



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

Facultad de Medicina



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

Facultad de Medicina

***Psicogeriatría:
depresión y estilos de afrontamiento***

TESIS DOCTORAL

Salamanca, 2012

**DEPARTAMENTO DE ANATOMÍA
E HISTOLOGÍA HUMANAS**

Programa de Doctorado:
Biomateriales: bases estructurales y aplicaciones quirúrgicas

*Psicogeriatría:
depresión y estilos de afrontamiento*

Fdo: M^a Victoria Redondo Vega



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Medicina

**GINÉS LLORCA RAMÓN, CATEDRÁTICO DE UNIVERSIDAD, M^a ÁNGELES
DÍEZ SÁNCHEZ Y JUAN LUIS BLÁZQUEZ ARROYO, PROFESORES
TITULARES DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

CERTIFICAN:

Que el presente Trabajo de Tesis Doctoral titulado: *Psicogeriatría: Depresión y estilos de afrontamiento*, ha sido realizado bajo nuestra dirección por **Dña. M^a Victoria Redondo Vega**, licenciada en Medicina por la Universidad de Salamanca y especialista en Medicina Familiar y Comunitaria,

Que el trabajo reúne, a nuestro criterio, las condiciones metodológicas y de originalidad requeridas para poder optar con él al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmamos el presente Certificado en Salamanca a diez de julio de 2012

Fdo:

Dr. Ginés Llorca Ramón

Fdo:

Dra. M^a Ángeles Díez Sánchez

Fdo:

Dr. Juan Luis Blázquez Arroyo

Dedicatoria:

A mis padres,

*porque gracias a su esfuerzo, apoyo y dedicación
he logrado ser lo que soy;
por ser el referente de mi existencia,
ayer, hoy y siempre.*

A Ángel,

*por permitirme ser parte de su vida,
y poder compartir juntos las estaciones de la existencia.*

A Victoria, y a la futura Ángela,

*por ser parte de mi ser,
y enseñarme a valorar cada instante de la vida,
como si del último suspiro se tratase.
Por convertirse en el regalo más hermoso
que la vida nunca pueda darte.*

“Jamás un hombre es demasiado viejo para recomenzar su vida, y no hemos de buscar que lo que fue le impida ser lo que es o lo que será.”

Miguel de Unamuno

Agradecimientos

Agradecimientos:

En primer lugar, a mis maravillosos directores de Tesis, por su tremenda paciencia en la elaboración de esta Tesis Doctoral. Gracias por el apoyo, la comprensión, la cercanía y el cariño que en todo momento me habéis profesado. Gracias por estar ahora y siempre. Sin vosotros no podría haberlo realizado.

A la **Dra. M^a Ángeles Díez**, por su generosidad, por su calidad humana y su exclusiva dedicación. Por tantas y tantas horas compartidas, por los consejos regalados y las experiencias vividas. Su esencia humana impregna todo lo que lleva su huella. Excelente profesional, e inigualable y única como persona. Gracias por el cariño profesado y la confianza transmitida, por tu cercanía y tu apoyo incondicional a lo largo de todos estos años, que son muchos ya.

Al **Profesor Ginés Llorca**, Capitán de la Sabiduría. No hay palabra que se deslice por sus labios que no pueda ofrecer una visión positiva de la adversidad, cuando ésta se presenta. Impresionante como Maestro, pero único y excepcional en calidad humana. Gracias por la sabiduría compartida y por los momentos regalados.

Al **Dr. Juan Luis Blázquez**, ejemplo de superación, dedicación y pasión por su trabajo. En todo momento paciente y receptivo, mostrando generoso apoyo incondicional. Gracias por los sabios consejos impregnados de la elegancia de las palabras bien elaboradas. Gracias por enseñarme que la calidad humana traduce la grandeza de las personas que, de modo altruista, luchan porque los demás sean un poquito mejores en la vida.

A **Gloria Bueno**, por enseñarme que la vida siempre te ofrece el lado positivo, sólo hay que estar atento para poder apreciarlo.

A **mis padres, Fidencio y Victoria**. Gracias por darme la vida y ser mi guía en el difícil mundo que nos toca vivir; por todo el esfuerzo y dedicación que siempre habéis mostrado. Ejemplo de lucha y superación diaria. Para vosotros no hay nada imposible, todo se puede conseguir con paciencia, ilusión y confianza. Gracias por regalarme parte de vuestra vida, por estar siempre ahí, sin esperar nada a cambio. Gracias por el amor regalado, la atención prestada y la confianza permanente.

A **Ángel**, mi compañero de viaje en todas las estaciones de la vida. Gracias por el amor y la ternura compartidas; por los momentos vividos que forman parte de nuestra vida y biografía. Gracias por estar siempre y en todo momento, a mi lado, por enseñarme que la vida es maravillosa junto a ti.

A **Victoria y a la futura Ángela**, por ser parte de mi ser, por enseñarme que la felicidad se encuentra en los pequeños detalles de la vida, y que el cariño y la ternura han de ser nuestros fieles compañeros de viaje. Gracias por compartir conmigo vuestras vidas, y regalarme vuestro amor.

A todos y cada uno de los miembros de **mi familia**, por formar parte de mi vida y por la permitirme formar parte de las suyas, especialmente a **mis hermanos Javier y Marcos**, por su incansable apoyo, por su cariño y comprensión, y por estar siempre a mi lado.

A todos y cada uno de los **adultos mayores** que accedieron a participar voluntariamente en este trabajo, gracias de todo corazón. Algunos de ellos ya no se encuentran entre nosotros, pero por medio de las experiencias transmitidas, su recuerdo permanecerá vivo en nuestras memorias. El invierno de la existencia se torna más cálido, cuando la sabiduría de los mayores arropa nuestro corazón.

Índice

ÍNDICE

1ª PARTE INTRODUCCIÓN	25
1.- PRÓLOGO	27
2.- EL ENVEJECIMIENTO	35
2.1.- Concepto	37
2.2.- Breve referencia histórica	42
2.3.- Epidemiología	51
2.4.- Teorías del envejecimiento	56
2.4.1.- Perspectiva biológica	59
2.4.2.- Perspectiva psicológica	62
2.4.3.- Perspectiva sociológica	69
3.- PSICOGERIATRÍA	77
3.1.- Concepto	79
3.2.- Aspectos biológicos: el deterioro cognitivo	81
3.3.- Aspectos psicológicos: el afrontamiento	102
3.4.- Aspectos sociales: la institucionalización	112
4.- EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR.....	119
4.1.- Introducción	121
4.2.- La depresión en la senectud	124
4.2.1.- Breve reseña histórica	124
4.2.2.- Epidemiología.....	127

4.2.3.- Etiopatogenia	131
4.2.4.- Curso clínico y diagnóstico	140
4.2.5.-Diagnóstico diferencial	146
4.2.6.- Evaluación y pronóstico	152
4.2.7.- Tratamiento.....	158
4.2.8.- Prevención	166
5. – ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA	169
6. - OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	185
2ª PARTE.- MATERIAL Y MÉTODOS	189
7. - METODOLOGÍA.....	191
7.1. - Muestra	191
7.1.1.- Criterios de inclusión y procedimiento	191
7.1.2.- Descriptivos de muestra	192
7.2. - Batería de instrumentos	208
7.2.1.- Entrevista semiestructurada.....	208
7.2.2.- Escala de Depresión Geriátrica, GDS-15	208
7.2.3.- Mini examen cognoscitivo, Mini-Mental.....	210
7.2.4.- Escala multidimensional de evaluación de estilos generales de afrontamiento (COPE).....	212
7.2.5.- Descriptivos de instrumentos.....	214

7.2.5.1.- Descriptivos del Mini-Mental	
State Examination (MMSE) o Mini-Mental	214
7.2.5.2.- Descriptivos del GDS-15	218
7.2.5.3.- Descriptivos del COPE.	221
7.3. - Procedimiento.....	226
3ª PARTE.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	229
8. - RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	231
8.1. - Primera hipótesis.....	231
8.2. - Segunda hipótesis	244
8.3. - Tercera hipótesis	264
8.4. - Análisis Final	276
4ª PARTE.- CONCLUSIONES	281
9. - CONCLUSIONES	283
5ª PARTE.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	287
10. - REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	289

1ª PARTE
INTRODUCCIÓN

Prólogo

1.- Prólogo.

*Los que en realidad aman la vida son aquellos que están
envejeciendo*

Sófocles

Desde siempre me ha interesado el proceso de envejecer en la especie humana y a menudo, en la infancia, el tiempo se detenía cuando observaba atentamente el rostro de las personas añosas. Me fascinaban los dibujos que sobre él esbozaba el paso del tiempo. Me quedaba absorta mirándolos y pensando qué le sucedía al cuerpo para llegar a transformarse de esa manera. Pero no sólo me importaban los cambios físicos. Si cabe, era más interesante conocer sus pensamientos, averiguar qué les había acontecido, saber cómo habían conseguido vivir su vida. Si habían logrado disfrutar de ella y les había acompañado la felicidad. O si por el contrario la vida no les había sonreído, cómo habían afrontado los problemas que se habían encontrado en su largo camino por las estaciones de la vida, hasta llegar al ocaso de su existencia. En muchos casos, la satisfacción se marcaba en su facies. En otros delataba la amargura de la desesperanza y el sufrimiento experimentado, pero siempre intentando que el esbozo de una sonrisa no se borrara de su anciano rostro.

Todos y cada uno de los adultos mayores desprendían tanta sabiduría, que era imposible no impregnarse de la sapiencia vivida por los ilustres ancianos. Atentamente escuchaba sus vivencias, porque siempre había palabras que podían enriquecer mi vida, y se acompañaban de una moraleja de la que aprender.

Con admiración, respeto y cariño, así es como debiera tratarse a los adultos mayores. No habría que olvidar que son fuente de sabiduría, y emanan pensamientos siempre impregnados del aroma de la experiencia.

Con los años, y gracias a los conocimientos que he ido adquiriendo, he podido ir concibiendo como acontece el proceso de envejecer. Igualmente se suceden los cambios que sobrevienen para adaptarse, cada uno como buenamente puede, a la etapa final de la vida, en palabras del maestro Hipócrates, al “*invierno*” de la vida.

El envejecimiento es un proceso inherente a todo ser humano (Moragas, 1998). Se caracteriza por una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios físicos, psíquicos y sociales que se suceden vertiginosamente en el último tramo de la vida. De ahí que la clave de un envejecer feliz radique en aceptar la propia senescencia, así como el deterioro psicoorgánico que se sucede en esta etapa (Flórez, 2003). Pero el aumento de fuentes objetivas de estrés (jubilación, falta de adaptación, comorbilidad, pérdida de familiares y amigos, merma de autonomía) considerados estresores externos, agrava este proceso de adaptación, añadiendo fuentes adicionales de preocupación (Nuevo et al., 2006), aunque autores como Yanguas (2006) establecen que los cambios en estos factores psicosociales pueden disminuir la aparición de enfermedades y disminuir la mortalidad.

Para Flórez (2008), la satisfacción de la vejez radica en sentirse protagonista de su propia evolución, considerarse componente integrado de la comunidad en la que habita y alcanzar un grado de energía física y psíquica que permita lograr la longevidad. Por ello, la sensación de convertirse en algo insignificante, de no servir para nada, asociado al sentimiento de soledad y de la carencia de sentido en la vida, pueden convertirse en una carga pesada para el anciano. Tal como manifestó Selye (1957; citado por Flórez, 2003) *el estrés es*

nuestro compañero inseparable mientras vivimos. Y son las personas ancianas las que mayor grado de estrés pueden sufrir en el ocaso de la existencia, de tal suerte que puede traducirse en daños patológicos que aceleran el envejecimiento cerebral.

Las funciones cognitivas son esenciales para el mantenimiento de la autonomía, es decir, para que un individuo pueda ajustarse a su medio e interactuar con él (Yanguas, 2006). La sensación de control, en relación con los eventos que tienen lugar en la vida de los longevos, es decisiva en el funcionamiento psicológico (Bueno et al., 2006).

Pero la senescencia se asocia a un declive en la actividad intelectual (Schaie, 1990). Por lo tanto, las personas mayores, por efecto del deterioro cognitivo o de un ambiente restrictivo, pueden ver disminuído el uso de habilidades de afrontamiento ante los conflictos que les van a acompañar en los momentos tardíos del atardecer de la vida (Izal y Montorio, 1999).

Para hacer frente a los acontecimientos adversos del ambiente que rodea a los etarios, Lazarus y Folkman (1980; citados por Urquijo et al., 2008) definieron las estrategias de afrontamiento *como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para manejar, tolerar o reducir las demandas externas y/o internas y los conflictos entre ellas, que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.* En la misma línea, diferentes autores (Aldwin y Revenson, 1987; Carver, et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988) describieron tres estilos diferentes de hacer frente a los conflictos externos: afrontamiento centrado en el problema, o conductual; afrontamiento centrado en las emociones, o emocional; y por último el dedicado a comprender la situación sobrevenida, o cognitivo.

Los acontecimientos vitales son tan sólo una fuente de estrés relativa entre las personas mayores (Ensel, 1991: citado por Nuevo et al., 2006). Y gracias a las habilidades de

arrostramiento que emplean en esta fase, logran controlar la situación estresante con mayor eficacia (Nuevo et al., 2006), empleando mayormente, técnicas pasivas para hacer frente a los problemas que les surgen en la senectud. Por lo tanto, la adaptación a esta fase final de la vida va a estar vinculada tanto al uso de estos recursos, como a lo esperable que sean los sucesos que se originen en la vida de los ancianos (Montorio e Izal, 1997).

Por ello, si la sensación de ineficacia les inunda, convirtiéndose en su compañero de viaje, se vuelven más vulnerables al estrés y a la depresión (Bandura, 1997; Cohen 1990; Pearlin y Skaff, 1995; citados por Bueno et al., 2006). De ahí la relevancia de la percepción de control en la adaptación y mantenimiento del bienestar durante el envejecimiento.

El conocimiento de los procesos de envejecimiento y las actitudes positivas pueden facilitar la adaptación y ser un factor protector para el desarrollo de problemas emocionales ante el aumento de fuentes de estrés que puede implicar la vejez (Nuevo et al., 2006). La mayor parte de los adultos mayores que consiguen tener una visión más positiva de la senectud, mejoran además su rendimiento cognitivo. Estudios previos (Hess y Hinson, 2006; Levy y Langer, 1994; citados por Herrera et al., 2010), encuentran que las personas con una actitud más positiva hacia la vejez obtienen un mayor rendimiento cognitivo.

El aislamiento social es una situación frecuente en los mayores. Por ello, tanto el entorno familiar como el social son cruciales para que el anciano logre adaptarse mejor a la senectud, así como para evitar patologías de la afectividad. De hecho, los individuos expuestos a la soledad en su edad avanzada pueden tener una mayor vulnerabilidad a los trastornos mentales. El aislamiento y la soledad durante la vejez exagera el deterioro mental e inmunitario durante este período a pesar de haber mantenido una vida social normal durante las etapas vitales anteriores (Arranz et al., 2009).

El apoyo social funciona como protector de la salud frente a ciertos factores estresantes vitales. Esta función protectora se manifiesta bien previniendo la aparición de enfermedades como la depresión o bien favoreciendo y aumentando la capacidad de afrontar los problemas.

Es importante tener presente que en la senescencia se acentúa la percepción subjetiva de que la vida es finita y de que el tiempo se escapa, de modo que los adultos mayores desean aprovechar al máximo los últimos segundos de la existencia. Esa percepción subjetiva del paso del tiempo puede constituirse en un potente agente estresante que precipita al anciano a la depresión (Flórez, 2003).

Los trastornos emocionales relacionados con una preocupación excesiva tienen una elevada prevalencia en la edad avanzada, afectando seriamente a la salud y a la calidad de vida de las personas mayores (Nuevo et al., 2006). La patología de la afectividad en el anciano constituye la expresión del fallo en los mecanismos de adaptación. La *pérdida afectiva* es uno de los agentes estresantes más potentes en el ser humano, particularmente en la vejez (Flórez, 2003). La depresión se considera uno de los trastornos mentales de mayor complejidad en la tercera edad. A ello contribuyen una serie de factores, entre los que destacan la frecuente comorbilidad con enfermedades somáticas, la disminución de las funciones cognitivas y la presencia de acontecimientos vitales adversos (Kales y Valenstein, 2002; Sable et al., 2002; citados por Alcalá et al., 2007). Al mismo tiempo suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la última etapa de la vida (Blazer, 2003; citado por Alcalá et al., 2007).

La presencia de trastornos depresivos favorece la aparición de enfermedades, acorta la esperanza de vida y disminuye la calidad de vida (Flórez, 2008). Y para neutralizar de alguna forma el estrés que estas situaciones les ocasiona, es preciso recuperar el apoyo social,

instrumento terapéutico eficaz que, por sí mismo, puede reducir los síntomas depresivos (Flórez 2003). Estos apoyos se suelen encontrar en el entorno más íntimo (Arias y Polizzi, 2010), puesto que son las que los adultos mayores consideran más importantes para disfrutar de los últimos rayos de luz del ocaso de la vida.

Los minutos transcurren lentamente, cuando las adversidades azotan los rostros cansados de los ancianos. Se acompañan de la armonía final que les otorga el sentimiento del deber bien cumplido. Intentan que no se marque más huella que la que deja la tranquilidad del disfrute vital, descansando en el jardín de la afectividad bien compartida. Pronto desaparecerá el sol tras el horizonte de la vida, la luz se tornará oscuridad, y los momentos vividos empaparán el alma inmortal de los Sabios maestros de la Existencia. Quedarán los presentes, que algún día serán futuros. Iluminarán sus días con las reminiscencias y las confesiones profesadas por los antiguos, para lograr encontrar así un sentido a sus vidas.

Y del mismo modo que los ancianos eruditos, lucharán por mantener su lugar en el difícil mundo de la competencia desleal por ver quién es mejor que quién. Pero el camino será más difícil si cabe, porque la memoria de los futuros, no será tan determinante en el destino de los nuevos presentes.

Por todo ello, objetivo general del presente trabajo fue:

Estudiar posibles variables psicosociales, con efecto sobre el estado de ánimo de los ancianos.

El Envejecimiento

2.- EL ENVEJECIMIENTO

«La vieillesse apporte une lucidité dont la jeunesse est bien incapable et une sérénité bien préférable à la passion» (La vejez aporta una lucidez de la que la juventud es muy incapaz y una serenidad muy preferible a la pasión)

Marcel Jouhandeau: Reflexiones sobre la vejez y la muerte

2.1.- Concepto

Nada nos hace envejecer con más rapidez que el pensar incesantemente en que nos hacemos viejos

Georg Christoph Lichtenberg

En el camino que se sigue a lo largo de la vida, el paso de los días marca inexorablemente el alma de cada persona. La huella de la existencia de las horas vividas queda plasmada tanto en lo material como en lo espiritual, y da fe de las alegrías y de las penas que el sabio organismo ha sufrido con el paso del tiempo.

El proceso de envejecer es algo innato a todos los seres vivos, incluyendo las células del propio cuerpo humano. En este proceso se suceden cambios que afectan a todos y cada uno de los órganos y sistemas del organismo, y que se van reflejando en el hombre con el paso de los años.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE) el término *envejecimiento* significa literalmente “*acción y efecto de envejecer*”. Y envejecer quiere decir “*durar, permanecer por mucho tiempo. Hacer vieja a una persona o cosa. Hacerse*

vieja o antigua una persona o cosa". Se pueden encontrar múltiples sinónimos, tales como: *aviejarse, canear, menguarse, decaer...* pero todos ellos aluden a la parte más negativa de la senectud, el deterioro tanto físico como psicológico (Barcia, 2001).

El término vejez es estático. Hace referencia a una etapa o fase del ciclo vital. Pero envejecer hace alusión a un proceso, y por lo tanto es dinámico. El envejecimiento abarca un matiz temporal más amplio que la vejez. Se considera que empezaría al final de la juventud y se armoniza con maduración y desarrollo a lo largo de la adultez (Agüera et al., 2006).

El envejecimiento es un proceso inherente a toda persona (Moragas, 1998), a pesar de que no todas envejecen de igual forma, ni en una persona lo hacen a la misma velocidad los diferentes componentes del organismo (Coca et al., 2004). La senectud es un proceso intrínseco que afecta a todos los organismos vivos, de manera distinta, y que se caracteriza por dos hechos básicos: por un lado, se produce una disminución progresiva de la vitalidad y, por otro, un descenso de la capacidad de adaptación a los cambios. Este último es referido por algunos autores como *homeostenosis*, en relación con la dificultad del organismo para mantener la homeostasis (Agüera et al., 2006).

Desde el punto de vista neuropsicológico Mora y Sanguinetti (1994) (citado por Macías, 2007) afirman que se podría definir el envejecimiento como un proceso deletéreo que acontece en todo ser vivo con el tiempo y que es expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente. Del mismo modo Coca et al. (2004) describen un envejecimiento fisiológico como cambios inevitables, comunes a todos los individuos de la especie, consecutivos al uso y desgaste de los propios órganos y sistemas, y muy vinculados a la carga genética del sujeto.

La OMS establece que es importante no olvidar que (Macías, 2007):

El envejecimiento es un proceso normal

Ocurre en todos los seres vivos

Comienza en el momento de nacer

Se acentúa en los últimos años

Se produce una limitación de la adaptabilidad

Es un proceso no uniforme

Es diferente de una especie a otra

Es distinto de un hombre a otro

En un ser humano no todos sus órganos envejecen a un mismo tiempo

Según Moragas (1998) existen diferentes nociones sobre ancianidad, son:

a) *Vejez cronológica*

Este concepto viene definido por el hecho de haber cumplido los 65 años, y se basa en las edades de retiro tradicionales cuyo primer precedente aparece con las medidas sociales del canciller Bismarck en el siglo XIX. Es objetiva en su medida, y se basa en la edad cronológica, edad que comparten los nacidos en el mismo año. Pero puede considerarse que tiene un inconveniente: el impacto del tiempo es diferente para cada persona, según la vida que haya llevado, el trabajo, la salud, etc..

Internacionalmente, en 1984 se admitió por convenio, que anciano es toda persona mayor de 65 años, edad coincidente con la jubilación (a día de hoy esta edad está pendiente de modificación). Por todo ello, el concepto de vejez cronológica está obsoleto, dado que la ancianidad se cataloga a modo individual, siendo un proceso multicausal.

b) *Vejez funcional*

Corresponde con el uso del término viejo como sinónimo de incapaz o limitado. Refleja las tradicionales limitaciones de la vejez. Se trata de un concepto erróneo dado que la vejez no representa necesariamente incapacidad, el mayor no está funcionalmente limitado. La vejez implica reducciones de la capacidad funcional debidas al transcurso del tiempo, pero no es la causa de que se encuentren limitados los mayores.

Podría decirse también que el envejecimiento o senescencia es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Esto implicaría tanto una disminución de la capacidad adaptativa como de capacidad de respuesta a los agentes lesivos que afectan al individuo.

El envejecimiento de la población es uno de los mayores triunfos de la humanidad y también uno de los mayores desafíos. Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que realizan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades (OMS, 2002).

El término *envejecimiento activo* fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de *envejecimiento saludable* y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalache y Kickbusch, 1997; citado por Causapié et al., 2011).

c) *Vejez como etapa vital*

El enfoque de la vejez como etapa vital es estudiado por la Psicología del Desarrollo, y constituye una etapa más de la experiencia humana. Esta teoría defiende que el octogenario

posee una serie de virtudes como son serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social, que pueden compensar las limitaciones de esta etapa de la vida (Moragas, 1998).

La Psicología del desarrollo considera esta etapa como una más de la experiencia vital, con aspectos positivos y negativos. La experiencia más importante que aporta un longevo no se basa en los conocimientos que ha adquirido en la vida. Se fundamenta en el conocimiento de los problemas psíquicos y sociales que el anciano posee por el hecho de haber vivido.

2.2.- Breve referencia histórica

No ha de ser dichoso el joven, sino el viejo que ha vivido una hermosa vida

Epicuro de Samos

Los longevos han tenido diferentes papeles a lo largo de los tiempos. Siempre ha estado presente su sabiduría, pero en algunas etapas de la Historia ha primado más la belleza exterior que la interior. No obstante, el culto al mayor ha estado siempre ligado al paso del tiempo, a la evolución humana y al proceso intrínseco de envejecer.

A lo largo de los siglos la concepción que se tenía del anciano ha ido variando, desde la Prehistoria hasta el siglo XXI. He aquí un pequeño ejemplo del papel que el anciano ha jugado en la obra de la Historia de la Vida:

En la Prehistoria los viejos tenían un valor especial, se les equiparaba con las divinidades sobre todo porque la longevidad tenía un valor especial, casi sobrenatural. El anciano tenía el rol de ser el guardián y a la vez transmisor de la memoria de la tribu. Por ello la gran mayoría de las veces, gracias a sus conocimientos adoptaban el papel de chamanes o brujos del clan. De ahí que se creyera que eran los protegidos de los dioses (Trejo, 2001).

En la Civilización China, Confucio impuso la obligación de obedecer al hombre de más edad dentro de una misma familia. El culto al viejo era tal que las personas querían aparentar ser más viejas de lo que realmente eran para poder disfrutar de un trato especial. Cuando pasaban de los 70, renunciaban a sus cargos oficiales para prepararse para la muerte, aunque seguían manteniendo su autoridad dentro de la familia. En aquellos tiempos, las circunstancias no eran favorecedoras de la longevidad de los hombres, y no eran muchos los

que llegaban a ser muy añosos. Del mismo modo, para el Taoísmo, la vejez era la vida bajo su forma suprema (De Beauvoir, 1983).

Lo descrito en Oriente es totalmente contrapuesto a lo que sucede en Occidente. El primer texto que se conoce sobre la vejez en Occidente fue escrito hacia el año 2450 a.C. por el filósofo Ptha-Hotep, y descubierto en Egipto. En él habla de su propia vejez, de lo penoso que es ser anciano, y de las desgracias de llegar a la ancianidad. Se debilita día a día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; sus fuerzas declinan; su corazón ya no conoce descanso; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le es imposible recordar hoy lo que fue ayer. Todos los huesos le duelen. Las ocupaciones a las que se entregaba antes con placer sólo se cumplen con dolor y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre (De Beauvoir, 1983).

No obstante, dentro la cultura egipcia el anciano era considerado sabio y consejero, algo similar a lo que ocurría en épocas anteriores de la Historia. Esta reflexión descubierta en Egipto permanece y se repite a lo largo de la Historia.

Puede observarse como, en las Sociedades Primitivas, en la Prehistoria, el anciano jugaba un papel muy importante porque se le consideraba transmisor de conocimientos, valores morales, mitos. Todo esto le convertía en un *Ser excepcional*, además de por la edad, por la sabiduría (Alba, 1992).

Dentro de la Civilización Griega se encuentran dos posturas contrarias. La primera, en la ciudad de Esparta donde ser anciano era una garantía de prudencia, por eso contaba con un consejo asesor llamado Gerusia compuesto por 22 ancianos, los *gerontes*. Para ellos *Gera*, *gerón* significaban edad avanzada, privilegio de edad (De Beauvoir, 1983). Es más, para los

filósofos, la ancianidad es mucho más respetable que la juventud a ojos de los dioses (Alba, 1992). Pero de otro lado se situaba la postura que adquirieron en Atenas, representando a la gran mayoría de la civilización griega, donde la vejez era respetada, pero no venerada, destacando más bien sus aspectos negativos, considerándola incluso una lacra (Trejo, 2001).

Dentro de la sociedad griega, y en el contexto de la vejez, no se puede dejar de citar a grandes maestros como son Platón y Aristóteles cuya visión del anciano era antagónica. Por una parte, Platón en su libro *República* presenta al mayor con sumo respeto. Elogia esta etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio, y ofrece en la comunidad funciones de gran divinidad y responsabilidad, directivas, administrativas y jurisdiccionales y superiores en estima social. Hace resaltar, sobre todo, los agentes individuales del envejecimiento, considera que las vivencias del final de la vida están muy determinadas por la forma en la que se vive durante la juventud y en la adultez, y explica cómo habría que prepararse para la vejez. Así pues, Platón es un antecedente de la visión positiva de la vejez, así como de la importancia de la prevención y profilaxis (Carbajo, 2008).

Aristóteles ofrece una visión totalmente contraria a su maestro Platón. Para Aristóteles el longevo es una persona desdichada. En su *Retórica* (libros II, XII, XIII, XIV), destaca el afán de disputa en la edad avanzada e interpreta la compasión como una debilidad. La “*senectud*”, que es la cuarta y última etapa en la vida del hombre, equivale a deterioro y ruina. Es una etapa de debilidades, digna de compasión social e inútil socialmente. Además, las personas mayores son caracterizadas como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas. En su escrito *De generatione animalium* asocia la vejez con la enfermedad (Carbajo, 2008).

En el pueblo Hebreo las personas añosas tenían mayor consideración social. Valga el ejemplo de Matusalén y de Jacob, con 969 y 600 años respectivamente, que aunque cifras increíbles muestran el respeto que a los ancianos se les profesaba (Alba, 1992). Esto queda patente en el Antiguo Testamento, Libro del Éxodo, cuando Dios le encomendó la misión de guiar a su pueblo a Moisés, viejo, sabio, de largas barbas blancas, que se hizo acompañar de los ancianos: “Vete delante del pueblo y lleva contigo a ancianos de Israel” (Ex. 17,5). Los longevos adquirieron entonces un poder casi divino, gobernando en cada ciudad por medio del Consejo de Ancianos. Esto quedó plasmado en el Libro de los Números del Antiguo Testamento (Nm 11, 16 y 17).

En la Sociedad Romana la gran mayoría de los senadores eran viejos sabios, que con su gnosis y experiencia guiaban con sus decisiones el camino del Imperio Romano. Claro es el ejemplo de Cicerón y su ensayo, “*De Senectute*”, en el que hace un elogio de la vejez, destacando sus aspectos positivos, subrayando el relevante papel que desempeña la sociedad al determinar las vivencias y el proceso de envejecimiento. Además, valora a la persona mayor al destacar que el acercamiento a ella debe de ser con respeto y veneración, no por motivo de de compasión, ni por prejuicios acerca de su capacidad de responsabilidad y rendimiento. La forma de envejecer depende en gran medida del *rol de la persona mayor* que determine la sociedad (Carbajo, 2008).

La época más prolífica para los mayores fue la República, y tras ella los hombres de edad avanzada comenzaban a ver como iba decayendo el papel ilustre que ocuparon antaño.

En los comienzos del Cristianismo la senectud se mantuvo en el mismo lugar que tras la caída de la República de Roma, degradada y considerada símbolo del pecado. Pero fue la Iglesia, que desde sus orígenes, se encargó de la protección de los más débiles entre los que

hallaban su sitio los viejos, la que favoreció su reubicación en la sociedad y les amparó en los hospitales y monasterios cristianos (Trejo, 2001).

En la Edad Media, el papel del anciano pasó por diferentes etapas:

Alta Edad Media: también llamada “Edad oscura” que transcurrió entre los siglos V al X, el joven era quién llevaba las riendas de la sociedad ocupando incluso los más altos cargos del momento (papas, reyes, etc.) (De Beauvoir, 1983). El longevo quedó relegado a un segundo lugar, aunque seguía siendo respetado a la par que burlado (Alba, 1992). La imagen que de la senectud se tenía era la de una etapa de la vida decadente y en la que el ser humano mostraba su lado más débil. La única excepción de vejez la protagoniza Carlomagno, que es mostrado como sensato y perspicaz. En este momento reinaba la ley del más fuerte (Trejo, 2001).

Pero en esta época del Cristianismo, a diferencia de los comienzos del mismo, la Iglesia no tuvo especial consideración con los ancianos, aunque es importante destacar que el Cristianismo sí remarcó el papel de éstos, porque tanto monjas como frailes alcanzaban edades más longevas. Se retrataba al añoso como un señor de generosas barbas blancas, dejándose influenciar así por la imagen que la Biblia ofrecía de longevidad, bondad y sabiduría representada en Moisés (De Beauvoir, 1983). Tomó fuerza el papel de la familia, gracias a la imposición de la iglesia de establecer como norma general la monogamia y considerar cualquier otro tipo de relación como pecado. Esto hizo que la alcurnia se volcase con el viejo y adoptase un papel más protector para con él.

Hacia finales de la Edad Media la vejez vuelve a quedar confinada, adquiriendo mayor notoriedad tanto la infancia como, sobre todo, la edad adulta (De Beauvoir 1983).

En lo que al Renacimiento se refiere, la edad proveccta es presentada, al igual que sucedía en la Edad Media, como el momento de la vida más decadente y despreciable del ser humano (De Beauvoir, 1983), siendo especialmente cruel con la mujer mayor, degradando su imagen hasta la saciedad. Se imponía como norma la belleza escenificada en la juventud. Todo ello queda muy bien plasmado tanto en las artes como en la literatura. Por el contrario, hay cuadros de esta época que representan al viejo ricachón de modo similar al descrito en la Biblia, con largas y albas barbas. Esta imagen se fue estableciendo de modo más habitual hacia el final del Renacimiento anticipando el cambio que se avecinaba.

A medida que pasa el tiempo el longevo vuelve a adquirir el rol de sabio que tuvo en épocas pasadas (Alba, 1992). En la Edad Moderna se pone de manifiesto la experiencia y sapiencia del mayor, acompañado, además, de los avances en el mundo de la ciencia, como la medicina. Esto se vio favorecido por las mejoras en la alimentación y en la higiene. Llegar a ser añoso se convirtió en algo más común (Alba, 1992). Por ejemplo, llegado el siglo XVIII el respeto se impuso como norma frente a los mayores. Este hecho favoreció el aumento de la esperanza de vida. Es más, a este siglo se le conoció como el “siglo sensible”, porque se busca mostrar lo que de verdad siente el corazón (De Beauvoir, 1983). Se veneraba tanto a los niños pequeños como a los abuelos. La vejez volvió a ser considerada una etapa feliz de la vida, incluso ejemplar donde, otra vez, la sabiduría estaba presente, haciendo del anciano un ser sereno y culto.

La llegada de la Revolución Industrial, especialmente en la primera mitad del siglo XIX, aportó mayor respeto si cabe para con los mayores. Empezaba en este momento a sonar con fuerza la palabra “jubilación” y lo que ello significaba. Pero, a medida que pasaba el siglo, la situación empeoraba para los vejetes. Los avances que imponía la Revolución

quedaban plasmados en la sociedad y eso hizo mella en los más añosos de la misma. Además de no poder trabajar tanto como los jóvenes, no lograban hacerse con capital para poder subsistir una vez “jubilados”. Sus descendientes se deshacían de ellos dejándoles en hospicios sin, en muchos casos, ni siquiera ropa (De Beauvoir, 1983). La literatura del momento se hizo eco de las fatalidades que sufrieron los viejos al ser arrastrados por la corriente futurista. Ejemplos varios, como el que recogió Zola en su libro “La Terre”, en el que describe las calamidades pasadas por un matrimonio de ancianos, especialmente por el patriarca al que vejaron tanto sus propios hijos que llegaron a asesinarlo, o bien el referido por Bonnemère en su obra *Histories des paysans* en el que narró varios casos en los que los mismos hijos entierran al padre antes de que éste muera porque *urge heredar*. Ambos autores, entre otros muchos, citados por Simone de Beauvoir (1983), en su libro *La Vejez*, ponen de manifiesto el sufrimiento padecido por los ancianos a finales del siglo XIX. Pero no sólo se pueden encontrar textos vejatorios. Otros autores, como Víctor Hugo, representaron las maravillas de la vejez observándose en sus ancianos seres humanos con prestigio y autoridad gracias al momento vital en el que se encontraban.

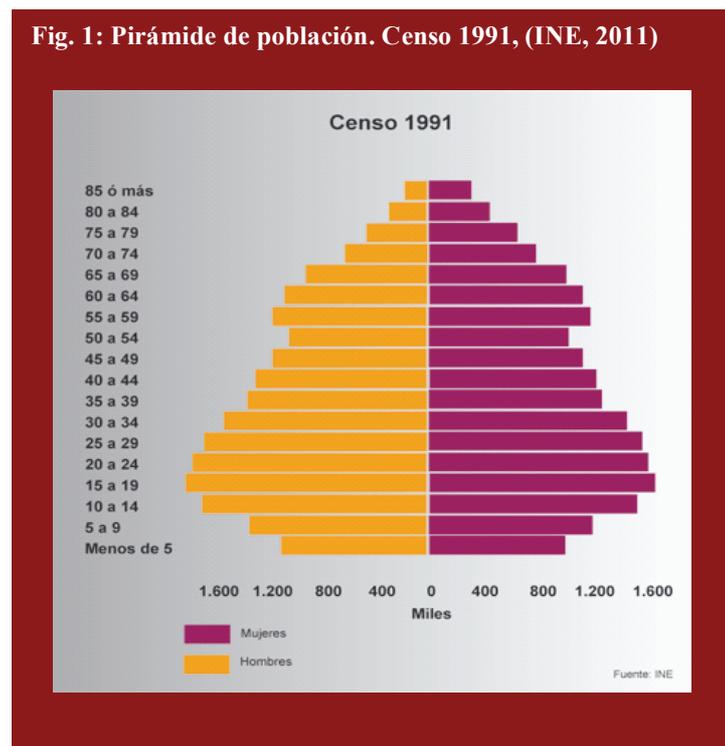
Este paseo por la Historia ha demostrado que la vejez, pese a sus más y sus menos, siempre ha ocupado un lugar de privilegio en las distintas sociedades. Siempre ha habido pensadores que han considerado a la vejez como una etapa de sensatez e intuición. Claros ejemplos los citados anteriormente. Víctor Hugo resalta la bondad; Emerson, la felicidad; Jacob Grimm, la tranquilidad (Alba, 1992).

En lo referente al pasado siglo, el XX, y al actual el XXI, el papel del anciano no ha variado mucho. En este tiempo el anciano ha conseguido más consideración por parte del mundo y por consiguiente, menos soledad.

El siglo XX hizo que el longevo fuera adquiriendo su lugar. Se observó un deterioro de la relación paterno-filial decreciendo el respeto del hijo por el padre, pero aumentando la admiración por los abuelos. Se imponía así la imagen de la tranquilidad y sabiduría que durante tanto tiempo había predicado el viejo, y que por fin obtenía su recompensa. Los abuelos no eran sinónimo de autoridad (Alba, 1992), sí de comprensión. Esta imagen se potenció después de la Segunda Guerra Mundial, especialmente a partir de los años sesenta. De ahí que sea importante destacar que el interés por la vejez aumentó en la segunda mitad del siglo XX. La sociedad envejecía, del mismo modo que aumentaban las inquietudes ante la vejez y los investigadores de la época abogaban por una buena calidad de vida en este momento del ciclo vital (Vega y Bueno, 1996)

En general en Europa se imponía la imagen del anciano gobernante: en Francia, Charles de Gaulle que falleció a los 80 años poco después de dejar el mandato; en Inglaterra, Gladstone tenía 85 años cuando cedió su cargo, en Alemania, Bismarck con 75 años dejó paso a un sucesor un poquito más joven que él (Alba, 1992), y así pasó en todos los países incluida España, donde Franco, con 82 años, dejó como sucesor a un jovencísimo Rey Juan Carlos.

Los datos que se tenían del censo, en el año 1991 en España (INE, 2011), indicaban que la sociedad envejecía a pasos agigantados (Vega y Bueno, 1996). Esto demandaba si cabe aún mayor interés por investigar en el campo de la Geriatría, de la Gerontología y de la Psicogeriatría.



Hoy se siguen encontrando legados de entonces, como los que transmitían a sus descendientes los pueblos primitivos de Latinoamérica, donde se veneraba de tal modo al longevo que los consejos y órdenes que recibían los más jóvenes rezaban ser como estos: *Honra al anciano(...). No reproches sus errores pues el próximo error será tuyo* (Alba, 1992). Hoy por hoy, en general, se sigue venerando la figura del anciano, los avances en los distintos campos sanitarios han favorecido el aumento de las expectativas de vida. Pero mayor longevidad implica también un mayor ascenso de las patologías crónicas, tanto psíquicas como físicas (Agüera et al., 2006).

En suma, en el momento actual, y debido al aumento del envejecimiento de la población, se tiene más presente que nunca el papel del decano en la sociedad. Es más, se les continúa pidiendo aliento y consuelo en las decisiones que a diario se toman. Se sigue implorando a su sapiencia en los momentos cruciales de la existencia, como antaño también sucedía. Permanece en ellos la esencia de la sabiduría

2.3.- Epidemiología

*Cuando me dicen que soy demasiado viejo para hacer una cosa,
procuro hacerla enseguida*

Pablo Picasso

La longevidad de los españoles se ha incrementado de forma espectacular durante todo el siglo XX, al igual que sucede en la mayoría de los países del mundo (IMSERSO, 2009). En España, la esperanza de vida en 1900 era de 34,8 años y en el 2002 se situaba en 79,7 años, por lo que la cifra se ha duplicado. Desde los años 50 el crecimiento de la esperanza de vida ha sido notable, ralentizándose desde los 80, pero sin detener su expansión (IMSERSO, 2006).

La esperanza de vida al nacer (promedio de años que se espera que viva un individuo desde el nacimiento hasta su muerte) en España, en 2007 era de 81,1 años, 77,8 años para los hombres y 84,3 años en el caso de las mujeres (MSC, 2010). Posteriormente (IMSERSO, 2009; MSC, 2012) se recoge que España presenta la mayor expectativa de vida de la Unión Europea alcanzando los 82,0 años. Por sexos, las mujeres ocupan la primera posición con 84,9 años, y la cuarta en el caso de los hombres (78,6 años), por detrás de países como Suecia, Chipre e Italia. A nivel mundial, el país que ocupa la lista de longevos es Japón (IMSERSO, 2006). Asimismo, durante el periodo 1999-2009, se ha producido un incremento de la esperanza de vida de 2,6 años. Los valores europeos oscilan entre los 79,0 años de Dinamarca, seguida de Portugal (79,5) y los 81,7 de Suecia e Italia, con una diferencia promedio de cinco años entre hombres y mujeres (MSC, 2012).

Teniendo en cuenta el Padrón Municipal de 2011, a 1 de enero de 2011 viven en nuestro país 8.093.557 personas mayores de 65 años, tanto españolas como de otras nacionalidades. Esto constituye el 17,15% del total de población (INE 2012).

Pero cuando la referencia es considerada estimando la población en España, a 1 de enero de 2012 (INE 2012), la población mayor de 65 años (8.029.674 personas) constituye el 17,38% del total de los españoles. Y estos datos van aumentando cada año que pasa (en 2008 representaban el 16,61%).

Fig. 2. Estimación de la población actual en España,(INE 2012)

Estimaciones de la Población Actual de España.									
Resultados Nacionales									
Población por fecha de referencia, sexo y grupo quinquenal de edad									
Unidades:Personas									
	Ambos sexos			Varones			Mujeres		
	1 de Enero 2012	1 de Enero 2011	1 de Enero 2008	1 de Enero 2012	1 de Enero 2011	1 de Enero 2008	1 de Enero 2012	1 de Enero 2011	1 de Enero 2008
Total	46196278	46152925	45283259	22705444	22724866	22356882	23490833	23428060	22926377
65 a 69 años	2182424	2102975	1898150	1030375	993619	894485	1152049	1109356	1003665
70 a 74 años	1737846	1742829	1878485	791532	790817	847599	946314	952012	1030886
75 a 79 años	1700049	1712550	1661718	729066	733151	706811	970982	979399	954907
80 a 84 años	1300518	1262388	1164951	510392	492925	450739	790126	769462	714212
85 a 89 años	749481	720087	623542	261278	250368	211050	488203	469718	412492
90 a 94 años	283377	263747	230034	84280	76519	63935	199097	187228	166099
95 a 99 años	67836	65183	57622	16667	15951	14151	51169	49231	43471
100 y más años	8143	8039	5806	2264	2175	1412	5879	5864	4394

Notas:
1.- Nota: los resultados anteriores a 2009 sólo están disponibles a día 1 de enero y 1 de julio y no están desagregados por generación.

Estos datos reflejan como el número de centenarios aumenta con el paso de los años. Probablemente dentro de este grupo existan personas que gocen de buena salud, pero la falta de independencia en otros casos, pasando a verse como una *carga para el cuidador*, hacen que su calidad de vida se vea mermada, contribuyendo en muchas ocasiones, a que su estado de ánimo decaiga.

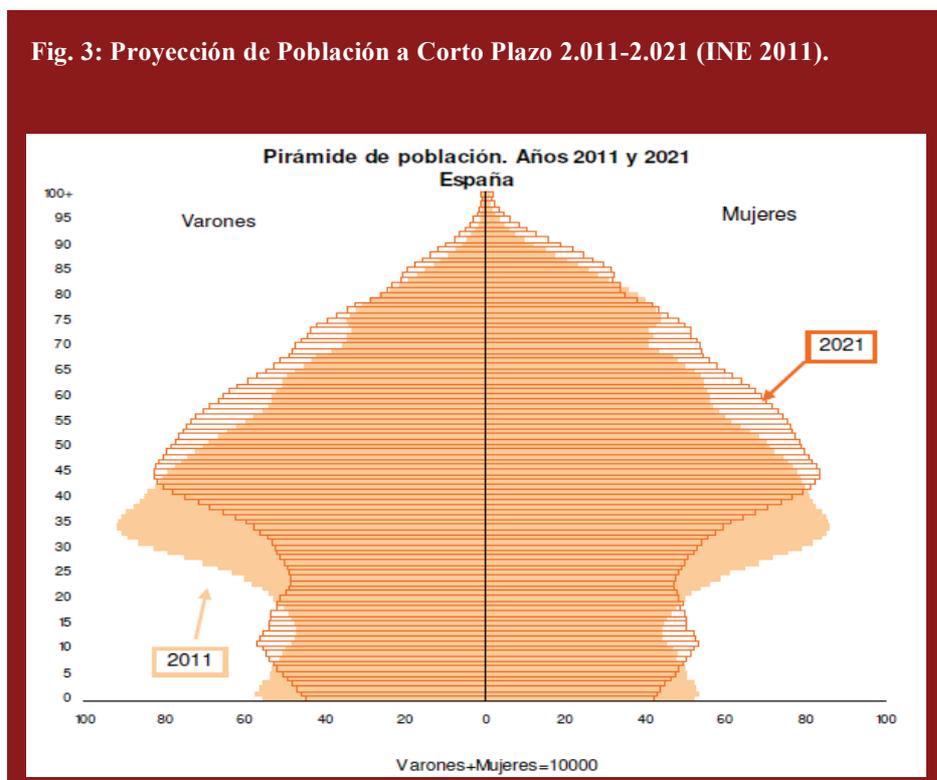
El reto es llegar a la vejez en las mejores condiciones posibles de autonomía, y por tanto de independencia. Y a esto se podría llegar manteniéndose activo, con ejercicio físico acorde a su edad, y una alimentación variada y equilibrada. Está claro que los genes, además de una vida sana y equilibrada, también influyen en la longevidad. De ahí que hijos de padres añosos puedan también llegar a longevos.

El cuerpo humano soporta el paso del tiempo, pudiendo en muchos casos superar el centenar de años. Pero el declive tanto físico como mental no aparece de repente, si no que es un proceso que se va gestando a lo largo de la vida, y esta presente desde el momento de la misma fecundación.

En un estudio recogido por el INE (2011) estimando la población que habrá en España en 2021, se prevé que el crecimiento comenzará a ser negativo, superando las defunciones al número de nacimientos. De ahí que los datos reflejados en este apartado muestran como actualmente en España, la población presenta una pirámide poblacional con base estrecha y cúpula cada vez más amplia como la que se muestra en la figura 3 de la página siguiente.

En este estudio se afirma que si realmente la mortalidad supera a la natalidad, la esperanza de vida al nacimiento se incrementaría en 2 años en los varones (hasta los 80,9 años) y en 1,5 años en las mujeres (hasta los 86,3 años). Al mismo tiempo, la esperanza de vida a los 65 años se incrementaría en 1,4 años en los varones (hasta los 19,7 años) y en 1,3 en las mujeres (hasta 23,5 años). Esto es, los hombres llegarían hasta los 84,7 años y las mujeres hasta los 88,5 años (INE, 2011).

Fig. 3: Proyección de Población a Corto Plazo 2.011-2.021 (INE 2011).



Según la OMS (2002), en la II Asamblea sobre envejecimiento celebrada en 2002, se estima que la proporción de personas que tienen 60 años y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad, a nivel mundial. Entre 1970 y 2025, se prevé que la población de añoso aumente en unos 694 millones, o lo que es lo mismo, el 223%. En 2025, habrá un total de cerca de 1200 millones de personas con más de 60 años. Para el año 2050 se alcanzarán los 2000 millones de longevos, de los cuales el 80% vivirán en los países en vías de desarrollo. En España las estimaciones realizadas advierten que en el año 2050 habitarán más de 12 millones de adultos mayores (IMSERSO, 2002). El mayor crecimiento se observa entre los ancianos con edades iguales o superiores a 80 años. En el año 2000, este grupo se cifraba en 70 millones y en los próximos 50 años esa cifra aumentará más de cinco veces

(Codón, 2002; ONU, 2002). Más de la mitad de los mayores de 60 años son mujeres (55%), y de los longevos que superan los 80 años, también hay mayoría femenina, el 65% (Codón, 2002). Los octogenarios supondrán 4,1 millones del total de la población española en 2050 (IMSERSO, 2002).

La composición de sus edades, es decir los porcentajes de niños, jóvenes, adultos y ancianos en un país dado, es un importante elemento que han de tener en cuenta los responsables políticos. El envejecimiento de la población es consecuencia de una disminución de la proporción de niños y jóvenes y un aumento de la proporción de personas de 60 años y más (OMS, 2002).

2.4.- Teorías del envejecimiento

La vejez existe cuando se empieza a decir: nunca me he sentido tan joven

Jules Renard

La ciencia que se encarga de estudiar el proceso de envejecer en todos sus aspectos es la *Gerontología*, que proviene del griego *gerontos* que significa *anciano* y *logos* que se traduce como *ciencia, tratado*. Del mismo modo la *Geriatría* es la *rama de la Medicina que se ocupa no sólo de la prevención y asistencia de las enfermedades que presentan las personas de edad avanzada, sino también de su recuperación de función y de su reinserción en la comunidad* (Macías, 2001).

Se puede decir que todo individuo, a lo largo del ciclo vital, se ve sometido a cambios, y tiene que desarrollar nuevas capacidades para su adaptación (Prados y Muñoz, 2006). A lo largo de las fases vitales todos los sujetos sufren las consecuencias de un proceso evolutivo, el envejecimiento, gracias al cual el organismo en general, y el sistema nervioso en particular, se ven alterados por el paso del tiempo. La neuroplasticidad (capacidad que poseen las neuronas para adaptarse a los cambios) es un factor determinante en la capacidad adaptativa del individuo, y así poder alcanzar un *envejecimiento normal* (Agüera-Ortiz et al., 2011).

En las tablas 1 y 2 se recogen los cambios físicos y cognitivos que sufre el organismo en el proceso de envejecer (Spar y La Rue, 1999):

Tabla 1: Efectos del envejecimiento sobre la anatomía. Tomado de Spar y La Rue, 1999.

Tabla 1: Envejecimiento primario: cambios en la anatomía y función de los principales sistemas orgánicos		
	Cambios anatómicos	Cambios funcionales
Sist. cardiovascular		
Corazón	Reducción de tamaño, flexibilidad de la matriz colágena; depósitos de grasa y lipofuscina en miocardio; infiltración grasa y calcificación de las válvulas aórtica y mitral	Evidencias poco consistentes de reducción del índice cardíaco en relación con la edad; aumento (M>F) en el índice de volumen diastólico final en reposo; reducción de la tasa cardíaca máxima, volumen de eyección, y consumo de oxígeno en estrés
Arterias	Redistribución y reconfiguración molecular de la elastina y colágeno en la pared arterial; calcificación	Elevación de la presión arterial sistólica
Respiratorio		
Pulmones	Ductos alveolares agrandados; pérdida de elasticidad	Reducción de la capacidad ventilatoria, especialmente durante el ejercicio
Musculoesquelético	Aumento de la rigidez de la pared torácica; aumento de la cifosis; degeneración y calcificación de los cartílagos	Igual que el anterior
Gastrointestinal	Pérdidas de células musculares lisas intestinales; atrofia de la mucosa gástrica; aumento del pH gástrico; pérdida de hepatocitos; reducción del flujo sanguíneo hepático	Reducción de la eficacia eliminadora; estreñimiento; reducción del metabolismo de fármacos
Genitourinario	Pérdida de masa renal, glomérulos y árbol arterial intrarrenal; reducción de la elasticidad vesical, especialmente en mujeres; aumento de la próstata en varones	Reducción de la tasa de filtración glomerular y del flujo plasmático renal; reducción de la capacidad de llenado vesical
Endocrinológico	Atrofia y fibrosis; reducción de la vascularización; los cambios son mínimos	Disminución general de la capacidad secretora, aunque los niveles hormonales pueden mantenerse constantes
Nervioso	Reducción del peso y volumen cerebral en la mayoría de los estudios; pérdida de neuronas, dependiendo del área cerebral estudiada; pérdida del árbol dendrítico con reducción de la conexión interneuronal; acumulación interneuronal de lipofuscina y pérdida de orgánulos; degeneración neurofibrilar de las neuronas; acumulación de placas seniles, sobre todo en el hipocampo, amígdala y córtex frontal	Evidencias poco consistentes de reducción del flujo sanguíneo; reducción del metabolismo de glucosa y oxígeno; cambios intelectuales
Musculoesquelético	Reducción de masa ósea y muscular, desmineralización ósea; aumento de grasa en músculos y calcio en el cartílago; degeneración del Cartílago; pérdida de elasticidad articular	Pérdida de energía y fuerza muscular
Inmunológico	Aumento de células T supresoras y disminución de T helper; aumento de la IgA e IgG; disminución de IgM; aumento de autoanticuerpos; involución del timo	Pérdida de agudeza visual y auditiva, especialmente de la visión nocturna

Tabla 2: Efectos del envejecimiento sobre la cognición. Extraído de Spar y La Rue, 1999.

Tabla 2: Efectos del envejecimiento sobre las capacidades cognitivas (Spar y La Rue, 1999).		
Facultad	Evolución con el envejecimiento	Comentario
Inteligencia		
Vocabulario, bases del conocimiento	Estable o aumenta	Puede disminuir levemente en edades muy avanzadas; de forma más acusada en funciones nuevas
Funciones perceptuales-motoras	Deterioro	El descenso se inicia hacia los 50-60 años
Atención		
Atención	Estable o deterioro leve	
Atención compleja	Deterioro leve	Problemas en dividir la atención, alternar la atención, filtrar interferencias
Lenguaje		
Comunicación	Estable	En ausencia de alteraciones sensoriales
Sintaxis	Estable	Varía con la educación
Fluencia, denominación	Deterioro leve	Dificultades ocasionales para encontrar las palabras adecuadas
Comprensión	Estable o deterioro leve	Alguna dificultad en el procesamiento de mensajes complejos
Discurso	Variable	Puede ser más impreciso, repetitivo
Memoria		
Corto plazo (inmediata)	Estable o deterioro leve	Prueba de dígitos normal (7+-2 ítems) pero fácilmente alterada por interferencias
Memoria de trabajo	Deterioro leve	Disminución de la capacidad de manipular información de la memoria a corto plazo
Reciente	Deterioro moderado	Déficits en la codificación y recuperación; almacenamiento no alterado
Implícita	Estable o deterioro leve	Puede recordar hechos incidentales con más facilidad que información procesada conscientemente
Remota	Variable	Intacta para aspectos importantes de la historia personal
Visuoespacial		
Copiar imágenes	Variable	Intacta para figuras simples pero no para figuras complejas
Orientación topográfica	Deterioro	Más evidente en aspectos que resultan poco familiares
Razonamiento		
Resolución lógica de problemas	Deterioro	Redundancia y desorganización
Razonamiento práctico	Variable	Intacto para las situaciones con las que se está familiarizado
Funciones ejecutivas	Deterioro leve	Planificación y monitorización de aspectos complejos menos eficientes
Rapidez	Deterioro	El enlentecimiento en pensamiento y acción es el cambio más evidente del envejecimiento

A medida que transcurre el ciclo de la vida, tanto el cuerpo como la mente van cambiando, produciéndose un declive en el funcionamiento de órganos y sistemas al que Coca et al. (2004) denominan *envejecimiento fisiológico*. Este proceso se acentúa en las últimas décadas de la vida. En el envejecimiento el cerebro pierde entre 5-7% de su peso y de su volumen respecto al adulto. Esto puede deberse a la pérdida neuronal, bien por atrofia, bien por pérdida de soporte neuronal como son los vasos sanguíneos (Agüera-Ortiz et al., 2011).

El proceso de envejecer afecta de tal modo al funcionamiento habitual del longevo en su vida cotidiana, pudiendo alterar tanto su funcionalidad que le lleve a situaciones de dependencia, con los problemas psicológicos que eso le puede conllevar. (Triadó, 2006). Es más, el envejecimiento también se asocia a alteraciones funcionales en áreas cerebrales relacionadas con las capacidades cognitivas como la corteza prefrontal y, subcorticalmente, el hipocampo (Agüera-Ortiz et al., 2011).

Se puede enfocar el envejecimiento desde diferentes puntos de vista: desde la visión biológica, la psicológica o la sociológica, estableciendo así diferentes proposiciones.

2. 4. 1.- Perspectiva Biológica.

Sin olvidar las peculiaridades de cada sujeto ni la interacción con las raíces sociales y psicológicas, hay que destacar el trasfondo biológico del envejecimiento (Yuste, 2004). Existen diferentes teorías en función del enfoque metodológico que se dé. Así se pueden encontrar estudios que apoyan la teoría del estrés ambiental como origen del envejecimiento; otra propone esta fase en base a los sistemas reguladores que posee el propio cuerpo; la tercera defiende la predisposición genética como posible arranque de la vejez, y la última, hace hincapié en los cambios celulares como causa del proceso de envejecer (Agüera, et al., 2006).

Las teorías más significativas en la actualidad, son:

a. Teorías exógenas o ambientales:

Esta teoría defiende la postura de que el estrés generado por la dieta, el ambiente, y el propio metabolismo influye negativamente en los seres vivos puesto que cada uno de ellos ejerce acciones lesivas frente a aquéllos, que pueden o no ser acumulativas de igual manera que pueden o no ser reparadas por el propio cuerpo (Macías, 2001). Ejemplo claro puede encontrarse en el proceso de Oxidación, basado en acciones realizadas por los radicales libres de oxígeno. Estas estructuras atómicas pueden ser liberadas por alimentos de la dieta, por efecto del sol sobre la piel y/o por desechos metabólicos e influyen negativamente en el cuerpo porque aceleran el envejecimiento y causan lesiones estructurales y funcionales alterando e incluso acortando la supervivencia del ser humano.

En esta misma línea hay investigaciones en las que se ha observado que especies con menor metabolismo basal, y por consiguiente menor temperatura lograban tener mayor longevidad, como demostraban estudios como los desarrollados en *Drosophila melanogaster* que ponían de manifiesto el efecto negativo del aumento del consumo calórico en la dieta y las temperaturas más elevadas sobre la senectud (Agüera et al., 2006).

b. Teorías basadas en la disminución del rendimiento fisiológico de órganos y sistemas.

Esta es una teoría clásica, ya en desuso. Se basa en la observación del deterioro progresivo de la función de los diferentes órganos y sistemas y le otorgan el protagonismo del proceso de envejecimiento. Son teorías que parecen incapaces de explicar el proceso de envejecer en organismos carentes de sistemas neuroendocrinos e inmunológicos desarrollados (Agüera et al., 2006).

c. Teorías del envejecimiento celular y molecular.

Las primeras teorías sobre el envejecimiento celular parten de las observaciones realizadas sobre cultivos celulares in vitro, descubriéndose la incapacidad de seguir dividiéndose tras varios episodios seguidos de mitosis en fibroblastos. Esta pérdida de la capacidad de diferenciación celular favorece la pérdida reproductiva y del mismo modo, la evolución del envejecimiento.

Estudios realizados in vivo, sobre células diferenciadas han corroborado alteraciones similares a las que se producen en ensayos in vitro, acelerando la caducidad de las mismas.

Clásicamente se ha aceptado que el proceso de envejecimiento del ser vivo va asociado a la muerte de un porcentaje de las células que componen sus órganos, tejidos y sistemas. Interpretaciones más recientes de este hecho hablan de una *muerte celular programada o apoptosis* que puede estar inducida por productos derivados del metabolismo celular, como los radicales libres, entre otros (Miquel, 2002).

d. Teoría integradora.

No existe ninguna hipótesis que confirme únicamente cómo se lleva a cabo el proceso de envejecer. Con esta teoría se intenta sintetizar todas las anteriores.

Según Miquel (2002), el envejecimiento se inicia con la diferenciación celular que precisa una actividad mitocondrial elevada con alto consumo de oxígeno; en palabras del autor *las células que forman los tejidos somáticos, primero siguen un proceso genético de diferenciación y luego se desorganizarán como resultado del desgaste por estrés oxidativo mitocondrial y de su pérdida de regeneración subcelular íntegra.*

Desde el punto de vista fisiológico tendríamos un claro ejemplo de este tipo de células tipificado en las neuronas.

Todas estas proposiciones podrían sintetizarse en dos, las teorías externas al propio organismo, cuya máxima representación serían las teorías ambientales, y las intrínsecas asociadas al cuerpo humano, donde se recogerían todas las demás expuestas.

2. 4. 2.- *Perspectiva Psicológica.*

Desde el punto de vista psicológico, el primer autor que dio una descripción del desarrollo humano a lo largo de toda la vida fue Carus (1808), quién distinguió una serie de estadios. Es de destacar que tanto las fases del ciclo vital que constituyen la infancia-adolescencia, como la adultez han sido bien estudiadas a lo largo del tiempo, no sucediendo lo mismo con la senectud. Este período de la vida despertó el interés de la comunidad científica allá en la década de los 60, y probablemente no sería únicamente por razones científicas, sino mayormente por consideraciones sociodemográficas (Vega, 1990).

No fue únicamente Carus en 1808 quién inició la reflexión sobre la senectud. Si se tiene en cuenta el comienzo de la investigación científica en gerontología, tenemos que hablar del siglo XVII, y en concreto de Francis Bacon (1623), con su trabajo *History of Life and Death* (Historia de la vida y de la muerte). En este texto, Bacon plantea una idea precursora que se cumpliría tres siglos después, a saber, que la vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen.

La tabla 3 recoge los cambios en las funciones cognitivas en el envejecimiento (Spar y La Rue, 1997, modificada por Agüera et al., 2006).

Tabla 3: Envejecimiento y cognición. Extraída de Agüera, et al., 2006.

Cambios en las funciones cognitivas en el envejecimiento		
Función	Envejecimiento	Observaciones
Inteligencia		
<i>Cristalizada</i> : vocabulario, conocimientos generales	Estable o aumento	En edades muy avanzadas puede disminuir levemente
<i>Fluida</i> : resolución de nuevos problemas, funciones perceptuales motoras nuevas	Deterioro	A partir de los 50-60 años
Memoria		
<i>Corto plazo</i>		
Memoria inmediata	Estable	Prueba de dígitos normal (7 ± 2)
Memoria de trabajo	Deterioro leve	Disminuye la capacidad de manipular información
<i>Reciente</i>	Deterioro moderado	Deterioro de la codificación y la recuperación
<i>Remota</i>	Variable	Conservada para aspectos importantes de la historia personal
<i>Implícita</i>	Estable	
Atención		
<i>Selectiva</i>	Mantenida	
<i>Dividida</i>	Deterioro leve	Dificultades para alternar la atención y filtrar interferencias
Lenguaje		
<i>Léxico, sintaxis</i>	Conservados	Ligados al nivel de educación. Pueden aumentar
<i>Componente fonológico</i>	Conservado	
<i>Comprensión</i>	Conservada	
<i>Fluidez, denominación</i>	Deterioro leve	Dificultades ocasionales para encontrar la palabra adecuada
<i>Discurso</i>	Variable	Puede hacerse más elaborado o más impreciso. Ligado a la educación y desarrollo posterior
Capacidades visuoespaciales		
<i>Reconocimiento de caras</i>	Conservado	
<i>Copia de imágenes</i>	Variable	Conservado en figuras simples, alterado en complejas
<i>Orientación topográfica</i>	Deterioro	Más evidente en situaciones poco familiares
Pensamiento abstracto	Deterioro	Déficit en la formación de conceptos, capacidad de establecer categorías y completar series
Razonamiento		
<i>Razonamiento práctico</i>	Variable	Intacto para situaciones con las que se está familiarizado
<i>Resolución de problemas</i>	Deterioro	Desorganización, redundancia
Funciones ejecutivas	Deterioro leve	Menor eficacia en la planificación de situaciones complejas
Velocidad de procesamiento	Deterioro	Enlentecimiento en el procesamiento de la información. Es el cambio más evidente del envejecimiento

Modificada de Spar JE y La Rue A, 1997.

Tras Bacon (1623) y Carus (1808) se unieron en este análisis autores como Quételet (1835) que fue el primero en expresar claramente la importancia del establecimiento de los principios que rigen el proceso a través del cual el ser humano nace, crece y muere, en su libro *Sur l'homme et le développement de ses facultés* (Sobre el hombre y el desarrollo de sus facultades).

Francis Galton (1883), británico, altamente influido por Quételet, trabajaba en las diferencias individuales sobre características físicas, sensoriales y motrices, datos que presentó en su obra *Inquiry into human faculty and its developments* (Estudio sobre las facultades humanas y su desarrollo).

Ya en el siglo XX el precursor del estudio psicológico de la vejez fue el psicólogo norteamericano Stanley Hall (1922), con su obra *Senescent. The Last Half of Life*. (Senectud. La última mitad de la vida). Es el primero que aborda, desde la Psicología, la etapa de la ancianidad. En dicho texto se pueden encontrar párrafos como el que sigue:

El estatus psíquico de los ancianos tiene gran importancia. La senescencia, al igual que la adolescencia, posee sus propios modos de sentir, pensar y de querer, así como su psicología propia, pues es tan relevante el régimen de la mente como del cuerpo. Aquí las diferencias individuales son probablemente mayores que en la juventud

Uno de sus descubrimientos empíricos es el de haber resaltado que las diferencias individuales en la vejez son significativamente mayores que las que aparecen en otras edades de la vida.

Pero desde el punto de vista de la Psicología del Desarrollo no se puede olvidar al gran Pavlov (1926), que intentó establecer conexiones entre los aspectos fisiológicos y

psicológicos, las funciones del sistema nervioso central y los modos de comportamiento observables; y demostró que los perros mayores formaban más lentamente sus reflejos condicionados, *aprendían más despacio*. Además, Pavlov descubrió que, si se administraba una serie demasiado rápida de determinados estímulos, los animales de experimentación más mayores reaccionaban con un estado de confusión a causa de la menor conductibilidad de las vías nerviosas, porque las huellas del último estímulo influían todavía sobre la reacción a los estímulos siguientes. Es una teoría que, hoy en día, todavía se toma para explicar los procesos de envejecimiento en el proceso de aprendizaje (Citado por Carbajo, 2008; Zumalabe y González, 2005).

Tras los pasos de Hall y demás autores siguieron maestros de la talla de Tetens (1977), o Emilio Mira y López (1967), primer psicólogo español interesado en la vejez, con su libro: *Hacia una vejez joven*. Después de la II Guerra Mundial aumentó el interés por el estudio e investigación de la Psicología Evolutiva del Envejecimiento, con la creación, en 1945, de la Gerontological Society en los Estados Unidos. Además, en 1946 se fundó por parte de la American Psychological Association la revista *Journal of Gerontology* (Carbajo, 2008).

En las décadas posteriores a la II Guerra Mundial, la eclosión de las personas añosas hizo que el interés por la investigación del fenómeno de envejecimiento, y más concretamente en su aspecto psicológico, se multiplicase. Así para Riegel (1979) la Psicología del Envejecimiento pasa por la interrelación entre cuatro fenómenos: las actividades psicológicas, los factores biológicos, el ambiente (biofísico) y los factores socio-culturales.

No cabe duda de que para conocer aspectos integrantes del desarrollo socioemocional en la vejez, hay que referirse a lo importante que es tener una existencia activa, con

satisfacción en la vida, con capacidad de adaptación a los cambios que van llegando, con sentimientos de afecto, y sobre todo con influencias positivas de las relaciones cercanas en el contexto de una vida emocionalmente satisfactoria (Santrock, 2006). De ahí que se expongan algunas teorías en las que se pone de manifiesto los aspectos que influyen en el desarrollo socioemocional en esta etapa de la vida:

a. Teoría psicosocial de Erikson (1963, 1968, 1985).

Según esta teoría, en el desarrollo de la personalidad a lo largo de todo el ciclo vital existen 8 estadios progresivos. El último de ellos, el octavo, es el que afecta a la vejez en forma de crisis, dado que se plantea la duda existencial entre *integridad del yo versus desesperación*, con virtudes destacables como son la renuncia, la prudencia o la sabiduría (Erikson, 1985). En cambio, el papel de la desesperación lo encarnaría la tentación. En esta etapa el longevo evalúa su biografía, basándose en los hechos que han acontecido a lo largo de toda su vida. Si el balance es positivo, podría llegar conseguir la *integridad de su yo*; pero si el balance es negativo podría caer en la *desesperación*, y con ello dejarse arrastrar hacia el final de su existencia, puesto que su vida ya no tiene sentido. No disfrutaría de tiempo todavía para rehacer lo que se hizo mal, o borrar lo que no salió bien. En definitiva, es un duelo que no se llega a superar nunca, dado que la cercanía de la muerte está, cada segundo que pasa de su vida, más cerca.

Para no caer en desesperación proponen Villar y Triadó (2006) elaborar una historia vital coherente y aceptable, y mantener así la integridad. Esto facilitaría la adquisición de la sabiduría, y el que la posea será capaz de defender la dignidad de su propio estilo de vida, porque sabe que la vida individual no es más que la coincidencia de un ciclo vital dentro de un retazo de la historia (Erikson, 1963). Y fue Erikson quién expresó *yo soy aquello que*

sobrevive dentro de mí (Fierro, 1994), refiriéndose a la adquisición, por parte del longevo, de su propia identidad.

b. Teoría de la actividad (Havighurst y Albrecht, 1953; Tartler, 1961).

Es una teoría aceptada por una gran mayoría de autores (Maddox y Eisdoffer, 1962; Reichard et al., 1962; Maddox, 1963; Maddox, 1968; Atchley, 1977; Longino y Kart, 1982; Rook, 2000; Haber y Rhodes, 2004; Warr et al., 2004). La hipótesis que plantea es que la existencia de una gran mayoría de relaciones interpersonales, o de roles sociales mejora notablemente el nivel de satisfacción vital y favorece una adaptación a su condición de octogenario mucho mejor. Esto se podría traducir en que el tener nuevos roles en esta etapa, o mantener los previos y no perderlos, ayuda a envejecer de mejor forma. Autores como Mishara y Riedel (1984) alertan de que hay que reconocer el valor de la edad y asignar al decano cometidos reconocidos socialmente. De esta manera el longevo tendrá mejor adaptación social a la vejez, condicionada, sobre todo, por el pasado. Blau (1973), defiende algo similar en su *Teoría del fin de los papeles*. En ella se refiere a la necesidad de atribuir nuevos roles al anciano cuando las circunstancias que venía viviendo se van agotando, para mantener un grado de actividad parecido al que venía teniendo, o asumiendo nuevos y voluntarios papeles.

Atchely (1980 y 1985) asegura que para mantener una vejez acertada hay que llevar a cabo nuevos roles o nuevas formas de desempeñar los previos. En cambio, para Longino y Kart (1982) las tareas individuales son neutras; las desarrolladas en grupo, negativas, igual que las formales. Pero las que se desenvuelven en familia, con amigos, y son más informales, constituyen aspectos más positivos y que favorecen la propia satisfacción personal. Es de reseñar que no todos los roles son “buenos” para los longevos. Para ellos es más importante

una buena calidad de la actividad que desempeñan, que un alto número de actividades, porque les permitirá ensalzar su bienestar personal (Alix y Muñoz, 2006).

c. Teoría de la selección socioemocional (Carstensen 1995, Carstensen, 1998).

Reconoce esta teoría que los ancianos mantienen más contacto con las redes sociales que previamente conocían, reduciendo el contacto con aquellas que han aparecido de modo más superficial en su etapa final. Aumentan las relaciones con las personas de su entorno habitual que le transfieren actitudes positivas, fomentando las experiencias emocionales positivas disminuyendo así, en el proceso de envejecer, los riesgos emocionales. La teoría se centra también en conseguir dos metas; el conocimiento y las emociones. (Carstensen, et al., 1999; Charles y Carstensen, 2004; Fung y Carstensen, 2004; Kennedy et al., 2004). El mundo emocional sufre cambios a lo largo del ciclo vital, siendo más elevada su expresión en la infancia y niñez temprana, decayendo en la niñez intermedia y tardía, y aumentando de nuevo en la madurez y en la vejez. Una de las principales razones que intenta explicar esta teoría relacionada con los cambios que suceden en el ciclo evolutivo, es la percepción del tiempo. De ahí que pueda que sean los logros emocionales los que más satisfacciones den a la persona (Santrock, 2006).

Se ha puesto de manifiesto que ante un mismo acontecimiento, dos personas no reaccionan de la misma manera. De ahí que sea tan importante el proceso de adaptación a los cambios que acontecen en la vida, así como la reacción competente hacia los mismos, puesto que ellos serán los que impliquen ser adulto mayor (Yuste, 2004).

2. 4. 3.- Perspectiva Sociológica.

El envejecimiento es un fenómeno demográfico nuevo desde el punto de vista histórico, relacionado con el desarrollo económico, sanitario, cultural y social de un pueblo (De la Serna, 2000).

Es un proceso diferente en muchos aspectos entre hombres y mujeres, En general, son ellas las que más prejuicios tienen sobre el envejecimiento y las personas añosas (Vega, 1990). Por ejemplo, además de tener diferentes modos de vida, la esperanza de vida es desigual a favor de las mujeres, condicionando de esta manera, que sean ellas las que más frecuentemente queden viudas o en soledad.

Actualmente en España la población longeva se está “feminizando”, esto es, el porcentaje de féminas es superior al de varones, de igual modo que son diferentes sus esperanzas de vida (Agüera, et al., 2006).

Que la senectud sea un proceso diferencial quiere indicar también que no sólo las realidades objetivas, que con su presencia y acción van jalonando y modelando la existencia de cada individuo, sino además y de forma muy especial el *modo* como se captan y vivencian las expectativas que se van formando, la manera como se valoran los sucesos propios y ajenos, etc., es lo que de hecho moldea, configura y diferencia la tercera edad y senectud (Carretero et al., 2000). Esto implica que el envejecimiento está también muy influenciado por factores sociales (familia, trabajo, jubilación, etc.).

Estos autores definen varios periodos o fases dentro de la edad propecta:

- *Tercera edad*, acotada por los años que siguen a la jubilación. En España, a día de hoy, esa edad se correspondería con los 65 años.

- *Ancianidad*, entorno a los 70-75 años. En esta fase aún no se han acusado en exceso las limitaciones físicas y sociales.

- *Última senectud*, alrededor de los 80 años. En esta última fase se ponen de manifiesto muchas limitaciones, tanto físicas, como psíquicas, como sociales.

Para Macías (2001), las fases de la ancianidad pasarían por ser básicamente dos, la *tercera edad* comprendida entre los 65 y 75 años, y la *cuarta edad*, a partir de los 75 años.

Tanto Macías (2001) como Carretero y colaboradores (2000) definen estos períodos en base a la edad cronológica. Pero este dato es poco preciso para definir a una población concreta, como es la longeva. De ahí que se acoten otros términos, algo más precisos, como edad biológica, social o psicológica (Carretero et al., 2000):

- *Edad social*, referida a las relaciones del individuo como miembro de grupos y de la sociedad en la que vive. De ahí que la edad social mida la capacidad funcional del anciano respecto a los grupos y a la sociedad a la que pertenece. Define también la capacidad de utilidad del mayor en ese medio. Pero para Ward (1979) este concepto de edad social es ambiguo, porque debe de tener en cuenta que no se consideran las diferencias individuales, sino únicamente la utilidad social que la sociedad necesita.

- *Edad biológica*. Esta concepción tiene en cuenta los cambios que suceden en el organismo con el paso del tiempo, así como las enfermedades que acontecen en la ancianidad. También se recoge el concepto de muerte en esta etapa. Esto mismo sucede cuando se habla tanto de los déficits neurológicos como de los sensoriales, que se acentúan con la edad (Mishara, 1984; citado por Carretero et al., 2000,; Poon, 1980). Es de destacar que el envejecimiento biológico precede, pero no es causa, del envejecimiento psicológico.

Pero sí se sabe que el factor biológico tendrá más peso en función de la personalidad del individuo (Carretero et al., 2000).

- *Edad psicológica*. Sería la edad que refleja los cambios cognitivos y afectivos que se van produciendo en la senectud. Estos últimos se ven plasmados en las modificaciones que se hacen de las valoraciones del pasado y del futuro. Como ya indicó Jung (1940) (citado por Carretero et al., 2000) *en la secreta hora del mediodía de la vida se produce la inversión de la parábola, el nacimiento de la muerte*. Y es precisamente la muerte lo que hace que muchos mayores se aferren, como si de un chaleco salvavidas se tratase, a los recuerdos del pasado, especialmente a la adolescencia y juventud. En esta edad la valoración del futuro también se modifica, ya que las expectativas de vida se acortan y el futuro se acorta, afectando esto a la conducta.

Estos tres conceptos de edades, dentro de la ancianidad, son complementarios entre sí. Cada uno de ellos es la focalización de un aspecto de la vida, el proceso de envejecimiento, con sus peculiaridades diferenciales y sociales (Carretero et al., 2000).

En el ámbito social no sólo hay que reseñar los cambios que se suceden a nivel biológico o psicológico, sino que hay que tener en cuenta los cambios que sobrevienen cuando el mayor deja el trabajo y pasa a ser “jubilado”. Muchos de los actuales longevos no llevan nada bien este paso, dado que les hace perder autonomía. Y en otras ocasiones, si no tienen claramente hobbies establecidos, empieza su declive porque no saben a qué dedicar el tiempo, en qué son útiles. En definitiva, sus estrategias de afrontamiento no están totalmente definidas y, a veces, no saben cómo confrontar la nueva situación que les ha tocado vivir.

Para Ward (1979), existen varias clases de trabajo, pero hay una que, si cabe, les dificultará aún más esa desconexión: es el trabajo vocacional, con el que además de reporte económico consigue prestigio y reconocimiento, y será más dolorosa su retirada.

La tercera edad, como antes se citó, comienza cronológicamente, coincidiendo con el paso a la jubilación. Este fenómeno, cuando lo estableció en Francia Colbert en 1780, lo hizo para un grupo de población concreta, ancianos marinos y militares. En Alemania fue Bismark en 1895 quién lo puso de manifiesto (Carretero et al., 2000). El punto de partida de la Seguridad Social en España está en la Ley de 27 de febrero de 1908, con la creación del Instituto Nacional de Previsión (Solsona, 2005).

Un factor a tener en cuenta en el proceso de envejecer es el de la convivencia de los mayores. Muchos de ellos viven en un ambiente familiar, con la pareja. Otros lo hacen con algún otro familiar, como pueden ser los hijos. También están los independientes, que viven solos y no necesitan a nadie más que a ellos mismos. Y por último se puede encontrar el grupo de ancianos que viven institucionalizados, unas veces *motu proprio* y otras por obligación, porque sus familiares no pueden hacerse cargo de ellos y los llevan a residencias. Todas estas formas de convivencia influyen en la adaptación al proceso de envejecer, dado que, cuando es el anciano quien decide cómo vivir, lo hace de modo más llevadero y alegre, pues es él quien elige su situación. Pero cuando se trata de una imposición, muchas veces afecta negativamente tanto a la aceptación de la situación, como a la propia forma de afrontar la senectud.

Para Rojo y Fernández-Mayoralas (2002), y Pérez (2003) la satisfacción que los mayores expresan con respecto a su hábitat está relacionada con la convivencia, porque estas viviendas les permiten mantener su autonomía residencial todo el tiempo que es posible. Esto

fueron datos extraídos de un análisis de la estructura de los hogares en que residen los mayores: la tendencia mayoritaria es a residir en sus propias viviendas, solos o en compañía de otros, incluso en edades avanzadas o aunque la salud esté muy deteriorada, o necesiten ayuda cotidiana para desenvolverse.

En un estudio publicado por el Instituto de la Mujer en 2002 se recogía un fenómeno llamado *crianza prolongada* que era la situación en la que se encontraban parejas de longevos viviendo con hijos no emancipados. Se comprobó que la satisfacción personal de la mujer aumentaba cuando vivía la pareja junta únicamente, y que cualquier factor que se añadiese a su vida hacía disminuir esta satisfacción, como puede ser la convivencia con hijos adultos (Pérez, 2003).

En cuanto a los ancianos que viven solos, la oficina estadística de la Unión Europea (EUROSTAT) ha estimado que en 2020 vivirán solas casi 4 de cada 10 mujeres, y el 15% de los hombres.

Diversos análisis realizados demuestran que las personas mayores, en la mayoría de los casos, lejos de no tener contacto con sus familias, lo aumentan, independientemente de la convivencia que lleven en su vida (Agüera et al., 2006). En un informe de 2004, publicado por el IMSERSO en 2005 se presentan los resultados de un indicador de aislamiento familiar, que mide la proporción de ancianos que viven solos y no tienen contacto con su familia. Estos serían 3 de cada 10 casos (Sancho et al., 2005).

Más allá de las relaciones con la propia familia, a veces los mayores consideran a los vecinos como familia. Y esto constituye un soporte social y de ayuda muy importante para los longevos (Sancho et al, 2005).

Como se citó anteriormente (fig 2, pg 16), según la base de datos del Padrón Municipal, a 1 de enero de 2011 viven en nuestro país 8.093.557 personas mayores de 65 años. Esto es, el 17,15% del total de población española. De este porcentaje, casi el 10% del total de residentes son mujeres (9,96%), (INE 2012).

En nuestra nación el grupo mayoritario de longevos lo constituyen los quinquenios que van desde los 65 a los 69 años que configuran el 4,72% del total de ciudadanos y el 2,2% del total de mayores españoles. En segundo lugar le sigue el grupo de edad que se extiende desde los 70 a los 74 años. Estos constituyen el 3,76% de la población total, y casi el 22% de los longevos (21,64%) (fig 2 pg 16).

En vista de los datos recogidos anteriormente se pone de manifiesto que las personas añosas se han puesto de manifiesto en la sociedad actual, jugando un papel muy importante hoy y aún más, seguramente, el día de mañana. De ahí que sea tan trascendental seguir buscando soluciones a las necesidades y problemas que se les plantean (dependencia, integración social, etc.), dado que ahora sus limitaciones y dificultades también son las de la sociedad actual. Esto ha favorecido el interés por el estudio de formas satisfactorias de envejecer, para promover que esta etapa del ciclo vital se lleve a cabo de forma activa y productiva, tanto para el mayor como para la sociedad. Ha despertado la atracción por la cuarta edad (Macías, 2001), donde la probabilidad de enfermar, de soledad y la necesidad de cuidados aumentan ampliamente (Triadó y Villar, 2006).

Podría resumirse en la necesidad que destaca la OMS en la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (IMSERSO, 2002): lo importante no es dar más años a la vida, sino dar más vida a los años (Vega y Bueno, 2000).

El proceso imparable de envejecimiento, una mayor longevidad y una mejor formación cultural y profesional de los nuevos jubilados darán más sentido al concepto y práctica del envejecimiento activo (IMSERSO, 2002).

Psicogeriatría

3.- PSICOGERIATRÍA

Saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría y una de las partes más difíciles del gran arte de vivir

Henri Frédéric Amiel

3.1.- Concepto

Y si fuego es lo que arde en los ojos de los jóvenes, luz es lo que vemos en los ojos del anciano

Víctor Hugo

La Psicogeriatría es la parte de la Medicina, en concreto de la Psiquiatría, que se encarga del estudio de los trastornos mentales y del comportamiento, en los mayores de 65 años. Podría decirse que es la Psiquiatría de los ancianos (De la Serna, 1996).

La atención a los problemas mentales de los adultos mayores tiene siglos de historia, pero su mayor desarrollo se ha realizado fundamentalmente en las últimas décadas (Agüera et al., 2006). De ahí que en los últimos años se haya afianzado la Psiquiatría dedicada a la vejez, entendiendo ésta como el período de la vida del sujeto a partir del cual deja de ser laboralmente activo, como consecuencia de su edad, pero independientemente de aquella concreta en que tal evento se produzca (De la Serna, 1996).

Las especiales características biológicas, psicológicas y sociales de las personas ancianas imprimen a sus enfermedades y problemas psicológicos unos aspectos diferenciales que han de ser abordados desde una perspectiva peculiar (SEPG, 2012).

Actualmente la Psicogeriatría se enfoca desde una perspectiva biopsicosocial (Engel, 1977), centrándose en el estudio de los aspectos biológicos, como las posibles variables que afectan el proceso de envejecer; sociales, en donde se enclavan las relaciones con la familia o con los amigos, y psicológicos, tales como las emociones y las alteraciones del estado de ánimo, entre otros.

En la actualidad esta subespecialidad de la Psiquiatría es un campo de progresivo interés entre los profesionales (De la Serna, 1996), motivado por el crecimiento de la población geriátrica en el mundo, con la consecuencia del aumento de la esperanza de vida. Además, se calcula que el 25% de los adultos mayores presentan trastornos psíquicos, siendo la depresión la reina de las patologías (De la Serna, 1996).

Se atisba un futuro inmediato en el que el proceso de envejecer afectará cada vez más a la población mundial, esto es así tanto por la disminución de la natalidad como por el aumento de la esperanza de vida. Con ello crecerá también el deterioro y la dependencia. Sería importante discernir entre los adultos mayores básicamente satisfechos con su vida, que disfrutan de una vejez autónoma, con soporte familiar, social y económico, de aquellos llamados cuarta edad (entre 75 y 85 años), que presentan problemas psíquicos, físicos y sociales, y están necesitados de cuidados múltiples (Ramos et al., 2003). En España hay actualmente 1.700.000 personas mayores en esta situación.

3.2.- Aspectos biológicos: el deterioro cognitivo

Envejecer es todavía el único medio que se ha encontrado para vivir mucho tiempo

Charles Augustin Sainte-Beuve

El envejecimiento es un proceso que forma parte del ciclo vital. Es un hecho intrínseco, propio del organismo; *progresivo*, porque afecta a todo el ser; *universal*, porque no discrimina razas, ni nacionalidades, *multifactorial*, condicionado por factores genéticos, ambientales e higiénico-sanitarios entre otros y *asincrónico* porque no todo el cuerpo envejece al mismo ritmo (Macías, 2001). Es un proceso de cambios biológicos, psicológicos y sociales sujetos al tiempo vivido que caracterizan la *crisis del envejecimiento* (Krzemien, 2005a).

Diversas publicaciones sobre inteligencia y edad concluyen que el envejecimiento se asocia a un declive en el funcionamiento intelectual (Schaie, 1990), pero ese declive no es homogéneo (Cattel, 1971; Baltes, 1987; Horn, 1989; Schaie, 2005) y presenta una alta variabilidad interindividual.

El límite entre los cambios cognitivos propios del envejecimiento en individuos sanos, y la demencia incipiente en la senectud, siempre ha sido objeto de estudio, para poder mejorar el diagnóstico precoz de las demencias y prevenir o retrasar su aparición (Levy, 1994). En la tabla 4 se exponen una serie de estados intermedios caracterizados por la aparición de cambios cognitivos sin llegar a constituir una demencia, según los criterios diagnósticos (Agüera et al., 2006).

Estos estados intermedios pueden agruparse en tres categorías: entidades que describen formas acusadas de deterioro cognitivo y que se asocian a la edad; formas que presentan

deterioro cognitivo sin ser consecuencia de la edad, pero sin llegar a ser demencia y finalmente, entes que definen una forma precoz de demencia. Pero de todos ellos, el término que, de momento se impone es el de *Deterioro Cognitivo Leve* (DCL) (Agüera et al., 2006), tanto desde la clínica como desde la neuroimagen (Petersen et al., 1999; Kantarci et al., 2003).

Tabla 4. Terminología diagnóstica y descriptiva acerca del deterioro cognitivo sin demencia en la vejez (Adaptada de Collie y Maruff, 2002. En Agüera et al., 2006)

Sigla	Nombre	Referencia
AACD	<i>Ageing Associated Cognitive Decline</i>	Levy, 1994
AAMI	<i>Age Associated Memory Impairment</i>	Crook et al, 2003
ACMD	<i>Age Consistent Memory Decline</i>	Crook, 2003
ACMI	<i>Age Consistent Memory Impairment</i>	Blackford y La Rue, 2003
ARCD	<i>Age Related Cognitive Decline</i>	APA, 2000
ARMD	<i>Age Related Memory Decline</i>	Blesa et al, 1996
BSF	<i>Benign Senescent Forgetfulness</i>	Kral, 1962
IMD	<i>Isolated Memory Decline</i>	Small et al, 1999
IMI	<i>Isolated Memory Impairment</i>	Berent et al, 1999
IML	<i>Isolated Memory Loss</i>	Bowen et al,1997
LCD	<i>Limited Cognitive Disturbance</i>	Gurland et al, 2003
LLF	<i>Late Life Forgetfulness</i>	Blackford y La Rue, 2003
MCD	<i>Mild Cognitive Disorder</i>	Reisberg et al, 1982
MCI	<i>Mild Cognitive Impairment</i>	Petersen et al, 1999
MD	<i>Minimal Dementia</i>	Roth et al, 1986
MC	<i>Minor Cognitive Impairment</i>	OMS, 1992
MND	<i>Mild Neurocognitive Disorder</i>	APA, 1995
PDP	<i>Possible Dementia Prodrome</i>	Morris et al, 1993
QD	<i>Questionable Dementia</i>	Hughes et al, 1982

“Se ha optado por reproducir la terminología anglosajona con el fin de facilitar la búsqueda bibliográfica –compleja con tantos términos tan similares– en las fuentes empleadas de forma más habitual.
Adaptada de Collie y Maruff (2002).

En la literatura científica existente se encuentra terminología que relaciona las pérdidas leves de memoria y la edad. El trastorno cognitivo leve (CIE-10), el deterioro cognitivo leve (DCL) (Petersen et al., 2001a) y el trastorno neurocognitivo leve (DSM-IV) tienen en su

origen un mecanismo patológico subyacente. La demencia sería la condición más incapacitante dentro del continuo de dificultades cognitivas (y también funcionales) que aparecen durante la vejez (López y Calero, 2009).

El envejecimiento está asociado con el deterioro de numerosos procesos sensoriales y cognitivos (Baltes y Linderberger, 1997) y de muchas funciones psicológicas y cerebrales (Rodríguez y Raz, 2004). La edad supone una disminución de la memoria episódica, denominación, capacidad visuoespacial, y especialmente de la rapidez del rendimiento psicomotor. También afecta a la capacidad de aprendizaje y las funciones ejecutivas, así como a un enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información (Petersen et al., 1999). Pero los déficits son tan minúsculos que no merman la capacidad funcional (Rubin et al., 1993).

Dado el aumento del número de personas mayores en la sociedad actual, el elevado coste personal, económico, social, y familiar asociado al deterioro cognitivo, y a la dependencia que produce, es fundamental identificar los factores que puedan ayudar a reducir o, incluso, invertir el deterioro cognitivo (Ballesteros, 2007). Esto se corrobora con estudios longitudinales sobre envejecimiento y deterioro cognitivo en adultos mayores, cuyos resultados muestran que los ancianos sanos mantienen en rendimiento cognitivo estable, y que cuando aparece un deterioro, aunque sea mínimo, habitualmente indica el comienzo de una demencia (Rubin et al., 1998; Collie et al., 2001; Howieson et al., 2003). Esto ha influido en la identificación de factores predictores del deterioro cognitivo y del inicio del cuadro demencial. Entre ellos se citan la edad (Adak et al., 2004; Álvarez y Sicilia, 2007), el sexo (Álvarez y Sicilia, 2007), el nivel educativo (Andel et al., 2006), la historia familiar de demencia o el ser portador del alelo *e4* de la apolipoproteína E (Payami et al., 1997, Smith et

al., 1998), las dificultades en memoria (Grober et al., 2000), los problemas con la marcha (Camicioli et al., 1998) o el volumen del hipocampo (Adak et al., 2004; Lye et al., 2004).

a) *Marcadores biológicos*

Diversas investigaciones reivindican el papel que tienen marcadores biológicos como la hipertensión arterial (HTA) (Anstey y Christensen, 2000), la capacidad pulmonar disminuida (Cook et al., 1995), la alteración de los procesos sensoriales (Marsiske et al., 1999), la debilidad en miembros inferiores (Anstey et al., 1997) y el colesterol (Elias et al., 2003 Nilsson, 2006) sobre el deterioro cognitivo. Es más, la Sociedad Española de Cardiología corrobora que la hipertensión puede aumentar en un 70% el riesgo de padecer deterioro cognitivo (SEC, 2012). Otros autores como Vicario et al., (2011a) establecen una relación entre la inflamación, con PCR elevada, y la afectación de funciones ejecutivas, a nivel cognitivo dependientes de la integridad de la corteza prefrontal. Estas estructuras se ven afectadas cuando hay alteración vascular secundaria al aumento de la presión arterial. Estos autores realizaron un estudio con seguimiento a 6 años, y obtuvieron como resultados que las funciones ejecutivas seguían deteriorándose, independientemente de los valores de presión arterial y del tratamiento antihipertensivo que recibían (Vicario et al., 2011b). La explicación que encuentran para estos hallazgos es que probablemente, las lesiones isquémicas de la sustancia blanca subcortical, que son causadas por las pequeñas arteriolas dañadas, pueden desconectar los circuitos fronto-subcorticales, en especial el circuito dorso-lateral, perdiéndose aferencias a los lóbulos frontales (Vicario et al., 2010b).

Además de los elementos descritos, asimismo actúan como elementos de riesgo la diabetes mellitus, la cardiopatía isquémica (Gich et al., 2005) y el tabaquismo (López y Jiménez-Jáimez, 2011).

Cuando se revisa la literatura que existe sobre variables influyentes en el proceso del declive cognitivo, se encuentran referencias sobre colesterol y DCL (Gich et al., 2005; Jick et al., 2000; Wolozin et al., 2000; Rockwood et al., 2002). En el impulso hacia el declive de la cognición intervienen elementos como el colesterol, y por ende la Apo E4, dado que el cerebro es la estructura orgánica más rica en lípidos del organismo. Esa es una de las razones por las que se le considera elemento causante de demencia, concretamente de la enfermedad de Alzheimer. Pero también se le supone importante factor predictor de esta patología (Kivipelto et al., 2001; Gich et al., 2005). Estos datos se han puesto de manifiesto en diversas publicaciones (Payami et al., 1997; Smith et al., 1998; Boyle et al., 2010).

Igualmente otros autores demostraron que la sustancia blanca de los lóbulos frontales y más específicamente de la corteza prefrontal fue la más afectada en pacientes hipertensos, correlacionando estos hallazgos con las diferencias cognitivas obtenidas en los test que evalúan las funciones ejecutivas (Raz et al., 2003; Brady et al., 2001). Vicario et al. (2010a) han estudiado el rendimiento cognitivo de pacientes hipertensos comparándolo con el de normotensos. Los resultados basales demostraron que la población hipertensa presentaba más alteraciones en la función ejecutiva y la memoria a largo plazo que los controles.

Destaca, como ya se ha indicado en capítulo anterior que, a nivel estructural, las distintas publicaciones han puesto de manifiesto una disminución en el volumen del hipocampo, como predictor del deterioro cognitivo en el anciano (Adak et al., 2004; Nilsson, 2006). Hoy está bien establecido que el lóbulo temporal medial, especialmente el hipocampo, es fundamental para el buen funcionamiento de la memoria. El hipocampo empieza a degenerarse a partir de los 45 años y puede perder hasta un 25% de su volumen (Gich et al., 2005). Por tanto, la atrofia del mismo y la reducción del volumen hipocampal en el

hemisferio izquierdo podrían predecir el deterioro cognitivo en la vejez (López y Calero, 2009).

Resultados recientes demuestran la existencia de relación entre la salud cardiovascular, el deterioro neural y el ejercicio físico (Colcombe et al., 2003). Se piensa que éste último previene la degeneración neural asociada al envejecimiento (Kramer et al., 2006). Al igual que en el caso de la depresión (Robertson et al., 2012), parece que ante el deterioro cognitivo también es protector el ejercicio físico, enlenteciendo la aparición de sintomatología demencial (Colcombe et al., 2003; Lautenschlager et al., 2008).

Los trabajos de Colcombe et al. (2003, 2006) y Colcombe y Kramer (2003) ofrecen una base biológica al papel de los ejercicios aeróbicos en el mantenimiento y la activación positiva del sistema nervioso central y en el óptimo funcionamiento cognitivo en adultos mayores.

b) Marcadores psicológicos

Puede decirse que la prueba prinxess para objetivar declive cognitivo en ancianos es el MMSE (Mini-Mental State Examination), MiniMental o Mini Examen Cognoscitivo (MEC) en la versión española de Lobo et al. (1979). Diversos artículos revisados ponen de manifiesto la precisión del mismo para predecir el deterioro cognitivo en el seguimiento del adulto mayor, 2 años antes de que se produzca el declive (Lobo et al., 1979; Ercoli et al., 2003; Formiga et al., 2007).

El MMSE fue diseñado por Folstein y McHung en 1975 y reeditado en 1998 y 2001 (Folstein et al., 2001), con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos. Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión

del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como las de tipo Alzheimer. El MEC, primera versión en castellano del MMSE, es un test breve de cribado del deterioro cognitivo, producto de la adaptación española del original por Lobo et al. (2002), realizada en 1979, 1999 y 2002. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5-10 minutos para su administración. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje. Consiste en una prueba breve de detección de demencia a través de la evaluación del rendimiento cognitivo del paciente, y proporciona una puntuación total de entre 0 y 35 puntos, obtenida a través de la suma directa de las puntuaciones que proporcionan los aciertos en la prueba. El punto de corte establecido para detección de demencia en población española se sitúa en puntuaciones de 23 o menos (López y Martí, 2011).

Lo que habitualmente sucede en los adultos mayores es que el deterioro cognitivo se inicia con fallos de memoria (López y Calero, 2009). Petersen et al. (2000) realizaron un estudio longitudinal y pusieron de manifiesto que las alteraciones de la memoria son predictoras del desgaste cognitivo, incluso años antes de que se instaure el cuadro de demencia, algo que otros autores como Chodosh et al. (2002) corroboraron después.

Diferentes estudios señalan el pobre rendimiento en tareas de recuerdo inmediato y demorado (Marquis et al., 2002), en memoria de trabajo, en pruebas de reconocimiento (Chételat et al., 2005), y en aprendizaje asociativo y denominación (De Payer et al., 2005) como predictores del deterioro cognitivo posterior. Más recientemente se han incluido las dificultades en memoria episódica y semántica como predictoras del deterioro (Nilsson, 2006).

Se recogen en la tabla 5, los métodos cognitivos más empleados para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve.

Tabla 5. Pruebas empleadas para el cribado del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) (Agiñera et al., 2006)

Nombre ^b	Áreas cognitivas	Ítems (n.º)/Tiempo (min)
<i>Pruebas cognitivas reducidas</i>		
<i>Clock Drawing Test (CDT)</i> (Cacho et al, 1999; Gifford y Cummings, 1999; Crithley, 2004)	Memoria, visuoespacial, funciones ejecutivas	-/5
<i>Mini-Mental State Examination (MMSE)</i> (Folstein et al, 1975; Lobo et al, 1999)	Orientación, memoria, atención, cálculo, visuoespacial, lenguaje	11/10
<i>Short Blessed Orientation-Memory-Concentration Test (OMCT)</i> (Katzman et al, 1983)	Orientación, memoria, atención	6/5
<i>Modified Mini-Mental State Examination (3MS)</i> (Teng y Chui, 1987)	Orientación, memoria, atención, visuoespacial, razonamiento, lenguaje	15/10
<i>Confusion Assessment Method (CAM)</i> (Inouye et al, 1990)	Atención, abstracción, conciencia	4/5
<i>Cognitive Performance Scale (CPS)</i> (Morris et al, 1994)	Memoria inmediata, habilidades cognitivas para AVD, comunicación, conciencia	5/10
<i>Memory Impairment Screening (MIS)</i> (Buschke et al, 1999)	Memoria	4/5
<i>Free & Cued Selective Reminding Test (FCSRT free recall)</i> (Grober et al, 1997)	Memoria	16/10
<i>Baterías cortas</i>		
<i>Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG)</i> (Roth et al, 1988; López et al, 1990)	Orientación, lenguaje, memoria, atención, cálculo, praxias, abstracción, percepción	7 subescalas/20
<i>Milan Overall Dementia Assessment (MODA)</i> (Brazzelli et al, 1994)	Orientación, memoria, atención, visuoespacial, lenguaje, inteligencia verbal, agnosia digital	13 test/30-45
<i>Cuestionarios</i>		
<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)</i> (Jorm, 1994; Morales et al, 1995)	Orientación, memoria, atención, razonamiento y juicio	16

^aSe adjunta la referencia original y la validación española, si existe.

^bSe emplea la terminología anglosajona.

Adaptada de Galluzzi et al (2001).

Parece ser que la capacidad cognitiva en la infancia, entorno a los 11 años, sería un predictor del desarrollo cognitivo en la senectud (Bourne et al., 2007). En el estudio citado se observó que los adultos mayores que con 11 años tenían mayor nivel intelectual, mantenían la cognición intacta entre los 64 y 77 años. Pero aquellos habían desarrollado en menor medida su capacidad intelectual, presentaban síntomas de declive cognitivo.

Gabryelewicz et al. (2007) señalaron que una puntuación inicial baja en el MMSE era uno de los factores de riesgo para el deterioro cognitivo en el anciano y al igual que en la depresión, también predecía el deterioro cognitivo posterior durante el seguimiento.

Un estudio llevado a cabo en población nonagenaria (Molina et al., 2011), pone de manifiesto que, sobre el cerebro de las personas añosas la actividad intelectual constante durante toda la vida tiene efectos positivos en el declive de las funciones cognitivas.

Las actividades sociales y de ocio, así como las culturales e intelectuales actúan como factores protectores frente al deterioro cognitivo (Scarmeas et al., 2001; Crowe et al., 2003). Por eso, podría concluirse diciendo que el deterioro cognitivo, en los adultos mayores, está íntimamente relacionado con la actividad que el cerebro realiza a lo largo de toda la vida puesto que, a mayor funcionalidad, menor evolución hacia el declive.

c) Marcadores sociodemográficos

Si se tienen en cuenta marcadores sociodemográficos, no se puede pasar por alto que la edad influye de manera notable. Álvarez y Sicilia (2007) comprobaron que los longevos con edades comprendidas entre 60 y 69 años mantenían más integridad cognitiva que los que tenían edades comprendidas entre los 80 y 89 años, porque estos presentaban deterioro moderado. Por encima de los 90, el deterioro era severo. Lo mismo sucedía con la independencia.

En cuanto al nivel educacional, estudios epidemiológicos como el de Andel et al. (2006) erigen la educación como protectora frente al desarrollo de demencia. En otro trabajo, Gabryelewicz et al (2007) también señalan que la educación es uno de los factores predictores tanto del deterioro cognitivo en la vejez como del curso de dicho deterioro durante los años de seguimiento tras el diagnóstico. En relación al nivel socioeconómico, el declive de la cognición aumenta ante estatus socioeconómicos bajos (López y Calero, 2009).

Otras investigaciones establecen relación entre la vida social y la participación en actividades sociales y el declive cognitivo, considerando que una fructífera integración social actuaría de modo preventivo frente al desarrollo de demencia (Lövdén et al., 2005; Gold et al., 1995).

El deterioro cognitivo comienza en torno a la edad media de la vida, después de los 45 años. Este hecho ha sido ratificado por Singh-Manoux et al., (2012) en un estudio prospectivo con más de 7000 participantes. Los resultados mostraron que, es substancial intervenir precozmente sobre los factores que intervienen en el deterioro cognitivo, para prevenir el desarrollo del mismo y la evolución a demencia.

Es importante diagnosticar cuanto antes la decadencia de la cognición, dado que hay publicaciones que demuestran que, la mortalidad aumenta entre los longevos que la padecen (Sachs et al., 2011). Hay escritores que recogen la posible relación entre las *quejas subjetivas de memoria* y el deterioro cognitivo. El término *quejas de memoria* hace referencia a la expresión subjetiva de padecer problemas de memoria. Éstas forman parte de la metamemoria o conocimiento que cada uno tiene sobre su memoria y la capacidad de control de la misma (Montejo et al., 2006). En la categorización del Deterioro Cognitivo Leve de

Petersen et al. (1999; Petersen et al., 2001a) las quejas de memoria aparecen como criterio para el diagnóstico, a ser posible corroboradas por un informador.

La prevalencia de quejas, para población mayor se encuentra entre el 25% y el 50 % para la mayoría de los estudios. Los factores que se asocian a quejas de memoria son edad elevada, bajo nivel educativo y género femenino (Montejo et al., 2006). Para algunos autores la existencia de este tipo de fenómenos puede influir en el camino hacia la demencia (Jonker et al., 2000; citado por Montejo et al., 2006). Para otros, en cambio, si no hay deterioro cognitivo, no tienen mayor trascendencia (Flicker et al., 1993). Algunos han establecido también, relación entre las quejas subjetivas de memoria y los estados depresivos (Jorm et al., 2001; Chandler y Gerndt, 1988).

Diferentes términos han intentado reflejar las alteraciones objetivas en la memoria u otras áreas de la cognición en el anciano, en ausencia de criterios para el diagnóstico de demencia. Pueden ser catalogados como *Cuadros de Deterioro Cognitivo Menor* (Agüera et al., 2006):

a) *Olvidos benignos de la senescencia* (Kral, 1962): entidad que afecta a los longevos con menor funcionamiento mnésico en edad avanzada, pero sin otras dificultades. Es una alteración funcional benigna, que no se agrava ni deriva en demencia.

b) *Deterioro de la memoria asociado a la edad* (Crook et al., 1986, citado por Vallejo y Rodríguez, 2010), que posteriormente pasó a *deterioro de la memoria asociado al envejecimiento* (DMAE), (Crook et al., 2003). Consiste en una alteración de la memoria, generalmente de la memoria a corto plazo, que cuando se mide con test psicométricos da una desviación estándar, mayor de lo esperable en adultos jóvenes.

Evalúa el deterioro de la memoria, a priori, sin determinar si es un anciano sano o no, en ausencia de deterioro cognitivo, así como de enfermedades neurológicas, mentales o sistémicas. Para Agüera et al., (2006), algunos autores añadieron dos categorías al *deterioro de la memoria asociado al envejecimiento* (DMAE) (Blackford y La Rue, 2003):

b1) Deterioro de la memoria consistente con la edad (DMCE), (Blackford y La Rue, 2003; Vallejo y Rodríguez, 2010). En esta entidad entrarían los ancianos con un rendimiento superior al 75% en las pruebas evaluatorias de la memoria.

b2) Olvido de la edad avanzada (Blackford y La Rue, 2003). Aquí se enclavarían los adultos mayores con un porcentaje inferior al 50% en los test mnésicos.

Existen publicaciones que determinan que no hay estudios epidemiológicos que confirmen el valor predictivo de estas dos subcategorías, b1 y b2 (Bischkopf et al., 2002).

c) Descenso cognitivo asociado al envejecimiento (DCAE) (Levy, 1994; Blackford y La Rue, 2003; Vallejo y Rodríguez, 2010). Esta entidad nosológica se creó en 1994, con el apoyo de la OMS. Se diferencia del *deterioro de memoria asociado al envejecimiento* (DMAE) en que el primero, el DCAE, no instaura límite de edad y sí establece como condición, que el declive cognitivo sea paulatino y debe estar presente al menos durante 6 meses, para evitar las formas reversibles (Agüera et al., 2006). Pueden alterarse tanto memoria como aprendizaje, atención, concentración, pensamiento, lenguaje y funciones visuoespaciales. Alcanza a tener un margen de error, en comparación con un grupo control de sus mismas condiciones sociodemográficas, de

un punto sobre la desviación estándar establecida para esa población en concreto, en ausencia de criterios de demencia, y sin patología médica, psiquiátrica ni consumo de sustancias (Caine, 1993; Agüera et al., 2006).

d) *Trastorno cognoscitivo leve*. Esta patología se incluyó dentro de la CIE-10 y del DSM-IV-TR. Consiste en una disminución del rendimiento cognoscitivo con probable afectación de memoria, y dificultades del aprendizaje o de concentración, que se deben detectar con pruebas objetivas, en ausencia de cualquier diagnóstico psiquiátrico. Se diferencia de las anteriores en que los longevos que padezcan este trastorno, pueden asociar presentar como etiología del mismo, patología somática o cerebral (Agüera et al., 2006).

e) *Deterioro cognitivo, no demencia* (DCND). Incluye todos los casos de deterioro cognitivo que no tienen criterios de demencia, incluyendo entidades nosológicas de origen médico y/o psiquiátrico (Ebly et al., 1994; Ebly et al., 1995).

f) *Deterioro cognitivo leve* (DCL) (Petersen et al., 1997) el más aceptado en el ámbito científico, y es la entidad que más se describe en este capítulo.

Como bien recogen diversos autores, entre ellos Agüera et al. (2006) y Petersen et al. (1999), el deterioro cognitivo leve (DCL) es una entidad nosológica cuyo diagnóstico es vital para poder prevenir la evolución a la, tan temida, demencia.

El término DCL fue acuñado por un grupo de trabajo de la Clínica Mayo, Petersen et al. (1999) para intentar detectar longevos con pérdida de memoria significativa y que pudiesen presentar alto riesgo de conversión a demencia tipo Alzheimer en estudios longitudinales. Los criterios diagnósticos de esta enfermedad serían los que siguen (Petersen et al., 1999):

- a) Quejas subjetivas de memoria, preferiblemente corroboradas por un informador.
- b) Alteración objetiva de la memoria superior a la normal para su edad y educación (1-2 desviación estándar por debajo de la media de su grupo de edad), en prueba validada.
- c) Funcionamiento cognitivo global preservado.
- d) Rendimiento en las actividades de la vida diaria conservado.
- e) No cumplimiento de criterios diagnósticos para demencia.

Podría decirse que el término DCL se utiliza para referirse a personas con signos de deterioro cognitivo en las pruebas neuropsicológicas que no cumplen los criterios de demencia (Morley y Joshi, 2006). Para comprobar que los etarios presentan una capacidad cognitiva global, se ha de evidenciar esto con baterías objetivas neuropsicológicas. La prueba de elección, empleada en el cribado, sería el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) estableciendo como puntuación de corte 24 (López y Martí, 2011). Todos los sujetos que estuviesen por debajo de este puntaje, estarían manifestando objetivamente un deterioro cognitivo (Rami y Marcos, 2004; López y Martí, 2011).

Desde la visión de la neuroimagen, los longevos con declive cognitivo leve presentan alteraciones morfológicas y funcionales del sistema nervioso, evidenciadas en TAC, RMN, PET y SPECT. A nivel neuroanatómico, se han localizado alteraciones concretamente en lóbulos temporal y parietal (Ritchie y Touchon, 2000). Y desde el punto de vista neurofuncional, por medio de PET se ha comprobado hipometabolismo en zonas posteriores cerebrales, en especial las temporoparietales y el cíngulo posterior (Nestor et al., 2003). Estos cambios aparecen en pacientes estudiados que ya presentaban clínica de Alzheimer. De ahí

que estos hallazgos se tornen tan importantes, porque detectándolos en longevos con quejas de memoria, sin clínica demencial, se puede intervenir en la evolución hacia la demencia, con medidas preventivas.

El DCL del anciano es muy prevalente y afecta a la cuarta o quinta parte de los ancianos (Bermejo et al, 1998). Según la publicación de Morley y Joshi, (2006), existen datos limitados sobre su prevalencia. Ésta podría oscilar entre el 5% y el 25% en ancianos de la comunidad (Unverzagt et al., 2001; Graham et al, 1997; Hanninen et al., 2002; Busse et al, 2003).

En cuanto a la morbimortalidad, el riesgo de progresión a demencia en longevos con DCL es dos veces mayor que los que no lo padecen (Storandt et al., 2002; Tuokko et al., 2003; Frisoni, 1999; Gussekloo et al., 1997), dado que el DCL no es benigno. Las tasas de conversión anual varían entre menos del 5% y más del 35% al año, en comparación con el 1%-7% al año en individuos sin esta patología (Tierney et al., 1996; Bowen et al., 1997; Larrieu et al., 2002; Daly, et al., 2000). De ahí que su diagnóstico precoz sea de importancia sanitaria porque la etiqueta de deterioro cognitivo asocia un riesgo de demencia (Petersen et al., 2001b) y de incremento de riesgo de mortalidad evidente (Bermejo et al., 1998; Kelman et al., 1994; Frisoni et al., 1999; Flicker, et al., 1991; Bermejo et al., 2001; Bennet et al., 2002; Palmer et al., 2002; Brayne et al., 2006), como ya se ha descrito. No menos importante es que la evolución de la DCL a largo plazo depende en gran medida de la etiología subyacente que la cause (tabla 6).

**Tabla 6. Características para clasificar el deterioro cognitivo leve
(Extraído de Morley y Joshi, 2006)**

Manifestaciones cognitivas

DCL amnésico frente a DCL no amnésico
DCL con sólo deterioro de la memoria frente a DCL con deterioro de múltiples dominios cognitivos

Presentación neurológica o clínica

DCL con o sin parkinsonismo o depresión

Etiología

Vascular
Deprimida
Parkinsoniana
Enfermedad con cuerpos de Lewy y síndromes parkinsonianos relacionados
Hidrocefalia normotensiva
Demencias frontotemporales

Hallazgos en la neuroimagen

DCL con o sin atrofia del hipocampo

Manifestaciones genéticas

DCL con o sin genotipo APOE-ε4

Velocidad de progresión

Convertidores de DCL en demencia en comparación con no convertidores

Petersen (2003a) divide el DCL en diferentes subtipos (tabla 7):

La forma *amnésica de DCL* se caracteriza por déficit aislado de memoria. Es la forma más frecuente, y cuando asocia clínica demencial, puede subyacer una enfermedad de Alzheimer (Agüera et al., 2006). Su prevalencia está en torno al 31% en nonagenarios (Peltz et al., 2011).

El *deterioro cognitivo leve con afectación múltiple* asocia un deterioro en varias áreas cognitivas sin llegar a criterios de demencia. Su evolución se torna bien a Demencia

Vascular, bien a enfermedad de Alzheimer, aunque según Levy et al. (1994), algunos casos no desarrollan demencia y pueden englobarse dentro de DCAE.

En el *deterioro cognitivo que afecta un área distinta a la memoria*, puede alterarse tanto las funciones ejecutivas y la capacidad visuoespacial, como el lenguaje. La causa del trastorno es distinta según la afectación correspondiente, y se recogen en la tabla 7. Este grupo poblacional tendría una prevalencia en torno al 14% (Peltz et al., 2011).

Tabla 7. Heterogeneidad clínica y etiológica del deterioro cognitivo leve (Adaptada de Petersen , 2003a. En Agüera et al., 2006)

Tipos de DCL	Etiología más frecuente
Amnésico	<i>Enfermedad de Alzheimer</i>
Afectación múltiple	Enfermedad de Alzheimer Demencia vascular Envejecimiento normal Depresión
Afectación única no de memoria	<i>Demencia frontotemporal</i> Demencia con cuerpos de Lewy Demencia vascular Afasia primaria progresiva

Los criterios diagnósticos establecidos por Petersen et al., en 1999 se vieron modificados en la reunión celebrada en Estocolmo, en la International Working Group on Mild Cognitive Impairment, y acordaron los que siguen como diagnóstico de DCL (Winblad et al., 2004; Rodríguez et al., 2008), que fueron aceptados por Petersen et al., (1999) (Artero et al., 2006):

a) el longevo no presenta demencia, pero tampoco se encuentra dentro de la normalidad.

b) existen pruebas de deterioro cognitivo progresivo, obtenidas mediante el resultado de pruebas objetivas a lo largo del tiempo y/o el informe subjetivo de deterioro y/o un informador en conjunción con la presencia de déficit cognitivos objetivables.

c) las actividades de la vida diaria están conservadas, y las actividades instrumentales complejas están preservadas o mínimamente afectadas.

Desde el punto de vista fisiopatológico, las entidades que más se perfilan como posible etiología del Deterioro Cognitivo Leve son la demencia tipo Alzheimer en su fase prodrómica y la enfermedad cerebrovascular, sin olvidar la influencia que ejerce el envejecimiento (Agüera et al., 2006). En cuanto a la relación existente entre la Enfermedad de Alzheimer (EA) y el DCL, hay estudios que corroboran que en la EA aparecen alteraciones estructurales y funcionales en pruebas de neuroimagen similares a las del DCL de tipo amnésico, tales como hipometabolismo de la corteza temporoparietal y disminución del volumen hipocampal. La presencia de estas alteraciones predice la evolución hacia una demencia bien establecida (Jack et al., 2000; Arnaiz et al., 2001). También es significativa la presencia del alelo E4 de la Apo-E en longevos con EA (Kurz et al., 2002).

Con respecto a la demencia vascular y el deterioro cognitivo leve, ciertas publicaciones (Kivipelto et al., 2001) resaltan que, este trastorno vascular puede ser causa de demencia en el anciano, y de esa manera encontrarse involucrada en la entidad del DCL (DeCarli et al., 2001). Esto es debido a que la demencia vascular es un término que actualmente se utiliza para describir un grupo heterogéneo de trastornos en los que los factores vasculares parecen

desempeñar un papel esencial en el desarrollo de un síndrome demencial. Como ya se ha comentado, tanto la aterosclerosis como la hipertensión arterial son las dos enfermedades más importantes que subyacen en el desarrollo de una demencia vascular, y la relevancia de esta observación radica en que ambas son potencialmente tratables (Hamilton, 2003). De esto se deriva que el criterio tradicional que diferencia estos dos tipos de demencia actualmente, no está tan claro (Wehr et al., 2000), puesto que comparten los mismos factores de riesgo.

Cuando se trata de hablar de medidas terapéuticas para paliar el deterioro cognitivo leve y enlentecer su paso a demencia, se puede decir que existen dos vías principales. Por un lado las farmacológicas, y por otro las cognitivas.

En cuanto a la farmacología del DCL, hasta ahora se ha mantenido el concepto de que el mismo tratamiento que se administra en la EA puede ser útil en el DCL. Se habla de los inhibidores de la acetilcolinesterasa (donezepilo, rivastigmina, galantamina) como tratamiento de elección en la primera fase de la demencia tipo Alzheimer, y por lo tanto sería una medida terapéutica eficaz en el deterioro cognitivo leve tipo amnésico (Agüera et al., 2006). Otras publicaciones describen ensayos sobre medidas farmacológicas en el DCL: por ejemplo, varios estudios plantearon el uso de AINEs (inhibidores de la COX-2: rofecoxib), (Thal et al., 2005), como tratamiento de pacientes con DCL, pero tuvieron que ser suspendidos por los riesgos cardiovasculares que asociaban (Konstatinopoulos y Lehmann, 2005). Por otro lado se ha intentado evitar la progresión de esta entidad empleando sustancias ya descartadas en la EA, tales como la citicolina o el piracetam (Abad-Santos et al., 2002; Waegemans et al., 2002), pero no hay datos suficientes para corroborar esta información. También se han encontrado disertaciones sobre moduladores del receptor del glutamato y

nootrópicos, así como estudios con inmunomodulares y con inhibidores de la secretasa (Petersen, 2003b).

Ninguno de los procedimientos descritos ha sido eficaz para retrasar la progresión de la enfermedad o la conversión a la demencia (Farlow, 2009).

En el momento actual se están realizando ensayos con parches de nicotina, pero aún no hay nada esclarecido sobre su uso en el declive cognitivo (Newhouse et al., 2012).

Igualmente se propone el control de los factores de riesgo (incluidos dentro de los marcadores biológicos) que se asocian a enfermedad cerebrovascular y que además favorecen el desarrollo de demencia desde el DCL. Estos agentes serían la hipertensión arterial, el colesterol, carencia de Vitamina B12 y folatos, y la elevación de los valores de homocisteína (Agüera et al., 2006). Prevenir, reconocer y tratar las *pequeñas lesiones vasculares subclínicas* es la mejor forma de evitar el deterioro cognitivo (Hachinski, 2008; Vicario et al., 2010a).

En lo referente al control de la tensión arterial, algunos autores encuentran que el tratamiento de la HTA reduce significativamente la incidencia del deterioro cognitivo leve y de la demencia en el anciano (Qiu et al., 2003; Khachaturian et al., 2006; Murray et al., 2002), mientras que otros investigadores no han podido hallar los mismos resultados (Morris, et al., 2001). En la literatura científica se encuentran publicaciones que concluyen que el uso de diuréticos puede evitar la aparición de demencia (Guo et al. 1999; citados por López y Jiménez-Jáimez, 2011), aunque el tratamiento con IECAs, antagonistas del receptor de angiotensina o antagonistas del calcio se postulan como terapia antihipertensiva que más efecto protector ejerce sobre el deterioro cognitivo en la vejez. (Hatazawa et al., 2004). A la luz de estos estudios, se puede recomendar la prescripción selectiva de antihipertensivos,

dada la influencia diferencial que parecen tener sobre el rendimiento cognitivo en los hipertensos. Así, tanto el tratamiento como el adecuado control de la presión arterial previenen, y posiblemente desaceleran, el deterioro cognitivo leve y la incidencia de demencia entre los mayores. (López y Jiménez-Jáimez, 2011).

Diversas divulgaciones del ámbito científico revelan el empleo de estatinas, en la regulación de la hipercolesterolemia, como importantes integrantes de la prevención de la demencia (Gich et al., 2005; Jick et al., 2000; Wolozin et al., 2000; Rockwood et al., 2002). Se ha demostrado que pueden disminuir en un 70% la posibilidad de desarrollar enfermedad de Alzheimer. Concretamente se observó una disminución significativa de la incidencia de desarrollar demencia, con independencia de la presencia o no de hiperlipemia (Jick et al., 2000). Esto induce a pensar que las estatinas podrían proteger frente al deterioro cognitivo a través de un mecanismo neuroprotector actualmente desconocido, el cual podría ser independiente del colesterol (Gich et al., 2005).

En la literatura se encuentran referencias sobre terapias no farmacológicas, como la intervención cognitiva, en el tratamiento del deterioro cognitivo leve (Ventura, 2012). En trabajos como el de Tsolaki et al. (2011) se recogen los beneficios de este tipo de terapias en pacientes afectados por declive cognitivo. Estos longevos recuperan con estas técnicas la función ejecutiva, en la memoria verbal, en las praxias y en la funcionalidad.

Dentro de estas estrategias terapéuticas se disponen la estimulación cognitiva, el entrenamiento cognitivo y la rehabilitación cognitiva, y se ha demostrado que la intervención cognitiva y el ejercicio físico mejoran la habilidad funcional en personas con demencia (Ventura, 2012).

3.3.- Aspectos psicológicos: el afrontamiento

La vejez conduce a una tranquilidad indiferente que asegura la paz interior y exterior

Anatole France

Los sucesos de vida que caracterizan al envejecimiento son vivenciados de diferentes formas según la personalidad, lo cual permite explicar las diferencias en el proceso de afrontamiento, y por ende, en las posibilidades de adaptación a esta etapa vital. Toda crisis supone una perturbación, pero a la vez posibilita una oportunidad de cambio y de desarrollo personal (Coleman, 1996). Rowe y Kanh (1998), proponen como factor clave del afrontamiento en la vejez, la continuidad de una vida activa y relaciones interpersonales de sostén, estrategias protectoras de las alteraciones psicológicas, entre ellas de la depresión.

La mayoría de los adultos mayores definen su etapa de senectud, independientemente de los problemas físicos o del abandono del rol social mantenido hasta ese momento, como un período de felicidad. Esto evidencia la capacidad que estos poseen, para adaptarse a las constantes exigencias en las diferentes áreas de sus vidas, logrando mantener el equilibrio y un adecuado nivel de bienestar (Jiménez, 2011).

Pero no se puede olvidar que para otros longevos la senectud es una etapa vital agobiante, el ocaso de la vida, y el nivel de estrés aumenta notablemente. Este fenómeno puede verse condicionado por variables, personales, sociales y ambientales (Clemente et al., 2009). Así, los aspectos demográficos como sexo, edad, estado civil y nivel educacional determinan tanto los estresores como los estilos de afrontamiento (Jopp y Smith, 2006; Martin et al., 2000; Clemente et al., 2009).

Las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso denominado *afrontamiento*. Este término procede del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), centrado en que el afrontamiento posee dos funciones generales: superar el problema que causa el estrés y regular las emociones, donde el afrontamiento es apenas un aspecto del desarrollo que ha denominado procesos de evaluación cognoscitiva (Cruz et al., 2010).

Lazarus y Folkman (1986) definen el estrés como *un proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes, y las emociones que ello genera*. En consecuencia, el desencadenamiento del estrés está íntimamente relacionado con la evaluación cognitiva, que radica en un análisis de las demandas del entorno y en un examen de las habilidades y de las formas de afrontamiento disponibles (Krzemien, 2005a).

Fierro (2002) hace distinción, dentro de afrontamiento, entre *modo* (cualquier conducta rutinaria, no implica planificación), *estrategia* (actividades conscientes, con un plan de acción y orientadas a un fin) y *estilo* (modos y/o estrategias habituales en un individuo).

Para Baltes et al. (1998), la etapa de la vejez se identifica por la resiliencia. Ésta está estrechamente relacionada con el envejecimiento exitoso. Indica que las personas han logrado mantener la salud física, cognitiva y social, y han hecho adaptaciones para conservar su calidad de vida y bienestar (esto es el llamado *modelo de selección, optimización y compensación* de Baltes et al., 1998). Diversos autores apoyan la teoría de que el envejecimiento con éxito da al longevo mayor satisfacción y sentido de su existencia (Rowe y Kahm, 1987, Luszcz, 1999). En la bibliografía consultada se propone que la *resiliencia* en la vejez puede ser la habilidad para usar los recursos psicológicos que ayudan a aceptar los cambios psicosociales y físicos (Resnich, 2008). Para Fernández-Ballesteros et al. (1999) esta

La calidad de envejecer depende fundamentalmente de las respuestas adaptativas que es capaz de dar el anciano ante los cambios físicos que van ocurriendo con el paso del tiempo y frente a los factores psicosociales estresantes que se van presentando en esta etapa del ciclo vital.

El concepto de *resiliencia* viene a colación dado que, entre otros factores, las estrategias de afrontamiento son uno de sus componentes. Lazarus y Folkman (1986) conciben las estrategias de afrontamiento como *los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas externas e internas, y los conflictos entre ellas, que ponen a prueba o exceden los recursos de la persona*. En función de esta definición, varios investigadores (Aldwin y Revenson, 1987; Ben-Zur, 1999; Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 1988; Páez, 1993) clasifican en tres variedades al afrontamiento, según esté dirigido a:

- a) la valoración *-afrontamiento cognitivo-*: se pretende encontrar significado al suceso estresor, y valorarlo de manera que resulte menos desagradable.
- b) el problema *-afrontamiento conductual-*: con esta conducta se confronta la realidad, manejando sus consecuencias.
- c) la emoción *-afrontamiento emocional-*: es la encargada de regular los aspectos emocionales, intentando mantener el equilibrio afectivo.

Lazarus y Folkman (1986) propusieron dos estilos de afrontamiento: por un lado el afrontamiento centrado en el problema, *combatiivo* (tanto en lo referente al entorno como al sujeto, definir el problema, buscar soluciones alternativas, elegir opciones y ponerlas en práctica), y por otro, el que está centrado en la emoción, o el afecto, *paliativo* (como la negación, evitación, atención selectiva, distanciamiento, comparaciones positivas o la reevaluación cognitiva).

La finalidad adaptativa del uso de maniobras de afrontamiento trata de: resolver los problemas, regular las emociones, proteger y preservar la autoestima, favorecer el estatus social y preparar al adulto mayor para futuras situaciones críticas (Krzemien et al., 2009).

Generalmente los adultos mayores utilizan estrategias de afrontamiento más paliativas, centradas en las emociones. Son más personales, más pasivas, más dedicadas a controlar la ansiedad que le originan los sentimientos propiamente dichos, que al abordaje de la situación estresante. Esto último es debido a que los ancianos evalúan los acontecimientos estresantes como inmodificables en mayor proporción que los adultos (Folkman et al., 1987; Castro et al., 1995; Stefani y Feldberg, 2006; Claver, 2006; Agüera et al., 2006). Pero, otros autores consideran que si las situaciones son controlables y susceptibles de cambio, se tiende a usar estrategias conductuales u orientadas al problema (Lazarus y Folkman 1986; Penley y Tomaka, 2002; Mosser y Uzzell, 2003), más activas y cognitivas (Labouvie-Vief y Diehl, 2000; Baltes et al., 1998). Para Spar y La Rue (1997) los jóvenes emplean estrategias más activas, buscando el abordaje del problema. Por ello no se deben utilizar patrones de los adultos jóvenes para medir las respuestas en los longevos.

Por último, otra clasificación discrimina entre estilo de afrontamiento activo vs pasivo y adaptativo vs desadaptativo, relacionando así afrontamiento activo y adaptación (Lazarus y Folkman, 1986; Aldwin y Revenson, 1987; Moos, 1988; Carver et al., 1989; Páez, 1993; Ben-Zur, 1999; Brissette et al., 2002). Se piensa que las formas activas afrontan directamente el conflicto, y son descritas como adaptativas (reinterpretación positiva, planificación, búsqueda de apoyo emocional, humor, religión, etc). En cambio, las pasivas o evitativas, consideradas como desadaptativas, se basan en la ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación y negación (descarga emocional, distracción cognitiva, renuncia, consumo de

drogas o alcohol, autocrítica, etc.), (Aldwin y Revenson, 1987; Carver et al., 1989; Lazarus, Folkman, 1986; Moos, 1984; Brissette et al., 2002). Esta relación activo-adaptación asocia menos síntomas físicos (Nakano, 1991), mejor salud mental (Swindells et al., 1999) y menos factores de riesgo cardiovascular (Vitaliano et al., 1995).

No obstante, para Carver (1997), lo importante no es que sean activas o pasivas, si no que sean funcionales. En la tabla 8, se reúnen las estrategias de afrontamiento en función de este modelo de Carver (1997).

Tabla 8. Estrategias de afrontamiento según el nivel de adaptabilidad y dominios conductual, cognitivo y emocional (Carver, 1997)

AFRONTAMIENTO	ACTIVO	PASIVO
CONDUCTUAL	Activo Planeamiento	Renuncia Autodistracción Uso de sustancias
COGNITIVO	Reformulación positiva Humor Aceptación	Negación Religión Uso de sustancias Autocrítica
EMOCIONAL	Apoyo emocional Apoyo instrumental	Descarga emocional

Además, las emociones positivas son relevantes en el proceso de *resiliencia* y operan de manera especial en la vejez, debido a que los adultos mayores prestan más atención a los estímulos emocionalmente positivos que a los negativos (Carstensen et al., 1999).

En la tabla 9 se recogen las estrategias de afrontamiento: su clasificación y subdivisión (tomada de Agüera et al., 2006). Puede decirse que las estrategias propuestas por Lazarus y

Folkman (1986), centradas en el problema y en las emociones, podrían estructurarse en respuestas conductuales y cognitivas, de vías directa o indirecta, como se explica a continuación:

Tabla 9. Estrategias de afrontamiento (Agüera et al., 2006)

Estrategias dirigidas al problema			
Conductuales		Cognitivas	
Directas	Indirectas	Directas	Indirectas
Intentos de control, solución de problemas	Evitación, escape, afrontamiento pasivo	Redefinición de la situación, reestructuración	Pensamiento desiderativo, distanciamiento
Estrategias dirigidas a la emoción			
Conductuales		Cognitivas	
Directas	Indirectas	Directas	Indirectas
Búsqueda de apoyo, búsqueda de información	Desplazamiento-distracción, evitación de la información	Expresión emocional	Inhibición emocional, represión, culpabilización

Para Belsky (2001) las respuestas emocionales pueden ser un signo de desarrollo de la personalidad más que de regresión, sobre todo si el obstáculo que se afronta es difícil de resolver por medio de la acción. La eficacia del afrontamiento dependerá de las estrategias que cada etario emplee para salir de la situación problemática, y de la capacidad de uso según la etiología del conflicto (Claver, 2006).

No cabe duda de que tanto las estrategias de afrontamiento como los estilos de adaptación están relacionados, de igual modo, con la personalidad del sujeto y con el ambiente en el que se mueve. Pueden ser considerados como elementos del buen envejecer (Fierro, 1994). La eficacia de estas habilidades determina la capacidad adaptativa del adulto mayor, de su bienestar y de la vulnerabilidad hacia el estrés.

Los longevos, aún en la etapa final de la vida, siguen desarrollando capacidades para acomodarse a las situaciones, independientemente de que sean estresantes o no. De esa manera pueden adaptarse a estas realidades mediante estrategias eficaces para afrontar los problemas (Agüera et al., 2006).

Algunos autores (Brandstädler y Renner, 1990) establecen dos tipos de destrezas, que sirven de base para comprender el envejecimiento con éxito como un proceso de afrontamiento ante problemas:

Por un lado *estrategias de confrontación* o de asimilación, que reflejan los esfuerzos que realizan los etarios, para modificar las circunstancias vitales en función de sus propias preferencias. Este tipo de habilidades se emplean cuando el anciano se enfrenta a situaciones que pueden ser modificables.

Por otro lado, *estrategias acomodaticias*, cuyo objetivo es acomodarse a las limitaciones situacionales. Estas son empleadas con mayor frecuencia, cuando los esfuerzos por modificar una situación son ineficaces.

En general, los longevos suelen emplear estrategias acomodaticias, para mantener el equilibrio entre ganancias y pérdidas, tan común en esta etapa del invierno de la vida. Así reajustan sus prioridades y objetivos (Boerner, 2004).

A lo largo del tiempo se han publicado trabajos en los que el objeto de estudio ha sido el patrón de adaptación y de afrontamiento del proceso de envejecer. Entre ellos destacan Reichard et al. (1962), modificado después por Fierro (1994), quienes diferencian cinco patrones de adaptación (Agüera et al., 2006):

a) *Constructividad* (posición de flexibilidad): estrategia que se caracteriza por madurez constructiva. Son personas con autonomía y autoestima altas, se adaptan a los éxitos y a los fracasos.

b) *Pasividad, dependencia y abandono* (posición de debilitamiento): son dependientes, socialmente aceptados y necesitan del soporte emocional de los demás.

c) *Defensividad*: son sujetos que mantienen una frágil adaptación, con gran rigidez y control emocional.

d) *Hostilidad y agresividad hacia el medio*: este tipo de individuos culpabilizan al entorno de sus desgracias, reproches y quejas.

e) *Autodestrucción y depresión*: esta sería la forma más desadaptada, en la que los individuos no desean vivir, se abandonan a la desesperada.

Siguiendo con el afrontamiento en la vejez, las situaciones de estrés crónico favorecen el impulso de estrategias adaptativas, que le mantengan psicológicamente activo al longevo. Por ello utilizan técnicas centradas en las emociones, sobre todo si el contexto presenta elevado contenido emocional (Blanchard-Fields et al., 2004). Pero si la realidad del estresor está acotada en el tiempo, emplean indistintamente habilidades centradas en las emociones o en el propio problema (Watson y Blanchard-Fields, 1998).

Los ancianos, dentro de las estrategias centradas en las emociones, emplean más las llamadas *pasivas* (dependencia, evitación), o de control secundario (Agüera et al., 2006). Esto favorece mayor control sobre sus emociones (Gross et al., 1997), menor duración en las manifestaciones de sus emociones negativas (Carstensen et al., 2000), y menor ansiedad y reacciones negativas en respuesta a problemas interpersonales (Birditt y Fingerman, 2003).

Son numerosas las investigaciones que ahondan en el campo del apoyo social en la vejez, como medida de afrontamiento adaptativo (Berkman y Syme, 1979; Moos, 1985; Thoits, 1995; Billings y Moos, 1981, Krzemien, 2005a; Krzemien, 2005b), especialmente cuando presentan problemas físicos, o psíquicos, como puede ser la pérdida de un ser querido, y no pueden recurrir a otras habilidades. Esto es así porque, ante estas circunstancias, el nivel de estrés se ve incrementado, en detrimento de los recursos individuales para afrontarlas. De esta manera se ven recompensados, al recibir apoyo de su entorno social (Agüera et al., 2006). Aunque, bien es cierto, hay ocasiones en las que el nivel de estrés es tan elevado, que el devastador efecto del mismo no se contrarresta con el apoyo social (Martin et al., 2001).

Debido al aumento de la esperanza de vida de las mujeres respecto a los varones, se encuentran trabajos en los que se evalúa el afrontamiento en la senectud de las féminas. Analizan, entre otros factores, el apoyo social. Para Krzemien (2006), la integración social puede considerarse como una variable moduladora en la relación entre personalidad y afrontamiento a la crisis del envejecimiento en la mujer anciana.

Otro tipo de habilidades son las religiosas. La religiosidad promueve mecanismos psicológicos adaptativos ante el envejecimiento, la enfermedad y el sufrimiento y se asocia con alta autoestima, y deseo de vivir (Nelson, 1990; Poloma y Pendleton, 1991; Reyes-

Ortiz, 1998b). En las publicaciones consultadas, se encuentran referencias sobre el uso de la religión como medida de afrontamiento en procesos como la enfermedad crónica o ante pérdidas de seres queridos (Carver et al., 1989; Blaine y Crocker, 1995; Brown et al., 2004; Pargament et al., 2004; Krzemien y Monchietti, 2008). En concreto, se perfila la oración como una estrategia de afrontamiento (Dunn y Horgas, 2000; Koenig, 1994; Courtney et al., 1992; Dossey et al., 2000) alternativa y complementaria (Hughes, 1997), y se asocia a una disminución del estrés y de la sintomatología depresiva (Ai et al., 1998; Koenig et al., 2001b). Dunn y Hogas (2000) descubren relación entre la religión y el uso de habilidades positivas, como son optimismo y autoconfianza, enclavando a la religión dentro de las estrategias activas o adaptativas.

En general, cuando el longevo se encuentra adaptado funciona mejor socialmente, tiene más recursos para valerse por sí mismo e intelectualmente se ve reforzado. Además, todos los adultos mayores que responden de modo positivo ante la vida, presentan menos tasa de mortalidad. Los que hacen de la negación su modo de vida presentan más patologías que los que se enfrentan a la vida con positividad (González y Padilla, 2006).

3.4.- Aspectos sociales: la institucionalización

Envejeco aprendiendo cada día muchas cosas nuevas

Platón

Distintos estudios han demostrado la relación existente entre la falta de apoyo social y la depresión en los ancianos (Lynch y cols., 1999; Cruz et al., 2010). Por ello es importante el entorno social para los adultos mayores. Así, se define *red social* como *el punto de interacciones sociales que los individuos tienen* y, según Berkman y Glass (2000), incide en la salud a través de diversos mecanismos psicosociales: al proporcionar apoyo social, tanto emocional como instrumental; por la influencia social que existe entre los actores de la red; por la participación y el compromiso social; por el contacto persona a persona y por el acceso a recursos materiales.

Estos mecanismos psicosociales influyen en la salud a través de los cambios en los estilos de vida, de los mecanismos psicológicos (autoestima o autoeficacia) y/o fisiológicos (relacionados con el sistema inmunitario o la reactividad cardiovascular) (Lahuerta y cols., 2004).

Está ampliamente descrito que la red y el apoyo social se relacionan con la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida y la salud mental, y tanto en los estudios transversales como en los longitudinales se evidencia esta relación (Seeman, 1996)

Hace no mucho tiempo, las familias eran las encargadas de cuidar a los longevos. Pero de un tiempo a esta parte una serie de factores han favorecido la institucionalización de los mayores. Por una parte, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la natalidad y la incorporación de la mujer al trabajo, y por otra, el aumento de la población anciana, la

existencia de menos cuidadores familiares, y el cambio en los apoyos hogareños (Yuste et al., 2004a; Agüera et al., 2006). Para Yuste y su grupo la vejez es la época que más se desarrolla en las residencias. Los elementos que predisponen la institucionalización son, por un lado, la actitud que han mantenido los longevos ante la vida: si han sufrido frustraciones escolares o fracasos económicos, si han padecido la soledad, si han sufrido episodios depresivos o si muestran resentimiento. Por otro lado, los factores familiares: el pensar que esa nueva vida es lo mejor para el anciano, la incompatibilidad para poder cuidarle o el resentimiento que pueden sentir hacia el longevo.

Desde el punto de vista gerontológico se acuña el término *muerte social* para definir la pérdida del rol activo y económico, pasándose a un rol pasivo, tanto económico como social (Ramos y Sánchez-Caro, 1982). Esta acepción se adapta también al ingreso en centros asistenciales, en los que el anciano siente como se restringen sus contactos sociales del exterior. Es más, a edades avanzadas, debido a la menor adaptabilidad de la persona, aumenta el peligro de *muerte social* si se cambia de ambiente. De ahí que se recomiende mantener la estabilidad ambiental en la persona mayor (Moragas, 1998).

En la actualidad, las familias que se encargan de cuidar a los adultos mayores tienen diferentes propósitos: altruista (amor, apego, empatía, etc.); moral, de responsabilidad; satisfacción personal; reciprocidad por los cuidados que los mayores han procurado a sus descendientes durante toda la vida, y en muchas ocasiones, con fines económicos (Yuste et al., 2004).

Hoy se justifica el que el adulto mayor vaya a la residencia porque se cree que es lo mejor para él. Se considera que en su nuevo entorno hará muchas amistades, estará feliz y bien atendido. Así se suplirá la carencia familiar. Y muchas veces se elige esta opción sin

pedir opinión al propio afectado, creyendo que se elige “lo mejor para él”, sin tener en cuenta su estado de ánimo, su condición física y mucho menos su opinión.

La definición que el IMSERSO da sobre residencias es la que sigue: *centros abiertos donde viven temporal o permanentemente personas mayores con algún grado de dependencia y que precisan atención sociosanitaria interprofesional* (IMSERSO, 2003).

Los objetivos asistenciales de una residencia deben ir encaminados a mejorar la situación funcional de los residentes, su autonomía y sobre todo mantener la dignidad del longevo y mejorar la calidad de su vida (Macías, 2001; Agüera et al., 2006). De ahí que sea más importante casi, mejorar la calidad de vida que prolongar la propia vida. He ahí la singularidad del lema “añadir vida a los años” que tan de actualidad está (Agüera, et al., 2006: 948). Esto se logra cuando las instituciones, además de velar por las necesidades básicas de alimentación, higiene y alojamiento, cubren también las necesidades sanitarias, psicosociales y cognitivas (Macías, 2001; Agüera et al., 2006).

Para Izal y Montorio (1999) las personas mayores manejan mejor la enfermedad crónica que las personas de menos edad, ya que una mayor experiencia de afrontamiento de situaciones lleva a desarrollar habilidades más eficaces, si bien se debe tener en cuenta, según Stefani y Feldberg (2006), que las personas mayores que viven en sus domicilios cuentan con más recursos adaptativos que los sujetos institucionalizados. En cuanto al apoyo social, los mayores que viven en residencias geriátricas tienen más relaciones sociales, pero como no las eligen los inquilinos, sino que vienen dadas, la insatisfacción personal es mayor que en los que habitan en la comunidad (Molina et al., 2008).

Por el contrario, Ramos et al. (2003) proponen la institucionalización como óptima solución en la senectud. Aseguran que con la participación activa del mayor, de la propia

institución y del entorno, el adulto mayor tendrá una mejor adaptación. Presentan este tipo de centros, como lugares donde puede ofertarse una atención integral que englobe todas las esferas psíquica, física, social y funcional.

En muchas ocasiones la falta de conexión entre el longevo y la estructura familiar, propicia el desarrollo de patologías hasta ahora inexistentes, o poco relevantes, en la vida del anciano. Entre ellas podría decirse que la depresión sería la reina, por la frecuencia de aparición, y por lo enmascarada que aparece en una parte importante de los cuadros de presentación.

La depresión es un síndrome de presentación frecuente en el anciano, que produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad en la población geriátrica. La calidad de vida disminuye y constituye actualmente un problema social y de salud pública (Monforte et al., 1998).

La institucionalización se asocia frecuentemente al aumento de la prevalencia de enfermedades psiquiátricas (Rovner et al., 1990; Hidalgo, 2001). Los adultos mayores que viven en una residencia geriátrica presentan mayores tasas de trastornos afectivos y manifestaciones depresivas (Livingstone et al., 1990; Clark, 1992; Rojano et al., 1993; Stefani y Feldberg, 2006; Hidalgo, 2001; Cruz et al., 2010).

Pero para algunos autores (Rovner et al., 2000) puede ser que el tener previamente trastornos psiquiátricos influya y pueda llegar a ser causa del ingreso en el centro residencial. Del mismo modo el vivir en residencia se relaciona con variables que favorecen la aparición de síntomas depresivos, y en sí mismo, da lugar a un aumento de la prevalencia de este trastorno (López, 2001a; López, 2001b), que suele estar entre el 20%-25%, con integridad cognitiva. Otros autores sitúan la prevalencia de los síntomas depresivos entre el 15% y el

35% (Franco y Monforte, 1996). Es llamativa la diferencia con respecto a la comunidad, donde la prevalencia, en ausencia de deterioro cognitivo, se sitúa en torno al 3% (American Geriatrics Society, 2001). También es remarcable el alto porcentaje de nuevos cuadros depresivos, dado que el 13% llega a desarrollar nuevos episodios de depresión mayor, y el 18% presentan sintomatología depresiva sin llegar a ser catalogada como episodio depresivo mayor (National Institutes of Health, 1991).

Es importante el diagnóstico de estas enfermedades entre los longevos de residencias, dado que si presentan depresión la mortalidad asociada a patologías cardiovasculares puede llegar a ser del 59%, a lo largo de 12 meses (Rovner et al., 1991). Los factores de riesgo que se asocian al incremento de la mortalidad son: ser varón, tener 75 años o más, diagnóstico de depresión mayor, tanto con rasgos disfóricos como psicóticos, importantes problemas de salud y/o movilidad, y deterioro cognitivo (Yuste et al., 2004).

Existen múltiples factores que pueden explicar el aumento de la depresión en etarios que viven en residencias. Tales son: sentimiento de abandono (Rojas et al., 1991), dificultades económicas, aislamiento o alejamiento de su ambiente y red social habitual, lo que conduce a un sentimiento de desarraigo (Rojano et al., 1992a; Rojano, 1992b; Rojas et al., 1991), cambios significativos en el estilo de vida, incrementando el estrés (Ribera et al., 1988), adaptación obligada a un reglamento y normas que pueden incidir negativamente sobre su intimidad y autonomía y dar lugar a sentimientos de minusvalía, pérdida de libertad o bajo nivel de satisfacción vital (Polaino-Lorente, 1984), incremento de las autopercepciones de déficit de salud e incremento de ansiedad ante la muerte (Ribera et al., 1988; González, 1988). Otro aspecto importante es el carácter irreversible que tiene para él su ingreso a este tipo de institución (Stefani y Feldberg, 2006). Por otra parte, en muchas ocasiones el motivo

que lleva a la institucionalización es la existencia de una enfermedad crónica asociada a discapacidad importante con pérdida de autonomía, edad elevada y falta de apoyo socio-familiar, lo que favorece el incremento en la tasa de trastornos depresivos (Ames, 1991; Mann et al., 1984).

Diversas publicaciones consultadas, establecen una relación entre la religión y los adultos mayores, especialmente los que se encuentran en centros residenciales. Se observó que las personas con creencias y comportamientos religiosos afrontan y tienen mejores recursos ante las situaciones de estrés propias del envejecimiento, entre las que se encuentra la patología depresiva. También concluyen que tienen mejor salud, tanto física como mental, y que viven más que las personas que no son practicantes (Levin, 1996; Koenig et al., 2001a; Koenig et al., 2004; Resnicow et al., 2004; Pargament et al., 2004; Reyes-Ortiz et al., 2006; Reyes-Ortiz, 1998a; Reyes-Ortiz, 1998b). En otro estudio, Díaz et al. (2011) concluyen que los ancianos que ingresan voluntariamente en instituciones tienen menos tendencia a los trastornos depresivos, al igual que aquellos que reciben visitas, que los que lo hacen por decisión familiar. Lo mismo sucedía con los problemas de salud. Los que presentaban más patologías físicas, también asociaban depresión.

Otro factor a tener en cuenta, dada su prevalencia en aumento, entre el 38,7% y el 44%, es el deterioro cognitivo leve, entidad que afecta cada vez más a los longevos residenciales (Damián et al., 2004; Leiva et al., 2006).

Resultan interesantes los datos destacados por Rojas et al. (2006) donde se refiere a un síndrome específico de institucionalización que cursa, entre otros signos, con disminución de la capacidad cognitiva, apatía y disminución de autonomía. Este hecho podría justificar el

aumento de incidencia de DCL en la población institucionalizada recientemente, aún con integridad cognitiva al ingreso (Vallejo y Rodríguez, 2010).

Por lo tanto podría decirse que el ingreso en residencias, de modo involuntario, se asocia a un aumento de la patología depresiva, así como también lo incrementa un deficitario apoyo sociofamiliar. Del mismo modo, la existencia de deterioro cognitivo leve favorece la tan temida evolución hacia la demencia, más acusada esta evolución, si se tiene de antemano déficit cognitivo.

El estado de ánimo X'U' h'c mayor

4.- EL ESTADO DE ÁNIMO DEL ADULTO MAYOR

El pensamiento de más tristeza de la vejez es el del día de mañana

Santiago Ramón y Cajal

4.1.- Introducción

Las arrugas del espíritu nos hacen más viejos que las de la cara

Michel Eyquem de la Montaigne

El estado de ánimo no es una situación emocional. Podría considerarse como una forma de perdurar. A diferencia de las emociones, es menos específico, menos intenso, más duradero y menos dado a ser impulsado por un determinado estímulo o evento (Thayer, 1989).

Existen autores que defienden teorías sobre el estado de ánimo. Uno de ellos es Robert Thayer (1996), para quién el estado de ánimo es una relación entre dos variables: energía y tensión. Según esta teoría, el estado de ánimo divergiría entre un estado energético (de más cansado a más activo) y un estado referido al grado de nerviosismo (entre más calmado o más tenso), considerándose el mejor un estado calmado-energético y el peor un estado tenso-cansado. Thayer (2001) también defiende la correlación entre alimentación, ejercicio físico y el estado de ánimo.

Las personas pueden presentar diferentes estados de ánimo (oscilando desde bajo o deprimido a elevado, o manía, pasando por el estado normal) y de manifestaciones de la

afectividad. Pero suelen tener un control sobre ellos. Cuando se pierde esa sensación de control, se experimenta un fuerte malestar. Y es entonces cuando se puede hablar de trastornos del estado del ánimo (Kaplan y Sadock, 1999). Y dentro de estos es donde se enmarca la depresión.

El término *depresión* proviene del latín *depressus*, que significa *opresión, encogimiento o abatimiento*. Para la Psiquiatría es un trastorno afectivo y su síntoma habitual es un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Llorca (2010) establece una distinción entre depresión como síntoma, síndrome o enfermedad. Si se presenta como síntoma, engloba sentimientos negativos, como tristeza o inutilidad entre otros, y puede formar parte de otros trastornos psíquicos. Cuando se manifiesta como síndrome abarca una serie de síntomas tanto psíquicos como somáticos, que conforma el diagnóstico clínico y psicopatológico. Por último, si aparece como enfermedad establece una entidad nosológica definida a partir del síndrome, y en la que pueden concurrir etiología, clínica, curso, pronóstico y tratamiento.

Los trastornos depresivos constituyen un grupo heterogéneo de entidades caracterizado por un ánimo deprimido, disminución de la alegría, apatía y pérdida del interés en actividades cotidianas, ideas de invalidez y desesperanza, insomnio, anorexia e ideación suicida (Cardeño, 2011).

La depresión es el trastorno psiquiátrico más frecuente en el adulto mayor. Cuando se manifiesta esta enfermedad, disminuye la calidad de vida, aumenta las dolencias somáticas y reduce la vida media de los afectados (Macías, 2007). El término depresión se usa para describir un estado de ánimo o de humor, y hace referencia a sentimientos de tristeza, desaliento y desesperación. Pero también puede ser un estado de sentimiento normal (Llorca,

1994). Sentirse deprimido no supone necesariamente una enfermedad mental. Sólo cuando estos sentimientos se prolongan o se agravan pueden empezar a ser valorados como patológicos, pero para ello tendrán que ir acompañados de otros síntomas (Llorca, 2010).

4.2.- La depresión en la senectud

La memoria del corazón elimina los malos recuerdos y magnifica los buenos, y gracias a ese artificio, logramos sobrellevar el pasado

Gabriel García Márquez

4.2.1. Breve reseña histórica

A lo largo de la historia el término *depresión* ha ido variando. En sus orígenes, era conocida como *melancolía* (bilis negra o μελαγχολία: del griego clásico μέλας, "negro, melán" y χολή, "bilis, hiel"), y en la época griega se consideraba sinónimo de tristeza (Domínguez, 1991). Aparece descrita en múltiples escritos y tratados médicos de la Antigüedad. El origen del término se encuentra en la *teoría de los humores* de Hipócrates, en *el Corpus hippocraticum* (Vallejo, 2007). Consideraba *humores* a cuatro líquidos corporales: sangre, flema, bilis negra y bilis amarilla. Todas las enfermedades y los cambios de temperamento eran el resultado de las alteraciones de estos cuatro. Así, el exceso de bilis negra provocaba un comportamiento abatido, apático y un manifiesto sentimiento de tristeza (Sigerist, 1961), que se acentuaba en primavera y en otoño; era el *tipus melancholicus* (Vallejo, 2007).

Areteo de Capadocia, en el siglo I realiza una de las mejores definiciones de melancolía: "*animi angor in una cogitatione defixus absque febre*" (la congoja del espíritu fijada en el pensamiento sin fiebre) (Ayuso y Sáiz, 1990). En la Edad Media el concepto de estado depresivo pasa por ser consecuencia, y casi castigo, de una existencia culpable (Ayuso

y Sáiz, 1990). A pesar de esa concepción, Alejandro de Tralles (525-605) refleja, en su obra *Doce libros sobre el arte médico*, que los pacientes melancólicos varían en los síntomas que presentan, desde tristeza y temor, hasta ira y ansiedad (Vallejo, 2007).

Ya en el Renacimiento Timothy Bright (1586), en su *Tratado de la melancolía*, alude a los sentimientos de los pacientes melancólicos con precisión (Beck et al., 1977).

Robert Burton (1577-1640) en el siglo XVII, con su obra *The Anatomy of Melancholy* recoge su experiencia personal como enfermo (Vallejo, 2007), y mantiene una etiología multifactorial con factores tanto psicológicos como no psicológicos, entre los que destaca la herencia.

En la época de la Ilustración, el español Piquer (1711-1772) describe con precisión la enfermedad maníaco-depresiva de Fernando VI. Pinel (1745-1826) destaca cuatro formas de enfermedades mentales: manía, melancolía, demencia e idiocia (Vallejo, 2007). Fue en 1820 cuando se cambió el concepto de *melancolía*, que hasta ese momento definía un subtipo de manía, trastorno intelectual primario o trastorno irreversible. A partir de entonces, la melancolía pasó a ser un trastorno de las emociones relacionado con la pérdida, la inhibición o el declive (Berrios, 1996; citado por Agüera et al., 2006).

A mediados del siglo XIX se define la *locura circular*: Falret (1794-1870) en 1851 habla de *folie circulaire*, y poco después, Baillarger (1809-1890) la precisó como *la folie à double forme* (Vallejo, 2007). Y fue a finales del siglo XIX, cuando el término *depresión mental* se acuñó para delimitar los estados melancólicos (Agüera et al., 2006).

Emil Kraepelin (1856-1927), en la 6ª ed. de su *Tratado de Psiquiatría* (1899), explica la diferencia estricta entre psicosis maníaco-depresiva (entidad nosológica diferenciada) y

demencia precoz, en línea diferente a la seguida hasta entonces por Griesinger y Kahlbaum (Vallejo, 2007).

Ya en el siglo XX fue Leonhard, en 1957 quién hace distinción entre formas unipolares y bipolares de depresión (Vallejo, 2007). Como recogen las citas del trabajo de Ayuso y Sáiz (1990), a partir de ahí comenzaron a proliferar diferentes variedades clínicas: depresión endógena-exógena (Lange, 1926), autónoma-reactiva (Gillespie, 1929), psicótica-neurótica (Buzzard, 1930), fisiológica-psicológica (Pollit, 1965) o vital-personal. Pero otros autores no comparten esta concepción y definen la depresión como un ente único (Mapother, 1926; Lewis, 1934).

Autores como Perris, Winokur y Angst ahondan en la distinción realizada por Leonhard, (1957) entre unipolar y bipolar, pues ellos hacen el abordaje de la genética o de la clínica (Vallejo, 2007). El español López-Ibor (1966) advierte de una variedad entre la reacción psíquica y la biológica: la *reacción cristalizada*, profundizando más en la depresión enmascarada.

Para finalizar con este breve paseo por la historia de la depresión, se ha de hablar de las aportaciones más recientes hechas por Schildkraut, Coppen y Va Praag, entre otros, sobre las hipótesis bioquímicas más actuales en depresión, y Akiskal, Klerman, Klein, Kupfer y Weismann en el ámbito americano, contemplan el panorama histórico hasta la actualidad (Vallejo, 2007).

Hablar de depresión es hablar del mundo afectivo, siendo su estructura molecular, los sentimientos. Hoy sigue siendo tan complejo, como antaño definir los mismos (Llorca, 1994).

4.2.2. Epidemiología

La depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, según la OMS. De estos menos del 25% tienen acceso a tratamientos afectivos. Se recoge en una Guía Clínica editada por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 2008 (MSC, 2008) que, según datos de la Organización Mundial de la Salud, una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida. La aparición de esta patología se verá favorecida si se asocian enfermedades o situaciones de estrés. Además, es previsible que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las enfermedades cardiovasculares (Murray y López, 1997).

Estudios recientes como el de López-Vicente et al. (2011), han puesto de manifiesto que la prevalencia de la depresión detectada en Atención Primaria en el territorio español, se sitúa entre el 14 y el 20%. Se observa un crecimiento exponencial de la prevalencia de esta enfermedad en relación con estudios previos como el de Lobo et al. (1995), en el que las cifras se situaban en torno al 10,5%. Para Vallejo (2007) casi el 90% de los pacientes psiquiátricos con depresión no son tratados por psiquiatras, y sí por otro grupo de médicos. Otros autores consideran que son cuadros infradiagnosticados (Macías, 2007). Se considera que este fenómeno es debido a que la aparición del cuadro depresivo se ve enmascarada por la forma de presentación, puesto que en muchas ocasiones, se manifiesta como quejas somáticas y es muy difícil hacer un correcto diagnóstico.

Del total de la población longeva, el 25% de los mayores de 65 años padecen algún tipo de trastorno psiquiátrico, siendo el más frecuente la depresión. Los trastornos del estado de ánimo en la última etapa del ciclo vital, entre los que se incluye la depresión, han ido progresivamente aumentando. Este hecho ha favorecido que en los últimos años se hayan

disparado los estudios epidemiológicos, tomando como diana a esta sección de la población. El interés por este campo se ha despertado debido a que antaño se creía que la depresión era inherente al envejecimiento. Pero se sabe hoy que esto no es así, y que la relación depresión-vejez está en entredicho (Muñoz, 2006). De ahí que para Íñiguez (2008), la epidemiología de estos desarreglos psicológicos en la senectud sea, asimismo, reciente, con respecto a otras etapas de la vida.

Dentro de los trastornos afectivos la depresión es el más frecuente en la senectud (Butler y Lewis, 1982), constituyendo la causa más habitual de sufrimiento emocional en esta última etapa (Blazer, 2003). Dentro de la Psiquiatría Geriátrica se sitúa por detrás de la pérdida de memoria, siendo el segundo síndrome más discapacitante para el anciano (Blazer, 2007a).

Diferentes investigaciones consultadas no consensúan una clara relación entre el trastorno depresivo y el proceso de envejecer. Para algunos autores esta enfermedad aumenta con la edad (Warheit et al., 1973; Levit y Lubin, 1975; Feinson, 1985). En cambio otros defienden la postura contraria (Husaini et al., 1979; Frerichs et al., 1981). Pero también se encuentran trabajos con una postura aséptica, sin implicarse en sí realmente se acentúa con la edad esta dolencia, o no (Weissmann y Myers, 1978; Blazer y Williams, 1980; Bolla-Wilson y Bleecker, 1989; Busse y Blazer, 2006; Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b).

Cuando se habla de trastornos del estado de ánimo, se habla de un amplio abanico de patologías incluidas dentro los mismos. Por ello, por la pluralidad de los trastornos depresivos, es difícil formular conclusiones definitivas respecto a una definición clara y operativa de estas anomalías (Muñoz, 2006). Para algunos autores (Serby y Yu Mi, 2003) la

depresión, como término global, agruparía enfermedades como depresión mayor, distimia y trastornos adaptativos con ánimo deprimido, constituyendo el 7% del total de casos de depresión. Pero si se tiene en cuenta únicamente la Depresión Mayor, estarían afectados de esta dolencia entre el 15 y el 20% de los longevos (Blazer y Williams, 1980; Jenike, 1989). Son datos similares a los obtenidos en estudios posteriores (López-Vicente et al., 2011). En relación con la Distimia los índices aumentan con la edad (Weissman et al., 1988), alcanzando el 4% y transformándose en Depresión Mayor en un 70-80% de los casos. Esta situación se llamaría Depresión Doble. En estas edades son más frecuentes, aunque más raro que se cumplan criterios de melancolía, los episodios ligeros y persistentes que se combinan con ansiedad y quejas somáticas (Macías, 2007). Para finalizar con los trastornos depresivos, los episodios Bipolares afectarían a menos del 1% de los ancianos de la comunidad. Pero cuando los datos son referidos a los institucionalizados, asciende al 9,7% (Greenwald et al., 1992).

No se puede olvidar que la depresión en los longevos puede presentarse como si de un nuevo cuadro se tratase, o por el contrario como una nueva enfermedad, desconocida para el sujeto hasta ese momento. Las formas tardías de presentación, descritas en segundo lugar, llegarían a alcanzar el 80%, predominando las formas unipolares (Macías, 2007).

Con relación al lugar de residencia de los mayores, estos trastornos afectan a un porcentaje de entre el 15% y el 35% de los que viven en residencias y al 10% de los ancianos que lo hacen en la comunidad. Diversos estudios recogen que los ancianos institucionalizados presentarían índices de depresión, con criterios de Depresión Mayor, del 12,4%. Y si refieren sintomatología depresiva únicamente, llegarían al 30,5% (Conde y Jarne, 2006). En cambio, para Hyer y Blazer (1982) estos niveles serían del 80%.

En cuanto a la distribución por sexos, están más presentes entre la población femenina este tipo de quejas (Ayuso et al., 2001), siendo 2,5 veces más frecuente que entre los varones (Lobo et al., 1995). Para Steffens et al. (2000) la prevalencia se situaría en 2,7% en los hombres y sería casi la mitad de la que presentarían las féminas, 4,4%. Diferentes investigaciones consultadas refieren que la diferencia por sexos está presente desde las primeras etapas de la vida (Aleixandre, 2004; Hankin et al., 1998; Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2002). Para Aleixandre, (2004), la mujer no sólo presenta niveles más altos de depresión, sino que además esto se triplican en la última etapa del ciclo vital. En cambio otros estudios revelan datos más esperanzadores para las féminas, ya que recogen que, aunque siga siendo habitual tras los 65 años entre ellas (Ames, 1991; Macías, 2007), a medida que transcurre el tiempo las diferencias entre sexos se reducen. Incluso pueden llegar a invertirse a partir de los 75-80 años (Gurland, 1976; Gurland et al., 1980; Barefoot et al., 2001; Gayoso, 2004). Autores como Macías (2007) o McGrath et al. (1990), achacan estas diferencias a factores hormonales y de temperamento, e incluso a la mayor frecuencia de trastornos adaptativos.

Por último, en relación con el estado civil, los trastornos depresivos afectarían de modo diferente al hombre o la mujer. Por ejemplo, entre los casados es más común que la que se afecte sea ella. Pero en otras categorías (solteros, viudos o divorciados), aumenta en los varones (Tabriz y Offir, 1997; citado por Vallejo, 2007). Según Williams et al. (1992), los viudos tienen más del doble de posibilidades de padecer depresión que las viudas, independientemente del país o raza.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), no existen diferencias de afectación de los episodios depresivos en función de las variable sociodemográficas.

4.2.3. Etiopatogenia

Para establecer la etiología de la depresión se debe de tener en cuenta que influyen los mismos factores etiopatogénicos que en el resto del ciclo vital (neurobiológicos, genéticos y psicosociales). Pero en la tercera edad cobran mayor peso los precipitantes psicosociales y somáticos. De ahí que los factores más relevantes sean los acontecimientos vitales estresantes, falta de soporte social y la enfermedad física (Ayuso, 2008).

Según autores como Martín-Carrasco et al. (2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b), influyen en la génesis de la depresión los procesos degenerativos, la comorbilidad somática y el estrés psicosocial. En la tabla 10, que se muestra a continuación, se describen las posibles causas de la depresión geriátrica (Íñiguez, 2008):

Tabla 10. Posibles causas etiológicas de la depresión en personas mayores (Íñiguez, 2008)

Biológicas	<ul style="list-style-type: none"> -Enfermedades: hiper-hipotiroidismo, patologías cardiovasculares, cáncer, dolor crónico, enfermedades del SNC, enfermedades crónicas o discapacitantes, insomnio, etc. -Neurotransmisores: cambios en los niveles de dopamina, norepinefrina y serotonina. -Fármacos: antihipertensivos, antiparkinsonianos, tranquilizantes, etc. -Otros: consumo de drogas, alcohol, etc.
Psicosociales	<ul style="list-style-type: none"> -Personalidad: depresiva, con ideas y sentimientos de inutilidad y desesperación; hipocondriaca, centrándose de forma excesiva en la salud, y exagerando dolencias reales o imaginarias; paranoide; con ideas de sospecha, celos y actitud defensiva. -Baja tasa de refuerzos positivos con ausencia de realización de actividades agradables y reforzantes para la persona. -Alta tasa de castigos o acontecimientos desagradables. -Jubilación, con pérdida de actividad profesional y de relaciones con compañeros de trabajo. -Cambios de hábitos y estilo de vida. -Pérdida de seres queridos. -Dificultades económicas

Las posibles hipótesis, que se barajan, para el establecer el origen de la depresión en el adulto mayor, se relacionan a continuación:

a) Factores genéticos:

La herencia siempre ha sido un factor significativo a la hora de padecer un trastorno depresivo, pues parece que existe una agregación familiar en los trastornos afectivos (Agüera et al., 2006). Se ha demostrado que los familiares de pacientes depresivos presentan depresión con una frecuencia tres veces superior a la población sana (Llorca, 2010). Estudios recientes demuestran que la alteración del sistema serotoninérgico favorece la depresión geriátrica (Ayuso, 2008). El riesgo de depresión en el anciano está modificado por el polimorfismo del gen del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Kim et al., 2007). Además, con la edad la actividad del BDNF también disminuye. Este factor neurotrófico es esencial para el ciclo vital neuronal, interviene en los procesos de neuroplasticidad y es crítico para el mantenimiento íntegro de funciones como el aprendizaje y la memoria (Agüera-Ortiz et al., 2011).

En otra investigación, realizada con gemelos añosos, se ha encontrado una asociación entre las variaciones de los genes responsables de la síntesis (TPH) y la degradación (MAO-A) de la serotonina y la sintomatología depresiva (Christiansen et al., 2007). Esto corrobora otro estudio de McGue y Christensen (2003) realizado con gemelos daneses, en el que se observa clara relación entre aparición de depresión en ancianos y genética, dado que existe un factor de vulnerabilidad familiar que afecta más a las mujeres. También aparece otro factor ambiental que influye en esta relación.

b) Factores neurobiológicos:

El envejecimiento cerebral conlleva una serie de alteraciones en los sistemas de neurotransmisión tanto a nivel presináptico como postsináptico (Powers, 1994). Además, se registra una disminución del número de receptores y de su actividad y una disminución de enzimas sintetizadoras de neurotransmisores (Agüera-Ortiz et al., 2011). Se ha comprobado que influyen en los procesos depresivos los sistemas de neurotransmisión serotoninérgico, noradrenérgico, dopaminérgico y peptidérgico.

A continuación, en la tabla 11 se recogen los cambios en los sistemas de neurotransmisión asociados al envejecimiento, extraída de Agüera et al., (2006):

Tabla 11. Cambios en la neurotransmisión asociados con el envejecimiento (Agüera et al., 2006)

<p>Sistema colinérgico: disminución de la síntesis de acetilcolina por descenso de la actividad de acetilcolintransferasa, y disminución de los receptores muscarínicos en corteza cerebral, hipocampo y estriado.</p> <p>Sistema dopaminérgico: pérdida de neuronas de la sustancia negra. Disminución de la actividad de tirosinhidroxilasa y dopadescarboxilasa en la sustancia negra y el núcleo estriado, de dopamina en el núcleo estriado, y de receptores dopaminérgicos D2 en el núcleo estriado. Los estudios sobre receptores dopaminérgicos D1 son controvertidos.</p> <p>Sistema neuroadrenérgico: reducción de su actividad con pérdida de hasta el 40% de las neuronas del locus coeruleus. Disminución de receptores B1 y disminución de la respuesta de los receptores B1 que persisten. Disminución de los receptores alfa-1, aunque en menor cuantía.</p> <p>Sistema serotoninérgico: las concentraciones de serotonina no se modifican, pero hay disminución de los receptores serotoninérgicos de la corteza cerebral 5-HT1a y 5HT2a.</p> <p>Sistema aminérgico:</p> <p>El <i>ácido glutámico</i> no parece sufrir modificaciones. Hay disminución del número de receptores NMDA en la corteza, hipocampo y núcleo estriado, de la respuesta de éstos a la estimulación, y posible disminución de los receptores AMPA y de su respuesta a la estimulación aún sin confirmar.</p> <p>El <i>GABA</i> parece tener disminuida su actividad en algunas áreas. Hay disminución del GAD (enzima sintetizadora del GABA), un descenso del transporte del GABA y un pérdida de receptores para este neurotransmisor.</p> <p>Además, hay modificaciones en la interacción habitual entre acetilcolina, dopamina, ácido glutámico y GABA (Segovia et al., 1999).</p>
--

En el envejecimiento cerebral normal aparece un enlentecimiento del electroencefalograma (se enlentecen ondas alfa y aparecen ondas lentas progresivamente, theta y delta, que no son normales en vigilia). Este hallazgo se relaciona con un descenso de la perfusión cerebral, que aumenta con la edad, y que se pone más de manifiesto a nivel del lóbulo frontal (Blazer, 2002). También Vallejo, (1993), demostró con estudios del sueño, un perfil específico de la depresión endógena.

Gracias al empleo de técnicas de neuroimagen, RMN y TAC, se ha podido comprobar que, asociadas a trastornos depresivos en ancianos, aparecen modificaciones neurobiológicas en el cerebro de los longevos. Esto es especialmente relevante en el de los que han sufrido algún *episodio depresivo tardío*, (Ayuso, 2008; Agüera-Ortiz et al., 2011; Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b) definiéndose éste como el primer episodio que aparece después de los 55 años (Ayuso, 2008).

El envejecimiento también se asocia a alteraciones cerebrales, tales como: atrofia cortical, dilatación de ventrículos laterales y lesiones periventriculares en la sustancia blanca además de una disminución del flujo cerebral. Esto explicaría la frecuencia de los síntomas residuales, y la perpetuación de la cronicidad (O'Brien et al., 1996). Suceden, igualmente, variaciones funcionales en áreas cerebrales relacionadas con las capacidades cognitivas como la corteza prefrontal y, subcorticalmente, el hipocampo (Agüera-Ortiz et al., 2011).

Las técnicas de neuroimagen y neuroquímica han revelado alteraciones neurobiológicas en el paciente anciano con depresión, entre las que destacan cambios estructurales, celulares y moleculares (disminución del volumen del hipocampo, alteraciones en el ciclo vital neuronal y disminución de factores neurotróficos), además de modificaciones neuroendocrinas (Maletic et al., 2007). Las variaciones funcionales, a nivel hipocampal,

pueden favorecer tanto el deterioro cognitivo como las alteraciones neuroendocrinas, tan presentes en el anciano deprimido (Sheline, 2000; Manji, et al. 2001).

Por medio de la neuroimagen funcional, SPECT y PET, se ha comprobado que el estado depresivo de los añosos se asocia a disfunción de los sistemas neurales de las cortezas paralímbica y de asociación. Del mismo modo se observa que en la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza cingular anterior izquierda y en el giro angular se produce una difusa reducción de la actividad cerebral (Agüera et al., 2006). Recientemente, por medio de resonancia magnética de alta resolución se ha observado un mayor adelgazamiento del cuerpo calloso en pacientes con depresión geriátrica de inicio tardío, comparados con pacientes coetáneos de inicio temprano (Ballmaier et al., 2008). El hallazgo es relevante porque esta área se correlaciona significativamente con la memoria y la atención, funciones que están muy comprometidas en los depresivos de comienzo tardío.

Existen estudios que demuestran que un bajo riesgo vascular cerebral favorece la aparición de *depresión vascular* (Ayuso, 2008; Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b). En los últimos años se ha extendido este concepto como un subtipo dentro de la depresión geriátrica de inicio tardío. Este tipo de depresión se caracteriza por un mayor grado discapacidad, disfunción cognoscitiva e inhibición psicomotriz. (Ayuso, 2008).

c) Factores psicosociales

En los últimos tiempos se ha intentado poner de manifiesto el peso que tienen los factores psicosociales (soporte social y acontecimientos vitales) en la etiopatogenia de los trastornos depresivos. En la depresión endógena los factores biológicos son básicos para su desarrollo. Por el contrario, en la psicógena destaca la conflictividad psicológica como núcleo etiológico (Vallejo, 2007).

La presencia de factores psicosociales, como duelo, soledad, pobreza, etc., favorecen la aparición de depresión en el longevo. Es más, el ingreso en una residencia geriátrica se identifica como claro factor asociado al desarrollo de la misma (Monforte et al., 1998; Martín-Carrasco et al., 2011a, 2011b). Pero no se ha establecido claramente si la relación institucionalización-depresión geriátrica, es debida a una reacción psicológica del sujeto por la nueva situación, o por el contrario los pacientes que viven en residencias pueden padecerla independientemente de hábitat residencial (Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b).

Para Baldwin, (2002), las personalidades de las personas que se deprimían en la senectud, eran más fuertes que las que lo hacían en épocas previas a la vejez. Este mismo autor ha correlacionado una excesiva representación de rasgos obsesivos en personalidades depresivas, y ha comprobado relaciones entre depresión geriátrica y trastornos o rasgos de personalidad dependiente y evitativa.

Freud fue el primer escritor que relacionó la depresión con la pérdida (Belsky, 2001). Situó el origen de la depresión en la existencia de algún problema en la expresión exterior de las pulsiones agresivas (Macías, 2007).

Los principales modelos psicológicos que se han empleado en los longevos, para definir la depresión geriátrica, se basan en la orientación cognitivo-conductual, que confiere de habilidades de estrategias de afrontamiento y pueden ser favorecedoras tras el cuadro depresivo (Andrés y Bas, 1999). El primer autor que dió una explicación conductual al trastorno depresivo fue Ferster (1965, 1966, 1973, 1974, 1981). Relacionó depresión con baja tasa de refuerzos, registrando que se desarrollaban mayor número de conductas de escape o evitación ante un déficit de conductas de actividad y una estimulación aversiva. Otros autores

consideran que el trastorno depresivo es debido a la baja tasa de refuerzos contingentes con las actividades realizadas por el longevo, llevándole a la falta de motivación y a la pasividad por el declive paulatino de las conductas (Fernández-Ballesteros et al., 1992; Muñoz, 2006; Iñiguez, 2008).

No se puede hacer referencia del conductismo sin hablar de la *Indefensión Aprendida*, fenómeno propuesto por Seligman (1981). Este concepto, centrado en experimentación animal, expone que las personas que aprecian ausencia de control sobre las consecuencias de su conducta, aprenden a verse como indefensos, desarrollando a la par síntomas depresivos (Seligman 1975). Este modelo de indefensión afecta al comportamiento y al enfoque del mundo (Belsky, 2001). Como Seligman y colaboradores plantearon que, lo que de verdad afecta al sujeto es la interpretación que hace de las causas de su desdicha. Con esto propusieron que lo que provoca que las personas se depriman es lo que ellas mismas confieren a las pérdidas y a los fracasos, y no a las experiencias reales. De ahí que los sujetos con tendencia al ánimo deprimido tengan una explicación más pesimista de las situaciones (Abramson et al., 1978). Podría decirse que las personas más tendentes a este tipo de patología son los más débiles e indefensos: las mujeres, las clases sociales bajas, las minorías y los adultos mayores (Blazer et al., 1987; Blazer, 1992).

Al igual que en el conductismo no se puede dejar de hacer referencia a Seligman, cuando se trata de hablar de los aspectos cognitivos de la depresión no se puede dejar de aludir a Beck. Para este autor (Beck y Wynnendod, 1964) la base del trastorno afectivo son los aspectos cognitivos del mismo, siendo éstos sobre los que habría que trabajar. Se define la triada cognitiva básica del depresivo como: concepción peyorativa de sí mismo,

interpretación negativa de las propias experiencias y una visión pesimista del futuro (Beck, 1987).

La interpretación que hace el adulto mayor de su vida, tanto del pasado como del futuro, influye tanto en el origen de los síntomas depresivos como en la perpetuación de los mismos (Andrés y Bas, 1999).

Existe asociación entre acontecimientos vitales estresantes, dificultades sociales de más de 2 años de duración y depresión en los añosos (Prince et al., 1998). También repercute negativamente el déficit de apoyo social. Tanto es así que se ha establecido una correspondencia entre los factores estresantes, la carencia de soporte social y el deterioro cognitivo, con los trastornos depresivos (Cervilla y Prince, 1997). Los factores estresantes con mayor poder depresógeno en el anciano son el fallecimiento de un ser querido, los problemas graves de salud y las crisis económicas. Por encima de todos destaca el duelo, ya que es sin duda el acontecimiento vital más claramente implicada en la precipitación de la depresión en el anciano (Ayuso, 2008).

d) Factores somáticos

Existe cierta evidencia de que las limitaciones sensoriales (sordera, ceguera), así como las disminuciones de la autonomía funcional del paciente, también actúan como factores de riesgo para la aparición de trastornos depresivos (Prince et al., 1998). Parece que la discapacidad producida por las enfermedades somáticas favorece el desarrollo de depresión (Prince et al., 1998). No se puede olvidar que los pacientes longevos suelen ser pluripatológicos, aumentando así la posibilidad de sufrir episodios depresivos en esta última fase del ciclo vital.

La frecuente comorbilidad que existe entre el dolor y la depresión puede ser debida a la relación existente entre las vías nerviosas de transmisión del dolor y la de las zonas emocionales en ambos procesos (Martín-Carrasco et al. 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b).

En la tabla 12 se observa la etiología somática más frecuente en el longevo.

Tabla 12. Causas somáticas e iatrogénicas de depresión en ancianos (Agüera et al., 2006)

<i>Enfermedades frecuentemente asociadas a depresión</i>
Demencia (por cuerpos de Lewy, vascular, Alzheimer)
Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de Huntington
Enfermedad cerebrovascular
Alteraciones neurológicas (epilepsia, esclerosis múltiple)
Trastornos endocrinos (hiper e hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, diabetes, síndrome de Cushing, hiperprolactinemia)
Infecciones (encefalitis, VIH, brucelosis)
Enfermedades cardiovasculares
Cáncer (pulmón, páncreas)
Dolor crónico, polimialgia, síndrome de fatiga crónica
<i>Fármacos cuyo uso se asocia a depresión</i>
Reserpina
Metildopa
Propranolol y otros bloqueadores β
Anticonceptivos orales
Antihipertensivos (clonidina, guanetidina)
Esteroides
Benzodiazepinas
Cimetidina y ranitidina
Quimioterapia anticancerígena
Sustancias de abuso (alcohol, opiáceos, abstinencia de cocaína)

De modo global, se han expuesto los mecanismos que pudieran ser origen de la depresión en el adulto mayor, pero siempre se debe de individualizar cada caso. Habría que desarrollar un modelo multidimensional que englobe todas las perspectivas expuestas, y así

ver cómo todos los factores implicados interactúan entre sí (Íñiguez, 2008). Así se podría tener una visión más universal de la génesis de la depresión en los adultos mayores.

4.2.4. Curso clínico y diagnóstico

Los límites entre tristeza normal y patológica no son siempre fácilmente diferenciables en los ancianos (Fernández-Ballesteros et al., 1992).

Tabla 13. Clínica de la Depresión (Vallejo, 2007)

Afectividad	Pensamiento-cognición	Conducta	Ritmos biológicos (melancolias)	Trastornos somáticos
Tristeza. Apatía. Indiferencia	Enlentecimiento (melancolía)	Abandono personal Hipotonía general	Inicio en primavera/ otoño	Anorexia. Pérdida de peso
Ansiedad. Irritabilidad (depresiones tardías y neuróticas)	Monotemático. Negativo Pérdida de autoestima	Inhibición/agitación (melancolias)	Mejoría vespertina Despertar precoz	Insomnio/hipersomnia Trastornos digestivos. Estreñimiento
Anhedonia total (melancolias) o parcial (distimias)	Desesperanza. Ideas de suicidio	Aislamiento. Llanto Intentos de suicidio		Algias. Astenia Disfunciones sexuales
Anestesia afectiva (15%)	Ideas (¿delirantes?) de culpa, ruina e hipochondría (melancolía) Déficit de concentración-atención			

La tristeza vital y profunda envuelve al longevo hasta calar en todas los ámbitos de su vida. Pero los síntomas clínicos se pueden dividir según afecten a la conducta, a la afectividad, al pensamiento o cognición, a los ritmos biológicos o al propio soma (Vallejo, 2007, fig 13).

Para clasificar los Trastornos del Estado de Ánimo existen dos manuales que son referencia de la Psiquiatría mundial:

- El Manual de Trastornos Psiquiátricos DSM-IV-TR recoge que, aunque hay varios cuadros clínicos que asocian síntomas depresivos, existe una sección, los *Trastornos del Estado de Ánimo*, que abarcan todas las patologías con sintomatología depresiva de base. Se dividen en Trastornos Depresivos y Bipolares. A su vez clasifica a los Trastornos Depresivos en: Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo No Especificado (APA, 2002).

- La Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima revisión, CIE-10, define al episodio depresivo como la situación en la que se produce una bajada del humor, reducción de su energía y disminución de su nivel de actividad, en un contexto de disminución del interés, de la concentración y de su capacidad de disfrutar (OMS, 1992). Esta clasificación divide los Trastornos Depresivos en Episodio Depresivo, Trastorno Depresivo Recurrente y Distimia. La subdivisión de estas categorías, salvo la Distimia, se realiza según el nivel de intensidad (leve, moderado y grave), y según la presencia o ausencia de síntomas somáticos y/o psicóticos.

El síndrome depresivo puede aparecer en situaciones muy dispares: secundarias a trastornos orgánicos (Kielholz, 1966), serían las *depresiones somatógenas*, causadas por las condiciones ambientales, *depresiones reactivas o situacionales*; por último las consecuentes de un trastorno de personalidad, *depresiones neuróticas o caracterológicas*.

Por la intensidad de los síntomas, pueden definirse, los cuadros, como leves, si la afectación funcional es escasa; moderados, con afectación mayor que los leves o graves, en los que la sintomatología interfiere con las actividades de la vida diaria de una manera importante (Cardeño, 2011).

Las tablas 14 y 15 representan la clasificación de los Trastornos Depresivos según el manual DSM-IV-TR y la clasificación CIE-10:

Tabla 14. Criterios diagnósticos DSM-IV-TR de episodio depresivo mayor.

- A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representen un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer
- (1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). *Nota:* En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
 - (2) Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
 - (3) Aumento o pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. *Nota:* En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
 - (4) Insomnio o hipersomnia casi cada día
 - (5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
 - (6) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
 - (7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
 - (8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
 - (9) Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse
- B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto
- C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o una enfermedad médica
- E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor

Reproducida de DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2003.

Tabla 15. Resumen de los criterios CIE-10 de episodio depresivo

- *Al menos dos síntomas nucleares*
 - Humor depresivo
 - Pérdida de interés y/o anhedonia
 - Disminución de energía o aumento de fatigabilidad
- *Síntomas acompañantes*
 - Baja atención y concentración
 - Sentimientos de inferioridad, pérdida de confianza en sí mismo
 - Ideas de culpa y de inutilidad
 - Perspectivas de futuro sombrías
 - Pensamientos o actos suicidas o de autoagresión
 - Trastornos del sueño
 - Pérdida de apetito
- *Duración:* al menos 2 semanas
- *Umbral de gravedad:* disfunción en la capacidad laboral o social
- *Especificaciones:*
 - Leve: al menos dos síntomas acompañantes
 - Moderado: tres o cuatro síntomas acompañantes
 - Grave: tres síntomas nucleares y al menos cuatro acompañantes
 - Con o sin síndrome somático
 - Con o sin síntomas psicóticos

Algunos autores como Macías (2007), definen las formas clínicas más destacables en el anciano:

a) Depresión Mayor: este tipo puede presentarse como episodio único o bien ser recurrente. Puede, o no, ir acompañado de melancolía o distimia, e incluso de episodios psicóticos. Llama la atención la importancia de las quejas de memoria que tienen los mayores, debidas bien a dificultad en el procesamiento o recuperación de la información, bien a desmotivación o falta de activación.

b) Distimia y Depresión Menor: la distimia suele aparecer si en la edad adulta se ha dado un episodio previo. Suele tener una duración superior a dos años. En cambio, la depresión menor tiene una duración inferior a 2 semanas, y no se relaciona con el estrés como desencadenante.

c) Trastorno Adaptativo Depresivo: Suele ser secundario a un factor estresante desencadenante y desaparece cuando lo hace el factor que lo provoca. Más frecuente en las féminas.

Otros autores (Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b) comparten estos criterios y establecen que la forma delirante se considera más frecuente que en el adulto joven. Rechazan que las depresiones graves y melancólicas sean menos frecuentes en el anciano, aunque no parece existir una clara evidencia epidemiológica. Del mismo modo refutan que la depresión subclínica sea un trastorno menos prevalente en los ancianos, dado que incluso puede afectar de modo llamativo a su calidad de vida. Tampoco comparten que la distimia resulte tan frecuente en la población anciana como en etapas anteriores de la vida. Estos criterios quizá dependan de asociar el concepto de distimia a depresión en jóvenes y a

desajustes de personalidad, mientras que en el anciano los cuadros de evolución distímica se conceptualicen como depresiones menores o trastornos adaptativos.

La identificación de la depresión geriátrica parece ser más difícil que en pacientes jóvenes porque con el avance de la edad los síntomas son menos característicos de un episodio depresivo. El diagnóstico sigue siendo fundamentalmente clínico (Ayuso, 2008), y para la identificación de sintomatología depresiva se basa en la anamnesis y en la exploración, tanto física como psicopatológica.

Un criterio claramente compartido por los expertos es que la depresión en el anciano se manifiesta típicamente con quejas somáticas (Ayuso, 2008; Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b). El longevo es más proclive a manifestar quejas somáticas difusas y variables, así como síndromes neurasténicos e hipocondríacos y de paso, a minimizar los síntomas depresivos (Ayuso, 2008). Además, se considera que la depresión en personas muy ancianas (mayores de 80 años) se presenta de modo diferente, por lo que se estima necesario incluir esta subpoblación de manera específica en los estudios clínicos sobre depresión para generar conocimiento al respecto. (Martín-Carrasco et al. 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b).

La depresión en el anciano puede caracterizarse por una serie de signos y síntomas (Blazer, 1993) que han sido recogidos y modificados por De la Serna, (1996) y Benabarre y Valentí (2007) como sigue:

- Síntomas:

Emocionales:

Abatimiento, tristeza, disminución de la satisfacción vital, pérdida de intereses, llanto, irritabilidad, sensación de vacío, miedo y ansiedad, sentimientos negativos para sí mismo, preocupaciones, desesperanza, sensación de fracaso, soledad e inutilidad.

Cognoscitivos:

Baja autoestima, pesimismo, autoacusaciones y críticas, rumiación de problemas, pensamientos suicidas, ideas delirantes (inutilidad, nihilistas, somáticas, comportamiento imperdonable), alucinaciones (auditivas, visuales), dudas sobre los valores y creencias, dificultad de concentración, mala memoria.

Físicos:

Anorexia, astenia, estreñimiento, pérdida de libido, dolor, inquietud, trastornos del sueño (insomnio inicial, de mantenimiento y/o terminal).

Volitivos:

Pérdida de motivación o parálisis de la voluntad.

- Signos:

Aspecto:

Postura inmóvil, expresión triste, falta de concentración, retraimiento social, hostilidad, suspicacia, confusión y obnubilación de la conciencia, variaciones diurnas del humor, aspecto desaliñado, crisis de llanto o gemidos, ulceraciones ocasionales de córnea, secundarias a disminución del parpadeo, pérdida de peso, impactación fecal.

Psicomotores:

Bradilalia, movimientos lentos, gesticulación minimizada, marcha lenta y torpe, mutismo, estupor, cesación de la masticación o deglución, disminución o inhibición del parpadeo, actividad motora continuada, retorcimiento de manos, autolesiones cutáneas, marcha incesante, sueño inquieto.

Comportamiento anormal o inapropiado:

Amagos o intentos suicidas, negativismo (negarse a comer o a beber), brotes de agresividad.

Es importante no olvidar que la señal más temprana de depresión senil puede ser la anhedonia o pérdida de la capacidad para experimentar placer, felicidad o bienestar (Ayuso, 2008). Si se está alerta ante estos síntomas, será más fácil mejorar la salud y la calidad de vida de los adultos mayores.

4.2.5. Diagnóstico diferencial

Como punto de partida, se debe de tener en cuenta que la depresión en los longevos no es similar a la depresión en los adultos. Como se ha podido comprobar con anterioridad, las formas de presentación distan *algo* de las típicas de los adultos. Es, en parte, por estas diferencias en cuanto a las similitudes clínicas por lo que se debe de realizar una diferenciación entre la depresión geriátrica y otras entidades clínicas que bien pudieran enmascarar un cuadro depresivo.

a) Enfermedades físicas y factores asociados:

En muchas ocasiones los problemas médicos son variables, su diagnóstico no es concreto (Vázquez y Lozoya, 1994) y se asocian cambios típicos del envejecimiento que no

repercuten en la vida del anciano (De la Serna, 2000). Con anterioridad se presentaron las posibles enfermedades somáticas que interfieren con los trastornos depresivos (tabla 12, pág. 19), tanto por poder ser origen, como por la similitud, en algunos casos, de la sintomatología, dificultando el diagnóstico diferencial.

Hay que tener en cuenta que en estas edades las enfermedades somáticas son muy frecuentes, y que se asocian múltiples enfermedades crónicas. Una de las quejas somáticas más frecuentemente asociadas a los trastornos depresivos es el dolor (Macías, 2007).

Estudios recientes, demuestran que una atención integrada de la depresión y las enfermedades físicas que puedan asociar los ancianos, mejora la calidad de vida de los mayores, y favorece un envejecimiento saludable (Von Korff et al., 2011).

b) Patologías Psiquiátricas:

Para realizar una correcta diferenciación de los cuadros depresivos, hay que saber que existen múltiples trastornos psiquiátricos que llevan asociados rasgos depresivos, pero que no son claramente episodios depresivos geriátricos. Entre ellos están los que siguen:

a) Alcoholismo: la vulnerabilidad para el desarrollo de este trastorno es la expresión de factores biológicos, psicológicos y ambientales (Rubio y Santo-Domingo, 2000). Es difícil la identificación de esta patología dado que la población geriátrica, en muchos casos, se presenta aislada, sin soporte familiar ni social (Macías, 2007).

b) Demencia: se pueden establecer diferentes diagnósticos diferenciales, en función del tipo de demencia que se quiera definir. Por ejemplo, en el adulto mayor, la enfermedad de Alzheimer presenta síntomas depresivos, y al igual que en otras demencias, las formas moderadas expresan los síntomas más frecuentemente que las formas crónicas (Cardeño, 2011). En la enfermedad de Parkinson, entre el 5% y el 25%

presentan clínica de Depresión Mayor. Predice un peor pronóstico, esta asociación, y mayor grado de presentación de síntomas psicóticos (Agüera et al., 2006). En el caso de demencias subcorticales, los síntomas motores se presentan usualmente y pueden confundir la clínica de los pacientes. Pero en general, a medida que empeora la demencia, la sintomatología depresiva disminuye (Cardeño, 2011).

Existe otro tipo de demencia, *la pseudodemencia o pseudodepresión*. Para autores como Agüera et al., (2006), Vallejo (2007) y Ayuso, (2008), las principales diferencias entre demencia y pseudodemencia depresiva serían similares a las descritas por Wells (1979) y modificadas por Zarragoitia, (2003) y por Catalina y Castro (2011), recogidas en la tabla 16 pero añadiendo que la demencia no mejora con antidepresivos y sí lo hace la pseudodemencia depresiva.

Macías (2007), explica que el 30% de los cuadros depresivos presentan alteraciones cognoscitivas, y que aproximadamente entre el 30%-40% de las demencias tienen síntomas depresivos.

Algunos autores consideran que existe un grupo de pacientes con depresión mayor que también presenta rasgos de pseudodemencia y cuyo déficit cognoscitivo puede revertir con la terapia antidepresiva adecuada pero, en cambio, una amplia proporción de pacientes progresa hacia una enfermedad demencial irreversible. (Ayuso, 2008). A este respecto Martín-Carrasco et al. (2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b) apoyan que, cuando hay afectación cognitiva, frecuentemente los pacientes longevos pueden evolucionar a demencia.

Tabla 16: Rasgos de la depresión con problemas cognitivos y de la demencia.
(Adaptado de Well, 1979; Zarragoitia, 2003; Catalina y Castro, 2011)

Características clínicas	Depresión con problemas cognitivos asociados	Demencia
Inicio de la enfermedad	Usualmente, específica. Abrupto	Sólo dentro de unos límites amplios
Duración	Breve tiempo antes de pedir ayuda	Usualmente, larga duración
Progresión	Desarrollo rápido de los síntomas	Desarrollo lento de los síntomas a lo largo del curso del mal
Historia	Es común que existan problemas anteriores	Problemas anteriores no comunes
Quejas	Quejas frecuentes y detalladas de pérdidas cognitivas. Se recalca la incapacidad, y los fracasos se sobrevaloran	Quejas raras y vagas de pérdidas cognitivas. La incapacidad se calla, se oculta. Satisfacción ante pequeños logros
Pérdidas cognitivas	Fluctuaciones (no se esfuerza, incluso en tareas simples) Está angustiado	Estable (se esfuerza pero con indiferencia)
Respuestas	"No sé..."	Próximas a la corrección
Afecto	A menudo, hay cambios generales con fuerte sensación de malestar y superficial	Usual ausencia de preocupación, con afecto lábil
Estado del humor	Variaciones diurnas (peor por la mañana)	Fluctuaciones diurnas (mejor en la mañana)
Habilidades sociales	Notable pérdida, usualmente al principio	A menudo, se conservan intactas en los estados iniciales
Disfunciones nocturnas	No es común	A menudo, acentuadas
Atención y concentración	A menudo, intacta	Usualmente, defectuosas
Pérdida de memoria	Lagunas de memoria frecuentes. Ocurren igual para hechos recientes y remotos	Pérdida más severa para sucesos recientes que remotos. Son raras las lagunas en otros periodos. Confabulación.
Ejecución	Muy variable	Consistentemente baja
Primer síntoma	Humor deprimido	Trastorno de memoria
Asociación	Ansiedad, insomnio, anorexia, ideas suicidas	Falta de sociabilidad, hostilidad, inestabilidad emocional, confusión, desorientación

c) **Depresión vascular:** las características de esta variedad de depresión se detallan en la tabla 17, (Alexopoulos et al., 1997). Post (1962; citado por Cervilla, 2001; Agüera et al., 2006) describió que en el año siguiente a un accidente cerebrovascular, la clínica depresiva se acentúa. Esta teoría de Post es apoyada por diversos autores, puesto que han demostrado que en patologías tan frecuentes en los adultos mayores, como son la hipertensión arterial (Rabkin et al., 1983), enfermedad

coronaria (Carney et al., 1987), demencia vascular (Sultzer et al., 1993), o tras un bypass coronario (Peterson et al., 1996), la prevalencia de sintomatología depresiva es más elevada que en población control. Diversos artículos consultados por Mendes et al. (2012) establecen relación entre el accidente cerebrovascular y la aparición de depresión después del mismo, en los adultos mayores, siendo ésta el trastorno psiquiátrico más frecuente en esta población.

Tabla 17. Características clínicas de la depresión vascular (Alexopoulos et al., 1997. En Agüera et al., 2006)

Características cardinales

Evidencia clínica de enfermedad vascular o de factores vasculares
Presencia de lesiones cerebrales isquémicas detectadas por neuroimagen
Inicio de depresión en la tercera edad o cambio de curso en la depresión (episodios más frecuentes o más persistentes)

Características secundarias

Deterioro cognitivo (sobre todo frontal)
Retardo psicomotor
Ideación depresiva limitada
Baja conciencia de enfermedad
Ausencia de historia familiar de trastornos afectivos
Impedimento o minusvalía física

La presencia de deterioro cognitivo en longevos, sobre todo frontal, ha sido ampliamente replicado (Sultzer et al., 1993; Cervilla y Prince, 1997), Este hallazgo es mayor en depresivos que asocian patología vascular (Lesser et al., 1993). Un estudio de Naarding et al., (2007) ha sugerido que sea el componente motivacional, y no el

afectivo, del síndrome depresivo el que se asocie a patología vascular. Otros autores confirman que los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la incapacidad funcional y la pérdida en el bienestar subjetivo, sugieren un impacto en las relaciones personales, sociales y calidad de vida (Mendes et al., 2012).

d) Distimia: cuadro más frecuente en adultos, pero que también es común en ancianos, si se ha dado previamente (Baldwin, 2003). Cursa en los pacientes geriátricos, con: poco apetito, fatiga, insomnio crónico, indecisión, desesperanza y falta de concentración (Blazer, 2002).

e) Duelo: la diferencia fundamental es que los depresivos se centran más en sí mismos, y en el proceso de duelo lo que importa es el ente que se ha perdido (Macías, 2007). Puede darse la situación de que el duelo se complique y los síntomas persistan más de 18 meses. En ese caso podrían aparecer síntomas depresivos reactivos (Agüera et al., 2006), planteándose la duda diagnóstica en la fase depresiva del duelo, 2ª fase, que en condiciones normales podría durar entre uno y doce meses (Macías, 2007).

f) Trastorno Adaptativo: el cuadro depresivo puede surgir hasta 3 meses después de la irrupción del acontecimiento vital estresante. Es difícil de diferenciar de la depresión geriátrica propiamente dicha, por la ausencia de síntomas claros, en parte por ser frontera entre la patología mental grave y la normalidad (Agüera et al., 2006).

g) Trastorno de Ansiedad: la comorbilidad entre este tipo de trastorno y la Depresión Mayor es elevada, 47,5% (Macías, 2007). Favorece el suicidio y disminuye la calidad de vida. Es difícil establecer qué aparece primero, si la depresión o la ansiedad.

h) Trastorno Bipolar: es un cuadro enclavado dentro de los trastornos afectivos, y la diferencia se debe de realizar con la *depresión agitada*.

i) Trastorno de la Personalidad: estos trastornos se dan a lo largo de toda la vida (Macías, 2007). Ese es el motivo por el que el diagnóstico diferencial respecto a la depresión resulta complicado.

j) Trastorno Somatomorfo e Hipocondría: es importante diferenciar la hipocondría depresiva de los rasgos hipocondríacos preexistentes, puesto que se considera un factor de riesgo para el suicidio (Macías, 2007).

k) Trastorno del Sueño: es característico de la fase final del ciclo vital, y más aún cuando se asocia a depresión. El insomnio tardío es el más frecuente en los longevos con episodios depresivos. Llama la atención que se afectan tanto la calidad como la cantidad del sueño (Ayuso, 2008).

4.2.6. Evaluación y pronóstico

a). Evaluación

Es importante la valoración integral del longevo, dado que la sintomatología depresiva puede manifestarse de múltiples formas. Para poder realizar correctamente la distinción con otras entidades, hay que considerar, además de los trastornos somáticos, los psicopatológicos.

Tabla 18. Psicopatología básica de la depresión geriátrica (Agüera et al., 2006)

<i>Exploración psicopatológica de la depresión</i>	
Apariencia y comportamiento	
	Expresión facial de tristeza y clinofilia (llanto fácil)
	Contacto visual ocular disminuido
	Entrecejo fruncido, hombros caídos, cabeza abajo y adelante
	Hipomimia y enlentecimiento psicomotor (marcha y movimientos)
Lenguaje	
	Lenguaje enlentecido pero coherente
	Tasa reducida de lenguaje espontáneo y tendencia al laconismo
	Estereotipia en la temática conversacional
	Hipotonía y disprosodia
Humor	
	Tristeza, anhedonia
Pensamiento	
	Ideas de muerte y/o suicidio
	Ideación de culpa y pesimismo (a veces de intensidad delirante)
	Falta de iniciativa
Percepción	
	Pueden acaecer ilusiones y/o alucinaciones congruentes
Cognición	
	Enlentecimiento cognitivo general
	Disfunción de tareas ejecutivas y de planificación
<i>Insight (conciencia de enfermedad)</i>	
	Preservada salvo en casos graves con síntomas psicóticos
<i>Rasgos particulares de la depresión del anciano</i>	
	Acentuación patológica de rasgos premórbidos de personalidad
	Quejas somáticas desproporcionadas o somatizaciones
	Expresión minimizada de tristeza
	Daño autoinducido deliberadamente
	Trastorno conductual
	Quejas subjetivas de disfunción de memoria
	Seudodemencia depresiva
	Depresión «vascular»
	Comorbilidad con trastornos somáticos

Se presenta en la tabla 18 un resumen - esquema con la psicopatología que presentan los ancianos con depresión (Agüera et al., 2006).

A la hora de realizar una evaluación global del adulto mayor, además de en la entrevista clínica, hay que observar al sujeto. En la entrevista, no se debe olvidar hacer hincapié en el

inicio, la persistencia, la forma de presentación y la gravedad de los síntomas. Del mismo modo hay que interrogar sobre tratamientos previos psiquiátricos, si alguna vez los hubiese necesitado, por los antecedentes médicos así como por la historia familiar psiquiátrica, especificando sobre trastornos del ánimo. No se debe olvidar contrastar la información con la familia. En términos globales hay que analizar su entorno psicosocial en busca de estresores que hayan podido influir en el cuadro depresivo. Pero nunca se debe dejar de observar al adulto mayor, porque transmite tanta información verbal como no verbal.

Para realizar una correcta evaluación, Martín-Carrasco et al. (2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b) consideran oportuna, además de la anamnesis y exploración, la realización de pruebas complementarias, como son una analítica, ya que informa sobre el estado de salud del paciente y de paso sirve para concretar que tipo de tratamiento farmacológico pautar. Ésta debería de incluir hemograma completo, bioquímica con función hepática, renal, tiroidea, calcio, colesterol y triglicéridos, sin olvidar parámetros como el calcio, hierro o el folato y la vitamina B12, además de serología sifilítica (De la Serna, 1996; Agüera et al., 2006, Macías, 2007). A lo anterior hay que sumarle un estudio de neuroimagen, bien RMN o TAC, además de otro tipo de pruebas, en función de la clínica acompañante (Macías, 2007).

En cuanto a la exploración psicológica, el test estándar de cribado es el Mini Examen Cognoscitivo o Mini Mental, pero hay otras baterías que del mismo modo se pueden emplear. Lo que sucede es que se puede dar el caso de encontrarse con dificultades añadidas, como son los fallos de memoria, la ansiedad, los fallos sensoriales, el bajo nivel de escolaridad (Bromley, 1990), la dificultad de comprensión o la desconfianza para responder (Kane y Kane, 1981). Estos autores plantean la dificultad que pueden tener los mayores si no sienten que los test describen los mismos sentimientos, o la misma intensidad que ellos padecen.

Los octogenarios no acuden al psiquiatra, y muchas veces el médico de familia no los diagnostica correctamente. Esto se transforma en un problema para poder abordar correctamente estos cuadros, y que de ese modo el anciano se sienta comprendido, acompañado y hasta cierto punto, mimado.

“La mayoría de las depresiones en el anciano pueden diagnosticarse y tratarse en atención primaria, aunque su abordaje actual es frecuentemente inapropiado. El psiquiatra también precisa una formación específica para abordar con solvencia los trastornos depresivos en el anciano”. Estas son conclusiones del consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría, 2011 (Martín-Carrasco et al., 2011b).

Como punto final, sería interesante tener en cuenta al sujeto que se va a evaluar, es decir al adulto mayor, puesto que es él el epicentro de la evaluación. Y hay que considerar que la depresión es el reflejo de los problemas que el anciano traduce de su esfera biopsicosocial, ya que, como refieren Gallagher y Thompson (1983), se implican determinadas conductas, pensamientos y manifestaciones físicas. De ahí que el abordaje debiera ser multidimensional.

b) Pronóstico

Tradicionalmente se ha pensado que la depresión en el adulto mayor tenía peor pronóstico que en otras edades (Agüera et al., 2006). Pero artículos como el de Baldwin (2002) no corroboran ese postulado. En el mismo sentido se sitúan Alexopoulos et al., (1996), quienes indican que los ancianos tienen igual o mejor pronóstico que los adultos más jóvenes. De estos estudios se desprende que la depresión es una enfermedad recurrente y crónica, independientemente de la edad (Agüera et al., 2006). Los ancianos deprimidos tienen un

mayor riesgo de no recuperarse y si lo consiguen tienen mayor probabilidad de sufrir recaídas (Ayuso, 2008).

Se han encontrado trabajos, (Steffens, 2006; Grunblatt et al., 2006; Kim et al., 2007; Agüera-Ortiz et al., 2011), que determinan la existencia de algunos polimorfismos del gen del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) en la depresión geriátrica, que pueden tener repercusión pronóstica. Destaca el polimorfismo Val66Met, que se ha asociado a la depresión de inicio tardío y a peor respuesta al tratamiento.

Publicaciones recientes (Pan et al., 2011) evalúan la relación depresión-accidente cerebrovascular en mujeres, dado que ambas son entidades más frecuentes en esta población. Es sabido que la depresión es una enfermedad que se asocia a un incremento de riesgo de muerte y de enfermedad coronaria. Esta enfermedad tiene efectos sobre el sistema neuroendocrino, neurológico e inflamatorio, los cuales podrían estar implicados en la patogénesis de la lesión vascular. Por ello, las mujeres con diagnóstico de depresión o en tratamiento antidepressivo tendrían mayor riesgo de presentar un ACV.

En la depresión geriátrica se ha observado una evolución tórpida y un peor pronóstico, especialmente cuando el apoyo social es escaso (Llorca, 2010). En cuanto a las remisiones, esta población tiene un índice más elevado de recaídas y más complicado conseguir la remisión, incluso la parcial (Agüera-Ortiz et al., 2011). Esto está influenciado por la concomitancia de enfermedades físicas y el propio proceso de envejecer (Kupfer, 1991; 2005). Tienen, los ancianos, una menor respuesta a los tratamientos en los cuadros de inicio tardío, en comparación con los casos que suponen la existencia en la edad geriátrica de un trastorno de inicio en la vida adulta (Ayuso, 2008). Cuando consiguen la remisión del

episodio depresivo, mejoran en calidad de vida, en ausencia de sintomatología residual (Agüera-Ortiz et al., 2011).

En relación con la mortalidad y la depresión, hay estudios que demuestran que el aumento de la primera puede estar en relación con enfermedades cardiovasculares asociadas a la segunda (Schultz et al., 2000; citado por Vilalta-Franch, 2002). Otros, como Cervilla (2003) consideran que el riesgo puede deberse al aumento del deterioro cognitivo entre los longevos varones. Ayuso (2008), considera que la enfermedad física, asociada a depresión, agrava el pronóstico de ambas entidades en términos de sufrimiento individual, morbilidad y mortalidad.

Cuando se valora el suicidio entre los adultos mayores, hay que destacar el alto riesgo que tiene esta población, hasta cuatro veces más que otras fases del ciclo vital (Ayuso, 2008). También tienen mayor frecuencia de suicidios consumados que en otras edades, especialmente si se asocian depresión y dolor (Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b). Para Conwell et al. (2000), parte de culpa del éxito de los suicidios en esta población la tienen las enfermedades físicas. Muchos de los ancianos habían consultado al médico en el mes previo a consumir el suicidio (Ayuso, 2008; Harwood et al., 2001).

Los factores de riesgo que se asocian al acto del suicidio son múltiples: aislamiento, pérdida reciente, síntomas físicos sin base orgánica, alcoholismo, etc.. Harwood et al., 2002; Ayuso, 2008). Por eso no se debe dejar de explorar, en la evaluación del paciente, las características asociadas al riesgo de suicidio, como edad mayor, sexo masculino, enfermedades comórbidas, aislamiento social, viudez y antecedentes de intento de suicidio (Cardeño, 2011).

La única intervención preventiva frente al suicidio es identificarlo y tratarlo (Pearson y Brown, 2000).

4.2.7. Tratamiento

La relación con el adulto mayor constituye un aspecto importante del proceso terapéutico, porque una buena interrelación propiciará un mejor conocimiento del mismo en todos los aspectos biopsicosociales (Mondéjar y Yanet, 2011).

Para establecer el tratamiento adecuado se ha de partir de la premisa de que la depresión senil no está correctamente enfocada dada su magnitud y su trascendencia. Menos de la mitad de los pacientes que han sido correctamente diagnosticados reciben un tratamiento antidepresivo adecuado, bien por corta duración, o por posología insuficiente (Ayuso, 2008).

En la literatura se sugiere que hasta un 50% de los casos de depresión no son identificados clínicamente en atención primaria, y que cuando se realiza el diagnóstico, no es infrecuente que el tratamiento se plantee de forma inadecuada, tanto en atención primaria como en atención especializada (Dawson et al., 1999; Keller, 2001; Simon, 2002; WHO, 2001; citados por Vázquez y Torres, 2005).

La intervención terapéutica en los adultos mayores se puede realizar desde dos vertientes que pueden ser complementarias: *la farmacológica y la psicosocial* (Cardeno, 2011).

a) *Terapia psicosocial*

Existen numerosas técnicas de abordaje psicosocial en este tipo de trastorno del ánimo. Entre ellas, la *musicoterapia* que ha demostrado ser útil en mujeres deprimidas (Lai, 1999) y en estados de ansiedad y depresión, por sus propiedades analgésicas y ansiolíticas (Maratos et

al., 2008; Myskja y Nord, 2008; Myskja y Lindback, 2000). O la *acupuntura*, también eficaz en trastornos depresivos (Kaplan y Sadock, 1999).

Pero la estrella de este tipo de terapias es la *Psicoterapia*, con varios subtipos: *la terapia cognitiva-conductual, la interpersonal y la terapia psicodinámica*. (Agüera et al., 2006; Cardeño, 2011). Hoy, las que se emplean con más frecuencia son la *psicoterapia psicodinámica* y la *cognitivo-conductual* (Llorca, 2010).

En la tabla 19, extraída de Agüera et al. (2006), se especifican las diferentes variedades de psicoterapia, con sus características diferenciales.

Estas técnicas son efectivas en los pacientes con depresión moderada o crónica, o cuando existen contraindicaciones para el tratamiento farmacológico (Cardeño, 2011). Para Martín-Carrasco et al. (2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b), la *psicoterapia* sería útil cuando hay factores psicosociales que originan o perpetúan la sintomatología depresiva.

Del mismo modo consideran conveniente valorar la prescripción expresa de *ejercicio físico*, ya que puede mejorar claramente los síntomas de depresión geriátrica (Singh et al., 2005; Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b). En esto hacen hincapié Robertson et al. (2012), en que caminar es una intervención efectiva de la depresión.

Además de las citadas, existen otros tipos de tratamientos no farmacológicos, tales como: *la terapia de grupo u ocupacional, el control de la alimentación y de la nutrición*, porque pueden llegar a cambiar sus hábitos dietéticos debido a la depresión o *la terapia familiar y comunitaria* (Calvo, 1989). No se debe olvidar el papel que juega el entorno del anciano en este proceso, especialmente la familia y el trabajo que realiza para ayudar al longevo con esta terapia (Blazer, 2007a).

Tabla 19. Tipos de psicoterapia para ancianos (Agüera et al., 2006)

Grupos de psicoterapias según su fundamento teórico y su traducción técnica	Tipo de psicoterapia	Características diferenciales
Psicoterapias psicodinámicas	Psicoterapia de apoyo	Recuperación del nivel previo de funcionamiento apoyándose en las defensas más sanas y en el funcionamiento del yo más estructurado. No se interpreta la transferencia
	Psicoterapia breve	Tiempo limitado, focalización en el conflicto actual. Se formulan interpretaciones relacionadas con el conflicto
	Psicoterapia de grupo (diferentes modalidades)	Aplicación grupal. Se trabajan los conflictos individuales a través de las dinámicas de grupo, incluye elementos de apoyo, psicoeducativos, y a veces interpretativos según la modalidad
	Psicoterapia de orientación psicoanalítica	Larga duración. Se utiliza la interpretación incluida la transferencial. Poco utilizada en ancianos
Terapias cognitivo-conductuales	Terapia cognitivo-conductual	Directiva, focalizada en los síntomas, tareas encaminadas a modificar las percepciones y creencias equivocadas y conductas habituales en las que se basan los síntomas
	Terapia conductual	Terapia de alto contenido psicoeducativo dirigida a la reducción de las experiencias negativas y al incremento de las experiencias positivas a través de pautas de conducta
Terapia interpersonal	Terapia interpersonal	Focalizada en los conflictos de las relaciones interpersonales y en la modificación de los estilos relacionales patológicos
Otras terapias	Terapia de reminiscencia	Se utiliza el recuerdo de la historia personal para hacer frente a la historia propia presente y futura
	Terapias de soporte para familiares y cuidadores de pacientes con demencia	Focalizada en el papel del cuidador, combina elementos cognitivo-conductuales y de la terapia interpersonal

Por último, la Terapia Electroconvulsiva (TEC), que está considerado como un tratamiento seguro y eficaz y es de elección en cuadros especialmente graves como depresión refractaria o grave riesgo de suicidio (Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al.,

2011b). También se indicaría en ideas delirantes o alucinaciones, estupor o agitación, enfermedad física grave, pobre respuesta a fármacos, intolerancia de efectos secundarios o por elección del paciente. Destaca la amnesia transitoria, como efecto secundario. Y estaría contraindicado en infartos de miocardio recientes y aumento de la presión intracraneal (Macías, 2007). Puede ser útil, incluso, como terapia de mantenimiento (Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b).

b) Terapia farmacológica

En la literatura revisada se encuentran artículos que corroboran la eficacia de los antidepresivos en la depresión del adulto mayor (Anderson, 2000; Mulsant et. al, 2001; Thorpe et al., 2001).

En general, las claves del abordaje farmacológico de la depresión se basan en la individualización del tratamiento, eligiendo el principio activo adecuado según la característica de la depresión y del estado físico del enfermo (Agüera-Ortiz et al., 2011). Se deben considerar, no sólo la eficacia, sino también la tolerabilidad y seguridad de los fármacos. Del mismo modo, hay que controlar el uso correcto de dosis y maniobras de combinación y potenciación cuando sean necesarias, y el seguimiento del paciente hasta alcanzar, consolidar y mantener la remisión sintomática, que es el objetivo fundamental en todos los casos (Agüera-Ortiz et al., 2011). Otros autores, (Macías, 2007), a los objetivos anteriores de Agüera-Ortiz et al., añadirían mejorar la calidad de vida, disminuir la mortalidad y disminuir los costes que conlleva esta patología.

Existen pocos predictores de respuesta del tratamiento antidepresivo. En adultos y también en el anciano, diversos estudios muestran que una temprana respuesta es un buen predictor de alcanzar la remisión (Agüera-Ortiz et al., 2011).

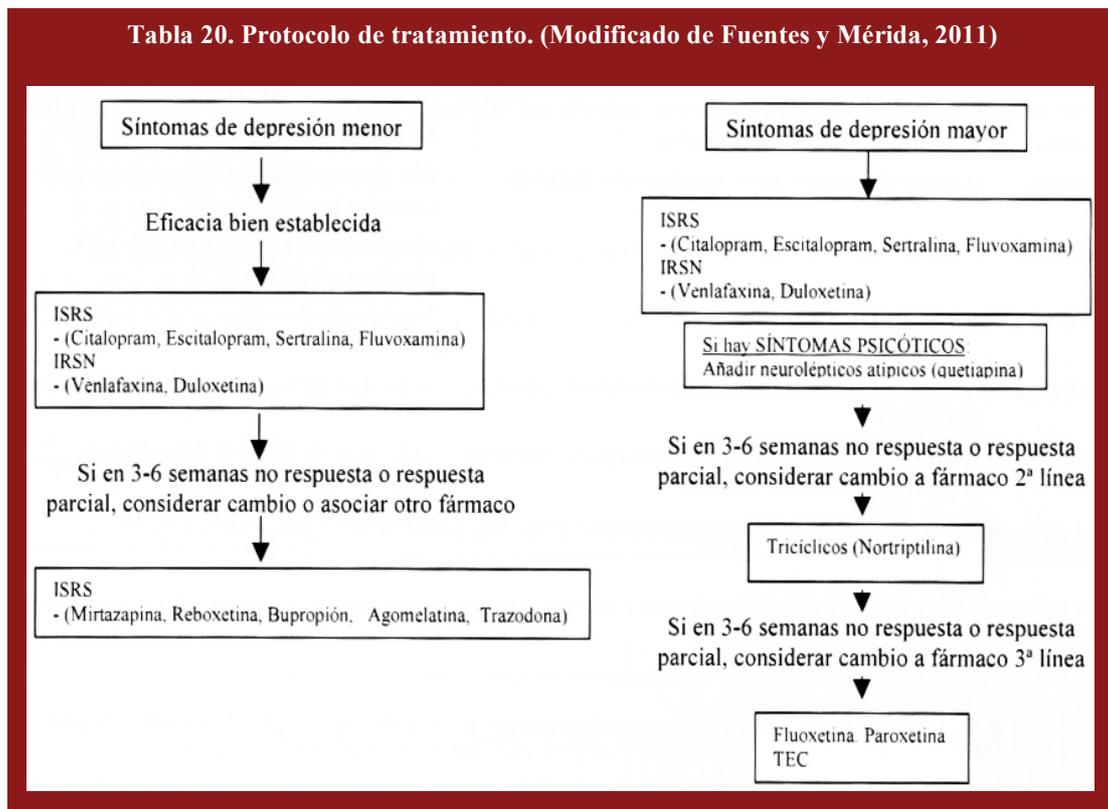
No pueden olvidarse, a la hora de elegir un fármaco antidepresivo, los cambios fisiológicos propios del envejecimiento, ya citados con anterioridad (Macías, 2007). No se debe pasar por alto ni la pluripatología en los longevos, ni la polimedicación asociada a ésta porque puede que los medicamentos, bien acentúen los síntomas depresivos, bien interaccionen con los psicofármacos.

Los fármacos utilizados se dividen por características bioquímicas, diana molecular y mecanismo de acción. Las dosis suministradas al adulto mayor deben ser menores a las empleadas para las personas en edad media de la vida (Cardeño, 2011). El tratamiento farmacológico se divide en tres fases, según la evolución de la enfermedad: aguda, de continuación y de mantenimiento (Cardeño, 2011; Agüera-Ortiz et al., 2011). Así, en la fase aguda los adultos mayores necesitan más tiempo para recuperarse, unas 9 semanas, a diferencia de los jóvenes que sería de 4 semanas (Anstey y Brodaty, 1995). En el tratamiento de continuación se recomendaba, al menos 6 meses de tratamiento. Pero nuevos ensayos parecen indicar que debe durar, al menos, 12 meses dado que las mayores recurrencias suceden entre los 6 y 12 meses (Ellis, 2004). Por último, se beneficiarían de una terapia de mantenimiento aquellos sujetos que hayan tenido episodios previos (Rush et al., 2006; Menza, 2006), pues esto indicaría mayor posibilidad de recaída si no continúan con tratamiento, al menos un año desde el inicio del episodio (Ellis, 2004), pero según el consenso de SEPG, con Martín-Carrasco et al., (2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b), se debería de mantener por tiempo indefinido (Agüera-Ortiz et al., 2011), puesto que sin tratamiento de mantenimiento las tasas de recurrencias oscilarían entre el 30% y el 90% (Rajji et al., 2008).

Los antidepresivos se clasificarían en: antidepresivos tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la monoaminoxidasa, (IMAOs), inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina, (ISRN), dopaminérgicos y los nuevos medicamentos denominados duales (ISRNS): inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina.

Hasta fechas recientes, el tratamiento recomendado eran los ISRS como primera elección para iniciar el tratamiento de la depresión geriátrica. Sin embargo, el reciente consenso sobre depresión en el anciano de la Sociedad Española de Psicogeriatría recomienda tanto los ISRS como los antidepresivos duales (ISRNS) como primera línea de tratamiento, y también que estos últimos se usen en el caso de respuesta insuficiente a un ISRS previo (Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b; SEPG, 2011). La duloxetina ha demostrado específicamente mejorías significativas en diversos parámetros de la función cognitiva en estos pacientes deprimidos de edad avanzada (Raskin et al., 2007). Al igual que el bupropion es un ISRNS, y según algunos autores (Martín-Carrasco et al., 2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b), son eficaces en la depresión geriátrica.

En general, los expertos Martín-Carrasco et al. (2011a; Martín-Carrasco et al., 2011b) y la SEPG (2011), consideran necesario hacer un ajuste inicial de dosis al principio del tratamiento con antidepresivos: Si la respuesta es insuficiente se recomienda llegar a la dosis máxima recomendada para ese fármaco, ya que la administración de dosis inadecuadas es la causa más frecuente de falta de eficacia. Si el fármaco no logra la respuesta esperada, la asociación de otro antidepresivo se considera una opción válida. Si aparece resistencia con un ISRS, se aconseja cambiar a un agente dual.



Se presenta en la tabla 20 un esquema de tratamiento farmacológico de la depresión en el adulto mayor (Modificada de Fuentes y Mérida, 2011).

Está claro que ninguna molécula está desprovista de efectos adversos. No existe el antidepresivo de elección en el anciano. El clínico ha de tomar las decisiones según la molécula con mayores niveles de eficacia y bajo perfil de efectos adversos, sobre todo los que inciden de forma más negativa a la población geriátrica, como son la sedación, los efectos anticolinérgicos, la seguridad cardiovascular y la preservación de las capacidades cognitivas (Agüera-Ortiz et al., 2011).

Tabla 21. Precauciones y efectos adversos de los antidepresivos (Fuentes y Mérida, 2011)

	Perfil de efectos secundarios frecuentes	Observaciones
Citalopram	Similares a escitalopram Sequedad de boca	Ninguna prueba clínica necesaria para pacientes sanos No asociar con IMAO
Escitalopram	Náuseas, somnolencia, temblor	Ninguna prueba clínica necesaria para pacientes sanos No asociar con IMAO
Sertralina	Aplanamiento emocional, agitación	Ninguna prueba clínica necesaria para pacientes sanos No asociar con IMAO
Fluoxetina	Disfunción sexual, SNC (sedación, agitación, temblor)	No asociar con IMAO
Paroxetina	Disfunción sexual, efectos anticolinérgicos (estreñimiento, sequedad de boca)	No asociar con IMAO
Fluvoxamina	Sedación, fatiga	No asociar con IMAO
Venlafaxina	Hipertensión arterial (dosis-dependiente)	Control de TA antes de iniciar el tratamiento y durante el mismo No asociar con IMAO
Duloxetina	Sequedad de boca, náuseas, diarrea	No asociar con IMAO
Mirtazapina	Aumento de apetito y peso, somnolencia, sedación	IMC antes y durante el tratamiento, perfil lipídico y hepático
Trazodona	Sedación	Ninguna prueba clínica necesaria para pacientes sanos
Reboxetina	Hipotensión, sequedad de boca	Ninguna prueba clínica necesaria para pacientes sanos
Agomelatina	Cefalea, molestias gastrointestinales (diarrea y dolor abdominal)	Control periódico de perfil hepático
Tricíclicos	Arritmias cardíacas, efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, sedación)	ECG antes de iniciar el tratamiento y cada 6 meses

ECG: electrocardiograma; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; SNC: sistema nervioso central; TA: tensión arterial.

Para finalizar, se recogen en la tabla 21 los efectos secundarios más frecuentes de los antidepresivos.

Cuando el cuadro depresivo se asocia a síntomas ansiosos reactivos e ideas delirantes o síntomas psicóticos resistentes, se pueden añadir neurolépticos. Pero hay que tener

precaución con los efectos secundarios que pueden aparecer: anticolinérgicos, extrapiramidales e hipotensión ortostática (Macías, 2007), pues pueden sumarse a los ya causados por los antidepresivos.

Alcanzar la remisión favorece la recuperación de la función cognitiva, mejora el funcionamiento psicosocial de estos pacientes y evita la aparición de recaídas que compliquen la evolución a medio y largo plazo de la depresión (Agüera-Ortiz et al., 2011).

4.2.8. *Prevención*

Es especialmente significativo este punto al considerarse la depresión como el trastorno mental más importante en los adultos mayores.

Según la OMS (1998), el concepto de prevención hace referencia al conjunto de *medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecidas*. Aplicado al ámbito de la salud mental, este concepto de prevención se refiere, necesariamente a un marco integral de atención a las personas que se fundamenta en una perspectiva biopsicosocial en la que se interrelaciona la promoción, la prevención, el tratamiento, y la readaptación (Vázquez y Torres, 2005). Por eso, detectar precozmente una depresión es la mejor manera de evitar sufrimientos y de acortar su duración (Negro et al., 2005).

La promoción de integración social, laboral e intelectual del anciano por medio del aumento de la oferta de actividades acordes con sus posibilidades, puede incrementar los niveles de satisfacción personal y la autoestima, consiguiendo así que disminuya la actividad depresiva (Agüera et al., 2006).

Los niveles de prevención se clasificarían en tres categorías: prevención primaria, secundaria y terciaria.

En lo referente a prevención primaria, son pocos los estudios que se encuentran en relación con los longevos, y sí aparecen ensayos en población adolescente (Seligman et al., 1999; Clarke et al., 1990; Clarke et al., 2001; citados por Vázquez y Torres, 2005) En ancianos se hallan trabajos centrados en la prevención de la depresión vascular controlando la tensión arterial, para evitar el desarrollo del ACV (Alexopoulos, 2001; Von Korff y col., 2011). En cuanto a prevención secundaria, sí aparecen artículos en los que se hace referencia a la necesidad de tratar tempranamente la depresión para que remita el cuadro y evitar así consecuencias nefastas (Salzman et al., 2002). Por último, en prevención terciaria hay publicaciones que se centran en evitar graves consecuencias de la depresión, como es el suicidio (SEPG, 2009).

Según la SEPG, Sociedad Española de Psicogeriatría, en su 17 reunión, en 2009, la prevención debe empezar en los 50 ó antes. En palabras del Dr. Mateos, *“Cada vez hay más datos que indican que la prevención de las enfermedades en la edad avanzada consiste en realizar varias estrategias de prevención a lo largo de toda la vida. Pero quizás el principal mensaje de prevención en psicogeriatría es que la prevención PRIMARIA, es decir, la prevención UNIVERSAL (la que se refiere al total de la población), debe empezar en la madurez, hacia la cincuentena, instaurando hábitos de vida saludables, especialmente el ejercicio físico; e incluso antes, limitando el consumo de tóxicos (alcohol, tabaco, y otras drogas)”*.

Para la SEPG (2009), la necesidad de prevención comienza por el correcto abordaje y adecuado tratamiento de los cuadros depresivos en la población anciana. Del mismo modo

hacen hincapié en el correcto tratamiento de patologías físicas, en la continuidad de cuidados y en las medidas de rehabilitación. Igualmente importantes son las estrategias orientadas a fomentar, robustecer y proporcionar un adecuado soporte social a los mayores.

No se debe pasar por alto que los aspectos psicosociales, como el aislamiento, la soledad, la jubilación, la pérdida de seres queridos, el rechazo familiar y social, entre otros, deben formar parte de la diana de prevención en las patologías anímicas de los adultos mayores (Buendía y Riquelme, 1994).

Según autores como Steinman et al. (2007) y Snowden et al. (2008), se elaboró un proyecto denominado *Defining the Public Health Role in Depression in Older Adults Project*, recomendando la puesta en marcha de programas estructurados de abordaje multidisciplinar.

En 2008 se celebró el *Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar*. En relación con las personas mayores, y como medida de prevención de las patologías mentales, se recomienda impulsar un envejecimiento saludable y activo. Para ello recomiendan la promoción de ejercicio físico y de actividades educativas entre los mayores. Del mismo modo proponen que la jubilación sea flexible y permitan a las personas mayores seguir en su puesto de trabajo durante más tiempo. Igualmente importante es desarrollar medidas para fomentar la salud mental y el bienestar entre las personas mayores que reciben cuidados (médicos y/o sociales) en el ámbito comunitario e institucional. Y por último, apoyar a los cuidadores (Causapié et al., 2011; IMSERSO, 2011).

Estado actual del problema

5.- EL ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

Aprender a no ser joven es el aprendizaje más largo y más difícil de la vida

León Daudi

No cabe duda de que en los últimos tiempos se ha incrementado de tal modo el interés por la última etapa del ciclo vital, que tal hecho ha dispuesto que la dedicación, la investigación y el estudio se hayan disparado de modo importante. Esto se ha visto reflejado en sociedades del mundo desarrollado, pues es en ellas donde el aumento de la población longeva ha crecido sustancialmente, y según las estadísticas, lo seguirá haciendo en los próximos años. Podría decirse que este interés se traduce en un mayor conocimiento, por tanto, del propio proceso de envejecer, materializado en mayor información en el ámbito biológico, psicológico y social. Todo esto conlleva un masivo despliegue de información que resulta, si no se acota según interese, inabarcable.

A lo largo de los años el interés por la vejez y los factores acompañantes ha ido en auge. Esto se pone de manifiesto con el aumento del número de publicaciones científicas relacionadas con el tema. De ahí que para poder realizar esta Tesis Doctoral, a la hora de recoger información, se ha recurrido a motores de búsqueda que puedan acceder a trabajos científicos publicados en una amplia y extensa base de datos.

Para poder conocer el estado actual del problema que se investiga en este trabajo, se ha llevado a cabo un análisis bibliométrico. Para el mismo se han acotado, como límites, los diferentes descriptores en función de las variables a analizar.

En el momento de la planificación de la investigación se realizó una primera búsqueda bibliográfica, para valorar el estado en ese momento, así como la productividad. Después, en abril de 2012 se realizó un análisis más actualizado, para conocer cual es el estado actual del problema. Y este último examen es el que se plasma en este capítulo.

El registro se llevó a cabo a través de PubMed, sin realizar acotaciones temporales. Para poder realizarlo se realizaron varios sondeos cambiando las palabras clave (MeHS), en función de las diversas variables estudiadas, demarcando las mismas con los límites que siguen: “*Aged: 65 + years*”, “*80 and over: 80 + years*” y “*humans*”. De esta manera se querían conseguir los datos referidos al grupo de edad analizado, los ancianos.

Para poder conocer la información exacta, que existía hasta el momento del análisis, relacionada con uno de los temas principales de esta Tesis, la depresión, se realizó una búsqueda introduciendo como MeHS “*Depressive Disorder*”. Se encontraron 19948 resultados.

Es interesante ver como ha ido creciendo la productividad a lo largo del tiempo. Y para ello se analizó el número de publicaciones por año, hasta abril de 2012, momento en el que cesó la búsqueda. Puede observarse en la fig 4 que prácticamente hasta los años 80 no comienzan a aparecer publicaciones relacionadas con el tema. Y a partir de ahí comienza, poco a poco, el despegue. No cabe duda de que con el paso del tiempo esta temática ha ido tomando importancia en la sociedad, y gracias a ello ha comenzado a despuntar la investigación sobre este tema. Esto se refleja en el auge de publicaciones divulgadas en la última década, especialmente entre los años 2008 y 2012 (hasta el cuarto mes del año), donde se superaron las 6000 publicaciones. En lo que va de 2012, concretamente hasta abril inclusive, se han publicado 76 artículos. En sí, toda esta seducción por la investigación sobre

la longevidad se debe al aumento de la esperanza de vida en las sociedades llamadas desarrolladas. Y, de esta manera, al relevante aumento numérico de la población geriátrica.

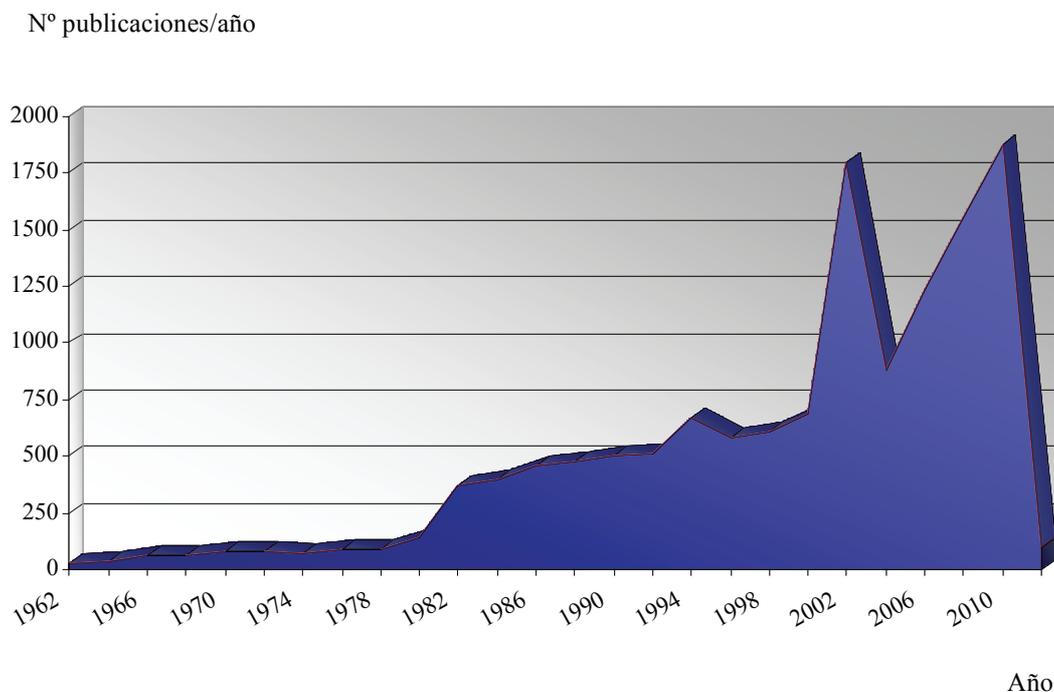


Fig. 4. Productividad anual (adulto mayor y depresión)

A continuación el análisis se practicó teniendo en cuenta a los autores más productivos en este campo (fig. 5), y que más aportaciones científicas han aportado al tema. Los resultados mostraron que el autor más prolífico fue C. F. Reynolds, que trabaja en el Departamento de Psiquiatría en la Facultad de Medicina de Pittsburg. El citado investigador cuenta en su haber con 299 trabajos, de los cuales en 44 de ellos figura como primer autor. La revista en la que más publicaciones ha realizado ha sido *American Journal of Psychiatry*. Destacan otros autores, no menos importantes, con un número similar de publicaciones entre ellos, pero con casi la mitad de trabajos que Reynolds: G. S. Alexopoulos ha participado en

133 trabajos, siendo primer autor en 48 de ellos; Koenig, H. G. ha publicado 55 artículos siendo autor principal en 45 de los mismos. Maes, M. tiene en su haber 70 publicaciones, de las que 39 han sido como primero. A estos escritores les siguen otros como son Steffens D. C. (115 investigaciones, 32 como principal), Patten S. B. (55 divulgaciones, 31 como escritor cardinal), Flint, A. J. (45 trabajos, 27 como inicial) o Parker, G. (71 publicaciones, 28 como primario).

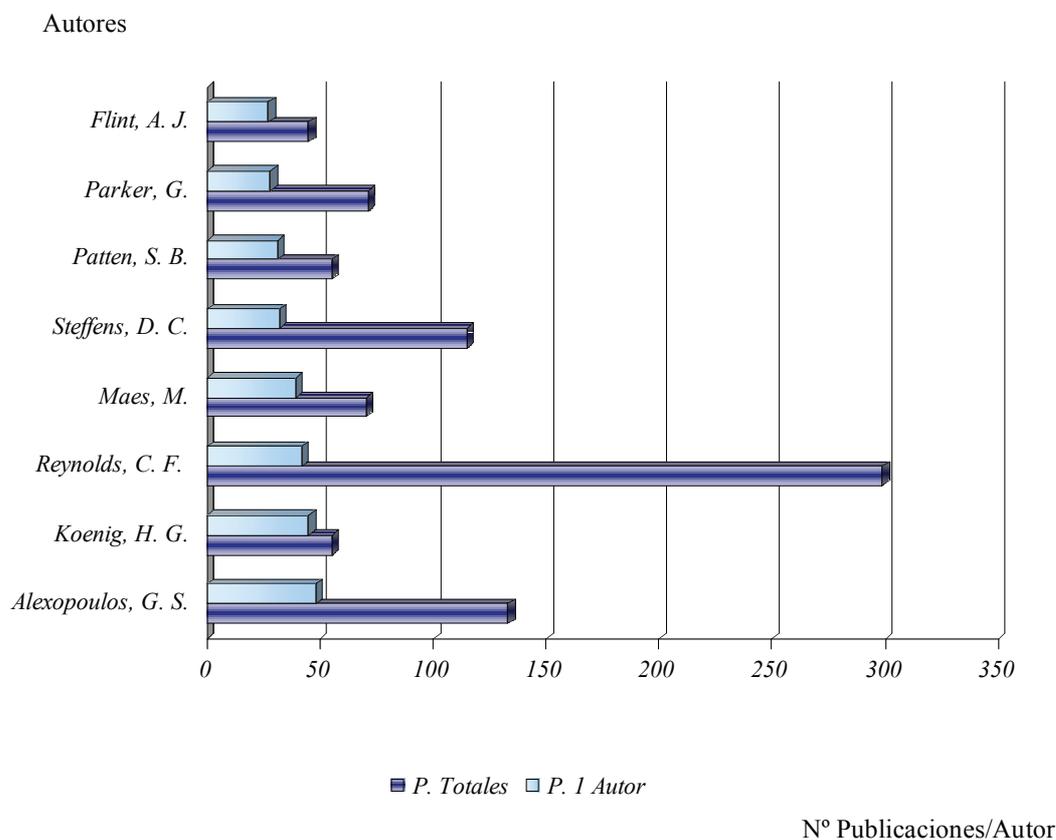


Fig. 5. Productividad por autores (adulto mayor y depresión)

Posteriormente se realizó un examen de la productividad por revistas. La mayoría son del ámbito de la Psiquiatría o la Geriatría. Esto era lo esperable, dados los descriptores

introducidos en la búsqueda, y la temática estudiada. Sólo tres de estas revistas halladas, superan los 600 artículos con estas palabras clave: *The American Journal of Psychiatry*, *The Journal of Clinical Psychiatry* y, con más de 900, *Journal of Affective Disorders*. La primera citada, está editada por Robert Freedman, M. D. y tiene un alto índice de impacto (12,759). La segunda en descrita, *The Journal of Clinical Psychiatry* es la sexta revista psiquiátrica más citada en el mundo, publicando una media de 16 artículos por ejemplar. Por último, *Journal of Affective Disorders* es una revista publicada por Elsevier para la Sociedad Internacional de Trastornos Afectivos y los trabajos que edita están relacionados, de una manera amplia, con los trastornos afectivos tales como depresión, maníaco, ansiedad... Publica 24 números anuales. Su índice de impacto es de 3,740. A continuación se recogen las 10 revistas con más productividad hasta la actualidad. También se especifica el número de publicaciones de cada una, con las palabras clave usadas en esta investigación, y anteriormente citadas (fig 6).

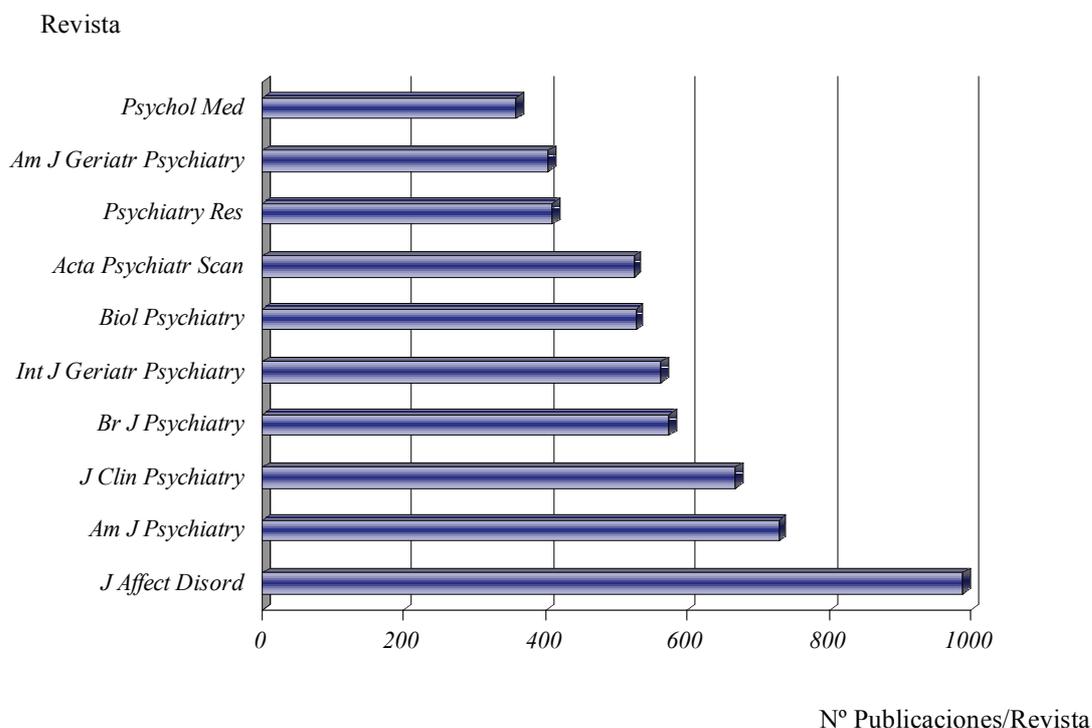


Fig. 6. Productividad por revista (adulto mayor y depresión)

Hay que destacar que revistas como *Actas Españolas de Psiquiatría* y *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines* cuentan en su haber con 22 y 32 publicaciones, respectivamente, sobre el tema de estudio: la depresión en la senectud. Otra publicación, como es *Psychooncology* refiere 61 artículos sobre dicho tema. Como se verá al analizar el afrontamiento, esta publicación aumenta notablemente sus artículos publicados sobre depresión cuando ésta se asocia a esta variable en la etapa final del ciclo vital.

En cuanto al idioma de publicación de los trabajos científicos no cabe duda de que el inglés es el más empleado, escribiéndose en esta lengua el 90% de las referencias. En referencia al español, menos del 1% de las investigaciones se divulgan en este idioma.

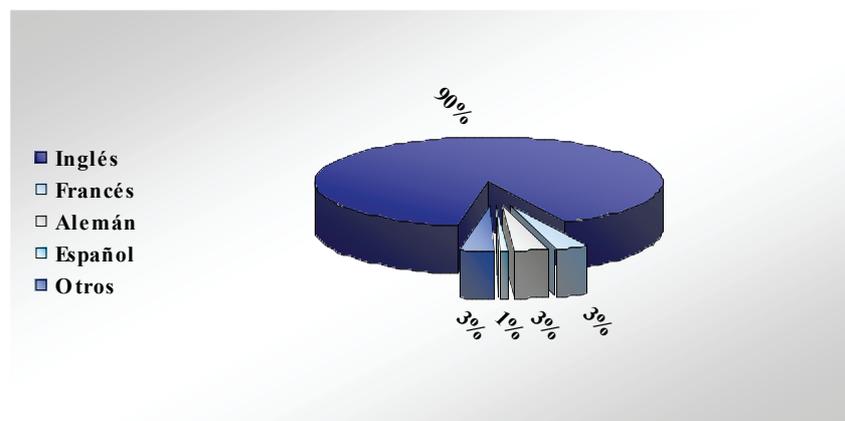


Fig. 7. Idioma de las publicaciones (adulto mayor y depresión)

Para terminar con esta parte, se analizaron las palabras clave (MeHS) que más se utilizaban en las referencias encontradas, reflejadas en la figura 8. Se tomaron como reseña los 10 descriptores más frecuentes, para poder conocer las áreas más investigadas dentro del

tema que atañe a este trabajo. Destaca la palabra *psychology*. Esto es importante, porque resalta la importancia de variables psicológicas asociadas al envejecimiento, y más concretamente con patologías tan serias como la depresión. No son menos relevantes los aspectos diagnósticos, epidemiológicos o de tratamiento, que tan importantes se vuelven al hablar de la depresión en esta etapa del ciclo vital. Del mismo modo sucede con las complicaciones que pueden acontecer debido a esta enfermedad mental.

Palabras clave

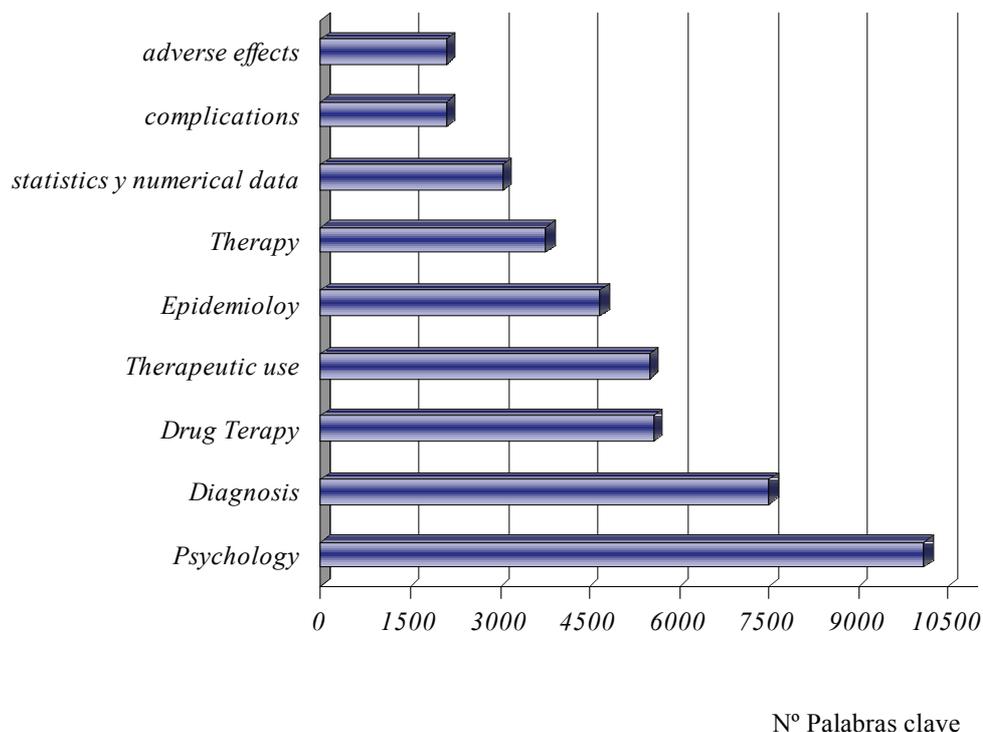


Fig. 8. Palabras clave (adulto mayor y depresión)

Para continuar con la investigación sobre el tema, añadimos a los descriptores anteriores “ *coping* ”, dado que uno de los aspectos que se quieren analizar en este trabajo, es el uso de estrategias de afrontamiento dentro del contexto de la depresión, en la última etapa del ciclo

vital. Las referencias encontradas con estas palabras claves ascienden a 839. Como puede observarse en la figura 9, el aumento de trabajos relacionados con este tema comienza a partir de la década de los 90, aunque el mayor auge tiene lugar a partir del 2007.

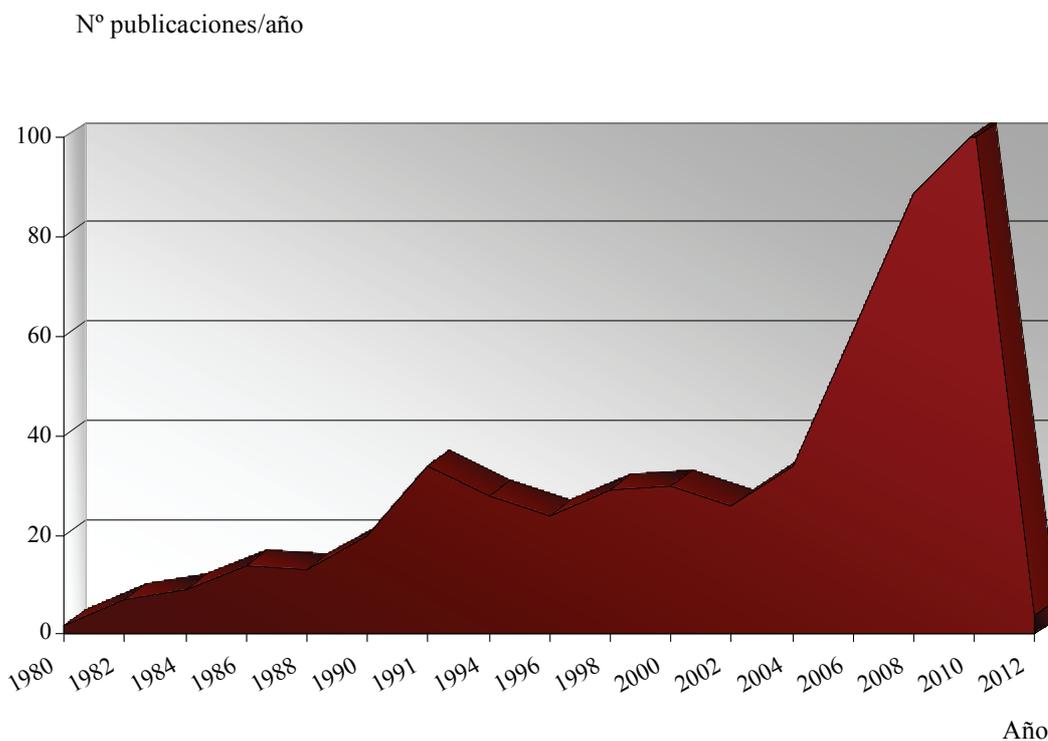


Fig. 9. Productividad anual (adulto mayor, coping y depresión)

En relación a los autores más prolíficos, representados en la figura 10, en primer lugar se encontraría H. G. Koenig, con 13 artículos publicados en los que en 12 iría como autor principal. Le sigue C. F. Reynolds, con 10 publicaciones. En tercer lugar se situaría W. Katon, con 6 divulgaciones. Con 5 citas estaría J. A. Zauszniewski. A estos escritores les siguen, con menos de 5 artículos, otros como G. J. McDougall (4 citas), R. H. Moos (3 artículos) o L.W. Lazarus (2 citas).

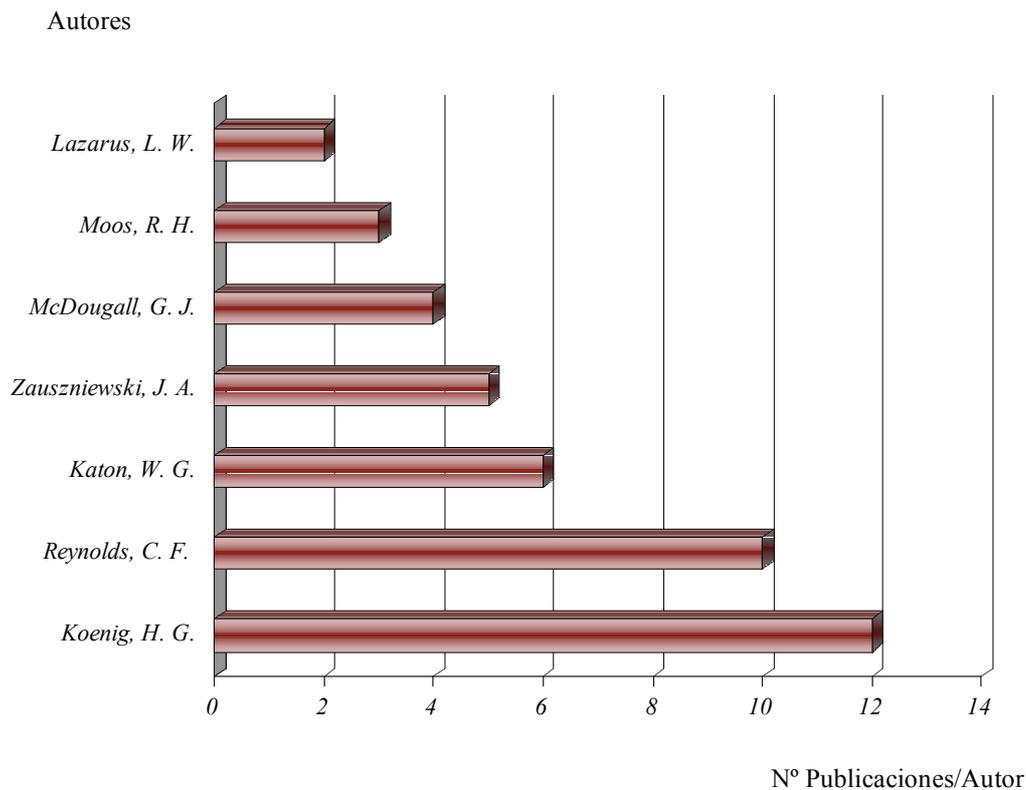


Fig. 10. Productividad por autores (adulto mayor, coping y depresión)

El primer autor, H. G. Koenig, es Catedrático de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Duke (Carolina del Norte, Estados Unidos). También es profesor asociado de Medicina de la misma Universidad. Está especializado en la senectud así como en patologías relacionadas con la misma: depresión, demencia, trastornos adaptativos relacionados con el envejecimiento, enfermedades médicas propias de esta fase del ciclo vital. La principal línea de investigación que sigue estudia los efectos de la religión y la espiritualidad sobre la salud en los longevos. Del resto de autores citados, R. H. Moos es también Catedrático, pero Emérito, de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento de la

Universidad de Stanford (Carolina, Estados Unidos). Este Profesor ha centrado sus pesquisas en el afrontamiento, concretamente en identificar las teorías del mismo.

En cuanto a las revistas que más artículos sobre el tema de esta investigación presentan en el momento actual, en relación a los descriptores introducidos, sobresalen: *Journal of Affective Disorders*, con 31 registros, seguida de *Psychooncology*, *Psychological Medicine* y *Journal of Psychosomatic Research*, con 19 publicaciones (fig. 11). De nuevo destaca, al igual que con los descriptores de “*Depressive Disorder*” la revista *Journal of Affective Disorders*, relacionada con los trastornos afectivos en su sentido más amplio, especialmente enfocada a las patologías más prevalentes en la senectud (depresión o ansiedad entre otras). Le siguen publicaciones igualmente importantes desde el punto de vista científico, como es la revista *Journal of Psychosomatic Research* de investigación multidisciplinar y de ámbito tanto psicológico como médico. Es un registro que abarca desde la investigación biológica y psicológica básica, hasta los tratamientos de, entre otras poblaciones, ciudadanos longevos.

Es reseñable que destaque, en este sentido de la investigación, una publicación como *Psychooncology* especializada en la Psicooncología. Resalta porque en el ámbito de las enfermedades oncológicas las estrategias de afrontamiento están presentes a lo largo de todo el proceso. Tanto es así que la propia dolencia oncológica es inherente estas estrategias, sean o no adaptativas, dado que el mismo cáncer está íntimamente relacionado con los procesos depresivos, y de este modo, con las funciones adaptativas del propio individuo, para bien o para mal. Esto repercute en la conducta y en las capacidades cognitivas que tanto se ven alteradas en la última etapa del ciclo vital, afectando positiva o negativamente a su adecuada calidad de vida en esta fase final.

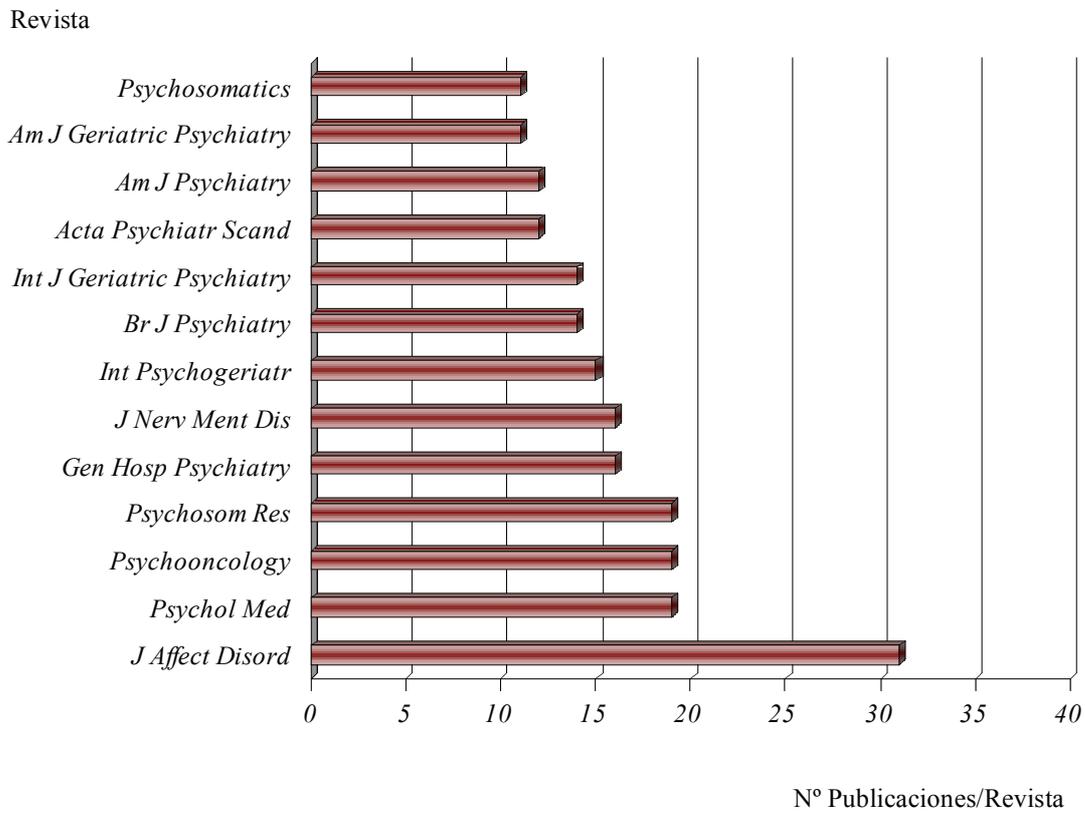


Fig. 11. Productividad por revista (adulto mayor, coping y depresión)

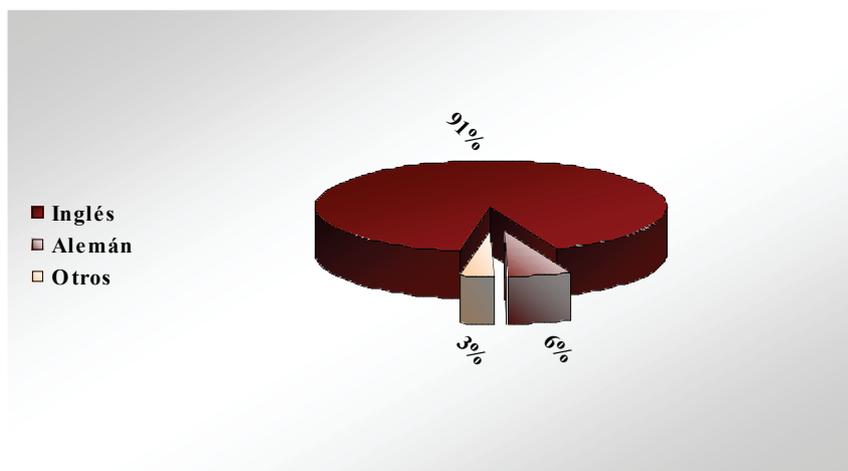


Fig. 12. Idioma de las publicaciones (adulto mayor, coping y depresión)

Con relación al idioma, de nuevo es el inglés la lengua con más publicaciones. Representa un 91% del total. Le sigue el alemán con un 6% y el resto de hablas apenas si llegan al 3% entre todas (fig 12).

Para finalizar con el análisis bibliométrico, analizamos las palabras claves empleadas en la búsqueda. Destaca el descriptor *psychology*, concepto casi característico del afrontamiento e íntimamente relacionado tanto la depresión como con el adulto mayor y el proceso de envejecer. Puede observarse que aparecen otras palabras clave como *ansiedad*, *soporte social* o *rol de enfermo*. Los resultados de este análisis se recogen en la figura 13.

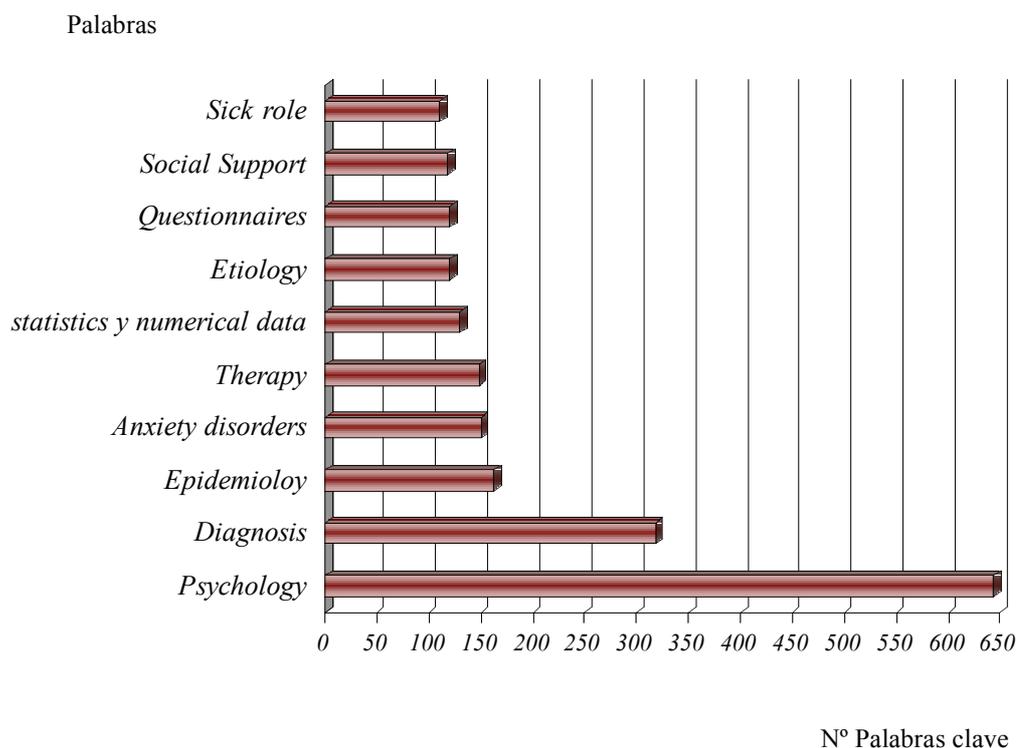


Fig. 13. Palabras clave (adulto mayor, coping y depresión)

Con este análisis se ha pretendido realizar un recorrido a lo largo del tiempo, analizando variables que son de significativa importancia en el ciclo vital. Podría decirse que son cruciales para el proceso de envejecer, dado que se han examinado aspectos tan importantes para esta fase de la vida, como son el estado de ánimo de los longevos y las estrategias de afrontamiento empleadas para aceptar el atardecer de la vida.

Es remarcable que la investigación en el terreno de los ancianos ha comenzado a resurgir desde la década de los noventa. Pero ha sido del 2007 - 2008 en adelante, cuando mayor repunte ha tenido el tema. La literatura científica ha tomado especial interés en el proceso del envejecimiento, en cómo lo viven los mayores, en cómo afrontan esta última etapa del ciclo vital. Es importante conocer sus inquietudes, sus temores, así como sus deseos y esperanzas.

Gracias a la inversión actual de sabiduría, dedicada al estudio de los longevos, se podrán plantear nuevos frentes, para poder conocer mejor cómo piensa y cómo vive esta población. Es cardinal conocer estos aspectos, dado que es un sector de la ciudadanía que va en importante aumento numérico, y con ello también sus patologías y sus estilos de afrontamiento. Pero sobre todo es trascendental para los seres humanos que ahora están otra fase del ciclo vital, y que tarde o temprano se harán “viejecillos” y padecerán las afecciones que ahora padecen los longevos. Por eso, y por dar a los adultos mayores de hoy, mejores cuidados, mejores atenciones, y por lo tanto, mejor calidad de vida, es importante seguir con la investigación en este campo tan extenso.

Todos algún día no muy lejano llegarán a ser ancianos. Y agradecerán toda la información que sobre la vejez se encuentre escrita, pues mejorarán en calidad de vida. De ahí que sea importante entender y prestar más atención a los adultos mayores de esta

sociedad, porque sólo conociéndolos a ellos se podrá conocer mejor a las generaciones venideras.

Es hora de que los mayores ocupen el lugar del que les privó la Historia Universal hace mucho tiempo: el de los Sabios Maestros que siempre han sido, son y seguirán siendo.

Objetivo e Hipótesis

6.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La vejez es la suma de toda la vida, milagro y nobleza de la personalidad humana

Gregorio Marañón

6.1.- Objetivo

Todos deseamos llegar a viejos y todos negamos que hemos llegado

Francisco de Quevedo y Villegas

Cuando se gestó esta investigación, tras la revisión en la literatura especializada y ante la magnitud del tema, se planteó el siguiente **objetivo general**:

Estudiar posibles variables psicosociales con efecto sobre el estado de ánimo de los ancianos.

6.2.- Hipótesis

Una bella ancianidad es, ordinariamente, la recompensa de una bella vida

Pitágoras de Samos

El objetivo quedó especificado en el planteamiento de tres hipótesis, que son:

Primera Hipótesis:

La integridad cognitiva es una variable protectora del buen estado de ánimo en la vejez.

Segunda Hipótesis:

Las estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales de los ancianos tienen un efecto preventivo sobre la depresión.

Tercera Hipótesis:

Los tipos de residencia, por las connotaciones afectivas que conllevan, pueden favorecer la vulnerabilidad del estado de ánimo del adulto mayor.

2ª PARTE
MATERIAL Y MÉTODOS

7.- METODOLOGÍA

El viejo conserva todo su espíritu con tal de que no renuncie a ejercerlo ni a enriquecerlo

Marco Tulio Cicerón

7.1.- Muestra

Muchas personas no cumplen los ochenta porque intentan durante demasiado tiempo quedarse en los cuarenta

Salvador Dalí

7.1.1.- Criterios de inclusión y procedimiento

El muestreo, al azar intencionado, se realizó en población adulta mayor que bien vivía en instituciones, en familia, o de modo independiente. Por ello, se elaboró un documento para pedir autorización en Residencias de ancianos, así como en Asociaciones de personas mayores que vivían solos o con sus familiares. En consecuencia se planificaron tres grupos de estudio: longevos que vivían en instituciones, adultos mayores que habitaban de modo independiente, y el tercer grupo lo formaban ancianos que residían con sus familias.

La selección de los participantes tuvo lugar en función de los siguientes criterios de inclusión:

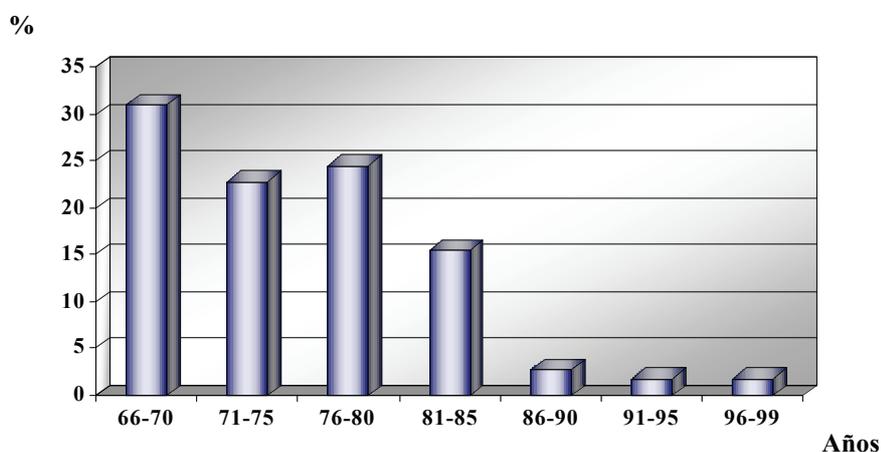
- Tener 65 años o más.
- Poseer un nivel cognitivo suficiente para poder colaborar en la recogida de datos.
- Participar voluntariamente en la investigación.

La investigación se ha realizado en el Área de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Para recoger la muestra se realizó un exhaustivo entrenamiento a tres personas, formando un equipo de *gestores de casos*, aplicando la batería psicológica, de manera heteroaplicada, a aquellos longevos que reunían los requisitos establecidos en los criterios de inclusión. Cada *gestor de caso* era supervisado por la autora y los directores de este trabajo. Tras la elección de los instrumentos pertinentes para medir las variables elegidas y proceder a la recogida de datos, se procedió a su ordenación en una base, realizándose posteriormente los análisis estadísticos con el paquete SPSS-19.

7.1.2.- Descriptivos de muestra

La muestra quedó compuesta por 110 participantes, con edades comprendidas entre los 66 y 99 años, con una media de edad de 75.7 años y una desviación típica (Dt) de 6.95. La edad de base son los 65 años, debido a que se considera como punto de partida de la última etapa del ciclo vital, la senectud. La distribución de las puntuaciones tiene una simetría positiva, predominan por lo tanto las edades menores ($As = 0.8$) y una curtosis o apuntamiento de la distribución, también positiva ($C = 0.84$). Estos datos se plasman en la figura 14.

Fig. 14. Distribución de la edad



En lo referente al sexo (figura 15), el predominio de las féminas se hace notar, con un 57,3%. Son datos que reflejan la distribución de géneros en la población española, pues las obtenidas son cifras similares a las que se recogen en el censo del INE (2012), donde el porcentaje de mujeres es igual que el extraído en esta investigación, 57,3%. El resto lo constituye el género masculino (42,7%). Esto es reseñable, dado que en la literatura científica se recogen publicaciones realizadas específicamente sobre féminas longevas, por el aumento de la esperanza de vida, y en consecuencia, mayor porcentaje de mujeres a nivel mundial (Krzemien, 2005a; Krzemien, 2005b; Krzemien, 2006; Serrani, 2008, Molina et al., 2008; Escobar et al., 2008). Pero inclusive en artículos que cuentan con una muestra similar a la de esta investigación, como es el caso de Medina (2007) (73%) o el realizado por Molina et al. (2011) en nonagenarios (64%), el porcentaje de mujeres era superior al medio nacional (INE, 2012).

Los detalles del estado civil de los adultos mayores pueden observarse en la figura 16. El porcentaje de viudos y casados es similar, aunque algo mayor en viudos (42,7%). Le siguen los solteros con un 12,7%, siendo los separados los que se presentan en menor medida (2,7%). Son reseñas semejantes a la de publicaciones como la de Krzemien (2007) o Molina et al. (2011). En el trabajo de Molina et al. (2008) detrás de viudos se situarían los solteros, por delante de los casados.

Fig. 15. Sexo

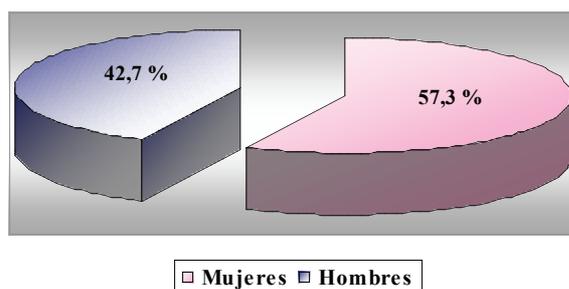
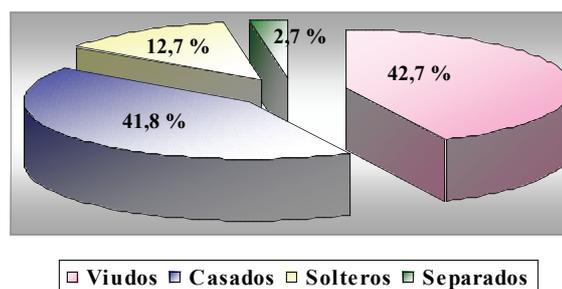


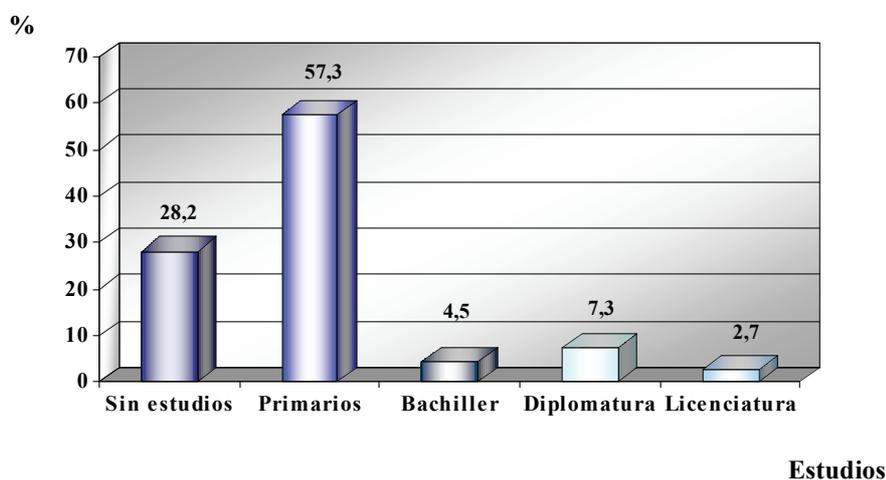
Fig. 16. Estado civil



Los ancianos de la muestra presentaban mayoritariamente un nivel educacional de estudios primarios (57,3%), como se puede observar en la figura 17. Son datos semejantes a los Molina et al. (2011). Stefani y Feldberg (2006) también presentan referencias similares en su publicación con un 59% de longevos con estudios primarios. Pero, a diferencia del presente trabajo donde la proporción de etarios sin estudios es amplia (28,2%), en los resultados de Stefani y Feldberg (2006) no se recogían sujetos sin estudios. En el trabajo de Molina et al. (2011), el analfabetismo superaba el 30%, al igual que en la publicación de Cortés et al. (2011), donde alcanzaba el 37% y mayoritariamente procedían de la urbe. En el presente trabajo la selección de los longevos se realizó tanto en medio rural como en urbano. Los estudios secundarios fueron completados por un 4,5% de los participantes, a diferencia del trabajo de Medina (2007) donde el predominio de estos estudios fue tal que alcanzó el 42%, o el de Krzemien (2005b), donde superó el 75%.

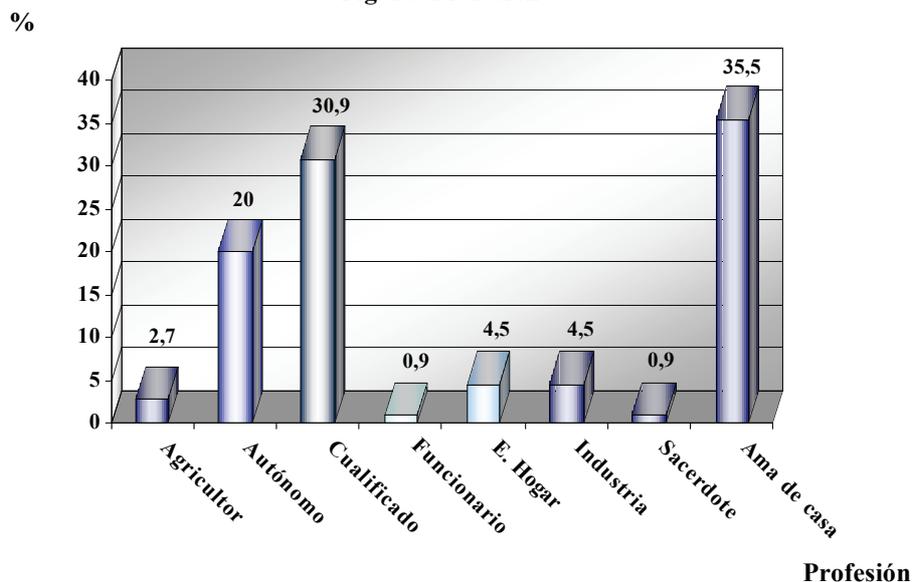
En lo referente al nivel universitario, tan sólo lo logró el 10%, repartido entre diplomados (7,3%) y licenciados (2,7%). Estos datos son similares a los que muestran en su trabajo Molina et al. (2011), pues también el mayor porcentaje se centraba en los longevos con estudios primarios, seguido de cerca por los que carecían de estudios.

Fig. 17. Nivel educacional



Otra variable analizada ha sido la ocupación que han mantenido a lo largo de su vida activa. Como la muestra era mayoritariamente femenina, la profesión predominante fue la de ama de casa, con un 35,5% (fig. 18). En la literatura científica se recoge mayoritariamente esta profesión entre los longevos, especialmente del género femenino (Molina et al., 2011; Cortés et al., 2011; Krzemien, 2007; Krzemien, 2005a; Krzemien, 2005b). Le siguen en porcentaje las profesiones cualificadas (albañil, mecánico, peluquero, sector servicios, entre otras), con casi el 31%. Por detrás se sitúan autónomo (20%) y una amplia variedad, desde agricultor (2,7%) hasta sacerdote (0,9%), pasando por funcionario (0,9%), empleada de hogar (4,5%) e industria (4,5%). Las cifras obtenidas son parecidas a las que se describen en el trabajo de Yanguas (2006). En el mismo, la profesión predominante es la de industria (24,5%), dado que la muestra fue recogida en lugares donde predomina esta actividad (País Vasco). Le acompaña en frecuencia las labores del hogar, con un 22%.

Fig. 18. Profesión



Con respecto al tipo de residencia, al ser una variable previamente establecida en el estudio, intentamos que cada grupo estuviese representado en porcentajes similares, en torno

al 33% en cada una de las categorías establecidas (figura 19). Ahora bien, las referencias encontradas en la bibliografía científica, evidentemente difieren de estos datos, así Krzemien (2006) presenta en su trabajo mayor porcentaje de adultos mayores que viven en residencias (98%), y tan sólo un 2% lo hacen en su hogar, sin llegar a especificar si es con familia o solos; para Serrani (2008) casi el 75% vivían con sus familiares; y, llama la atención un trabajo realizado exclusivamente con nonagenarios que vivían de manera independiente (Molina et al., 2011).

Fig. 19. Tipo de convivencia

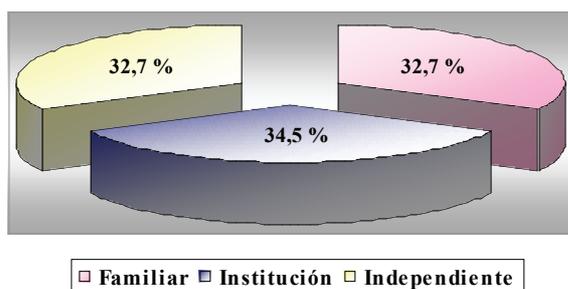
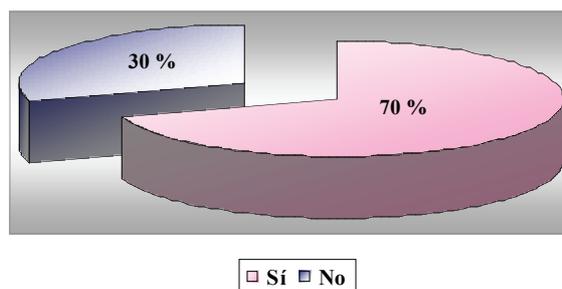


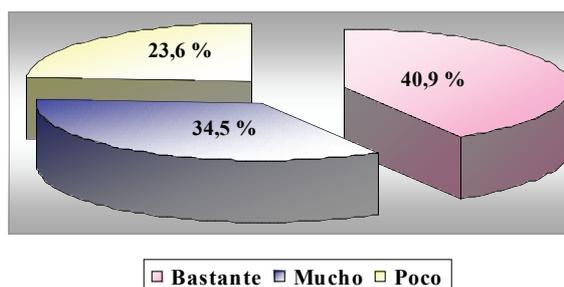
Fig. 20. Pensión



Es de reseñar que el 70% de los adultos mayores participantes en este estudio recibían pensión (figura 20). Probablemente hay que considerar esta condición como un factor importante a la hora de poder asistir a una institución, pues si no reciben ningún tipo de retribución les es más difícil costearse estos centros. Trabajos como el de Corrales et al. (2000) demuestran que los ancianos consideran que su nivel de ingresos es bajo a pesar de estar por encima de la media interprofesional, lo que en muchas ocasiones les imposibilita una mejora en su calidad de vida. En cambio, en el trabajo de Escobar et al. (2008) no quieren comentar su nivel adquisitivo.

La senectud es la última etapa del ciclo vital, y para muchos longevos es una época en la que analizan cómo les ha ido la vida, qué tipo de relación han mantenido con su entorno más cercano, si han sido felices y si están satisfechos tanto con el pasado como con el momento que viven. Esa es una de las razones por las que se ha analizado la variable grado de satisfacción (fig. 21). Y es que los adultos mayores que conforman la muestra, en su mayoría (40,9%), manifestaban estar bastante satisfechos con su vida, y en concreto con la vejez. Con poca satisfacción se encontraba un 23,6%, y el resto (34,5%) se consideraba muy satisfecho con la vida que le había tocado vivir.

Fig. 21. Grado de satisfacción



Muchos expresan su satisfacción en base a su vida familiar, de ahí que sea importante valorar si han tenido hijos y/o nietos. Como muestra la figura 22, tan sólo el 22% manifestaban no tener hijos. Los restantes poseían entre 1 y 7 hijos, con una media de 2 hijos. Esta apreciación es importante, pues se encuentran referencias (Molina et al., 2008) en las que los longevos institucionalizados se encuentran más satisfechos con el trato social, a diferencia de los que no moran en residencias, para éstos su mayor satisfacción está basada en las relaciones familiares. Meléndez-Moral et al. (2007) o Escobar et al. (2008), entre otros autores, también abogan por el refuerzo que supone para el adulto mayor una buena base de

apoyo familiar. Estas reseñas coinciden con lo aportado al mundo científico por Fernández-Ballesteros (2007). En su publicación alude al hecho de que los ancianos que habitan en la comunidad, bien independientemente o en familia, tienen más hijos (3 de media), que los que viven en las instituciones (1 como máximo). Sin hacer distinciones, son datos que se asemejan a los referidos en el presente trabajo, donde la media se sitúa entre 2 y 3 descendientes.

Fig. 22. Número de hijos

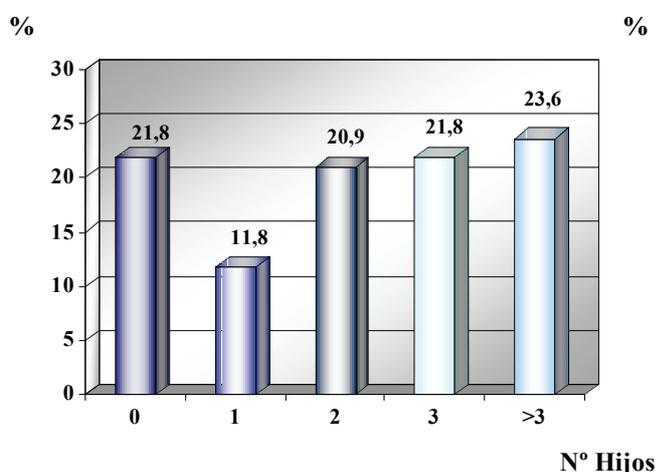
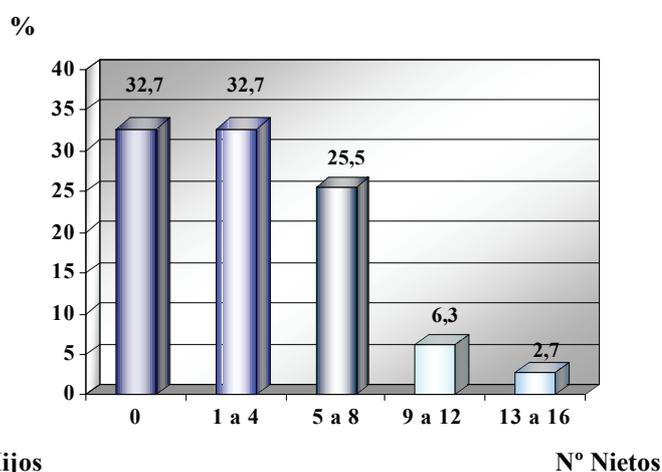


Fig. 23. Número de nietos

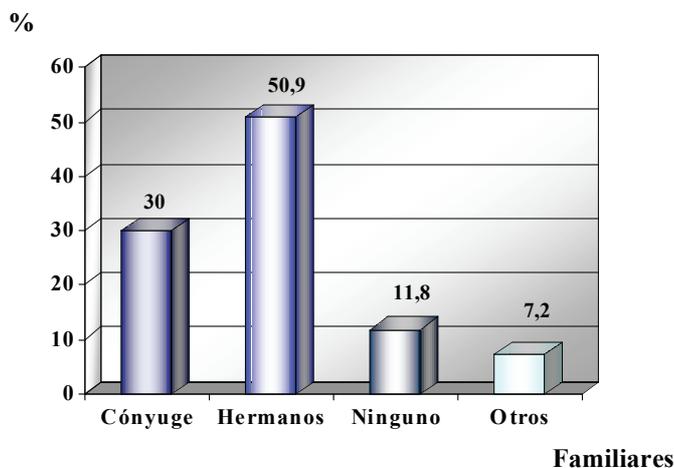


Con respecto al número de nietos (figura 23) la media solía tener entre 3 y 4 nietos (3,5), aunque con igual porcentaje se encontraban aquellos que no tenían ninguno y los que reunían entre 1 y 4. Solamente el 9% atesoraba más de 9 nietos. Los restantes, un 25,5% contaba entre 5 y 8 nietos. Osuna (2006) hace referencia al beneficio del contacto abuelo-nieto. La media, en este artículo es de 4 nietos, destacando de sobremanera unas muy buenas relaciones intergeneracionales, al igual que en la publicación de Escobar et al. (2008).

No sólo es importante valorar la correspondencia con hijos o nietos. Teniendo en cuenta que el 42% estaban casados y un tanto por ciento similar ya se habían quedado viudos, es elemental analizar con qué miembros de la familia sustentaban mejor nexo. Esos datos se

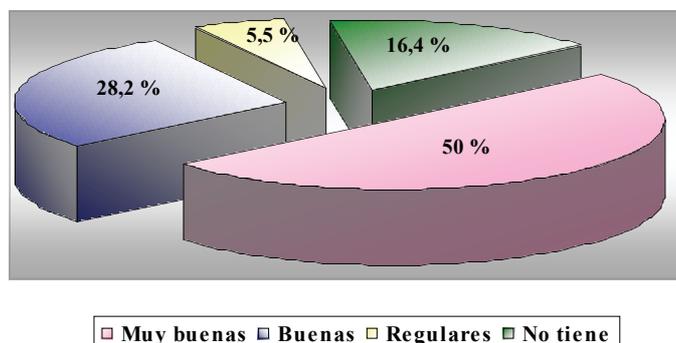
recogen en la figura 24, en la que puede observarse que el 51% disfrutaba de la compañía de sus hermanos, el 30% lo hacía con su cónyuge. La fracción remanente, otros (7,2%), se repartía entre biznietos, primos y sobrinos. Despunta casi el 12% del total muestral, pues no tiene relación con ningún miembro de su familia. En el artículo de Meléndez-Moral et al. (2007) se establecen diferencias de interacción en función del sexo, es relevante porque las longevas, a pesar de vivir con su pareja, buscan más apoyo psicológico en los hijos, a diferencia de los varones. Estos encuentran mayor sustentáculo en la pareja, seguida de los hijos/nietos. En ambos casos, el percibir cerca de los hijos, y el sentirse protegidos ayudan a generar bienestar en la persona mayor.

Fig. 24. Otros familiares



Como ya se ha dicho con anterioridad, tanto el número de hijos como el de nietos, como si guardan relación con otros familiares, es fundamental en consonancia con el grado de satisfacción que revelan los adultos mayores de esta publicación.

Fig. 25. Relaciones familiares

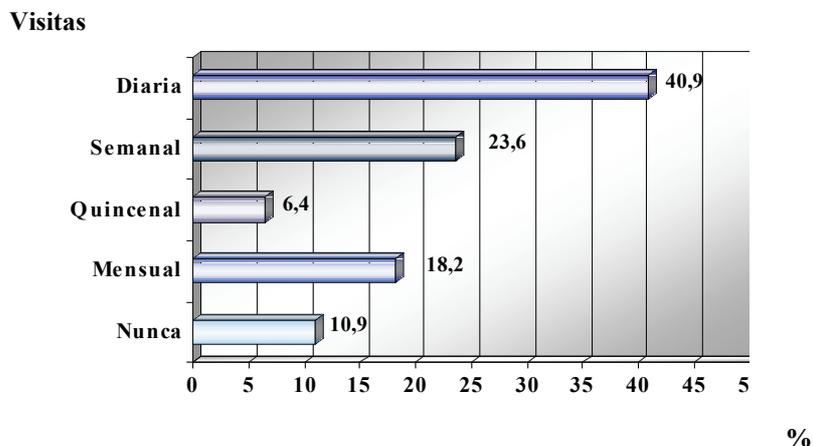


No obstante, como se recoge en la (figura 25), las relaciones que mantienen con la familia es parte vital de su propio bienestar. La mitad definían el vínculo con la familia como muy bueno, y del porcentaje restante, el 16% no mantenían ningún tipo de conexión. En algunos casos, el trato con los miembros del clan es menor, pero sí lo mantienen (Meléndez-Moral, 2007; Arias y Polizzi, 2010).

En gran parte de las ocasiones, los longevos establecen una relación de ayuda mutua con sus familias (Gómez et al., 2005; Herrero y Gracia, 2005), para seguir sintiéndose útiles, lo que aumenta el grado de satisfacción personal, y fomenta los lazos íntimos.

Siguiendo en la estela de la satisfacción personal, y de la felicidad que les origina a los mayores ser referencia en su entorno personal, se recogieron apuntes sobre la periodicidad de las visitas que sus familiares les profesaban (figura 26). En este sentido, más del 40% contaban diariamente con la presencia de algún miembro familiar, continuando en frecuencia las semanales (23,6%), y en discreta minoría estarían los encuentros mensuales que acogían muy bien cuando llegaba el momento. Hay que enfatizar la soledad de aquellos adultos mayores que no tenían a bien ser visitados por ningún integrante de sus allegados (11%).

Fig. 26. Periodicidad de visitas

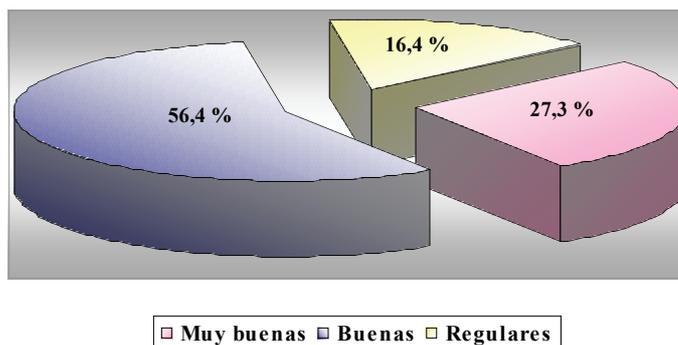


Cuando se contrastan las reseñas del presente estudio con las encontradas en la literatura científica se descubren trabajos en los que el 65% de los mayores son visitados de modo semanal, e incluso, casi un 40% se beneficia de los encuentros con miembros de su entorno familiar o social, diariamente (Escobar et al., 2008). Estos autores coinciden con Fernández-Ballesteros (1997) en que los octogenarios que viven en la comunidad son más partícipes de las visitas que los que están en instituciones, tanto si las realizan, como si las reciben.

La importancia de mantener el status social cuando se llega al ocaso de la vida, se convierte para muchos longevos en una verdadera obligación. Alguno de ellos establecen lazos con personas que se encuentran en idéntica situación a ellos, constituyendo en algunas ocasiones parte del pilar de su vida en esta etapa en la que el final de su existencia se aproxima. En la figura 27 se transcribe la información aportada por los veteranos participantes de este trabajo sobre sus propias relaciones sociales. Más del 80% confiesa que el trato que dan, y reciben, de su entorno social está entre bueno y muy bueno. Esto también

se refleja en la literatura consultada para la realización de esta investigación (Arias y Polizzi, 2010; Corrales et al., 2000; Fernández-Ballesteros, 1997).

Fig. 27. Relaciones sociales



Como se puede observar, hay diferencia en cuanto a las relaciones, un marcado 16% no practica ningún tipo de relación con la familia de procedencia. En cambio, a nivel social no se recoge información de ningún octogenario que mantenga mala armonía con su entorno social. He ahí el valor que para ellos abriga la protección que le ofrece su círculo de amistades.

En analogía con lo descrito anteriormente, el valor de la amistad es crucial para esta etapa final del ciclo vital. Esto es especialmente significativo por las reseñas referidas sobre las conexiones familiares, puesto que un 16% carecían de nexos de unión con sus descendientes. Los adultos mayores de la muestra cuentan en casi el 60% de los casos, con pocos amigos, y el 40% restante se reparte en partes iguales entre muchos compañeros y ningún conocido, como muestra la figura 28.

Algo similar sucede con la amistad en género femenino, puesto que más del 60% confiesan contar con pocas féminas en su círculo de afines (figura 29). Al igual que en el caso

de los amigos del género masculino, un 20% de los entrevistados revela que no posee ninguna amiga. El resto (17,3%) comparte amistad con muchas mujeres.

Fig. 28. Amigos

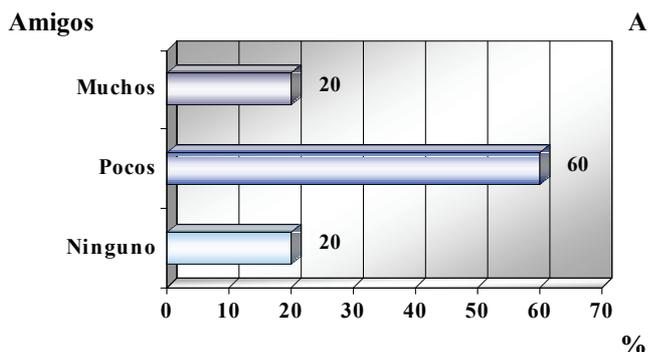
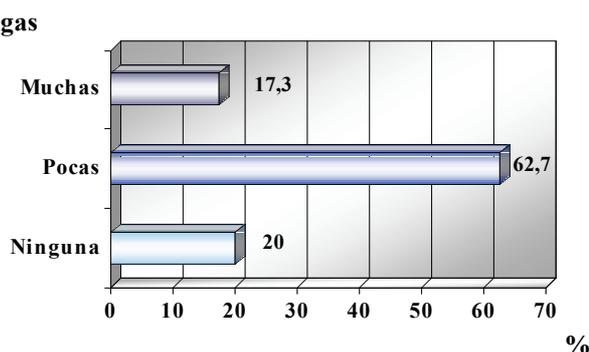


Fig. 29. Amigas



La referencia a la afinidad con el entorno social es puesta de manifiesto, en múltiples publicaciones científicas (Fernández-Ballesteros, 1997; Concha et al., 2000; Herrero y Gracia, 2005; Meléndez-Moral et al., 2007; Escobar et al., 2008; Arias y Polizzi, 2010).

La ocupación del tiempo libre es una variable fundamental y en la revisión realizada sobre envejecimiento y deterioro cognitivo, son múltiples los autores que defienden la ocupación en los momentos de ocio con actividades para mantener, en la medida de lo posible, la integridad cognitiva (Fernández-Ballesteros, 1997; Molina et al., 2011). Lo mismo sucede con el ejercicio físico, estudios recientes demuestran que el realizar actividad física de modo regular, previene tanto el declive cognitivo (Colcombe et al., 2003; Kramer et al., 2006; Lautenschlager et al., 2008; Ventura, 2012) como la depresión (Robertson et al., 2012).

En la presente investigación se recoge que el 73% de los participantes sí ocupaba su tiempo (figura 30). con tareas como pasear (22,7%), hablar (14,5%), ver televisión (8,2%), centrarse en la religión (5,5%), jugar con los amigos/as (4,5%), o varias actividades a la par

(17,3%). Aunque también es de destacar que más del 25% no ocupa su ocio con ninguna labor (figura 31).

Fig. 30. Actividades

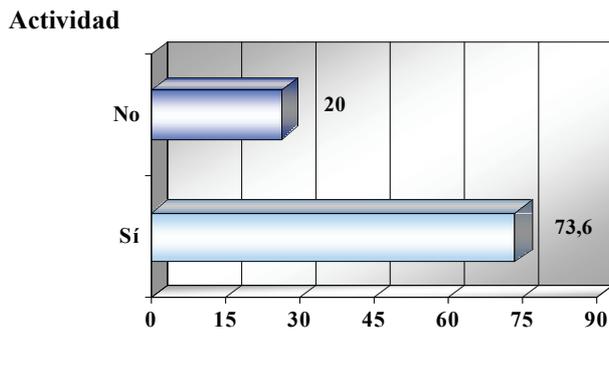
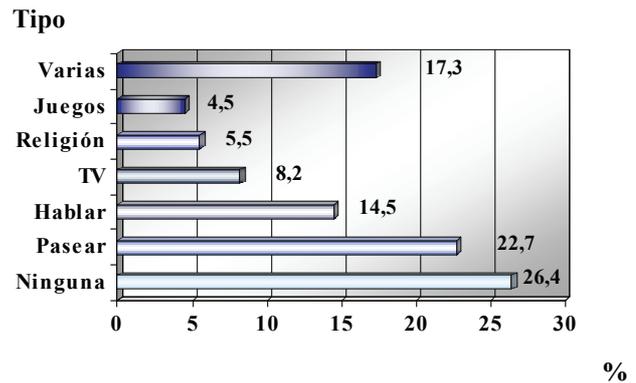
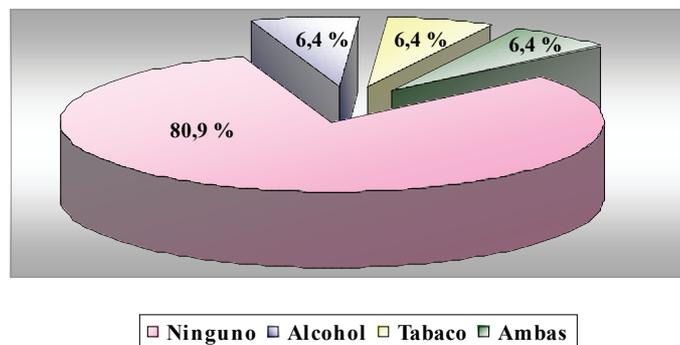


Fig. 31. Tipo de actividades



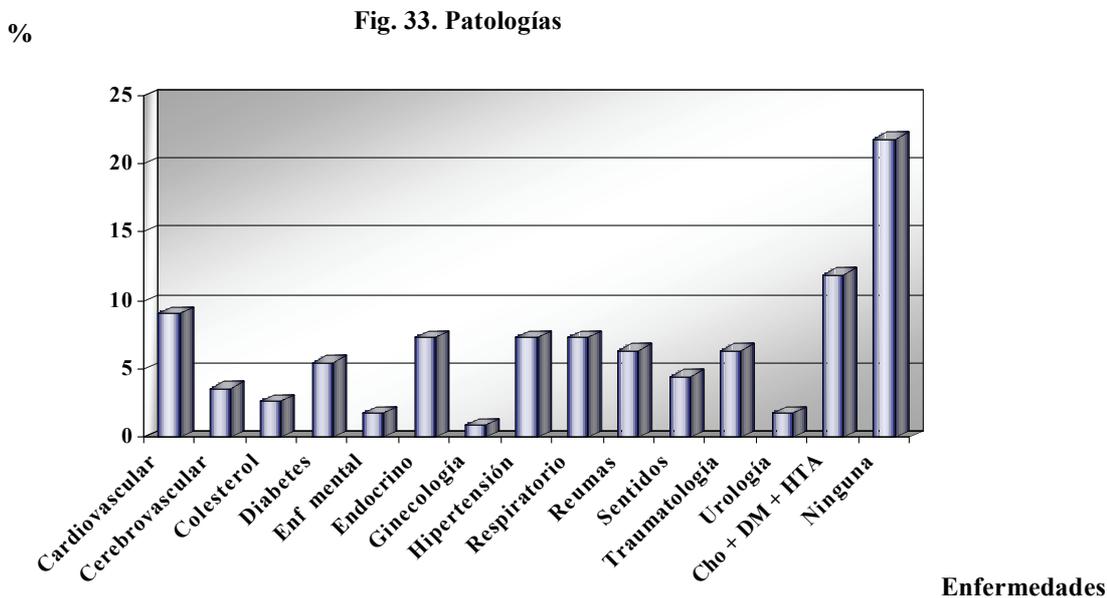
De nuevo cabe citar a la prolífica autora Fernández-Ballesteros (1997), que recoge en su publicación tareas de ocupación del tiempo libre de los longevos muy similares a las plasmadas en el presente trabajo. En su artículo mayoritariamente ver televisión o escuchan la radio, especialmente los etarios que viven en sus domicilios. En cambio, los longevos del actual análisis pasean con mayor frecuencia que realizan otras tareas.

Fig. 32. Hábitos



En lo que atañe a los hábitos que cada longevo confiesa, casi el 81% no practica ninguna conducta. El resto se reparte, a fracciones iguales (6,4%), entre consumir alcohol, fumar tabaco, o realizar ambas adicciones a la par (figura 32).

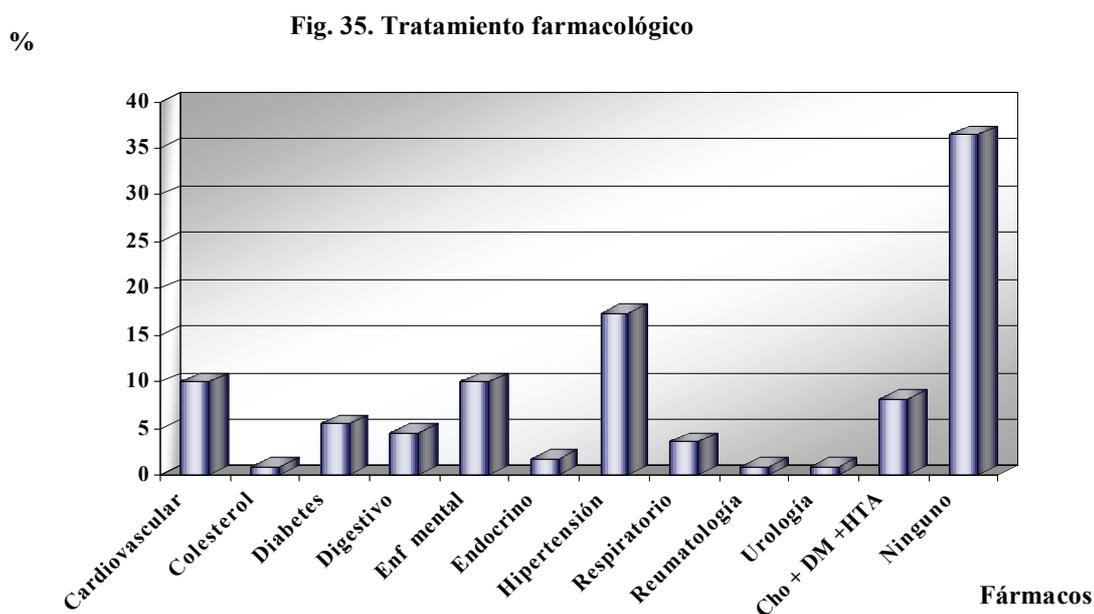
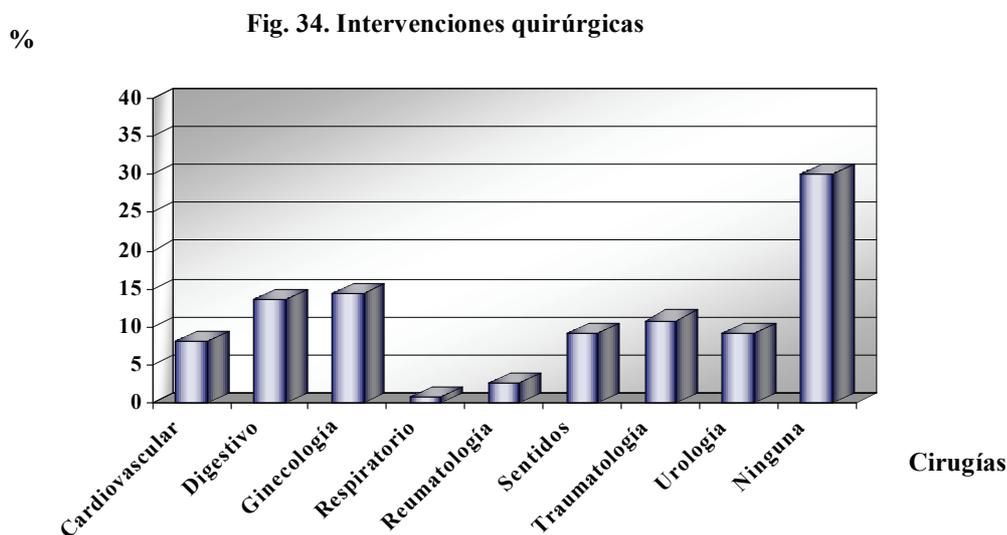
Cuando los mayores deciden hablar de sus patologías, tanto físicas como psíquicas, elaboran auténticos listados, que simulan a los que trasciben cuando han de realizar cualquier tipo de compra (figura 33). Destacan casi un 22% con ausencia de dolencias, el 78% que resta se distribuye tal y como se pone de manifiesto a continuación, recalcando la coexistencia de factores de riesgo para la evolución del deterioro cognitivo, como son *diabetes, colesterol e hipertensión* (SEC, 2012; López y Jiménez, 2011; Vicario et al, 2011a; Vicario et al., 2011b; Boyle et al., 2010; Gich et al., 2005; Corrales et al., 2000).



Al igual que sucede en el presente trabajo, en el ámbito científico se encuentran reseñas como la de Hervás et al. (2003), en la que casi la mitad de la muestra recogida presentaba

HTA como patología más prevalente, seguida de ansiedad, DM, hipercolesterolemia y depresión, en porcentajes muy similares. Otros autores (Von Korff et al., 2012) indican que el control de la propia patología depresiva favorece también el control de otras dolencias como son diabetes mellitus, hipercolesterolemia e hipertensión arterial.

Si se describen las cirugías sufridas por esta muestra sobresale el 30% que nunca se ha sometido a ninguna intervención quirúrgica. El resto se representa en la figura 34.



Por último se especifica la medicación prescrita a los integrantes de la muestra, (figura 35), y, de nuevo, destaca que un 36% no sigue tratamiento alguno. Diversos estudios defienden el uso de fármacos destinados al tratamiento de enfermedades como el colesterol o la hipertensión, para prevenir el desarrollo de demencia a partir de deterioro cognitivo (Ventura, 2012; Vicario et al., 2011a; Vicario et al., 2011b; López y Jiménez, 2011; Gich et al., 2005). Pero también se recoge en la literatura científica que la toma de determinados medicamentos, como puedan ser los ansiolíticos tipo benzodiazepinas, los antidepresivos o los hipnóticos, favorece el desarrollo de deterioro cognitivo en los longevos, independientemente de la edad, de los hábitos y de la educación (Hervás et al., 2003). En este trabajo no se especifica el tipo de medicina que consumían los longevos, pero sí se observa que hay un 10% que habitualmente toma medicamento para algún tipo de patología mental (fig. 35).

7.2.- Batería de instrumentos

El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza

André Maurois

7.2.1.- Entrevista semiestructurada

Para poder tener los datos de referencia de todos los participantes en el estudio, se procedió a la pasación, dentro de la batería de instrumentos, de una entrevista semiestructurada. En ella se recogían reseñas personales, familiares y socioculturales, el estado de ánimo en aquel momento, así como otros hábitos de la vida.

Las referencias plasmadas en la entrevista servían para establecer, según los criterios de inclusión, quiénes podían participar y qué longevos no lo podían hacer.

A continuación se describen los instrumentos empleados en esta investigación, por orden de aplicación:

7.2.2.- Mini-Mental State Examination, MMSE, Miniexamen del Estado Mental o Mini-Mental (*de Folstein et al., 1975*. Miniexamen Cognoscitivo (MEC) *Versión española de Lobo y Ezquerro, 1979*).

El test original es el Mental State Examination, MMSE o Mini-Mental, de Folstein (Folstein, et al., 1975). Posteriormente se publicó en 1998 y 2001. En la adaptación española del mismo se encuentra el MEC, realizada por Lobo y colaboradores en 1979, 1999 y 2002 (Lobo et al., 2002).

Se trata tanto de un test de cribaje de deterioro cognitivo, como de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Es un elemento muy valioso para la cuantificación objetiva del rendimiento cognoscitivo. Tiene elevada sensibilidad y buena

fiabilidad, tanto interobservador como test-retest (Folstein et al., 1975; O'Connor et al., 1989; Tombaugh y McIntyre, 1992). La consistencia interna es elevada, con alfa de Crombach superior a 0,9, en pacientes médicos y en torno al 0,7 en estudios comunitarios. La fiabilidad test-retest oscila entre 0,8 y 0.95 (Tombaugh y McIntyre, 1992).

El MMSE puntúa como máximo un total de 30 puntos, puede ser administrado entre 5 y 10 minutos, y es de fácil e inmediata interpretación. Los ítems están agrupados en apartados que comprueban ORIENTACIÓN (10 puntos) en tiempo y espacio; FIJACIÓN Y MEMORIA (6 puntos) tanto inmediata como de fijación y recuerdo diferido; CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO (5 puntos); LENGUAJE (8 puntos) y CONSTRUCCIÓN VISUOESPACIAL (1 punto). Cada respuesta válida equivale a 1 punto, por 0 de las incorrectas. El cribado se sitúa en 24. Puntuaciones inferiores a 24 se consideran patológicas, esto es, indicativas de deterioro cognitivo o demencia. Con este punto de corte la sensibilidad se situaría cercana al 80% en casos de demencia, y del 90% en otras patologías clínicas. La clasificación de los puntajes, en relación con el deterioro cognitivo, sería la que sigue: Severo: (0 a 9 puntos). Moderado: (10 a 16 puntos). Ligero: (17 a 23 puntos). No deterioro: (24 a 30 puntos) (Medina, 2007).

Los ítems que mayor discriminación presentan, de acuerdo con el diagnóstico de demencia, son el recuerdo diferido de tres palabras, las series de sustracción (de 7 en 7 o deletrear la palabra mundo al revés), el dibujo de pentágonos y la orientación en el tiempo.

Existen estudios en los que se recoge la necesidad de adecuar el MMSE al nivel cultural del paciente, así como a la edad (Tombaugh y McIntyre, 1992; Giménez-Roldán et al., 1997; Blesa et al., 2001), pues no se recogen de igual modo los datos según tenga un bajo nivel educacional, o disponga de estudios universitarios. Para esta diferenciación, se podrían

establecer los siguientes puntajes: inferiores a 19 para aquellos longevos que hubiesen recibido escolarización entre 0 y 4 años; menores a 23, si han cursado entre 5 y 8 años; por debajo de 27, cuando el nivel educacional se ha forjado entre 9 y 12 años, y menos de 29 en el supuesto que haya alcanzado formación universitaria (Bermejo et al., 1994).

En relación con la edad, según algunos autores (Tombaugh y McIntyre, 1992; Bermejo et al., 1994), cuando se superan los 80 años puede ser que disminuyan las puntuaciones. Este hecho puede estar en relación con la asociación aumento de edad-aumento de riesgo de padecer patologías subclínicas tanto vasculares como degenerativas.

7.2.3.- Geriatric Depression Scale (GDS) o Escala de Depresión Geriátrica. Versión de 15 ítems. (GDS-15, Yesavage, 1983).

La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Geriatric Depression Scale, GDS), fue diseñada por Brink y Yesavage en 1982. Se concibió específicamente para evaluar el estado de ánimo de los ancianos, básicamente porque se conocían otras escalas que sobrevaloraban los síntomas somáticos o neurovegetativos. Su contenido se centra en aspectos cognitivo-conductuales relacionados con la clínica depresiva del adulto mayor. Pero no se recomienda su uso para establecer la severidad de la depresión, ni la evolución de la misma, ni siquiera para comprobar la respuesta al tratamiento.

Se conocen varias versiones de esta escala. La original consta de 30 ítems, y mostró una validez test-retest mayor, eliminando los ítems de contenido somático. Posteriormente, en 1986 Brink y Yesavage desarrollaron una versión más abreviada, de 15 ítems, con similar validez predictiva que la de 30 ítems, y con una fiabilidad inter e intraobservador muy alta. Por último presentaron otras adaptaciones más breves (4, 5 y 10 ítems) (D'Art et al., 1994; Van Marwijk et al., 1995; Hoyl et al., 1999).

La Escala de Depresión Geriátrica, GDS-15, ha sido elegida para la presente investigación por su buena consistencia interna, así como de fiabilidad de test-retest, que presentan sus propiedades psicométricas. Es un cuestionario de respuestas dicotómicas SI/NO, diseñado en principio, para ser autoadministrado, pero que también admite la heteroaplicación, leyendo las preguntas y explicándole al sujeto de estudio que no medite mucho la respuesta. El sentido de las preguntas está invertido de modo aleatorio, con la intención de evitar que el entrevistado responda siempre en el mismo sentido. Es importante contextualizar las situaciones que se suscitan, en la semana previa, o en el momento actual, no anteriormente.

Cada ítem se estima como 0/1, puntuando las afirmativas como indicativas del trastorno afectivo, y las negativas como normalidad. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) indicaban depresión cuando se respondían negativamente. La puntuación total equivale a la suma de los ítems, con un rango entre 0-15. Podrían establecerse como puntos de corte: 0-5 puntos: no depresión; 6-9 puntos: probable depresión; 10-15 puntos: depresión establecida.

El hecho de que sea tan sencilla en su abordaje, así como el tener buena sensibilidad (80%-90%) y especificidad (70%-80%) para el punto de corte mayor o igual a 6, hace que sea la elegida para el cribado del paciente geriátrico y se emplee con confianza en el diagnóstico diferencial de la pseudodemencia con respecto a la depresión (Sheikh y Yesavage, 1986). Aguado et al. (2000; cit. por Hervás et al., 2003), recogen hasta un 100% de especificidad, con una sensibilidad del 80%, si la puntuación es superior a 9, y un 95% de especificidad, con

una sensibilidad del 84%, si está entre 6 y 9. Es decir, que por término medio, coinciden con las citas de Sheikh y Yesavage, (1986).

7.2.4.- Escala multidimensional de evaluación de estilos generales de afrontamiento (COPE, de Carver et al., 1989. Versión española de Crespo y Cruzado, 1997).

La escala de afrontamiento en la versión de Crespo y Cruzado (1997) ha sido elegida por los buenos índices, tanto de consistencia interna como de fiabilidad de test-retest, que presentan sus propiedades psicométricas. Este cuestionario se basa en el modelo de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) y en el modelo de autorregulación conductual de Carver y Scheier, (1981; Carver y Scheier, 1983), Carver et al. (1989) y Scheier y Carver (1988). El COPE es una escala multidimensional, y surge el planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable más que una adaptación específica. Esta es la razón por la cual su planteamiento de base es el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986). Y una de las razones por las que se ha elegido el COPE en este trabajo.

Se trata de una versión reducida con respecto a la original (Carver, 1989). Consta de 42 ítems, con una variabilidad en las puntuaciones que oscila entre 1 y 4. Así, el 1 representa el NO; el 2, UN POCO, el 3 es BASTANTE y termina con MUCHO, representado por el número 4. Cuando los longevos eligen una opción, ésta es la que más se ajusta a su manera de sentir, de pensar o de actuar, ante una situación estresante, que le lleve a una situación de ansiedad. Pero es importante informarles de que no existen respuestas buenas o malas, si no que tan sólo existen respuestas.

Con el COPE, se pueden llegar a obtener 14 factores de primer orden, y 5 de segundo, dividiéndose como sigue a continuación:

Factores de primer orden: Afrontamiento Activo, Planificación, Búsqueda de apoyo social e instrumental, Búsqueda de apoyo social y emocional, Supresión de actividades distractoras, Religión, Reinterpretación positiva, Refrenar afrontamiento, Aceptación, Centrarse en emociones y desahogarse, Negación, Desconexión mental, Desconexión conductual y Humor.

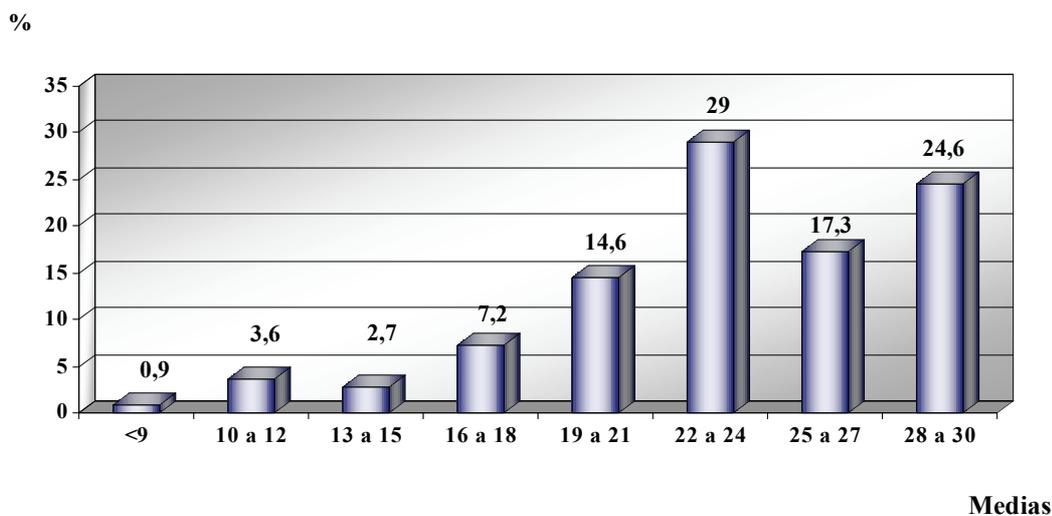
Factores de segundo orden, que representan cinco modos básicos de afrontamiento: Afrontamiento conductual del problema Afrontamiento cognitivo del problema, Escape cognitivo, Afrontamiento de las emociones y Escape conductual.

7.2.5.- Descriptivos de instrumentos

7.2.5.1.- Descriptivos del Mini-Mental State Examination (MMSE) o Mini-Mental

En primer lugar, se procedió al examen de la primera prueba de la batería de pasación, el Mini Mental. Como ya se ha comentado, consta de 30 preguntas, y el punto de corte del deterioro cognitivo se sitúa en 24. Por debajo del mismo, los longevos presentan declive cognitivo. He aquí los porcentajes obtenidos en las puntuaciones, según las respuestas obtenidas, mostrados en la figura 36. La media de las puntuaciones fue de 23,34 con Dt = 4,09.

Fig. 36. Puntuaciones del Mini Mental



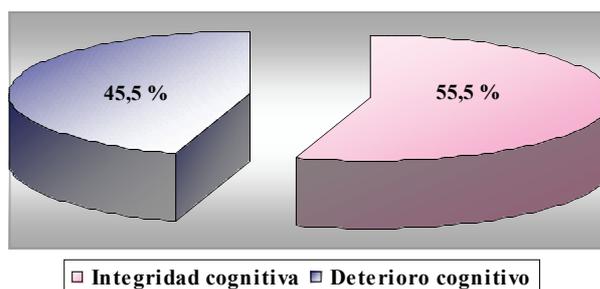
Teniendo en cuenta que el punto de corte del MM se sitúa en 24, se pueden establecer dos categorías a partir del mismo, en función de los puntajes conseguidos en la prueba:

Mayores con puntuación superior o igual a 24 serían definidos como *íntegros cognitivamente*.

Ancianos situados por debajo de 24 entrarían en la categoría de *posible caso de deterioro cognitivo*.

Esta categorización quedaría recogida en la figura 37:

Fig. 37. Mini Mental



Según los resultados obtenidos puede decirse que más del 55% de la muestra presenta puntuaciones superiores a la media, especialmente llama la atención que casi la cuarta parte de la muestra haya obtenido calificaciones iguales o superiores a 28. Este dato es de marcada relevancia, puesto que según lo referenciado en publicaciones encontradas sobre el tema (Tombaugh y McIntyre, 1992; Giménez-Roldán et al., 1997; Blesa et al., 2001) la edad y el nivel educacional han de ser tenidos en cuenta, tanto a la hora de la pasación como de la interpretación de los resultados. La población participante en el presente trabajo, mayoritariamente tenía nivel de estudios primarios seguido por aquellos cuyas circunstancias vitales no les permitieron cursar estudios. Estos dos grupos constituirían más del 85% del total muestral (fig. 17, pág. 194), y tan sólo un 10% habría tenido el privilegio de acudir a la universidad. Por lo tanto, los datos que conciernen al estudio actual no corroborarían las hipótesis que plantean los autores antes mencionados, dado que en la muestra recogida no es tanta la influencia que ejerce el nivel cultural del adulto mayor. En lo referente a la edad, sí

pueden coincidir los datos, dado que la media de la presente investigación se sitúa en 75,7 años, con una desviación típica de 6.95 (fig. 14, pág. 192), cuyas edades oscilan entre 69 y 83 años, abarcando entre estos márgenes casi el 77% del tamaño muestral.

Las reseñas anteriores muestran que los adultos mayores de la presente investigación se conservan más íntegros cognitivamente. Los resultados logrados en el presente trabajo resultan ser similares a los de Fragoeiro et al. (2007), quiénes recogen en su muestra, de menor tamaño, una proporción del 25% de ancianos con declive cognitivo. Quizás el hecho de que su cognición se mantenga más activa, pueda ser fruto tanto del entorno familiar y social en el que viven, como de las actividades de ocio que practiquen. Estas apreciaciones son apoyadas por referencias similares encontradas (Fernández-Ballesteros, 1997; Molina et al., 2011). Como se ha especificado con anterioridad, los participantes del estudio tienden a pasear más que a realizar otro tipo de actividades, y ésta es una faceta que puede influir muy positivamente sobre la cognición, como se refleja en otras referencias (Colcombe et al., 2003; Kramer et al., 2006; Lautenschlager et al., 2008; Ventura, 2012). En estos artículos se resalta la estrecha relación, favorable, entre capacidad cognitiva y ejercicio físico, y el papel protector del segundo sobre la primera.

Cuando se buscan referencias científicas en relación con el declive cognitivo de los longevos, se encuentran reseñas como las de Franco et al. (2001) en donde se alude al hecho de que los longevos con mejor capacidad cognitiva presentan menos tendencia a la sintomatología depresiva. Esto puede ser consecuencia del sentimiento de minusvalía que tienen los adultos mayores cuando presentan deterioro cognitivo, especialmente en las primeras fases del declive, que es cuando mantienen mayor conciencia de sus déficits (Migliorelli et al., 1995).

Otros autores como Hervás et al. (2003) establecen relación entre la cronicidad de afecciones como puedan ser la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia o la diabetes, entre otras, con el incremento del declive cognitivo en esta población. Estas reseñas son coincidentes con las de López y Calero (2009), los cuales publican que existen predictores biológicos del deterioro cognitivo en ancianos como son la hipertensión arterial, el ser portador del alelo E4, la hipercolesterolemia, el tabaco o la toma de medicación que afecta al sistema nervioso, entre otros. De igual modo destacan el uso del Mini-Mental como predictor del declive cognitivo, a dos años vista, especialmente si se falla en el recuerdo diferido o en construcción visuoespacial.

En vista de los resultados puede decirse que, tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción mnésica es la alteración cognoscitiva más común, que además contribuye a mermar la calidad de vida de los que sufren este tipo de disfunción. Esto influye negativamente en la capacidad por aprender nuevas habilidades, o en la evocación de los recuerdos. Por tanto podría decirse que, los integrantes de la muestra pueden lograr frenar el deterioro cognitivo llevando a cabo un estilo de vida activo y saludable, tanto a nivel físico, como intelectual y social, a lo largo de su vida, coincidente con estudios como el de López y Calero (2009) y Ventura (2012).

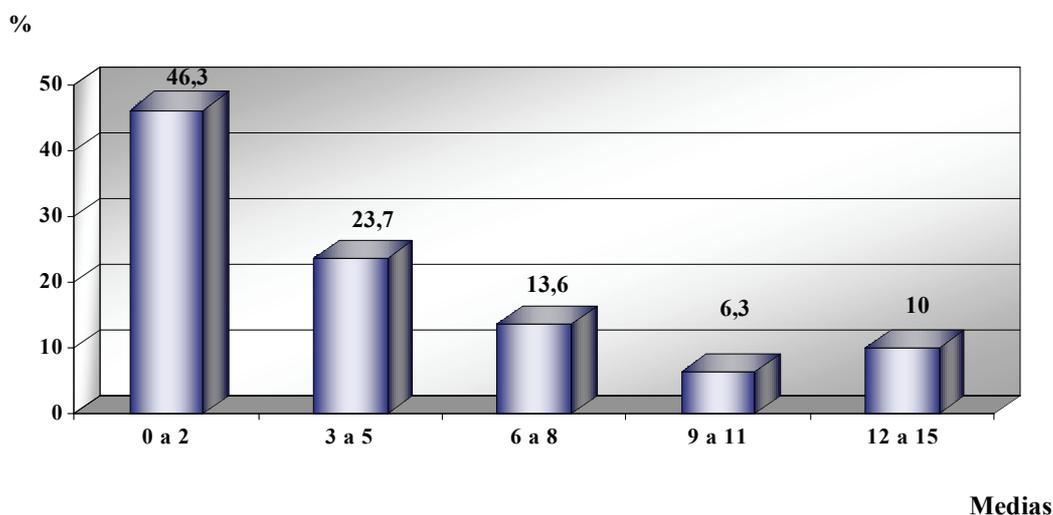
Por último, Olave-Spúlveda y Ubilla-Bustamante (2011) en su trabajo realizado exclusivamente con ancianos institucionalizados, aluden a la necesidad de realizar programas de psicomotricidad entre los adultos mayores, dado que, si bien la psicomotricidad comprende diversas áreas: la actividad motora, el trabajo cognitivo o la socialización con refuerzo positivo, constituye además una herramienta que se utiliza para mejorar la calidad de vida del adulto mayor debido a sus múltiples beneficios. Es importante emplear este tipo de

programas de forma temprana para evitar o retrasar el deterioro cognitivo y prevenir la aparición de demencias.

7.2.5.2.- Descriptivos del GDS-15

Seguidamente se estudiaron las calificaciones obtenidas en la Escala de Depresión Geriátrica, de 15 ítems. La figura 38 muestra la relación entre los porcentajes obtenidos según la media de las notas alcanzadas.

Fig. 38. Puntuaciones del GDS - 15



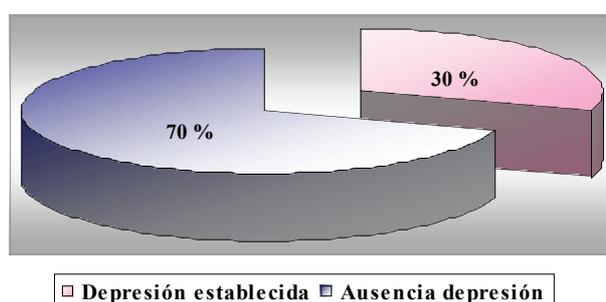
La media de las puntuaciones fue de 4,32 con $Dt = 4,13$. Presenta una distribución asimétrica positiva (1,04), predominando las puntuaciones bajas; la curtosis está cercana al cero (0,09), es decir, la curva es mesocúrtica.

Al igual que sucede con las puntuaciones del Mini Mental, los datos logrados en la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems pueden dividirse en dos niveles diferentes, en función de si han puntuado menos o igual a 6, y más de 6:

Ancianos con puntuación menor a 6: entrarían en la categoría especificada como *ausencia de depresión*.

Aquellos que han puntuado 6 o más de 6: se catalogarían en el grupo definido como *depresión establecida*. Los detalles se exponen en la figura 39:

Fig. 39. GDS-15



Por lo tanto, merece la pena destacar que el 70% de los adultos mayores de la muestra no presentaban sintomatología depresiva, esto es, sus puntuaciones en la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems eran iguales o inferiores a 6 puntos. Y, al igual que sucede en el caso de la integridad cognitiva, pudiera ser que el entorno socio-familiar, y las actividades de ocio, ejerzan un papel importante de modo que puedan interferir positivamente, evitando que aparezca la clínica depresiva. En ese sentido, un claro protector del estado de ánimo es el ejercicio físico, como se recoge en artículos recientes (Robertson et al., 2012; Herring et al., 2012) pues evita o retrasa la aparición de clínica depresiva. Por el contrario, el 30% restante se enclavaba dentro de la categoría de la depresión establecida. Como puede observarse, casi el 14% estarían aquejados de patología afectiva manifiesta, concretamente, depresión establecida. Se encuentra en la bibliografía algún estudio en el que también se emplea la Escala de Yesavage para cuantificar la sintomatología depresiva de los adultos mayores (Cruz

et al., 2010). En él se relaciona el grado depresivo establecido y, por ende, mayor sintomatología del cuadro, gracias a la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, con la orientación hacia aspectos psíquicos interiorizados como son, entre otros, el autoconcepto, la percepción de haber alcanzado logros y metas y la frustración. Así se asevera, una percepción de su pasado y de sí mismos negativa y desvirtuada, lo cual, a su vez, influye en su perspectiva de futuro.

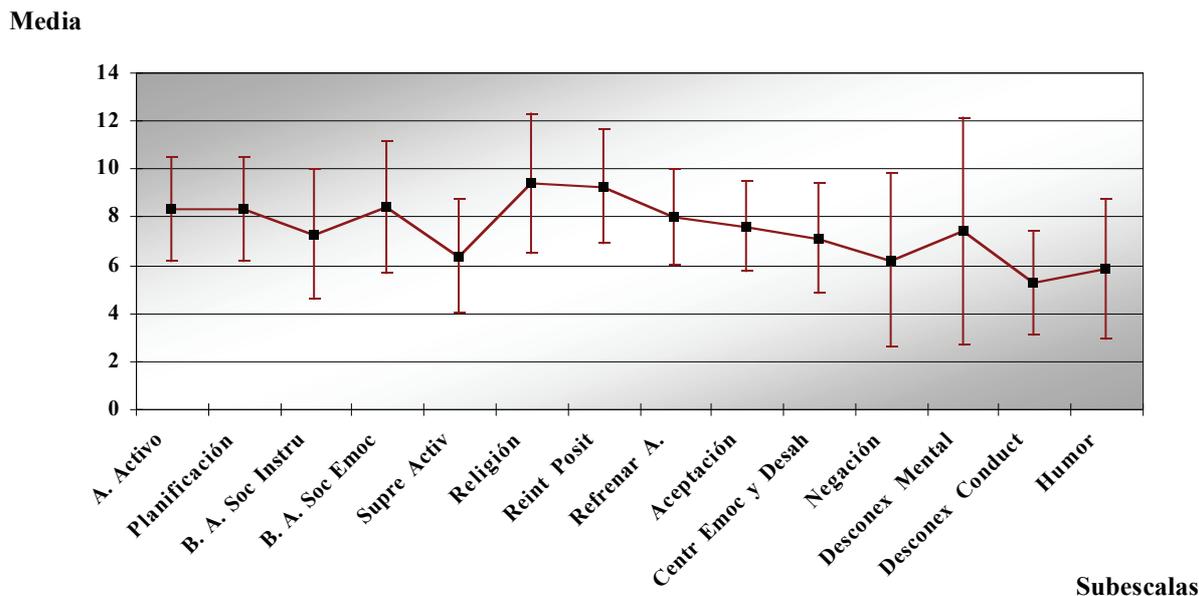
En la publicación de Hervás et al. (2003), los ancianos presentan mayores puntajes en depresión a medida que aumentan en edad. Del mismo modo, estos autores postulan a la institucionalización como factor a tener en cuenta para desarrollar depresión. Podrían establecerse, como bien refiere Agüera et al. (2011) en su publicación, factores que influyen en la aparición de clínica depresiva como son el sexo femenino, las empobrecidas relaciones familiares y sociales, el progresivo aumento de la edad, el deterioro cognitivo o las enfermedades físicas. En el presente trabajo, según los datos recogidos, los integrantes de la muestra gozan tanto de buenas relaciones familiares como sociales, del mismo modo que presentan en términos generales buena salud. Quizás sean esas las causas, entre otras múltiples, de que los ancianos de esta investigación posean menos niveles de depresión, a pesar de que mayoritariamente sean las féminas quienes en mayor proporción participan. En la literatura se encuentran referencias como la de Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamante, (2011) en la que se alude al beneficio de la actividad intelectual, así como a la intervención psicomotriz para prevenir los episodios depresivos.

7.2.5.3.- Descriptivos del COPE.

Por último se analizó la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento. El resultado que se obtuvo se recoge en la figura 40, y plasma el

perfil de Estrategias de Afrontamiento de Primer orden, representado por los valores medios en cada subescala.

Fig. 40. Perfil de las Estrategias de Afrontamiento de Primer orden



Las puntuaciones medias más altas obtenidas por el grupo de trabajo corresponderían a las estrategias más frecuentemente empleadas por los longevos de la muestra, y son: *Religión* y *Reinterpretación Positiva*, seguidas en menor medida por, *Afrontamiento Activo*, *Búsqueda de Apoyo Social Emocional* y *Planificación*.

La lectura que se puede extraer de estos resultados es que emplean en mayor medida, estrategias activas o adaptativas gracias a las cuales afrontan directamente el conflicto (Lazarus y Folkman ,1986; Aldwin y Revenson, 1987; Moos, 1988; Carver, et al., 1989; Páez, 1993; Ben-Zur, 1999; Brissette, et al., 2002). Se protegen por medio de actividades y creencias religiosas, y de ese modo, enfrentarse mejor a los problemas. Igualmente elaboran

acciones y generan esfuerzos para paliar o eliminar el agente estresor, y así sacar lo mejor de cada situación para desarrollarse como personas. Esto les ayuda para ver el problema en cuestión desde un punto de vista más favorable, para Krzemien et al. (2004), con resultados similares, el afrontamiento activo a sucesos críticos de la vejez está conectado con el aprendizaje social.

No puede dejarse en el olvido la importancia del entorno, tanto familiar como social, en concreto, en el presente estudio utilizan la estrategia de búsqueda de apoyo social emocional para poder afrontar mejor la última etapa de su ciclo vital. Del igual modo, en la literatura consultada sobre el tema se apunta la importancia de la red social para todos longevos, pero es especialmente relevante para los que habitan en instituciones (Fernández-Ballesteros, 1997; Corrales et al., 2000; Meléndez-Moral et al., 2007). Pero, no cabe duda que independientemente del lugar de residencia, los apoyos sociales constituyen parte de la base de su estructura vital, tal y como recoge Stevens, (1995; citado por Craig, 1996. En Concha et al., 2000), quién establece diferencias en función del sexo entre viudos y viudas de Holanda, siendo ellas las que más aprovechan su entorno para buscar apoyos y poder enfrentarse mejor a las situaciones estresantes que acontecen en su vida. En cambio, para los mayores que disfrutan de un ambiente familiar agradable, que les sirve de gran apoyo emocional, los lazos parentales son cruciales en su vida, tal y como se recoge en diversos artículos (Fernández-Ballesteros, 1997; Osuna, 2006; Escobar et al., 2008).

No cabe duda que la madurez vital también se consigue con el enriquecimiento personal a través de las relaciones. Y una persona madura muestra intimidad y afecto para con los miembros de su familia y amigos, mostrando compasión, respeto y aprecio hacia los demás. Erikson (1966) añade que en las etapas adultas el desarrollo de las relaciones interpersonales

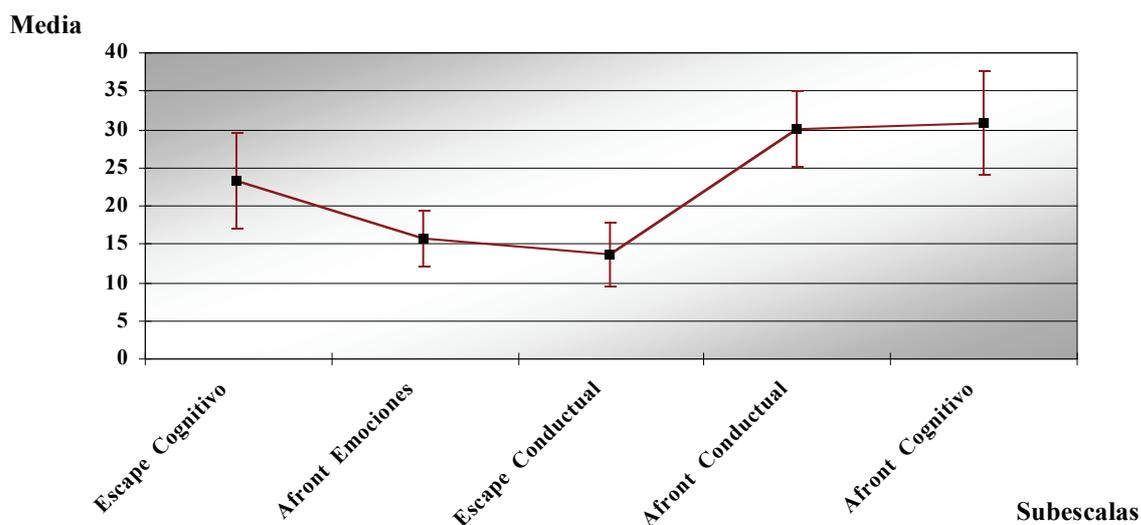
incluye los actos de vincularse a personas (intimidad) y la orientación y dirección de otros (generatividad).

En lo que atañe a la estrategia de religión destaca que sea la más usada en esta muestra, a pesar de ser una estrategia considerada pasiva, y por lo tanto en teoría, menos usada por los adultos mayores. Pero estos resultados concuerdan con otros encontrados en la búsqueda científica realizada. Krzemien et al. (2004) realizaron un estudio con féminas longevas, y reportan resultados similares a los del presente trabajo, en los que la religión sirve como medida terapéutica eficaz en esta fase final de la vida. Para Dunn y Horgas (2000) el afrontamiento religioso es la estrategia más utilizada por una amplia muestra de ancianos de ambos sexos, sin hallar diferencias según estado civil, edad o nivel socioeconómico, y sugieren que en la vejez se considera a la actividad espiritual una alternativa terapéutica eficaz, que además se asocia al uso de otras estrategias positivas como reinterpretación positiva y la aceptación de la situación. Krzemien y Monchetti (2008) recogen en su trabajo una muestra formada por mujeres que emplean la religión como medida de afrontamiento cognitivo en su fase final, especialmente si el estresante ha sido la enfermedad crónica o la pérdida de seres queridos, al igual que se postula en otros artículos (Carver, et al., 1989; Blaine y Crocker, 1995; Brown et al., 2004; Pargament et al., 2004). Asimismo adultos mayores que responden de modo positivo ante la vida, presentan menos tasa de mortalidad.

Por el contrario, las medias más bajas serían atribuibles a la desconexión conductual y al humor, seguidas de la negación y de la supresión de actividades. Éstas estarían encuadradas dentro de las estrategias pasivas o desadaptativas, por medio de las cuales no se enfrentarían al agente problema en cuestión, la vejez (Aldwin y Revenson, 1987; Carver, et al., 1989; Lazarus, Folkman, 1986; Moos, 1984; Brissette, et al., 2002). Puede decirse, pues,

que los adultos mayores de la muestra no pretenden rechazar la existencia del acontecimiento estresante, y no renuncian al esfuerzo que deben realizar para alcanzar el objetivo, aunque el estresor interfiera en su camino, sin bromear con respecto a ello. En relación con esto, se encuentran referencias literarias (González-Celis y Padilla, 2006), porque los que hacen de la negación su modo de vida presentan más patologías que los que se enfrentan a la vida con positividad. Por lo tanto, los ancianos no abandonan los objetivos que se marcan, no desconectan, y siguen luchando por ser felices en su senectud.

Fig. 41. Perfil de las Estrategias de Afrontamiento de Segundo orden



En lo que a las Estrategias de Afrontamiento de Segundo orden respecta, se recogen las medias de las mismas en la figura 41. Las más útiles para los adultos mayores de esta investigación han sido: *Afrontamiento Cognitivo* y *Afrontamiento Conductual*. Por el contrario, las que menos han usado: *Escape Conductual* y *Afrontamiento de las Emociones*.

Gracias al uso del afrontamiento cognitivo, elaboran cognitivamente una estrategia para manejar mejor la situación estresante, con el fin de lograr solucionarla o de acotarla para que deje de ser molesta para el longevo. Y esto lo suelen realizar cuando la situación crítica es apreciada, tanto si es una pérdida querida o una razón natural (Urquijo et al., 2008; Labouvie-Vief y Diehl, 2000; Brandstädter y Renner, 1990; Brandtstädter y Rothermund, 2002; Stefani y Feldberg, 2006). Asimismo sucede en el caso del afrontamiento conductual, los etarios llevan a cabo menos acciones constructivas encaminadas a variar la fuente de estrés, del mismo modo que emplean menos conductas en la solución de la situación.

Por el contrario, obtienen menos beneficios con el uso del escape conductual o del afrontamiento de las emociones. De ahí que el afrontamiento centrado en el problema sea más manejado que el centralizado en las emociones, al igual que sucede en el trabajo de Urquijo et al. (2008). En ese estudio destaca que si se evalúan situaciones críticas de la etapa de la senectud, como si de desafíos de la vida se tratara, los longevos (fémias en el artículo referido) adoptan estrategias activas y cognitivas orientadas a la adaptación del estresor. Estos autores confirmaron el supuesto del paradigma transaccional del estrés propuesto por Lazarus (Lazarus y Folkman 1986; Lazarus, 1999) que no es la situación *per se*, sino la apreciación cognitiva de la situación lo que influencia el afrontamiento en la edad propecta.

7.3.- Análisis de datos

En la vejez no nos deben preocupar las arrugas del rostro, sino las del cerebro

Santiago Ramón y Cajal

Una vez que se llevó a cabo la recogida de la muestra, y su posterior clasificación, se procedió al análisis estadístico. El programa estadístico empleado para analizar los datos recogidos en la presente investigación fue el SPSS-19, esto es, Statistical Package for the Social Sciences versión 19.0. El nivel de significación asumida fue de .05 con un nivel de confianza del 95%.

Las reseñas obtenidas de los ancianos de la muestra fueron ordenadas, analizadas y representadas en la Estadística Descriptiva. Como medida de tendencia central se utilizó la media, por ser el valor más representativo de cada serie de datos. La variabilidad fue referenciada, como medida de dispersión, por la desviación típica. Del mismo modo, en los gráficos se han mostrado las distribuciones de las variables, identificando los coeficientes de asimetría (concentración de valores a la izquierda o derecha de la media), y la curtosis o grado de apuntamiento de la distribución. Las variables no cuantitativas se vieron analizadas y representadas por medio de los porcentajes.

Para poder generalizar las características de la muestra a la población general de adultos mayores, y de ese modo también poder comprobar las hipótesis de partida, se procedió al uso de técnicas basadas en la Estadística Inferencial, siempre considerando los tipos de medidas y las características de los contrastes. Pueden, así, encontrarse los análisis que muestran a continuación:

a) Para comprobar la existencia de diferencias significativas entre las variables dicotómicas o dicotomizadas, se aplicó el estadístico t de Student,

b) Se usaron también análisis de varianza o ANOVAS, de uno y dos factores, que compara cada una de las variables independientes con las dependientes, por separado y en interacción. Para conocer qué variable es diferente a las restantes estudiadas, cuando existen más de dos categorías, se realizan comparaciones post hoc, “a posteriori”, con el test de Scheffé.

c) Análisis multivariante, concretamente la regresión múltiple, paso a paso, de pasos sucesivos, o “stepwise”. Por medio del mismo se procedió al análisis e interacción de las diferentes variables independientes, paso a paso, eligiéndolas de una en una, con respecto a una dependiente establecida. La finalidad perseguida es buscar de entre todas las posibles variables explicativas aquellas que más y mejor expliquen a la variable dependiente sin que ninguna de ellas sea combinación lineal de las restantes. Este procedimiento implica que: en cada paso solo se introduce aquella variable que cumple unos criterios de entrada; una vez introducida, en cada paso se valora si alguna de las variables cumplen criterios de salida; y, en cada paso se valora la bondad de ajuste de los datos al modelo de regresión lineal y se calculan los parámetros del modelo verificado en dicho paso. El proceso se inicia sin ninguna variable independiente en la ecuación de regresión y el proceso concluye cuando no queda ninguna variable fuera de la ecuación que satisfaga el criterio de selección (garantiza que las variables seleccionadas son significativas) y/o el criterio de eliminación (garantizar que una variable seleccionada no es redundante).

3ª PARTE
RESULTADOS Y
DISCUSIÓN

8.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Quien conserva la facultad de ver la belleza no envejece

Franz Kafka

8.1.- Primera hipótesis

Buscando el bien de nuestros semejantes, encontramos el nuestro.

Platón

La depresión en el adulto mayor es un problema que ha ido creciendo en los últimos tiempos (Medina, 2007) asociado, entre otros factores, al aumento de la esperanza de vida y al envejecimiento de la población. Es una patología frecuente, tanto por el envejecimiento de la población y las circunstancias asociadas a éste, como por la mayor prevalencia de pacientes con otros trastornos físicos. Además, agrava la salud física y acentúa las dificultades psicosociales ya manifiestas por el proceso de envejecer (Agüera et al., 2011).

Con el paso de los años se pone de manifiesto la necesidad de mantener una capacidad cognitiva en óptimas condiciones, que sea capaz de proteger al longevo de los desánimos propios del ocaso de la vida, del mismo modo que ejerce efecto protector sobre el estado de ánimo de los longevos. De ahí que el diseño de la primera hipótesis fuese orientado hacia ese camino. Así pues,

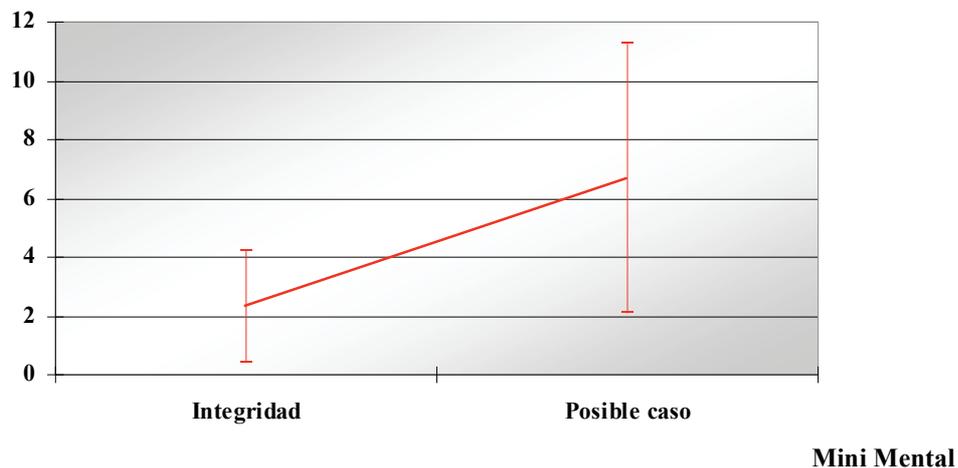
La primera hipótesis fue planteada en los siguientes términos:

La integridad cognitiva es una variable protectora del buen estado de ánimo en la vejez.

Para comprobarla se realizó un análisis de diferencia de medias o t de Student, introduciendo como variable independiente los datos obtenidos en el Mini Mental, categorizados en función del punto de corte de la escala y, como variable dependiente las puntuaciones en el GDS-15. Los resultados, fueron estadísticamente significativos ($t_{(107)} = -6.68$; $p_a = .0001$), como se recoge a continuación:

Fig. 42. Integridad Cognitiva y Estado de Ánimo

Media GDS-15



$$t_{(107)} = -6.68; p_a = .0001^{**}$$

Como se puede comprobar en la figura 42, los mayores con integridad cognitiva evidencian un perfecto estado de ánimo, pero en el grupo de los “posibles casos” de deterioro cognitivo la media en depresión alcanza un valor de 6,67, encuadrándose dentro del grupo de probable depresión, en los que también es de resaltar la mayor variabilidad.

La cognición compete la capacidad de atender al entorno, concentrarse, aprender nueva información, recordar lo aprendido, reconocer, comprender, expresarse, ejecutar tareas,

razonar ante situaciones nuevas, juzgar, pensar en abstracto y planificar. Un adecuado funcionamiento cognitivo, al igual que una buena situación anímica, física y socioambiental, son esenciales para la autonomía de la persona (Vallejo y Rodríguez, 2010). Molina et al. (2011) defienden que no todas las personas envejecen igual y que el envejecimiento se asocia a un declive en el funcionamiento intelectual (Schaie, 1990) que no es homogéneo y presenta una alta variabilidad interindividual (Cattell, 1971; Horn, 1989, Baltes, 1997; Schaie, 2005).

El proceso de envejecimiento cerebral se manifiesta en el anciano sano como un descenso de funcionalidad en el área cognitiva, asociado a un enlentecimiento psicomotor sin llegar a interferir en las actividades de la vida diaria (Vallejo y Rodríguez, 2010). Molina et al. (2011), en su trabajo sobre longevos ponen de manifiesto la influencia protectora que tiene una buena capacidad intelectual sobre el estado de ánimo. Defienden esta teoría mediante la clasificación en tres grupos, de la actividad que realizan los ancianos: ejercicio físico, actividades sociales y de ocio y por último las cognitivamente estimulantes. En relación con esto, puede decirse que los longevos de la presente investigación gozan de un excelente nivel cognitivo, probablemente relacionado con las premisas presentadas por Molina et al. (2011). Como se ha descrito en los instrumentos descriptivos (fig. 30 pág. 204) el 73% de los ancianos de la muestra confiesa realizar actividades sociales y de ocio, y define sus relaciones sociales como muy buenas en un 55% de las ocasiones, lo que favorece la realización de las mencionadas tareas en compañía de su entorno social. Igualmente sucede con la práctica de ejercicio físico, puesto que casi el 23% lo realiza de modo habitual (fig. 31, pág. 204). Estos datos son también coincidentes con los reseñados en otras publicaciones, como la de Colcombe et al. (Colcombe et al, 2003; Colcombe y Kramer, 2003; Colcombe et al, 2006) quienes defienden el ejercicio físico como estrategia bienhechora del deterioro cognitivo.

Resalta del total muestral, que el 55% de los añosos mantenga plenamente íntegra su cognición, independientemente de la edad, como se recoge en los descriptivos muestrales (fig. 37, pág. 215), dado que las puntuaciones obtenidas en el Mini-Mental eran superiores a 24. Ahondando en lo descrito anteriormente, pero en relación con el nivel educacional, los adultos mayores del presente trabajo constataban mayormente estudios primarios, seguidos de los que apenas sí habían tenido acceso a la enseñanza (fig. 37, pág. 215). Estas reseñas son coincidentes con las del estudio Toledo (García et al., 2001; cit. por Hervás, 2003) donde no se demostró relación entre el nivel educativo y la presencia de deterioro cognitivo. También con las de Molina et al. (2011), quienes en su artículo presentan nonagenarios cuyos estudios más prevalentes fueron los básicos, seguidos, al igual que en esta investigación, de los que no pudieron impregnarse de la sabiduría de la escuela. Pero lo que se matiza de sobremanera en los dos trabajos es que los longevos practicaban más actividades sociales y de ocio (jugar con los amigos, religión, hacer las tareas del hogar, etc.) que de tipo cognitivo (leer, realizar pasatiempos, etc.), y a pesar de no imponerse las segundas sobre las primeras, mantienen su capacidad cognitiva en muy buenas condiciones. Ambos trabajos, el actual y el de Molina et al. (2011) coinciden en que cuanto mayor es el funcionamiento cognitivo, mayor es el rendimiento de éste, y mayor es el beneficio para el anciano. Igualmente comparten estos conceptos Abarca et al. (2008), al demostrar en su publicación que el nivel educacional está relacionado con la capacidad cognitiva, erigiéndose guardián de la misma. En ese estudio el porcentaje de analfabetos se sitúa en torno al 17%, siguiendo en la clasificación a los primarios (34%), y en igualdad el resto de estudios. Esto marca una diferencia respecto a la presente investigación, puesto que en ésta casi el 80% lo constituyen los estudios básicos y la población que no ha podido acceder a la cultura de la escuela. Pero a pesar de estos datos,

demuestran menos niveles depresivos que los esperados, según referencias literarias como la de Abarca et al. (2008), y mayor integridad cognitiva.

Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamente (2011) sometieron a un grupo de ancianos institucionalizados a un programa de estimulación psicomotriz. Al inicio del mismo, la totalidad muestral, basándose en la escala GDS-15, presentaba niveles de depresión leve. Pero tras realizar dicho programa, el 100% de los longevos recuperaron su estado de ánimo, desapareciendo completamente la clínica depresiva. Esto también lo ponen de manifiesto otros autores (Valencia et al., 2008; Puig, 2006), quienes también trabajan con este arquetipo de proyectos destinados a la mejora de la cognición de los longevos, con los consecuentes provechos para la salud en general. Esto no deja de ser relevante y es equiparable a lo de Molina et al. (2011) respecto al uso de actividades que favorezcan el desarrollo mental, como del mismo modo sucede con la muestra actual.

La depresión en el anciano se ha asociado a un deterioro del bienestar y de los niveles de funcionamiento cotidiano (Bruce et al., 1994a; Bruce et al., 1994b; Franco et al., 2001), así como a un alto riesgo de deterioro funcional, y de morbimortalidad (Burwill y Hall, 1994). Del mismo modo, la psicopatología del ánimo puede afectar al funcionamiento cognitivo, sobre todo a la capacidad de concentración y a la memoria, dificultando la evaluación (SEGG, 2004). Franco et al. (2001) analizan la relación existente entre depresión y deterioro cognitivo en institucionalizados, y comprueban que de los longevos que no presentaban deterioro cognitivo tampoco ofrecían niveles de depresión el 45%, objetivándolo con el GDS-15. Por el contrario, si asociaban deterioro cognitivo, tan sólo el 8%, además, presentaba rango de depresión severa. Pero en su trabajo, al contrario de lo que sí sucede entre integridad cognitiva y depresión, donde la asociación es estadísticamente significativa, no se establece

significación entre depresión y deterioro cognitivo, la primera como causa del segundo. De igual modo acontece en el presente trabajo, donde sí que hay significación estadística entre el mantenimiento de la integridad cognitiva y la ausencia de depresión.

Otros autores consideran que no está claramente demostrado que la presencia de alteraciones del estado del ánimo afecten al estado cognitivo de quienes lo padecen, ni viceversa (Vilalta-Franch, 1998a; cit. por Hervás, 2003). Sin embargo, en estudios distintos, la presencia de alteraciones en la capacidad cognitiva altera el estado de ánimo con facilidad, pudiendo constituir un factor de riesgo añadido para el desarrollo de sintomatología depresiva (Vilalta-Franch, 1998b; Vilalta-Franch, 1999; cit. por Hervás et al., 2003).

La exposición a un ambiente enriquecido, definido éste como una combinación de más oportunidades de aprendizaje, ejercicio físico y relaciones sociales, produce no sólo una posibilidad de cambios estructurales y funcionales en el cerebro, sino que también aumenta la neurogénesis en pruebas con animales adultos y ancianos (Kempermann, et al., 1997a; Kempermann, et al., 1997b, Kozorovitskiy y Gould, 2003; Mayor et al., 2008). Esto se ve acompañado por estudios sobre un envejecimiento normal, que reconocen que la capacidad intelectual, el nivel educacional, la ocupación del ocio, entre otros factores, favorecen una mayor conductividad neuronal, desde el inicio de la vida, y son estimuladores del crecimiento y de la alta actividad neuronal a lo largo de la vida (Sánchez et al., 2002; Snowdon et al., 1989). Y esto se ve representado en la mejoría que sufre la cognición al beneficiarse de este tipo de entorno.

En relación con los resultados descritos en la presente investigación pueden encontrarse referencias literarias (Carnero y Del Ser, 2007; Lojo-Seoane et al., 2012) en las que se alude al importante papel que sobre la cognición tiene la educación, y como se viene comentando,

la protección que ejerce sobre el deterioro cognitivo. Pero como del mismo modo recogen Franco et al. (2001), es bienhechora mientras el nivel intelectual es bajo, pero cuando se ha podido acceder a estudios superiores, y aparece declive cognitivo en el longevo, la progresión del mismo hacia demencia es muy rápido. Asimismo de la educación, Lojo-Seoane et al. (2012) destacan la actividad cognitiva como variable relevante para el mantenimiento del rendimiento cognitivo. Si se acompaña de un estilo de vida activo, que incluya actividades cognitivas (leer, escribir, escuchar música, pintar, etc.), físicas (pasear) y sociales (participación en actividades sociales, voluntariado, etc.), practicándose periódicamente durante la vida, pueden retrasar la aparición de patología asociada al deterioro cognitivo (Wilson et al., 2007; Wilson et al., 2010). Son reseñas similares a las que defienden Molina et al. (2011), y que son compartidas por los senescentes del presente trabajo.

El hecho de que una vida saludable influya positivamente sobre la cognición, y por consiguiente sobre el estado de ánimo, podría explicarse por el efecto de enmascaramiento de los síntomas que tiene la reserva cognitiva, construida mediante un estilo de vida activo y saludable (Verghese et al., 2006). La reserva cognitiva (Stern 2007, cit. por Lojo-Seoane, 2012) es un término hipotético, del que no se conocen medidas exactas, y relativamente nuevo (Lojo-Seoane et al., 2012). Hace referencia a la adaptación del cerebro ante un daño, utilizando recursos cognitivos preexistentes o bien compensándolos mediante la activación de nuevas redes neuronales. Las personas con mayor reserva cognitiva (aquellas que presentan mayor nivel de educación, mayor nivel de inteligencia, mayor número de actividades cognitivas, etc.) compensan con mayor facilidad las funciones que poco a poco resultan lesionadas fruto del comienzo del deterioro cognitivo.

Desde un enfoque pasivo, la reserva cognitiva tiene que ver con aspectos neurobiológicos y resulta del tamaño o del número de neuronas y ha sido igualmente llamada reserva cerebral (Stern, 2003, cit. por Lojo-Seoane, 2012). Ésta podría definirse como la cantidad de cerebro que se mantiene intacto cuando existe un daño antes de llegar a un umbral en el que la persona manifiesta síntomas clínicos. Teniendo en cuenta estos enfoques interrelacionados, se considera que la reserva se desarrolla como resultado de factores neurobiológicos entre los que se encuentran el volumen cerebral y/o de los efectos de las experiencias de vida, tales como la educación, la complejidad laboral, la actividad física, las actividades de ocio, el estilo de vida, el bilingüismo y la actividad cognitiva (Díaz-Orueta, et al., 2010). Estos mismos autores confían en que las personas con mayor reserva cognitiva asocien menor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo.

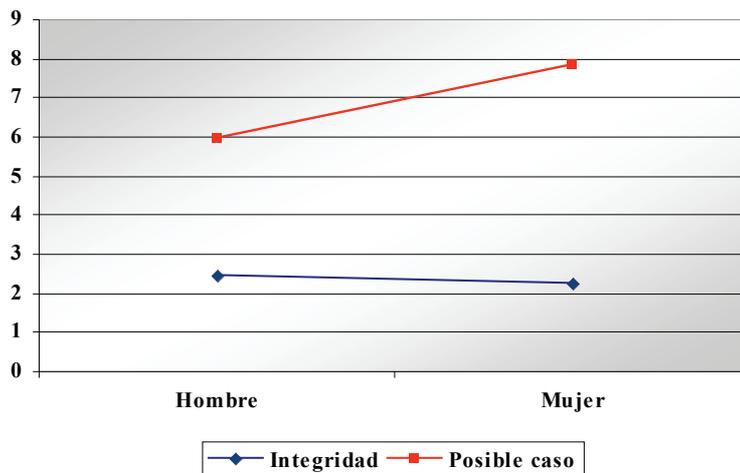
Estas apreciaciones ponen de manifiesto la necesidad de mantener ocupado el tiempo con actividades que potencien el nivel cognitivo, como se viene comentando, tales como el ejercicio físico, el fomento de la lectura o la realización de pasatiempos, compartir ocio con la familia o las amistades, tal y como realiza el 73% (fig. 30, pág. 204). de los longevos de la investigación que se recoge en la presente Tesis Doctoral. Esa es la razón fundamental gracias a la cual la integridad cognitiva se erige como protectora del estado de ánimo de estos mayores.

Sin embargo, y aunque no estaba planteado en la hipótesis inicial, dado los datos epidemiológicos comentados en la literatura sobre el tema, se decidió realizar un análisis de varianza de dos factores de efectos fijos (integridad cognitiva y sexo) sobre la variable de medida, las puntuaciones en el GDS-15. Los resultados parecen muy interesantes, dado que se encuentran diferencias estadísticamente significativas tan sólo en el primer factor, la

integridad cognitiva ($F_{(1,110)} = 45.54$; $p_a = .0001$); ni el sexo ($F_{(1,110)} = 1.50$; $p_a = .22$), ni la interacción entre factores ($F_{(1,110)} = 2.34$; $p_a = .13$), son significativos (figura 43):

Fig. 43. Integridad Cognitiva x Sexo y Estado de Ánimo

Media GDS-15



$$F_{I. Cogn (1,110)} = 45.54; p_a = .0001^{**}$$

$$F_{Sexo (1,110)} = 1.50; p_a = .22$$

$$F_{I. Cogn \times Sexo (1,110)} = 2.34; p_a = .13$$

De nuevo es la capacidad cognitiva mantenida íntegramente la variable que se alza como defensora de la salud anímica de los longevos de la muestra. Al igual que con el análisis anterior (fig. 37, pág. 215), la integridad cognitiva no atiende a sexos y se ofrece a velar por el estado de ánimo, de modo que pueda conservarse plenamente intacto, sin manifestaciones clínicas que lo empañen y pongan en riesgo la salud mental del adulto mayor. Navarro y Bueno (2005) establecen que la educación en los primeros años de la vida, junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida, pueden proporcionar a las personas mayores las aptitudes cognitivas y la confianza necesaria para adaptarse de forma satisfactoria a su envejecimiento, y afectar positivamente al estado de ánimo.

Resulta llamativo que no sea significativo el sexo con relación al estado de ánimo, puesto que en la literatura se recogen referencias en las que se hace alusión a las féminas como diana principal de la patología depresiva, tal cual reflejan diversos autores (Yanguas, 2006; Vázquez y Torres, 2005; Vicente, et al., 2004; Ayuso-Mateos, et al.; 2001; Griffiths et al., 1987, cit. por Vilalta-Franch et al., 1998a; Fuhrer et al., 1992, cit. por Vilalta-Franch et al., 1998a; Jenkins, et al., 1997). Los mencionados recogen en sus publicaciones como hallazgo común la mayor prevalencia de trastornos depresivos en el sexo femenino. Bergdahl et al. (2007) apuntan que en los varones la sintomatología anímica surge cuando se presentan déficits psicosociales, situaciones de viudedad o deterioro de la salud. Por el contrario, las mujeres muestran más tristeza en situaciones de soledad. Otros (Burt y Stein, 2002), estiman que la prevalencia de depresión a lo largo del ciclo vital es de 1,7 a 2,7 veces mayor en mujeres que en varones. Este fenómeno se explica con la implicación de factores hormonales, psicológicos, genéticos, y ambientales (Stewart y Khalid, 2005). En concordancia con lo descrito, Pan et al. (2011) establecen que las alteraciones del estado de ánimo, materializada en la depresión, son más prevalentes en mujeres mayores, asociándose un incremento de patología cardiovascular y de la mortalidad.

Bien es cierto, como alude la SEGG (2004) en su libro, que la depresión es más frecuente entre las mujeres a lo largo de la existencia, en proporción 2:1 respecto al varón. Pero llegado el ocaso de la vida la relación se iguala e incluso puede llegar a invertirse, por la fragilidad que se les atribuye a los hombres, especialmente por encima de los 80 años. En otras publicaciones, en concordancia con la investigación actual, no se asociaban diferencias en función del sexo (Cortés et al., 2011). En el artículo mencionado, el 75% de los longevos encuestados no acusaba sintomatología depresiva. Y en ese mismo porcentaje, tampoco se

presentaba deterioro cognitivo. Vilalta-Franch et al. (1998b) no establecen relación entre el sexo y los niveles de depresión de los adultos mayores de su estudio.

Igualmente hay estudios en los que se resalta la capacidad de adaptación ante las circunstancias adversas, así como de reacción y de aceptación de las mismas, que son innatas a las mujeres, especialmente a las longevas (Krzemien, 2006; Agüera, et al., 2006). Esto hace que observen la vida desde un punto de vista más práctico, busquen apoyo en la familia o en el entorno más íntimo para salir de las situaciones que afligen su vida y de esa manera poder sobrellevar mejor las dificultades que se presentan en el ocaso del ciclo vital. Manejan así las emociones, y bordean el precipicio de la depresión, no sin el temor de que una mala pisada, un mal pensamiento, puede hacerles caer en una situación de la que no saben si lograrían escapar.

El porcentaje de longevas del presente trabajo se sitúa en torno al 57% (fig. 15, pág. 193), con una ocupación, que en el 40% del total de los casos se asociaba a las tareas del hogar (fig. 18, pág. 195). Es un tanto por ciento muy elevado, teniendo en cuenta que en la mayoría de los casos (casi el 80% de la muestra, fig. 17, pág. 194) tenían estudios primarios, o ni siquiera habían podido acceder a la educación básica que se adquiría al ir a la doctrina, con la consiguiente afectación que esto conlleva sobre el deterioro cognitivo, al hilo de lo que se viene reflejando en el presente trabajo. Este último dato es marcadamente interesante puesto que, como se ha comentado, el 55% de todos los longevos no presentaban signos manifiestos de declive cognitivo (fig. 37, pág. 215), repercutiendo este fundamento positivamente sobre el estado de ánimo, retrasando la aparición de clínica afectiva. El 80% gozan en su tiempo libre realizando actividades prolíficas para su capacidad intelectual. Y

refieren que las relaciones sociales (fig. 27, pág. 202) y familiares (fig. 25, pág. 200) son definidas, por término medio como buenas.

Está demostrado que la presencia de alteraciones cognitivas afecta directamente al estado de ánimo (Hervás et al., 2003). Incluso se encuentran reseñas en las que se advierte de lo normal que es la presencia de afectación del estado de ánimo tras el declive cognitivo, según algunos especialistas de la salud (Martínez-Larrea, 2002). Esto, como refiere el citado autor, es así porque se considera normal que la vejez se asocie a deterioro cognitivo. Pero no se puede olvidar que muchas de las manifestaciones emocionales que se cree relacionadas con la integridad cognitiva no son patologías primarias, puesto que suelen ser consecuencia de patologías de otra índole (McHugh, 1998, cit. por Martínez-Larrea, 2002). Esto es lo que se ha denominado fenocopias de la depresión (Martínez-Larrea, 1997, cit. por Martínez-Larrea, 2002).

Los trastornos depresivos afectan alrededor del 10% de los ancianos que viven en la comunidad, entre el 15 y el 35% de los que viven en residencias geriátricas, dependiendo de las características del centro, y estos son datos relevantes como se explica en la tercera hipótesis. Algunos estudios han puesto de manifiesto que la prevalencia de los episodios depresivos en la comunidad, de mayores no institucionalizados y sin deterioro cognitivo, disminuye con la edad (Myers, 1994; Blazer, 1994; Snowdon, 1990, Martínez-Larrea, 2002).

Los científicos afirman que los esfuerzos por mejorar la cantidad y la calidad de la educación en las etapas tempranas de la vida pueden proteger las habilidades mentales posteriores, en la edad adulta (Díaz-Orueta et al., 2010; Sabbath et al., 2012). De esta manera se podría lograr potenciar la capacidad cognitiva, factor clave para que el adulto mayor no se hiciese partícipe de sintomatología depresiva. Estas apreciaciones sitúan, de nuevo, a la

integridad cognitiva como fiel protectora del estado de ánimo en todas las etapas del ciclo vital, pero es más relevante, si cabe, en el período final de la vida, cuando más lucidez se necesita para vivir con alegría los últimos recuerdos de la existencia.

8.2.- Segunda hipótesis

En la juventud aprendemos, en la vejez entendemos

Marie von Ebner Eschenbach

La senectud debería ser entendida como la manera natural de envejecer del ser humano y no como un proceso patológico (Pérez, 2005). Y es entre esta población donde la depresión se presenta como uno de los trastornos más prevalentes de esta etapa de la vida. En muchas ocasiones no permite a los adultos mayores realizar una vida, que sin ella, sería normal. Por ello el empleo de estrategias de afrontamiento puede ayudar a sobrellevar las situaciones estresantes vitales desde otra perspectiva.

Se torna importante que mientras aumenta la esperanza de vida, paradójicamente, se agudiza la situación de exclusión social de las personas adultas mayores (Cruz et al., 2010). De un tiempo a esta parte ha cobrado mayor importancia el estudio de la adaptación en la adultez mayor, investigando como los longevos afrontan los cambios y desafíos relativos al envejecimiento. Dentro de estos se encuentran las pérdidas personales, la afectividad, las relaciones sociales y familiares y la cognición, entre otros (Villar, 1997). Ante estas adversidades el anciano responde con el uso de estrategias que le ayuden a afrontar el problema, para que no se vea mermada su capacidad afectiva. Se entiende por afrontamiento, según Lazarus y Folkman, (1984; cit. por Del Valle et al., 2003) el conjunto de procesos cognitivo-conductuales constantemente cambiantes, desarrollados para manejar demandas específicas externas y/o internas, que se evalúan como desbordantes de los recursos de un individuo. De ahí la importancia de comprobar cómo se adaptan mejor los mayores al ocaso de la existencia.

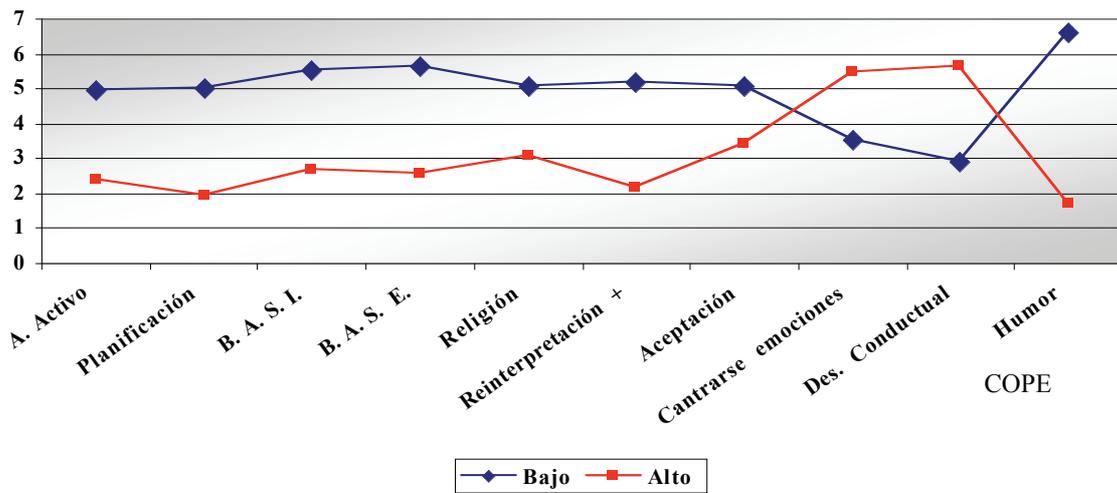
Basado en lo anterior, la segunda hipótesis queda expuesta a continuación:

Las estrategias de afrontamiento cognitivo-conductuales de los ancianos tienen un efecto preventivo sobre la depresión.

Para comprobarla se realizaron sucesivos análisis de diferencia de medias o t de Student, donde las variables independientes fueron las puntuaciones obtenidas en todas y cada una de las estrategias de afrontamiento, medidas por el COPE. Como variable dependiente, las puntuaciones en el GDS-15. Los resultados que fueron estadísticamente significativos se exponen en la figura 44:

**Fig. 44. Afrontamiento y Estado de Ánimo
(Estrategias de Primer Orden)**

Media GDS-15



Como se aprecia en la anterior, los longevos que emplean estrategias de afrontamiento (definidas como *procesos concretos y específicos que se utilizan, según el contexto, y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes*, Carver y Scheier, 1994; Fernández-Abascal et al., 1997; cit. por Solís y Vidal, 2006) como el afrontamiento activo, la planificación, la búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional,

la religión, la reinterpretación positiva, la aceptación y el humor, presentan puntuaciones más bajas en la Escala de Depresión Geriátrica. Esto se puede traducir en que el empleo de estas medidas de afrontamiento mejora notablemente la afectividad de los adultos mayores estudiados.

Por el contrario, si se trata de centrarse en emociones y desahogarse, o de adoptar la desconexión conductual como habilidad para hacer frente a las situaciones estresantes que afectan al estado de ánimo, las puntuaciones en GDS-15 aumentan. Esto es: a mayor manejo de estas estrategias, mayor riesgo de presentar patología depresiva, puesto que no protegen al estado de ánimo de realidades estresantes, por el contrario, lo empeoran.

Cuando se profundiza en el manejo de estas técnicas se observa que los longevos del grupo actual de trabajo emplean estrategias activas o adaptativas mayoritariamente, gracias a las cuales afrontan directamente el conflicto (Lazarus y Folkman, 1986; Carver, et al., 1989; Páez, 1993; Brissette, et al., 2002; Krzemien, 2005b; Krzemien, 2006). Establecen así el uso de habilidades adaptativas cuando el problema es identificado como controlable, centradas en el mismo. Esto es, afrontamiento conductual. Por el contrario, como se ha comprobado con el aumento de puntaje en el GDS-15, cuando la situación no se considera controlable, los ancianos prefieren desconectar de la realidad, empleando destrezas pasivas más centradas en las emociones, con las consiguientes connotaciones negativas sobre su afectividad, puesto que lo que realizan realmente es evitar el estresor que les origina la tristeza del espíritu.

Según comentan Crespo et al. (2000), tanto en la normalidad como en la psicopatología, se consideran más útiles las estrategias centradas en las actividades, frente a las menos eficaces, como son las desadaptativas, que o bien focalizan en exceso el problema, o bien lo evitan. Esta lectura puede traducirse en que a mayor preocupación por el estado de ánimo,

más uso de estrategias ineficaces, que no consiguen aliviar la tristeza. A la vista de los resultados actuales, se apoya esta lectura, ya que las habilidades más activas, como son afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva, humor, aceptación, búsqueda de apoyo social instrumental y búsqueda de apoyo social emocional, son factores protectores frente a la depresión, a diferencia de la desconexión conductual o el centrarse en emociones y desahogarse, que aumentan la sintomatología de esta patología. Para Krzemien (2005b) es posible que los añosos elijan las estrategias a usar según sean los sucesos críticos que afecten sus vidas, y la apreciación cognitiva que de ellos tengan. Esta sería una manera probable de adaptarse a la etapa final de la vida. Resulta interesante que la personalidad introvertida, de las longevas, empuje hacia el uso de habilidades pasivas, y la extroversión de las ancianas ayude más a buscar salidas estimulantes, cognitivas, como son afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo social tanto instrumental como emocional (Urquijo et al., 2008). En parte, esta reflexión coincide con los resultados de la presente disertación. Y es en parte, porque a los ancianos de este trabajo no se les catalogó según su personalidad, además de ser una muestra mixta, diferencia marcada respecto al último estudio citado realizado sobre adultas mayores. Los resultados de los análisis anteriormente se reúnen en la tabla 22.

Tabla 22. Estrategias de Afrontamiento (Primer Orden) y Estado de Ánimo

Estrategia	t	g.l.	p
Afrontamiento Activo	2,97	105	,004 **
Planificación	3,63	106	,0001 **
Búsqueda apoyo social instrumental	3,98	107	,0001 **
Búsqueda apoyo social emocional	4,28	107	,0001 **
Supresión de actividades y distracción	,09	107	,93
Religión	2,64	107	,01 **
Reinterpretación positiva	3,85	107	,0001 **
Refrenar afrontamiento	1,39	106	,17
Aceptación	2,2	106	,03 **
Centrarse en emociones	-2,39	104	,02 **
Negación	-,52	100	,60
Desconexión mental	1,65	103	,10
Desconexión conductual	-3,81	107	,0001 **
Humor	7,94	107	,0001 **

Ahora bien, cuando se analizan las estrategias una por una, se advierte que, salvo en el caso concreto de la religión, todas las demás destrezas son activas frente al problema. Esto se recoge en la literatura científica, pero también se encuentran trabajos contrarios al presente, en los que se hace referencia a las estrategias pasivas como medidas de afrontamiento más practicadas en la senectud (Folkman et al., 1987; Mc Rae, 1982, cit. por Clemente et al., 2009). En algún artículo se alude al uso de habilidades pasivas con mayor asiduidad entre ancianos institucionalizados que en los casos de ancianos que conviven en familia o de modo independiente (Clemente et al., 2009), quienes afrontan más activamente la realidad que les toca vivir. También se cree que los añosos con menor capacidad de integración social se salvaguardan con este tipo de habilidades evitativas, a diferencia de los que gozan de mayor soporte social, que emplean pericias activas y adaptativas (Krzemien, 2006).

En relación con las publicaciones coincidentes con el actual estudio, se encuentran citas de artículos realizados exclusivamente con mujeres, como ya se ha hecho alusión con anterioridad, en los que se aprecia como las estrategias más empleadas son, al igual que en el presente estudio, aceptación, reinterpretación positiva, religión, humor, planificación, búsqueda de apoyo social emocional y búsqueda de apoyo social emocional (Krzemien, 2005a; Krzemien, 2005b; Krzemien, 2006; Urquijo et al., 2008). Son habilidades mayormente activas, tanto emocionales, como cognitivas y conductuales, aunque destacan las cognitivas por encima de las demás, bien sean adaptativas o evitativas, como la religión y la autocrítica. Las longevas emplean este tipo de pericias, al igual que sucede con la investigación actual, porque no abordan directamente el suceso crítico porque el escudo con el que se protegen de los estresores lo constituye la cognición, y las habilidades cognitivas en las que se apoyan para enfrentarse a la crisis vital, aunque como se puede igualmente observar, sí utilizan estrategias conductuales. Este forma de soportar las circunstancias que

les rodean, es apoyada también por Lazarus y Folkman (1984, cit. por Krzemien, 2005b; Brandstädler y Renner, 1990; Diehl et al., 1996; Labouvie-Vief y Diehl, 2000), pues defienden que el afrontamiento depende, en gran medida, de las peculiaridades de la valoración cognitiva que realiza el adulto mayor, del suceso a confrontar. Por lo tanto, emplean más técnicas cognitivas para hacer frente al problema como sucede en la presente investigación, y en los referidos anteriormente. Pero, si la situación se escapa del control personal del anciano, sólo entonces emplean estrategias desadaptativas o pasivas, como la religión o la autocrítica.

De acuerdo con los resultados obtenidos al analizar las estrategias de afrontamiento que emplean los longevos del presente trabajo, a continuación se van a detallar una por una, las que han resultado ser estadísticamente significativas, y por tanto, van a proteger la afectividad de los adultos mayores.

En relación con el uso de la Religión (fig. 44, pág. 245), descrita como *el aumento de su implicación en actividades religiosas* por Carver et al. (1989), como medida de evasión ante la cruda realidad, que supone para muchos longevos la senectud, resulta ser estadísticamente significativa (tabla 22, pág. 247). Los adultos mayores de la muestra consideran que la espiritualidad impregna sus vidas de una positividad tal que beneficia notablemente su estado de ánimo, protegiéndole de la patología afectiva.

Son numerosos los trabajos que se encuentran entre la bibliografía consultada, con resultados similares a los que se describen en el presente trabajo. Existe evidencia (Loevinger, 1993; Blaine y Crocker, 1995; Brown et al., 2004; Pargament et al., 2004; cit. por Krzemien, 2008) de que el afrontamiento religioso en comparación con otras formas de afrontamiento resulta especialmente útil en situaciones de pérdidas, tragedias o enfermedad

crónica. Como se ha hecho referencia anteriormente, Krzemien (2005a) trabajó con longevas que empleaban con suma frecuencia esta táctica evitativa. Es más, las ancianas emplean técnicas con mayor frecuencia que los etarios porque disfrutan más de la vida, debido a su mayor esperanza de vida respecto a los varones. Mismo ejemplo de estudio se realizó con ancianas institucionalizadas (Cerqueda, 2008), y se comprobó que al encontrarse solas ante el nuevo hogar que tenían, hallaban en la religión un punto de apoyo en su vida, empleándola como medida de escape y apoyo. Esta estrategia pasiva, como es la religión busca el apoyo en lo espiritual, basándose en la creencia de la salvación. Citas reseñables (Krzemien, 2008) inciden en que esta habilidad ha sido considerada tradicionalmente como una respuesta pasiva y evitativa, propia de un estilo de afrontamiento pasivo-dependiente y emocional como característico de la vejez. Pero autores como Carver et al. (1989) sostienen que, por la naturaleza de los sucesos críticos del envejecimiento no son susceptibles de ser controlados, el hecho de ocupar la mente con actividades distractoras o pensamientos de esperanza no significa que los longevos utilicen técnicas de escape, si no más bien se están centrando en adaptarse al suceso vital que les acontece.

El estudio de Dunn y Horgas (2000) muestra que el afrontamiento religioso es la estrategia más utilizada por una amplia muestra de ancianos de ambos sexos, sin hallar diferencias según estado civil, edad o nivel socioeconómico, y sugieren que en la vejez se considera a la actividad espiritual como una alternativa terapéutica eficaz. También suele asociarse este afrontamiento con el uso de otras estrategias de afrontamiento cognitivo como la aceptación y el humor, consideradas positivas.

La religión es una estrategia que, en general, se emplea con relativa asiduidad entre los adultos mayores. Dentro de ésta, la oración es una práctica soberanamente usual, y su

utilización crece con la edad (Levin y Taylor, 1997; cit. por Krzemien, 2008). Hace referencia a la búsqueda de apoyo espiritual mediante la depositación de la esperanza en creencias de consolación, frente a lo inevitable o irreparable de las pérdidas sufridas (Krzemien, 2007). Por ello podría considerarse la religiosidad desde dos puntos de vista diferentes, uno intrínseco y otro extrínseco (Allport y Ross, 1967, cit. por Díaz et al., 2011). Desde la visión intrínseca el longevo *vive en la espiritualidad*, puesto que encuentra sus motivos principales en ella, se encuentra en armonía con las creencias y prescripciones religiosas. Dura toda la vida. Por contra, el enfoque extrínseco hace referencia a religión como uso, no como forma de vida: el mayor *utiliza la religión* para fines propios, encontrando un sinfín de provechos: seguridad, consuelo, sociabilidad, distracción, estatus, autojustificación; se vuelve a Dios pero sin entregarse totalmente, se encuentra reconfortado en la creencia, pero no habita en ella. Esta visión de la religión va decayendo al final de la vida (Reyes-Ortiz, 1998). Por lo tanto, a pesar de ser estrategia pasiva, la religión se “convierte” en activa, pues permite al longevo que cree en ella, hacer frente a acontecimientos vitales estresantes que surgen en la senectud, permitiéndoles gozar de mejor salud física y psíquica que aquellos ancianos que no se aferran a la espiritualidad para afrontar la vejez (Díaz et al., 2011), convirtiéndose en protectora de la afectividad. Tanto en el campo intrínseco como extrínseco, la religión contribuye positivamente a aumentar la autoestima y bajar los niveles de sintomatología depresiva, dado que se asocia con alta satisfacción de vida y bienestar. Su uso ha contribuido notablemente a disminuir el suicidio entre los adultos mayores (Reyes-Ortiz, 1998).

Las referencias encontradas en la literatura (Stefani y Feldberg, 2006) hablan del uso de destrezas activas frente al conflicto principalmente entre los longevos que conviven en familia o bien moran autónomamente. Posiblemente esté en relación con la percepción más

positiva que tienen de la existencia, más control e independencia sobre sus actos, y más capacidad de decidir sobre su propia vida. Por el contrario, los senescentes que habitan en geriátricos suelen ser más pasivos de cara a las complicaciones que surgen en la época de la vejez. Utilizan habilidades evitativas, no abordan el problema directamente, prefieren eludirlo que luchar contra él, quizás porque tienen menos percepción que los anteriores, de control personal, debido a la aclimatación que deben de realizar cuando salen de su entorno habitual para ir a vivir a otro contexto que nada tiene que ver con su anterior etapa vital.

Los participantes llevan a cabo acciones y/o ejercen esfuerzos para paliar o eliminar el estresor con mucha frecuencia. Esto es, emplean en numerosas ocasiones el Afrontamiento Activo (fig. 44, pág. 245) (Carver et al., 1989), expuesto como *llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor*, como medida de soporte y perseverancia ante las circunstancias que les producen estrés. Se encuentran diferencias estadísticamente significativas (tabla 22, pág. 247), y esto viene a decir que los senescentes que más empeño ponen en luchar contra el estresor, menos posibilidades de ver alterado su estado de ánimo presentan. En la bibliografía se encuentran estudios sobre población geriátrica que bien habitan en su propio domicilio, con la familia o en centros institucionalizados, que utilizan, al igual que los longevos de la presente muestra, habilidades activas para hacer frente a la adaptación a la senectud (Stefani y Feldberg, 2006). También se han realizado estudios en población femenina longeva, con resultados similares a los que se muestran en el presente trabajo (Krzemien et al., 2009). Esta estrategia, como recoge Menninger (1999) en su estudio (cit. por Krzemien et al., 2004), se relaciona significativamente con un envejecimiento exitoso. Del mismo modo opinan científicos que consideran, con los resultados obtenidos en sus trabajos, que el afrontamiento activo se relaciona con una valoración positiva de los sujetos (Krzemien et al., 2004; Lazarus y Folkman, 1986).

Cuando se trata de Buscar Apoyo Social Instrumental que, según Carver et al (1989) se explicaría como *la búsqueda de ayuda, información o consejo acerca de qué hacer ante el estresor* o Buscar Apoyo Social Emocional, esto es: *buscar u obtener simpatía o apoyo emocional de alguien*, (Carver et al., 1989), ambos apreciables en la figura 44 de la página 245, también ha resultado significativo el análisis de la diferencia de medias o t de Student (tabla 22, pág. 247). Como se ha indicado anteriormente, ambas son estrategias activas y emocionales, orientadas al mundo de los sentimientos. Necesitan de su entorno social para afianzarse en la etapa vital en la que se encuentran inmersos, y así son capaces de sobrellevar mejor los acontecimientos difíciles y estresantes que les acompañan en esos momentos. Gracias a estas técnicas, son capaces de buscar ayuda y apoyo en su entorno de modo que tengan menos tendencia a decaer anímicamente. Esto mismo lo comparten en su trabajo Krzemien et al. (2009), con una muestra poblacional de féminas longevas. En la disertación de Navarro y Bueno (2005) las ancianas buscan, también más soporte emocional para conseguir luchar contra el estresor. Otros trabajos (Krzemien et al., 2004) ponen de manifiesto como influye el ámbito social en la forma de hacer frente al envejecimiento, de modo que lo consideran aspectos positivos, considerándolo un recurso eficaz para reforzar el afrontamiento activo y adaptativo a los sucesos críticos que lleva inherentes el proceso de envejecer. En otros artículos se destacan los beneficios del empleo de programas de estimulación sociocognitiva, básicamente realizados entre muestras de longevas. Se observa como se adaptan al estresor que les supone la ancianidad, mediante el aprovechamiento de los recursos sociales de apoyo mutuo (ayuda tangible, material, consejos, etc.), es decir, apoyándose aún más en la búsqueda de apoyo social instrumental, de nuevo potenciando sus lazos sociales, y consultando con ellos cómo afrontar más cómodamente el proceso de envejecer (Krzemien, 2005a).

La Planificación es otra habilidad usualmente aprovechada por los adultos mayores en su camino por la senectud, con significación estadística en el presente trabajo (fig. 44, pág. 245 y tabla 22, pág. 247, respectivamente). En el modelo de Carver et al. (1989) sería descrita como *el pensamiento de cómo se va a hacer frente al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo*. Los longevos de la presente tesis gustan de planificar cómo van a pasar el tiempo, qué actividades van a realizar, con quién saldrán a pasear, y nuevamente su estado de ánimo se reconforta, obteniendo puntuaciones más bajas en el GDS-15 a medida que más se emplea esta técnica. Y de nuevo los resultados coinciden con los de trabajos de Krzemien et al. (2009) y Krzemien (2005b). Las ancianas de estos artículos se dirigen al problema sin evitarlo, igual que los longevos del presente trabajo. Utilizan el afrontamiento conductual para abordar directamente al estresor.

Sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable, sería lo que Carver et al. (1989) llamarían Reinterpretación Positiva y Crecimiento Personal (fig. 44, pág. 245). En el ensayo de Navarro y Bueno (2005) destaca cómo las féminas usan mayormente este tipo de estrategia para hacer frente a los problemas cotidianos, a diferencia de los longevos quienes la emplean más para valorar la salud propia y la de los que conforman su entorno. En el vigente estudio se plasma, con marcada significación estadística (tabla 22, pág. 247), aunque sin diferencias establecidas sobre el sexo, cómo los adultos mayores del trabajo intentan valorar positivamente la condición en la que se hallan, ya sea en compañía de la familia, o del entorno social de la residencia, al encontrar diferencias estadísticamente significativas. Cuanto peor es la valoración que realizan de su condición vital, con un prisma algo pesimista, mejores puntuaciones se encuentran en la Escala de Depresión Geriátrica, con el consecuente empeoramiento de su afectividad. También se pone de manifiesto el uso de esta habilidad en

el trabajo de Urquijo et al. (2008) realizado, de nuevo, exclusivamente con longevas. Al igual que sucede con los adultos mayores del trabajo actual, intentan buscar una salida positiva al problema que les atañe. En el caso de que las longevas consideren que la situación que les apremia es un desafío para su bienestar, emplean destrezas que les permita enfrentarse directamente con el asunto que les origina el problema. Esto es, utilizan tanto la reinterpretación positiva como el humor para contraponerse al problema (Urquijo et al., 2008; Lazarus y Folkman, 1986). Pero en otra disertación (Krzemien, 2005a), cuando se trabaja con ancianas y se les aplica un proceso sociocognitivo, abandonan la pasividad y la desadaptación para hacer frente al envejecimiento otorgando nuevos significados positivos a los sucesos críticos como estrategias de afrontamiento colectivas y adaptativas.

Nuevamente es estadísticamente significativo el análisis sobre el Humor (fig. 44, pág. 245 y tabla 22, pág. 247, respectivamente), el cual podría describirse como *bromear sobre el estresor*; (Carver et al., 1989). No es ésta una estrategia empleada especialmente por los longevos de la literatura consultada (Krzemien et al., 2004; Urquijo et al., 2008; Krzemien et al., 2009). En cambio, la muestra actual busca el significado del conflicto basándose en esta estrategia de afrontamiento activo, para que su vejez sea exitosa. Utilizan el humor para paliar cognitivamente la naturaleza estresora de la situación que les acontece, revirtiendo la clínica depresiva cuanto mayor es su uso.

La Aceptación o *aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real* (Carver et al. 1989) que se representa en la figura 44 asimismo ofrece significación estadística (tabla 22, pág. 247). Es una táctica muy usada por los adultos mayores de la investigación actual, ya que al ser considerada habilidad cognitiva adaptativa, afrontan la realidad sin obviar los malos momentos vividos, adaptándose a la situación que les toca vivir, ya sea por algún tipo

de pérdida emocional, o porque su condición vital varíe. Logran así neutralizar sus emociones, evitando que aparezcan síntomas depresivos, al obtener menores puntuaciones en el GDS-15. Al igual que ellos, esta estrategia es muy empleada por las longevas de otros estudios (Krzemien 2005b; Krzemien, 2007). Éstas, al compartir las angustias con el entorno social, reciben con los brazos abiertos la información y las experiencias que les puedan narrar, para afrontar mejor esta etapa vital. Frente a los cambios vitales y las pérdidas parece apropiado un afrontamiento acomodativo, aceptándolos como hechos naturales de la vida. Posiblemente, en el presente postulado también la premisa de partida de los adultos mayores, sea ésta, la aceptación de los cambios vitales como algo natural, así repercutiendo positivamente sobre su estado de ánimo, y evitando el precipicio que supone, tanto en estas edades como en otras, la depresión.

Es importante destacar que las mujeres mayores que tienen una visión más positiva de la vida son capaces de sobrellevar mejor su estado de ánimo, presentado menos tendencia a la depresión establecida, contraponiéndose a aquellas con clínica depresiva más manifiesta por negativizar su visión de la vida. Pero en general, los adultos mayores de la investigación actual, mayormente de género femenino, aceptan los cambios del paso del tiempo con positividad, reformulan el significado de las situaciones conflictivas y se esfuerzan por mejorar su calidad de vida. Todo ello beneficia a su estado de ánimo, puesto que cuanto más intentan encontrar soluciones a los problemas que les acompañan en la senectud, menos tiempo pasan en ocupar sus pensamientos con ideas entristecedoras, que les hagan decaer en la etapa, quizás más difícil, pero a la par más interesante de su ciclo vital, en la que, además de enseñar a los que vienen detrás, ellos mismos siguen aprendiendo a valorar la existencia día a día.

Las puntuaciones obtenidas en la Escala de Depresión Geriátrica se disparan cuando los longevos de esta investigación utilizan tácticas, como la Desconexión Conductual (fig. 44, pág. 245), porque los datos son estadísticamente significativos (tabla 22, pág. 247), (con esta habilidad *se renuncia a cualquier esfuerzo o se abandona cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo*; Carver et al., 1989) para plantar cara a las adversidades del envejecimiento. A medida que se abandonan al destino, sin intentar siquiera encontrarse mejor en el atardecer de la vida, más tendencia desarrollan a padecer depresión. Similitud con la observación actual se representan en el estudio de Navarro y Bueno (2005), aunque ellos consideran que influye tanto el nivel educacional como el socioeconómico en la forma de hacer frente al agente estresor. Los adultos mayores con menores ingresos y bajo nivel educativo, tienden a desconectarse el problema, buscando condiciones que les haga olvidarlo. En cambio, a mayor educación, y a mayor poder adquisitivo, más fácil será afrontar directamente la contrariedad surgida. En la publicación de Stefani y Feldberg (2006), centrada en longevos que conviven en la comunidad versus los que están en centros residenciales, con menor status social, independientemente del tipo de vivienda que tengan, no utilizan como estrategias de apoyo ni la desconexión conductual ni la evitación cognitiva. Consideran las autoras que con el uso de las mismas lograrían paliar el vacío que les deja la pérdida del entorno social. Es contradictorio respecto a lo que sucede con la muestra del presente ensayo, puesto que, cuanto más emplean estas técnicas, más patología de la afectividad presentan y no les ayuda a seguir caminando positivamente, apreciando los últimos rayos de luz que les oferta la existencia.

Del mismo modo, se disparan los valores de la Escala de Depresión Geriátrica cuando los adultos mayores esgrimen en Centrarse en Emociones y Desahogarse (fig. 44, pág. 245), cuya definición, propuesta por Carver et al., (1989) se corresponde con el *incremento de la*

atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos. El hecho de que los longevos de la investigación actual se detengan en sus pensamientos, rumiando constantemente en sus ideas, sin buscar más solución que su propio recreo emocional, repercute muy negativamente sobre su ánimo, despuntando en la Escala de Depresión Geriátrica de 15 ítems con valores elevados, y demostrando marcadas diferencias estadísticamente significativas (tabla 22, pág. 247). En la literatura se explica que, tras el abordaje de los longevos que emplean este tipo de técnica pasiva mediante un programa de estimulación sociocognitiva, desciende el uso de dicha habilidad, incrementándose otras como la autodistracción, por ejemplo (Krzemien, 2005a). Carver et al. (1989) apoyan este tipo de intervenciones, pues consideran que su uso favorece a los adultos mayores en la adaptación de los sucesos críticos que acontecen en la senectud. Así, ocupar la mente en actividades intelectuales o de entretenimiento cognitivo distractoras no es necesariamente un escape o evitación, sino una forma de afrontamiento activo, con un valor adaptativo.

Estas dos habilidades, desconexión conductual y centrarse en emociones y desahogarse, son medidas pasivas o desadaptativas, evitando hacer frente al problema e incluso negándolo. A través de ellas los longevos no sólo no consiguen abordar el problema, sino que lo magnifican de tal modo que casi pueda decirse que viven en él. Esto favorece primordialmente el desánimo y la aparición de sintomatología depresiva, empeorando la calidad de vida y empañando la visión de los últimos recuerdos de la existencia.

Se citan en la literatura enfoques más recientes del desarrollo humano, la llamada *Life-span Theory* (Baltes et al., 1998; Labouvie-Vief y Diehl, 2000, cit. por Krzemien, 2007) sostiene que en la vejez se prefiere el uso de estrategias de afrontamiento cognitivas y

maduras que le permiten al anciano adaptarse a los cambios relativos al avance de la edad, afectando positivamente su afectividad, erigiéndose como protectoras. Esta teoría es compartida por los longevos de la muestra actual, pues emplean mayormente estrategias activas, tanto cognitivas como conductuales y emocionales, que evitativas, pero como bien recogen Carver et al. (1989), no importa tanto el carácter activo o pasivo de una estrategia mientras ésta resulte ser útil y beneficiosa para afrontar exitosamente una situación particular.

Serrani (2008) expresa que el afrontamiento proactivo, es una estrategia autorregulada que se asocia con mayores niveles de bienestar, menores niveles de depresión y mejor funcionamiento psicológico, en donde el sujeto anticipa potenciales estresores, evitando las consecuencias y neutralizando el impacto. Además de ser interesante para la prevención de los conflictos crónicos, se relaciona negativamente con la depresión. En este sentido, los recursos sociales permiten moderar los efectos del estrés resultante de eventos amenazantes, y probablemente la combinación de recursos sociales y afrontamiento proactivo mejoraría la capacidad funcional y el estado de ánimo en los adultos mayores (Greenglass, 1993; Greenglass, 2002; cit. por Serrani, 2008).

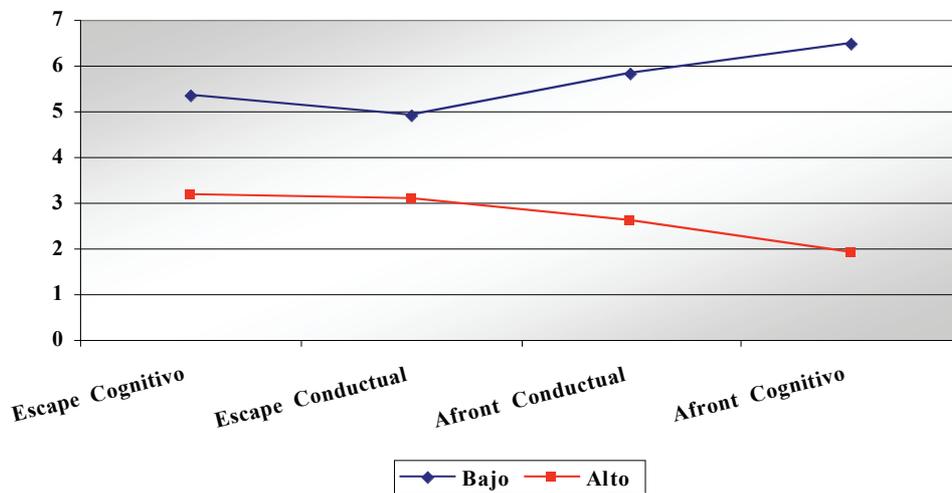
En lo que a las Estrategias de Segundo Orden (figura 45) se refiere, los ancianos que recurren al uso y disfrute de competencias tales como el escape cognitivo, escape conductual, afrontamiento conductual y afrontamiento cognitivo evitan desarrollar afecciones del estado de ánimo.

En este sentido, como se aprecia en la figura 45, la estrategia más protectora es el Afrontamiento Cognitivo, es decir, *el valorar la situación crítica, para darle un significado que resulte menos desagradable*. Esta habilidad está en relación con la evaluación cognitiva y los procesos de pensamiento que intervienen en el afrontamiento y la adaptación, dado que si

no se utiliza esta pericia, la posibilidad de sufrir un episodio depresivo, en base a las puntuaciones obtenidas en el GDS-15, se dispara. De ahí que tras resultar estadísticamente significativa (tabla 23, pág. 261), puede traducirse en que los adultos mayores del actual estudio la utilizan con asiduidad.

**Fig. 45. Afrontamiento y Estado de Ánimo
(Estrategias de Segundo Orden)**

Media GDS-15



COPE

Le sigue en frecuencia de uso del Afrontamiento Conductual (fig. 45), igualmente con significación estadística (tabla 23, pág. 261), que hace referencia a las *acciones constructivas encaminadas a alterar la fuente de estrés, y a las conductas en la solución de la situación*, es decir, a la planificación y puesta en marcha de acciones para superar el estresor y sacar provecho de las circunstancias. Se erige protectora frente al estado de ánimo, puesto que cuanto más se aborda el problema sin tendencia destructiva, más se refuerza la afectividad, sorteando la clínica depresiva. En el trabajo de Pascual et al. (2009) se afirma que las

estrategias centradas en el problema se consideran protectoras frente al desarrollo de depresión.

Otra estrategia, la tercera en orden de aplicación, que está muy presente entre los senescentes de la muestra estudiada, y en la que se observan diferencias significativas (tabla 23, pág. 261), es el Escape Conductual, que consiste en *reducir los esfuerzos para enfrentarse directamente al estresor*, concurriendo también protector frente al estado de ánimo (fig. 45, pág. 260). A medida que los añosos de este trabajo evitan entrar en sus pensamientos para luchar contra el problema, empleando esas conductas de escape, como el uso de habilidades intelectuales, pasear, charlar, para neutralizar al estresor, mejora notablemente su afectividad. Por el contrario, cuanto menos tiempo dedican a evadir el problema, ahondando más en sus pensamientos, mayor es la tendencia a la depresión. Este subtipo de afrontamiento evitativo o de escape del problema, según la literatura consultada (Krzemien et al., 2005a), podría denominarse igualmente activo y adaptativo, puesto que no sólo no se hace frente al conflicto, si no que se buscan maneras de abordarlo mediante actividades recreativas, intelectuales, etc.. El anciano se ve favorecido potenciando aspectos positivos y mejorando su relación con el entorno. Los resultados de los análisis con las Estrategias de Afrontamiento de Segundo Orden y el Estado de Ánimo, figuran en la tabla 23:

Tabla 23. Estrategias de Afrontamiento (Segundo Orden) y Estado de Ánimo

Estrategia	t	g.l.	p
Escape cognitivo	2,72	96	,008 **
Afrontamiento de las emociones	1,63	104	,277
Escape conductual	2,36	107	,02 **
Afrontamiento conductual	4,42	105	,0001 **
Afrontamiento cognitivo	7,12	105	,0001 **

La última estrategia de segundo orden en la que se apreció significación estadística, como se refleja en la tabla 23, fue el Escape Cognitivo (fig. 45, pág. 260) definido como *la supresión de la atención sobre el estresor, y su sustitución por pensamientos alternativos*. Es más, se ha comprobado que a mayor uso, más efecto positivo sobre el estado de ánimo se ha observado, por detrás de las dos anteriores. Esto es, si los longevos desatienden la negatividad de sus pensamientos, y consiguen sustituirlos por ideas que les permitan vivir los últimos momentos de la existencia con mayor satisfacción, menores puntuaciones se obtienen en el GDS-15, con notable mejoría sobre su estado de ánimo. Citas en la bibliografía (Krzemien et al., 2005a) refieren que, al igual que el escape conductual, es una habilidad evitativa. Pero del mismo modo que la anterior, podría ser considerada activa y adaptativa por la interacción que realiza entre el longevo y el entorno, así como por el desarrollo de técnicas cognitivas y culturales aplicadas a abordar el estresor. El adulto mayor se ve reforzado, empleando esta destreza, del mismo modo que lo hace su estado de ánimo.

La única estrategia de segundo orden que no resultó significativa fue el Afrontamiento de las Emociones (tabla 23, pág. 261). En este caso, los longevos del trabajo aumentan la clínica depresiva si emplean esta técnica. Algunos autores como Lazarus y Folkman (1986) han señalado la tendencia de los depresivos a utilizar el afrontamiento centrado en las emociones, en detrimento de otras técnicas más directas de resolución de problemas.

En consonancia con los datos resultantes obtenidos en el presente estudio, las investigaciones sobre afrontamiento de estrés en depresivos demuestran una relación potente entre depresión y afrontamiento evitativo (Rohde et al., 1990; Satija et al., 1991; Vendette y Marcotte, 2001).

En vista de los resultados podría decirse que las estrategias de afrontamiento se consideran protectoras de la clínica depresiva (Serrano et al., 2005). Es más, el buen afrontamiento de la vejez, gracias al uso de habilidades enfocadas a sobrellevar de manera positiva la senectud, junto con hábitos de vida saludables, actividad psicosocial y una red de apoyo social funcional son factores protectores de trastornos los afectivos (Díaz et al., 2002).

8.3.- Tercera hipótesis

El viejo se halla siempre a tiempo de aprender

Esquilo

El aumento de la esperanza de vida que está experimentando la población mundial y el consiguiente envejecimiento de la población, favorecen que cada día los adultos mayores disfruten más de su vida, bien de modo independiente, bien en compañía de su entorno familiar. Todo ello repercute positivamente en su estado de ánimo. Pero hay una parte de la población longeva que convive en otro tipo de ambiente, rodeada de senescentes como ellos, con las mismas inquietudes, compartiendo miedos y alegrías, y luchando cada día por disfrutar, de alguna manera, de los últimos rayos de sol que les ofrece el otoño de la vida, antes de desaparecer completamente en el horizonte.

Por tanto, el ambiente en el que se mueve el anciano desempeña un papel activo sobre las conductas del sujeto, Aún más, el ambiente influye sobre el individuo a través de la percepción que éste tiene de aquel (Souto et al., 1984). Como se ha puesto de manifiesto en multitud de estudios, el hecho de estar institucionalizado repercute negativamente en el estado de ánimo del longevo, favoreciendo la depresión, la infelicidad y el aumento de la mortalidad, entre otros factores (Lieberman, 1969).

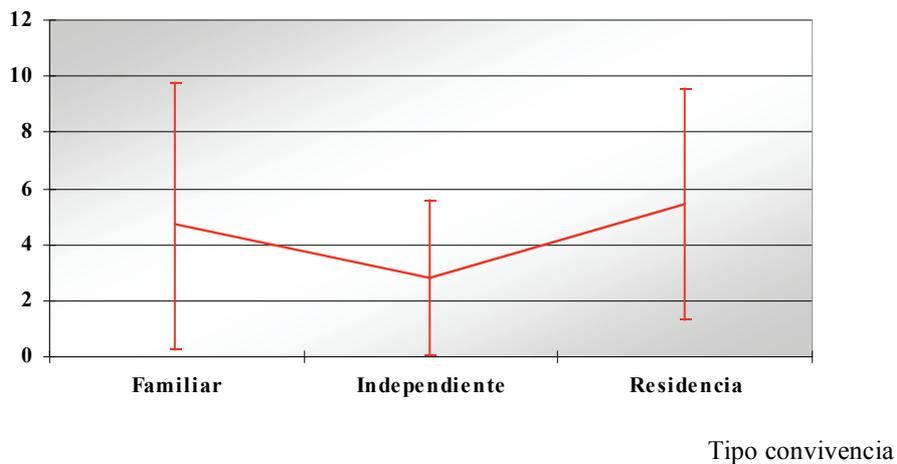
Por consiguiente, en base a lo descrito, la tercera hipótesis se formuló según sigue:

Los tipos de residencia, por las connotaciones afectivas que conllevan, pueden favorecer la vulnerabilidad del estado de ánimo del adulto mayor.

Se realizaron análisis de varianza o ANOVAS, en primer lugar de un factor (tipo de residencia), y como variable dependiente las puntuaciones obtenidas en estado de ánimo (GDS-15).

Fig. 46. Tipo de Convivencia y Estado de Ánimo

Media GDS-15



$$F_{(2,110)} = 4,25; p_a = .02^{**}$$

Los resultados informan de la existencia de diferencias estadísticamente significativas ($F_{(2,110)} = 4,25; p_a = .02$) (figura 46). Ahora bien, tras realizar los análisis post hoc (a posteriori) con la F de Scheffé (tabla 24), los resultados muestran que las diferencias se producen entre los mayores que viven en residencia y los que residen de forma independiente, pero no con los que conviven en familia.

Tabla 24. Análisis a posteriori Tipo de Convivencia

Tipo de convivencia		Dif. de medias	p
Familiar	Independiente	1,92	,13
	Residencia	-,73	,74
Independiente	Residencia	-2,64	,02 **

Hervás et al. (2003) coinciden en los resultados con los mostrados en el presente trabajo, dado que también para estos autores existen diferencias entre los longevos que viven en residencias y los que lo hacen en la comunidad, esto es, en familia o de modo independiente, presentándose niveles más elevados de depresión entre los institucionalizados. Al igual que sucede con la depresión, el deterioro cognitivo es más frecuente entre los residentes en geriátricos que en el resto de la población longeva. Otros autores (Marín et al., 1993; López et al., 2000) manifiestan en sus trabajos niveles más elevados de clínica depresiva entre residentes que entre los que conviven con sus familias o bien habitan independientemente. En un trabajo realizado por Gómez (2007) con nonagenarios de residencias, se constata una prevalencia del 60% de clínica depresiva entre estos. Y cuando analiza la depresión entre los pacientes con integridad cognitiva encuentra que no presentan estos síntomas un 33% de los longevos. Esta es una notable diferencia respecto de los que asocian declive cognitivo a la propia depresión, que en este trabajo ascienden al 66% del total muestral.

Concurren en la literatura científica citas como la de Herrero y Gracia (2005), en la que se hace alusión a las marcadas diferencias que existen entre longevos que moran en la comunidad respecto de aquellos que lo hacen en geriátricos. Para estos autores, estas distinciones residen en la carencia de ayuda psicosocial que tienen los residentes, caracterizado fundamentalmente por una falta de apoyo social en todas sus variantes: red de apoyo, soporte funcional, reciprocidad, apoyo formal e informal en la comunidad. Todo esto se acompaña de bajos niveles de protección, una autoestima familiar y física más negativa así como peor nivel de salud y mayor depresión. Estos resultados muestran similitud en cierto modo, con los del presente trabajo puesto que los longevos de la actual muestra, aquellos que conviven en residencias, presentan niveles más altos de sintomatología depresiva y menor

muestras de solidaridad del entorno familiar. Por el contrario, se involucran más en actividades de la institución, potenciando las redes dentro del propio centro residencial, y así sobreviviendo en la nueva realidad que les ha tocado vivir. Díaz et al. (2011) establecen relación significativa entre la periodicidad de las visitas al residente y la disminución de la sintomatología afectiva, puesto que cuanto más visitas familiares reciben, menos sentimientos de soledad afloran en los mayores institucionalizados.

Son numerosos los factores que influyen en el desarrollo de patología que afecta directamente al estado de ánimo de los senescentes que viven en centros residenciales. Entre otros, sentimientos de abandono, dificultades económicas, distanciamiento del entorno familiar así como de su red social habitual, cambios en los estilos de vida, estrés ante la nueva situación, pérdida de la autonomía y de la independencia, etc. (López, 2001a; López, 2001b; Yanguas, 2006; Cerqueda, 2008). Todo ello repercute en el ánimo de tal modo que puede llegar a imposibilitarles en realizar una vida normal. En el estudio que compete, los adultos mayores institucionalizados gozan de un entorno social aceptable, con el que realizan actividades de ocio. Definen las relaciones sociales como buenas, y a fin de cuentas intentan mantener, gracias a la interacción con los demás residentes, la integridad cognitiva que les permita evitar ocupar los pensamientos con ideas entristecedoras. Esto puede marcar la diferencia que se refleja en los resultados del análisis con relación a los longevos que conviven en familia, pero más aún si cabe, respecto a aquellos que logran mantener su independencia. En estos últimos casos, tanto en los que disfrutan del entorno familiar, como de los que gozan en la independencia de sus vidas, la cognición sí les favorece en el retraso y/o evitación de la sintomatología depresiva. Como se ha comentado en los descriptivos de la muestra (fig. 25, pág. 200), los ancianos que viven en la comunidad basan su satisfacción personal en su vida familiar y en las relaciones que mantienen con su linaje, definidas como

muy buenas en la mitad de la muestra recogida. Muchos de ellos disfrutaban de descendencia, y a su vez, de visitas periódicas (en un 40% de los casos se ven diariamente, (fig. 26, pág. 201). Son datos parejos a los que describe Fernández-Ballesteros (1997). Estos factores, no cabe duda, afectan al longevo de modo positivo, reforzando su ego, del mismo modo que contribuyen a fortalecer su ánimo personal.

Puede ser que las diferencias que se aprecian entre estos dos grupos de la muestra (institucionalizados e autónomos) sean originadas por los contrastes que presentan sus modos de vida. Así, por ejemplo, los ancianos que habitan independientemente han de realizarse las tareas diarias de la vida cotidiana, sean, o no, ayudados por su entorno. En cambio, los residentes disfrutaban de los privilegios que les otorga el vivir en un centro residencial. Como en el artículo de Molina et al. (2011), los independientes ejercitan más la capacidad cognitiva con la realización de actividades que potencien la integridad, o la actividad física (no se debe olvidar que el 24% de los adultos mayores pasean habitualmente, fig. 31, pág. 204). Y esto, como se viene repitiendo (SEGG, 2009; Ventura, 2012; Robertson et al., 2012), evita el deterioro cognitivo, y por ende, la progresión a depresión. Pero también desarrollan más capacidad de afrontamiento ante las situaciones que se presentan, y de esa manera, las personas mayores que viven en sus domicilios cuentan con más recursos adaptativos que aquellas otras que no tienen más remedio que residir en geriátricos (Stefani y Feldberg, 2006).

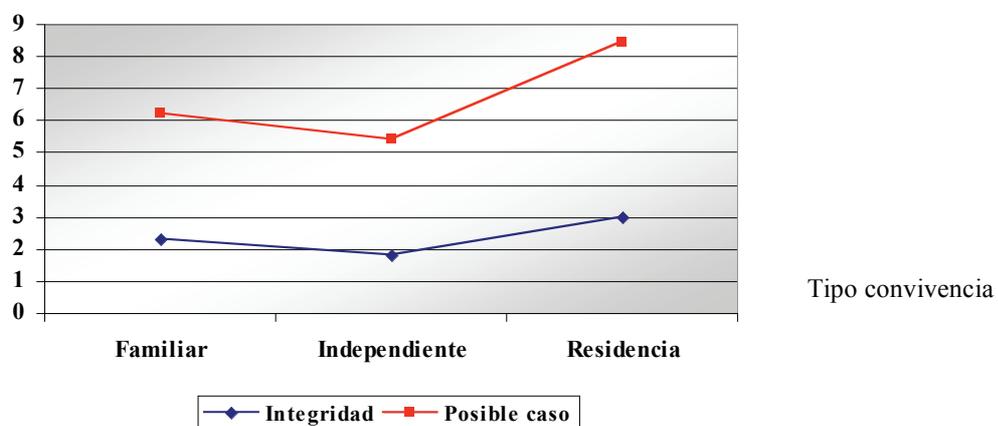
En lo referente al tiempo de ocio, los habitantes de las residencias del presente trabajo, ocupan más su libertad con actividades como pasear, hablar, rezar, jugar con los amigos (fig. 31, pág. 204) y esto, como sucede en el estudio de Yanguas (2006), auspicia el retraso y/o la disminución de clínica depresiva, porque los ancianos que mayormente practican actividades

en su ocio, menos ocupan sus pensamientos con reflexiones entristecedoras que les pueda repercutir negativamente en su salud física y psíquica. Es reseñable que los senescentes de la presente investigación no ocupen su tiempo libre con ningún tipo de actividad, en un 20% de los casos (fig. 30, pág. 204). Así pues, cuanto menor es el desempeño por realizar diligencias, mayor es el riesgo de que el estado de ánimo se contagie de esa desidia y la salida del laberinto sea más complicada. En el estudio de Yanguas (2006) se pone de manifiesto que tan importante es realizar labores ociosas frecuentemente, como ejecutarlas en compañía, pues aquellos adultos mayores que no se relacionan con los convivientes también ostentan mayores posibilidades de sufrir afectación de su ánimo.

A continuación se realizó otro ANOVA, pero en esta ocasión de dos factores (tipo de convivencia e integridad cognitiva), la variable de medida volvió a ser el estado de ánimo. Los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en el primer factor, tipo de convivencia ($F_{(2,110)} = 3,45$; $p_a = .04$) y en el segundo, integridad cognitiva ($F_{(1,110)} = 40,75$; $p_a = .0001$), no encontrando significación en la interacción entre factores ($F_{(2,110)} = 0.76$; $p_a = .47$) (figura 47):

Fig. 47. I. Cognitiva x Tipo de Convivencia y Estado de Ánimo

Media GDS-15



$F_{T. Conv (2,110)} = 3.45$; $p_a = .04^{**}$

$F_{I. Cogn (1,110)} = 40.75$; $p_a = .0001^{**}$

$F_{T. Conv \times I. Cogn (2,110)} = 20.76$; $p_a = .47$

Al realizar los análisis post hoc (a posteriori) con la F de Scheffé, los datos son coincidentes con el resultado anterior: las diferencias se producen entre los mayores que viven en residencia y los que residen de forma independiente, pero no hay tales distinciones en relación a los que habitan en familia (tabla 25):

Tabla 25. Análisis a posteriori Tipo de Convivencia

Tipo de convivencia		Dif. de medias	p-valor
Familiar	Independiente	1,92	,06
	Residencia	-,73	,67
Independiente	Residencia	-2,64	,005 **

Los datos referidos en el presente trabajo están en concordancia con lo que se describe en las publicaciones científicas. Los longevos de la muestra presentan niveles más elevados de depresión cuando se encuentran institucionalizados, disminuyendo estos niveles a medida que el longevo refiere convivir con la propia familia. Pero los que menos puntajes obtienen en la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15) son los senescentes que consiguen mantener la independencia de su hogar, y de ese modo logran resarcirse luchando diariamente por mantener su integridad cognitiva, y por ende su estado de ánimo, influyendo positivamente sobre su estado afectivo. La prevalencia de la clínica depresiva en la comunidad gira alrededor del 10%, esto es, entre los que viven con sus familias o lo hacen soberanamente. Pero en cuanto se alude a los longevos que cohabitan en residencias, las cifras cambian. En estos casos la tendencia hacia la depresión se sitúa entre el 15% y el 35% (Yanguas, 2006). Esto demuestra que es 6 veces mayor la prevalencia de la afectación del estado de ánimo entre los adultos mayores que residen en instituciones, de aquellos otros que comparten su vida bien con la familia, o independientemente. Del mismo modo es más frecuente que se

presente declive cognitivo entre los residentes longevos que en el resto de población geriátrica (Martínez-Larrea, 2002; Myers, 1994; Parmelee et al., 1989).

Existen factores que se asocian a un aumento de patología depresiva, entre ellos el estar institucionalizados, o la sensación de gran tristeza junto con estados de melancolía profunda acentuada por eventos pasados que marcaron de una forma u otra la condición actual en la que se encuentran, influyendo negativamente sobre el estado de ánimo (Cerqueda, 2008). Pero bien es cierto, según se encuentran relatos en la literatura científica, que los etarios que son capaces de mantener activas sus capacidades mentales, tienen menos posibilidades de verse afectados en su estado anímico, con los beneficios para la salud, tanto física como mental, que esto conlleva (Cerqueda, 2008).

Rojas-Ocaña (2006; cit. por Vallejo y Rodríguez, 2010) define un *síndrome específico de institucionalización*, constituido por los siguientes signos: pérdida de autonomía, apatía y disminución de la capacidad cognitiva. Estos síntomas pueden ayudar en el desarrollo del declive cognitivo que sufren los residentes tras cambiar de hábitat. Por consiguiente, todo ello repercute negativamente sobre la salud, tanto física como mental, de los adultos mayores institucionalizados, pues al aumentar la prevalencia de declive cognitivo, su independencia se ve mermada, del mismo modo que lo hace su calidad de vida. De ahí que sea tan importante que el anciano residente trabaje su cognición, reforzándola, para retrasar la dependencia, mejorar la calidad de vida (Vallejo y Rodríguez, 2010) y, además, proteger su ánimo.

En muchas ocasiones la causa de la institucionalización es consecuencia de los pobres o inexistentes vínculos con la progenie (Yanguas, 2006). En el artículo de Cerqueda (2008) las ancianas definían la soledad que sentían al vivir en la residencia, sin visitas ni apoyo familiar. Otras de estas no recibían ninguna visita, y se refugiaban en las actividades del centro. Esto

repercutía negativamente en su estado de ánimo, dejándose llevar por sentimientos de tristeza y abandono. Por eso, cuando se mide el grado de satisfacción vital, los nexos con la casta constituyen un pilar importante en la vida de los ancianos que no moran en residencias, y por el contrario, para los longevos institucionalizados cobran mayor importancia las relaciones sociales. Esto se constata con apuntes destacados de los adultos mayores de esta muestra, y se refleja en trabajos de diversos autores (Molina et al., 2008; Cerqueda, 2008). Así se ve proyectado en los resultados del análisis presentado, y como se viene comentando, el entorno es imprescindible para el desarrollo tanto físico como psicológico de los adultos mayores. La necesidad de soporte social, en muchos casos, puede ser debida a la sensación de soledad en la que viven muchos añosos (Yanguas, 2006). Esto se pone también de manifiesto en el presente trabajo, pues se refleja muy bien en el porcentaje tan elevado de ancianos que no disfrutaban de relaciones familiares (fig. 25, pág. 200), y escasamente de las sociales (fig. 27, pág. 202).

Para Molina et al. (2008) el apoyo es un factor muy importante dentro del concepto de bienestar y de envejecimiento óptimo, contribuyendo a disminuir la mortalidad. Igualmente consideran que se debieran potenciar más los nexos entre parientes, por todas las repercusiones positivas que ofrecen.

La depresión en las personas mayores se encuentra directamente relacionada con el aislamiento social, así un contacto más estrecho con hijos o nietos puede contribuir a aminorarla en gran medida, y a prevenir de esta manera las consecuencias negativas de la patología del estado de ánimo como por ejemplo, el suicidio (Martín, 2009). Es más, el entorno social juega un papel muy importante en la prevención de la depresión pues se trata de un factor protector frente a esta patología (Bergdahl et al., 2007). Es importante esta

apreciación de cara a los adultos mayores institucionalizados, dado que su contexto en el centro residencial se centra en este tipo de relaciones, y por tanto le pueden salvaguardar de la afección del estado de ánimo.

De todo lo dicho hasta ahora, no se puede dejar de incidir en la importancia que implica para los ancianos la presencia de soporte, tanto familiar como social, concretamente éste es más valorado por los habitantes de los geriátricos, puesto que, a pesar de que la casta refuerza más el espíritu, no todos los residentes gozan de un entorno familiar al que transmitir sus miedos, inquietudes o alegrías. De ahí la importancia de la red social en estos casos, su soporte emocional. Y el hecho de que pueda beneficiarse de un entorno social afable depende en gran medida de su autoestima y de las habilidades sociales, según afirma Yanguas (2006). El apoyo es un factor importante dentro del concepto de bienestar y de envejecimiento óptimo, colaborando en la promoción de la salud y disminuyendo la mortalidad. Es más, ante situaciones de estrés, tan cotidianas en esta fase del ciclo vital, ejerce efectos beneficiosos, además de contribuir a mejoras en la adaptación a éstas (Molina et al., 2008). Una vida socialmente activa se encuentra asociada a una mayor satisfacción personal con la propia vida, gozando así de mayor capacidad funcional (Herrero y Gracia, 2005).

La clínica depresiva, según la SEGG (2004), se ve intensificada por la pérdida del cónyuge, el abandono de la autonomía y la comorbilidad de patologías prevalentes como son la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, las dolencias cardíacas, las osteoartrosis, entre otras. Del mismo modo esta patología del estado de ánimo puede verse favorecida por la aparición de enfermedades vasculares, por la disminución de la capacidad funcional y por la institucionalización, puesto que esta última constituye en sí misma un factor de riesgo para el

desarrollo de depresión, especialmente en el período que sigue inmediatamente a su internamiento.

En la literatura se recoge que ante situaciones depresivas, los individuos usan más las estrategias de afrontamiento pasivas, porque al no lograr distanciarse del problema, ni toman decisiones, ni mucho menos actúan (Whatley, 1998; cit. por Meyer, 2007). Pero otros autores consideran que los deprimidos emplean estrategias de escape-evitación, así como la aceptación de la situación que les origina la depresión (Kuyken y Brewin, 1994; cit. por Meyer, 2007).

La sintomatología depresiva de los institucionalizados, así como su estado cognitivo, pueden verse beneficiados del uso de programas específicos para mejorar estas capacidades. Esto lo ponen de manifiesto artículos como el de Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamante (2011). En éste se aplicó un programa de activación psicomotriz, observándose resultados muy positivos para los longevos afincados en geriátricos, puesto que mejoraron en rendimiento cognitivo, disminuyendo marcadamente sus niveles depresivos.

Como se ha indicado con anterioridad, la presencia de factores estresantes en la vida de los residentes de geriátricos favorece la aparición de los trastornos afectivos como es la depresión, y traducirse en puntajes más elevados en la Escala de Depresión Geriátrica. Para Yanguas (2006) la relación que se establece entre estrés y depresión es directamente proporcional al estresor que desencadene, o acentúe, el cuadro depresivo. A mayor situación agobiante, mayor tendencia a la depresión. Un punto a favor de los longevos de la investigación actual, es que casi un 23% de los mismos practicaban ejercicio físico habitualmente (fig. 31, pág. 204). De nuevo, en concordancia con lo descrito en la literatura (Yanguas, 2006; MSC, 2008; SEGG, 2009; Herring et al., 2012), al aumentar las labores

físicas, como es pasear, disminuye proporcionalmente la tendencia a presentar alteraciones del estado de ánimo.

Si se desarrollan programas de intervención en población geriátrica de centros institucionalizados, usando como diana a los propios residentes, pueden conseguirse mejoras en la autoestima de los sujetos, confiriéndoles un sentido más positivo a sus vidas. De esta manera pueden adquirir un rol activo en la sociedad, con el reconocimiento de su contribución a la vida comunitaria. Es probable que no sólo se cambie su estatus social, sino que también mejore la contribución al ajuste y al bienestar de esas nuevas redes sociales de apoyo alternativas basadas en la amistad más que en la relaciones familiares (Herrero y García, 2005). Como bien citan Crohan y Antonucci (1989; cit. por Herrero y García, 2005), sentirse necesitado es un sentimiento crucial para el bienestar de la persona mayor.

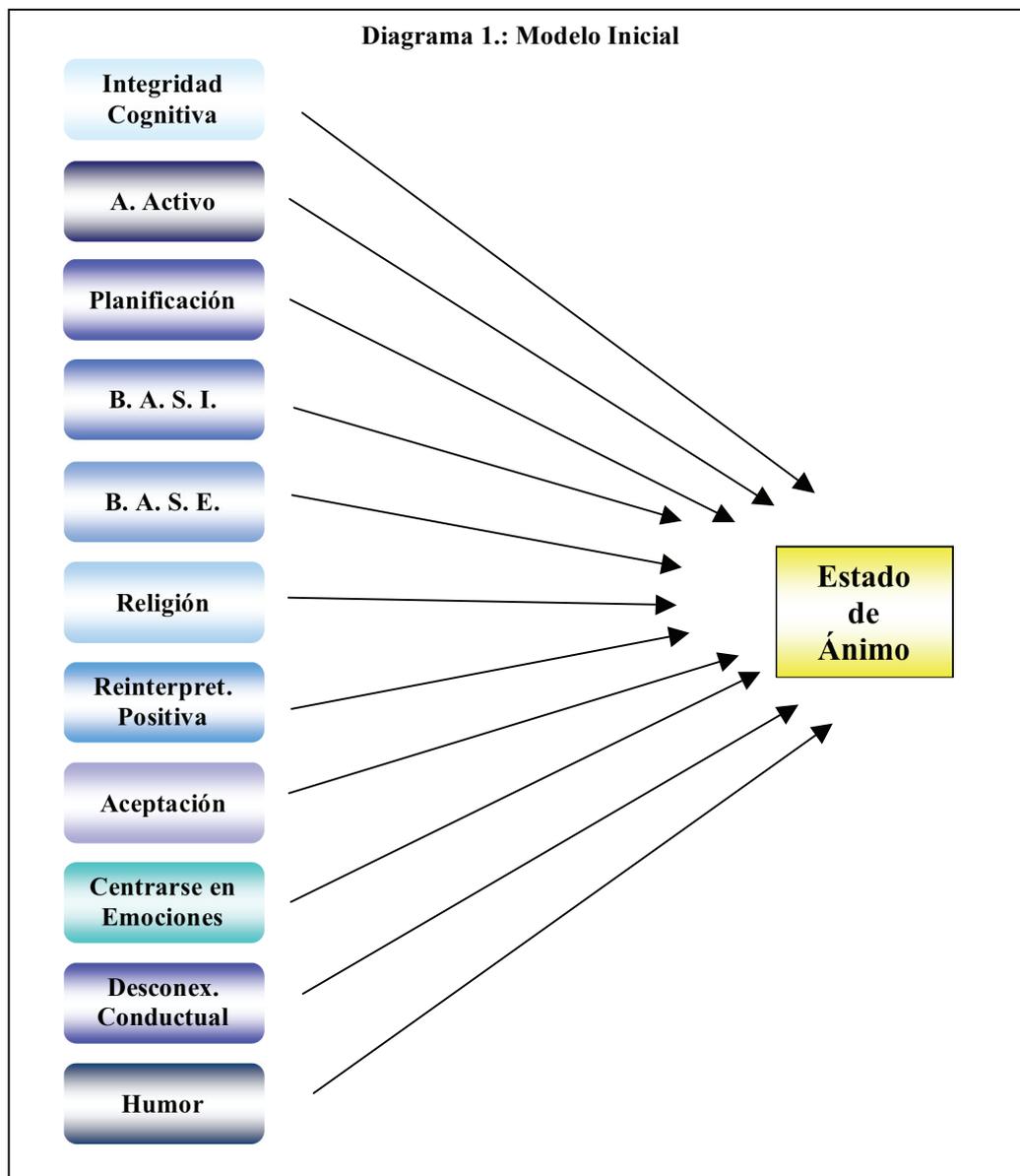
Quizás, en un futuro no muy lejano, el planteamiento ante los institucionalizados cambie, y se intente involucrar más a la propia familia y/o a la red social del longevo no sólo como medida de apoyo, sino también como mediadora en el propio proceso vital del adulto mayor, contribuyendo a que adquiriera nuevamente el estatus que perdió en el momento de entrar a vivir en su nuevo hogar, la institución. Posiblemente, como se viene apoyando en esta investigación, su afectividad se vería reforzada positivamente, y por ende, su propia salud.

7.4.- Análisis Final

Hay personas que por mucho que envejeczan, jamás pierden su belleza; sólo se les pasa de la cara al corazón.

Martín Buxbaum

Para finalizar, planteamos el siguiente modelo basado en los resultados obtenidos, es decir, con las variables que habían resultado estadísticamente significativas en el estudio, (diagrama 1):

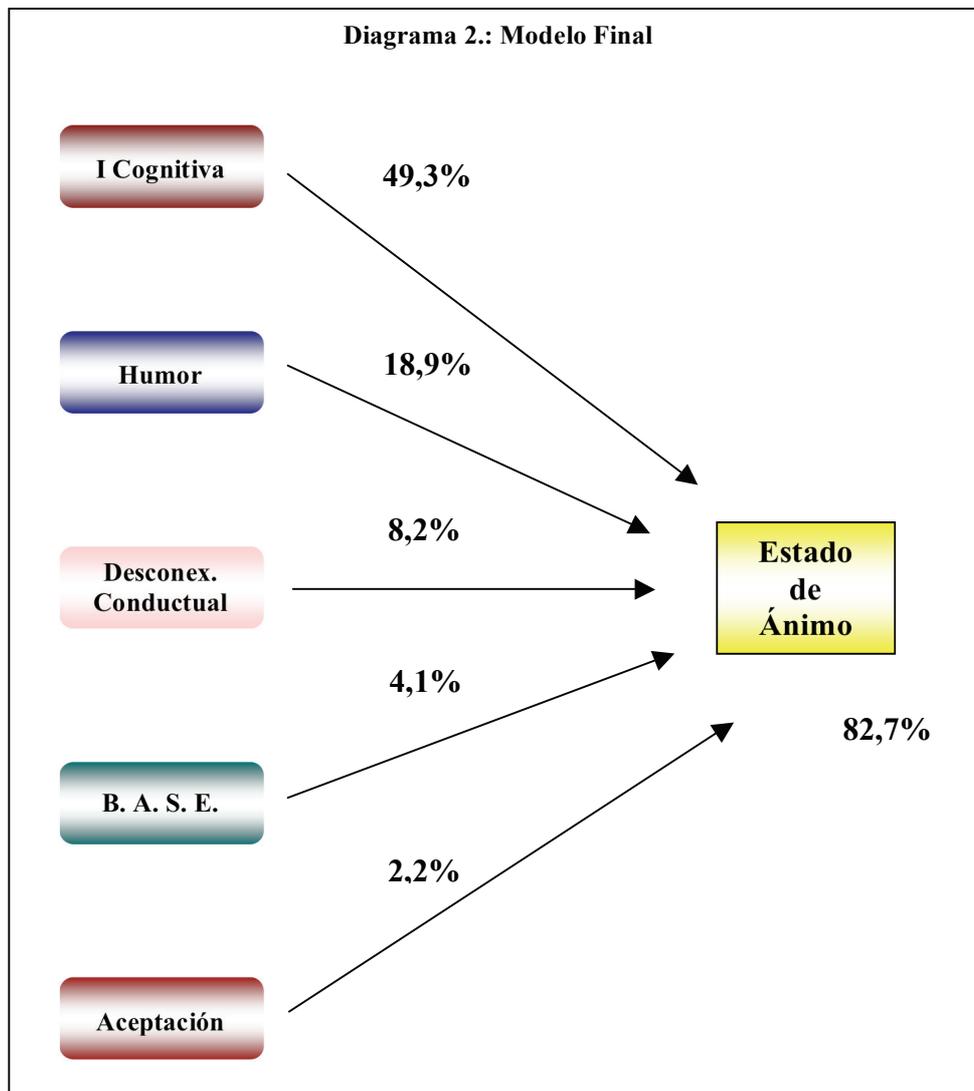


Para proponer la ecuación correspondiente, se realizó una Regresión Múltiple paso a paso (pasos sucesivos), introduciendo como variables independientes todas aquellas que habían resultado significativas sobre el estado de ánimo. Como variable dependiente las puntuaciones del GDS-15. Como se puede observar en dicho diagrama, son numerosas las variables que en este trabajo influyen sobre el estado de ánimo. Todas ellas, con efectos sobre la afectividad de los longevos, de modo que los adultos mayores que hacen frente al proceso de envejecer utilizando dichas estrategias, consiguen llevar la senectud con mejor ánimo que aquellos otros que no desarrollan estas habilidades.

Los resultados indican que tan sólo cinco variables entran en la ecuación de regresión: Integridad Cognitiva, Humor, Desconexión Conductual, Búsqueda de Apoyo Social Emocional y Aceptación. Entre todas explican un 82,7 % de la varianza total en estado de ánimo, datos que se aprecian en el diagrama 2, de la página siguiente.

La primera variable, que explica por sí sola casi un 50% de la variabilidad en estado de ánimo, es la Integridad Cognitiva. Esto se traduce en que los ancianos que logran mantener en mejores condiciones su capacidad cognitiva, disfrutan de menos patología afectiva que aquellos que presentan, en esta etapa vital, más declive de las funciones cognoscitivas. Y, como bien se ha descrito, en ello influye la presencia de patologías asociadas, como el colesterol o la HTA (Casado y Ramirez, 2008; Vicario et al., 2010a; López y Jiménez, 2011; Vicario et al., 2011a; SEC, 2012), así como la realización de ejercicio físico (Castro, 2012; VICARIO et al., 2011a; SEC, 2012), o el desarrollo de actividades cognitivas que mantengan la mente activa (Ventura, 2012; Molina et al., 2011; Yanguas, 2006; SEGG, 2004), y por ende, protegido el estado de ánimo de los participantes en esta Tesis Doctoral. Esto

concuera con los datos que se han encontrado en la literatura científica, anteriormente citados, y que apoyan los resultados obtenidos aquí.



El segundo en orden de frecuencia, influyendo en cerca del 20% del mantenimiento del estado de ánimo, se sitúa el Humor. De nuevo se ha comprobado que cuanto más bromean con los problemas que la senectud les propone, mejor se encuentran anímicamente. Datos parejos se han referenciado en la literatura sobre esta técnica de afrontamiento (Krzemien et al., 2004; Urquijo et al., 2008).

El 8% de la afectividad del adulto mayor de la presente disertación, se ve afectada por el empleo de la desconexión conductual como estrategia activa de afrontamiento. Evitan enfrentarse al estresor y cuanto mayor es su uso, mayor es también el grado de clínica depresiva que presentan.

Siguiendo con lo descrito hasta ahora, el porcentaje restante se explica con el uso de la Búsqueda de Apoyo Social Emocional, y la Aceptación de la situación. Los ancianos de la muestra evitan la aparición de clínica depresiva gracias al apoyo que encuentran en su entorno, compartiendo las experiencias y aprendiendo de ellas. Estas estrategias también son presentadas, en diversos artículos, como protectoras de la afectividad de los longevos (Krzemien et al., 2004; Navarro y Bueno, 2005). En éste último trabajo se encontró que las mujeres mayores utilizaban más estrategias de escape y de búsqueda de apoyo social, buscaban más la confrontación, aceptaban más la culpa personal durante las situaciones estresantes y dependían en mayor grado de redes de apoyo social para afrontarlas.

La significación de cada variable en la ecuación de regresión, se expone en la tabla 26:

Tabla 26. Análisis de Regresión Múltiple

Variables Predictoras	F	g.l.	p
Integridad Cognitiva	93,45	96,1	,0001**
Humor	56,73	95,1	,0001**
Desconexión Conductual	32,58	94,1	,0001**
B.A.S Emocional	19,45	93,1	,0001**
Aceptación	11,74	92,1	,001**

En suma, la integridad cognitiva se ha evidenciado como una variable de gran trascendencia en la ancianidad, en relación con el estado afectivo de la persona mayor, en coincidencia con artículos como el de Franco et al. (2001), en el que se dice que los ancianos con mayor declive cognitivo presentan más riesgo de padecer clínica depresiva, en parte secundario a los sentimientos de insuficiencia y minusvalía en la que se encuentran estos adultos cuando ven mermadas sus capacidades cognitivas. Para Molina et al. (2011) el hecho de poder ejercitar la cognición mediante el empleo de actividades que potencien el intelecto, repercute notablemente sobre ésta. Estos autores confirman que a mayor nivel de actividad productiva y de ocio en personas muy mayores, mejor funcionamiento cognitivo. Por último, Olave-Sepúlveda y Ubilla-Bustamente (2011) comprobaron que a medida que la actividad intelectual se desarrollaba, se potenciaba la integridad cognitiva, y en todos los casos estudiados, la clínica depresiva revertía, gracias al programa de estimulación psicomotriz al que sometieron a un grupo de ancianos.

En definitiva, tan importante es el conseguir mantener la capacidad cognitiva íntegra, como el cultivarla por medio de actividades que estimulen la cognición, aunque no se puede olvidar que todo lo que se ha vivido a lo largo de la vida acaba repercutiendo, para bien o para mal, en el proceso de envejecer.

4ª PARTE
CONCLUSIONES

9.- CONCLUSIONES

Envejecer es como escalar una gran montaña: mientras se sube las fuerzas disminuyen, pero la mirada es más libre, la vista más amplia y serena

Ingmar Bergman

1ª. La educación recibida a lo largo de la existencia, se erige como protectora del declive cognitivo que se produce en el ocaso de la vida. El 73% de los sujetos de la presente investigación corroboran que, si se acompaña de un estilo de vida activo, con actividades cognitivas, y de ocio, se puede contribuir a retrasar la aparición del deterioro cognitivo, y por ende, a mantener por más tiempo su integridad, con la repercusión positiva que representa sobre la afectividad de los adultos mayores.

2ª. En todos los periodos del ciclo vital, la capacidad cognitiva íntegra se presenta como fiel defensora del estado de ánimo. Pero, esta protección se vuelve más relevante, independientemente del género, cuando se conserva la integridad cognitiva en la última de etapa de la vida, como sucede con el 55% de los longevos de la presente Tesis Doctoral.

3ª. En el proceso de adaptación, ante las adversidades de la vida, el senescente del presente trabajo, como hemos podido comprobar, elige estrategias a través de las cuales pueda paliar mejor los efectos negativos de la propia senectud. Tales habilidades, por orden de significación estadística, son: planificación, búsqueda de apoyo social instrumental, búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, desconexión conductual y

humor, entre otras. Gracias al uso de las mismas, logra evitar que la depresión modifique su evolución psíquica.

4ª. A lo largo de la Historia el papel del adulto mayor ha ido variando del mismo modo que éste lo ha hecho con las de estrategias de afrontamiento. Como se recoge en la investigación actual, los longevos de la muestra gustan de utilizar destrezas adaptativas, si identifican la fuente estresora. Por el contrario, cuando no se ven capaces de controlar la situación, emplean estrategias pasivas, que les ayuden a desconectar de la realidad, con las connotaciones negativas que conlleva sobre su estado de ánimo. En nuestro caso, se comprueba estadísticamente que la puesta en marcha de esfuerzos cognitivos y conductuales les permite afrontar activamente el problema, lo cual protege su afectividad.

5ª. El hábitat (vivienda habitual) ejerce su influencia sobre el uso de estrategias de afrontamiento. Así, nuestros sujetos institucionalizados poseen menos recursos para abordar directamente el agente estresor, con lo cual emplean habilidades pasivas, a diferencia de los longevos que viven en la comunidad y que han participado en este trabajo (65%). Estos son más partícipes de afrontar la situación con medidas cognitivas y centradas en el problema, viéndose reflejado positivamente en su estado de ánimo, como demuestra la significación obtenida en nuestra investigación.

6ª. Hemos estudiado la relación existente entre la depresión y el abandono del hogar habitual, en favor de una institución geriátrica. Los resultados obtenidos muestran que la sintomatología depresiva afecta, en mayor medida, a los adultos mayores que han tenido que cambiar su hogar por un centro institucionalizado. Estos longevos encuentran reducida su independencia, aumentando su apatía y viendo mermada su capacidad cognitiva. Por el contrario, los mayores que continúan viviendo en su hábitat, logran disminuir la intensidad de

la clínica depresiva gracias al esfuerzo diario en mantener un buen nivel de cognición. Esta marcada significación estadística, como demuestra la hipótesis planteada en este trabajo, se consigue gracias al empeño de los etarios que viven independientemente, en ser autosuficientes intentando realizar por sí mismos los quehaceres diarios.

7ª. Los sujetos de nuestra muestra que realizan actividades que favorecen el mantenimiento de su integridad cognitiva, presentan menor clínica depresiva que aquellos otros que manifiestan mayor deterioro de sus funciones cognoscitivas (45%), tal y como se aprecia en los resultados estadísticamente significativos de la presente investigación. Pensamos que es tan importante el conservarla íntegra, como el enriquecerla diariamente.

8ª. Para sobrellevar mejor los acontecimientos adversos de la vida, los longevos del presente trabajo utilizan, entre otras, la estrategia del humor sobre las preocupaciones, evitando que la fuente de estrés les afecte. Del mismo modo emplean la habilidad de la aceptación, y así se adaptan mejor a la situación que les toca vivir. Esto explica el 22% de la varianza total del estado de ánimo de nuestros mayores, traduciéndose en que los que hacen frente al proceso de envejecer utilizando dichas estrategias, consiguen llevar la senectud con mejor ánimo que aquellos otros que no desarrollan estas habilidades.

9ª. Hemos encontrado que los sujetos de la investigación actual que no encuentran refugio emocional, se amparan en la espiritualidad, como explica la significación estadística que se ha demostrado en el presente trabajo. Bien es cierto que esto es un modo más pasivo de afrontar la realidad, pero consideran que les beneficia notablemente protegiéndoles de la patología afectiva. Por contra, a medida que se abandonan al destino, mayor es el nivel de depresión que alcanzan.

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cuando uno se hace viejo, gusta más releer que leer

Pío Baroja

- Abad-Santos, F., Novalbos-Reina, J., Gallego-Sandin, S., García, A. G. (2002). *Treatment of mild cognitive impairment: Value of citicoline*. Rev Neurol; 35: 675-682.
- Abarca, J. C., Chino, B. N., Llacho, M. L. V., Gonzales, K., Mucho, K., Vázquez, R., Cárdenas, C., Soto, M. F. (2008). *Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa*. Revista Chilena de Neuropsicología; 3: 7-14.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. (1978). *Learned helplessness in humans: Critique and reformulation*. Journal of Abnormal Psychology; 87: 49-74.
- Adak, S., Illouz, K., Gorman, W., Tandom, R., Zimmerman, E. A., Guariglia, R., Moore, M. M., Kaye, J. A. (2004). *Predicting the rate of cognitive decline in aging and early Alzheimer disease*. Neurology; 63: 108–114.
- Aguado, C, Martínez J, Onís, M. C., Dueñas, R. M., Albert, C., Espejo, J. (2000). *Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la “Geriatric Depression Scale” (GDS) de Yesavage*. Aten Prim; 26: 328.
- Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- Agüera-Ortiz, L. F., Losa, R., Goetz, L., Gilabaerte, I. (2011). *Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico*. Psicogeriatría; 3 (1): 1-8.
- Ai, A. L., Dunkle, R. E., Peterson, C, Bolling, S. T. (1998). *The role of private prayer in psychological recovery among midlife and aged patients following cardiac surgery*. The Gerontologist; 5: 591-601.
- Alba, V. (1992). *Historia Social de la vejez*. Barcelona: Laertes.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, J. (2007). *Afectos y depresión en la tercera edad*. Psicothema; 1 (19): 49-56.
- Aldwin, C. M., Revenson, T. A. (1987). *Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health*. J Pers Soc Psychol.; 53: 237-248.

- Aleixandre, M.** (2004). *Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad*. En Yuste, N., Rubio, R. Y Aleixandre, M., *Introducción a la psicogerontología* (195-212). Madrid: Pirámide.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Mattis, S., Kakuma, T.** (1993) *The course of geriatric depression with "reversible dementia": a controlled study*. Am J Psychiatry; 150: (11): 1693-1699. En Ayuso, J. L. (2008). *La depresión en la tercera edad*. Avances en Psiquiatría Biológica; 9: 75-104.
- Alexopoulos G. S., Meyers B. S., Young R. C., Kakuma T., Feder M., Einhorn A., Rosendahl E.** (1996). *Recovery in geriatric depression*. Archives of General Psychiatry; 53: 305-312.
- Alexopoulos, G. S.** (2001). *New concepts for prevention and treatment of late life depression*. American Journal of Psychiatry; 158: 835-838.
- Alexopoulos G. S., Meyers B. S., Young R. C., Kakuma T., Sibersweig D., Charlson M.** (1997). *Clinically defined vascular depression*. Am J Psychiatry; 154: 507-520.
- Alix, C., Muñoz, J.** (2006). *Envejecimiento social*. En Muñoz, J. *Psicología del envejecimiento* (95-110). Madrid. Pirámide.
- Álvarez, J., Sicilia, M.** (2007). *Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores*. An Psicol.; 23: 272-281.
- American Geriatrics Society** (2001). *AGS position statement psychotherapeutic medications in the nursing home*. Extraído el 15 de mayo de 2012 de <http://www.americangeriatrics.org>
- Ames, D.** (1991): *Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes*. International Journal of Geriatric Psychiatry; 6: 347-354.
- Andel, R., Vigen, C., Mack, W. J., Clark, L. J., Gatz, M.** (2006). *The effect of educational and occupational complexity on rate of cognitive decline in Alzheimer patients*. J Int Neuropsychol Soc.; 12: 147-152.
- Anderson, I. M.** (2000). *Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability*. Journal of Affective Disorders; 58: 19-36
- Andrés, V., Bas, F.** (1999). *Tratamiento de la depresión*. En Montorio, I. e Izal., M. (Eds.), *Intervención Psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico de la salud* (111-150). Madrid: Síntesis.
- Anstey, K. J., Brodaty, H.** (1995). *Antidepressants and the elderly: double-blind trials 1987-1992*. International Journal of Geriatric Psychiatry; 10: 265-279.

- Anstey, K. J., Lord, S. R., Williams, P. (1997). *Strength in the lower limbs, visual contrast sensitivity and simple reaction time predict cognition in older women*. *Psychol Aging*; 12: 137-144.
- Anstey, K. J., Christensen, H. (2000). *Education, activity, health, blood pressure and apolipoprotein E as predictors of cognitive change in old age: A review*. *Gerontology*; 46: 163-177.
- Antiguo Testamento. Libro del Éxodo. Éxodo 17, 5.
- Antiguo Testamento. Libro de Números. Números 11, 16 y 17.
- Arias, C. J., Polizzi, L. (2010). *La red de apoyo social en la vejez. Pérdidas e incorporación de nuevos vínculos*. 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis, febrero-marzo 2010. Extraído el 31 de mayo de 2012 de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/934/1/17cof1045530.pdf>
- Arnaiz, J., Jelic, V., Almkvist, O., Wahlund, L-O., Winblad, B., Valind, S., Nordberg, A. (2001). *Impaired cerebral glucose metabolism and cognitive functioning predict deterioration in mild cognitive impairment*. *Neuroreport*; 12: 851-855.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N. M., Baeza, I., De la Fuente, M. (2009). *El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*; 44 (3): 137-142.
- Artero, S., Petersen, R., Touchon, J., Ritchie, K. (2006). *Revised Criteria for Mild Cognitive Impairment: validation within a longitudinal population study*. *Dement Geriatr Cogn Disord.*; 22: 465-470.
- Asociación Psiquiátrica Americana, (APA). (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR)*. Barcelona: Masson (original, 2000).
- Atchely, R. C. (1977). *The leisure of the elderly*. *The humanist*, 14-19.
- Atchely, R. C. (1980). *The social forces in later life: An Introduction to Social Gerontology* (3ª ed.). Belmont (CA): Wadsworth.
- Atchely, R. C. (1985). *Social forces and Aging* (4ª ed.). Belmont (CA): Wadsworth.
- Atchely, R. C. (2000). *Social forces and Aging* (5ª ed.). Belmont (CA): Wadsworth.
- Ayuso, J. L. (2008). *La depresión en la tercera edad*. *Avances en Psiquiatría Biológica*; 9: 75-104.
- Ayuso, J. L., Sáiz, J. (1990). *Las Depresiones (Tomo I)*. Barcelona: Salvat.

- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., Wilkinson, G., Odin Group** (2001): *Depressive Disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study*. British Journal of Psychiatry; 179: 308-316.
- Bacon, F.** (1623). *History of Life and Death*. London. Extraído el 18 de abril de 2012 de www.sirbacon.org/biblio.html
- Baldwin, R.** (2002). *Depressive illness*. En Jacoby, R. y Oppemeimer, C. (Eds.), *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press.
- Baldwin, R.** (2003). *Trastornos del humor en la vejez*. En Gelder, M., López-Ibor, Jr. y Andreasen, N. *Tratado de Psiquiatría (Tomo III) (1969-1978)*. Barcelona: Psiquiatría Editores. Ars Médica.
- Baltes, P. B.** (1987). *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamic between growth and decline*. Psychology; 23: 611-626.
- Baltes, P. B., Lindenberger, V.** (1997). *Emergence of powerful connections between sensory and cognitive functions across life-span*. Psychology and Aging; 12: 12-21.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., Staudinger, U.** (1998). *Life-span theory in developmental psychology*. En: Lerner, R. M., editor. *Handbook of child psychology*, 1. New York: Wiley; 1029-1143.
- Ballesteros, S. (Dir).** (2007). *Envejecimiento Saludable: Aspectos, Biológicos, Psicológicos y Sociales*. UNED: Universitas.
- Ballmaier, M., Kumar, A., Elderkin-Thompson, V., Narr, K. L., Luders, E., Thompson, P., Hojatkashani, C., Pham, D., Heinz, A., Toga, A. W.** (2008). *Mapping Callosal Morphology in Early- and Late-Onset Elderly Depression: An Index of Distinct Changes in Cortical Connectivity*. Neuropsychopharmacology ; 33: 1528-1536.
- Barcia, D.** (2001). *La vejez en sus términos*. Madrid: You&Us.
- Barefoot, J. C., Mortensen, E. L., Helms, J., Avlund, K., Schroll, M.** (2001). *A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80*. Psychology and Aging; 16: 342-345.
- Beck, A. T.** (1987). *Cognitive models of depression*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly; 1: 5-37.
- Beck, A., Wynnendod, P.** (1964). *Thinking and depression*. Archives of General Psychiatry; 10: 561-571.

- Beck, A. T., Brady, J. P., Quen, J. M.** (1977). *The history of depression*. New York: Psychiatric Annals.
- Belsky, J. K.** (2001) *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo. Thomson Learning.
- Benabarre, A., Valenti, M.** (2007). *La depresión en el anciano*. Laboratorios Dr. Esteve.
- Bennett, D. A., Wilson, R. S., Schneider, J. A., Evans D. A., Beckett, L. A., Aggarwal, N. T., Barnes, L. L., Fox, J. H., Bach, J.** (2002). *Natural history of mild cognitive impairment in older persons*. *Neurology*; 59: 198-205.
- Ben-Zur, H.** (1999). *The effectiveness of coping meta-strategies: perceived efficiency, emotional correlates and cognitive performance*. *Pers Individual Differences*; 26 (5): 923-939.
- Bergdahl, E., Allard, P., Gustafson, Y.** (2007). *Differences in Depression Among the Very Old*. *International Psychogeriatrics*; 19 (6):1125-1140.
- Berkman, I. F., Syme, S. L.** (1979). *Social networks, host resistance and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County Residents*. *Am J Epidemiol.*; 109: 186-204.
- Berkman, L. F, Glass, T.** (2000). *Social integration, social networks, social support and health*. En: Berkman LF, Kawachi I (Eds.): *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bermejo, F., Gómez, T. I., Morales, J. M.** (1994). *El Mini-Mental State Examination en la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia*. En: Del Ser, T. y Peña-Casanova, J. (Eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional en la demencia* (93-107). Barcelona: J. R. Prous Editores.
- Bermejo, F., Vega, S., Olazarán, J., Fernández, C., Gabriel, R.** (1998). *Alteración cognitiva leve del anciano*. *Rev Clin Esp*; 198: 159-65.
- Bermejo, F. P., Gabriel, R. S., Vega, S. Q., Morales, J. M., Rocca, W. A., Anderson, D. W.** (2001). *Problems and issues with door to door, two phases surveys: An illustration from Central Spain*. *Neuroepidemiology*; 20: 225- 31.
- Billings, A. G., Moos, R. H.** (1981). *The role of coping responses and the social resources in attenuating the impact of stressful life events*. *J Behav Med.*; 4: 131-157.
- Birditt, K. S., Fingerman, K. L.** (2003). *Age and gender differences in adults descriptions of emotional reactions to interpersonal problems*. *J Gerontol*; 58B: 237-245.
- Bischkopf, J., Busse, A., Angermeyer, M. C.** (2002). *A review of prevalence, incidence and outcome according to current approaches*. *Acta Psychiatr Scand*; 106: 403-414.

- Blackford, R., La Rue, A.** (2003). *Criteria for diagnosing age-associated memory impairment: Proposed improvements from the field*. *Dev Neuropsychol*; 5: 295-306.
- Blanchard-Fields, F., Stein, R., Watson, T. L.** (2004). *Age differences in emotion-regulation strategies in handling everyday problems*. *J Gerontol*; 59B: 261-269.
- Blau, Z. S.** (1973). *Old age in a changing society*. Nueva York: New Viewpoints. Bühler, C. (1933). *Der menschliche Lebenslauf als psychologischen Problem*. Leipzig: S. Hirzel.
- Blazer, D. G., Hughes, D. C., George, L. K.** (1987). *The epidemiology of depression in an elderly community population..* *The Gerontologist*; 27: 281-287.
- Blazer, D. G.** (1992). *Social isolation among older individuals: The relationship to mortality and morbidity*. En Berg, R. L. y Cassells, J. S. (Eds.). *The second fifty years: Promoting health and preventing disability* (243-262). Washington, D. C.: National Academy Press.
- Blazer, D. G.** (1993). *Depression in Late Life*. Saint Louis: Mosby.
- Blazer, D. G.** (1994). *Is depression more frequent in late life? An honest look at the evidence*. *Am J Geriatr Psychiatry*; 2: 193-199.
- Blazer, D. G.** (2002). *Depression in late life*. New York: Springer Publishing. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson; 413-426.
- Blazer, D. G.** (2003). *Depression in late life: Review and commentary*. *The Journal of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*; 58 (3): 249-265.
- Blazer, D. G.** (2007a). *La Psiquiatría y los ancianos de edad más avanzada*. *Clinical Psychiatry. Self-Assessment Program*, 20-32.
- Blazer, D. G., Williams C.** (1980). *Epidemiology of Dysphoria and Depression in an Elderly Population*. *American Journal of Psychiatry*; 137: 439-444.
- Blaine, B, Crocker, J.** (1995). *Religiousness, race, and psychological well-being: Exploring social psychological mediators*. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 21 (10): 1031-1041.
- Blesa, R., Pujol, M., Aguilar, M., Santacruz, P., Bertran-Serra, I., Hernández, G., Sold, J.M., Peña-Casanova, J., NORMACODEM Group** (2001). *Clinical validity of the "Mini-Mental State" for Spanish-speaking communities*. *Neuropsychologia*; 39: (11): 1150-1157. En: López, J., Martí, G. (2011). *Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)*. *Rev Esp Med Legal.*; 3 (37): 122-127.

- Blum, S., Luchisinger, J. A., Manly, J. J., Schupf, N., Stern, Y., Brown, T. R., DeCarli, C., Samll, S. A., Mayeux, R., Brickman, A. M.** (2012). *Memory after silent stroke: Hippocampus and infarcts both matter*. *Neurology*; 78 (1): 38-46.
- Boerner, K.** (2004). *Adaptation to disability among middle-aged and older adults: The role of assimilative and accomodative coping*. *J Gerontol*; 59B: 35-42.
- Boll-Wilson, K., Bleecker, M. L.** (1989). *Absence of Depression in Elderly Adults*. *J. Gerontol*; 44 (2): 53-55.
- Bourne, V. J., Fox, H. C., Deary, I. J., Whalley, L. J.** (2007). *Does childhood intelligence predict variation in cognitive change in later life?* *Pers Indiv Pers.*; 42: 1551-1559.
- Bowen, J., Teri, L., Kukull, W., McCormick, W., McCurry, S. M., Larson, E. B.** (1997). *Progression to dementia in patients with isolated memory loss*. *Lancet*; 349: 763-765.
- Boyle, P. A., Buchman, A. S., Wilson, R. S., Kelly, J. F., Bennett, D.A.** (2010). *The APOE epsilon 4 allele is associated with incident mild cognitive impairment among community-dwelling older persons*. *Neuroepidemiology*; 34 (1): 43.
- Brady, C. B., Spiro, A., Berroth, Mc G., Milberg, W., Gaziano, J. M.** (2001). *Stroke risk predicts verbal fluency decline in healthy older men: Evidence from the normative aging study*. *J Gerontol, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*; 56: 340-346.
- Brandstädler, J., Renner, G.** (1990). *Tenacious goal pursuit and flexible goals adjustment: Explication and age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping*. *Psychol Aging*; 5: 58-67.
- Brandtstädter, J., Rothermund, K.** (2002). *The life-course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: A two-process framework*. *Developmental Review*; 22: 117-150.
- Brayne, C., Gao, L., Dewey, M., Matthews, F. E.** (2006). *Dementia before death in ageing societies. The promise of prevention and the reality*. *Medicine*; 3 (10): 1922-1930.
- Brink ,T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H., Adey M., Rose, T. L.** (1982). *Screening tests for geriatric depression*. *Clinical Gerontology*; 1: 37-43.
- Brissette, I., Scheier, M. F., Carver, C. S.** (2002). *The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition*. *Journal of Personality and Social Psychology*; 82 (1): 102-111.
- Bromley, D. B.** (1990). *Behavioral Gerontology*. *Central Issues in the Psychology of Aging*. Nueva York: John Wiley and Sons.

- Brown, S. L., Nesse, R. M., House, J. S., Utz, R. L.** (2004). *Religion and emotional compensation: Results From a prospective study of widowhood*. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 30 (9): 1165-1174.
- Bruce, M. L. M., Leaf, P. J., Rozal, G. P.** (1994a). *Psychiatric status and 9 year mortality data in the New Haven Epidemiologic Catchment Area study*. *Am. J. Psychiatry*; 151: 716-721.
- Bruce, M. L., Seeman, T. E., Merrill, S. S., Blazer, D. G.** (1994b). *The impact of depressive symptomatology of physical disability: MacArthur Studies of Successful Aging*. *Am. J. Public Health*; 84: 1796-1799.
- Buendía J., Riquelme, A.** (1997). *Residencias para ancianos: ¿solución o problema?* En Buendía, J. (Ed.), *Gerontología y salud: perspectivas actuales*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Burt, V. K., Stein, K.** (2002). *Epidemiology of depression throughout the female cycle*. *Journal of Clinical Psychiatry*; 63 (7): 9-15.
- Burvill, P. W., Hall, W. D.** (1994). *Predictors of increased mortality in elderly depressed patients*. *Int. J. Geriatr. Psychiatr*; 9: 219-227.
- Busse, E. W. M., Blazer, D. G.** (1996). *The American Psychiatric Press textbook of geriatric psychiatry (2ª ed)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- Busse, A., Bischof, J., Riedel-Heller, S. G., Angermeyer M. G.** (2003). *Mild cognitive impairment: prevalence and incidence according to different diagnostic criteria. Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged (LEILA75b)*. *Br J Psychiatry*; 182: 449-454.
- Butler, R. N., Lewis, M. I.** (1982). *Aging and mental health (3ª ed.)*. Saint Louis, MO: Mosby.
- Caine, E. D.** (1993). *Should aging-associated cognitive decline be included in DSM-IV?* *J Neuropsychiatr Clin Neurosci*; 5: 1-5.
- Calvo, J. J.** (1989). *Depresión en la vejez*. Extraído el 12 de marzo de 2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=2700078>.
- Camicioli, R., Howieson, D., Oken, B., Sexton, G., Kaye, J.** (1998). *Motor slowing precedes cognitive impairment in the oldest old*. *Neurology*.; 50: 1496-1498.
- Cano, F. J., Rodríguez, L., García, J.** (2007). *Adaptación española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento*. *Actas Esp Psiquiatr*; 35 (1): 29-39.
- Carbajo, M. C.** (2008). *La Historia de la Vejez*. *Ensayos*; 18: 237-254.
- Cardoño, C. A.** (2011). *Depresión en el adulto mayor*. *Cuadernos de Psiquiatría de Enlace*; 49: 4-10.

- Carnero, C., Del Ser, T.** (2007). *La educación proporciona reserva cognitiva en el deterioro cognitivo y la demencia*. *Neurología*; 22: 78–85.
- Carney, R. M., Rich, W. M., Teveide, A. Saini, J., Clark, K., Jaffe, A. S.** (1987). *Major depressive disorder in coronary artery disease*. *Am J Cardiol*; 60: 1273-1275.
- Carretero, M., Palacios, J., Marchesi, A.** (2000). *Psicología Evolutiva: 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial.
- Carstensen, L. L.** (1990). *Cambios relacionados con la edad en la actividad social*. En Carstensen, L. L. y Edelstein, B. A. *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carstensen, L. L., Turk-Charles, S.** (1994). *The salience of emotion across the adult life course*. *Psychology and Aging*; 9: 259-264.
- Carstensen, L. L.** (1995). *Evidence for a life-span theory of social emotional selectivity*. *Current Directions in Psychological Science*; 4: 151-156.
- Carstensen, L. L.** (1998). *A life-span approach to social motivation*. En Heckhausen, J. y Dweck, C. S. (Eds.). *Motivation and self-regulation across the life-span* (341-364). New York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., Charles, S. T.** (1999). *Taking time seriously: a theory of socio-emotional selectivity*. *Am Psychol*; 54: 165-181.
- Carstensen, L. L., Pasupathi, M., Mayr, U., Nesselroade, J.** (2000). *Emotional experience in everyday life across the adult life-span*. *Journal of Personality and Social Psychology*; 79: 644-655.
- Carstensen, L. L., Löckenhoff, C. E.** (2004). *Aging, emotion and evolution: The bigger picture*. En Eckman, P., Campos, J. J., Davidson, R. J. y M. de Wall, F. B. (Eds.). *Emotion inside out: 130 years after Darwin's. The Expression of the Emotions in Man and Animals*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Carstensen, L. L., Mikels, J., Mather, M.** (2006). *Aging and the intersection of cognition, motivation and emotion*. En Birren, J. y Schaie, K. W. (Eds.). *Handbook of the psychology of aging* (6ª ed.). San Diego, C., Academic Press.
- Carus, F. A.** (1808). *Psychologie zweiter Theil: Specialpsychologie*. Leipzig: Borth.
- Carver, C. S., Scheier, M.** (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.

- Carver, C. S., Scheier, M. A.** (1983). *Control-theory model of normal behavior, and implications for problems in self-management*. En Kendall, P. C. (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (127-194) (Vol 2). Nueva York: Academic Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K.** (1989). *Assessing coping strategies*. *J Pers Soc Psychol*; 54: 267-283.
- Carver, C. S.** (1997). *You want to measure coping but your protocol? too long: Consider the Brief-Cope*. *Int J Behav Med*; 4: 94-100.
- Casado, I., Ramírez, J. M.** (2008). *Hipertensión arterial y función cognitiva*. *Med Clin (Barc)*; 14 (130): 542-552.
- Castro, C., Otero-López, J. M., Freire, M., Núñez, M. J., Losada, C., Saburido, J. L., Pereiro, D.** (1995). *Un estudio comparativo de las estrategias de afrontamiento al estrés en distintos grupos de edad*. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*; 30 (2): 73-78.
- Catalina, M. L., Castro, M. J.** (2011). *Características especiales de los trastornos psiquiátricos en el anciano*. *Medicine*; 10 (86): 5825-5834.
- Cattell, R. B.** (1971). *Habilities: Their structure, growth and action*. Boston: Houghton.
- Causapié, P., Balbotín, A., Porrás, M., Mateo, A. (Coords.)** (2011). *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Cerqueda, A. M.** (2008). *Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el Asilo San Antonio de Bucaramanga*. *Univ. Psychol.*; 1 (7): 271-281.
- Cervilla, J. A.** (2001). *Patología cardiovascular y riesgo de depresión en el anciano*. En *Interpsiquis*, 2001. Extraído de el 4 de mayo de 2012 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicogeriatría/2452>
- Cervilla, J. A.** (2003). *Depressive symptoms and cognitive decline*. *Br J Psychiatry*; 182-364.
- Cervilla, J. A., Prince, M.** (1997). *Social distress and cognitive impairment as pathways to depression in the elderly*. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12: 995-1000. En En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 418-426.
- Chandler, J. D., Gerndt, J.** (1988). *Memory complaints and memory deficit in young and old psychiatric inpatients*. *Jornal of Geriatric psychiatry and neurology*: 84-88.

- Charles, S. T., Carstensen, L. L.** (2004). *A life-span view emotional functioning in adulthood and old age*. En Costa, P. (Ed.), *Advances in cell aging and gerontology series*. New York: Elsevier.
- Chételat, G., Eustache, F., Viader, F., De la Sayette, V., Pèlerin, A., Mézenge, F.** (2005). *FDG-PET measurements is more accurate than neuropsychological assessment to predict global cognitive deterioration in patients with mild cognitive impairment*. *Neurocase*; 11: 14-25.
- Chodosh, J., Reuben, D. B., Albert, M. S., Seeman, T. E.** (2002). *Predicting cognitive impairment in high-functioning community-dwelling older persons: MacArthur studies of successful aging*. *J Am Geriatr Soc.*; 50: 1051-1060.
- Christiansen, L., Tan, Q., Lachina, M., Bathum, L., Kruse, L., McGue, M., Christensen, K.** (2007). *Candidate Gene Polymorphisms in the Serotonergic Pathway: Influence on Depression Symptomatology in an Elderly Population*. *Biological Psychiatry*; 61 (2): 223-230. En Ayuso, J. L. (2008). *La depresión en la tercera edad*. *Avances en Psiquiatría Biológica*, 9: 75-104.
- Clasificación Internacional de Enfermedades mentales (CIE-10)* (1992). Ginebra: OMS.
- Ciceron, M. T.** *De Senectute (Acerca de la vejez)*. En Carbajo, M. C. (2008). *La Historia de la Vejez*. *Ensayos*; 18: 237-254.
- Clark, S. A.** (1992). *Mental illness among new residents to residential care International*. *Journal of Geriatric Psychiatry*; 7: 59-64.
- Claver, M. D.** (2006). El envejecimiento desde la perspectiva psicológica. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 25-80.
- Clemente, A., Tartaglioni, M. F., Stefani, D.** (2009). *Estrés psicosocial y estilos de afrontamiento del adulto mayor en distintos contextos habitacionales*. *Revista argentina de clínica psicológica*, XVIII, 69-75.
- Coca, A., Lobo, A, Gil, A., Sierra, C., Figuera, M., Ribera, J. M.** (2004). *Envejecimiento, hipertensión y deterioro cognitivo*. Extraído el 8 de mayo de 2012 de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ribera-envejecimiento-01.pdf>
- Codón, I.** (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento*. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*; 42: 193-208. Extraído el 25 de mayo de 2012 de http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/42/Docu2.pdf

- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Raz, N., Webb, A. G., Cohen, N. J., McAuley, E., Kramer, F. A.** (2003). *Aerobic fitness reduces brain tissue loss in aging humans*. *J Biol Sci Gerontología Un Med Sci*; 58 (2): 176-180.
- Colcombe, S. J., Kramer, A. F.** (2003). *Fitness effects on the cognitive function of older adults: a meta-analytic study*. *Psychol Sci.*; 14: 125-130.
- Colcombe, S. J., Erickson, K. I., Scalf, P. E., Kim, J. S., Prakash, R., McAuley, E., Kramer, F. A.** (2006). *Aerobic exercise training increases brain volume in aging humans*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.*; 61: 1166-1170.
- Coleman, P.** (1996) *Personality and Aging: Coping and management of the self in later life. Psychology of Aging*. Washington: Academic Press.
- Collie, A., Maruff, P., Shafiq-Antonacci, R., Smith, M., Hallup, M., Schofield, P. R., Masters, C. L., Currie J.** (2001). *Memory decline in healthy older people: Implications for identifying mild cognitive impairment*. *Neurology*; 56: 1533-1538.
- Concha, A., Olivares, L., Sepúlveda, M.** (2000). *Redes sociales en la tercera edad*. *Psicología del Desarrollo*, III. Universidad del Desarrollo. Extraído el 31 de mayo de 2012 de <http://red-am.com.ar/buscador/files/DESAR017.pdf>.
- Conde, J. L., Jarne, A.** (2006). *Trastornos mentales en la vejez*. En Triadó, C. y Villar, F. (Coords.), *Psicología de la vejez* (341-364). Madrid: Alianza Editorial.
- Conwell, Y., Lyness, J. M., Duberstein, P., Cox, C., Seidlitz, L., DiGiorgio, A., Caine, E. D.** (2000). *Completed suicide among older patients in primary care practices: A controlled study*. *J Am Geriatr Soc*; 48: 23-29.
- Cook, N. R., Albert, M. S., Berkman, L. F., Blazer, D., Taylor, J. O., Hennekens, C. H.** (1995). *Interrelationships of peak expiratory flow rate with physical and cognitive function in the elderly: MacArthur Foundation Studies of Aging*. *J Gerontol.*; 50 : 317-323.
- Corrales, E., Tardón, A., Cueto, A.** (2000). *Estado funcional y calidad de vida en mayores de setenta*. *Psicothema*; 2 (12): 171-175.
- Cortés, A. R., Villarreal, E., García, L., Martínez, L., Vargas, E. R.** (2011). *Evaluación geriátrica integral del adulto mayor*. *Rev Med Chile*; 139: 725-731.
- Courtney, B. C., Poon, L. W., Martin, P., Clayton, G. M., Johnson, M. A.** (1992). *Religiosity and adaptation in the oldest-old*. *Internat J Aging Human Develop*; 34: 47-56.

- Crespo, M., Cruzado, J. A.** (1997). *La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario Cope con una muestra de estudiantes universitarios*. Análisis y modificación de conducta; 23: 797-830.
- Crook, T., Bartus, R. T., Ferris, S. H., Whitehouse, P., Cohene, G.D., Gershon, S.** (2003). *Age-associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change. Report of a NIMH Work Group*. Dev Neuropsychol; 2: 261-276.
- Crowe, M., Andel, R., Pedersen, N. L., Johansson, B., Gatz, M.** (2003). *Does participation in leisure activities lead to reduced risk of Alzheimer's disease? A prospective study of Swedish twins*. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.; 58: 249-255.
- Cruz, A., Jara, M., Rivera, D.** (2010). *Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas mayores con trastornos depresivos*. Anales en Gerontología; 6: 31-49.
- D'Art, P., Katona, P., Mullan, E., Evans, S., Katona, C.** (1994). *Screening and management of depression in elderly primary care attenders: The acceptability and performance of the 15-item geriatric depression scale (GDS 15) and the development of shorter versions*. Fam Pract; 11: 260-266.
- Daly, E., Zaitchik, D., Copeland, M., Schmahmann, J., Gunther, J., Albert, M.** (2000). *Predicting conversion to Alzheimer disease using standardized clinical information*. Arch Neurol; 57: 675-680.
- Damián, J., Valderrama, E., Rodríguez, F., Martín, J. M.** (2004). *Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive en residencias de mayores de Madrid*. Gac Sanitaria; 4 (18): 268-274.
- De Beauvoir, S.** (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- DeCarli, C., Miller, B. L., Swan, G. E., Reed, T., Wolf, P. A., Carmelli, D.** (2001). *Cerebrovascular and brain morphologic correlates of mild cognitive impairment in the National Heart, Lung, and Blood Institute Twin Study*. Arch Neurol; 58: 643-647.
- Del Valle, C. H., González-Tablas, M. M., Díez, M. A., Vilda, B., Llorca, G.** (2003). *Estudio de las estrategias de afrontamiento a través de las diferentes fases del proceso de trasplante de médula ósea autóloga*. Psicología Conductual; 2 (11): 293-306.
- De la Serna, I.** (1996). *Psicogeriatría*. Madrid: Jarpyo.
- De la Serna, I.** (2000). *Manual de psicogeriatría clínica*. Barcelona: Masson.

- De Pager, C., Blackwell, A. D., Budge, M. M., Sahakian, B. J.** (2005). *Predicting cognitive decline in healthy older adults*. *Am J Geriatr Psychiatry*; 13: 735-740.
- Díaz, M. D., Martínez, B., Calvo, F.** (2002). *Trastornos afectivos en el anciano*. *Rev Mult Gerontol*; 12 (1): 19-25.
- Díaz, A., De la Torre, A., Heissenberg, D., Gatti, G.** (2011). *Asociación entre depresión y religiosidad en ancianos institucionalizados*. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*; 17 (2): 129-135.
- Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C., Yanguas-Lezaun, J.** (2010). *Reserva cognitiva: Evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 45: 150-155.
- Diehl, M., Coyle, N., Labouvie-Vief, G.** (1996) *Age and sex differences in strategies of coping and defence across the life-span*. *Psychol Aging*; 11: 127-139.
- Domínguez, V.** (1991). *Sobre la melancolía en Hipócrates*. *Psicothema*; 1 (3): 259-267.
- Dossey, B. M., Keegan, L., Guzzetta, C. E.** (2000). *Holistic nursing: A handbook for practice (3° ed.)*. Gaithersburg, MD: Aspen.
- Dunn, K. S., Horgas, A. L.** (2000). *The prevalence of prayer as a spiritual self-care modality in elders*. *Journal of Holistic Nursing*; 4 (18): 337-351.
- Ebly, E. M., Parhad, I. M., Hogan, D. B., Fung, T. S.** (1994). *Prevalence and types of dementia in the very old: Results from the Canadian Study of Health and Aging*. *Neurology*; 44: 1593-1600.
- Ebly, E. M., Hogan, D. B., Parhad, I. M.** (1995). *Cognitive impairment in the non-demented elderly. Results from the Canadian Study of Health and Aging*. *Arch Neurol*; 52: 612-619.
- Elias, M. F., Robbins, M. A., Budge, M. M., Elias, P. K., Hermann, B. A., Dore, G. A.** (2003). *Studies of aging, hypertension and cognitive functioning, with contributions from the Maine-Syracuse Study*. *Advances in Cell Aging and Gerontology*; 15: 89-131.
- Engel G.** (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*; 196: 129-136.
- Ercoli, L. M., Siddarth, P., Dunkin, J. J., Bramen, J., Small, G. W.** (2003) *MMSE items predict cognitive decline in persons with genetic risk for Alzheimer's disease*. *J Geriatr Psychiatry Neurol*; 16: 67-73.
- Erikson, E. H.** (1963). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H.** (1966). *Infancia y Sociedad*. Bs. As.: Hormé.

- Erikson, E. H.** (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H.** (1985). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.
- Escobar, M. A., Puga, D., Martín, M.** (2008). *Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005*. *Rev Esp Salud Pública*; 82: 637-651.
- Farlow, M. R.** (2009). *Treatment of mild cognitive impairment (MCI)*. *Curr Res Alzheimer*; 6 (4): 362-367.
- Feinson, M. C.** (1985). *Aging and Mental Health: Distinguishing Myth from Reality*. *Research on Aging*; 7: 155-174.
- Fernández-Ballesteros, R.** (1986). *Hacia una vejez competente*. En Carretero, Marchesi y Palacios (Eds.). *Psicología evolutiva, Adolescencia, Madurez y Senectud*, 3. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández-Ballesteros, R.** (1997). *Calidad de vida en la vejez. Condiciones diferenciales*. *Psychosocial Intervention*; 1 (6): 21-36.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2000). *Gerontología Social*. Madrid. Piramide
- Fernández-Ballesteros, R.** (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2011). *Limitaciones y posibilidades de la edad*. En IMSERSO (Ed.) *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid: IMSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M.** (1990). *Modelos ambientales sobre la vejez*. En *Anales de Psicología*, 1990, 6 (2): 181-198.
- Fernández-Ballesteros, R.; Izal, M; Montorio, I.; Gonzalez, J.L. y Díaz, P.** (1992): *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Ed. Martinez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya Fresneda, R., Iñiguez Martínez, J., Zamarrón, M. D.** (1999). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ferster, C. B.** (1965). *Classification of Behavior pathology*. En Krasner, U. (Ed.), *Research in Behavior Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Ferster, C. B.** (1966). *Animal behavior and mental illness*. *Psychological Records*; 16: 345-346.
- Ferster, C. B.** (1973). *A functional analysis of depression*. *American Psychologist*; 28: 857-870.

- Ferster, C. B.** (1974). *Behavioral approaches to depression*. En Friedman, R. y Katz, R. (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary theory and research*. Nueva York: Winston and Sons.
- Ferster, C. B.** (1981). *A functional analysis of behavior therapy*. En Rehm, P. M. (Ed.) *Behavior Therapy of Depression: Presents Status and Future Directions*. Nueva York: Academic Press.
- Fierro, A.** (1994). *Proposiciones y propuestas sobre el buen envejecer*. En Buendía, J. (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson.
- Fierro, A.** (2002). *Personalidad, persona, acción*. Madrid: Alianza.
- Flicker, C., Ferris, S., Reisberg, B.** (1991). *Mild cognitive impairment in the elderly: predictors of dementia*. *Neurology*; 41: 1006-1009.
- Flicker, C. H., Ferris, S., Reisberg, B.** (1993) *A longitudinal study of cognitive function in elderly persons with subjective memory complaints*. *J Am Geriatric Society*; 41: 1029-1032.
- Flood, M, Buckwalter, K.** (2009). *Recommendations for mental health care of older adults: Part 1, an overview of depression and anxiety*. *J Gerontol Nurs.*; 35: 26-34.
- Fórez, J. M.** (2003). *La crisis del envejecer*. *Jano extra*; 1495: (LXV): 1463-1474.
- Flórez, J. M.** (2008). *Secretos de los nonagenarios: ¿cómo vivir noventa años y más?* *Jano*; 1680: 42-46.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, S., Novacek, J.** (1987). *Age differences in stress and coping process*. *Psychological and Aging*; 2: 171-184.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R.** (1975). *"Mini mental state" A practical method for grading the cognitive state of patient for de clinician*. *J. Psychiatric. Res.*; 12: 189-198.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R., Fanjiang, G.** (2001). *MMSE. Mini-Mental State Examination. User's Guide*. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Formiga, F., Ferrer, A., Reñe, R., Riera, A., Gascon, J., Pujol, R.** (2007). *Factors predicting 2-year cognitive decline in nonagenarians without cognitive impairment at baseline: The Nonasantfeliu Study*. *JAGS*; 55: 1152-1154.
- Fragoero, I., Pestana, M. H., Paúl, C.** (2007). *La salud mental en los ancianos de la Región Autónoma de Madeira. Estudio piloto*. *Gerokomos*; 18 (4): 181-185.

- Franco, M. A., Monforte, J. A.** (1996): *¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?*. En A. Calcedo (ed.): *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología. Extraído de Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Franco, M. A., Monforte, J., Criado, C. H., Jiménez, M. M., Blanco, J. A.** (2001). *Síntomas depresivos y riesgo posterior de deterioro cognitivo en ancianos*. *Interpsiquis* 2001. 2º Congreso Virtual de Psiquiatría. Extraído el 2 de junio de 2005 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/1638/1/interpsiquis_2001_2567.pdf.
- Frerichs, R. R., Aneshensel, C. S., Clarck, V. A.** (1981). *Prevalence of Depression in Los Angeles County*. *American Journal of Epidemiology*; 113: 691-699.
- Frisoni, G. B., Fratiglioni, L., Fastbom, J., Viitonen, M., Winblad, B.** (1999). *Mortality in non demented subjects with cognitive impairment: the influence of health-related factors*. *Am J Epidemiol*; 150: 1031-1044.
- Fuentes, S., Mérida, E.** (2011). *Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano*. *Medicine*; 10 (86): 5851-5854.
- Fung, H., Carstensen, L. L.** (2004). *Motivational changes in response to blocked goals and foreshortened time: Testing alternatives to socioemotional selectivity theory*. *Psychology and Aging*; 19 (1): 68-78.
- Fuhrer, R., Antonucci, R. C., Gaganon, M., Dartigues, J. F., Barberger-Gateau, P., Alperovitch, A.** (1992). *Depressive symptomatology and cognitive functioning: an epidemiological survey in an elderly community sample in France*. *Psychol Med*; 22: 159-72. En Vilalta-Franch, J., Llinas-Regla, J., López-Pousa, S. (1998a). *Cognición y depresión*. *Rev Neurol*; 27: 583.
- Gabryelewicz, T., Styczynska, M., Luczywek, E., Barczak, A., Pfeffer A., Androsiuk W., Chodakowska-Zebrowska1, M., Wasiak1, B., Peplonska1, B., Barcikowska M.** (2007). *The rate of conversion of mild cognitive impairment to dementia: Predictive role of depression*. *Int J Geriatr Psych*; 22: 563-567.
- Galton, F.** (1883). *Inquiries into human faculty and its development*. Londres: Macmillan.
- Gallagher, D., Thompson, L.W.** (1983). *Depression*. En Lewinsohn, P. M. y Teri, L. (Eds.), *Clinical Geropsychology: New Directions in Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.

- García, F. J., Sánchez, M. I., Pérez, A., Martín, E., Marsal, C., Rodríguez, G. García, C., Romero, L., Rodríguez, M.J., Gutiérrez, G.** (2001). *Prevalencia de demencia y sus subtipos principales en sujetos mayores de 65 años: impacto de la ocupación y del nivel educacional. El estudio Toledo*. Med Clin; 116: 401-407.
- Gayoso, M.** (2004). *Epidemiología clínica*. En Gil, P. y Martín, M., *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y Ansiedad* (13-32). Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Scientific Communication Management.
- Gelder, M. G., López-Ibor, J.J., Andreasen, N.** (2003). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Ars Médica.
- Gich, J., Quintana, M., Zambón, D.** (2005). *¿Existe relación entre el colesterol y el deterioro cognitivo?* Clin Invest Arterioscl.; 1 (17): 48-53.
- Giménez-Roldán, S., Novillo, M. J., Navarro, E., Dobato, J. L., Giménez-Zuccarelli, M.** (1997). *Examen del estado Mini-Mental: propuesta de una normativa para su aplicación*. Rev Neurol; 25 (140): 576-583.
- Gold, D. P., Andres, K., Etezadi, J., Arbuckle, T., Schwartzman, A., Chaikelson, J.** (1995). *Structural equation model of intellectual change and continuity and predictors of intelligence in older men*. Psychol Aging.; 10: 294-303.
- Gómez, M., López, A., Moya, M, Hernández, O. R.** (2005). *Influencia de algunas variables en las relaciones familiares del adulto mayor*. Rev Cubana Med Gen Integr; 21 (1-2): 1-5.
- Gómez, P. S.** (2007). Prevalencia de depresión en pacientes nonagenarios institucionalizados. *Informaciones Psiquiátricas*; 188. Extraído el 8 de mayo de 2012 de http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/02_188_14.htm
- González, M. A.** (1988): *Características técnicas y modificaciones introducidas en dos escalas de depresión: estudio piloto para la baremación y adaptación de la GDS y la BDI a la población geriátrica española*. Geriatrika; 4 (5): 235-240.
- González, A. L., Padilla, A.** (2006). *Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de Ciudad de México*. Univ Psychol Bogotá; 5 (3): 501-509.
- Graff-Radford, N. R.** (2004). *Biological markers*. En Petersen, R. C., editor. *Mild cognitive impairment*. New York: Oxford University Press, 2004: 205-227. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 255-276.

- Graham, J. E., Rockwood, K., Beattie, B. L., Eastwood, R., Gauthier, S., Tuokko, H., McDowell, I.** (1997). *Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population*. *Lancet*; 349: 1793-1796.
- Greenglass, E. R.** (1993) *The contribution of social support to coping strategies*. *Applied Psychology*. An International Review; 42: 323-340.
- Greenglass, E. R.** (2002) *Proactive coping*. En E Frydenberg (Ed.). *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* (37: 62). London: Oxford University Press.
- Greenwald, B. S., Kremen, N., Aupperle, P.** (1992). *Tailoring adult psychiatric practices to the field of geriatrics*. *Psychiatr Q*; 63: 343-362. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 436.
- Griffiths, R. A., Good, W. R., Watson, N. P., O'Donnell, H. F., Fell, P. J., Shakespeare, J. M.** (1987). *Depression, dementia and disability in the elderly*. *Br J Psychiatry*; 150: 482-493. En Vilalta-Franch, J., Llinas-Regla, J., López-Pousa, S. (1998a). *Cognición y depresión*. *Rev Neurol*; 27: 583.
- Grober, E., Lipton, R. B., Hall, C., Crystal, H.** (2000). *Memory impairment on free and cued selective reminding predicts dementia*. *Neurology*; 54: 827-832.
- Gross, J. J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M.** (1997). *Emotion and aging: Experience and control*. *Psychol Aging*; 12: 590-599.
- Grunblatt, E., Hupp, E., Bambula, M., Zehetmayer, S., Jungwirth, S., Tragl, K. H., Fischer, P., Riederer, P.** (2006). *Association study of BDNF and CNTF polymorphism to depression in non-demented subjects of the 'VITA' study*. *J Affect Disord*; 96: 111-6. En Agüera-Ortiz, L. F., Losa, R., Goetz, L., Gilabaerte, I. (2011). *Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico*. *Psicogeriatría*; 3 (1): 4.
- Guallar-Castillón, P., Magariños-Losada, M. M., Montoto-Otero, C., Tabuenca, A. I., Rodríguez-Pascual, C., Olcoz-Chiva, M., Conde-Herrera, Carreño, M., Conthe, C., Martínez-Morentín, P., Banegas, E., Rodríguez-Artalejo, J. R.** (2006). *Prevalencia de depresión, y factores biomédicos y psicosociales asociados, en ancianos hospitalizados con insuficiencia cardiaca en España*. *Revista Española de Cardiología*; 59 (8): 770-778.
- Gurland, B. J.** (1976). *The comparative frequency and types of depression in various adult age groups*. *Journal of Gerontology*; 31: 283-292.

- Gurland, B. J., Dean L., Cross, P. S., Golder, R.** (1980). *The epidemiology of depression and dementia in the elderly: The use of multiple indicators of these conditions*. En Cole, O. y Barrett, J. E. (Eds.), *Psychopathology in the Aged* (37-62). Nueva York: Raven Press.
- Gussekloo, J., Westendorp, R. G. J., Remarque, E. J., Lagaay, A. M., Heeren, T. J., Knook, D. L.** (1997). *Impact of mild cognitive impairment on survival in very elderly people: cohort study*. *BMJ*; 315: 1053-1054.
- Haber, D., Rhodes, D.** (2004). *Health Contract with Sedentary Older Adults*. *Gerontologist*; 44: 827-835.
- Hachinski, V.** (2008). *World Stroke Day 2008: "Little Stroke, Big Trouble"*. *Stroke*.; 39: 2407-2408.
- Hall, S.** (1922). *Senescente. The last Half of Life*. Nueva York: Appleton.
- Hamilton, R. L.** (2003). *Las otras demencias: neuropatología de las demencias distintas a la enfermedad de Alzheimer*. *Rev Neurol.*; 37: 130-139.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Moffit, T. E., Silva, P. A., McGee, R., Angell, K. E.** (1998). *Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study*. *Journal of Abnormal Psychology*; 107: 128-140.
- Hanninen, T., Hallikainen, M., Tuomainen, S., Vanhanen, M., Soininen, H.** (2002). *Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects*. *Acta Neurol Scand*; 106: 148-154.
- Harwood, D., Hawton, K. Hope, T., Robin, J.** (2001). *Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: A descriptive and case-control study*. *Int J Geriatr Psychiatry*; 16: 155-165.
- Harwood, D., Hawton, K. Hope, T., Robin, J.** (2002). *The grief experiences and needs of bereaved relatives and friends of older people dying through suicide: a descriptive and case-control study*. *J Affect Disord*; 72: 185-194.
- Hatazawa, J., Shimosegawa, E., Osaki, Y., Ibaraki, M., Oku, N., Hasegawa, S., Nagata, K., Hirata, Y., Miura, Y.** (2004). *Long-term angiotensin-converting enzyme inhibitor perindopril therapy improves cerebral perfusion reserve in patients with previous minor stroke*. *Stroke*; 35: 2117-2122.
- Havighurst, R.** (1961). *Successful aging*. *Gerontologist*; 1: 4-7.
- Havighurst, R.** (1963). *Successful aging*. En Williams, R. H., Tibbits, C. y Donahue, W. (Eds.). *Processes of aging*. Nueva York: Williams.

- Havighurst, R., Albrecht, R.** (1953). *Older people*. London: Longman, Green.
- Havighurst, R. J.** (1973). *History of development psychology: Socialization and personality development through the life span*. En Baltes P. B. y Schaie, W. (Eds.). *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. Nueva York: Academic Press.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B. y Tobien, S. H.** (1964). *Disengagement and Patterns of Aging*. *Gerontologist*; 4: 24.
- Hernangómez, L., Vázquez, C.** (2005). *Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra de control en el Inventario de Afrontamiento de la Depresión (CID)*. *EduPsykhé*; 2 (4): 149-178.
- Herrera, S., Montorio, I., Cabrera, I.** (2010). *Relación entre los estereotipos sobre el envejecimiento y el rendimiento en un programa de estimulación cognitiva*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*; 45 (6): 339–342.
- Herrero, J., Gracia, E.** (2005). *Redes sociales de apoyo y ajuste biopsicosocial en la vejez: un análisis comparativo en los contextos comunitario y residencial*. *Intervención Psicosocial*; 1 (14): 41-50.
- Herring, M. P., Puetz, T. W., O'Connor, P. J., Dishman, R. K.** (2012). *Effect of Exercise Training on Depressive Symptoms Among Patients With a Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials*. *Arch Intern Med.*; 172 (2): 101-111.
- Hervás, A., Arizcuren, M. A., García de Jalón, E., Tiberio, G., Forcén, T.** (2003). *Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud*. *An. sis. sanit. Navar*; 26 (2): 211-223.
- Hidalgo, J.** (2001). *El envejecimiento: aspectos sociales*. San José, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Horn, J. L.** (1989). *Models of intelligence*. En: Linn R.L., editors. *Intelligence. Measurement, theory and public policy*. Urbana, Ill: University of Illinois Press: 29-73. Extraído de Molina, M. A., Schettini, R., López-Bravo, M. D., Zamarrón, M. D., Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*; 46 (6): 297-302.
- Howieson, D. B., Camicioli, R., Quinn, J., Silbert, L. C., Care, B., Moore, M. M., Dame, A., Sexton, G., Kaye J. A.** (2003). *Natural History of cognitive decline in the old old*. *Neurology*; 60: 1489-1494.

- Hoyl, T. M., Alessi, C. A., Harker, J. O., Josephson, K. R., Pietruszka, F. M., Koelfgen, M., Mervis, J. R., Fitten, L. J., Rubenstein, L. Z. (1999). *Development and testing of a five-item version of the Geriatric Depression Scale*. J Am Geriatr Soc; 47: 873-878.
- Hughes, C. E. (1997). *Prayer and healing*. Journal of Holistic Nursing; 15: 318-326.
- Husaini, B. A., Neff, J. A., Stone, R. H. (1979). *Psychiatric Impairment in Rural Communities*. Journal of Community Psychology; 7: 137-146.
- Hyer, L., Blazer, D. G. (1982). *Depressive symptoms: impacts and problems in long term care facilities*. International Journal of Behavioural Geriatrics; 1 (3): 33-44.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, (IMSERSO).** (2002). *Envejecer en España. II Asamblea Internacional sobre el Envejecimiento*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).** (2003). *Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2005*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).** (2006). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2006, tomo I*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).** (2009). *Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008, tomo I*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Instituto Nacional de Estadística, (INE).** (2011). *Proyección de la Población de España a Corto Plazo 2011–2021*.
- Instituto Nacional de Estadística, (INE).** (2012). *España en cifras*.
- Iñiguez, J.** (2008). *Evaluación e intervención psicogerontológica de los trastornos depresivos*. En Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada (137-155)*. Madrid: Pirámide.
- Izal, M., Montorio, I.** (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Jack, C. R. Jr., Petersen, R. C., Xu, Y., O'Brien, P. C., Smith, G. E., Ivnik, R. J., Boeve, B. F., Tangalos, E. G., Kokmen E.** (2000). *Rates of hippocampal atrophy correlate with change in clinical status in aging and AD*. Neurology; 55: 484-489.

- Jenike, M. A.** (1989). *Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology: A Clinical Approach*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Jenkins, R., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B., Lewis, G., Meltzer, H., Petticrew, M.** (1997). *The National Psychiatric Morbidity Surveys of Great Britain – strategy and methods*. *Psychological Medicine*; 27: 765-774.
- Jick, H., Zornberg, G. L., Jick, S. S., Seshadri, S., Drachman, D. A.** (2000). *Statins and the risk of dementia*. *Lancet*; 356: 1627-1631.
- Jiménez, M.G.** (2011). *La resiliencia, el tesoro de las personas mayores*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*; 46 (2): 59–60.
- Jopp, D., Smith, J.,** (2006) *Resources and Life-Management Strategies as Determinants of Successful Aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation*. *Psychology and Aging*; 21(2): 253-265.
- Jorm, A. F., Christensen, H., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Henderson, S. A.** (2001). *Memory Complaints as a precursor of memory impairment in older people: a longitudinal analysis over 7-8 years*. *Psychological Medicine*; 31: 441-449.
- Kalache, A., Kickbusch, I.** (1997). *A global strategy for healthy ageing*. *World Health*: 4-5.
- Kane, R. A., Kane, R. L.** (1981). *Assessing The Elderly: A practical guide to measurement*. Massachusetts: Lexington Books.
- Kantarci, K., Reynolds, G., Petersen, R. C., Boeve, B. F., Knopman, D. S., Edland, S. D., Smithe, R G., Ivnik, E. J., Tangalos, E. G., Jack, C. R.** (2003). *Proton MR spectroscopy in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: Comparison of 1.5 and 3 T*. *AJNR Am J Neuroradiol*; 24: 843-849.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J.** (1999). *Sinopsis de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Kaplan, H. I., Sadock, B. J.** (1999). *Sinopsis de Psiquiatría: Terapias biológicas* Madrid: Editorial Médica Panamericana. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 839-841.
- Kelman, H. R., Thomas, C., Kenndy, J. L., Cheng, J.** (1994). *Cognitive impairment and mortality in older community residents*. *Am J Public Health*; 84: 1255-1260.
- Kempermann, G., Kuhn, H. G., Gage, F. H.** (1997a) *Genetic influence on neurogenesis in the dentate gyrus of adult mice*. *Proc Natl Acad Sci USA*; 94: 10409-10414.

- Kempermann, G., Kuhn, H. G., Gage, F. H.** (1997b) *More hippocampal neurons in adult mice living in an enriched environment.* Nature; 386: 493-495.
- Kennedy, Q., Mather, M., Carstensen, L. L.** (2004). *The role of motivation in the age-related positive bias in autobiographical memory.* Psychological Science; 15 (3): 208-214.
- Khachaturian, A. S., Zandi, P. P., Lyketsos, C. G., Hayden, K. M., Skoog, I., Norton, M. C.** (2006). *Antihypertensive medication use and incident Alzheimer disease: the Cache County Study.* Arch Neurology; 63: 686-693.
- Kielholz, P.** (1966). *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker.* Munich: Lehmanns.
- Kim, J. M., Sten, P., Kim, Y. H., Yoon, J. S.** (2007). *Interactions between life stressors and susceptibility genes (5-HTTLPR and BDNF) on depression in Korean elders.* Biol Psychiatry; 62 (5): 423-428.
- Kivipelto, M., Helkala, E. I., Laakso, M. P., Hänninen, T., Hallikainen, M., Alhainen, K., Soininen, H., Tuomilehto, J., Nissinen, A.,** (2001). *Midlife vascular risk factors and Alzheimer's disease in later life: Longitudinal, population based study.* BMJ; 322: 1447-1451.
- Khouzam H.** (2009). *The diagnosis and treatment of depression in the geriatric population.* Compr Ther.; 35: 103-114.
- Koenig, H. G.** (1994). *Aging and God: Spiritual pathways to mental health in midlife and later years.* New York: Haworth Pastoral Press.
- Koenig, H. G., Larson, D. B., Larson, S. S.** (2001a). *Religion and coping with medical illness.* Ann Pharmacother; 35: 352-359.
- Koenig, H. G., McCullough, M. E., Larson, D. B.** (2001b). *Handbook of religion and health.* New York: Oxford University Press.
- Koenig, H. G., George, L. K., Titus P.** (2004). *Religion, spirituality, and health in medically ill hospitalized older patients.* J Am Geriatr Soc; 52: 554-562.
- Konstantinopoulos, P. A., Lehmann, D. F.** (2005). *The cardiovascular toxicity of selective and non-selective cyclo-oxygenase inhibitors: Comparisons, contrast, and aspirin confounding.* J Clin Pharmacol; 45: 742-750.
- Kozorovitskiy, Y., Gould, E.** (2003) *Adult neurogenesis: A mechanism for brain repair?* J Clin Exper Neuropsychol; 25: 721-733.
- Kral, V. A.** (1962). *Senescent forgetfulness: Benign and malignant.* Can Med Assoc J; 86: 257-260.

- Kramer, A. F., Erickson, K. I., Colcombe, S. J.** (2006). *Exercise, cognition, and the aging brain*. J Appl Physiol; 101: 1237-1242.
- Krzemien, D., Urquijo, S., Monchietti, A.** (2004). *Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino*. Psicothema; 3 (16) 350-356.
- Krzemien, D., Monchietti, A., Urquijo, S.** (2005). *Afrontamiento activo y adaptación al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revisión de la estrategia de autodistracción*. Interdisciplinaria; 22 (2): 183-210.
- Krzemien, D.** (2005a). *Estimulación sociocognitiva y cambios en las estrategias de afrontamiento de la crisis del envejecimiento femenino*. Rev Esp Geriatr Gerontol.; 40 (5): 291-299.
- Krzemien, D.** (2005b). *Estilos de afrontamiento cognitivo frente al envejecimiento*. 6º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis, febrero 2005. Extraído el 4 de octubre de 2005 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3456/1/interpsiquis_2005_20531.pdf.
- Krzemien, D.** (2006). *Afrontamiento a situaciones de crisis en la vejez femenina*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis, febrero 2006. Extraído el 8 de mayo de 2012 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3801/1/interpsiquis_2006_25309.pdf
- Krzemien, D.** (2007). *Estilos de Personalidad y Afrontamiento Situacional frente al Envejecimiento en la Mujer*. R. Interam. Psicol.; 41 (2). 139-150.
- Krzemien, D., Monchietti, A.** (2008). *Espiritualidad y religiosidad en el envejecimiento: ¿las estrategias de afrontamiento espiritual-religiosas son positivas o negativas en la vejez?* 9º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2008. Extraído el 18 de mayo de 2012 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4556/1/interpsiquis_2008_34345.pdf
- Krzemien, D., Lombardo, E., Monchietti, A., Sánchez, M. L.** (2009). *Efectividad en la adaptación a los eventos críticos de la vejez: revisión de las estrategias de afrontamiento de desentendimiento cognitivo-conductual*. 10º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2009. Extraído el 18 de mayo de 2012 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4909/1/interpsiquis_2009_39493.pdf
- Kupfer, D. J.** (1991). *Long-term treatment of depression*. J Clin Psychiatry; 52: 28-34.
- Kupfer, D. J.** (2005). *Achieving adequate outcomes in geriatric depression: standardized criteria for remission*. J Clin Psychopharmacol; 25: S24-8.

- Kurz, A., Riemenschneider, M., Drzezga, A., Lautenschlager, N.** (2002). *The role of biological markers in the early and differential diagnosis of Alzheimer's disease*. J Neural Transm Suppl; 62: 127-133.
- Labouvie-Vief, G., Diehl, M.** (2000). *Cognitive complexity and maturity of coping*. Psychol Aging; 15 (3): 490-504.
- Lahuerta, C., Borrell, C., Rodríguez-Sanz, M., Pérez, K., Nebot, M.** (2004). La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana. Gaceta Sanitaria; 2 (18): 83-91.
- Lai, Y-M.** (1999). *Effects of music listening on depressed women in Taiwan*. En Issues in Mental Health Nursing. Taiwan: Taylor & Francis; 229-246.
- Larrieu, S., Letenneur, L., Orgogozo, J. M., Fabrigoule, C., Amieva, H., Le Carret, N., Barberger-Gateau, P., Dartigues J. F.** (2002). *Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort*. Neurology; 59: 1594-1599.
- Lautenschlager, N. T., Cox, K. L., Flicker, L., Foster, J. K., Van Bockxmeer, F. M., Xiao J., Greenop, K. R., Almeida, O. P.** (2008). *Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: A randomized trial*. JAMA.; 300: 1027-1037.
- Lazarus, R. S.** (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer
- Lazarus, R. S., Folkman, S.** (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Leiva, A., Palacios, L., Sánchez, J. L., Forjan, E., León, J. C.** (2006). *Deterioro cognitivo y dependencia para las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en una residencia de ancianos; una aproximación a la fuente de dificultad*. Resumen de Comunicaciones. IV Congreso ASANEC. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. Atención a la dependencia en el espacio comunitario. Evidentia; 3: 7. En Vallejo, J. M., Rodríguez, M. (2010). *Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados*. Gerokomos; 21 (4): 153-157.
- Lesser, J. M., Hill-Gutierrez, E., Miller, B. L., Boone, K. B.** (1993). *Late-onset depression with white matter lesions*. Psychosomatics; 34: 364-367.
- Levin, J. S.** (1996). *How religion influences morbidity and health: reflections on natural history, salutogenesis, and host resistance*. Soc Sci Med; 43: 849-864.
- Levit, E. E., Lubin, B.** (1975). *Depresión: Concepts, Controversies and Some New Facts*. Nueva York: Springer.

- Levy, R.** (1994). *Assing-associated cognitive decline. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization.* Int Psychogertiatr; 6: 63-68.
- Lieberman, M .A.** (1969). *Institutionalization of the aged: Effects of behavior.* Journal of Gerontology; 24: 330-340.
- Livingstone, G., Hawkins, A., Graham, N., Blizard, B., Mann, A.** (1990). *The Gospel Oak study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London.* Psychological Medicine; 20: 137-146.
- Lobo, A., Esquerra, J., Gómez-Burgada, F., Sala, J. M., Seva, A.** (1979). *El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo y práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos.* Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr; 3: 189–202. En López, A. G., Calero, M. D. (2009). *Predictores del deterioro cognitivo en ancianos.* Rev Esp Geriatr Gerontol; 44 (4): 220-224.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. Día, J.L., De-la-Cámara, C.** (1995). *The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a Southern European population: The Zaragoza Study.* Arch. Gen. Psychiatry; 52: 497-506. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica.* Barcelona: Masson: 411-412.
- Lobo, A., P. Saz, P., Roy, J. F.** (2000). *Deterioro cognoscitivo en el anciano.* Extraído el 8 de mayo de 2012 de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/deterioro%20cognitivo%20anciano.pdf>.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G, Grupo de Trabajo ZARADEMP** (2002). *MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental.* Madrid: TEA Ediciones.
- Lojo-Seoane, C., Facal, D., Juncos-Rabadán, O.** (2012). *¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero.* Rev Esp Geriatr Gerontol. Extraído el 13 de junio de 2012 de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211139X%2812%2900064-9.pdf> .
- Lombardo, E., Krzemien, D.** (2008). *La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo.* Revista Argentina de Sociología; 10 (6): 111-120. Buenos Aires. Universidad Nacional Mar de Plata.
- Longino, C. F., Kart, C. S.** (1982). *Explicating activity theory: A Formal replication.* Journal of Gerontology; 37 (6): 713-772.

- López, A. G., Calero, M. D.** (2009). *Predictores del deterioro cognitivo en ancianos*. Rev Esp Geriatr Gerontol; 44 (4): 220-224.
- López, J. A.** (2001a). *La depresión en el paciente anciano*. Revista Electrónica de Geriatría, 3:2. Extraído el 12 de marzo de 2012 de www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD013
- López, J. A.** (2001b). *La depresión en el paciente anciano*. Manual Merck de Geriatría. 2ª Edición. Ed: Harcourt.
- López, F. M., Cuenca, M., Viciano, D., Rodríguez, M. I., Martín, E. M., Acosta, M., et al.** (2000). *Evaluación psicosocial de los ancianos de una zona básica de salud*. SEMERGEN; 26: 387-392.
- López, A. G., Jiménez-Jáimez, J.** (2011). *La hipertensión arterial como factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez: estudio de revisión*. Psicogeriatría; 3 (1): 19-28.
- López, J., Martí, G.** (2011). *Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)*. Rev Esp Med Legal; 3 (37): 122-127.
- López-Ibor, J. J.** (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Paz Montalvo.
- López-Vicente, M., Gabarrón-Hortal, E., Ruiz-Baqués, A.** (2011). *Depresión en Atención Primaria: una aproximación a los trabajos realizados en España*. En 12º Congreso Virtual de Psiquiatría, febrero-marzo 2011. Extraído el 12 de marzo de 2012 de www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/.../1/3conf147763
- Lövdén, M., Ghisletta, P., Lindengerger, U.** (2005). *Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age*. Psychol Aging.; 20: 423-434.
- Luszcz, M. A.** (1999). *Psychological ageing: Themes and variations*. Inaugural Professorial Lecture, Flinders University of South Australia.
- Lye, T. C., Piguet, L., Grayson, H., Ridley, L. J., Bennett, H. P., Broe, G. A.** (2004). *Hipocampal size and memory function in the ninth and tenth decades of life: The Sydney Older Persons Study*. JNNP.; 75: 548-554.
- Lynch, T. R, Mendelson, T, Robins, C.J, Krishnan, K. R, George, L. K, Johnson, C. S.** (1999). *Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses*. Journal Affective Disorders; 55: 159-170.
- Llorca, G.** (1994). *Cuadernos de Psiquiatría. La depresión*. Madrid: Jarpyo.

- Llorca, G.** (2010). *La dignidad de vivir con la enfermedad. La cronicidad como destino*. Salamanca: Gráficas Cervantes.
- Macías, J. F.** (2001). *Geriatría desde el principio*. Barcelona: Glosa.
- Macías, J. A. (coord)** (2007). *Manual básico de Psiquiatría Geriátrica*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- McGrath, F., Keita, G. P., Strickland, R. R., Russo, N. F.** (Eds) (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, D C.: American Psychological Association.
- Maddox, G. L.** (1963). *Activity and morale: A longitudinal study of selected subjects*. Social Forces, 42: 195-204.
- Maddox, G. L.** (1968). *Persistence of life style among the elderly: A longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satisfaction*. En Neugarten, B. (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maddox, G. L.** (1991). *Aging with a difference*. Aging Well; 1: 7-10.
- Maddox, G. L., Eisdorfer, C.** (1962). *Some correlates of activity and morale among the elderly*. Social Forces; 40: 254-260.
- Maletic, V., Robinson, M., Oakes, T., Iyengar, S., Ball, S. G., Russell, J.** (2007). *Neurobiology of depression: an integrated view of the key findings*. J Clin Pract; 61: 2030-40. En Agüera-Ortiz, L. F., Losa, R., Goez, L., Gilabaerte, I. (2011). *Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico*. Psicogeriatría; 3 (1): 2.
- Manji, H. K., Drevets, W. C., Charney, D. S.** (2001). *The cellular neurobiology of depression*. Nat Med; 7: 541-7. En Agüera-Ortiz, L. F., Losa, R., Goez, L., Gilabaerte, I. (2011). *Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico*. Psicogeriatría; 3 (1): 3.
- Mann, A.; Graham, N., Asbhy, D.** (1984): *Psychiatric illness in residential homes for the elderly: A survey in one London borough*. Age and Ageing; 13: 257-265.
- Maratos, A. S., Gold, C., Wang, X., Crawford, M. J.** (2008). *Musicoterapia para la depresión*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 22. Oxford: Update Software Ltd. Extraído el 15 de mayo de 2012 de <http://www.update-software.com>.
- Marín, M., Ayerdi, M. C., Leache, T., Irigoyen, C., Corrales, J., Valencia, M. S.** (1993). *Síntomas depresivos y deterioro cognitivo global entre la población anciana atendida en un centro de atención primaria*. Rev Esp Geriatr Gerontol; 28: 135-141.

- Marquis, S., Milar, M., Howieson, D. B., Sexton, G., Payami, H., Kaye, J. A., Camicioli, R.** (2002). *Independent predictors of cognitive decline in healthy elderly persons*. *Arch Neurol.*; 59: 601-606.
- Marsiske, M., Delius, J., Maas, I., Lindengerger, U., Scherer, H., Tesch-Roemer, C.** (1999). *Sensory systems in old age*. En: *Baltes PB, Mayer KU, editors. The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press: 360-383.
- Martín, M.** (2009). *La prevención en psiquiatría geriátrica: el momento del sentido común*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 4 (38): 614-621.
- Martín, M. L., Moreiras, O., Carbajal, A.** (2000). *La actividad física como indicador de la calidad de vida en los ancianos*. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*; 10 (1): 9-14.
- Martin, M., Grünendhal, M., Martín, P.** (2001). *Age differences in stress, social resources, and wellbeing in middle and older age*. *J Gerontol*; 56B: 214-222.
- Martín-Carrasco, M., Agüera-Ortiz, L., Caballero-Martínez, L., Cervilla-Ballesteros, J., Menchón-Magriná, J. M., Montejo-González, A. L., Moríñigo-Domínguez, A., Caballero-Martínez, F.** (2011a) *Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano*. *Actas Españolas de Psiquiatría*; 39: 20-31.
- Martín-Carrasco, M., Agüera-Ortiz, L., Caballero-Martínez, L., Cervilla-Ballesteros, J., Menchón-Magriná, J. M., Montejo-González, A. L., Moríñigo-Domínguez, A., Caballero-Martínez, F.** (2011b) *Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano*. *Psicogeriatría*; 3 (2): 55-65.
- Martínez-Larrea, J. A.** (1997). *Envejecimiento normal, trastornos mentales funcionales y principios generales de la asistencia psicogeriátrica*. En: *Cervera, S, Conde V, Giner J, Leal C, Torres F.* (Eds.). *Manual del Residente de Psiquiatría (Vol. II)*. Madrid: 1679-1725.
- Martínez-Larrea, J. A.** (2002). *Síndromes depresivos asociados al deterioro cognitivo*. *Anales Sis San Navarra*; 3 (25): 105-115.
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR).** (2003) Barcelona: Masson. En *Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M.* (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 410.
- Mayor, J. H., Amador, F. J., Ramirez, I.** (2008). *La reserva cognitiva mejora la velocidad de procesamiento de los componentes centrales del tiempo de reacción en adultos mayores pero no en jóvenes*. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*; 9 (1): 7-18.

- McGue, M., Christensen, K.** (2003). *The heritability of depression symptoms in elderly Danish twins: Occasion-specific versus general effects*. Behavior Genetics; 33: 83-93.
- McHugh, P. R.** (1998). *Trastornos emocionales asociados a las demencias*. En: Heston, L. L., (ed.) *Avances en la enfermedad de Alzheimer y estados similares*. Barcelona: J&C Ediciones Médicas S.L.: 1-8.
- Medina, P.** (2007). *Estudio de depresión en ancianos*. En 8º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2007. Extraído el 8 de mayo de 2012 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4279/1/interpsiquis_2007_29257.pdf
- Meléndez-Moral, J. C., Tomás-Miguel, J. M., Navarro-Pardo, E.** (2007). *Análisis de las redes sociales en la vejez a través de la entrevista Manheim*. Salud Publica Mex; 49: 408-414.
- Mendes, B., Nogueira, F. W., Dantas e Silva, J. R., De Lima e Sousa, S. G., Gonçalves, G. M., Kadja, H., Matos, M. E., Araújo, L., Lira, C., Chaves, E. M.** (2012). *La depresión posterior al accidente cerebral vascular en ancianos: Una revisión de la literatura*. En 13º Congreso Virtual de Psiquiatría. Febrero 2012. Extraído el 2 de mayo de 2012 de <http://hdl.handle.net/10401/5346>.
- Migliorelli, R., Teson, A., Sabe, L., Petracchi M. ; Leiguarda R. ; Starkstein S. E.** (1995). *Prevalence and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease*. Am. J. Psychiat.; 152: 37-44.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC).** (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión Mayor en el Adulto*. Madrid: MSC.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSC).** (2010). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2008*. Madrid: MSC.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSC).** (2012). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010*. Madrid: MSC.
- Miquel, J** (2002). *Envejecimiento celular y molecular: Teorías del envejecimiento*. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 4-9.
- Miquel, J.** (1996). *Papel del los radicales libres y mitocondrias en el envejecimiento: conceptos teóricos y datos experimentales*. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson, 4-9.
- Mira y López, E.** (1961). *Hacia una vejez joven*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Mishara, B. L., Riedel, R. G.** (1984). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata (trad. 1986).

- Mishara, B. L., Riedel, R. G.** (1984). *Le Vieillessement*. Paris: P. U. F. En Carretero, M., Palacios, J., Marchesi, A. *Psicología Evolutiva: 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial; 2000: 294.
- Minois, G.** (1987). *Historia de la Vejez*. Madrid: Nerea.
- Moforte, J. A., Fernández, C., Díez, J.** (1998). *La depresión en el anciano que vive en residencias*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 33: 13-20.
- Molina, C., Meléndez, J. C., Navarro E.** (2008). *Bienestar y calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados*. *Anales de Psicología*.; 2 (24): 312-319.
- Molina, M. A., Schettini, R., López-Bravo, M. D., Zamarrón, M. D., Fernández-Ballesteros, R.** (2011). *Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*.; 46 (6): 297-302.
- Mondéjar, M. D., Yanet, R.** (2011). *Consideraciones sobre el tratamiento de la depresión en el adulto mayor*. *Mediciego*; 17: 1.
- Montejo, P, Montenegro, M., Montes, A.** (2006). *Quejas de memoria en mayores sin deterioro cognitivo: Estudio sobre las relaciones entre rendimiento objetivo de memoria y otras variables*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis Febrero 2006. Extraído el 2 de junio de 2012 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3808/1/interpsiquis_2006_24717.pdf
- Moos, R. H., Lembe, S.** (1985). *Specialized living environments for older people*. En: Birren, J. E., Schaie, K. W. (Eds.), *H Psychol Aging*. 2nd ed. New York: Van Nostrand Reinhold; 864-889.
- Moos, R. H.** (1988). *Life stressors and coping resources influence health and well being*. *Evaluac Psicol*.; 4: 133-158.
- Mora, F., Sanguinetti, A.** (1994). *Diccionario de Neurociencias*: Alianza Editorial. En Macías, J. A. *Manual básico de Psiquiatría Geriátrica*. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2007: 27.
- Moragas, R.** (1998). *Gerontología Social: Envejecimiento y calidad de vida*. Barcelona: Herder.
- Morley, J. E., Joshi, S.** (2006). *Deterioro cognitivo*. *Med Clin N Am*; 90: 769-787.
- Morris, M. C., Scherr, P. A., Hebert, L. E., Glynn, R. J., Benett, D. A., Evans, D. A.** (2001). *Association of incident Alzheimer disease and blood pressure measured from 13 years before to 2 years after diagnosis in a large community study*. *Arch Neurol*; 58: 1640-1646. En: Muñoz, J. (2006). *Envejecimiento de la población y métodos de investigación en psicología del envejecimiento*. En Muñoz, J., *Psicología del envejecimiento* (29-40). Madrid: Pirámide.

- Moser, G., Uzzell, D.** (2003). *Environmental Psychology*. En Milton, T., Lerner, M. (Eds.), *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology*;5: 419-446. New Jersey: Wiley.
- Mulsant, B., Alexopoulos, G., Reynolds, C. F. Katz, I. R., Abrams, R., Oslin, D., Schulberg, H. C.** (2001). *Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm*. *International Journal of Geriatric Psychiatry*; 16: 585-592.
- Muñoz, J.** (2006). *Depresión en personas mayores*. En Muñoz, J., *Psicología del envejecimiento* (151-165). Madrid: Pirámide.
- Murray, C. J., López, A. D.** (1997). *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. *Lancet*; 349 (9064):1498-504.
- Murray, M. D., Lane, L. A., Gao, S., Evans, R. M., Unvezagt, F. W., Hall, K. S., Hendrie, H.** (2002). *Preservation of cognitive function with antihypertensive medications: a longitudinal analysis of a community-based sample of African Americans*. *Arch Inter Med*; 162: 2090-2096.
- Myers, B. S.** (1994). *Epidemiology and clinical meaning of "significant" depressive symptoms in later life: the question of subsyndromal depression*. *Am J Geriatr Psychiatry*; 2: 188-191.
- Myskja, A., Lindbaek, M.** (2000). *Tidsskr Nor Laegeforen*; 120: 1186-1190.
- Myskja, A., Nord, P. G.** (2008). *The Day the Music Died: A pilot study of music and depression*. *Nordic Journal of Music Therapy*; 17 (1): 30-40.
- Naarding, P., de Koning, I., Van Kooten, F., Janzing, J. G. E., Beekman, A. T. F., Koudstaal, P. J.** (2007). *Post-stroke dementia and depression: frontosubcortical dysfunction as missing link?* *Int J Geriatr Psychiatry*; 22 (1): 1-8.
- Nakano, K.** (1991). *The role of coping strategies on psychological and physical well-being*. *Japanese Psychological Research*; 33: 160-168.
- National Institutes of Health** (1991). *Diagnosis and treatment of depression in late life*. NIH Consensus Statement Online; 9: 1-27. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 946-956.
- Navarro, A. B., Bueno, B.** (2005). *Efectos del sexo, el nivel educativo y el nivel económico en el afrontamiento de los problemas en personas muy mayores*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.*; 40 (1): 34-43.
- Navarro, A. B., Bueno, B., Buz, J., Mayoral, P.** (2006). *Percepción de autoeficacia en el afrontamiento de los problemas y su contribución en la satisfacción vital de las personas muy mayores*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* ; 41 (4): 222-227.

- Navarro, B., Andrés, F., Párraga, I., Morena, S., Latorre, J. M., López-Torres, J. (2010). *Approach to major depression in old people*. International Psychogeriatrics; 18:1-6.
- Negro, A. (coord.), Gúrpide, S., Madoz, V. (2005). *Depresión y vejez: Guía para prevenir y disminuir la depresión en personas mayores*. Madrid: Comunidad de Madrid.
- Nelson, P. B. (1990). *Intrinsic/extrinsic religious orientation of the elderly: Relationship to depression and self-esteem*. J Gerontol Nurs; 16: 29-35.
- Nestor, P. J., Fryer, T. D., Smielewski, P., Hodges, J. R. (2003). *Limbic hypometabolism in Alzheimer's Disease and mild cognitive impairment*. Ann Neurol; 54: 343-351.
- Newhouse, P., Kellar, K., Aisen, P., White, H., Wesnes, J., Coderre, E., Pfaff, A., Wilkins, B. A., Howard, D., Levin, E. D. (2012). *Nicotine treatment of mild cognitive impairment. A 6-month double-blind pilot clinical trial*. Neurology; 2 (78): 91-101.
- Nilsson, L. G. (2006). *Memory processes, aging, cognitive decline and neurodegenerative diseases*. Eur Psychol.; 11: 304-311.
- Nolen-Hoeksema, S., Ahrens, C. (2002). *Age differences and similarities in correlates of depressive symptoms*. Psychology and Aging; 17: 116-124.
- Nuevo, R., Montorio, I., Cabrera, I. (2006). *Influencia del conocimiento sobre la vejez en la gravedad de la preocupación en personas mayores*. Rev Esp Geriatr Gerontol; 41 (2):111-116.
- O'Brien, J., Desmond, P., Ames, D. Schweitzer, I., Harrigan, S., Tress B. (1996). *A magnetic resonance imaging study of white matter lesions in depression and Alzheimer's disease*. British Journal of Psychiatry; 168: 447-485.
- O'Connor, D. W., Pollitt, P. A., Hyde, P. B. Fellows, Miller, N. D., Brook, C. P. B., Reiss, B. B. (1989). *The reliability and validity of the Mini-Mental State in a British community survey*. J Psychiatr Res; 23: 87-96.
- Olave-Sepúlveda, C., Ubilla-Bustamante, P. (2011). *Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión*. Psicogeriatría; 3 (4): 173-176.
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (1992). *The Internacional Classification of Mental Disorders (10th ed.)*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (1998): *Promoción de la Salud*. Glosario. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud, (OMS). Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital. (2002). II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.** En *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 37 (S2): 74-105.
- Organización Mundial de la Salud, (OMS). (2005). Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas.** Ginebra: OMS.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002). Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.** *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 37 (S2): 12-36.
- Osuna, M. J. (2006). Relaciones familiares en la vejez: vínculos de los abuelos y de las abuelas con sus nietos y nietas en la infancia.** *Rev Mult Gerontol*; 16 (1): 16-25.
- Páez, D. (1993). Salud, expresión y represión social de emociones.** Valencia: Promolibro.
- Palmer, K., Wang, H. X., Backman, L., Winblad, B., Fratiglioni, L. (2002). Differential evolution of cognitive impairment in non demented older persons: results from the Kungsholmen Project.** *Am J Psychiatry*; 159: 436-442.
- Pan, A, Okereke, O., Sun, O., et al. (2011). Depression and incident stroke in women.** *Stroke*; 42: 2770-2775.
- Parmelee, P. A., Katz, I. R., Lawton, M. P. (1989). Depression among institutionalized aging: assessment and prevalence estimation.** *J Gerontol*; 44: 22-29.
- Pargament, K. I., Koenig, H. D., Tarakeshwar, N., Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study.** *J Health Psychol*; 9: 713-730.
- Pascual, B. (2009). Estrategias de afrontamiento como factores predisponentes/protectores de depresión postparto.** *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2. Extraído el 20 de junio de 2012 de <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/45219>
- Pavlov, I. P. (1925/1967): Tipología de la inhibición en el sistema nervioso de los perros.** En I.P.Pavlov, *Psicopatología y psiquiatría* (83-88). Madrid: Morata.
- Pavlov, I. P. (1926/1929): Los reflejos condicionados: lecciones sobre la función de los grandes hemisferios.** Madrid: Morata.
- Pavlov, I. P. (1926/1968): Lecciones sobre el trabajo de los hemisferios cerebrales.** En I.P.Pavlov, *Fisiología y Psicología* (91-127). Madrid: Alianza.

- Pavlov, I.P.** (1927): *Conditioned Reflexes*. Oxford University Press.
- Payami, H., Grimslid, H., Oken, B., Camicioli, R., Sexton, G., Dame, A.,** (1997). *A prospective study of cognitive health in the elderly (Oregon Brain Study): Effects of family history and apolipoprotein E genotype*. *Am J Hum Genet.*; 60: 948-956.
- Peason, J. L., Brown, G. K.** (2000). *Suicide prevention in late life: directions for science and practice*. *Clinical Psychology Review*; 20: 685-705.
- Peltz, C. B., Corrada, M. M., Berlau, D. J., Kawas, C. H.** (2011). *Incidence of dementia in oldest-old with amnesic MCI and other cognitive impairments*. *Neurology*; 77: 1906-1912.
- Penley, J. A., Tomaka, J.** (2002). *Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress*. *Personality and Individual Differences*; 32: 1215-1228.
- Perez, L.** (2003). *Envejecer en femenino. Las Mujeres Mayores en España a comienzos del siglo XXI*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Pérez, V.** (2005). *El deterioro cognitivo: una mirada previsor*. *Rev Cubana Med Gen Integr*; 21: 1-2.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Kokmen, E., Tangelos, E. G.** (1997). *Aging, memory, and mild cognitive impairment*. *Int Psychogeriatr*; 9 (Suppl 1): 65-69.
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangelos, E. G.** (1999). *Mild cognitive impairment: Clinical characterization and outcome*. *Arch Neurol*; 56: 303-308.
- Petersen, R. C., Ivnik, R. J., O'Brien, P. C.** (2000). *Predicting cognitive decline*. *Neurology.*; 43: A23-A23.
- Petersen, R. C., Doody, R., Kurz, A., Mohs, R. C., Morris, J. C., Rabins, P. V., Ritchie, K., Rossor, M., Thal, L., Winblad, B.** (2001a). *Current concepts in mild cognitive impairment*. *Archiv Neurol*; 58: 1985-1992.
- Petersen, R. C., Stevens, J., Ganguli, M., Tangelos, E.G., Cummings, J.L., Dekosky, S. T.** (2001b). *Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment*. *Neurology*; 56: 1133-1142.
- Petersen, R. C.** (2003a). *Conceptual overview*. En Petersen R. C., editor. *Mild cognitive impairment. A sign to Alzheimer's disease*. New York: Oxford University Press: 1-14.
- Petersen, R. C.** (2003b). *Mild Cognitive Impairment Clinical trial*. *Nat Rev Genet.*; 2: 646-653.

- Peterson, J. C., Williams-Russo, P. G., Charlson, M. E., Meyers, B. S.** (1996). *Longitudinal course of new onset depression after cardiac bypass surgery*. En Programs and abstracts 10th Annual International Conference on Mental Health Problems in the General Health Care Sector, National Institute of Mental Health; July 15-16.
- Polaino-Lorente, A.** (1984): *Depresión: actualización psicológica de un problema clínico*. Madrid: Alhambra.
- Poloma, M. M., Pendleton, B. F.** (1991). *The effects of prayer and prayer experiences on measures of general well-being*. J Psychol Theol; 19: 71-83.
- Poon, L. W. et al. (Ed.)** (1980): *Aging in the 1980's*. Washington D. C.: American Psychological Association. En Carretero, M., Palacios, J., Marchesi, A. *Psicología Evolutiva: 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial; 2000: 295.
- Powers, R.** (1994). *Neurobiology of aging*. En: Coffey, E., Cummings, J., editores. *Textbook of geriatric neuropsychiatry*. Washington: American Psychiatric Press (1994): 71-98.
- Prados, M., Muñoz, J.** (2006). *La Jubilación*. En Muñoz, J., *Psicología del envejecimiento* (111-112). Madrid: Pirámide.
- Prince, M. J., Harwood R. H., Thomas A., Mann, A. H.** (1998). *A prospective population based cohort study of the effects of disablement and social milieu on the onset and maintenance of late life depression*. The Gospel Oak Project VII. Psychol Med; 28: 337-350.
- Puig A.** (2006). *Programa de psicoestimulación: un método para la prevención del deterioro cognitivo en ancianos institucionalizados*. 2 ed. Madrid: CCS.
- Qiu, C., Von Strauss, E., Fastbom, J., Winblad, B., Fratiglioni, L.** (2003). *Low blood pressure and risk of dementia in the Kungsholmen project: a 6-year follow-up study*. Arch Neurol; 60: 223-228.
- Quételet, A.** (1835). *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique social*. Paris: Bachelier.
- Rabkin, J. G., Charles, E., Kass, F.** (1983). *Hypertension and DSM-III depression in psychiatric outpatients*. Am J Psychiatry; 140: 1072-1074.
- Rajji, T. K., Mulsant, B. H., Lotrich, F. E., Lokker, C., Reynolds, C. F.** (2008). *Use of antidepressants in late-life depression*. Drugs Aging; 25: 841-853.
- Rami, L., Marcos, T.** (2004). *Deterioro cognitivo leve*. Jano: 1537: (LXVII): 1315-1317.

- Ramos, F., Sánchez-Caro, J. (1982). *La muerte: realidad y misterio*. Barcelona: Salvat.
- Ramos, P., Larios, O., Martínez, S. R., López, M., Pinto, J. A. (2003). *Prevención y promoción de la salud en el anciano institucionalizado: (La Residencia como espacio de Convivencia y de Salud)*. Alcobendas: Instituto de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Raskin, J., Wiltse, C. G., Siegal, A., Sheikh, J., Xu, J., Dinkel, J. J., Rotz, B.T., Mohs R. C. (2007). *Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial*. *Am J Psychiatry*; 164: 900-999.
- Raz, N., Rodrigue, K. M., Acker, J. D. (2003). *Hypertension and the brain: Vulnerability of the prefrontal regions and executive functions*. *Behav Neurosci.*; 117: 1169-1180.
- Reichard, S., Livson, F., Peterson, P. G. (1962). *Aging and personality: A study of 87 older men*. Nueva York: John Wiley.
- Resnich B. (2008). *Resilience in aging: The real experts*. *Geriatric Nurs.*; 29: 85-86.
- Resnicow, K., Campbell, M. K., Carr, C., McCarty, F., Wang, T., Periasamy, S., Rahotep, S., Doyle, C., Williams, A., Stables, G. (2004). *Body and soul. A dietary intervention conducted through African-American churches*. *Am J Prev Med*; 27: 97-105.
- Reyes-Ortiz, C. A. (1998a). *Religion. Its role in the care of older people*. *Geriatr Med*; 28: 13.
- Reyes-Ortiz, C. A. (1998b). *Importancia de la religión en los ancianos*. *Colombia Med*; 29: 155-157.
- Reyes-Ortiz, C. A., Ayele, H., Mulligan, T., Espino, D. V., Berges, I. M., Markides, K. S. (2006). *Higher church attendance predicts lower fear of falling in older Mexican Americans*. *Aging Ment Health*; 10: 13-18.
- Ribera, D.; Reig, A., Miquel, J. (1988). *Psicología de la salud y envejecimiento: estudio empírico en una residencia de ancianos*. *Geriatrka*; 2 (4): 61-70.
- Ritchie, K., Touchon, J. (2000). *Mild cognitive impairment: conceptual basis and current nosological status*. *Lancet*; 355: 225-228.
- Riegel, K. F. (1976), *Psychology of history and development*. Nueva York: Plenum Press.
- Riegel, K. F. (1979), *Foundations of dialectical psychology*. Nueva York: Academic Press.
- Robertson, R., Robertson A., Jepson, R., Maxwell, M. (2012). *Walking for depression or depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis*. *Mental Health and Physical Activity*: 1-10.

- Rockwood, K., Kirkland, S., Hogan, D. B., MacKnight, C., Merry, H., Verreault, R., Wolfson, C., McDowell, I.** (2002). *Use of lipid-lowering agents, indication bias, and the risk of dementia in community-dwelling elderly people*. Arch Neurol; 59: 223-227.
- Rodrigue, K. M., Raz, N.** (2004). *Shrinkage of the entorhinal cortex over five years predicts memory performance in healthy adults*. J Neurosci; 24: 956-963.
- Rodríguez, N., Juncos-Rabadán, O., Facal, D.** (2008). *Discriminación mediante marcadores cognitivos del deterioro cognitivo leve frente a envejecimiento normal*. Rev Esp Geriatr Gerontol.; 5 (43): 291-298.
- Rohling, M. L., Green, P., Allen, L. M., Iverson, G. L.** (2002). *Depressive symptoms and neurocognitive test scores in patients passing symptom validity test*. Arch Clin Neuropsychol.; 17 (3): 205-222.
- Rojano, P., Calcedo, A., Losantos, R., Calcedo, A.** (1992a): *Influencia de los factores psicosociales en los trastornos depresivos en una Residencia geriátrica*. Anuario de Psiquiatría; 8 (6): 199-204.
- Rojano, P., Calcedo, A., Losantos, R., Calcedo, A.** (1992b): *Trastornos depresivos en una Residencia geriátrica*. Anuario de Psiquiatría; 8 (5): 176-181.
- Rojano, P., Calcedo, A., Calcedo, A.** (1993). *Epidemiología de la depresión en las residencias de ancianos*. Revista Española de Geriatria y Gerontología; 1 (28): 49-58.
- Rojas, E., De Las Heras, F. J., Dueñas, M., Gaona, J. M., Elegido, T.** (1991). *Depresión y factores sociofamiliares en ancianos de una Residencia geriátrica*. Psicopatología; 11 (1): 23-30.
- Rojas, M. J., Toronjo, A., Rodríguez, C., Rodríguez, J. B.** (2006). *Autonomía y estado de salud percibidos en ancianos institucionalizados*. Gerokomos; 17 (1): 6-23.
- Rojo, A.** (2007). *La vejez, consideración y realidad histórica*. En Macías, J. A. (Coord.), *Manual básico de psiquiatría geriátrica* (15-26). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Rojo, F., Fernández-Mayoralas, G.** (2002). *Envejecer en casa. La satisfacción residencial de los mayores en Madrid como indicador de su calidad de vida*. Madrid: CSIC, 2002.
- Rook, K. S.** (2000). *The evolution of social relationships in later adulthood*. En Qualls, S. y Abeles, N. (Eds.), *Psychology and the aging revolution* (173-191). Washington, D. C.: American Psychological Association.

- Rovner, B. W., German, P. S., Broadhead, J., Morriss, R. K., Brant, L. J., Jane Blaustein, J., Folstein M. F.** (1990). *The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes*. *Int Psychogeriatr*; 2: 13-24.
- Rovner, B. W., German, P. S., Brant, L. J., Clark, R., Burton, L., Folstein, M. F.** (1991). *Depression and mortality in nursing homes*. *JAMA*; 265: 993-996.
- Rovner, B. W., Katz, I. R., Lyketsos, C. G.** (2000). *Neuropsychiatry in nursing homes*. En Coffey C. E., Cummings, J. L. editores. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. 2nd ed. Washington: American Psychiatric Press.
- Rowe, J. W., Kahn, R. L.** (1987). *Hyman aging: Usual and successful*. *Science*; 237: 143-149.
- Rowe, J. W., Kahn, R. L.** (1998). *Successful aging*. *Gerontologist*, 38 (2): 151.
- Rubio, G., Santo-Domingo, J.** (2000). *Problemas por uso de alcohol en personas mayores*. Guía Práctica de Intervención en el Alcoholismo. En, Macías, J. A. (coord) (2007). *Manual básico de Psiquiatría Geriátrica*. Valladolid: Universidad de Valladolid: 169-174.
- Rubin, E. H., Storandt, M., Miller, J. P., Grant, E. A., Kinscherf, D. A., Morris, J. C., Berg, L.** (1993). *Influence of age on clinical and psychometric assessment of subjects with very mild or mild dementia of the Alzheimer's type*. *Ach Neurol*; 50: 380-383.
- Rubin, E. H., Storandt, M., Miller, J. P., Kinscherf, D. A., Grant, E. A., Morris, J. C., Berg, L.** (1998). *A prospective study of cognitive function and onset of dementia in cognitively healthy elders*. *Ach Neurol*; 55: 395-401.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., Niederehe, G., Thase, M. E., Lavori, P. W., Lebowitz, B. D., McGrath, P. J., Rosenbaum, J. F., Sackeim, H. A., Kupfer, D. J., Luther, J., Fava M.** (2006). *Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR D report*. *Am J Psychiatry*; 163 (11): 1905-1917.
- Sabbath, E. L., Glymour, M. M., Berr, C., Singh-Manoux, A., Zins, M., Goldberg, M., Berkman, L. F.** (2012). *Occupational solvent exposure and cognition. Does the association vary by level of education?* *Neurology*; 78 (22): 1754-1760.
- Sachs, G., Carter, R., Holtz, L., Smith, F., Stump, T. E., Tu, W., Callahan, C. M.** (2011). *Cognitive impairment: an independent predictor of excess mortality*. *Ann Intern Med.*; 155: 300-308.

- Salorio, P., Barcia, D., Díaz, A., Gómez, R., Fortea, I.** (2006). *Pérdida subjetiva de memoria vs pérdida real en ancianos con sospecha de deterioro cognitivo*. 7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis. Febrero 2006. Extraído el 16 de mayo de 2012 de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/3790/1/interpsiquis_2006_24935.pdf
- Salzman, C., Wong, E., Wright, B.** (2002). *Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review*. Biol Psychiatry; 52: 265-284.
- Sánchez, J. L., Rodríguez, M., Carro, J.** (2002) *Influence of cognitive reserve on Neuropsychological functioning in Alzheimer's disease type sporadic in subjects of Spanish Nationality*. Neuropsychiatry, Neuropsychology, and Behavioral Neurology; 15 (2): 113-122.
- Sánchez, Y. Y., López, A. M., Calvo, M., Noriega, L., López, J.** (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. Revista Habanera de Ciencias Médicas vol. 8. Extraído el 12 de junio de 2012 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=180414045008>.
- Sancho M. T., Abellán, A., Pérez, L.** (2005). *Las Personas Mayores en España. Informe 2004*. Madrid. IMSERSO (2005).
- Santaella, C.** (2011). *Evaluación y prevención de trastornos afectivos en el anciano institucionalizado*. Ponencia del XI congreso de la Sociedad Castellano-Manchega de Geriatria y Gerontología. Extraído el 7 de mayo de 2012 de http://www.scmgg.com/filesupload/contenido_subapartado/54_ponencias_del_xi_congreso_de_la_scmgg_contenido_subapartado_adj_12_normal.pdf.
- Santrock, J. W.** (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill.
- Scarmeas, N., Levy, G., Tang, M. X., Manly, J., Stern, Y.** (2001). *Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease*. Neurology.; 57: 2236-2242.
- Schaie, K. W.** (1990). *Optimization of cognitive functioning: predictions based on cohort-sequential and longitudinal data. Successful aging: perspectives from the behavioural sciences*: 94-117.
- Schaie, K. W.** (2005). *What can we learn from longitudinal studies of adult development?* Res Hum Dev.; 2: 133-158.
- Scheier, M. F., Carver, C. S.** (1988). *A model of behavioral self-regulation: translating intention into action*. En Berkowitz, L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (303-346) (Vol. 21). Nueva York: Academic Press.

- Seeman, T. (1996). Social ties and health: the benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*; 6: 442-51.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Serby, M., Yu Mi, M. (2003). *Overview: depresión in the elderly*. Mount Sinai Journal of Medicine; 70 (1): 38-44.
- Serra, E., Abengózar, M. C. (1990). *Ancianidad y preparación para la muerte*. Anales de Psicología; 6 (2): 147-158.
- Serrani, D. (2008). *Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en Adultos Mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales*. ALCMEON; 56 (14): 4: 42-55.
- Serrano, J. P., Latorre, J. M., Montañés, J. (2005). *Terapia sobre revisión de vida basada en la recuperación de recuerdos autobiográficos específicos en ancianos que presentan síntomas depresivos*. Rev Esp Geriatr Gerontol; 40 (4): 228-235.
- Sheikh, J. L., Yesavage, J. A. (1986). *Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development or a shorter version*. En Brink T. L. (ed.). *Clinical gerontology: a guide to assessment and intervention*. New York: Haworth Press, 1986: 517.
- Sheline, Y. I. (2000). *3D MRI studies of neuroanatomic changes in unipolar major depression: the role of stress and medical comorbidity*. Biol Psychiatry, 48: 791-800. En Agüera-Ortiz, L. F., Losa, R., Goetz, L., Gilabaerte, I. (2011). *Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico*. Psicogeriatría; 3: (1): 3.
- Sigerist, H. (1961). *History of Medicine*. N. Y. Oxford University Press; 2: 323.
- Singh, N. A., Stavrinou, T. M., Scarbek, Y., Galambos, G., Liber, C., Fiatarone, M. A. (2005). *A randomized controlled trial of high versus low intensity weight training versus general practitioner care for clinical depression in older adults*. J Gerontol A Biol Sci Med Sci; 60 (6): 768-776.
- Singh-Manoux, A., Kivimaki, M., Glymour, M. Elbaz, A., Berr, C., Ebmeier, K. P., Ferrie, J. E., Dugravot, A. (2012). *Timing of onset of cognitive decline: results from Whitehall II prospective cohort study*. BMJ; 344: d7622.

- Smith, G. E., Bohac, D. L., Waring, S. C., Kokmen, E., Tangalos, E. G., Ivnik, R. J., Petersen, R. C.** (1998). *Apolipoprotein E genotype influences cognitive "phenotype" in patients with Alzheimer's disease but not in healthy control subjects*. *Neurology*; 50: 355-362.
- Snowden M., Steinman, L., Frederick, J.** (2008). *Treating depression in older adults: challenges to implementing the recommendations of an expert panel*. *Prev Chronic Dis.*; 5: 1: A26.
- Snowdon, J.** (1990). *The prevalence of depression in old age*. *Int J Geriatr Psychiatry*; 5: 141-144.
- Snowdon, D. A., Ostwald, S. K., Kane, R. L.** (1989) *Education survival and independence in elderly Catholic sisters, 1936-1988*. *American Journal of Epidemiology*; 42: 2063-2068.
- Sociedad Española de Cardiología (SEC). Fundación Española del Corazón** (2012). *La hipertensión aumenta en un 70% el riesgo de padecer deterioro cognitivo*. Nota de prensa extraída el 17 de mayo de 2012 de <http://www.elmedicointeractivo.com/noticias/sociedades/111522/la-hipertension-aumenta-en-un-70-el-riesgo-de-padecer-deterioro-cognitivo>
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).** (2004). *Guía de buena práctica clínica en Geriatria: Depresión y Ansiedad*. Extraído el 18 de mayo de 2012 de <http://www.segg.es>.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG).** (2009). *Demencias en Geriatria*. Novartis. Extraído el 18 de mayo de 2012 de <http://www.segg.es>.
- Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).** (2009): *17 Reunión de la SPEG con el título de Prevención en Psicogeriatría: Estamos a tiempo*. Nota de prensa extraída el 6 de mayo de 2012. http://www.sepg.es/congresos/2009/nov/Nota_de_Prensa_12_de_noviembre_sepg.pdf.
- Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).** (2011): Extraído el 27 de abril de 2012 de <http://www.sepg.es>.
- Sociedad Española de Psicogeriatría (SEPG).** (2012): Extraído el 9 de mayo de 2012 de <http://www.sepg.es>.
- Solís, C., Vidal, A.** (2006). *Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes*. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*; 1 (7): 33-39.
- Solsona, D.** (2005). Extraído el 18 de abril de 2012 de www.actuarios.org/espa/revista23/pensiones.htm.
- Souto, E., González, J. L., Fernández de Troconiz, M. V., Díaz, P.** (1984). *Programas de intervención en una residencia de ancianos*. *Papeles del Psicólogo* 16 y 17. Extraído el 12 de marzo de 2012 de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=182>.

- Spar, J. E., La Rue, A.** (1997). *Concise guide to geriatric psychiatry*. Washington: American Psychiatric Press. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006) *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 35.
- Spar, J. E., La Rue, A.** (1999). *Guía de psiquiatría geriátrica*. Madrid: Editores Médicos.
- Stefani, D., Feldberg, C.** (2006). *Estrés y estilos de afrontamiento en la vejez: Un estudio comparativo en senescentes argentinos institucionalizados y no institucionalizados*. *Anales de Psicología*; 2 (22): 267-272.
- Steffens, D. C., Otey, E., Alexopoulos, G. S., Butters, M. A., Cuthbert, B., Ganguli, M., Geda, Y. E., Hendrie, H. C., Krishnan, R. R., Kumar, A., Lopez, O. L., Lyketsos, C. G., Mast, B. T., Morris, J. C., Norton, M. C., Peavy, G. M., Petersen, R. C., Reynolds, C. F., Salloway, S., Welsh-Bohmer, K. A., Yesavage J.** (2006). *Perspectives on depression, mild cognitive impairment, and cognitive decline*. *Arch Gen Psychiatry*; 63: 130-8.
- Steffens, D. C., Skoog, I., Norton, M. C., Hart, A. D. Tschanz, J. T., Plassman, B. L., Wyse, B. W., Welsh-Bohmer, K. A., Breitner, J. C. S.** (2000). *Prevalence of Depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study*. *Archives of Journal of Psychiatry*; 57 (6): 601-607.
- Steinman, L. E., Frederick, J. T., Prohaska, T., Satariano, W. A., Dornberg-Lee, S., Fisher, R.,** (2007). *Recommendations for treating depression in community-based older adults*. *Am J Prev Med.*; 33 (3): 175-181.
- Stern, Y.** (2003). *The concept of cognitive reserve: A catalyst for research*. *J Clin Exp Neuropsych*; 25: 589–593. En Lojo-Seoane, C., Facal, D., Juncos-Rabadán, O. (2012). *¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Extraído el 13 de junio de 2012 de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211139X%2812%2900064-9.pdf>
- Stern, Y.** (2007). *Imaging cognitive reserve*. En: Stern, Y. (ed.). *Cognitive reserve: Theory and applications*. Filadelfia, US: Taylor & Francis: 251–263. En Lojo-Seoane, C., Facal, D., Juncos-Rabadán, O. (2012). *¿Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. Extraído el 13 de junio de 2012 de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0211139X%2812%2900064-9.pdf>
- Stewart, D. E., Khalid, M. J.** (2005). *Advances in women's mental health*. En Christodoulou, G. N. (Ed.), *Advances in Psychiatry* (II): 111-118. Grecia, Atenas: World Psychiatric Association.

- Storandt, M., Grant, E. A., Miller, J. P., Morris, J. C.** (2002). *Rates of progression in mild cognitive impairment and early Alzheimer's disease*. *Neurology*; 59: 1034-1041.
- Sultzer, D. L., Levin, H. S., Mahler, M. E., High, W. M., Cummings J. L.** (1993). *A comparison of psychiatric symptoms in vascular dementia and Alzheimer's disease*. *Am J Psychiatry*; 150: 1806-1802.
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J. C., Berman, S., Squier, C., Wagener, M. M., Singh, N.** (1999). *Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness*. *International Journal of STD y AIDS*; 10: 383-391.
- Tartler, R.** (1961). *Das alter in des modernen gessellschaft*. Stuttgart: Enke.
- Tetens, J. N.** (1977). *Philosophische Versuche über die menschliche Natur und ihre Entwicklung*. Leipzig: Weidmanns Erben und Reich.
- Thal, L. J., Ferris, S. H., Kirby, L.** (2005). *A randomized, double-blind, study of rofecoxib in patients with mid cognitive impairment*. *Neuropsychopharmacology*; 30: 1204-1215.
- Thayer, R. E.** (1989). *The biopsychology of mood and arousal*. New York: Oxford University Press.
- Thayer, R. E.** (1996). *The origin of everyday moods: Managing energy, tension and stress*. New York: Oxford University Press.
- Thayer, R. E.** (2001). *Calm Energy*. New York, NY: Oxford University Press
- Thoits, P. A.** (1995). *Stress, coping and social support processes: where are we? What next?* *J Health Soc Behav.*; 1 (351): 53-79.
- Thorpe, L., Whitney, D. K., Kutcher, S. P., Kennedy, S. H., CANMAT Depression Work Group** (2001). *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: VI, special populations*. *Canadian Journal of Psychiatry*; 46: 6 3S-73S.
- Tierney, M. C., Szalai, J. P., Snow, W. G., Fisher, R. H., Nores, A., Nadon, G., Dunn, E., St. George-Hyslop P. H.** (1996). *Prediction of probable Alzheimer's disease in memory-impaired patients: a prospective longitudinal study*. *Neurology*; 46: 661-665.
- Tobaruela, J. L.** (2006). *El envejecimiento desde la perspectiva biológica*. En Agüera, L., Cervilla, J., Martín, M. (2006). *Psiquiatría Geriátrica*. Barcelona: Masson: 3-24.
- Tombaugh, T. N., McIntyre, N. J.** (1992). *The Mini.Mental State Examination: A comprehensive review*. *J Am Geriatr Soc*; 40: 922-935.
- Trejo, C.** (2001). *El viejo en la Historia*. *Acta Bioética*; 1: (VII): 107-119.

- Triadó, C.** (2006). *Cambios físicos en el envejecimiento*. En Triadó, C. y Villar, F. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Triadó, C., Villar, F.** (2006). *La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos*. En Triadó, C. y Villar, F. (Coords.). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Tsolaki, M., Kounti, F., Agogiatou, C., Poptsi, E., Bakoglidou, E., Zafeiropoulou, M., Soumbouroua, A., Nikolaidou, E., Batsilaa, G., Siambania, A., Nakoua, S., Mouzakidisa, C., Tsiakiria, A., Zafeiropoulos, S., Karagiozia, K., Messinia, C., Diamantidoua, A., Vasiloglou M.**, (2011). *Effectiveness of nonpharmacological approaches in patients with mild cognitive impairment*. *Neuro-degenerative Diseases*; 8 (3): 138-145.
- Tuokko, H., Frerichs, R., Graham, J., Rockwood, K., Kristjansson, B., Fisk, J., Bergman, H., Kozma, A., McDowell, I.** (2003). *Five-year follow-up of cognitive impairment with no dementia*. *Arch Neurol*; 60: 577-582.
- Unverzagt, F. W., Gao, S., Baiyewu, O., Ogunniyi, A. O., Gureje, O., Perkins, A., Emsley, C. L., Dickens, J., Evans, R., Musick, B., Hall, K. S., Hui, S. L., Hendrie, H. C.** (2001). *Prevalence of cognitive impairment: data from the Indianapolis Study of Health and Aging*. *Neurology*; 57: 1655-1662.
- Urquijo, S., Monchietti, A., Krzemien, A.** (2008). *Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: Rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores*. *Anales de Psicología*; 24 (2): 299-311.
- Valencia, C., López-Alzate, E., Tirado, V., Zea-Herrera, M. D., Lopera, F., Rupperecht, R., Oswald, W. D.** (2008). *Efectos cognitivos de un entrenamiento combinado de memoria y psicomotricidad en adultos mayores*. *Rev Neurol*; 46: 465-471.
- Vallejo, J.** (1993). *Sueño y depresión*. Publicaciones de la III Reunión de la Sociedad Gallega de Psiquiatría. Publicaciones de la Diputación Provincial de Lugo.
- Vallejo, J.** (2007). *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Vallejo, J. M., Rodríguez, M.** (2010). *Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados*. *Gerokomos*; 21: (4): 153-157.
- Van Marwijk, H. W., Wallace, P., Bock, G. H., Hermans, J., Kaptein, A. A., Mulder, J. D.** (1995). *Evaluation of the feasibility, reliability and diagnostic value of shortened versions of the Geriatric Depression Scale*. *Br J Gen Pract*; 45: 195-199.

- Vázquez, C., Crespo, M., Ring, J. (2000). *Estrategias de afrontamiento*. En Balbuena, A., Berrios, G., Fernández de Larrinoa, P. (Eds.). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (425-446). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Lozoya, G. (1994). *Evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad*. En Buendía, J. (comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (247-279). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Vázquez, F. L., Torres, A. (2005). *Prevención del comienzo de la depresión. Estado actual y desafíos futuros*. Boletín de Psicología; 83: 21-44.
- Vega, J. L., Bueno, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento. Psicología Evolutiva y de la Educación*. Madrid: Síntesis.
- Vega, J. L., Bueno, B. (2000). *Desarrollo adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Vega, J.L. (1990). *Psicología de la vejez*. Salamanca: Gráficas Varona.
- Ventura, L. (2012). *Intervención Cognitiva en el Deterioro Cognitivo y la Demencia*. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias; 1 (1): 258-265.
- Verghese, J., LeValley, A., Derby, C., Kuslansky, G., Katz, M., Hall, C., Buschke, H., Lipton, R. B. (2006). *Leisure activities and the risk of amnesic mild cognitive impairment in the elderly*. Neurology; 66: 821-827.
- Vicario, A., Vainstein, N. E., Zilberman, J. M., del Sueldo, M., Cerezo, G. H. (2010a). *Hipertensión arterial: otro camino hacia el deterioro cognitivo, la demencia y las alteraciones conductuales*. Neurol Arg.; 2 (4): 226-233.
- Vicario, A., Vainstein, N. E., Zilberman, J. M., Cerezo, G. H., Del Sueldo, M. (2010b). *Dissociation between frontal cognitive function and the brain lesions in hypertensive controlled patients. (Abstract)* Hypertension; 28(supplA): B1-02, e-33.
- Vicario, A., del Sueldo, M., Zilberman, J. M., Cerezo, G. H. (2011a). *¿Es la hipertensión arterial el componente clave en la asociación entre el síndrome metabólico, inflamación y deterioro cognitivo?*. Rev Fed Arg Cardiol.; 40 (4): 343-348.
- Vicario, A., del Sueldo, M., Zilberman, J. M., Cerezo, G. H. (2011b). *Cognitive evolution in hypertensive patients: a six-year follow-up*. Vasc Health Risk Management; 7: 1-5.
- Vicente, B., Kohn, R., Rioseco, P., Saldivia, S., Baker, C., Torres, S. (2004). *Population prevalence of psychiatric disorders in Chile: 6-month and 1-month rates*. British Journal of Psychiatry; 184: 299-305.

- Vilalta-Franch, J.** (2002). Epidemiología de la depresión en el anciano. Extraído el 28 de mayo de 2012 de http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/01_167_04.htm
- Vilalta-Franch, J., Llinas-Regla, J., López-Pousa, S.** (1998a). *Cognición y depresión*. Rev Neurol; 27: 581-584.
- Vilalta-Franch, J., López-Pousa, S., Llinas-Regla, J.** (1998b). *Prevalencia de trastornos depresivos en demencias*. Rev Neurol; 26: 57-60.
- Vilalta-Franch, J., Llinas-Regla, J., López-Pousa, S.** (1999). *Depresión y demencia: un estudio caso-control*. Rev Neurol; 29: 599-603.
- Villar, C.** (2011). *La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano*. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina: Universidad de Salamanca.
- Villar, F.** (1997). *Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: una aproximación a través del análisis de contenido*. Anuario de Psicología; 73 (2): 57-69.
- Villar, F., Triadó, C.** (2006). *Personalidad y adaptación*. En Triadó, C. y Villar, F. (Coords), *Psicología de la vejez* (193-229). Madrid: Alianza Editorial.
- Villarejo, A., Puertas-Martín, V.** (2011). *Utilidad de los test breves en el cribado de la demencia*. Neurología; 7 (26): 425-433.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Paulsen, V. M., Bailey, S. L.** (1995). *Cardiovascular recovery from laboratory stress: biopsychosocial concomitants in older adults*. Journal of Psychosomatic Research; 42: 361-377.
- Von Korff, M., Katon, W. J., Lin, E. H. B., et al.** (2011). *Manejo de pacientes con enfermedades crónicas y depresión: resultados de la atención médica integrada*. BMJ; 343: 6612. Extraído el 3 de mayo de 2012 de <http://www.medicinageriatrica.com.ar> .
- Waegemans, T., Wilsher, C. R., Danniau, A., Ferris, S. H., Kurz, A., Winblad, B.** (2002). *Clinical efficacy of piracetam in cognitive impairment: A metaanalysis*. Dement Geriatr Cogn Disord; 13: 217-224.
- Ward, R. A.** (1979). *The aging experience*. Nueva York: Lippincott. En Carretero, M., Palacios, J., Marchesi, A. (2000) *Psicología Evolutiva: 3. Adolescencia, madurez y senectud*. Madrid: Alianza Editorial: 294-295.
- Warheit, G. J., Holzer, C. E., Schwab, J.** (1973). *An Analysis of Social Class and Radical Differences in Depressive Symptomatology: A Community Study*. Journal of Health and Social Behavior; 14: 291-299.

- Warr, P., Butcher, V., Roberts, I.** (2004). *Activity and Psychological well-being in older people*. *Aging and Mental Health*; 8: 172-183.
- Watson, T. L., Blanchard-Fields, F.** (1998). *Thinking with your head and your heart: Age differences in everyday problem-solving strategy preferences*. *Aging, Neuropsychology and Cognition*; 5: 225-240.
- Wehr, H., Parnowski, T., Puzynski, S., Bednarska-Makaruk, M., Bisko, M., Kotapka-Minc, S.** (2000). *Apolipoprotein E genotype and lipid and lipid protein levels in dementia*. *Dement Geriatr Cogn Disord.*; 11: 70-73.
- Weissmann, M. M., Myers, J. K.** (1978). *Affective Disorders in a United States Community: the Use of RDC in an Epidemiological Survey*. *Archives of General Psychiatry*; 35: 895-900.
- Weissmann, M. M., Leaf, P. J., Bruce, M. L., Florio, L.** (1988). *The Epidemiology of Dysthymia in Five Communities: Rates Risks, Comorbidity, and Treatment*. *American Journal of Psychiatry*; 136: 895-900.
- Wilson, R. S., Scherr, P. A., Schneider, J. A., Tang, Y., Bennett, D. A.** (2007) *Relation of cognitive activity to risk of developing alzheimer disease*. *Neurology*; 69: 1911–1920.
- Wilson, R. S., Barnes, L. L., Aggarwal, N. T., Boyle, P. A., Hebert, L. E., Mendes de León, C. F., Evans, D. A.** (2010). *Cognitive activity and the cognitive morbidity of alzheimer disease*. *Neurology*; 75: 990–996.
- Williams, D. R., Takeuchi, D. T., Adair, R. K.** (1992). *Marital status and psychiatric disorders among blacks and whites*. *Journal of Health and Social Behaviour*; 33: 140-157.
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., Nordberg, A., Backman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., De Leon, M., Decarli, C., Erkinjuntti T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorn, A., Ritchie, K., VanDuijn, C., Visser, P., Petersen, R. C.** (2004). *Mild Cognitive Impairment-Beyond controversies, towards a consensus:report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment*. *J Intern Med.*; 256: 240-246.
- Wolozin, B., Kellman, W., Ruosseau, P., Celesia, G. G., Siegel, G.** (2000). *Decreased prevalence of Alzheimer disease associated with 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A reductase inhibitors*. *Arch Neurol.*; 57: 1439-1443.
- Yanguas, J. J.** (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: IMSERSO - Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- Yesavage, J. A.** (1983). Escala de Depresión Geriátrica. Versión de 15 ítems. *Journal Psychiatry Research*; 173: 37-49.
- Yuste, N., Rubio, R., Aleixandre, M.** (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Pirámide.
- Yuste, N.** (2004). *Hipótesis psicológicas, biológicas y sociales*. En Yuste, N., Rubio, R. y Aleixandre, M. *Introducción a la psicogerontología* (47-87). Madrid: Pirámide.
- Zarragoitia, I.** (2003). *La depresión en la tercera edad*. Geriatrianet.com (<http://www.geriatrianet.com>)
- Zarragoitia, I.** (2007). *Lo cognitivo en la ancianidad*. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica; año 16; 2 (14): 43-54.
- Zheng, L., Mack, W. J., Chui, H. C.** (2012). *Relación entre la enfermedad arterial coronaria y el deterioro cognitivo*. *J Am Geriatr Soc*; 60: 499-504.
- Zumalabe, J. M., González, A.** (2005). *Una aproximación histórico-conceptual a la neurociencia de I. P. Pavlov*. *Boletín de Psicología*; 83: 45-67.
- Zunzunegui, M. V., Béland, F., Gornemann, I., Del Ser, T.** (1999). *La depresión como factor predictor del deterioro cognitivo en las personas mayores*. *Rev Esp Geriatr Gerontol*; 3 (34): 125-134.