



Eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para la preocupación excesiva en personas mayores

Roberto Nuevo Benítez e Ignacio Montorio Cerrato¹
(Universidad Autónoma de Madrid, España)

(Recibido 5 de mayo 2004/ Received May 5, 2004)
(Aceptado 30 de julio 2004 / Accepted July 30, 2004)

RESUMEN. Este estudio cuasi-experimental analiza la efectividad de un programa psicoeducativo dirigido a la reducción de la preocupación excesiva en personas mayores mediante la discusión y práctica de habilidades de solución de problemas, relajación muscular, control de estímulos y cambio de creencias sobre la preocupación. Una muestra de 17 personas de entre 55 y 80 años asistió a 8 sesiones semanales de 90 minutos y 24 formaron el grupo control. Se evaluó preocupación-rasgo, severidad de la ansiedad generalizada y metapreocupación antes y después del programa. No hubo diferencias en las puntuaciones previas entre grupos ni en estas variables ni en variables socio-demográficas. Sin embargo, tras el programa, el grupo clínico obtuvo puntuaciones significativamente inferiores en preocupación-rasgo y severidad de la ansiedad generalizada, pero no en metapreocupación. El tamaño del efecto (d de Cohen) fue aceptable para la preocupación rasgo ($d = 0,75$) y para la severidad de la ansiedad generalizada ($d = 0,59$) y reducido para la metapreocupación ($d = 0,25$). El efecto pre-post y el porcentaje de cambio fueron, en cambio, elevados para todas las variables en el grupo experimental y prácticamente nulos en el grupo control, de modo que el programa realizado parece ser eficaz en la reducción de la preocupación excesiva en las personas mayores.

PALABRAS CLAVE. Preocupación. Personas mayores. Terapia cognitivo-conductual. Trastorno de ansiedad generalizada. Cuasi-experimento.

¹ Correspondencia: Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Psicología. Ciudad Universitaria de Cantoblanco. 28049 Madrid (España). E-mail:ignacio.montorio@uam.es

ABSTRACT. This quasi experiment analyze the effectiveness of a psycho-educative program aimed to reduce excessive worry among older people, through discussion sessions and training in problem solving, muscle relaxation, stimulus control and the modification of beliefs about worry. Seventeen persons between 55 and 80 years old participated in 8 weekly sessions of 90 minutes and other 24 subjects composed the control group. Trait-worry, severity of generalized anxiety and metaworry were the assessed dependent variables. There were not differences between groups in the pre scores, neither in demographics. In the post scores, experimental group had significantly lower scores in trait worry and in the severity of generalized anxiety, but not in metaworry. The between-groups effect size was high for trait-worry ($d = .75$), acceptable for severity of generalized anxiety ($d = .59$) and small for metaworry ($d = .25$). The within-groups effect sizes and the percentage of change were, however, high for all of measures in the experimental group and almost null in the control group, so we can point out that the program is effective for the reduction of excessive worry in older adults.

KEYWORDS. Worry. Older people. Cognitive-behavioural therapy. Generalized anxiety disorder. Quasi experiment.

RESUMO. Este estudo quase-experimental analisa a eficácia de um programa psico-educativo orientado para a redução da preocupação excessiva em pessoas idosas mediante a discussão e prática de competências de solução de problemas, relaxamento muscular, controlo de estímulos e mudança de crenças sobre a preocupação. Uma amostra de 17 pessoas com idades compreendidas entre 55 e 80 anos assistiu a 8 sessões semanais de 90 minutos e 24 formaram um grupo de controlo. Avaliou-se a preocupação-traço, a severidade da ansiedade generalizada e meta-preocupação antes e depois do programa. Não se verificaram diferenças nas pontuações prévias entre os grupos nem nas variáveis sócio demográficas. No entanto, após o programa, o grupo clínico obteve pontuações significativamente inferiores em preocupação-traço, e severidade da ansiedade generalizada, mas não na meta-preocupação. O tamanho do efeito (d de Cohen) foi aceitável para a preocupação-traço ($d = 0,75$) e para a severidade da ansiedade generalizada ($d = 0,59$) e reduzido para a meta-preocupação ($d = 0,25$). O efeito pré-pós e a percentagem de mudança foram, ao contrário, elevados para todas as variáveis no grupo experimental e praticamente nulos no grupo de controlo de modo que o programa realizado parece ser eficaz na redução da preocupação excessiva nas pessoas idosas.

PALAVRAS CHAVE. Preocupação. Pessoas idosas. Terapia cognitivo-comportamental. Perturbação de ansiedade generalizada. Quase-experimental.

Introducción

La preocupación excesiva es un fenómeno de relevancia clínica que se presenta con una elevada frecuencia en la edad avanzada (Wisocki, 1994). El envejecimiento se ha vinculado habitualmente con un incremento en las fuentes objetivas de estrés que llevarían a un incremento del afecto negativo. Sin embargo, las personas mayores no presentan una mayor cantidad de trastornos emocionales que las personas de menor edad, sino porcentajes ligeramente inferiores (Flint, 1994). Esto puede deberse a que las

personas mayores muestran un porcentaje más elevado de presentaciones subclínicas de los problemas emocionales, que, aunque vividas con malestar y de relevancia clínica, no cumplirían los criterios completos de las clasificaciones psicopatológicas estándar (Palmer, Jeste y Sheikh, 1997). En particular, la presentación subclínica de preocupación excesiva es muy frecuente en la edad avanzada y afecta de manera importante al bienestar emocional y al estado físico de las personas mayores (Montorio, Nuevo, Márquez, Izal y Losada, 2003).

Existe un número muy limitado de trabajos que hayan tratado de establecer mediante procedimientos empíricos las estrategias más adecuadas para el afrontamiento clínico de la preocupación excesiva en la vejez. Wetherell, Gatz y Craske (2003) analizaron la eficacia de un programa cognitivo-conductual de tratamiento de la preocupación excesiva en personas diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada, adaptado para su uso en pequeños grupos de personas mayores, que incluía entrenamiento en relajación, reestructuración cognitiva y exposición a la preocupación. Los tamaños del efecto medios intragrupo fueron elevados para la condición de tratamiento ($d = 0,79$), reducidos para una condición de grupo de discusión ($d = 0,36$) y prácticamente inexistentes para una condición de lista de espera ($d = 0,05$). El tamaño del efecto de la comparación entre el grupo de tratamiento y la condición de control de lista de espera para una medida usual de la preocupación patológica, el Inventario de Preocupación de Pensilvania (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990) (tamaño no informado en el trabajo de Wetherell *et al.* (2003), pero extraído de las puntuaciones medias informadas en él), fue asimismo aceptablemente alto ($d = 0,67$). Otros estudios previos con personas mayores diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada y programas cognitivo-conductuales similares han encontrado resultados parecidos (Barrowclough *et al.*, 2001; Mohlman *et al.*, 2003; Stanley *et al.*, 2003). Estos trabajos sugieren inicialmente que las estrategias de intervención sobre la preocupación que han demostrado ser eficaces con población de menor edad pueden ser genéricamente válidas también en el afrontamiento clínico del trastorno de ansiedad generalizada en la edad avanzada. Sin embargo, pocos trabajos han valorado la eficacia de este tipo de programas en la reducción de la preocupación excesiva que se presenta a un nivel subclínico, con relevancia clínica y malestar de la persona, aunque no se lleguen a cumplir los criterios diagnósticos estándar del trastorno de ansiedad generalizada. Esta presentación de la preocupación parece ser especialmente característica de las personas mayores (Sheik, 1996). En uno de los pocos trabajos en esta línea, Powers y Wisocki (1997) analizaron la eficacia en la reducción de la preocupación, en personas mayores sin trastorno, autoidentificadas como «personas que se preocupan mucho» (*worriers*), de un programa de seis sesiones de discusión en grupo sobre diferentes aspectos de la preocupación y sus peculiaridades en las personas mayores. Las sesiones tuvieron un carácter poco directivo y no se practicaron ni enseñaron habilidades concretas de reducción y control de la preocupación por lo que no podían esperarse efectos importantes. De hecho, sólo en una de las medidas recogidas en ese estudio hubo diferencias significativas entre la evaluación previa a la realización del programa y la posterior, pero en ella (porcentaje del día empleado en preocuparse), el efecto fue notablemente elevado ($d = 1,55$).

Considerando la ausencia general de datos sobre la eficacia de programas cognitivo-conductuales de reducción de la preocupación excesiva en personas mayores, el presente trabajo (cuasi-experimento, según la clasificación de Montero y León, 2005) analiza la efectividad de un programa psicoeducativo para la reducción de la preocupación en esta edad en población que presenta niveles subclínicos de preocupación, pero que no llega a cumplir los exigentes criterios diagnósticos de un trastorno. Para la redacción de este trabajo se ha seguido la estructura propuesta por Ramos-Alvarez y Catena (2004).

Método

Muestra

Una muestra de 41 personas de entre 53 y 81 años de edad (media = 66,3; DT = 7,2) que asistieron a una charla informativa sobre los cambios asociados al envejecimiento y los modos de mejorar el estado emocional en la vejez fue evaluada al final de la sesión. Diecisiete de estas personas aceptaron participar en un programa psicoeducativo que se les ofrecía y completaron las ocho sesiones de tratamiento. Estas 17 personas tenían entre 57 y 80 años (media = 68,2; DT = 6,3); el 94,1% eran mujeres, el 58,7% estaban casadas, el 29,4% viudas, el 5,9% solteras y el 5,9% divorciadas; el 41,2% tenía formación académica secundaria o superior y el 58,8% restante había realizado estudios primarios o no los había completado. Las 24 personas evaluadas que no participaron en el programa fueron empleadas como grupo control y evaluadas al terminar las sesiones del tratamiento. Estas personas tenían entre 53 y 81 años (media = 64,9; DT = 7,5); el 75% eran mujeres, el 62,5% estaban casadas, el 20,8% viudas, el 4,2% solteras y el 12,5% divorciadas; el 45,8% tenían formación académica secundaria o superior. Mediante pruebas *t* y chi-cuadrado se comprobó que no existían diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de terapia y el grupo control en ninguno de estos aspectos sociodemográficos.

Instrumentos

La efectividad del programa para reducir el nivel de preocupación excesiva en los participantes se valoró en dos momentos temporales (pre-post) mediante la aplicación de los siguientes instrumentos de autoinforme.

- Una versión reducida a 11 ítems (tipo Likert, 1-5) del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) (Meyer *et al.*, 1990), instrumento que evalúa la tendencia general a preocuparse o preocupación-rasgo. La versión española (Nuevo, Montorio y Ruiz, 2002) ha sido reducida siguiendo varias recomendaciones previas (Fresco, Heimberg, Mennin y Turk, 2002); esta versión reducida parece especialmente adecuada para la aplicación de la prueba a población de edad avanzada (Hopko *et al.*, 2003; Nuevo *et al.*, 2002). Su rango de puntuación oscila entre 11-55.
- La Escala de Metapreocupación (MW) es una subescala del Inventario de Pensamientos Ansiosos (Wells, 1994) que evalúa el grado en el que una persona se

preocupa por sus propios pensamientos, un tipo de meta-cognición que puede tener un importante rol en la etiología y cronificación de la preocupación excesiva, tanto en población adulta (Wells, 1995, 1997; Wells y Carter, 1999) como en personas mayores (Nuevo, Montorio y Borkovec, 2004a). La adaptación española (Nuevo, 2001) incluye 6 ítems tipo Likert (1-5) y presenta buenas propiedades psicométricas en su aplicación a personas mayores. Su rango de puntuación es de 6-30.

- El Cuestionario de Preocupación y Ansiedad (WAQ) (Dugas, Freestón, Lachauce, Provencher y Ladouceur, 1995) es un autoinforme de 10 ítems (0-8) en la versión española aquí empleada (Montorio, Nuevo, Izal, Márquez y Losada, 2005) que evalúa de manera dimensional la presencia de los diferentes criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) para el trastorno de ansiedad generalizada, lo que hace de ella una medida del grado de severidad de la ansiedad generalizada con buenas propiedades psicométricas (Ibáñez, González, Fernández-Valdés, López-Curbelo, Rodríguez y García, 2000; Montorio *et al.*, 2005). El rango de puntuación es de 0-80.

Tratamiento

Un psicólogo especializado en terapia con personas mayores aplicó las sesiones del programa. Consta de 8 sesiones de una hora y media de duración realizadas con una frecuencia de una sesión semanal. Durante la primera media hora de cada sesión el terapeuta presentaba didácticamente un tema referente a un aspecto de la preocupación (por ejemplo, distinguir entre tipos de problemas o la activación fisiológica desagradable que acompaña a la preocupación). Durante la segunda media hora de cada sesión, se discutían en grupo los aspectos tratados, con especial énfasis en las peculiaridades de las personas mayores respecto a ese contenido. Durante la media hora final se presentaba una técnica referida a los aspectos tratados y se practicaba durante la sesión. A las personas se les entregaba un breve resumen de la información y del modo de llevar a cabo la técnica ensayada e instrucciones precisas para que la practicaran diariamente durante la siguiente semana. Al principio de cada sesión se revisaban brevemente estas asignaciones para casa. El programa incluyó los siguientes componentes:

- Entrenamiento en darse cuenta (Dugas y Ladouceur, 1997). Se dirige a ayudar a las personas a incrementar la conciencia de sus preocupaciones cotidianas y a distinguir entre tipos de situaciones o problemas en función de dos dimensiones: grado en el que se refieren o no a amenazas o problemas reales y grado en el que se pueden o no modificar o solucionar. La práctica de esta distinción facilitará elegir la estrategia adecuada para cada tipo de situación (por ejemplo, intentar solucionar un problema que no tiene solución supone un elevado coste y es imposible y frustrante).
- Entrenamiento en orientación al problema. Usado exclusivamente para situaciones en las que la solución de problemas estuviera disponible, es decir, para problemas reales con solución; se utilizó una versión simplificada del procedimiento descrito por D'Zurilla (1986).

- Relajación muscular progresiva. Se emplearon de manera simplificada los procedimientos descritos para 16 grupos musculares por Bornstein, Borkovec y Hazlett-Stevens (2000), con ejercicios de tensión-relajación o sólo tensión en aquellas personas con problemas musculares en algún grupo.
- Control de estímulos. Procedimiento descrito en su aplicación para la reducción de la preocupación por Borkovec, Wilkinson, Folsensbee y Lerman (1983), quienes además demostraron su eficacia para reducir el porcentaje de preocupación diaria. Consiste básicamente en establecer un periodo diario de preocupación de aproximadamente media hora, a realizar siempre a la misma hora y en el mismo lugar, al que se pospondrán todas las preocupaciones que vayan apareciendo durante el día. Luego, durante ese periodo de preocupación voluntaria, se podrá practicar la solución de problemas y la relajación aplicada.
- Discusión de creencias irracionales asociadas a la preocupación. Se siguieron los procedimientos descritos por Wells (1997) para la modificación mediante discusión racional y reestructuración cognitiva de las creencias positivas y negativas asociadas a la preocupación por las personas con preocupación excesiva, con especial énfasis inicial en el cambio de las creencias negativas.

Resultados

En primer lugar se realizó una prueba *t* de comparación de medias entre el grupo experimental y el control sobre las puntuaciones obtenidas previamente a la aplicación del programa. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en ninguna de las variables evaluadas. En la Tabla 1 pueden verse la media y la desviación típica de las puntuaciones de los dos grupos en las diferentes variables evaluadas tanto antes como después de la aplicación del programa.

TABLA 1. Puntuaciones medias (y desviaciones típicas) para cada una de las condiciones de tratamiento y momento de evaluación.

	<i>Grupo clínico</i>		<i>Grupo control</i>	
	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>
Preocupación-rasgo	30,8 (7,3)	23,3 (5,6)	28,3 (9,0)	29,4 (9,6)
Metapreocupación	12,8 (4,6)	10,5 (3,5)	11,6 (3,9)	11,5 (3,8)
Severidad de la ansiedad generalizada	39,8 (11,3)	27,9 (8,8)	35,0 (16,4)	35,8 (16,0)

Tras el tratamiento, se compararon de nuevo las puntuaciones entre los grupos mediante una prueba *t* para muestras independientes. El grupo clínico presenta puntuaciones significativamente inferiores en preocupación-rasgo ($t(39) = 2,57$; $p < 0,05$) y severidad de la ansiedad generalizada ($t(39) = 2,04$; $p < 0,01$), pero no en metapreocupación, respecto al grupo control. La variación en las puntuaciones entre las dos aplicaciones de la evaluación fue analizada mediante pruebas *t* para muestras relacionadas. En el grupo control no se produjeron diferencias estadísticamente significativas entre la evaluación previa al tratamiento y la evaluación posterior. En el grupo clínico, en cambio, las puntuaciones se redujeron significativamente entre una y otra

aplicación de las escalas para la preocupación-rasgo ($t(16) = 8,98$; $p < 0,01$), en severidad de la ansiedad generalizada ($t(16) = 7,40$; $p < 0,01$) y en metapreocupación ($t = 4,47$; $p < 0,01$). Estos datos se resumen en la Tabla 2 junto con los tamaños del efecto y los porcentajes de cambio.

TABLA 2. Pruebas t de comparación de medias, tamaños del efecto y porcentaje de cambio entre momentos temporales de cada condición clínica y entre condiciones.

	Grupo clínico (Pre-post)			Grupo control (Pre-post)			Grupo clínico- Grupo control (Post)	
	t	d	%	t	d	%	T	d
Preocupación-rasgo	8,98**	1,15	24,3	1,53	-0,13	-4,1	2,57*	0,75
Metapreocupación	4,47**	0,54	17,9	-0,41	-0,03	-1,0	0,80	0,25
Severidad de la ansiedad generalizada	7,40**	1,18	29,9	0,82	-0,05	-2,2	2,04**	0,59

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; $d = (M_1 - M_2) / S_{ponderada}$ (Cohen, 1988); porcentaje de cambio = $(M_{post} - M_{pre}) / M_{pre}$

Tamaños del efecto y porcentaje de cambio

Los tamaños del efecto suponen una medida estandarizada del cambio producido por la manipulación experimental y de este modo ofrecen una información comparable de la magnitud de este cambio. El estadístico d , propuesto por Cohen (1977) es probablemente el más empleado para calcular el tamaño del efecto. Según Cohen (1977, 1988), tamaños del efecto inferiores a 0,20 son muy bajos, hasta 0,50 son medios y hasta 0,80 son altos, aunque está propuesta de clasificación ha recibido numerosas críticas (véase Rosenthal, Rosnow y Rubin, 2000, para una revisión). La fórmula para calcular la d de Cohen es $d = (M_1 - M_2) / S_{ponderada}$, donde M_1 y M_2 son las medias de los dos grupos considerados (por ejemplo, grupo de tratamiento y grupo control) y $DT_{ponderada}$ es la desviación típica insesgada ponderada entre ambos grupos, que a su vez viene dada por la fórmula siguiente: $S_{ponderada} = \sqrt{[(n_1 - 1) S_1^2 + (n_2 - 1) S_2^2] / n_1 + n_2 - 2}$. Esta fórmula para calcular la d de Cohen se aplica igualmente para estimar el tamaño del efecto producido intra-grupo, es decir el grado en el que el tratamiento ha modificado las puntuaciones pre y post del mismo grupo, sin consideración del grupo control. A su vez, el porcentaje de cambio ofrece una medida del grado en el que una puntuación media se ha modificado respecto a la puntuación previa de tal forma que Porcentaje de cambio = $(M_{post} - M_{pre}) / M_{pre}$, donde M_{post} y M_{pre} son respectivamente la media de las puntuaciones después y antes de la aplicación del tratamiento.

Empleando estas fórmulas, calculamos los tamaños del efecto y los porcentajes de cambio para las diferentes variables evaluadas. Los tamaños del efecto son elevados en las comparaciones intra-grupos para el grupo clínico y prácticamente irrelevantes para el grupo control. Además, el tamaño del efecto inter-grupo fue elevado para la preocupación-rasgo y aceptable para la severidad de la ansiedad generalizada, aunque fue reducido para la metapreocupación. Respecto al porcentaje de cambio de las puntuacio-

nes, la mejora en el grupo clínico osciló entre el 17,9% (metapreocupación) y el 29,9% (severidad de la ansiedad generalizada), mientras que el porcentaje de cambio en las medidas del grupo control fue muy reducido en todos los casos (e incluso negativo).

Discusión

La hipótesis de partida de este trabajo era que el programa de entrenamiento cognitivo-conductual aplicado produciría una reducción significativa en las puntuaciones de aquellas dimensiones que reflejan la presencia de preocupación excesiva. Los tamaños del efecto intragrupo e intergrupo indican (con la excepción del tamaño en metapreocupación en la comparación entre grupos) que se ha producido una reducción significativa como efecto del tratamiento en el grupo experimental. Las comparaciones de medias en el grupo experimental entre los dos momentos de evaluación también indican que el programa ha resultado efectivo, así como la falta de diferencias en el grupo control. Los porcentajes de cambio en las puntuaciones del grupo clínico se pueden considerar asimismo aceptablemente elevados. Un cambio superior al 20% se ha considerado con frecuencia como el punto de corte para identificar un cambio clínicamente relevante (por ejemplo, Borkovec y Costello, 1993). En el presente trabajo, el porcentaje de mejora en el grupo clínico para dos de las medidas supera claramente ese punto de corte (casi un 30% para la severidad de la ansiedad generalizada). En todo caso, estos porcentajes de cambio son especialmente relevantes al considerar que las personas que participaron en el programa eran sujetos que presentaban niveles sub-clínicos de preocupación patológica, por lo que el margen de reducción es menor, ya que, además, determinado nivel de preocupación es adaptativo y funcional y se ha recomendado que el objetivo de las intervenciones clínicas debería ser la reducción de la preocupación, no su eliminación (Dupuy, Beaudoin, Rhéaume, Ladouceur y Dugas, 2001; Nuevo, Montorio, Márquez, Izal y Losada, 2004b).

El efecto del programa empleado en reducir la preocupación es además similar a lo informado en trabajos previos con personas mayores diagnosticadas de trastorno de ansiedad generalizada y empleando programas cognitivo-conductuales muy similares al utilizado aquí (Wetherell *et al.*, 2003). Como se indicó en la introducción, otros trabajos han indicado tamaños del efecto promedios inferiores a 0,80. El tamaño del efecto promedio que hemos encontrado en nuestro trabajo (0,96 para la comparación intragrupo en la condición experimental y 0,53 en la condición inter-grupo) coincide con resultados previos con personas mayores, a pesar del bajo efecto en la medida de metapreocupación. En el único estudio similar conocido que también incluye población mayor no clínica (Powers y Wisocki, 1997) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las comparaciones pre-post en tan sólo una medida, por lo que los resultados del presente trabajo sugieren también un buen funcionamiento del programa empleado. El efecto del programa es, sin embargo, reducido si se le compara con estudios clínicos con tratamientos cognitivo-conductuales para el trastorno de ansiedad generalizada en población de menor edad. Así, por ejemplo, un meta-análisis de Borkovec

y Wishman (1996) indica efectos promedio de 1,7. Esto puede ser atribuido a diferencias debidas a la edad, como la velocidad de aprendizaje, la motivación, o el curso crónico y habitualmente de larga historia del trastorno de ansiedad generalizada (lo que podría hacer la preocupación patológica más resistente al cambio con el envejecimiento), limitando quizás la utilidad genérica de los tratamientos en las personas mayores y haciendo recomendables duraciones más largas de los programas de intervención. En todo caso, y por lo que respecta al presente estudio, el carácter no clínico de los participantes puede ofrecer una explicación adicional, dado el menor margen posible de reducción de la ansiedad generalizada.

El reducido efecto del programa sobre la metapreocupación puede deberse, por otra parte, al carácter marcadamente clínico de esta variable. Tal y como Wells (1995) la concibe, y desarrolla la escala para evaluarla, la metapreocupación aparecería cuando la preocupación ya es bastante elevada y la persona empieza a realizar intentos activos por reducirla al considerarla aversiva, desagradable y peligrosa. De este modo, y según Wells (1997) lo que supondría el salto entre presentaciones subclínicas y clínicas de la preocupación sería el incremento de la metapreocupación. Dado que este trabajo utiliza una muestra con niveles subclínicos de preocupación, nuevamente el margen para una reducción elevada en esta variable es necesariamente reducido.

Entre los grupos experimental y control, por otro lado, las diferencias son reducidas en las comparaciones en las puntuaciones post. La explicación a esto probablemente sea que en todas las medidas el grupo experimental partía con puntuaciones superiores en las medidas pre. Es cierto que las diferencias no alcanzaban la significación estadística en las comparaciones iniciales, pero esto puede ser claramente un efecto del relativamente reducido tamaño de las muestras, lo que supone además una limitación de este trabajo. En cualquier caso, esto no sugiere que haya dudas sobre el efecto del programa, sino que explica porque el efecto en las comparaciones intergrupo está limitado. Puede pensarse que incrementando las muestras y maximizando el control de las diferencias en las puntuaciones previas, el efecto intergrupo tendería a asemejarse al efecto intragrupo en el grupo experimental, ya que las personas del grupo control no sólo no han reducido sus puntuaciones sino que las han incrementado muy ligeramente.

Por otro lado, aunque no se recogió de manera sistemática información sobre el grado de satisfacción de los participantes con el programa, o sobre la receptividad y el funcionamiento de cada técnica utilizada, la información cualitativa obtenida durante las sesiones y el cumplimiento de las actividades a realizar entre sesiones, y las opiniones reflejadas sobre cada elemento del programa durante la revisión de estas actividades al inicio de cada sesión, ofrecen una interesante información sobre la factibilidad de este programa en su aplicación a personas mayores. Así, el grado mayor de cumplimiento, satisfacción y convicción por parte de las personas participantes se produjo con la relajación progresiva y con la técnica de control de estímulos. Sin embargo, la distinción practicada en el entrenamiento en darse cuenta entre tipos de problemas de acuerdo a las dimensiones real-no real y con solución-sin solución resultó difícil de comprender para algunas personas por lo que el cumplimiento de las actividades fue bajo en esta técnica. Asimismo, y quizá como consecuencia de estas dificultades

de comprensión, a bastantes de los participantes les costó aplicar la técnica de solución de problemas a las dificultades interpersonales, generando una renuncia al empleo de esta técnica en situaciones de esa índole. Finalmente, la discusión de las creencias negativas y positivas sobre la preocupación fue la de más difícil aplicación durante las sesiones. Primero, por el carácter parcialmente abstracto e introspectivo que implica la discusión de las propias creencias, por lo que a algunas personas les costó comprender el concepto y produjo una baja tasa de realización de las tareas vinculadas a esta técnica. Segundo, por la posibilidad, incluso planteada de manera explícita por uno de los participantes, de que algunas creencias positivas sobre el uso de la preocupación (sobre todo asociadas a la responsabilidad familiar) y también algunas creencias negativas (especialmente las vinculadas a que la preocupación ante ciertas situaciones, incluso imaginadas, pueda realmente llegar a ser controlable, aunque sea de manera parcial), tengan un valor moral, es decir, no puedan ser discutidas ni racionalizadas y sean ya una parte cristalizada (por una larga historia de aprendizaje, adaptaciones y readaptaciones) de la cultura y los valores de algunas personas mayores, algo que constituye su percepción moral de sí mismos y no están dispuestos a cambiar.

Estas dificultades, por otra parte, son un efecto lógico de la corta duración del programa. Probablemente, para aplicar un programa de este tipo con personas mayores sería recomendable, por un lado, una mayor cantidad de sesiones para eliminar algunas de estas barreras. Por otro lado, el análisis cualitativo de la factibilidad del programa, discutido en el párrafo anterior lleva a pensar que las técnicas más directivas y menos abstractas, con instrucciones claras y efectos visibles, son preferibles para un elevado porcentaje de las personas mayores. Siempre, claro está, que sea posible aplicarlas y siempre que no se pueda optar por una duración incrementada del programa. Aún así, el programa analizado en este estudio fue aceptablemente efectivo en reducir la preocupación, por lo que cabe pensar que los elementos de control de estímulos y relajación progresiva son los responsables del cambio y podrían, de manera aislada, producir efectos similares. Futuros estudios que analicen los efectos de la aplicación de una sola técnica podrán aportar más información a este respecto.

En definitiva, el presente trabajo sugiere que las estrategias cognitivo-conductuales pueden ser efectivas en el afrontamiento clínico de la preocupación excesiva en la vejez. Un futuro análisis específico del efecto de cada componente del programa por separado permitirá conocer cuáles son los componentes activos responsables del efecto producido y mejorar futuras intervenciones en este ámbito.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Barrowclough, C., King, P., Colville, J., Russell, E., Burns, A. y Tarrier, N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counseling for anxiety symptoms in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 756-762.

- Borkovec, T.D. y Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Borkovec, T.D., Wilkinson, L., Folsensbee, R. y Lerman, C. (1983). Stimulus control applications to the treatment of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 247-251.
- Borkovec, T.D. y Wishman, M.A. (1996). Psychosocial treatments for Generalized Anxiety Disorder. En M. Mavissakalian y R. Prien (Eds.), *Long term treatment of anxiety disorders* (pp. 177-199). Washington: American Psychiatric Association.
- Bornstein, D.A., Borkovec, T.D. y Hazlett-Stevens, H. (2000). *New directions in progressive relaxation training: A guide book for helping professionals*. Westport: Praeger Publishers.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Nueva York: Academic Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Erlbaum: Hillsdale.
- Dugas, M.J., Freeston, M.H., Lachance, S., Provencher, M. y Ladouceur, R. (1995, Julio). *The Worry and Anxiety Questionnaire: Initial validation in non-clinical and clinical samples*. Comunicación presentada en el World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies. Copenhagen, Denmark.
- Dugas, M.J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del Trastorno por Ansiedad Generalizada. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 211-240). Madrid: Siglo XXI.
- Dupuy, J.B., Beaudoin, S., Rhéaume, J., Ladouceur, R. y Dugas, M.J. (2001). Worry: Daily self-reportin clinical and non-clinical populations. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1249-1255.
- D'Zurilla, T.J. (1986). *Problem-solving therapy. A social competence approach to clinical interventions*. Nueva York: Springer.
- Flint, A.J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151, 640-649.
- Fresco, D.M., Heimberg, R.G., Mennin, D.S. y Turk, C.L. (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 313-323.
- Hopko, D.R., Stanley, M.A., Reas, D.L., Wetherell, J.L., Beck, J.G, Novy, D.M. y Averill, P.M. (2003). Assessing worry in older adults: Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment*, 15, 173-183.
- Ibáñez, I., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C.D. (2000). El Cuestionario de Preocupación y Ansiedad: un instrumento para la evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6, 203-221.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Mohlman, J., Gorenstein, E.E., Kleber, M., De Jesus, M., Gorman, J.M. y Papp, L.A. (2003). Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 24-32.
- Montero, I. y León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.

- Montorio, I., Nuevo, R., Izal, M., Márquez, M. y Losada, A. (2005). *Analysis of the adequacy of DSM-IV criteria for Generalized anxiety disorder in elderly people*. Manuscrito sometido a publicación.
- Montorio, I., Nuevo, R., Márquez, M., Izal, M. y Losada, A. (2003). Characterization of worry according to the severity of anxiety. *Aging and Mental Health*, 7, 334-341.
- Nuevo, R. (2001). *Ansiedad en la vejez. Prevalencia y caracterización del fenómeno de la preocupación*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: UAM.
- Nuevo, R., Montorio, I. y Borkovec, T.D. (2004a). A test of the role of metaworry in the prediction of pathological worry in an elderly sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 209-218.
- Nuevo, R., Montorio, I., Márquez, M., Izal, M. y Losada, A. (2004b). Análisis del fenómeno de la preocupación en personas mayores. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 337-355.
- Nuevo, R., Montorio, I. y Ruiz, M.A. (2002). Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) a población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 8, 157-172.
- Palmer, B.W., Jeste, D.V. y Sheikh, J.I. (1997). Anxiety disorders in the elderly: DSM-IV and other barriers to diagnosis and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 46, 183-190.
- Powers, C.B. y Wisocki, P.A. (1997). An examination of the therapeutic benefits of focus groups on elderly worriers. *Internacional Journal of Aging and Human Development*, 45, 159-167.
- Ramos-Álvarez, M.M. y Catena, A. (2004). Normas para la elaboración y revisión de artículos originales experimentales en Ciencias del Comportamiento. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 173-189.
- Rosenthal, R., Rosnow, R.L. y Rubin, D.B. (2000). *Contrasts and Effect Sizes in Behavioral Research: A Correlational Approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Sheik, J.I. (1996, noviembre). *Anxiety disorders in the elderly: A literature review and future directions*. Paper presented at the 39th Annual Meeting of the Gerontological Society of America, New Orleans.
- Stanley, M.A., Hopko, D.R., Diefenbach, G.J., Bourland, S.L., Rodríguez, H. y Wagener, P. (2003). Cognitive-behavior therapy for late life Generalized Anxiety Disorder in primary care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 92-96.
- Wells, A. (1994). A multidimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress and Coping*, 6, 289-299.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of Generalized Anxiety Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. y Carter, K. (1999). Preliminary tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 585-594.
- Wetherell, J.L., Gatz, M. y Craske, M.G. (2003). Treatment of Generalized Anxiety Disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 31-40.
- Wisocki, P.A. (1994). The experience of worry among the elderly. En G.C.L. Davey y F. Tallis (Eds.), *Worrying. Perspectives on theory, assessment and treatment* (pp. 247-261). Chichester: Wiley.