journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

ORIGINAL

En personas mayores no se encontró asociación entre niveles bajos de ansiedad y enfermedades cardiovasculares

There is no association related with low anxiety level and cardiovascular diseases in older people

Raquel Gómez Carbayo[1], Nieves Carbayo[2], José Gómez[3], Julio Antonio Carbayo-Herencia[4]

[1] *Psicóloga. Albacete. España*
[2] *Servicio de Salud Mental. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España*
[3] *Servicio de Rehabilitación-Fisioterapia. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. España*
[4] *Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández. San Juan de Alicante. Alicante. España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: julio.carbayo.herencia@gmail.com (Julio Antonio Carbayo-Herencia).

Recibido el 17 de mayo de 2020; aceptado el 17 de julio de 2020.

Cómo citar este artículo:
Gómez Carbayo R, Carbayo N, Gómez J, Carbayo-Herencia JA. En personas mayores no se encontró asociación entre niveles bajos de ansiedad y enfermedades cardiovasculares. JONNPR. 2020;5(12):1145-62. DOI: 10.19230/jonnpr.3773
How to cite this paper:
Gómez Carbayo R, Carbayo N, Gómez J, Carbayo-Herencia JA. There is no association related with low anxiety level and cardiovascular diseases in older people. JONNPR. 2020;5(12):1145-62. DOI: 10.19230/jonnpr.nnnn

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License
La revista no cobra tasas por el envío de trabajos, ni tampoco cuotas por la publicación de sus artículos.

Resumen

Objetivo. El envejecimiento implica padecer enfermedades crónicas y ansiedad. Los objetivos han sido relacionar la ansiedad con las enfermedades cardiovasculares (ECV) y sus factores de riesgo (FRCV). También con la actividad física (AF) y el consumo de alcohol y tabaco.

Método. Estudio observacional y analítico, transversal. Participaron 27 voluntarios (16 mujeres) mayores de 65 años. La ansiedad se valoró con la escala de *Hamilton.* El resto de variables mediante encuesta estructurada. Se utilizó estadística descriptiva y análisis bivariante.

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

Resultados. Edad media 75,3 años. Ansiedad media 10,4. Los bebedores presentaron una ansiedad de 6,7 frente a 15,9 en los no bebedores (p=0,004). La media de ansiedad somática fue 3,1 en los que hacían otro tipo de AF frente a 4,3 en los que no (p=0,025).
Conclusiones. No se ha encontrado relación entre la ansiedad y las ECV y sus FRCV. Tampoco con el consumo de tabaco. Sí con el consumo de alcohol y la AF.

Palabras clave
Ansiedad; envejecimiento; enfermedades cardiovasculares; factores de riesgo cardiovascular

Abstract
Objective. Aging implies suffering from chronic diseases and anxiety. The objectives are to relate anxiety with cardiovascular diseases (CVD) and their risk factors (CVRF). Also with physical activity (PA) and the consumption of alcohol and tobacco.
Methods. Observational and analytical, cross-sectional study. An amount of 27 volunteers have participated (16 women) older than 65 years. Anxiety was assessed with the Hamilton scale. The rest of variables through structured survey. Descriptive statistics and bivariate analysis were used.
Results. Average age 75.3 years. Average anxiety 10.4. The alcoholic drinkers presented an anxiety of 6.7 versus 15.9 in non-alcoholic drinkers (p = 0.004). The mean somatic anxiety was 3.1 in those who did another type of PA compared to 4.3 in those who did not (p = 0.025).
Conclusions. No relationship was found between anxiety and CVD and their CVRF. Neither with tobacco consumption. There is with alcohol consumption and PA.

Keywords
Anxiety; aged; cardiovascular diseases; cardiovascular risk factors

Contribución a la literatura científica

En la muestra de nuestro estudio no hemos encontrado relación entre un grado bajo de ansiedad detectado en personas mayores de 65 años con la enfermedad cardiovascular ni con sus factores de riesgo. Tampoco con el consumo de tabaco. Sí en cambio con la actividad física, de modo que la ansiedad fue menor en aquellas personas que realizaban cualquier tipo de actividad física frente a las que no. La relación con el consumo de alcohol fue inversa: consumidores de algún tipo de bebida alcohólica, si bien en cantidades moderadas, presentaron una menor puntuación en la escala de ansiedad.

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

Introducción

Es un hecho que en los países más avanzados la población envejece de un modo continuado y vertiginoso. En España, entre 1981 y 2015 la población anciana (65 o más años) ha pasado del 11,2% en 1981 al 17,3% en 2011 y al 18,7% en el año 2015[(1)]. En el año 2018, la esperanza de vida del varón era de 80,4 años y el de la mujer, 85,8 años, correspondiendo un 19,2% de la población total a las personas que tienen 65 años o más, la cual se estima que sería un 25,2% en el año 2033[(2)]. Como consecuencia, es de esperar la llegada de nuevas y numerosas situaciones en los campos de la economía, la cultura y la asistencia a las que hay que hacer frente para dar una respuesta a las demandas generadas por el aumento esperado de la demografía. Entre estas demandas figura el deterioro de la salud con el paso de los años. Según la Encuesta Nacional de Salud española publicada en 2018[(3)], el 81,3% de los hombres y el 87,8% de las mujeres mayores de 65 años presentaban algún tipo de enfermedad crónica, por lo que es de especial importancia tener en cuenta las enfermedades más prevalentes en esta edad correspondiendo la frecuencia más elevada a las enfermedades cardiovasculares (ECV) (21,8%), seguido de las respiratorias (15,0%), las digestivas (12,3) y las neoplásicas (11,4%)[(4)]. Por otro lado, la ansiedad, aunque no ocupa uno de los primeros lugares en la prevalencia de las enfermedades, se ha observado que puede predecir la incidencia del infarto de miocardio en varones[(5)]. En cuanto a los factores de riesgo cardiovascular (FRCV), los considerados mayores como la hipertensión arterial (HTA), la hipercolesterolemia (HC), la diabetes mellitus (DM) y la obesidad han aumentado desde los últimos 30 años en todos los grupos de edad[(3)]. Referente a los estilos de vida, se ha observado que la proporción de fumadores disminuye con la edad fumando diariamente un 11% las personas comprendidas entre 65 y 74 años (16,3% en los hombres y 6,7% en las mujeres), reduciéndose dicho porcentaje al 4,5% entre los 75 y los 84 años y al 2,8% aquellos que tienen más de 85 años, si bien es aconsejable el abandono total del tabaco. En estas edades el consumo de alcohol no es considerado en general un problema, ya que un 38,5% de individuos entre 65 y 74 años y un 56% de los mayores de 75 años no consume ningún tipo de bebida alcohólica, aunque comparados por sexos consumen más los varones que las mujeres, siendo un 47,1% de las mujeres entre 65 y 74 años y un 31% de las mujeres mayores de 75 años las que consumen algún tipo de bebida alcohólica frente al 77,8 de los varones entre 65 y 74 años y el 61,5% de los mismos de 75 o más años de edad. Respecto a la actividad física se estima en un 46,6% (55% hombres y 40% de mujeres mayores de 65 años) caminan a diario. Por tanto,

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

diagnosticar y tratar tanto los FRCV como las ECV constituye una actividad prioritaria en salud pública[5].

En cuanto a la ansiedad en las personas mayores es conocido que constituye un problema cuya prevalencia es estimada entre el 0,7% y el 18,6% en mayores de 60 años y en un 20% como ansiedad subclínica en población comunitaria[6]. Recientemente, un metaanálisis realizado en España, estima la prevalencia de la ansiedad en mayores de 65 años en un 11% (Intervalo de confianza [IC]: 6-18%)[7]. La importancia de la ansiedad en este grupo de individuos reside en que sus consecuencias se manifiestan en las áreas vitales de las personas y acompañada por tanto, de niveles de malestar o incapacidad acentuados[8]. Más específicamente, este grado de incapacidad se manifestará como calidad de vida disminuida, insatisfacción vital, insatisfacción de vida y en ocasiones, y mucho más grave, con riesgo de intentos suicidas y mortalidad[6]. Factores físicos como presbiacusia y presbicia se han asociado a ansiedad en personas mayores[9], también incontinencia urinaria, HTA o problemas de sueño[10] y es considerada un factor de riesgo independiente para desarrollar arteriopatía coronaria (riesgo relativo de 1,3), mortalidad de origen cardíaco (odds ratio [OR] de 1,3) y eventos cardiovasculares (OR de 1,7)[11]. Sin embargo, no son muy específicos los estudios que de un modo concreto hayan valorado las ECV con la presencia de ansiedad en población mayor. Por tanto, el objetivo del presente estudio ha sido valorar en una muestra de población mayor de 65 años la prevalencia de enfermedad cardiovascular, de sus FRCV y los hábitos saludables, así como su asociación con el nivel de ansiedad percibido.

Métodos

El diseño corresponde a un estudio observacional y analítico de sección transversal, realizado en Albacete y provincia.

Participantes: Todas aquellas personas mayores de 65 años que, invitadas a participar, debían cumplir los criterios de inclusión y ninguno de exclusión.

Criterios de inclusión: Personas mayores de 65 años que no estaban en tratamiento con fármacos antipsicóticos mayores y presentaban autonomía propia, tanto física como mental; por tanto, podían realizar su actividad de vida diaria sin ayuda. Los que cumplían estos criterios y participaron, firmaron un consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Enfermedades de cualquier índole que representaran un impedimento para entender y cumplimentar los instrumentos de medida, especialmente cuestionarios.

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

Instrumentos de medida: Las variables incluidas en el estudio se obtuvieron mediante cuestionario, el cual constaba de los siguientes apartados::

1.- Datos identificativos y sociodemográficos: edad y sexo.

2.- Características personales: estado civil, nivel de estudios y ocupación habitual.

3.- Antecedentes personales de haber padecido enfermedades cardiovasculares (angina de pecho, infarto de miocardio o accidente cerebrovascular), estar en tratamiento y por tanto, diagnosticados de presentar los principales factores de riesgo cardiovascular: HTA, DM, dislipidemias (aumento de colesterol y/o triglicéridos en sangre) y obesidad.

4.- Actividad física practicada y sus principales modalidades: caminar, ir en bicicleta y otras.

5.- Consumo de alcohol, mediante un cuestionario sencillo que ha permitido calcular en mililitros (ml) la ingesta semanal de las principales bebidas alcohólicas conocidas en nuestro entorno: vino en las comidas, vino fuera de las comidas, cerveza, bebidas de alta graduación (coñac, anís, whisky, carajillos, combinados) y generosos (vermut, jerez o cava). Para simplificar, en la recogida de estos datos se ha utilizado una tabla que facilitaba el volumen de alcohol ingerido. Posteriormente, los ml se pasaron a gramos de alcohol ingeridos para su utilidad posterior, mediante la fórmula siguiente:

Gramos de alcohol ingeridos = ml consumidos x graduación de la bebida x 0,8 (densidad del alcohol) dividido todo ello por 100[(12)].

Los gramos de alcohol así obtenidos han permitido de un modo indirecto calcular, por un lado el consumo diario de alcohol por término medio (dividiendo por 7 el resultado semanal) y por otro clasificar a los participantes en no bebedores, bebedores con un consumo bajo de alcohol (consumo máximo de 15 gr/día en las mujeres y 20 gr/día en los varones mayores de 65 años) y bebedores de alto consumo (si superan estas cantidades por día)[(13)].

6.- Del mismo modo se ha anotado si los participantes eran fumadores de cigarrillos y que cantidad diaria fumaban por término medio, si eran exfumadores o si nunca habían fumado.

7.- Los datos antropométricos (estatura y peso), se obtuvieron por preguntas directas, aún conocedores de este sesgo que tiende a aumentar la talla y a disminuir el peso. De modo indirecto, de estos datos se ha obtenido el índice de masa corporal (IMC), índice aceptado para valorar el grado de obesidad. El cálculo del mismo se ha obtenido del siguiente modo:

IMC = peso en kilogramos / Estatura en metros al cuadrado (kg/m^2)

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

De este modo se han clasificado a los participantes en normopeso (IMC entre 18,5 y <25), sobrepeso (IMC: 25-29,9) y obesidad (IMC>o= 30)[14].

8.- El grado de ansiedad se ha valorado con la escala de ansiedad de *Hamilton* validada al español por Lobo et al[15], escala que consta de 14 respuestas puntuadas de 0 a 4. La máxima puntuación en la valoración de la mayor gravedad en la vertiente psíquica de dicha escala sería 28 (siete preguntas), la misma que en el aspecto somático (otras siete cuestiones). Por tanto, la puntuación total de la escala de *Hamilton* en el grado de máxima ansiedad sería 56. La mínima sería cero. Es decir, la persona clasificada con más puntuación presenta, por tanto, mayor grado de ansiedad. Dicha escala carece de puntos de corte que permitan clasificar diferentes niveles de ansiedad, por lo que para el cálculo estadístico se ha utilizado las comparaciones de medias.

Procedimiento: La entrevista, y por tanto la recogida de datos, se ha realizado en un lugar previamente concertado, en un entorno relajado, tranquilo, íntimo y sin tiempo prefijado en su cumplimentación. Todas las variables y entrevistas recogidas fueron realizadas por la misma persona. Durante la entrevista se ha explicado a cada participante la finalidad del estudio. Todos los voluntarios firmaron un consentimiento informado. La recogida de datos y la firma del consentimiento informado han tenido lugar entre abril y mayo de 2019.

Tamaño muestral: Conociendo por estudios previos que la desviación estándar de la puntuación de la ansiedad se sitúa alrededor de 3, para una amplitud del intervalo deseada de 2,5 y una confianza del 95% de que el verdadero valor se encuentre en ese intervalo, el número mínimo de sujetos necesarios serían 23.

Análisis de datos: El análisis estadístico se ha realizado con el programa estadístico SPSS versión 25. Desde el cuaderno de recogida de datos (CRD), las variables se ordenaron, codificaron y depuraron para poder ser analizadas. Las variables cualitativas se presentan como frecuencias absolutas y relativas. Las cuantitativas como media y desviación estándar (DE). La relación entre las variables cualitativas se ha realizado mediante la prueba de *ji* al cuadrado y la comparación entre las medias para grupos independientes mediante la prueba no paramétrica *U de Mann-Whitney*. La escala de ansiedad de *Hamilton,* al ser una variable cuantitativa, ha permitido comparar las medias de las puntuaciones obtenidas entre los grupos considerados Cuando las medias a comparar eran más de dos, se ha utilizado la prueba de *Kruskal-Wallis*. Todo valor de p < ó igual a 0,05 se ha considerado significativo.

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

Resultados

Participaron 27 personas con una media de edad de 75,3 años (desviación estándar [DE]=8,0). De ellas 16 eran mujeres (59,3%) con una edad media de 77,7 años (DE=7,9) y 11 varones (40,7%) con una edad media de 71,7 años (DE=7,0).

La Figura 1 muestra la prevalencia de las ECV y sus FRCV tanto en la muestra global como diferenciada por sexo.

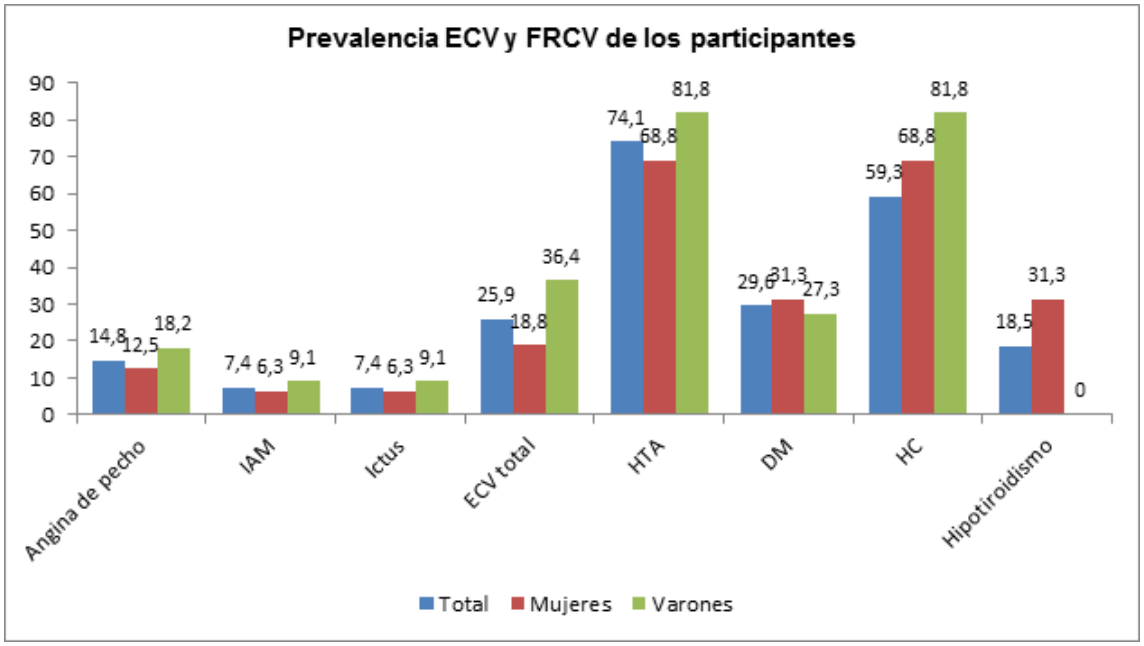


Figura 1. Prevalencia de las ECV y los FRCV de los participantes estratificados por sexo. Los datos indican porcentaje. ECV: Enfermedad cardiovascular; FRCV: Factores de riesgo cardiovascular; IAM: Infarto agudo de miocardio; HTA: Hipertensión arterial; DM: Diabetes mellitus; HC: Hipercolesterolemia.

Puede observarse como los varones presentan mayor prevalencia de las ECV padecidas tanto de modo global como por separado (angina de pecho, IAM e Ictus), y mayor prevalencia de HTA e hipercolesterolemia. En cambio, el hipotiroidismo fue exclusivo de las mujeres.

En la Figura 2 se expone la prevalencia de la práctica deportiva y hábitos de consumo de los participantes en sus diferentes modalidades.

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

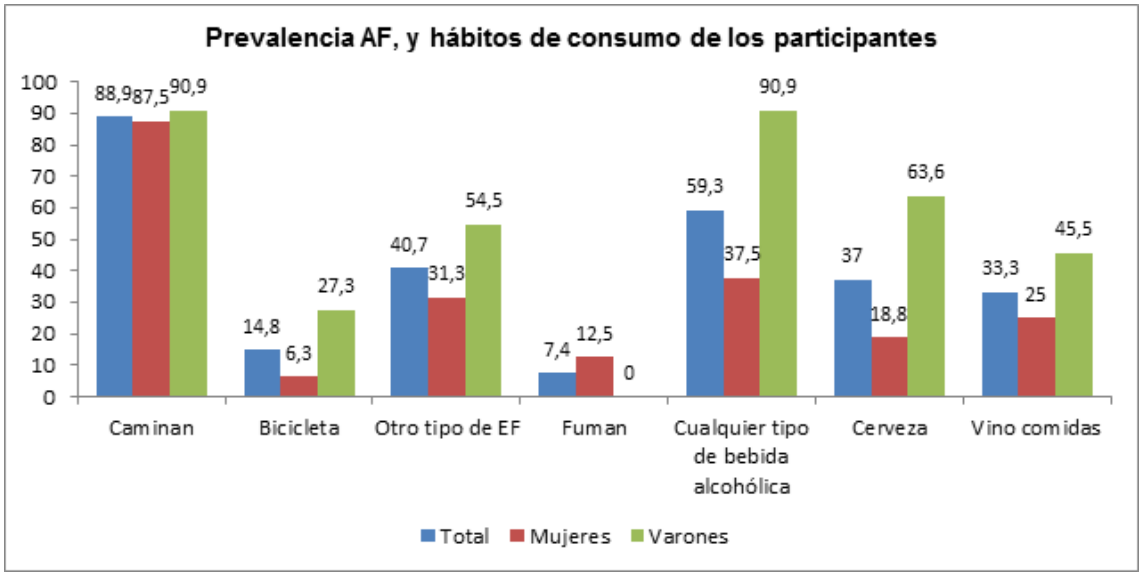


Figura 2. Prevalencia de actividad física realizada y hábitos de consumo de modo global y por sexo. Los datos indican porcentaje. AF: Actividad física. EF: Ejercicio físico.

En general, la casi totalidad de los participantes caminan, lo cual indica una buena medida de salud pública, además de complementarla con otro tipo de EF. Como era de esperar, el porcentaje de varones que bebe cualquier tipo de bebida alcohólica es superior al de mujeres. Destaca el bajo porcentaje de fumadores, especialmente varones ya que ninguno fuma en la actualidad.

La Tabla 1 presenta la relación de las ECV, sus FRCV y los hábitos con el nivel de ansiedad referido por los participantes que han resultado significativas.

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

Tabla 1. Comparación entre consumo de alcohol y actividad fisica realizada con la puntuación media de la escala de *Hamilton,* tanto psíquica, como somática y total obtenida en cada grupo.

Variable	Media (DE)	p	Media (DE)	p	Media (DE)	p
	Escala de *Hamilton* total		**Escala de *Hamilton* psíquico**		**Escala de *Hamilton* somático**	
Cerveza:						
No (n=17)	13,8 (9,5)		8,6 (6,1)		5,2 (4,4)	
Sí (n=10)	4,8 (3,2)	**0,002**	3,3 (2,8)	**0,015**	1,5 (1,1)	**0,019**
Consume cualquier tipo de bebida alcohólica:						
No (n=11):	15,9 (10,4)		9,6 (7,0)		6,4 (4,5)	
Sí (n=16):	6,7 (5,1)	**0,004**	4,6 (3,7)	**0,044**	2,1 (2,3)	**0,006**
Grado de consumo de alcohol (a):						
No consume (n=11):	15,9 (10,4)*		9,6 (7,0)		6,4 (4,5)*	
Bajo consumo (n=14):	7,2 (5,2)*		5,1 (3,6)		2,1 (2,4)*	
Alto consumo (n=2):	3,0 (1,4)	**0,008**	1,0 (0,0)	**0,054**	2,0 (1,4)	**0,024**
Otro tipo de EF:						
No (n=16):	11,5 (7,2)		7,2 (5,5)		4,3 (2,9)	
Sí (n=11):	8,9 (11,0)	**0,067**	5,8 (6,1)	0,318	3,1 (5,1)	**0,025**

Los datos se presentan como media y desviación estándar (DE). La comparación entre las medias se ha realizado mediante el estadístico no paramétrico *U de Mann-Whitney*. Cuando las medias a comparar eran más de dos (a) se ha aplicado la prueba de *Krusal-Wallis*. p: nivel de significación; n: número de participantes; EF: ejercicio físico. *El grado de significación se ha obtenido entre el grupo que no consume alcohol y el que lo hace como bajo consumo, tanto en la escala de *Hamilton* total como en la de tipo somático.

No se han observado diferencias significativas de los valores medios de la escala de *Hamilton* total en aquellos participantes que han padecido ECV (p=0,267), ni presentaban los FRCV considerados mayores: HTA (p=0,846), DM (p=0,523), hipercolesterolemia (p=0,638), obesidad (p=0,496), hábito de fumar (p=0,286) y condición de exfumador (p=0,093). Tampoco con las siguientes variables: vino consumido durante la comida (p=0,207), caminar (p=0,699) y montar en bicicleta (p=0,758). Sí, por el contrario, una menor puntuación de ansiedad en las personas que beben algún tipo de bebida alcohólica, si bien cantidades consideradas de bajo consumo, a expensas del consumo de cerveza. También se ha observado menor puntuación

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

en el aspecto somático de la valoración de la ansiedad (p=0,025) en los individuos que practican una modalidad de EF diferente a caminar o montar en bicicleta. Casi alcanza la significación estadística al considerar la escala de *Hamilton* total (p=0,067).

Seguidamente, en la Tabla 2, se presentan los resultados obtenidos diferenciados por sexo. Solo se muestran los resultados que en la comparación han resultado significativos. Tanto el estado civil (p=0,434), la ocupación habitual (p=0,399), las ECV padecidas en su conjunto (p=0,305) y separadas (angina de pecho [p=0,683], infarto de miocardio [p=0,782] e ictus [p=0,782]), como los principales FRCV (HTA [p=0,446], DM [p=0,824], hiperolesterolemia [p=0,226] e hipertrigliceridemia [no hubo ningún caso]), no han presentado resultados significativos.

Tabla 2. Características generales de los participantes de modo global y estratificado por sexo.

Variable	Total (n=27)	Mujeres (n=16)	Varones (n=11)	p
Nivel de estudios				
Lee y escribe	9 (33,3)	9 (56,3)	0 (0)	
Primarios/EGB/ESO	9 (33,3)	4 (25,0)	5 (45,5)	
BUP/FP/Bachillerato	3 (11,1)	2 (12,5)	1 (9,1)	
Universitarios	6 (22,2)	1 (6,3)	5 (45,5)	**0,009**
Hipotiroidismo; **n (%)**	5 (18,5)	5 (31,3)	0 (0)	**0,04**

Los datos se muestran como cantidad exacta y (porcentaje). La comparación entre las proporciones se ha realizado con la prueba de *ji* al cuadrado. n: número de participantes; p: nivel de significación; EGB: educación general básica; ESO: educación secundaria obligatoria; BUP: bachillerato unificado polivalente; FP: formación profesional. Se ha considerado significativo un valor de p≤0,05.

Puede observarse que la mujer presenta un nivel de estudios menor que el varón, quizá consecuencia de una época en que la educación por sexo estaba diferenciada, así como el padecer hipotiroidismo, más frecuente en la mujer y ningún caso en varones.

En la Tabla 3, se expone el tipo y grado de actividad física realizada, los hábitos de consumo en las diferentes modalidades de alcohol y tabaco, así como la composición corporal valorada por el IMC. No han resultado significativas y por tanto, no se expone en la tabla las siguientes variables: caminar (p=0,782), montar en bicicleta (p=0,131), realizar otro tipo de EF

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

(p=0,556), trabajos en domicilio (p=0,131), clasificación del grado de obesidad según el IMC en normopeso, sobrepeso y obesidad (p=0,533), y consumir vino en las comidas (p=0,268).

Tabla 3. Actividad física, composición corporal y hábitos de consumo: alcohol y tabaco de modo global y estratificado por sexo.

Variable	Total (n=27)	Mujeres (n=16)	Varones (n=11)	p
Consume cualquier tipo de bebida alcohólica**; n (%)**	16 (59,3)	6 (37,5)	10 (90,9)	**0,006**
Consume cerveza**; n (%)**	10 (37,0)	3 (18,8)	7 (63,6)	**0,018**
Grado consumo de alcohol**; n (%)**				
No consume alcohol	11 (40,7)	10 (62,5)	1 (9,1)	
Consumo moderado	14 (51,9)	6 (37,5)	8 (72,7)	
Consumo excesivo	2 (7,4)	0 (0)	2 (18,2)	**0,011**
Fumador/a**; n (%)**	2 (7,4)	2 (12,5)	0 (0)	-
Ex fumador/a**; n (%)**	11 (40,7)	3 (18,8)	8 (72,7)	**0,005**

Los datos se muestran como cantidad exacta y (porcentaje). La comparación entre las proporciones se ha realizado con la prueba de *ji* al cuadrado. n: número de participantes; p: nivel de significación. Se ha considerado significativo un valor de p≤0,05.

Puede apreciarse de modo significativo que el consumo de cualquier tipo de bebida alcohólica es más frecuente en el varón, a expensas del consumo de cerveza. Llama la atención la presencia de dos fumadoras y ningún varón fumador en la actualidad, lo que indica la conciencia de dejar de fumar en este grupo de edad, como también se indica en el elevado número de varones (72,7%) que han dejado de fumar.

Cuando se han comparado por sexo, las siguientes variables no han resultado significativas: veces que camina por semana (p=0,724), minutos por semana que camina (p=0,516), veces por semana que utiliza la bicicleta (p=0,317), minutos por semana que utiliza la bicicleta (p=0,346), minutos por semana que practica EF (p=0,783), veces por semana que practica EF (p=1,000), duración de cada sesión de EF en minutos (p=0,461), trabajo en domicilio en minutos por semana (p=0,104), pisos que sube diariamente (p=0,694) y horas por semana que ve televisión (0,381).

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

En cuanto a la relación entre el género y el grado de ansiedad percibido se muestra en la Tabla 4.

Tabla 4. Puntuación media de la escala de Hamilton de modo general y estratificado por sexo.

Variable	Total (n=27)	Mujeres (n=16)	Varones (n=11)	p
Ansiedad psíquica (escala de *Hamilton*)	6,6 (5,7)	8,7 (6,4)	3,6 (2,7)	**0,027**
Ansiedad somática (escala de *Hamilton*)	3,8 (3,9)	5,1 (4,6)	1,9 (1,1)	0.116
Escala de ansiedad de *Hamilton* total	10,4 (8,8)	13,8 (9,9)	5,6 (3,2)	**0,005**

Los datos se presentan como media y desviación estándar (DE). La comparación entre las medias se ha realizado mediante el estadístico no paramétrico *U de Mann-Whitney*. p: nivel de significación; n: número de participantes.

Las puntuaciones medias tanto en conjunto como separado por sexo no son elevadas, de modo que estamos ante una muestra con puntuación no elevada de ansiedad, aunque al distinguir por sexo, de modo significativo, la mujer presenta peor puntuación que el varón en casi todas las cuestiones excepto la ansiedad tipo somático de *Hamilton*.

Discusión

En la muestra del presente estudio se han obtenido valores de ansiedad medidos por la escala de *Hamilton* bajos en general (menos de 20, excepto cuatro casos, para una puntuación máxima de 56), lo que indica un bajo nivel de ansiedad en esta población.

Con respecto la prevalencia de ECV y sus FRCV, el 25,9% de la muestra de nuestro estudio ha padecido alguna de las ECV consideradas. La prevalencia de FRCV es elevada: el 74,1% padece HTA, el 29,6% DM, el 59,3% hipercolesterolemia y el 37,0% son obesos. Cifras más elevadas que las obtenidas recientemente por Casado[4] en personas mayores: 21,8% de ECV, 18,4% HTA, 6,8% DM, 16,6% hipercolesterolemias y según Causapié[16] un 24,1% fueron obesos. En consecuencia, estamos ante una muestra con ECV y sus FRCV elevados comparados con el resto de población española.

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

En cuanto a la realización de actividad física, la inmensa mayoría de nuestra muestra realiza alguna modalidad de EF, siguiendo con ello las recomendaciones del libro blanco[16]. Es decir, al menos un 88,9% de nuestra población camina como modalidad de ejercicio físico, contrastando con Casado[4] el cual observó que solo realizaba actividad física un 63,3% en este grupo de edad. En nuestro caso, además, como era de esperar, la práctica adicional de otro tipo de ejercicio físico se ha relacionado con una menor puntuación en la escala de *Hamilton* somático y cerca de la significación estadística en la escala de *Hamilton* total.

Relacionado con el nivel de ansiedad, se ha podido observar que las puntuaciones obtenidas son más altas en las mujeres, lo cual concuerda con lo hallado por Montorio et al[17] al valorar la prevalencia de los trastornos de ansiedad en una población mayor de 65 años en la Comunidad de Madrid, con una media de edad de 73,4 años (DE=5,6), muy similar a la edad hallada en nuestro estudio: 75,3 (DE=8,0) y aunque utilizaron una escala de medida derivada de los criterios diagnósticos del DSM-IV, el hallazgo de que la frecuencia de la ansiedad es mayor en las mujeres, hace suponer que realmente sea mayor en éstas. Estos autores atribuyen la diferencia encontrada por ellos, además del posible sesgo del estudio, a que los varones presentaban un alto nivel educativo, resultado similar al encontrado por nosotros (p=0,009), considerando que el mismo podría representar un recurso en contra del establecimiento del estrés. Esta diferencia también ha sido observada en la Encuesta Nacional de Salud de España[3] (4,3% en los hombres y 9,1% en las mujeres) y por el Instituto Nacional de Estadística (INE)[2], donde los valores medios observados también son superiores en las mujeres con respecto a los varones en mayores de 65 años (2,19 [DE=3,41] frente a 1,29 [DE=2,77] respectivamente) y más bajo cuanto mayor es el nivel de estudios en ambos sexos[2].

Referente a la prevalencia de los hábitos de consumo de nuestra muestra, tanto de modo conjunto como estratificado por sexo, es conocido que los hombres consumen más alcohol que las mujeres, también a edades avanzadas. Casado[4] en el informe 2016 presenta que los varones consumen 17,7 g/día entre 65 y 74 años y 15 g/día entre los mayores de 75 años, un consumo parecido, aunque algo mayor, que el consumo de la muestra de varones del presente estudio (14,6 g/día); las mujeres del informe 2016 presentaron un consumo medio de 10,5 g/día, superior a las consumidoras del presente estudio (6,4 g/día). En cuanto al porcentaje de bebedores, consumen cualquier tipo de bebida alcohólica el 90,9% de los varones de nuestra muestra, contrastando con el 37,5% de las mujeres, muy superior al encontrado en el informe 2016[4] en varones mayores de 65 años (69,7%), no así en las

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

mujeres de la misma edad (39,0%), porcentaje muy parecido al hallado en nuestro estudio. En todos los casos, las cantidades consumidas diarias de alcohol no supera las cantidades máximas aconsejadas de 20 g/día en varones y 15 g/día en las mujeres[13]. Por tanto, la cantidad consumida diariamente no parece representar un problema en esta edad. Respecto al hábito de fumar, ningún varón fuma en la actualidad en nuestro estudio, aunque el 72,7% declararon ser exfumadores, lo que indica una preocupación por el abandono del tabaco y un logro en conseguirlo. En cambio, fuman el 12,5% de las mujeres, siendo exfumadoras un 18,8%. Estos datos son inferiores a los hallados en los varones en el informe 2016[4] en el cual se expone que fuman el 10,4%. En contraste, solo fuman el 3% de las mujeres, inferior a nuestra muestra. En todo caso son cifras muy inferiores a las encontradas en población general (27,5% de varones y 18,6% en mujeres), aunque no hay duda que la tendencia debe ser 0 en cualquier intervalo de edad[4]. Por tanto, estamos ante una muestra con hábitos de vida saludables: apenas fuma, bebe alcohol moderadamente y practica ejercicio físico casi en su totalidad.

Como ya ha sido expuesto, las puntuaciones alcanzadas en el nivel de ansiedad de *Hamilton* han sido bajas y no se ha encontrado en la muestra de nuestro estudio relación ninguna con las ECV sufridas ni con sus FRCV. Si bien, las ECV son la principal causa de morbilidad en este grupo de edad, los problemas psicológicos se sitúan en la novena posición en los hombres y la octava en las mujeres en el mismo grupo de edad[4]. Al valorar la relación entre la ansiedad y las ECV y sus FRCV, es conocido que la ansiedad acompaña a los pacientes tras padecer una ECV, sobre todo al poco tiempo de padecerla. Así Rafsten et al[18] encontraron en un metaanálisis que la ansiedad fue frecuente durante el primer año de haber sufrido un ictus, también es frecuente ante la enfermedad coronaria, aunque los procedimientos valorados para su tratamiento fueran inciertos[19], incluso se ha encontrado que la ansiedad pudiera ser un pródromo de ECV, aunque se precisan estudios prospectivos específicos para establecer su valor predictivo[20]. Es decir, la ansiedad acompaña la ECV en su proceso agudo y a corto plazo, situación que parece atenuada cuando se cronifica. En nuestra muestra, la ausencia de relación bien pudiera explicarse tanto por la cronicidad de la ECV padecida como por las bajas puntuaciones de ansiedad obtenidas.

En cuanto a la relación del consumo de bebidas alcohólicas con una menor puntuación en ansiedad en el porcentaje de bebedores (85,7% frente al 30,8% en nuestro estudio) pudiera estar relacionado con el efecto conocido de la ingesta de alcohol con el fin de aliviar los síntomas relacionados con la ansiedad, como así han encontrado Turner et al[21], informando

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

que entre el 21,9% y el 24,1% utilizan la ingesta de bebidas alcohólicas para mitigar los síntomas de la ansiedad. Aunque esta relación es conocida y está de acuerdo con nuestros datos, no creemos, dado el bajo consumo de alcohol y las bajas puntuaciones en ansiedad en nuestra muestra, que el consumo de bebidas alcohólicas represente un problema mayor.

Limitaciones y fortalezas

La principal limitación del estudio reside en el tipo de muestra. Primero por su procedencia, al ser un grupo de voluntarios su validez externa se encuentra limitada, de modo que la extrapolación de estos datos a otros entornos distintos puede verse comprometida, aunque se han hallado otros estudios con resultados en la misma dirección que la hallada por nosotros, indicando la concordancia de nuestros datos. Segundo, por el tamaño muestral. Aunque se ha alcanzado el número preciso deseado, no comprometiendo con ello la potencia del estudio, en números absolutos no constituyen un número elevado. Quizá una muestra mayor pudiera encontrar resultados significativos. La principal fortaleza, creemos que, aún con estas limitaciones, reside en que se han seguido los pasos que deben estar presentes en el proceso científico: identificación del problema a estudiar, búsqueda bibliográfica que lo configure, establecimiento de objetivos, tamaño muestral adecuado, análisis de datos, interpretación de los mismos y conclusiones. Para asegurar una mayor validez externa y comprobar los resultados hallados por nosotros son precisos más estudios y que al menos sean estudios observacionales de cohortes prospectivas. El ensayo clínico es más complejo en estas edades, a menos que se desee valorar en el tiempo alguna variable específica como la valoración de la ansiedad en dos o tres grupos con diferentes niveles de EF.

Conclusiones

Las principales conclusiones derivadas de nuestros resultados relacionadas con la ansiedad y las ECV son las siguientes:

1.- El grado de ansiedad hallado en la muestra de nuestro estudio puede considerarse bajo.

2.- El grado de ansiedad observado en nuestra muestra no se ha relacionado con enfermedades cardiovasculares ni sus factores de riesgo.

3.- La práctica de ejercicio físico adicional se ha asociado a una menor puntuación en la escala de *Hamilton* de tipo somático.

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

4.- La proporción del consumo de alcohol ha sido significativamente superior (a expensas del vino y la cerveza) en los participantes con menor grado de ansiedad.

Con respecto a la distribución por sexo:

1.- Las mujeres presentan mayor nivel de ansiedad que los varones.

2.- No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los varones y las mujeres en cuanto a las enfermedades cardiovasculares padecidas y sus factores de riesgo. .

3.- Los varones consumen más alcohol y en mayor cantidad que las mujeres.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de interés

Referencias

1. Vidal MJ. Aspectos sociodemográficos de la población mayor. En: Fernández JN, Coordinador. Informe 2016. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. p. 35-104.
2. Instituto Nacional de Estadística (INE) (Notas de prensa de 10 de octubre de 2018, actualizado el 5 de noviembre de 2018).
3. Nota Técnica Encuesta Nacional de Salud. España 2017. 26 de junio de 2018.
4. Casado P. La salud en las personas mayores. En: Fernández JN, Coordinador. Informe 2016. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2017. p. 267-84.
5. Cabrera I, Montorio I. Ansiedad y envejecimiento. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(2):106-11.
6. Laidlaw K, Knight, B. Handbook of Emotional Disorders in Later Life. Assessment and Treatment. Oxford: Oxford university press; 2008.
7. Villagrasa B, Olaya B, Lopez-Anton R, de la Cámara C, Lobo A, Santabárbara J. Prevalence of anxiety disorder among older adults in Spain: A meta-analysis. J Affect Disord. 2019;246:408-17.
8. Pary R, Sarai SK, Micchelli A, Lippmann S. (2019). Anxiety Disorders in Older Patients. Prim Care Companion CNS Disord. 2019;21(1):doi:10.4088/PCC.18nr02335.

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

9. De Beurs E, Beekman A, Geerlings S, Deeg D, van Dyck R, van Tilburg W. On becoming depressed in late life: Similar vulnerability factosr but different effects of stressful life events.Br J Psychiatry. 2001;179:426-31.
10. Mehta KM, Simonsick EM, Penninx BW, Schulz R, Rubin SM, Satterfield S. et al. Prevalence and correlates of anxiety symptoms in well-functioning older adults: findings from the health aging and body composition study. J Am Geriatr Soc. 2003;51(4):499-504.
11. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, Albus C, Brotons C, Catapano AL, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81.
12. Centeno AM, Rojano P. Conceptos y anamnesis del consumo de alcohol en la consulta de Atención Primaria. Medicina General. 2000;29:957-62.
13. Pérez-Jiménez F, Pascual V, Meco JF, Pérez Martínez P, Delgado J, Domenech M, et al. Documento de recomendaciones de la SEA 2018. El estilo de vida en la prevención cardiovascular. Clín Invest Arterioscler. 2018;30(6):280-310.
14. Aranceta-Bartrina J, Serra-Majem L, Foz-Sala M, Moreno-Esteban B. Grupo Colaborativo SEEDO. Prevalencia de la obesidad en España. Med Clin (Barc). 2005;125(12):460-6.
15. Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badia X, Baró E; Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc).2002;118(13):493-9.
16. Causapié P, Balbontín A, Porras M, Mateo A. Envejecimiento activo. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
17. Montorio I, Losada A, Márquez M, Nuevo R. Programa psicoeducativo de tratamiento de la preocupación patológica en personas mayores: un estudio piloto. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2000;35(1):24-9.

journal OF NEGATIVE & NO POSITIVE RESULTS

ISSN-e: 2529-850X
Volumen 5 Numero 12 pp 1145-1162
DICIEMBRE 2020
DOI: 10.19230/jonnpr.3773

18. Rafsten L, Danielsson A, Sunnerhagen KS. Anxiety after stroke: a systematic review and meta-analysis. J Rehabil Med. 2018;50(9):769-78.
19. Richards SH, Anderson L, Jenkinson CE, Whalley B, Rees K, Davies P, et al. Psychological interventions for coronary heart disease. Cochrane Database Syst Rev. 2017;28(4): doi: 10.1002/14651858.CD002902.pub4.
20. O'Keefe-McCarthy S, Ready L. Impact of prodromal symptoms on future adverse cardiac-related events: a systematic review. J Cardiovasc Nurs. 2016;31(1):E1-10.
21. Turner S, Mota N, Bolton J, Sareen J. Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. Depress Anxiety. 2018;35(9):851-60.