Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI) es un instrumento que posee excelentes propiedades psicométricas para evaluar ansiedad en personas mayores de nuestro país. En primer lugar, posee una validez de constructo donde los 20 ítems poseen cargas superiores a 0,5 que van desde 0,53 a 0,79. Además tiene buenos indicadores de validez convergente en lo cual se concluye que, existen correlaciones significativas con las escalas de Rumiación y Depresión. Por otro lado, en el caso de la validez discriminante el Bienestar emocional se muestra una correlación negativa con un puntaje de -0,469 indicando que existe una relación negativa débil. Finalmente, posee un alto índice de confiabilidad de consistencia interna con un  $\alpha=0,931$ .

De acuerdo a lo expuesto, podemos concluir que el instrumento es válido y confiable para evaluar ansiedad en personas mayores de nuestro país.

## 9. IMPLICANCIAS

Futuras investigaciones deberán analizar los resultados de este estudio utilizando muestras en otros contextos, por ejemplo, poblaciones clínicas o institucionalizadas, de tal manera que se establezca como una forma útil de medición de ansiedad en amplia variedad de personas mayores, ya que, en estudios previos, el GAI ha demostrado buenos puntajes tanto en poblaciones clínicas como en poblaciones no clínicas (Byrne et. al., 2008; Boddice et. al., 2008; Champagne et. al., 2016; Chang et.al., 2011, Johnco et. al., 2015). Por otra parte, futuros estudios deberían evaluar el uso práctico del inventario, dentro del sistema público de salud, y determinar si efectivamente el GAI se constituye como una herramienta útil en la pesquisa de ansiedad en el adulto mayor, pudiendo contribuir a ser parte del propósito y objetivos que tiene el Plan de Salud Mental en Chile en los próximos años, como:

1) Promover la salud mental y prevenir la aparición de los trastornos mentales en la población, 2) Garantizar a la población acceso a tratamiento y rehabilitación de la salud mental oportuno y de calidad, a lo largo de todo el ciclo vital, y finalmente, 3) Promover el respeto y ejercicio de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. (MINSAL, 2015, p.20).

## 9. REFERENCIAS

- Acosta, C. O. & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en adultos mayores. *Psicología y Salud*, 17(2), 291-300.
- Aguerre, C., & Bouffard, L. (2008). Envejecimiento exitoso: Teorías, investigaciones y aplicaciones clínicas. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 22, 1146-1162. Recuperado de: [http://www.acgg.org.co/descargas/re\\_vista-22-2.pdf#page=31](http://www.acgg.org.co/descargas/re_vista-22-2.pdf#page=31)
- Aguilar, S. y Ávila J. (2006). La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor.” *Medigraphic. Literatura Biomédica* 143(2). Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2007/gm072g.pdf>
- Aiken. L.R. (2003). *Test psicológicos y evaluación*. Capítulo Confiabilidad y Validez. México. Recuperado de [http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests\\_p/4.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/tests_p/4.pdf)
- Amores, F. (2013). Evaluación de la Ansiedad en el Paciente Anciano.” *Publicación Informaciones Psiquiátricas* 212(2); p. 185-201.
- Arechabala, M. & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería*, 8(1), 49-55.
- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ)” *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, (3), p. 505-515.
- Berger, W., Mendlowicz, M., Souza, W. & Figueira, I. (2004). Equivalências semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist - Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do transtorno de estresse pós-traumático. *R. Psiquiatr. RS*, 26 (2): 167-175.
- Boddice, G., Byrne, G. & Pachana, N. (2008). The clinical utility of the Geriatric Anxiety Inventory in older adults with cognitive impairment” en *“Nursing older people”* 20(8):36-9; quiz 40.
- Breinbauer H., Vásquez, H., Mayanz, S., Guerra C. & Millán T. (2009). Validación en Chile de la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (en sus versiones original y abreviada). *Rev Méd.*, 137(5), 657-665.

- Briceño, C., Pérez, N., Carvallo, S., Núñez, N., Silva, M., Álvarez E. & Vidal, L. (2015). Percepciones de las personas que participan en el programa adulto mayor dependiente de la fundación Cerro Navia joven: una mirada desde la ocupación. *Revista Chilena De Terapia Ocupacional*, 15(1), 109 – 122.
- 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, p. 233-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.11.008
- Bower, E. & Wetherell, J. (2015). Late-Life Anxiety Disorders. *APA handbook of clinical geropsychology*, 2, 49-77. Washington, DC, US: American Psychological Association,.Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1037/14459-002>
- Byers, A., Yaffe, K., Covinsky, K., Friedman, M. & Bruce, M. (2010). High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 67, p. 489-496. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.35
- Byrne, G., Pachana, N., Arnold L., Chalk J. & and Appadurai, K. (2008). Performance characteristics of the geriatric anxiety inventory in memory clinic attendees. *Alzheimer's and Dementia*". 4, T441–T442. doi: .10.1016/j.jalz.2008.05.131
- Byrne, G. (2011). “Development and validation of a short form of the Geriatric Anxiety Inventory – the GAI-SF”. *International Psychogeriatrics*, 23(1), 125–131. doi:0.1017/S1041610210001237.
- Campo-Arias, A. & Oviedo, H. (2008). Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. *Revista salud Pública* 10 (5):831-839. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0124-00642008000500015>.
- Calero, L., Oropesa, D., González, M., Roca, A. & Blanco, K. (2009). La prescripción de benzodiazepinas en el adulto mayor, un problema médico social actual. *Correo Científico Médico de Holguín*; 13(2). Recuperado de <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev4.htm>
- Cares, V., Domínguez, C., Fernández, J., Farías, R., Win-tin C., Fasce, G. & Carrasco, V. (2013). Evolución de la capacidad funcional en adultos mayores hospitalizados en la unidad

- geriátrica de agudos del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Revista Médica de Chile*, 141(4), 419-427.
- Carmin, Ch. & Ownby, R. (2010). Chapter 2: Assessment of Anxiety in Older Adults. *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology*. doi: 10.1016/B978-0-12-374961-1.10002-8
- CASEN. (2015). *Boletín Unidad de Estudios: Panorama Regional de las Personas Mayores*.
- Comiche, M., Díaz, M. & Vallejo, M. (1994). Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales. Ed Pirámide. Chile.
- CEPAL. (2011). Observatorio Demográfico América Latina y el Caribe N°12.
- Chackiel, J. (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable? Santiago: CEPAL.
- Chang, C., Cheung, G., Cooray, C., Patrick, C. & Sullivan, G. (2011). Sensitivity and specificity of the Geriatric Anxiety Inventory and the Hospital Anxiety and Depression Scale in the detection of anxiety disorders in older people with chronic obstructive pulmonary disease. *International Psychogeriatrics* 24(1):128-36.
- Champagne, A., Landreville, PH., Gosselin, P. & Carmichael, P. (2016). Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory, *Aging & Mental Health*, DOI: 10.1080/13607863.2016.1226767
- Cheung, G., Patrick, C., Sullivan, G., Cooray, M., & Chang, C. (2011). Sensitivity and specificity of the Geriatric Anxiety Inventory and the Hospital Anxiety and Depression Scale in the detection of anxiety disorders in older people with chronic obstructive pulmonary disease. *International Psychogeriatric* 2012 Jan; 24(1): p. 128-36. doi: 10.1017/S1041610211001426.
- Chou, K. (2009). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, p. 455-464. doi: 10.1097/JPG.0b013e31818f3a93
- Cova, F., Rincón, P., & Melipillán, R. (2009). Reflexión, Rumiación Negativa y Desarrollo de Sintomatología Depresiva en Adolescentes de Sexo Femenino. *Terapia psicológica*, 27(2), 155-160. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200001>
- Cuervo-Martínez, A. & Escobar-Pérez, J. (2008). Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una aproximación a su Utilización. *Avances en Medición*, 6, 27-36. Universidad El Bosque, Colombia.

- De la Torre J., Shimabukuro, R., Varela, L., Krüger, H., Huayanay, L., Cieza, J. & Gálvez, M. (2006). Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Acta Médica Peruana*, 23(3).
- Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Hospital Clínico Universidad de Chile*, 19,339-346.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I.& Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18 (3), p. 572-577.
- Dpto. SOCIOLOGÍA IV - UCM. (23 de diciembre de 2016). Departamento de Sociología IV. Disponible en: [http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D\\_departamento/materiales/analisis\\_datosyMultivariable/18reglin\\_SPSS.pdf](http://pendientedemigracion.ucm.es/info/socivmyt/paginas/D_departamento/materiales/analisis_datosyMultivariable/18reglin_SPSS.pdf)
- Durán, S. & Vásquez, A. (2015). Caracterización antropométrica, calidad y estilos de vida del anciano chileno octogenario. *Revista Nutrición Hospitalaria*; 31(6), 2554-2560.
- El-Gabalawy, R., McKenzie, C., Shoostari, S. & Sareen, J. (2011). Comorbid physical health conditions and anxiety disorders: a population-based exploration of prevalence and health outcomes among older adults. *General Hospital Psychiatry*, 33, p. 556-564. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2011.07.005
- Engler, T. & Peláez, M. (2002). Más Vale por Viejo: Lecciones de longevidad de un estudio del Cono Sur. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Errázuriz, P., Valdés, C., Vöhringer, P. & Calvo, E. (2015). Financiamiento de la salud mental en Chile: una deuda pendiente. *Revista médica de Chile*, 143(9), 1179-1186.
- Extremera, N. & Fernández-Berrocal, P. (2006). Validity and Reliability of Spanish Versions of The Ruminative Responses Scale-Short Form and The Distraction Responses Scale in a Sample of Spanish High School and College Students. *Psychological Reports*, 98, p. 141-150.
- Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M., & García, L. (2004). Vivir con vitalidad-M®: Un programa europeo. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 63-85.
- Fernández-Ballesteros, R. (1994). Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la Salud. Ed. Pirámide. Chile.

- Fernández, N., Clúa, A., Báez, R., & Ramírez, M. (2000). Estilos de vida, bienestar subjetivo y salud de los ancianos. *Revista Cubana de Medicina General*, 16, 6-12.
- Fernández-Fernández, V., Losada, A., Márquez-González, M. & Pachana, N. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 24 (1), 137-144. International Psychogeriatric Association 2011.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. SAGE, London (UK).
- Flores, R., Reyes, V. & Reidl, L. (2012). Síntomas de Estrés Postraumático (EPT) en Periodistas Mexicanos que cubren la guerra contra el narcotráfico. *Suma Psicológica*, 19 (1).
- Flores, M., Cervantes, G., González, G., Vega, M. & Valle, M. (2012). Ansiedad y depresión como indicadores de calidad de vida en adultos mayores. *Revista de Psicología da IMED*, 4 (1) 649- 661.
- Flores, E., Rivas, E. & Seguel F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. Tesis de Magíster en Enfermería, mención Gestión del Cuidado, Universidad de La Frontera, Temuco, Chile.
- Franco-Fernández M.D., Antequera-Jurado, R. (2009). Trastornos de ansiedad en el anciano. *Psicogeriatría*, 1, 37-47.
- Franco, M. (2013). Particularidades de los Trastornos de Ansiedad en el Anciano. *Publicaciones Informaciones Psiquiátricas* 212(2), p. 175-183.
- Gallardo, L., Sánchez, E., Arias, A., Barrón, A. López (2015, octubre). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de psicología*, 31(3), 1018-1029. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>
- Gerolimatos, L., Ciliberti, C., Gregg, J., Nazem, S. (2015). Development and preliminary evaluation of the anxiety in cognitive impairment and dementia (ACID) scales. *International Psychogeriatric Association*, p. 1-14. doi:10.1017/S1041610215001027
- Gonçalves, D., Pachana, N. & Byrne, G. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder among older adults in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Journal of Affective Disorders*, 132, p. 223-230. doi: 10.1016/j.jad.2011.02.023
- Gould, Gerolimatos, Ciliberti, Edelstein & Smith (2012). Initial evaluation of the Older Adult Social-Evaluative Situations Questionnaire: a measure of social anxiety in older adults.

- International Psychogeriatrics* 24(12), 2009–2018. International Psychogeriatric Association. doi:10.1017/S1041610212001275
- Gould, C., Segal, D., Yochim, B., Pachana, N., Byrne, G. & Beaudreau, S. (2014) Measuring anxiety in late life: A psychometric examination of the Geriatric Anxiety Inventory and Geriatric Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*. doi: 10.1080/07317115.2011.524600
- Grenier, S., Schuurmans, J., Goldfarb, M., Preville, M., Boyer, R., O'Connor, K., & Hudon, C. (2011). The epidemiology of specific phobia and subthreshold fear subtypes in a community-based sample of older adults. *Depression and Anxiety*, 28, p. 456-463. doi: 10.1002/da.20812
- Guan, M. (2016). Factor structure of the Chinese version of the geriatric anxiety inventory. *Annals of General Psychiatry*, 15 (4). DOI 10.1186/s12991-016-0092-4
- Herrera, M., Elgueta, R. & Fernández, M. (2014). Capital social, participación en asociaciones y satisfacción personal de las personas mayores en Chile. *Saúde Pública* 48(5), 739-749. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2014048004759>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2014). Envejecimiento en red. csic. Recuperado de <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/glosariogerontologico/index.htm>
- Instituto Nacional de Estadísticas (2014). Compendio Estadístico. Recuperado de [www.inec.cl](http://www.inec.cl)
- Johnco, C., Knight, A., Tadic, D., & Wutrich, V. (2015). Psychometric properties of the Geriatric Anxiety Inventory (GAI) and its short-form (GAI-SF) in a clinical and non-clinical sample of older adults. *International Psychogeriatrics*, 1089-1097. doi:10.1017/S1041610214001586
- Kerlinger, F. (1988). Investigación del Comportamiento. Segunda Edición. México. Recuperado de <http://postgrado.una.edu.ve/metodologia2/paginas/kerlinger27.pdf>
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, p. 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

- King-Kallimanis, B., Gum, A. & Kohn, R. (2009). Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, p. 782-792. doi: 10.1097/JPG.0b013e3181ad4d17
- Kvaal, K., Ulstein, I., Hilde, I. & Engedal, K. (2005). The Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI): the state scale in detecting mental disorders in geriatric patients. *Int J Geriatr Psychiatry*; 20:629–634.
- Latorre, J., Navarro, B., Parra, M., Salguero, J., Mae, C. & Cano, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de Ansiedad y Depresión en Atención Primaria: Un problema sin resolver. *Revista Clínica Médica Familiar*; 5 (1): 37-45.
- Lauderdale, S. & Sheikh, J. (2003). Anxiety Disorders in Older Adults. *Clinics in Geriatric Medicine*, 19: 721-741. doi:10.1016/S0749-0690(03)00047-8
- López-García, E., Banegas, J., Graciani Pérez-Regadera, A., Gutiérrez-Fisac, J., Alonso, J. y Rodríguez-Artalejo, F. (2003). Valores de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 en población adulta de más de 60 años. *Med Clin (Barc)*120(15):568-73
- Losada, A., Peñacoba, C., Márquez-González, M., & Cigarán, M. (2008). Cuidar Cuidándose. Evaluación e intervención interdisciplinar con cuidadores familiares de personas con demencia [Caregiving caring of yourself. Assessment and multidisciplinary intervention for family caregivers of people with dementia]. Madrid, Spain: Obra Social Caja Madrid.
- Losada, A., Villarreal, M., Nuevo, R., Márquez-González, M., Salazar, B., Romero-Moreno, R., Carrillo, A. & Fernández-Fernández, V. (2012). Cross-Cultural Confirmatory Factor Analysis of the CES-D in Spanish and Mexican Dementia Caregivers. *Spanish Journal of Psychology* 15.2 (2012): 783-792. [http://dx.doi.org/10.5209/rev\\_SJOP.2012.v15.n2.38890](http://dx.doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38890)
- Maass, J. (2014). Los Trastornos Ansiosos en el DSM-5. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría* 52 (1), 50-54.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría DSM-V (2014). (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) of the American Psychiatric Association (APA). Editorial Médica Panamericana. Recuperado de <http://alansaludmental.com/dsm5/>

- Márquez-González, M., Pachana, N., Fernández-Fernández, V. & Losada, A., (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 24 (1), 137-144. International Psychogeriatric Association 2011.
- Martínez, R., Baylín, A. & Ortiz, MF. (1999) ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos.
- Matheson, Byrne, Dissanayaka, Mellick, O'Sullivan, Pachana, Sellbach, Silburn & Marsh (2012) Validity and reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in Parkinson's disease. *Australasian Journal on Ageing*, 31 (1), 13-16. DOI: 10.1111/j.1741-6612.2010.00487.x
- Mckenzie, C., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex and psychiatric Comorbidity. *Depression and Anxiety*, (29) 234-242. doi: 10.1002/da.20911
- Mckenzie, C., Reynolds, K., Chou, K., Pagura, J. & Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19, p. 305-315. doi: 10.1097/JPG.0b013e318202bc62
- Ministerio del Desarrollo Social Gobierno de Chile (2012). Encuesta Casen en la Región de Valparaíso: Caracterización de Adultos Mayores por Género. Valparaíso.
- Ministerio de Desarrollo Social Gobierno de Chile. (2012). Informe de política social. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio Nacional de Salud (2011-2020). Estrategia Nacional De Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década.
- Ministerio Nacional de Salud (2000) Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago: Ministerio de Salud.
- Ministerio Nacional de Salud (2009-2010). Encuesta Nacional de Salud ENS Chile. Santiago: observatorio social.
- Ministerio Nacional de Salud (2013). Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más. Santiago de Chile.
- Ministerio Nacional de Salud, MINSAL; Dr. Juan Jerez Navarrete (2004). Guía Clínica para el Tratamiento de la Ansiedad en el Adulto Mayor,

- Ministerio Nacional de Salud, MINSAL (2008). Manual de Aplicación del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor. Programa de Salud del Adulto Mayor, División de Prevención y Control de Enfermedades, Subsecretaría de Salud Pública. Chile.
- Ministerio de Salud. (2015). Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud, Departamento de ciclo vital. Santiago: Gobierno de Chile.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2008). Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Comunidad de Madrid.
- Ministerio Nacional de Salud (2016). Ministerio de salud. Recuperado de [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN\\_DEMENCIA\\_final.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/PLAN_DEMENCIA_final.pdf).
- Ministerio Nacional de Salud, MINSAL; Villalobos, A. (2010). Programa de Salud del Adulto Mayor: Gestor de Caso del Adulto Mayor en Riesgo de Dependencia.
- Ministerio Nacional de Salud, MINSAL (2014). Programa Nacional de la Salud de las Personas Adultos Mayores. Santiago, Chile.
- Ministerio Nacional de Salud, S. D. (2015). Plan Nacional de Salud Mental 2016-2020. Santiago, Chile.
- Ministerio de Planificación (2007). Diagnóstico de la situación económica y social de los adultos mayores. Santiago.
- Minoletti, A., Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev PanamSaludPublica/Pan Am J Public Health* 18(4/5), 346-358.
- Minoletti, A., Alvarado, R., Rayo, X., Minoletti, M (2014). Evaluación del Sistema de Salud en Chile Santiago.
- MINSAL (2013). Guía Clínica Auge: Depresión en personas mayores de 15 años y más.
- MINSAL (s.f.). Programa de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago.
- Ministerio de Planificación & Servicio Nacional del Adulto Mayor (s.f). Protege, red de protección social. Gobierno de Chile. Dimensiones del envejecimiento y su expresión territorial.
- Mohlman, J.; Sirota, K.; Papp, L.; Staples, A.; King, A.; Gorenstein, E. (2012). Clinical Interviewing with Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(1), p. 89-100. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.10.001
- Muñoz, M. Roa, A. Pérez, E. Santos-Olmos, A. & Calimina, A. (2002). Instrumentos de evaluación en Salud Mental. Ed. Pirámide. Chile.

- Nitschke, Bom de Araujo, Pachana, Laks, & Camozato de Pádua (2014). Validation of the Brazilian Portuguese Version of Geriatric Anxiety Inventory – GAI-BR. *International Psychogeriatrics*, 27(7), p. 1113–1119. International Psychogeriatric Association. doi:10.1017/S1041610214001021
- Olivera, M. (2009). Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Revista Chilena Neuro-Psiquiat*; 47 (2): 132-137.
- Organización Mundial de la Salud (2003). CIE-10. Clasificación internacional de enfermedades (CIE). Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid. Recuperado de: <http://deis.minsal.cl/deis/codigo/capacitacion/indicecap.asp>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (S2), 74-105.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. USA: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Informe WHO AIMS sobre los Sistemas de Salud Mental en América Latina y el Caribe.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Informe WHO AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007). Informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020.
- 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*, 19, 103–114.
- Pachana, N. A., & Byrne, G. J. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: International Use and Future Direction. *Australian Psychologist Society* 47, p. 33-38. doi:10.1111/j.1742-9544.2011.00052.x
- Pedrosa, I., Suarez-Alvarez, J., & García-Cueto, E. (2014). Evidencias sobre la Validez de contenido: Avances teóricos y métodos para su estimación. *Acción Psicológica*, 10(2), 3-20. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n2/02monografico2.pdf>

- Ramsawh, H., Raffa, S., Edelen, M., Rende, R. & Keller, M.. (2009). Anxiety in middle adulthood: effects of age and time on the 14-year course of panic disorder, social phobia and generalized anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 39, p. 615-624. doi:10.1017/S0033291708003954
- Rodríguez, J. (2011). Los servicios de salud mental en América Latina y el Caribe: La evolución hacia un modelo comunitario. *Revista de Psiquiatría*, 75 (2). 86-96. Uruguay. Recuperado de [http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03\\_rodriguez.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/dic2011/03_rodriguez.pdf)
- Rozzini, L., Chilovi, B., Peli, M., Contil, M., Rozzini, R., Trabucchi, M. & Padovani, A. (2008). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, p. 300–305. doi: 10.1002/gps.2106.
- Scheffer, A., Schuurmans, M., Van Dijk, N., Van Der Hooft, T. & De Rooij, S. (2008). Fear of falling: measurement strategy, prevalence, risk factors and consequences among older persons. *Age and Ageing*, 37 (1), p. 19-24. doi: 10.1093/ageing/afm169
- Segal, D., June, A., Payne, M., Coolidge, F. & Yochim, B. (2010). Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *Anxiety Disorders* 24, p. 709–714. Recuperado de <http://www.uccs.edu/~Documents/fcoolidg/GAS-JAD-2010-article.pdf>
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2013). Chile y sus mayores. Resultados Tercera Encuesta Nacional Calidad de vida en la vejez. Recuperado de [www.senama.cl](http://www.senama.cl)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. Cuenta Pública de Gestión 2010-2013. Recuperado de [www.senama.cl](http://www.senama.cl)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. (2013). Boletín Unidad de Estudios: Indicadores Sociodemográficos de las Personas Mayores a Nivel Territorial. Santiago. Recuperado de [www.senama.cl](http://www.senama.cl)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2009). Fuerza Mayor, Una Radiografía del Adulto Mayor Chileno. Investigación de CriteriaResearch para Superintendencia de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Consejo Nacional de Televisión y Mccann Erickson. Publicado por SENAMA, Chile.
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2015).

- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA (2009) Gobierno de Chile. Las personas mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez. Santiago de Chile. Recuperado de [http://www.senama.cl/filesapp/las\\_personas\\_mayores\\_en\\_chile\\_situacion\\_avances\\_y\\_desafios\\_2.pdf](http://www.senama.cl/filesapp/las_personas_mayores_en_chile_situacion_avances_y_desafios_2.pdf)
- Servicio Nacional del Adulto Mayor (2010). Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Centro de Microdatos de la Universidad de Chile.
- Shuttleworth, M. (s.f.). Validez Aparente. <https://explorable.com/es/validez-aparente>
- Sinoff, Ore & Zlotogorsky (1999). Short Anxiety Screening Test-a brief instrument for detecting anxiety in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. Dec;14(12):1062-71.
- Snow, A. Huddleston, C. Robinson, C. Mark E. (2012). Psychometric Properties of a Structured Interview Guide for the Rating for Anxiety in Dementia (RAID-SI). *Aging Ment Health*, 592–602. doi:10.1080/13607863.2011.644518.
- Spitzer, RL; Kroenke, K; Williams, JB & Löwe, B (2006, May). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 166 (10): 1092–7. Doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
- Stanley, M., Novy, D., Bourland, S., Beck, J. & Averill, P. (2001). Assessing older adults with generalized anxiety: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (2)p. 221–235. doi: 10.1016/S0005-7967(00)00030-9
- Teachman, B. (2006). Aging and negative affect: The rise and fall and rise of anxiety and depression symptoms. *Psychology and Aging*, 21,p. 201-207. doi: 10.1037/0882-7974.21.1.201
- Tizón, J., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., Fernández, C., García, J., Montón, C. & Redondo, M. (2001). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Revista Atención Primaria* 28 (2): 56-63. Recuperado de <http://www.documentacion.edex.es/docs/1004tizpre.pdf>
- Therrien, Z. & Hunsley, J. (2012). Assessment of anxiety in older adults: A systematic review of commonly used measures. *Aging and Mental Health*, 16, p. 1-16. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2011.602960>
- Therrien-Poirier, Z. (2013). The Psychometric Properties of Instruments Used to Assess Anxiety in Older Adults. Dissertation submitted to the Faculty of Graduate and Postdoctoral Studies in

partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy in Clinical Psychology. University of Ottawa.

Ugalde, O. (2010). Guía Clínica para el Tratamiento de los Trastornos Psicogerítricos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. México. Recuperado de: [http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx\\_trastornos\\_psicogeriatricos.pdf](http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/tx_trastornos_psicogeriatricos.pdf)

Universidad Complutense Madrid (s.f). En proyecto de apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica. Recuperado de <https://www.ucm.es/>

Utkin, L. (2006). A method for processing the unreliable expert judgments about parameters of probability distributions. *European Journal of Operational Research*, 175(1), 385-398. Obtenido de <http://www.levvu.narod.ru/Papers/combpar2.pdf>

Valdés, C. & Errázuriz, P. (2012). Salud mental en Chile: El pariente pobre del sistema de salud. *Clave de Políticas Públicas*, 11, 1-10. Recuperado de [http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud\\_Mental\\_en\\_Chile\\_El\\_Pariente\\_Pobre\\_del\\_Sistema\\_de\\_Salud.pdf](http://www.politicaspUBLICAS.udp.cl/media/publicaciones/archivos/350/Salud_Mental_en_Chile_El_Pariente_Pobre_del_Sistema_de_Salud.pdf)

Véliz, A. (2012). Propiedades Psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y su Estructura en universitarios chilenos. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 11 (2).doi: 10.5027/psicoperspectivas-Vol11-Issue2-fulltext-196

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., & Torres, S. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). *Revista médica de Chile*, 130(5), 527-536. DOI:10.4067/S0034-98872002000500007

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, Santeda, R., Valderasa, J., Riberad, A., Domingo-Salvanya, A., Alonso, J. (2005). El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *GacSanit*.19:135-50.

Vivaldi, F. & Barra, E. (2012). Bienestar Psicológico, Apoyo Social Percibido y Percepción de Salud en Adultos Mayores. Universidad de Concepción, Chile. *Terapia psicológica*, 30(2), 23-29.

- Ware JE Jr, Kosinski M, Gandek B, Aaronson NK, Apolone G, Bech P, et al. (1998). The factor structure of the SF-36 Health Survey in 10 countries: results from the IQOLA Project. International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol*. 51(11):59-65.
- Weiss, B., Calleo, J., Rhoades, H, Diane M., Kunik, M., Lenze & Stanley, M. (2009). The utility of the Generalized Disorder Severity Scale (GADSS) with older adults in Primary Care. *Depress Anxiety*; 26(1): E10–E15. doi:10.1002/da.20520.
- Williams, Y. (s.f). Face Validity: Definition & Examples. Recuperado de: <http://study.com/>
- Yan, Xin, Wang, & Tang (2013). Application of the Geriatric Anxiety Inventory-Chinese Version (GAI-CV) to older people in Beijing communities. *International Psychogeriatrics*, 26 (3), p. 517–523. DOI: 10.1017/S1041610213002007
- Yochim, B., Mueller, A., June, A. & Segal, D (2011). Psychometric Properties of the Geriatric Anxiety Scale: Comparison to the Beck Anxiety Inventory and Geriatric Anxiety Inventory. *Clinical Gerontologist*, 34:21–33. doi: 10.1080/07317115.2011.524600

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento certifica que yo, \_\_\_\_\_, he recibido la siguiente información:

- 1) El propósito de la investigación es conocer algunas características psicológicas de la persona mayor de 60 años.
- 2) La entrevista, basada en preguntas, que se realizará hoy tendrá una duración aproximada de 30 minutos. Entiendo que tengo libertad para irme en todo momento o para no responder a cualquier pregunta que no desee responder. Asimismo, entiendo que tengo derecho a que se me explique en detalle el propósito de las tareas y a solicitar en cualquier momento que se me aclare cualquier duda que se me pueda presentar.
- 3) La participación es totalmente voluntaria y que no tendrá ninguna consecuencia negativa sobre servicios que esté recibiendo o pueda recibir de otras instituciones.
- 4) La información recogida es totalmente confidencial y mi nombre o cualquier dato que pudiera identificarme no será difundido ni usado de ninguna manera.
- 5) Si tengo alguna duda o cuestión en el futuro puedo consultar directamente al responsable de la investigación en Chile, Dra. Claudia Miranda Castillo, de la de la Pontificia Universidad Católica de Chile. e-mail: camirand@uc.cl, Teléfono: 223547297
- 6) Esta investigación ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética de Investigación de la Universidad Francisco de Vittoria, Madrid, España.

Santiago, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Firma Participante \_\_\_\_\_ Firma Entrevistador \_\_\_\_\_

\*Una copia para el participante y para el equipo de investigación.

## **ANEXO 2**

### **ENTREVISTA VALIDEZ DE APARIENCIA**

En las siguientes preguntas, se requiere su opinión respecto a los ítems que acaba de responder en el instrumento Geriatric Anxiety Inventory (GAI):

1. ¿Qué es para usted la ansiedad?, justifique su respuesta.
2. ¿Cree usted que las preguntas del inventario que acaba de responder hablan sobre ansiedad?
3. ¿Cuál pregunta del inventario cree que está más cercano a lo que usted cree que es ansiedad?
4. ¿Cuál pregunta del inventario cree que está más lejano a lo que usted cree que es ansiedad?
5. ¿Existe alguna pregunta del inventario que usted considere que es confusa o ambigua? Si su respuesta es sí, ¿Podría dar un ejemplo que reemplace de mejor manera lo que se pregunta allí?

## ANEXO 3

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este documento certifica que yo, \_\_\_\_\_, he recibido la siguiente información:

1. Usted ha sido invitado a participar en la investigación “Validación del Instrumento: Inventario de Ansiedad Geriátrica [Geriatric Anxiety Inventory (GAI)] en una muestra chilena de adultos mayores autovalentes” cuyo objetivo general es adaptar una prueba o test que permita evaluar los niveles de ansiedad en adultos mayores chilenos. Usted ha sido contactado porque tiene 60 años o más y es autovalente.
2. En esta oportunidad, queremos saber cómo funcionan las preguntas del “Inventario de Ansiedad Geriátrica” en un grupo de adultos mayores chilenos. Para ello, usted deberá contestar el inventario y luego responder brevemente un cuestionario que apunta a conocer la claridad y pertinencia de las preguntas del inventario de ansiedad. Este proceso tendrá una duración aproximada de 30 minutos.
3. Usted tiene libertad para irse en todo momento o para no responder a cualquier pregunta que no desee responder. Asimismo, tiene derecho a que se le explique en detalle el propósito de las tareas y a solicitar en cualquier momento que se le aclare cualquier duda que se me pueda presentar.
4. La participación es totalmente voluntaria y no tendrá ninguna consecuencia negativa sobre servicios que esté recibiendo o pueda recibir de otras instituciones.
5. La información recogida es totalmente confidencial y mi nombre o cualquier dato que pudiera identificarle no será difundido ni usado de ninguna manera.
6. Si tiene alguna duda en el futuro puede consultar directamente al responsable de la investigación Claudia Miranda Castillo, de la Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile. e-mail: Claudia.miranda@uv.cl

Valparaíso, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

Fdo: Participante \_\_\_\_\_ Fdo: Entrevistador \_\_\_\_\_

\*Una copia para el participante y para el equipo de investigación.