



Grado en Psicología
Trabajo Fin de Grado
Curso 2024-25
Convocatoria de Junio



Modalidad: Revisión bibliográfica

Título: Eficacia del mindfulness en ansiedad y depresión geriátrica: una revisión sistemática

Autor/a: Jose Ignacio Navarro Tafalla

Tutor/a: Javier Manchón López

COIR nº: TFG.GPS.JML.JINT.241011

Elche, 31 de mayo de 2025

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	3
3. Método.....	5
3.1. Procedimiento de búsqueda y criterios de selección.....	5
3.1.1. Tabla 1.....	6
3.2. Procedimiento y síntesis de resultados.....	6
3.2.1. Figura 1.....	7
3.3. Evaluación de sesgos.....	7
3.3.1. Tabla 2.....	7
3.3.2. Tabla 3.....	9
4. Resultados.....	10
4.1. Resumen de las publicaciones seleccionadas.....	10
4.1.1. Tabla 4.....	11
4.2. Intervenciones basadas en el mindfulness.....	14
4.3. Intervenciones que utilizan la atención plena junto a componentes cognitivos...14	
4.4. Variable resultado: ansiedad.....	14
4.5. Variable resultado: depresión.....	15
5. Discusión.....	16
6. Referencias.....	18

Resumen: La ansiedad y depresión han incrementado de forma considerable en los últimos años. El aumento en la esperanza de vida ha provocado que cada vez sean más las personas que se enfrentan a los problemas relacionados con la edad. Debido a ello, se resalta la necesidad de desarrollar técnicas y tratamientos que permitan abordar dichos casos de forma eficaz. En este contexto, el Mindfulness representa un enfoque prometedor. El presente estudio tuvo por objetivo llevar a cabo una revisión sistemática sobre la eficacia de dicha terapia de tercera generación en depresión y ansiedad en población geriátrica. Siguiendo el protocolo PRISMA, se revisaron las siguientes bases de datos: PsycInfo, Web of Science, Scopus y PubMed. En un inicio se obtuvieron 689 publicaciones potencialmente elegibles, de las cuales, nueve fueron seleccionadas. La calidad de los artículos se analizó utilizando el instrumento "Effective Public Health Practice Project". En cuanto a los resultados encontrados, se observaron disminuciones estadísticamente significativas en depresión y ansiedad en la mayoría de los estudios. A pesar de estos hallazgos, sigue siendo necesario llevar a cabo más investigaciones.

Palabras clave: Mindfulness. Terapia de Aceptación y Compromiso. Depresión. Ansiedad. Geriátrica.

Introducción

La ansiedad y la depresión han aumentado de forma considerable en los últimos años. Según datos de la OMS (World Health Organization, WHO, 2023), se estima que aproximadamente un 4% de la población mundial padece un trastorno de ansiedad, lo que los convierte en los trastornos mentales más comunes en el mundo. Respecto a la depresión, se señala que el 3,8% de la población la experimenta, incluido el 5% de los adultos y el 5,7% de los mayores de 60 años (WHO, 2023). Factores de riesgo como la falta de apoyo social, común en edades avanzadas, pueden incrementar la presencia de dichas condiciones en población geriátrica (Castro et al., 2006). Sumado a estos datos, se señala que tan solo en el primer año de la pandemia de COVID-19 la prevalencia de la ansiedad y la depresión aumentó un 25% a nivel mundial (WHO, 2022). Todos estos datos justifican la necesidad de llevar a cabo estudios que evalúen la eficacia de distintos tratamientos en dichos trastornos, ya que su presencia y relevancia en la sociedad es cada vez mayor.

Entre los trastornos de ansiedad que pueden padecer las personas mayores destaca el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), que se caracteriza por una ansiedad y preocupación excesivas, sentimientos de miedo, pavor e inquietud, difíciles de controlar y que se dan en la mayoría de los días durante al menos seis meses (American Psychiatric Association, APA, 2013). Otros síntomas son la sensación de nerviosismo, fatiga, irritabilidad, tensión muscular y dificultades para concentrarse y dormir (Montorio et al.,

2011). Este trastorno puede persistir durante décadas y se asocia con numerosos resultados negativos en las personas mayores, como una peor calidad de vida, una mayor discapacidad y utilización de la atención médica (Gould et al., 2021).

Por otra parte, en un trastorno depresivo, la persona experimenta un estado de ánimo deprimido o una pérdida del placer o interés por realizar actividades (WHO, 2023). En cuanto a los posibles síntomas, encontramos dificultades para concentrarse, sentimiento de culpa o baja autoestima, falta de esperanza acerca del futuro, pensamientos de muerte o suicidio, alteraciones de sueño, cambios en el peso y apetito y sensación de cansancio o de falta de energía (WHO, 2023). En personas mayores, además, es frecuente que los cuadros depresivos se presenten junto a otras patologías médicas crónicas, deterioro cognitivo o pérdida de funcionalidad (Dechent, 2008).

Además, los trastornos relacionados con el estrés, como la depresión clínica y los trastornos de ansiedad, tienen un efecto negativo a nivel neurocognitivo. En las personas mayores, este deterioro se observa especialmente en la memoria y en el control cognitivo, lo cual puede afectar a la realización de actividades diarias relevantes (Wetherell et al., 2017).

Otro aspecto importante que destacar hace referencia a la comorbilidad que dichos trastornos tienen con otras condiciones y enfermedades como la diabetes o el dolor crónico (Arango-Dávila y Rincón-Hoyos, 2018; Sartorius, 2018). Debido a que la manifestación de muchas de estas alteraciones aumenta con la edad, las personas mayores representan un grupo especialmente vulnerable.

La gran mayoría de investigaciones psicoterapéuticas sobre el TAG y la depresión en la vejez han involucrado la terapia cognitivo-conductual (TCC). Sin embargo, según Gould et al. (2021), la evidencia metaanalítica de una menor eficacia de la TCC para el TAG en personas mayores en comparación con adultos en edad laboral sugiere que puede ser necesaria alguna forma alternativa de intervención psicológica para controlar el TAG en personas mayores. Otro tratamiento frecuentemente estudiado en esta condición es el farmacológico. Sin embargo, aunque los antidepresivos han demostrado eficacia en el TAG, algunas personas prefieren la psicoterapia en lugar del uso de medicamentos, debido a la preocupación e hipervigilancia de posibles efectos secundarios adversos (Wetherell et al., 2011).

Debido a todo ello, se ha señalado la necesidad de investigar nuevas terapias psicológicas que se ajusten en mayor medida a las características y necesidades de dicha población. En este contexto, se destaca el mindfulness, un enfoque prometedor. Esta nueva terapia puede ser beneficiosa no solo a nivel psicológico, sino también a nivel fisiológico y cognitivo. Existe evidencia de que el mindfulness produce mejoras en la cognición, especialmente en la atención y en las funciones ejecutivas (Galluzzi et al., 2024). El aumento en la atención plena parece mejorar la respuesta neuroendocrina al estrés, lo que resulta en una menor

producción de cortisol. Además, dicha práctica podría corregir la hiperactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en personas mayores con ansiedad y depresión, produciendo beneficios clínicos (Wetherell et al., 2017). Otro enfoque terapéutico que comparte características con el mindfulness es la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Según Wetherell et al. (2011), la principal distinción entre esta y la TCC, es que en la ACT el objetivo no es reducir la frecuencia o intensidad de las experiencias internas que resultan desagradables para la persona (pensamientos, emociones...), sino reducir la lucha por controlar o eliminar dichas experiencias. Además, se busca aumentar la participación en actividades vitales significativas, la aceptación y el compromiso con valores personales (Hayes et al., 2012). Respecto a su relación con la atención plena, se destaca que la aceptación, por su parte, incluye técnicas diseñadas para fomentar la conciencia de la experiencia, sin juzgar los eventos ni tratar de evitarlos (Wetherell et al., 2011). Esto último guarda relación con el mindfulness, ya que se define como la práctica de centrarse en el momento presente mientras se mantiene una conciencia plena de las experiencias internas y externas, sin juzgarlas (Galluzzi et al., 2024).

Finalmente, aunque existe cierta evidencia de que el mindfulness puede mejorar síntomas presentes en el TAG y en el trastorno depresivo, las investigaciones encontradas en la literatura científica son escasas. Aunque ya se han realizado revisiones sobre esta temática, como la llevada a cabo por Miró et al. (2011), en la que se observaron efectos beneficiosos en ansiedad y depresión, se considera fundamental llevar a cabo actualizaciones que pongan de manifiesto los nuevos resultados encontrados. Otro aspecto a destacar es el hecho de que la mayoría de revisiones se han centrado en adultos o en la población general, por lo que realizar una revisión sistemática focalizada en mayores de 60 años resulta especialmente necesario. Por lo tanto, el presente trabajo tuvo como objetivo llevar a cabo una revisión sistemática sobre la eficacia del mindfulness en síntomas de ansiedad y depresión en población mayor de 60 años.

Método

Procedimiento de búsqueda y criterios de selección

La revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo las pautas especificadas en la declaración PRISMA 2020 (Page et al., 2021). En la Tabla 1 se indican las bases de datos utilizadas, fecha de búsqueda, términos y filtros utilizados. En cuanto a los criterios de inclusión, se seleccionaron aquellos artículos que, desde el enfoque del mindfulness o de la ACT, evaluaban la ansiedad o la depresión en población mayor de 60 años y estaban escritos en inglés o castellano. En cuanto a los requisitos metodológicos, los ensayos debían ser

aleatorizados y con grupo control. Respecto a los criterios de exclusión, se han descartado artículos sin relación temática, de caso único, revisiones sistemáticas, propuestas de intervención, metaanálisis, libros, protocolos, resúmenes, ensayos sin grupo control, no aleatorizados y aquellos cuya población comprendía edades menores a los 60 años. No se estableció ningún límite temporal en la selección de los estudios.

Tabla 1

Bases de datos y criterios de búsqueda

FECHA	BASE DE DATOS	DESCRIPTORES	RESULTADOS
10/10/2024	PsycInfo	("Acceptance and commitment" OR "Mindfulness" OR "Third wave") AND ("Anxiety") AND ("Geriatr*" OR "Older adults") *Filtro: Publicaciones académicas	128
10/10/2024	Web of Science	("Acceptance and commitment" OR "Mindfulness" OR "Third wave") AND ("Anxiety") AND ("Geriatr*" OR "Older adults") *Filtros: Artículos / En inglés	268
10/10/2024	Scopus	("Acceptance and commitment" OR "Mindfulness" OR "Third wave") AND ("Anxiety") AND ("Geriatr*" OR "Older adults") *Filtros: Artículos / En inglés y español	145
10/10/2024	PubMed	("Acceptance and commitment" OR "Mindfulness" OR "Third wave") AND ("Anxiety") AND ("Geriatr*" OR "Older adults")	148

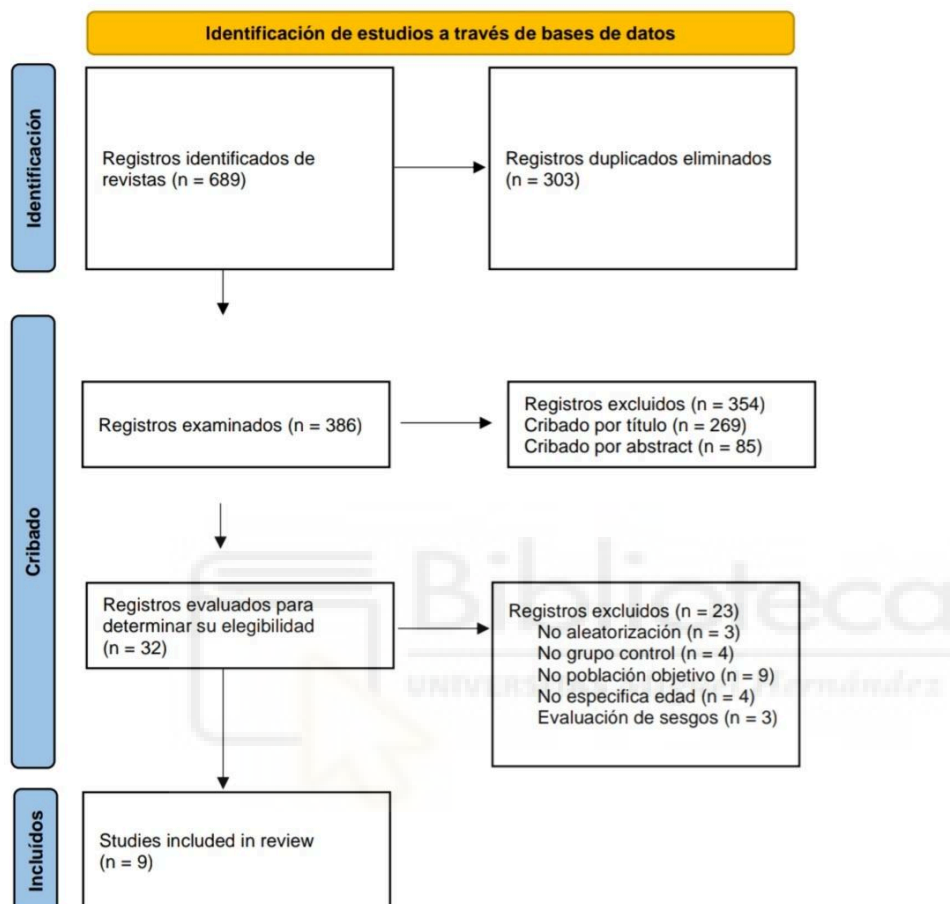
Procedimiento y síntesis de resultados

La revisión sistemática fue realizada por dos investigadores de forma independiente, siguiendo las etapas señaladas en el diagrama de flujo de la Figura 1. De las 689 publicaciones identificadas, se eliminaron 303 por estar duplicadas. Los 386 registros restantes fueron sometidos al cribado por título y resumen, eliminando 354 por no cumplir con los criterios de exclusión e inclusión. Posteriormente, se realizó un segundo cribado a partir de la lectura de los resúmenes. Este se realizó de forma independiente y, posteriormente, se comprobó el grado de acuerdo entre ambos, comentando las discrepancias hasta alcanzar un acuerdo interjueces. Los 32 artículos restantes fueron

sometidos a la evaluación por texto completo. De estos, 23 fueron excluidos, siendo nueve los que finalmente se seleccionaron para llevar a cabo la revisión sistemática.

Figura 1

Diagrama de flujo



Evaluación de sesgos

El riesgo de sesgos fue evaluado utilizando el instrumento Effective Public Health Practice Project (Thomas et al., 2004; Armijo-Olivo et al., 2021). En la Tabla 2 se muestran los factores clave para evaluar dicha calidad metodológica acompañados de las preguntas que los conforman.

Tabla 2

Criterios del instrumento de evaluación de sesgos

Sesgo de selección	¿Es probable que los individuos seleccionados para participar en el estudio sean representativos de la población objetivo?
--------------------	--

	¿Qué porcentaje de los individuos seleccionados aceptaron participar?
Diseño del estudio	Indique el diseño del estudio
	¿Se describió el estudio como aleatorizado?
	Si la respuesta es sí, ¿se describió el método de aleatorización?
	Si la respuesta es sí, ¿era apropiado el método?
Factores de confusión	¿Existieron diferencias importantes entre los grupos antes de la intervención?
	Si la respuesta es sí, indique el porcentaje de factores de confusión relevantes que fueron controlados.
Cegado	¿El (los) evaluador(es) de los resultados sabían sobre el estado de la intervención o exposición de los participantes?
	¿Los participantes estaban al tanto de la pregunta de investigación?
Recolección de datos	¿Se demostró que las herramientas de recolección de datos eran válidas?
	¿Se demostró que las herramientas de recolección de datos eran confiables?
Bajas y abandonos	¿Se reportaron las bajas y abandonos en términos de números y/o razones por grupo?
	Indique el porcentaje de participantes que completaron el estudio. (Si el porcentaje difiere por grupos, registre el más bajo).

Cada factor se clasificaba como “débil”, “moderado” o “fuerte”. Una clasificación de “débil” en un dominio indica que tiene serias limitaciones o deficiencias que podrían comprometer la validez de los resultados del estudio. Una clasificación de “moderado” indica también la existencia de limitaciones, pero no lo suficientemente graves como para comprometer significativamente dichos resultados. Finalmente, una clasificación de “fuerte” indica que el estudio muestra pocos o ningún problema en ese factor.

Posteriormente, se realizó la categorización global del artículo. Un artículo categorizado como “débil” indica la presencia de dos o más factores débiles. Uno categorizado como “moderado” indica que existe un factor que ha sido clasificado como débil. Un artículo categorizado como “fuerte” implica que no hay factores clasificados como débiles. Se seleccionaron únicamente aquellos estudios cuya categorización global fue la de “moderado” o “fuerte”. En la Tabla 3 se muestra la evaluación de los distintos factores de cada artículo, así como la clasificación global del mismo.

Tabla 3
Evaluación de sesgos

Referencia	F1	F2	F3	F4	F5	F6	Clasificación final
Ahmadpanah et al. (2017)	A	A	A	B	A	A	A
Cai et al. (2022)	A	A	A	A	A	A	A
Chojak (2023)	B	A	A	C	A	A	B
Helmes y Ward (2015)	A	A	A	C	A	A	B
Hsiung et al. (2023)	B	A	A	B	A	A	A
Klainin-Yobas et al. (2019)	B	A	A	C	A	B	B
Wetherell et al. (2017)	B	A	B	B	A	B	A
Lwi et al. (2023)	B	A	A	B	A	B	A
Perez-Blasco et al. (2016)	B	A	A	B	A	A	A

F1: Sesgo de selección; F2: Diseño del estudio; F3: Factores de confusión; F4: Cegamiento; F5: Recolección de datos; F6: Abandonos y retiros. A: Fuerte; B: Moderado; C: Débil.

Resultados

Resumen de las publicaciones seleccionadas

En la Tabla 4 se muestra el resumen de las nueve publicaciones revisadas. En ella, se recoge información relativa a las características de la muestra, datos de la intervención y principales resultados encontrados. En el apartado de referencias, los artículos seleccionados para llevar a cabo esta revisión sistemática se han señalado con un asterisco. En primer lugar, se destaca que todas las publicaciones seleccionadas tuvieron como objetivo evaluar el efecto del mindfulness o de la ACT en ansiedad y/o depresión en población mayor de 60 años.

Con respecto a la muestra, se observaron diferentes poblaciones: pacientes residenciales (Chojak, 2023; Helmes y Ward, 2015), diagnosticados con algún trastorno depresivo o de ansiedad (Ahmadpanah et al., 2017; Wetherell et al., 2017), diagnosticados de DCL (deterioro cognitivo leve) y/o insomnio (Cai et al., 2022; Klainin-Yobas et al., 2019), pacientes residenciales que cumplían criterios de discapacidad (Hsiung et al., 2023) y participantes sanos (Lwi et al., 2023; Pérez-Blasco et al., 2016). En cuanto al tamaño muestral de las publicaciones seleccionadas, varió entre $n = 34$ y $n = 103$. Respecto al género, excepto en el estudio de Ahmadpanah et al. (2017), que incluyó únicamente mujeres ($n = 34$), el resto de investigaciones tuvieron muestras mixtas, generalmente con un porcentaje superior de mujeres. En cuanto a la edad de los participantes, como se ha señalado anteriormente, todos tenían 60 años o más. Respecto al enfoque terapéutico utilizado, se pueden clasificar los estudios en dos categorías en función de las diferencias conceptuales y metodológicas presentes entre sus intervenciones: mindfulness (7 artículos) y mindfulness con componentes cognitivos (2 artículos). En lo que respecta a la categoría mindfulness, los estudios incluidos se centran en evaluar el impacto de la atención plena como técnica independiente. Es una intervención más general que puede ser aplicada junto a otros enfoques terapéuticos, ya sea de forma principal o complementaria. Respecto a la categoría mindfulness con componentes cognitivos, que incluye un artículo de MBCT y otro de ACT, cabe destacar que, aunque integran principios del mindfulness, se distinguen por emplear aspectos cognitivos como parte esencial de la terapia. En el caso de la ACT, se destaca la flexibilidad psicológica y el compromiso con valores personales. Finalmente, se señala que la MBCT combina el mindfulness con técnicas de TCC. El formato de aplicación en todos los artículos fue grupal. El número de sesiones varió entre $n = 8$ y $n = 18$, con una duración habitual de una hora/90 minutos en la mayoría de los casos. Finalmente, cabe destacar que de las 9 investigaciones seleccionadas, 6 llevaron a cabo seguimientos (Ahmadpanah et al., 2017; Helmes y Ward, 2015; Hsiung et al., 2023; Klainin-Yobas et al., 2019; Wetherell et al., 2017; Lwi et al., 2023).

Tabla 4*Tabla resumen de los estudios*

Referencia	Muestra	Intervención	Resultados
Ahmadpanah et al. (2017)	34 mujeres diagnosticadas de TDM Edad: $M = 69.23$ ($DE = 4.35$)	8 sesiones grupales de entre 60-90 minutos GE: DM ($n = 17$) GC: AG ($n = 17$)	GDS: mayor disminución de la depresión en el GE y se mantiene en el seguimiento BAI: mayor disminución de la ansiedad en el GE y se mantiene en el seguimiento (***) MADSR: mayor disminución de la depresión en el GE y se mantiene en el seguimiento (***)
Cai et al. (2022)	75 pacientes residenciales diagnosticados de DCL e insomnio (74,7% mujeres) Edad: 60 años o más	8 sesiones grupales de 90 minutos GE: MF ($n = 38$) GC: HEP ($n = 37$)	SAS: disminución de la ansiedad en el GE (*) PSS: disminución del estrés percibido en el GE (*)
Chojak (2023)	100 participantes procedentes de centros de atención diaria Edad: entre 60 y 95 años	12 módulos grupales de entre 20-40 minutos GE: ACT ($n = 50$) GC: PPI ($n = 50$)	DASS: disminución de sintomatología depresiva y de ansiedad en ambos grupos (***)
Helmes y Ward (2015)	52 pacientes residenciales Edad: $M = 83$	8 sesiones grupales de 60 minutos GE: MBCT ($n = 26$) GC: AG ($n = 26$)	GAI: disminución de la ansiedad en el GE y se mantiene en el seguimiento (***) ASI: disminución de la sensibilidad a la ansiedad en el GE y se mantiene en el seguimiento (***)

Hsiung et al. (2023)	67 pacientes residenciales que cumplían criterios de discapacidad (60,5% mujeres) Edad: 65 años o más	GE: MBEC, 8 sesiones grupales de 50 minutos ($n = 38$) GC: TAU ($n = 39$)	STAI: Disminución de la ansiedad estado y rasgo en el GE. La disminución de la "ansiedad estado" no se mantiene en el seguimiento GDS-SF: Disminución en ambos grupos, pero no se observan diferencias significativas entre GE Y GC
Klainin-Yobas et al. (2019)	55 participantes con DCL Edad: Entre 60 y 85 años	Sesiones grupales de 40 minutos: una vez a la semana durante 3 meses, posteriormente, una vez al mes durante 6 meses GE: MAP ($n = 28$) GC: HEP ($n = 27$)	GAI: Disminución de la ansiedad en ambos grupos, pero en mayor medida en el GC a los 3 (***) y a los 9 meses (**) GDS: Disminución de la depresión en ambos grupos, pero en mayor medida en el GC a los tres meses (***). A los 9 meses no hay diferencias ($p = ,05$)
Wetherell et al. (2017)	103 participantes con trastorno depresivo o de ansiedad (73% mujeres) Edad: 65 años o más	8 sesiones grupales de 90 minutos GE: MBSR ($n = 47$) GC: HEP ($n = 56$)	PSWQ: Mayor disminución de la preocupación crónica en el GE (*) PROMIS: Disminución de la depresión y la ansiedad en GE y se mantiene en el seguimiento (*) En participantes con niveles basales altos de cortisol, disminución únicamente en el GE
Lwi et al. (2023)	49 participantes sanos Edad: Entre 60 y 80 años	8 sesiones grupales de 2'5 horas GE: MBSR ($n = 23$)	STAI: No se observaron diferencias significativas entre

				GC: HEP ($n = 26$)	grupos. La ansiedad no disminuyó en ningún grupo tras la intervención GDS: Disminución de la depresión en ambos grupos tras la intervención, pero sin diferencias entre ambos (*)
Pérez-Blasco et al. (2016)	43 participantes sanos (67,4% mujeres) Edad: 60 años o más			GE: MF, 10 grupales sesiones de 2 horas ($n = 20$) GC: Lista de espera ($n = 23$)	DASS: Menores niveles de ansiedad ($p < ,001$) y estrés (*) en el GE.

Notas de instrumentos. GDS: Escala de Depresión Geriátrica; BAI: Inventario de Ansiedad de Beck; MADSR: Escala de Calificación de la Depresión de Montgomery-Asberg; SAS: Escala de Ansiedad de Autoevaluación; PSS: Escala de Estrés Percibido; DASS: Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés; GAI: Inventario de Ansiedad Geriátrica; ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad; STAI: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo; GDS-SF: Escala de Depresión Geriátrica Forma Corta; PSWQ: Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania; PROMIS: Sistema de Información de Resultados Reportados por el Paciente.

Notas de tabla. TDM: Trastorno depresivo mayor; DCL: Deterioro cognitivo leve; DM: Terapia de mindfulness desapegado; AG: Actividades en grupo; MF: Mindfulness; HEP: Programa de Educación en Salud; PPI: Intervención basada en la psicología positiva; ACT: Terapia de aceptación y compromiso; MBCT: Terapia Cognitiva Basada en la Atención Plena; MBEC: Programa de cuidado de ancianos basado en la atención plena; TAU: Tratamiento habitual; MAP: Programa de Concienciación de Mindfulness; MBSR: Reducción del estrés basada en la atención plena; GE: Grupo experimental; GC: Grupo control. (*): $p < ,05$; (**): $p < ,01$; (***): $p < ,001$.

Intervenciones basadas en el mindfulness

Estas intervenciones (Ahmadpanah et al., 2017; Cai et al., 2022; Hsiung et al., 2023; Klainin-Yobas et al., 2019; Wetherell et al., 2017; Lwi et al., 2023; Pérez-Blasco et al., 2016) estaban enfocadas en fomentar la toma de conciencia de los propios pensamientos, sin juzgarlos, reconociéndolos como meros procesos mentales. A través de prácticas como el enfoque en la respiración consciente y el escaneo corporal se pretendió aumentar la comprensión de uno mismo y la autocompasión para dar lugar así a un mayor bienestar. En el caso de la investigación llevada a cabo por Klainin-Yobas et al. (2019), además del escaneo corporal y la focalización en partes del cuerpo, se incluyó también la práctica de la atención plena caminando, así como tareas visomotoras de las extremidades. De esta manera, se pretendió fomentar una mejor coordinación mente-cuerpo (Klainin-Yobas et al., 2019). En el caso del estudio de Lwi et al. (2023), también se promovió el ejercicio del mindfulness en movimiento, así como su práctica informal en situaciones cotidianas del día a día. A través de las sesiones, también se fomentó la apertura al cambio, la introspección y la autorreflexión. Por ejemplo, en la investigación de Hsiung et al. (2023), se destinaban unos minutos de la reunión a reflexionar sobre lo aprendido en la sesión anterior. Finalmente, se destaca que en el estudio de Ahmadpanah et al. (2017), los participantes de ambos grupos comenzaron a tomar citalopram en dosis terapéuticas antes de su inclusión en el estudio. Por lo tanto, en este caso, también se llevó a cabo una intervención farmacológica de forma paralela. De los 7 estudios seleccionados, 5 utilizaron un grupo de control activo (GCA) en sus intervenciones (Ahmadpanah et al., 2017; Cai et al., 2022; Klainin-Yobas et al., 2019; Wetherell et al., 2017; Lwi et al., 2023).

Intervenciones que utilizan la atención plena junto a componentes cognitivos

El programa de MBCT llevado a cabo en la investigación de Helmes y Ward (2015) se basó en el protocolo propuesto por Segal et al. (2002). Las sesiones tuvieron una duración de 90 minutos. Durante las sesiones, se fomentaron las discusiones grupales y el apoyo mutuo para incrementar el sentido de control y reducir la dependencia. Además, se entregaron folletos en los que se resumía el contenido de la reunión. Estos incluían tareas para casa y un diario para registrar las prácticas que realizaban. El GC fue activo y llevó a cabo actividades grupales (Helmes y Ward, 2015).

En el caso de la intervención basada en la ACT, la actuación en el GE consistió en un programa de 12 módulos que se basó en las premisas de la ACT y se diseñó de acuerdo con la literatura científica pertinente. Los componentes del tratamiento fueron: aceptación, defusión, yo como contexto, compromiso con la acción, valores y contacto con el momento presente. Además, los módulos incluyeron ejercicios experienciales, metáforas y psicoeducación sobre diversos temas, como el abandono del control, la desesperanza creativa o la normalización del pensamiento negativo. Cabe destacar que el grupo de control fue activo, ya que recibió una intervención basada en la psicología positiva (Chojak, 2023).

Variable resultado: ansiedad

La ansiedad fue medida en todos los estudios seleccionados. Esta variable fue evaluada a través de distintos instrumentos de medida. En el estudio de Ahmadpanah et al. (2017) se utilizó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988). Cai et al. (2022) utilizaron la Escala de Ansiedad de Autoevaluación (SAS; Zung, 1971), así como la Escala de Estrés Percibido (PSS; Cohen et al., 1983) por su relación con esta variable. En las investigaciones llevadas a cabo por Chojak (2023) y Pérez-Blasco et al. (2016), se usaron las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS; Lovibond, 1995). En los estudios de Helmes y Ward

(2015) y Klainin-Yobas et al. (2019) se aplicó el Inventario de Ansiedad Geriátrica (GAI; Pachana et al., 2007). En relación con esta variable, Helmes y Ward (2015) también aplicaron el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI; Peterson y Reiss, 1993). Por otra parte, Hsiung et al. (2023) y Lwi et al. (2023) utilizaron el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, 1970). Por último, en el caso de la investigación llevada a cabo por Wetherell et al. (2017), se usó el Sistema de Información de Resultados Reportados por el Paciente (PROMIS; Gershon et al., 2010) para medir la ansiedad, así como el Cuestionario de Preocupación de la Universidad Estatal de Pensilvania (PSWQ; Hopko et al., 2003) para evaluar la preocupación crónica debido a su relación con la variable de estudio. Además, se midieron los niveles de cortisol de los participantes (Wetherell et al., 2017).

En cuanto a los resultados encontrados, en ocho de los nueve estudios seleccionados se observó una disminución de la ansiedad en el GE (mindfulness o ACT). Esta mejora también se pudo observar en variables relacionadas. En el estudio de Cai et al. (2022), se encontró una disminución del estrés percibido en el grupo tratado con mindfulness. Por otro lado, en la investigación de Helmes y Ward (2015), se comprobó que los sujetos tratados con MBCT experimentaron una reducción de la sensibilidad a la ansiedad, la cual se mantuvo en el seguimiento. Respecto a las medidas del cortisol realizadas en el estudio de Wetherell et al. (2017), se señala que se observó una disminución en aquellos que tenían niveles basales altos. Esta reducción solo se dio en el grupo tratado con mindfulness (Wetherell et al., 2017). Por lo tanto, en la mayoría de investigaciones se encontró una mejora significativa de la ansiedad en los participantes tratados con mindfulness o ACT, así como en variables relacionadas.

Del mismo modo, se señala que en algunos casos también se observó una mejora de esta variable en el GC activo. Por ejemplo, en la investigación de Chojak (2023) también hubo una disminución en el GC, el cual recibió una intervención basada en la psicología positiva. Cabe destacar que en el estudio llevado a cabo por Klainin-Yobas et al. (2019), la disminución de la ansiedad fue mayor en el GC que en el GE.

Variable resultado: depresión

La depresión fue medida en seis de los nueve estudios seleccionados. En las investigaciones realizadas por Ahmadpanah et al. (2017), Klainin-Yobas et al. (2019) y Lwi et al. (2023) se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica (GDS; Sheikh et al., 1991). Esta misma escala en su versión corta fue aplicada en el estudio de Hsiung et al. (2023) (GDS-SF; Yesavage et al., 1982). En la investigación de Ahmadpanah et al. (2017) también se empleó la Escala de Calificación de la Depresión de Montgomery-Asberg para evaluar la depresión (MADSR; Ahmadpanah et al., 2016). En el estudio de Chojak (2023) se usaron las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS; Lovibond, 1995). Finalmente, se señala que en la investigación de Wetherell et al. (2017) se utilizó el Sistema de Información de Resultados Reportados por el Paciente (PROMIS; Gershon et al., 2010) para medir la depresión.

En cuanto a los resultados encontrados, en todos los estudios seleccionados se observó una mejora de la depresión en el GE. En el caso de esta variable, también se observaron mejoras en algunos GC activos. Por ejemplo, en la investigación de Lwi et al. (2023), los niveles de depresión también disminuyeron en el GC. En el estudio de Klainin-Yobas et al. (2019), la mejora fue mayor en el GC de educación en salud que en el grupo en el que se desarrolló un programa de concienciación de mindfulness.

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo llevar a cabo una revisión sistemática sobre la eficacia del mindfulness en síntomas de ansiedad y depresión en población mayor de 60 años. Para ello, se seleccionaron nueve ensayos clínicos aleatorizados que basaron sus intervenciones en esta terapia de tercera generación. Aunque se utilizaron distintos instrumentos para medir la depresión y la ansiedad, en la mayoría de los estudios se observó una mejora en dichas variables tras aplicar la condición experimental. En el caso de la ansiedad, en ocho de las nueve intervenciones se produjeron mejoras en esta variable. Por otra parte, la depresión disminuyó en todas las intervenciones en las que se empleó el mindfulness. Estos resultados concuerdan con los encontrados en otras revisiones sistemáticas. Por ejemplo, en la revisión llevada a cabo por Geiger et al. (2016), se observó una disminución de los niveles de ansiedad y depresión en los participantes tratados con mindfulness en la mayoría de los artículos seleccionados.

Es posible que este enfoque terapéutico, en comparación con otras terapias como la cognitivo conductual, resulte especialmente interesante en el caso de personas mayores. El hecho de aceptar los pensamientos, en lugar de luchar contra ellos o tratar de modificarlos, podría ser una estrategia conveniente para la tercera edad, ya que la aceptación requiere de menos esfuerzo mental y lucha que la reestructuración cognitiva (Wetherell et al., 2011). Aunque los niveles de motivación pueden ser similares entre personas mayores y jóvenes, los cambios cognitivos, como problemas en la memoria o en las funciones ejecutivas (Bentosela et al., 2005), que se producen a medida que envejecemos, pueden condicionar la eficacia de terapias que requieran de una gran demanda cognitiva (como la TCC).

Como resultados inesperados, se destacan los encontrados en el estudio realizado por Lwi et al. (2023). En esta investigación no se observaron disminuciones de la ansiedad en los participantes del GE, el cual recibió una intervención basada en la atención plena. Cabe destacar que la muestra utilizada en este caso estuvo constituida por pacientes sanos, lo que podría explicar dichos resultados.

En este sentido, es posible que el mindfulness tenga un mayor efecto en personas con niveles significativos de ansiedad o depresión, más que en población sin niveles altos. En relación con esto, se señala que en la investigación llevada a cabo por Wetherell et al. (2017), los niveles de cortisol, una hormona estrechamente relacionada con el estrés, solo disminuyeron en aquellos participantes que fueron tratados con atención plena y que ya tenían previamente niveles basales altos.

Otros resultados importantes que destacar hacen referencia a los encontrados en algunos estudios que utilizaron grupos de control activo. Si bien ocho de nueve trabajos incluyen grupo de GCA y se observa que el mindfulness es superior, en algunos de ellos se observa cómo en el GCA también se dieron mejoras en sintomatología depresiva y ansiosa. Por ejemplo, en la investigación llevada a cabo por Lwi et al. (2023), se dio una mejora de la depresión en ambos grupos y no existieron diferencias significativas entre ellos. Se destaca también el caso del estudio de Klainin-Yobas et al. (2019), en el cual se observó una mayor disminución de la ansiedad en el GCA. Esto podría deberse a que el mero hecho de llevar a cabo actividades grupales, en las que se socializa con otras personas, podría tener efectos positivos en la mayoría de los participantes (Rodón et al., 2018). Del mismo modo, recibir psicoeducación en salud podría promover un mayor bienestar debido a la promoción de un mayor conocimiento de los propios procesos mentales (Godoy et al., 2020).

También se señala que en cinco de los seis estudios que llevaron a cabo seguimientos se observó que los resultados alcanzados se mantenían en el tiempo. Es posible que este tipo de intervenciones no solo mejoren aspectos conductuales, sino también fisiológicos. El

mantenimiento de los efectos podría deberse no solo a que los participantes hayan continuado con la práctica de lo aprendido, también es posible que se deba a cambios anatómicos en el cerebro. Según señalan Díez y Castellanos (2022), distintos estudios muestran que el mindfulness reduce la actividad de la red cerebral por defecto, especialmente en la corteza prefrontal, la cíngula posterior y la precuña. Además de esto, diversas investigaciones hacen referencia a cambios en la red atencional, red frontolímbica y amígdala (Díez y Castellanos, 2022). Por lo tanto, son numerosas las investigaciones que apuntan que la atención plena da lugar a modificaciones anatómicas y funcionales en el cerebro, especialmente en personas que la practican de forma prolongada en el tiempo. Es posible que sean estos cambios morfológicos y operativos los que están detrás del mantenimiento de los efectos del mindfulness observado en los seguimientos de las investigaciones que comprenden esta revisión, impactando dichos cambios no solo en los síntomas de ansiedad y depresión, sino también en la conducta de los participantes.

En cuanto a las fortalezas de esta revisión sistemática, cabe destacar que el proceso sistemático de revisión ha contado con múltiples cribados y evaluación de sesgos, procedimiento que se ha seguido en base al protocolo PRISMA (Page et al., 2021). Además, la revisión ha incluido únicamente ensayos clínicos aleatorizados, con ello, se pretendió facilitar la comparación entre tratamientos y la interpretación de los resultados. Esto ayuda a determinar, en parte, en qué medida los efectos observados en el GE se deben a el tratamiento en sí y no a factores como la socialización, ya que en los controles también llevaban a cabo actividades grupales.

En cuanto a las limitaciones de esta revisión sistemática, se destaca que, aunque se pretendió seleccionar estudios muy parecidos a nivel metodológico, existen variaciones que pueden afectar a la generalización de los resultados. Por ejemplo, variaciones en el enfoque utilizado: en la terapia cognitiva basada en la atención plena (MBCT) se combina mindfulness con terapia cognitivo-conductual mientras que en la reducción del estrés basada en la atención plena (MBSR) solo se pone el foco en el mindfulness. Otra limitación de la revisión hace referencia al tamaño muestral. En tres de los nueve artículos seleccionados el número de participantes es inferior a 50. Sería interesante desarrollar investigaciones con muestras más numerosas. Por otro lado, la diversidad de poblaciones: pacientes sanos, diagnosticados de trastorno depresivo mayor (TDM), de DCL, etc., puede afectar a la generalización de los resultados. Sería interesante llevar a cabo una revisión en la que todas las poblaciones seleccionadas compartieran un mismo diagnóstico, como por ejemplo TDM. Finalmente, la cantidad de artículos seleccionados, es pequeña.

Aun así, se señala que los resultados encontrados son prometedores y que el mindfulness podría representar una opción efectiva de tratamiento para personas mayores (Placencia et al., 2024). Sin embargo, se debe profundizar más en la temática e interpretar los datos con cautela y objetividad.

Se señala, por lo tanto, la necesidad de llevar a cabo más investigaciones que analicen el efecto de las terapias de tercera generación en ansiedad y depresión en población geriátrica. Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son cada vez más comunes en edades avanzadas y, por ello, debemos desarrollar nuevos métodos que se ajusten a esta nueva realidad. En este contexto, a partir de los resultados encontrados, en caso de querer poner en marcha una intervención basada en mindfulness para la ansiedad y la depresión en población geriátrica, se recomendaría que dicha intervención incluyera alrededor de 8 sesiones grupales. De igual manera, los contenidos deberían incluir atención a la respiración, al cuerpo, a las emociones y pensamientos, ejercicios para casa, aceptación, compasión con uno mismo y foco en el momento presente. El progreso de enfoques

terapéuticos efectivos tiene una utilidad a nivel práctico y clínico que justifica la necesidad de indagar más en la temática de esta revisión.

Referencias

- Ahmadpanah, M., Akbari, T., Akhondi, A., Haghighi, M., Jahangard, L., Sadeghi Bahmani, D., Bajoghli, H., Holsboer-Trachsler, E., & Brand, S. (2017). Detached mindfulness reduced both depression and anxiety in elderly women with major depressive disorders. *Psychiatry Research*, 257, 87–92.
- Ahmadpanah, M., Sheikhababaei, M., Haghighi, M., Roham, F., Jahangard, L., Akhondi, A., ... & Brand, S. (2016). Validity and test–retest reliability of the Persian version of the Montgomery–Asberg Depression Rating Scale. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 603–607.
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc..
- Arango-Dávila, C. A., & Rincón-Hoyos, H. G. (2018). Trastorno depresivo, trastorno de ansiedad y dolor crónico: múltiples manifestaciones de un núcleo fisiopatológico y clínico común. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 47(1), 46–55.
- Armijo-Olivo, S., Stiles, C. R., Hagen, N. A., Biondo, P. D., & Cummings, G. G. (2012). Assessment of study quality for systematic reviews: A comparison of the Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool and the Effective Public Health Practice Project Quality Assessment Tool: Methodological research. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(1), 12–18.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893–897.
- Bentosela, M., & Mustaca, A. E. (2005). Efectos cognitivos y emocionales del envejecimiento: aportes de investigaciones básicas para las estrategias de rehabilitación. *Interdisciplinaria*, 22(2), 211-235.
- Cai, Z. Z., Lin, R., Wang, X. X., Yan, Y. J., & Li, H. (2022). Effects of mindfulness in patients with mild cognitive impairment with insomnia: A double-blind randomized controlled trial. *Geriatric Nursing*, 47, 239–246.
- Castro, L. M., Ramírez, Z. S., Aguilar, M. L. V., et al. (2006). Factores de riesgo asociados a la depresión del adulto mayor. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 39(4), 132-137.
- Chojak, A. (2023). Effectiveness of ACT-based intervention in compliance with the model for sustainable mental health: A cluster randomized control trial in a group of older adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 28, 48–59.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396.
- Dechent, C. (2008). Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 19, 339-46.
- Díez, G. G., & Castellanos, N. (2022). Investigación de mindfulness en neurociencia cognitiva. *Revista de neurología*, 74(5), 163-169.
- Galluzzi, S., Lanfredi, M., Moretti, D. V., et al. (2024). Cognitive, psychological, and physiological effects of a web-based mindfulness intervention in older adults during the COVID-19 pandemic: An open study. *BMC Geriatrics*, 24(1), 151.

- Geiger, P. J., Boggero, I. A., Brake, C. A., et al. (2016). Mindfulness-based interventions for older adults: A review of effects on emotional and physical well-being. *Mindfulness*, 7(2), 296–307.
- Gershon, R. C., Cella, D., Fox, N. A., Havlik, R. J., Hendrie, H. C., & Wagster, M. V. (2010). Assessment of neurological and behavioural function: the NIH Toolbox. *The Lancet Neurology*, 9(2), 138–139.
- Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B., & Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: Una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169–173.
- Gould, R. L., Wetherell, J. L., Kimona, K., Serfaty, M. A., Jones, R., Graham, C. D., Lawrence, V., Livingston, G., Wilkinson, P., Walters, K., Le Novere, M., Leroi, I., Barber, R., Lee, E., Cook, J., Wuthrich, V. M., & Howard, R. J. (2021). Acceptance and commitment therapy for late-life treatment-resistant generalised anxiety disorder: A feasibility study. *Age and Ageing*, 50(5), 1751–1761.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Terapia de aceptación y compromiso: el proceso y la práctica del cambio consciente* (2ª ed.). La Prensa Guilford.
- Helmes, E., & Ward, B. G. (2015). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. *Aging & Mental Health*, 21(3), 272–278.
- Hopko, D. R., Stanley, M. A., Reas, D. L., Wetherell, J. L., Beck, J. G., Novy, D. M., & 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(2), 173–183.
- Hsiung, Y., Chen, Y. H., Lin, L. C., & Wang, Y. H. (2023). Effects of Mindfulness-Based Elder Care (MBEC) on symptoms of depression and anxiety and spiritual well-being of institutionalized seniors with disabilities: A randomized controlled trial. *BMC Geriatrics*, 23(1), 497.
- Klainin-Yobas, P., Kowitlawakul, Y., Lopez, V., Tang, C. T., Hoek, K. E., Gan, G. L., Lei, F., Rawtaer, I., & Mahendran, R. (2019). The effects of mindfulness and health education programs on the emotional state and cognitive function of elderly individuals with mild cognitive impairment: A randomized controlled trial. *Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia*, 68, 211–217.
- Lovibond, S. H. (1995). Manual for the depression anxiety stress scales. Psychology Foundation of Australia.
- Lwi, S. J., Paulraj, S. R., Schendel, K., Dempsey, D. G., Curran, B. C., Herron, T. J., & Baldo, J. V. (2023). A randomized, controlled pilot study of mindfulness-based stress reduction in healthy older adults. *Clinical Gerontologist*, 46(3), 330–345.
- Miró, M. T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De la Fuente, J., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 16(1), 1-14.
- Montorio, I. M., Izal, M., & Cabrera, I. (2011). Trastorno de ansiedad generalizada. *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos*, 287-303.
- 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(1), 103–114.
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E.,

- McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Systematic reviews*, 10(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>.
- Perez-Blasco, J., Sales, A., Meléndez, J. C., & Mayordomo, T. (2016). The effects of mindfulness and self-compassion on improving the capacity to adapt to stress situations in elderly people living in the community. *Clinical Gerontologist*, 39(2), 90–103.
- Peterson, R., & Reiss, S. (1993). Anxiety sensitivity index: Revised test manual (2nd ed.). Ohio, OH: International Diagnostic Systems.
- Placencia Galeano, A.C., Oñate Porras, J.F., Pasquel Salazar, S.J., y Yarad Salguero, W.S. (2024). Efectividad de una intervención basada en mindfulness en personas adultas mayores con sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida. *REVISTA U-Mores*.
- Rondón García, L. M., Aguirre Arizala, B. A., & García García, F. J. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(5), 268–273.
- Sartorius N. (2018). Depression and diabetes. *Dialogues in clinical neuroscience*, 20(1), 47–52.
- Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse (2nd ed.). London: Guilford.
- Sheikh, J. I., Yesavage, J. A., Brooks, J. O., Friedman, L., Gratzinger, P., Hill, R. D., ... & Crook, T. (1991). Proposed factor structure of the Geriatric Depression Scale. *International Psychogeriatrics*, 3(1), 23–28.
- Spielberger, C. D. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (self-evaluation questionnaire). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Thomas, B. H., Ciliska, D., Dobbins, M., & Micucci, S. (2004). A process for systematically reviewing the literature: Providing the research evidence for public health nursing interventions. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 1(3), 176–184.
- Wetherell, J. L., Hershey, T., Hickman, S., Tate, S. R., Dixon, D., Bower, E. S., & Lenze, E. J. (2017). Mindfulness-based stress reduction for older adults with stress disorders and neurocognitive difficulties: A randomized controlled trial. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(7), e734–e743.
- Wetherell, J. L., Liu, L., Patterson, T. L., Afari, N., Ayers, C. R., Thorp, S. R., Stoddard, J. A., Ruberg, J., Kraft, A., Sorrell, J. T., & Petkus, A. J. (2011). Acceptance and commitment therapy for generalized anxiety disorder in older adults: A preliminary report. *Behavior Therapy*, 42(1), 127–134.
- World Health Organization. (2022). The COVID-19 pandemic triggers a 25% increase in the prevalence of anxiety and depression worldwide. Retrieved from <https://www.who.int/en/news/item/02-03-2022-covid-19-pandemic-triggers-25-increase-in-prevalence-of-anxiety-and-depression-worldwide>
- World Health Organization. (2023). Anxiety disorders. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
- World Health Organization. (2023). Depression. Retrieved from <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49.

Zung, W. W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics: Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 12(6), 371–379.

