

Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin sintomatología depresiva, ansiosa o mixta / Positive and Negative Affectivity on Elders with or within mix or anxiety depressive symptoms

MSc. Leonid Torres Hebra,I Dra. C. Marta Martín Carbonell,II MSc. Raquel Pérez DíazIII y Dr. C. Antonio Riquelme MarínIV

I Licenciado en Psicología. Lic. Educación, especialidad Educación Especial. Máster en Educación Mención Educación Especial. Cáritas Habana. Dirección particular: Monte 1159 entre San Joaquín y 10 de Octubre, Cerro. La Habana, Cuba.

II Marta Martín Carbonell. Lic. en Psicología. Especialista en Psicología de la Salud. Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular. Universidad de la Habana. La Habana, Cuba

III Raquel Pérez Díaz. Lic. Psicología. Master en Gerontología. Profesora Asistente. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba

IV Antonio Riquelme Marín. Lic. en Psicología. Doctor en Psicología. Profesor Titular. Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, España.

RESUMEN

Introducción: la ansiedad y la depresión son alteraciones frecuentes en los ancianos y de difícil diagnóstico. Para su diferenciación y explicación se ha propuesto el modelo bifactorial por Clark & Watson (1991), corroborándose su utilidad en otros grupos étnicos y países, pero sin evidencias de investigaciones en Cuba.

Objetivo: identificar las relaciones entre afectividad positiva (AP) y afectividad negativa (AN) en ancianos con y sin sintomatología ansiosa, depresiva o mixta.

Métodos: se trata de un estudio descriptivo, transversal, correlacional en 249 ancianos (60 años o más) con y sin sintomatología de ansiedad y depresión a los que se administró la Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), el Inventario de afecto positivo y negativo (PANAS) y un cuestionario para variables sociodemográficas y de salud. Se tuvieron en cuenta los principios éticos y se empleó la estadística descriptiva, el ANOVA Univariado y la prueba de t de Student para el análisis de la información.

Resultados: se encontraron diferencias significativas entre los ancianos con y sin trastornos en

AP y AN para $p < 0,05$. Las personas sin trastornos obtuvieron mayor nivel de AP y menor de AN. Los deprimidos presentaron niveles de AP y AN significativamente menores que los que tenían ansiedad o sintomatología mixta.

Conclusiones: se identificaron relaciones entre afectividad positiva (AP) y afectividad negativa (AN) en ancianos con y sin sintomatología ansiosa, depresiva o mixta con particularidades para los mismos. Se recomienda la validación de los instrumentos empleados por su valor en la práctica clínica en ancianos cubanos.

Palabras clave: afectividad positiva y negativa, depresión, ansiedad, ancianos.

ABSTRACT

Introduction: anxiety and depression are frequent alterations difficult to diagnose on elders. For differentiation and explaining Bifactor Model has been proposed by Clark & Watson (1991) proving its use on other age- groups and countries, but without evidence of researches in Cuba.

Objective: the aim of the work is to identify the relationship between positive affectivity (PA) and negative affectivity (NA) on elders with or within mix or anxiety depressive symptoms.

Methods: It is a correlative, transversal and descriptive study done on two thousand forty-nine elders (sixty years old or more) with or within anxiety or depressive symptoms ; that were studied with Anxiety and Depression Scale of Goldberg(ADSG), Inventory of Positive and Negative Affective (PNA) and a questionnaire for the Social demographic and Health variables. Ethical principles and descriptive statistical were taken into consideration, as well as Invariable ANOVA and de T test Student for the analysis of the information.

Results: Significant differences among the elders with or within PA and NA were found. The persons without disorders presented a high level of PA and a minor level of NA. The depressed elders presented significant PA and NA low levels according to the ones that suffered from anxiety or mix symptoms.

Conclusions: Relationship between Positive affective (PA) and Negative affective (NA) were identified on elders with or within mix or anxiety depressive symptoms with particularities for themselves. Validation of the instruments used is recommended for its value on the clinical practice on Cuban elders.

Key words: Positive affective, Negative affective, Depression, Anxiety, Elders.

INTRODUCCIÓN

Cuba es uno de los países más envejecidos de América Latina y el Caribe y se espera que este proceso se intensifique de manera significativa en los próximos años,¹ por lo que resulta importante el estudio de la ansiedad y la depresión en este grupo de edades. Son trastornos particularmente relevantes en esta etapa, y en muchas ocasiones se ven por los médicos en general como propios del proceso de envejecimiento pudiendo existir un sesgo a la hora de brindar atención a los problemas de salud mental de los ancianos.²⁻³ La comorbilidad y la polifarmacia que tienen con frecuencia los ancianos hacen que los médicos tratantes alejen su foco de atención de la sintomatología psiquiátrica, la que a su vez puede ser más sutil y/o encontrarse enmascarada por los síntomas orgánicos.³ Se podría señalar que la prevalencia de los trastornos afectivos del adulto mayor, en general, es en torno al 5-10 % para la ansiedad⁴ y para la depresión, al 7 %, ⁵ aunque existe variabilidad en algunos estudios.⁶⁻⁹

En el proceso de envejecimiento normal se producen cambios que podrían enmascarar la presencia de alguno de estos trastornos,¹⁰⁻¹² y como el diagnóstico diferencial entre ellos no es tan evidente, debido a la existencia de algunos síntomas comunes y al frecuente solapamiento de otros,¹³⁻¹⁶ se dificulta el establecimiento de las características propias de cada cuadro clínico. Se ha señalado el hecho de que los principales sistemas clasificatorios no incluyen criterios diagnósticos de depresión específicos para ancianos, ya que estos criterios fueron elaborados usando a la población media adulta como referencia, por lo que podrían presentar lagunas para su aplicación en población gerontológica.¹⁷

A esto puede añadirse que según distintos estudios, hay entre un 15 y un 30 % de casos en los que es posible distinguir la presencia de sintomatología depresiva clínicamente relevante, sin que se cumplan los criterios diagnósticos del DSM-IV para el establecimiento de un trastorno depresivo,¹⁸ poniéndose de relieve la alta frecuencia de los llamados síndromes depresivos subclínicos o depresión subsindrómica, que si en la etapa adulta constituye un motivo de subvaloración de esta patología, mucho más lo es en la senectud.¹⁷

A estas dificultades en el diagnóstico se suman la presencia de estados de ánimo normales y entidades diagnósticas específicas que aumentan la probabilidad de confusión,¹⁹ así como la comorbilidad que se relaciona con la cronicidad y la gravedad de los trastornos, los resultados del tratamiento y las recaídas, el riesgo de suicidio y el funcionamiento general de los pacientes.²⁰

Como alternativa para la explicación y diferenciación entre la ansiedad y la depresión se ha propuesto el modelo bifactorial de Clark & Watson, (1991) que plantea la existencia de dos grandes factores dominantes en las experiencias emocionales, frecuentemente tipificados como afectividad positiva (AP) y afectividad negativa (AN).¹⁹ La AP es una dimensión que refleja el nivel de compromiso agradable con el entorno. Un alto nivel de AP supone entusiasmo, energía, mente despierta, mientras que un bajo nivel de AP refleja fatiga, cansancio mental y físico. El rasgo de

AP supone una predisposición a experimentar emociones positivas, reflejando una sensación general de bienestar personal y social. La AN es un factor de distrés subjetivo y engloba un amplio rango de estados de ánimo negativos, incluyendo miedo, ansiedad, hostilidad y disgusto. Pero además, la AN indicaría una amplia predisposición a experimentar emociones negativas que tienen influencia en los procesos cognitivos, en el nivel de autoconcepto y por supuesto en la tendencia a la depresión y la baja satisfacción en la vida.²¹⁻²² Este modelo considera que a la ansiedad le corresponde un estado alto de afecto negativo y que la depresión, además de alto afecto negativo, posee bajo afecto positivo.

En algunos países de América y Europa se han realizado estudios para corroborar la eficacia de este modelo, pero en Cuba no se han encontrado trabajos que aborden el tema de la diferenciación entre ansiedad y depresión relacionada con la afectividad en los ancianos.²³ Es por todo lo antes mencionado que el **objetivo** de esta investigación consiste en identificar las relaciones entre afectividad positiva y afectividad negativa en ancianos con y sin sintomatología depresiva, ansiosa o mixta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal, correlacional y transversal en una muestra no probabilística, intencional, por razones de factibilidad, integrada por 249 ancianos (60 años o más, aptos y con disposición a responder las pruebas), excluyéndose a los sujetos que no aceptaron participar en la investigación y aquellos que mostraron dificultades de comprensión, lo que les impidió responder los cuestionarios, del universo de ancianos que asistieron a varios centros comunitarios de La Habana y del Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, (CITED) tanto en consultas externas como ingresados. Se tuvo en cuenta el tipo de sintomatología que predominó de acuerdo a las respuestas a la EADG (ver procedimiento).

La muestra se dividió en:

- Subgrupo de predominantemente ansiosos: 53 sujetos (21,2 %)
- Subgrupo de predominantemente deprimidos: 52 sujetos (21 %)
- Subgrupo con sintomatología mixta: 58 sujetos (23,3 %)
- Subgrupo sin trastornos psicopatológicos: 86 sujetos (34,5 %)

Instrumentos

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG; versión española).²⁴ Instrumento desarrollado por Goldberg en 1988 a partir de una versión modificada de la Psychiatric Assessment Schedule, con la finalidad de lograr una entrevista de corta duración para ser utilizada por personal no médico como instrumento de cribaje. La versión en castellano ha sido validada por Montón C.

y cols. (1993). Por su sencillez, sensibilidad, especificidad y su capacidad discriminante entre ansiedad y depresión, así como aportar información dimensional sobre la gravedad, esta escala ha sido ampliamente recomendada como instrumento para el pesquiasje. Está diseñada para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos; su capacidad discriminativa ayuda a orientar el diagnóstico, pero no puede sustituir al juicio clínico. Su aplicación es heteroadministrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica. No puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o de leve intensidad. Consta de dos escalas de puntuación independiente, una de ansiedad y otra de depresión, con 9 ítems cada una y de respuesta dicotómica (Sí/No); de las cuales solamente las afirmativas obtienen un punto. Cada una de las subescalas se estructuran en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan solo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).²⁵

Inventario de afecto positivo y afecto negativo (PANAS; Watson, Clark, y Tellegen, 1988).²⁶ Se empleó la versión española llevada a cabo por Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999) para el estudio de la afectividad. Para su aplicación en Cuba se reformularon algunos ítems que parecían presentar un menor grado de validez, pero respetando la versión original. Además se añadieron, en algunos casos un segundo descriptor a la formulación del afecto en cuestión, pues un descriptor simple para cada uno de los 20 estados afectivos podría resultar ambiguo para ciertas descripciones afectivas. Estas modificaciones fueron sometidas a validación semántica para realizar la adecuación lingüística a nuestro contexto, en particular de los ancianos.²⁷

Este inventario consta de 20 ítems descriptores de sentimientos y emociones; 10 de ellos describen afectividad positiva (por ejemplo, entusiasmo) y otros 10 ítems miden afectividad negativa (por ejemplo, irritable). Cada grupo de descriptores se suman de forma separada dando lugar a la puntuación en las dos escalas. A los sujetos se les pide que se evalúen en cada uno de los 20 adjetivos sobre una escala tipo Likert con un rango de 1 (nada o casi nada) hasta 5 (muchísimo) para expresar el grado en que de forma general experimentan el particular sentimiento o emoción. Watson y otros señalan una fiabilidad alfa de 0.88 y 0.87 para AP y AN, respectivamente.²⁶

Cuestionario de variables sociodemográficas y de salud: Fue elaborado expresamente para este estudio, donde se recogen datos generales que permitió la caracterización de la muestra, estos son: sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad y situación laboral. También se indagó sobre la situación económica, la autoevaluación de la salud y si padecían en el momento del estudio alguna enfermedad.

Procedimiento

Esta investigación forma parte de un estudio más amplio sobre afectividad y depresión en ancianos, adultos de edad media y jóvenes. Los sujetos se reclutaron en las comunidades de los municipios Cerro y Marianao, en un hogar de día (Celia Sánchez, en el municipio del Cerro), en residencias (Juan Lefón y Hogar Clínica San Rafael en los municipios Cerro y Marianao respectivamente) y en el Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud, (CITED) tanto en consultas externas como ingresados. Se solicitó autorización a las personas pertinentes para la aplicación de las pruebas en cada uno de los centros. Además, a todos los sujetos se les informó del objetivo de la investigación y se tuvo en consideración la disposición o no de los ancianos en colaborar. A todas las personas que obtuvieron altas puntuaciones en la EADG y que no tenían atención especializada se les orientó apropiadamente.

Las pruebas fueron aplicadas de manera individual por dos de los autores y por una estudiante de último año de la carrera de Psicología, previamente entrenada. Se utilizó la EADG para clasificar a los participantes en los subgrupos de estudio. Como este instrumento no se ha validado en Cuba, se eligieron los puntos de corte en función de incrementar al máximo la especificidad aunque se perdiera en sensibilidad, tal y como recomiendan Bobes et al. (2002).

Así se consideró que presentaban sintomatología predominantemente ansiosa a las personas que obtuvieron una puntuación mayor e igual que 3 en la subescala de ansiedad, por responder de manera afirmativa a los 4 primeros ítems de la misma (ya que los otros 5 ítems son de síntomas comunes a la depresión), y una puntuación inferior a 3 en la subescala depresión. Para identificar a los sujetos en los que predominaban los síntomas depresivos, se estableció como punto de corte mayor e igual a 5 que es el valor que recomiendan Bobes et al. (2002) ya que la subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados con trastornos depresivos. Además se tuvo en cuenta que la puntuación obtenida en la sumatoria de los 4 primeros ítems de la subescala de ansiedad fueran menor de 3 (<3). Los sujetos que contestaron que sí (1) al menos a 3 de los 4 primeros ítems de la subescala de ansiedad y que obtuvieron una puntuación mayor o igual a 5 (≥ 5) en la subescala de depresión se diagnosticaron como Mixtos. Se consideró que no tenían trastornos psicopatológicos a las personas que obtuvieron una puntuación menor de 3 (<3) en la subescala de ansiedad y en menos de 5 (<5) en la de depresión. Para establecer las diferencias y semejanzas en las puntuaciones de AP y AN entre los diferentes grupos de estudio se realizó ANOVA Univariado y la Prueba de t de Student para una $p < 0,05$.

RESULTADOS

En relación con la muestra, el sexo predominante fue el femenino, 160 ancianas (64,3 %). Según el estado civil, 91 ancianos (36,5 %) reportaron tener pareja y 158 (63,5 %) refirieron no tenerla. En torno al nivel escolar 76 sujetos (30,5 %) tenían estudios primarios, 69 (28 %) secundarios, 58 (23 %) preuniversitarios, 43 (17,3 %) universitarios y 3 (1,2 %) plantearon no saber leer ni escribir.

Para la situación laboral, 179 ancianos (71,9 %) refirieron ser jubilados, de ellos, 20 (8 %) tenían vínculo laboral y 159 (63,9 %) no laboraban. Además, 12 (4,8 %) sujetos trabajaban, y de ellos 3 (1,2 %) plantearon la ejecución de alguna actividad no remunerada, así como 55 (22,1 %) reportaron la realización de tareas propias del hogar. Según el criterio personal referido, la situación económica de 46 (18,5 %) sujetos era buena, de 161 (64,7 %) regular, de 36 (14,5 %) mala y de 6 (2,4 %) fue muy mala.

Del total de ancianos, 216 (86,7 %) refirieron padecer alguna enfermedad y 33 (13,3 %) plantearon no padecer de ninguna. Según la autopercepción de la salud, 61 sujetos (25 %) consideraron que era buena, 143 (57 %) regular y 45 (18 %) mala.

La utilización del ANOVA Univariado detectó diferencias estadísticamente significativas en los promedios de AP ($F=31,47$, $p<0,05$) y AN ($F=98,28$, $p<0,05$) entre los subgrupos de estudio. Mediante la Prueba de t de Student se pudo establecer que como era de esperar, las personas sin trastornos tienen mayor promedio en AP (ansiedad: $t=-3,231$, $p<0,05$; depresión: $t=-8,393$, $p<0,05$ y mixtos: $t=-6,642$, $p<0,05$) y menor que AN (ansiedad: $t=13,635$, $p<0,05$; depresión: $t=5,955$, $p<0,05$ y mixtos: $t=13,884$, $p<0,05$).

En el gráfico 1 se ilustran los promedios de AP y AN por subgrupos.



La Prueba de t de Student en el grupo de personas con sintomatologías muestran que:

- Hay diferencias significativas entre las medias de AP ($t=5,575$ y $p<0,05$) y AN ($t=7,813$ y $p<0,05$) de los subgrupos ansioso y deprimido, obteniendo los valores más altos las personas que tienen sintomatología predominantemente ansiosa.
- Entre los ansiosos y los mixtos se encuentran diferencias significativas en AP ($t=3,587$ y $p<0,5$), pero no en AN ($t=-,806$ y $p<0,05$). Las personas con predominio de síntomas de ansiedad tienen mayor nivel de afecto positivo que aquellos que presentan un cuadro mixto.
- Entre deprimidos y mixtos ocurre lo contrario (AP: $t=-1,879$ y $p<0,05$; AN: $t=-7,983$ y $p<0,05$), o sea, no hay diferencias significativas en AP y sí las hay en AN, teniendo más alto promedio en AN los de sintomatología mixta.

DISCUSIÓN

Como se había predicho, los ancianos sin trastornos tienen menos AN y más AP que los que tienen sintomatología. Es bueno señalar que en el presente estudio no todos los ancianos que integraron el grupo de "con trastorno psicopatológico" fueron diagnosticados por el psicólogo o el psiquiatra, pues el 47,2 % de los casos que se incorporaron a este subgrupo fueron tomados directamente de la comunidad, y se clasificaron a partir de sus resultados en la EADG, no obstante, nuestros resultados apoyan el modelo bifactorial pues según este, se podría predecir que en el grupo de ansiedad habría significativamente mayor AP que en el grupo de depresión, como encontramos aquí.

Por otra parte, en nuestro estudio los ancianos que según la EADG fueron clasificados como

deprimidos, presentan una intensidad emocional más baja tanto de AP y AN que los ancianos clasificados como ansiosos y los clasificados como mixtos. Una explicación posible podría ser que la EADG sea un instrumento útil para identificar dos tipos de presentación de la depresión en ancianos: un tipo en que se encuentra una alta sintomatología ansiosa – depresiva, y otro en que hay una baja expresividad emocional. En los 37 ancianos que según los especialistas estaban deprimidos hay coincidencia con el diagnóstico de la EADG en 26 casos (70,3 %), el resto (11 casos - 29,7 %) según la EADG se clasificaron como mixtos. Con relación a los diagnosticados como mixtos por un psicólogo y/o psiquiatra tienen coincidencia con los resultados de la EADG el 100 %. Investigaciones realizadas con población clínica y población general, demuestran que alrededor de la mitad de las personas con trastorno depresivo mayor cumple criterios diagnósticos para uno o más trastornos de ansiedad.²⁸ Así el interés en valorar la relación entre AP y AN para el diagnóstico de la depresión en ancianos se sustenta en la posibilidad de diferenciar cambios leves en la afectividad tanto en población clínica como no clínica. Esto es sumamente útil, ya que una de las limitaciones en las escalas de medición está dada por la dificultad para discriminar bajos niveles de afectación.²⁹

Pues es justamente el componente afectivo el que suele predominar en la definición de la depresión y que de hecho, es quizás uno de los pocos componentes incluidos en la mayoría de los modelos de la depresión.³⁰

Es bueno señalar que los resultados de esta investigación han sido obtenidos a través de un instrumento y no por medio de una entrevista clínica, lo que pudiera ser una limitación para este estudio. No obstante, nuestros resultados apuntan a que la EADG pudiera ser un instrumento útil para identificar dos tipos de presentación de la depresión en ancianos, un tipo en que se encuentra una alta sintomatología ansiosa – depresiva, y otro en que hay una baja expresividad emocional, lo cual resulta valioso en el anciano por presentar en ocasiones, particularidades muy específicas (como es el caso de la depresión subclínica, de formas menores de depresión y ansiedad) que no se detectan de manera estándar sino que requieren de valoraciones clínicas de especialistas en el trabajo con los adultos mayores y que frecuentemente son causas del infradiagnóstico en el mismo.^{31,32}

Por la importancia de los resultados obtenidos en esta investigación convendría realizar estudios para la validación de la EADG y el PANAS en ancianos cubanos, así como profundizar en el valor de la AP y la AN para el diagnóstico diferencial de la ansiedad y la depresión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Comisión económica para América Latina y El Caribe. América Latina y El Caribe: el envejecimiento de la población 1950-2050. Boletín Demográfico. [en línea] 2003 [fecha de acceso 15 de abril de 2010]; (72). URL disponible en: <http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/1/13371/P13371.xml&xsl=/celade/tpl/pgf.xsl&base=/tpl/top-bottom.xslt>.
2. Gabay Miguel Pablo, Fernández Bruno Mónica. Trastornos de Ansiedad en la tercera edad. [en línea] 1998 [fecha de acceso 4 de octubre 2010]; URL disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/gabay.htm>
3. Spar JE, La Rue A, Concise Guide to Geriatric Psychiatry, American Psychiatric Press Inc, Washington, DC, 1990, págs. 4-7.
4. Salzmaii C. Anxiety and depression. en Management of mental disorders in baby boomers and beyond. Symposium, 151st. APA Meeting, Toronto, Canada, 1998.
5. Riquelme A. Estructura de la depresión en ancianos. Informe de investigación, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia; 2004.
6. Blazer D, Williams C. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly sample. American Journal of Psychiatry. 1980; 137: 439-44.
7. Newman JP. Aging and Depression. Psychology and Aging. 1989; 4 (2):150-65.
8. Riquelme A. Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, 1997.
9. Snowdon J. Is depression more prevalent in old age? Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2001; 35: 782-87
10. Alansari B. Relationship between depression and anxiety among undergraduate students in eighteen Arab countries: a cross-cultural study. Social Behav Personal, 2005; 33: 503-25
11. Echeburua E, Salaberria K, de Corral P, Berasategui T. Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. Anal Modif Cond, 2000; 26:509-35
12. Karagözoglu C, Masten W, Baloglu M. Evidence for differentiating between anxiety and depression in Turkish collage students. Social Behav Personal, 2005; 33: 579-86

13. Axelson D, Birmayer B. Relation between anxiety and depressive disorder in childhood and adolescence. *Depress Anxiety*, 2001; 14: 67-78
14. Breslau N, Schultz L. Peterson E: Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry*, 1995; 37: 906-14
15. Ninan P, Berger J: Symptomatic and syndromal anxiety and depression. *Depress Anxiety*, 2001; 14: 79-85
16. Reinherz HZ, Giaconia RM, Pakis B, Silverman AB y cols.: Psychosocial risk for major depression in late adolescence: a longitudinal community study. *J Am Academy Child Adolesc Psychiatry*, 1993; 32: 1155-63
17. Riquelme MA, Martín M, Ortigosa J y Lechuga M. **Depresión y envejecimiento**: algunas cuestiones de interés respecto a la investigación epidemiológica. *Revista Multidisciplinar de Gerontología* [en línea] 2008 [fecha de acceso 24 de febrero de 2010]; 18 (2): 76-80. URL disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=1996&clave_busqueda=18
18. Sable JA, Dunn LB y Zisook S. Late-life depression. How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*. 2002;57(2): 18-35.
19. Clark L. & Watson D. Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991; 100: 316-36
20. Gorman JM. Comorbidity depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and Anxiety*. 1996; 4: 160-8
21. Watson D, Clark L, Carey G. Positive and negative affectivity and their relations to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 1988; 97: 346-53
22. Watson D. y Tellegen A. Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*. 1985; 98: 219-35
23. Riquelme A. y Martín M. *Memorias del proyecto transcultural Cuba – España*. 2010.
24. Montón C, Pérez EMI, Campos R. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*. 1993; 12(6):345-9.

25. Bobes J, Paz M, Bascarán MT, Sáiz P y Bousoño M. Banco de instrumentos básicos para la práctica clínica. Barcelona: Ars Médica. 2002.
26. Watson D, Clark LA y Tellegen A. Development and validation of brief measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. Journal of Personality and Social Psychology. 1988; 54:1063-70
27. Torres Hebra, Leonid. Afectividad positiva y negativa en ancianos con y sin trastornos psicopatológicos. [Tesis de Diploma], La Habana: Facultad de Psicología Universidad de La Habana, Cuba; 2011.
28. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC y Eaton W. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. Archives General Psychiatry. 1994; 51: 355-64
29. Agudelo D, Carretero-Dios H, Blanco Picabia A, Pitti C, Spielberger CH. & Buela-Casal G. Evaluación del componente afectivo de la depresión: análisis factorial del ST/DEP revisado. Salud Mental. 2005; 28 (3): 32-41.
30. Dowd ET. Depression: Theory, assessment, and new directions in practice. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2004; 4: 413-23
31. Riquelme A. Depresión y envejecimiento. Curso Virtual de Formación en Psicogerontología. [en línea] 2010 [fecha de acceso el 21 de marzo de 2011]; URL disponible en: psicologia-206-149.inf.um.es/moodle
32. Pérez R. La ansiedad y sus trastornos en el adulto mayor. En Riquelme A, Martín M y Ortigosa QJM. Manual de Psicogerontología. Madrid, Ediciones académica. 2010; 355-739.

Recibido: 7 de febrero de 2013.

Aceptado: 1 de mayo de 2013.

Raquel Pérez Díaz. Lic. Psicología. Master en Gerontología. Profesora Asistente. Centro de Investigaciones sobre Longevidad, Envejecimiento y Salud (CITED). La Habana, Cuba.

Correo: raque@infomed.sld.cu