

Original

Análisis de los recursos de afrontamiento ante el estrés en dos muestras comunitarias de mayores

Analysis of the resources for coping with stress in two elderly-community samples

M. García García¹, M. M. Benítez Hernández², J. F. Rodríguez-Testal³

Resumen

En esta investigación se analizan aspectos relativos al estrés en 84 personas mayores procedentes de la comunidad, divididos en dos grupos de 42 sujetos. El estudio se centró en la valoración en el último año de los sucesos experimentados por los mayores, lo que consideraron que más les ayudó a seguir adelante, el significado de las situaciones y los recursos de afrontamiento. Los resultados mostraron que los sucesos más destacados se relacionaron con la familia (positivos) y las enfermedades y discapacidad (negativos). Los mayores exhibieron una gran variedad en los recursos de afrontamiento, más de tipo pasivo (como la resignación) y no aquellos centrados en la emoción ni los considerados ineficaces (escape u hostilidad interpersonal). El número y tipo de situaciones desagradables no se asoció con los niveles de la sintomatología estudiada. Sin embargo, los mayores que no mencionaron sucesos agradables mostraron síntomas depresivos, menor bienestar, menor satisfacción y mayor aprensión. Parece, por tanto, más útil analizar la presencia de sucesos agradables porque actúan como factores protectores sin distinguir entre el tipo y el significado del suceso. Los mayores que consideraron que nada les ayudaba a seguir adelante presentaron ma-

yores puntuaciones en depresión. Por último, las estrategias de afrontamiento del tipo resignarse, esperar, o de dejar pasar, no tienen las consecuencias psicopatológicas supuestas; tal vez las estrategias más activas no son siempre las más favorables porque exigen mucho del anciano o porque representan un modo defensivo de actuar.

Palabras clave: Vejez. Estrés. Depresión. Ansiedad. Afrontamiento.

Summary

In this research aspects relative to stress in 84 aged people coming from the community are analyzed, divided in two groups of 42 subjects. The study was centered in the last year valuation of the events experienced by the aged ones, which they considered that more it helped them to follow ahead, the meaning of situations and the resources of coping. The results showed that the most outstanding events were related to the family (positive events) and the diseases and disability (negative events). The elderly exhibited a great variety in the resources of coping, more than passive type (like resignation). They didn't exhibit those centred in emotion neither the ineffective considered ones (escapes or interpersonal hostility). The number and type of negative situations were not associated with levels of the assessed symptomatology. Nevertheless, the elderly who did not mention pleasant events showed depressive symptoms, minor well-being and satisfaction and greater apprehension. So it seems more useful to analyze the presence of ple-

¹ PSICOLOGA. BECARIA DE INVESTIGACION

² DOCTORA EN PSICOLOGÍA. PROFESORA DE PSICOPATOLOGÍA.

³ DOCTOR EN PSICOLOGÍA. PROFESOR TITULAR DE PSICOPATOLOGÍA.

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACION Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS. FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

GRUPO DE INVESTIGACION CTS-301.

asant events because they act like protective factors without distinguishing between the type and the meaning of the event. The elderly who considered that nothing helped them to follow ahead displayed greater scores in depression. Finally, the strategies of coping like to resigning themselves, hoping, or letting pass, do not have the supposed psychopathologic consequences; perhaps the most active strategies are not always most advantageous because they demand a lot of the aged or because they represent a defensive way to act.

Key words: Elderly. Stress. Depression. Anxiety. Coping

El bagaje de conocimientos acumulados acerca de las peculiaridades que reviste el estudio del estrés en la vejez es bastante amplio. A menudo se acepta que en esta etapa del ciclo vital tiene lugar un buen número de cambios de relieve: la pérdida de amigos o familiares, la disminución del estatus socioeconómico o el declive en el funcionamiento físico y mental lo que implica, presumiblemente, mayores niveles de estrés entre los mayores (1). Por otro lado, se admite que los sucesos críticos que ocurren en esta etapa de la vida son normativos y, consecuentemente, previsibles, por lo que pueden afrontarse con mayor facilidad (2). La evidencia empírica sugiere que considerar de forma genérica a la vejez como un periodo estresante no es acertado pues depende de diversos factores, como la cohorte, la situación socioeconómica y política en la que se desarrolle la persona (3); el grado en que la vulnerabilidad biológica esté presente, ya que incrementa el efecto de las situaciones de estrés o disminuir la posibilidad de hacerles frente (4), así como la ausencia o debilitamiento de los recursos personales y sociales que las personas despliegan con el fin de adaptarse a los cambios (5).

El modo en que las personas afrontan las situaciones estresantes puede, además, variar a lo largo de la vida. Karel (4) revisa una serie de trabajos sobre este tópico de los que deduce que las personas, conforme ganan en años, aprenden a través de la experiencia a afrontar de un modo más efectivo los problemas que se presentan y a desechar los modos de solución menos eficaces. En este sentido, Aldwin, Sutton, Chiara y Spiro (6) hallaron que los mayores tienden a utilizar en menor medida las estrategias consideradas comúnmente como poco eficaces: la hostilidad interpersonal y el escape, por ejemplo. El grupo de mayores objeto de análisis por parte de estos autores recurrió igualmente a acciones instrumentales de forma limitada, lo cual no al-

teró su percepción de eficacia. Los autores concluyen que en caso de existir diferencias en el afrontamiento de situaciones estresantes en función del momento evolutivo, es más probable que se observen entre las personas de edad muy avanzada en comparación con los demás: estas personas muy envejecidas aprenden a conservar energía y recursos ya sea limitando la cantidad de esfuerzo realizado o mediante la indefinición de un suceso como problema desde el inicio. Parece pues, que como consecuencia de la experiencia vital, los mayores tienen una gran capacidad para aceptar situaciones difíciles y para interpretar los sucesos en sentido positivo (7).

Una de las vertientes del análisis del estrés se dirige a la búsqueda de relaciones entre los sucesos estresantes y una variedad de consecuencias negativas como los síntomas físicos, enfermedades, ansiedad y la sintomatología depresiva en personas de edad avanzada. La mayoría de los estudios recientes en este área destacan que las situaciones de estrés se constituyen en un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva en ancianos; mostrándose relevantes tanto el número como el tipo de eventos que se experimentan (8-11) y, a largo plazo, la posibilidad de la instauración de depresión e incluso la muerte (12).

Por otro lado, gran parte de los estudios en torno a esta temática se han inspirado en el análisis de factores de riesgo en los mayores desde la perspectiva del modelo de vulnerabilidad-estrés. Según este modelo, los factores de vulnerabilidad influyen en el riesgo de aparición de episodios depresivos facilitando la ocurrencia y/o percepción de eventos estresantes (efecto mediador) y amplificando los efectos que estos puedan tener sobre la salud mental del sujeto. Los trabajos en esta línea destacan, entre otros factores de vulnerabilidad de los mayores, la carencia de relaciones íntimas o sociales de confianza (13), más relevante en las depresiones de inicio temprano que en las consideradas tardías (14); la presencia de elevados niveles de neuroticismo (significativa para ambos tipos de depresión) más las dificultades a largo plazo (crónicas) en mayores como las enfermedades físicas (15).

Al mismo tiempo, algunos autores han resaltado el peso de procesos biológicos, específicamente orgánico-cerebrales, en la etiología de la depresión en ancianos (16, 17) amén de si alguno de estos factores (vg., los vasculares) pueden interpretarse dentro del modelo de vulnerabilidad-estrés para la depresión. Los resultados, en espera de nuevas confirmaciones, apuntan más bien a componentes etiológicos independientes que a una integración en el citado modelo (18). Si bien en las depresiones geriátricas de inicio temprano destaca la vulnerabilidad psicobiológica previa, en la depresión de inicio tardío se aprecian dos patrones etiológicos: uno a través de la exposición a situaciones estresantes

severas y otro a través de procesos degenerativos en los que sobresale la vulnerabilidad orgánica (16).

La mayoría de los estudios epidemiológicos sobre psicopatología en la tercera edad se han centrado fundamentalmente en la depresión y la demencia, mientras que las manifestaciones ansiosas han recibido menos atención. Sin embargo, se ha puesto de manifiesto que estas últimas son bastante comunes en el colectivo de mayores, aunque en menor medida que en el de adultos jóvenes (19, 20). Según Jorm (21) la prevalencia de trastornos de ansiedad a través de los distintos grupos de edades, parece dibujar una línea ascendente seguida de un descenso, sin que exista acuerdo acerca del momento vital en el que se produce este cambio. Por su parte, Henderson, Jorm, Korten, Jacomb, Christensen et al. (22) señalan una caída en las puntuaciones medias de síntomas ansiosos conforme se suman años y subrayan que, con la excepción del neuroticismo, este descenso no se explica completamente por el declive en los acontecimientos estresantes y el apoyo social.

Algunos autores (19) han analizado los factores de riesgo para el grupo de los trastornos de ansiedad centrándose en el periodo vital de la vejez y concluyen que, en general, son los factores de vulnerabilidad (locus de control externo, ser mujer o haber sufrido experiencias graves durante la Segunda Guerra Mundial) los que dominan la etiología de estos trastornos, aunque ciertos factores de estrés (pérdida de seres queridos y padecimiento de enfermedades crónicas) también desempeñan un papel de relieve.

Estudios recientes han sugerido que las manifestaciones ansiosas y depresivas coexisten frecuentemente en los ancianos (23, 24). En la actualidad perdura un debate acerca de la depresión y la ansiedad como formas de psicopatologías diferentes. En este sentido, diversos trabajos desarrollados por los autores de los estudios LASA y AMSTEL sugieren que un abordaje dimensional sería más apropiado que una clasificación categorial (24-27).

En suma, el estudio de variables relativas al estrés en la vejez tiene la importancia de delimitar factores de riesgo para el desarrollo de psicopatología, sea en forma de sintomatología depresiva o de ansiedad (menos estudiada). Además, es interesante el estudio de los sucesos estresantes con preguntas de formato abierto, adaptadas a las características del anciano, donde se destaquen los recursos de afrontamiento y el significado de los sucesos (3). En este sentido, uno de los puntos de mira de la investigación actual en este campo reside en la consideración de los aspectos positivos del proceso de estrés, el papel de las emociones positivas y el significado de los sucesos para una mejor adaptación del individuo ante las situaciones estresantes (28).

En este trabajo nos propusimos analizar el tipo y número de acontecimientos experimentados por

dos grupos de personas de edad avanzada en el último año para determinar la relación entre los acontecimientos estresantes experimentados por los ancianos y las medidas de sintomatología depresiva, de ansiedad física, ansiedad cognitiva y la ansiedad sobre la salud (amplificación somatosensorial); también se analiza lo que consideran que más les ayuda a seguir adelante, el significado que dan a las situaciones y, finalmente, se examinan las estrategias que ponen en marcha las personas mayores para afrontar las situaciones que se les presentan.

Predecimos una relación entre los acontecimientos estresantes experimentados por los mayores y la presencia de indicadores psicopatológicos: los sujetos con mayor número de eventos desagradables exhibirán mayores niveles de sintomatología depresiva, ansiedad física, ansiedad cognitiva y ansiedad sobre la salud. También se predice que los mayores ponen en marcha predominantemente estrategias pasivas y centradas en la emoción ante las situaciones estresantes.

Material y métodos

Participantes

La muestra quedó conformada por 84 ancianos pertenecientes a población no institucionalizada, de los cuales 54 son mujeres y 30 son hombres. La edad de los participantes osciló entre 60 y 88 años con una media de 73.08 (desviación tipo de 7.33). En cuanto al nivel de estudios, el 55.8% de los sujetos no completó ningún grado de formación académica o la interrumpió tempranamente; el 3.5 y el 4.7% finalizó el bachiller elemental y superior, respectivamente y el 7% concluyó estudios universitarios, ya fueran medios o superiores. La mayoría de las personas provienen de clase social baja o muy baja (84.4%) y no presentaron deterioro cognitivo significativo, según puntuaciones en el cuestionario SPMSQ (puntuación media de 0.77; desviación tipo de 0.92).

Se establecieron dos grupos de mayores procedentes de la comunidad ya que sus integrantes procedieron de dos estudios diferentes. Por un lado, el grupo A quedó compuesto por 42 personas, de las cuales, el 64.3% son mujeres; el rango de edad fluctuó entre los 60 y los 88 años, con una edad media de 71.7 años (desviación tipo de 7.87 años). El grupo B quedó constituido por 42 personas, de las cuales, el 64.3% son mujeres; la edad mínima es de 60 años y la máxima de 88, con una media de edad de 74.4 años (desviación tipo de 6.58 años).

Diseño, variables y condiciones de control

Se empleó un diseño de tipo transversal, con un único momento temporal para las medidas y para

un método correlacional (multivariado) de comparación de grupos.

Los participantes se distribuyeron en la variable *grupo* según su procedencia de un trabajo previo (29) como A [1], y los mayores escogidos ex profeso para esta investigación como grupo B [2]. Con ello se pretendió disponer de una muestra amplia que proporcionase garantías de validez ecológica a los resultados y que mantuviese procesos de selección semejantes, dado que la información se recogió en dos momentos distintos: se parte del supuesto de igualdad entre ambos grupos de participantes.

Número de situaciones agradables, variable cuantitativa discreta; posteriormente recodificada como variable cualitativa con las siguientes categorías: ninguna situación [0]; una situación [1]; dos situaciones [2]; tres o más situaciones [3].

Número de situaciones desagradables, variable cuantitativa discreta; posteriormente recodificada como variable cualitativa con las siguientes categorías: ninguna situación [0]; una situación [1]; dos o más situaciones [2].

Tipo de situaciones agradables, variable cualitativa categorizada como: ningún suceso [0]; familia [2]; relativos a la salud [3]; viajes, salidas [4]; cambios de vida, decisiones importantes [5]; familia y otros aspectos mencionados [7]; regalos o posesiones [10].

Tipo de situaciones desagradables, variable cualitativa categorizada como: ningún suceso [0]; relativos a lo económico [1]; enfermedad y discapacidad [2]; problemas familiares y en las relaciones interpersonales [3]; muerte [5]; salud más otros contenidos [11]; accidentes [13].

Lo que más le ayuda a seguir adelante, variable cualitativa categorizada como: nada [0]; creencias religiosas [2]; salud [3]; aspectos de su propia personalidad [5]; familia y relaciones con otras personas [6]; tener ánimo y realizar actividades [7].

Significado que otorga a las situaciones agradables, variable cualitativa categorizada como: ningún significado [0]; alivio [1]; ocasiona emociones positivas [2]; cambio de perspectiva y logro en la vida [3].

La estrategia adoptada ante las situaciones desagradables, categorizada como: ninguna [0]; resignación, el Destino, de la mano Dios [1]; esperar, olvidar, dejar pasar [3]; búsqueda de ayuda, apoyo o distracción [5]; ayudar a otros, aconsejar [8], afrontar directamente, ejercitarse, esforzarse [10].

Las variables de medida que se tuvieron presentes se basaron en los resultados de los instrumentos aplicados: GDS, de sintomatología depresiva; PGC, de bienestar subjetivo; SAS, de amplificación somatosensorial; BAI, de ansiedad fisiológica; PSWQ de preocupación (ansiedad cognitiva). En todos los casos se consideró la puntuación cuantitativa global. También se utilizaron los componentes factoriales de las escalas SAS (sensibilidad interoceptiva y sensibilidad exteroceptiva) y PGC (actitud

hacia el envejecimiento, satisfacción, agitación y aprensión).

Para la selección homogénea de los participantes, se tuvieron en cuenta y trataron de equilibrarse variables como: la edad cronológica en años, el sexo, el número de fármacos prescritos, el número de condiciones médicas diagnosticadas, la escala de sinceridad del EPI (30), la clase social (obtenida según la fórmula de Hollingshead, 31) y el deterioro cognitivo (suma de errores del cuestionario SPMSQ). Se consideraron criterios de exclusión directos: obtener 5 o más puntos en el cuestionario SPMSQ y presentar psicopatología actual que impidiese el desarrollo de la entrevista y la valoración del anciano.

Instrumentos

Escala Geriátrica de Depresión (GDS) (32; adaptación y validación española en 33 y 34). Consta de 30 ítem a los que el individuo responde de modo dicotómico (Sí/No); cada ítem se valora como 0/1 puntuando la coincidencia con el estado depresivo y la puntuación total se corresponde con la suma de los ítem (rango de 0 a 30 puntos). Generalmente, se acepta el punto de corte de 14 respuestas significativas con el objetivo de alcanzar una máxima especificidad (29). En cuanto a las propiedades psicométricas de la versión española, en una muestra comunitaria se obtuvo una consistencia interna de 0.89 y 0.83 para las dos mitades (34).

Escala Filadelfia de Bienestar Subjetivo (PGC) (35, adaptación y validación española en 36). Esta escala permite evaluar el estado de ánimo considerado de un modo multidimensional. Tiene 16 elementos y 4 factores: actitud hacia el envejecimiento, satisfacción, agitación y aprensión (36). La puntuación máxima que puede obtenerse en el global de la escala es de 16 puntos y por factores, respectivamente, 4,5; 4; 3,5 y 4.

Escala de Amplificación Somatosensorial (SAS) (37, adaptación y validación española en 38). Esta escala permite evaluar la sensibilidad a las sensaciones corporales benignas, que no constituyen síntomas de enfermedad, pero que son molestas (ansiedad sobre la salud). Consta de 10 ítem, respecto a los cuales la persona debe decidir el grado en que cada uno de ellos le caracteriza, de acuerdo con una escala tipo likert de 5 puntos: 1 corresponde a *nada* y 5 corresponde a *muchísimo*. La puntuación global puede oscilar entre 10 y 55. Belloch et al., (38) obtuvieron un valor de consistencia interna de 0.80 y 0.88 para las dos mitades.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) (39). Este instrumento permite identificar síntomas de ansiedad y cuantificar su intensidad. Está formado por 21 ítem que describen diversos síntomas de ansiedad y, para cada uno de ellos, la persona debe valorar el grado en que se ha visto afectado por el mismo

durante la última semana, utilizando para ello una escala tipo likert de cuatro puntos: 0 corresponde a *nada en absoluto* y 3 corresponde a *gravemente, casi no podía soportarlo*. La puntuación total puede oscilar entre 0 y 63. Las propiedades psicométricas de la versión al castellano de este inventario han sido analizadas recientemente por Sanz y Navarro (40) en una muestra española de estudiantes universitarios y por Rodríguez, Rodríguez y Martínez (41) en personas mayores (en este caso, ancianos puertorriqueños).

Inventario de preocupación (PSWQ) (42, adaptación y validación española en 43). Este instrumento evalúa la tendencia del individuo a la preocupación (44). Los sujetos tienen que señalar su respuesta en una escala tipo likert de 5 puntos: desde *muy característico en mí* hasta *nada característico en mí*, y según la medida que les define de cada uno de los 16 enunciados propuestos. En el caso de personas mayores se ha sugerido el empleo de versiones abreviadas donde las propiedades psicométricas fueron buenas y comparables a las de la prueba original (45). Nuevo et al. (43) ofrecen datos sobre la fiabilidad y validez de una versión del cuestionario PSWQ en la que los 16 ítem están planteados en sentido positivo en una muestra de ancianos españoles.

Cuestionario Breve de Estado Mental (SPMSQ) (46). Consta de 10 elementos de fácil aplicación, que no requieren formación escolar por parte de la persona para que pueda responder al mismo. Evalúa aspectos relevantes del funcionamiento intelectual y permite clasificar al individuo según distintos grados de deterioro cognitivo (47). En esta investigación se ha tenido en cuenta una puntuación de 5 o mayor como criterio de exclusión de los participantes.

Escala de Sinceridad del Cuestionario de Personalidad EPI (30). Esta escala es una adaptación de la variable L del MMPI. Está constituida por una serie de cuestiones relativas a pequeñas faltas morales o sociales, cuya omisión se sabe que es frecuente en casi todas las personas, pero cuya confesión pública o en un cuestionario que pueda ser leído, puede resultar molesta e inducir a no ser sincero. Se ha observado que resulta una medida fiable, válida y útil para identificar a los sujetos que tienden a responder en un sentido deseable (30).

Procedimiento

Para seleccionar la muestra se contactó con personas mayores, de 60 años o más, pertenecientes a la comunidad, solicitándoles su participación voluntaria en una investigación encaminada a recoger aspectos de la vida de las personas de edad avanzada; se les pidió además que, en la medida de sus posibilidades, contactasen con conocidos, vecinos, amigos y familiares que quisieran formar parte del

estudio y que cumplieran el requisito de pertenecer al intervalo de edad mencionado (metodología de bola de nieve).

Una vez seleccionados los participantes, se procedió a la administración del protocolo de evaluación que contempla los siguientes apartados: 1) datos de filiación, 2) evaluación del estado mental (SPMSQ); 3) percepción del estado de salud; 4) apoyo social y actividad; 5) parte central de los instrumentos (GDS, PGC, SAS, escala de sinceridad del EPI, BAI, PSWQ) y 6) estrés.

Para el cálculo de la clase social se utilizó la fórmula de Hollingshead (31) que implica la categorización de la profesión y nivel de estudios obteniéndose una puntuación para cada uno de estos conceptos. La fórmula consiste en la suma de los productos de la puntuación para la profesión por siete y de la puntuación para el nivel de estudios por cuatro, el resultado se denomina índice de clase social (ICS).

Con respecto a la selección de los participantes y la asignación a los dos grupos, en el caso del grupo A, ha de señalarse, que de las 44 personas evaluadas hubo que descartar los protocolos de dos de ellas. En el primer caso, por sintomatología psicótica actual, y en el segundo, por falta de información en algunas variables. No se excluyó ningún participante en virtud de sus puntuaciones en el cuestionario SPMSQ de deterioro cognitivo: todos obtuvieron puntuaciones menores de 5 puntos.

En el caso del grupo B, la selección de los participantes se llevó a cabo en función de las características del grupo A en lo que respecta a sexo, edad y clase social. Se partió de la muestra global de los estudios de Rodríguez-Testal et al. (29) y se descartaron las personas institucionalizadas, que presentaban demencia o un síndrome de deterioro cognitivo significativo. Se escogió un margen de edad similar al del grupo A, las personas provenientes de clase social comparable (baja o muy baja) y se seleccionó una cantidad idéntica de varones y mujeres hasta completar los 42 participantes.

Para conocer los sucesos agradables y desagradables más relevantes experimentados por las personas en el último año, así como aquellos recursos que más le ayudan a seguir adelante en sus vidas (apartado centrado en la valoración del estrés), se prefirió preguntar estas cuestiones directamente a los participantes, en vez de utilizar listas predeterminadas de situaciones y recursos, ya que interesaban los contenidos inmediatos y más accesibles a la evocación del anciano, como un posible indicador de su importancia. Con ello, se ha preferido eludir un efecto de reconocimiento y aquiescencia ante los sucesos típicos en los listados de algunos instrumentos. Además, Reig (48) ha sugerido que, normalmente, estos inventarios predeterminados suelen tener en cuenta sucesos que no son relevantes para personas de edad avanzada, centrándose fun-

damentalmente en situaciones más propias de los jóvenes.

En la medida en que se iban administrando los protocolos, pareció relevante conocer, para el caso de los sucesos desagradables, qué estrategia de afrontamiento específica se había puesto en marcha, y para los eventos agradables, el significado o la importancia que estos acontecimientos habían tenido para la persona. La información referente a estas últimas cuestiones sólo se pudo recopilar de 42 sujetos (grupo A) de los 84 que conformaron la muestra.

Las respuestas de los mayores relativas al estrés fueron codificadas, en un primer momento, siguiendo con fidelidad el contenido y orden manifestado por ellos, consignándose cada uno de los elementos que integraban las respuestas como una categoría. No obstante, debido al elevado número de niveles que se obtuvieron para ciertas variables y a que en algunas de ellas se incluían muy pocos sujetos, se procedió a una nueva ordenación de las mismas. De este modo, en lo que se refiere al número de sucesos agradables y desagradables (variables inicialmente tomadas como cuantitativas discretas), se obtuvieron 6 y 5 categorías, respectivamente; las cuales se recategorizaron, simplificándose las opciones finales donde se incluían muy pocos sujetos. En el caso de las variables cualitativas acerca del tipo de sucesos agradables y desagradables, la codificación inicial arrojó un total de 11 y 13 categorías, respectivamente. El criterio empleado para la recategorización fue el de tomar el primer contenido dicho por el sujeto evaluado. Finalmente, para las variables relativas al significado del evento agradable, qué hizo ante el suceso desagradable y lo que más le ayuda a seguir adelante, el proceso de codificación inicial arrojó un total de 10, 14 y 26 categorías, respectivamente, y la recategorización llevada a cabo en un segundo momento, siguió el criterio racional de reunir las opciones iniciales en clases con contenido aproximado o cercano.

Una vez llevada a cabo la codificación y categorización de las variables, se procedió al análisis de los datos utilizando el paquete estadístico SPSSwin 11.5, siguiendo una secuencia en los estadísticos aplicados y manteniendo un nivel de confianza mínimo del 95%.

En cuanto al diseño estadístico, inicialmente, se calcularon los descriptivos generales de las diferentes variables (frecuencias, porcentajes) lo que permitió el análisis y la recategorización de las variables. A continuación, se aplicó la *r* de Pearson (bilateral) ($p < 0.01$). Con este procedimiento se establecieron las covariantes de interés para análisis posteriores.

Posteriormente, se comprobaron las condiciones de normalidad, homocedasticidad e independencia de las medidas. En este sentido, se utilizaron las

pruebas de Kolmogorov-Smirnov, *F* de Levene y de esfericidad de Bartlett, respectivamente; aceptando una $p < 0.05$ y tomando las dimensiones globales de los instrumentos escogidos.

Se empleó un contraste de medias (prueba *t*) para comprobar si entre los grupos A y B se cumplía el supuesto de igualdad en cuanto a la edad, clase social, número de condiciones médicas y farmacológicas prescritas, número de situaciones agradables y desagradables manifestadas, el deterioro cognitivo, la sinceridad y las puntuaciones en las escalas de medida sobre estado de ánimo y ansiedad. Todos los análisis se aceptaron con una $p < 0.05$ y teniendo presente la homogeneidad de la varianza (*F* de Levene). Al mismo tiempo, con algunas variables cualitativas (tipo de situaciones agradables y desagradables y lo que más ayuda a seguir adelante) se aplicó el estadístico chi-cuadrado ($p < 0.05$).

A continuación, se desarrollaron análisis unidireccionales de la varianza (*F* de Snedecor) de las variables predictivas relativas al estrés sobre las diferentes variables de medida teniéndose, igualmente en cuenta, la homogeneidad de la varianza de estos productos. Cuando la desigualdad de la varianza lo requirió se aplicó el ANOVA de una vía de Kruskal-Wallis. Además, se llevaron a cabo pruebas *post-hoc* para determinar la fuente de las diferencias en dichas variables. En este sentido, se utilizó el método de Bonferroni cuando se cumplía el principio de homogeneidad de varianzas y el de Tamhane para cuando esto no era posible, según los resultados proporcionados por el estadístico de Levene. Del mismo modo, se desarrollaron contrastes de medias (prueba *t*) en los casos en que las pruebas anteriores no consiguieron mostrar el origen de las diferencias.

Entre las variables grupos y lo que más le ayuda a seguir adelante, se llevó a cabo un análisis factorial de la varianza (2x6), lo que permitió examinar el efecto individual e interactivo de dichas variables sobre las medidas de ansiedad fisiológica y sintomatología depresiva; y si participaban de forma significativa las covarianzas seleccionadas (número de condiciones médicas y de fármacos prescritos).

Resultados

En la tabla I se recogen las principales características sociodemográficas tanto de la muestra total como de los grupos A y B. Además se ofrecen las puntuaciones medias y sus desviaciones tipo en el cuestionario SPMSQ de deterioro cognitivo y en la escala de sinceridad del EPI; en este sentido, resulta interesante resaltar los bajos niveles de sinceridad y de deterioro cognitivo mostrado por los participantes.

TABLA I

Descriptivos de las variables sociodemográficas consideradas en el estudio para la muestra total y los grupos A y B

Variabes	Categorías	f total [(%)]	Gr. A [(%)]	Gr. B [(%)]
Edad	60-64	13 (15.5)	11 (26.2)	2 (4.8)
	65-69	13 (15.5)	5 (11.9)	8 (19.0)
	70-74	23 (27.4)	10 (23.8)	13 (31.0)
	75-79	18 (21.4)	9 (21.4)	9 (21.4)
	80-84	11 (13.1)	4 (9.5)	7 (16.7)
	85 o más	6 (7.1)	3 (7.1)	3 (7.1)
	M (DT)	73.08 (7.33)	71.7 (7.87)	74.4 (6.58)
Sexo	Varón	30 (35.7)	15 (35.7)	15 (35.7)
	Mujer	54 (64.3)	27 (64.3)	27 (64.3)
Estudios	Analfabeto.	11 (13.0)	3 (7.1)	8 (19.0)
	S. L/ S. E.	36 (42.8)	21 (50.0)	15 (35.7)
	Primarios	24 (28.5)	11 (26.2)	13 (31.0)
	Bach. Elm.	3 (3.5)	2 (4.8)	1 (2.4)
	Bach. Sup.	4 (4.7)	1 (2.4)	3 (7.1)
	Univers. Med.	2 (2.3)	1 (2.4)	1 (2.4)
	Univers. Sup	4 (4.7)	3 (7.1)	1 (2.4)
E. Civil	Soltero/ a	3 (3.6)	2 (4.8)	1 (2.4)
	Casado/ a	46 (54.8)	25 (59.5)	21 (50.0)
	Viudo/ a	34 (40.5)	15 (35.7)	19 (45.2)
	Separ./ Divor.	1 (1.2)	1 (2.4)	
C. social	Muy alta	3 (3.5)	2 (4.8)	1 (2.4)
	Alta	3 (3.5)	1 (2.4)	2 (4.8)
	Media	7 (8.3)	3 (7.1)	4 (9.5)
	Baja	7 (8.3)	3 (7.1)	4 (9.5)
	Muy Baja	64 (76.1)	33 (78.6)	31 (73.8)
	M (DT)	64.82 (18.04)	64.42 (18.23)	65.2 (18.06)
Nº				
Fármacos	M (DT)	3.26 (2.56)	3.64 (2.98)	2.87 (2.00)
Nº cond.				
Médicas	M (DT)	2.88 (1.79)	2.61 (1.65)	3.14 (1.90)
Sinceridad				
EPI	M (DT)	4.96 (1.36)	4.97 (1.40)	4.92 (1.25)
Deterioro				
(SPMSQ)	0-2 (ausente)	78 (92.9)	38 (90.5)	40 (95.2)
	3-4 (leve)	6 (7.1)	4 (9.5)	2 (4.8)
	M (DT)	0.77 (0.92)	0.90 (0.95)	0.64 (0.87)

Por su parte, las medias y desviaciones tipo obtenidas en las diferentes variables de medida consideradas así como en los factores de las escalas SAS de amplificación somatosensorial y PGC de bienestar subjetivo, tanto para la muestra global como para los grupos A y B, quedan reflejadas en la tabla II. En este punto, parecen relevantes las elevadas puntuaciones medias obtenidas por los integrantes del grupo B en las medidas de ansiedad fisiológica, cognitiva y amplificación somatosensorial, con respecto a los miembros del grupo A.

A continuación, en la tabla III, se expresan los resultados correspondientes a las principales variables relativas al estrés: número y tipo de situaciones agradables y desagradables, recurso que más ayuda a las personas a seguir adelante en sus vidas. Para el grupo A se expresan, además, los datos referidos al significado de las situaciones agradables y las estrategias desplegadas ante los sucesos estresantes negativos.

TABLA II

Descriptivos de las variables de medida consideradas en el estudio para toda la muestra y los grupos A y B

Variabes	M (DT)	Gr. A M (DT)	Gr. B M (DT)
GDS	9.71 (5.53)	9.19 (5.54)	10.2 (5.52)
BAI	9.89 (8.78)	8.04 (7.41)	15.84 (10.45)
PSWQ	49.60 (13.31)	46.80 (12.12)	58.00 (13.59)
PGC	9.20 (3.58)	9.47 (3.58)	8.92 (3.61)
Factores de PGC			
Actitud	2.39 (1.35)	2.41 (1.45)	2.36 (1.26)
Satisfacción	2.40 (1.04)	2.44 (1.02)	2.36 (1.07)
Agitación	1.91 (1.03)	1.77 (0.95)	2.05 (1.09)
Aprensión	2.47 (1.16)	2.82 (1.06)	2.13 (1.17)
SAS	19.11 (5.74)	17.09 (5.11)	21.19 (5.68)
Factores de SAS			
Sens. Int.	8.57 (3.48)	7.33 (3.04)	9.80 (3.49)
Sens. Ext.	10.83 (3.35)	10.23 (3.12)	11.42 (3.49)

En cuanto a las situaciones agradables acaecidas en el último año, se puede destacar que el 60.7% de los participantes expuso un evento, el 15.5%, dos, y el 9.5%, tres o más. También hubo mayores que no manifestaron la ocurrencia de situación agradable alguna en el último año, concretamente, un 14.3%. Los acontecimientos agradables más frecuentes fueron los relativos a la familia (50%), a viajes y salidas (13.1%) y a circunstancias que implicaban a la familia y a otros aspectos (9.5%).

En lo que respecta a los sucesos desagradables, el 58.3% de los participantes señaló un evento y el 17.9%, dos o más, siendo el 23.8% de los mayores quien manifestó no haber experimentado situaciones estresantes desagradables en el transcurso del último año. Los tipos de eventos desagradables más comúnmente destacados, se refieren a circunstancias de enfermedad e incapacidad (31%), a la muerte de otras personas (16.7%) y problemas de familiares y en las relaciones interpersonales (10.7%). Las estrategias utilizadas con más frecuencia ante los acontecimientos estresantes negativos (sólo grupo A) fueron: pedir ayuda, apoyo o

TABLA III

Descriptivos de las variables relativas al estrés para la muestra total y los grupos A y B

Variables	Categorías	F total (%)	Gr. A f (%)	Gr. B f (%)
Número de situaciones agradables	0 (ninguna)	12 (23.8)		
	1	51 (60.7)		
	2	13 (15.5)		
	3 (3 ó más)	8 (9.5)		
	Media (DT)	1.22 (0.86)	1.35 (0.85)	1.09 (0.87)
Número de situaciones desagradables	0 (ninguna)	20 (23.8)		
	1	49 (58.3)		
	2 (2 ó más)	15 (17.9)		
	Media (DT)	0.95 (0.67)	1.04 (0.73)	0.85 (0.60)
Tipo de situaciones agradables	0 (ninguna)	12 (14.3)	3 (7.1)	9 (21.4)
	2 (familia)	42 (50.0)	17 (40.5)	25 (59.5)
	3 (salud)	5 (6.0)	1 (2.4)	4 (9.5)
	4 (viajes/salidas)	11 (13.1)	10 (23.8)	1 (2.4)
	5 (cambios de vida)	2 (2.4)	1 (2.4)	1 (2.4)
	7 (familia y otros)	8 (9.5)	6 (14.3)	2 (4.8)
	10 (regalos, objetos)	4 (4.8)	4 (9.5)	
Tipo de situaciones desagradables	0 (ninguna)	20 (23.8)	9 (21.4)	11 (26.2)
	1 (económico)	5 (6.0)	3 (7.1)	2 (4.8)
	2 (enfermedad/ disc.)	26 (31.0)	8 (19.0)	18 (42.9)
	3 (probl familiares e interpersonales)	9 (10.7)	5 (11.9)	4 (9.5)
	5 (muerte)	14 (16.7)	8 (19.0)	6 (14.3)
	11 (salud y otros)	5 (6.0)	4 (9.5)	1 (2.4)
	13 (accidentes)	5 (6.0)	5 (11.9)	
Lo que más le ayuda	0 (nada)	7 (8.3)	1 (2.4)	6 (14.3)
	2 (religión/ creencias)	9 (10.7)	4 (9.5)	5 (11.9)
	3 (salud)	6 (7.1)	2 (4.8)	4 (9.5)
	5 (a. de personalidad)	11 (13.1)	9 (21.4)	2 (4.8)
	6 (familia/ vecinos)	40 (47.6)	19 (45.2)	21 (50.0)
	7 (ánimo/actividad)	11 (13.1)	7 (16.7)	4 (9.5)
Significado de las situaciones agradables	0 (ninguna)		4 (9.5)	
	1 (alivio)		5 (11.9)	
	2 (emociones positivas)		21 (50.0)	
	3 (otras perspectivas, logro, cosas nuevas)		12 (28.6)	
Qué hizo ante las situaciones desagradables	0 (ninguna)		9 (21.4)	
	1 (Destino / Dios / resignación)		10 (23.8)	
	3 (esperar / olvidar)		3 (7.1)	
	5 (buscar ayuda / distracción)		11 (26.6)	
	8 (ayudar / aconsejar)		5 (11.9)	
	10 (afrontar/ esforzarse)		4 (9.5)	

distraerse en un 26.2% de los casos, y resignarse, confiar en el Destino, de la mano de Dios en un 23.8% de los mismos. Hubo participantes que manifestaron ayudar a otros o aconsejar ante este tipo de circunstancias vitales (11.9%); otros, que señalaron afrontarlas directamente ejercitándose y esforzándose (9.5%), y aún otros, que preferían adoptar una postura de espera, de estar a la expectativa o de dejar pasar (7.1%).

En su gran mayoría (47.6%), los participantes destacaron que lo que más les ayuda a seguir adelante en sus vidas son las relaciones con otras personas, fundamentalmente familiares y vecinos.

En este punto, se llevaron a cabo análisis encaminados a verificar las condiciones de normalidad, homocedasticidad e independencia de las medidas. El supuesto de normalidad se comprobó para las diferentes variables de medida y cuantitativas de con-

TABLA IV

Correlaciones de Pearson (bilaterales) entre las variables consideradas para la selección de la muestra y las variables de medida

	PGC	SAS	BAI	PSWQ	Edad	Clase Social	Nº. de Fármacos	Nº de C. Médicas	SPMSQ	Sinceridad
GDS	-0.779**	0.308**	0.705**	0.553**	0.006	0.097	0.151	0.290**	-0.069	0.148
PGC		-0.308**	-0.649**	-0.564**	-0.182	-0.124	-0.214	-0.272*	-0.135	-0.155
SAS			0.489**	0.423**	-0.025	0.152	0.188	0.181	-0.008	0.115
BAI				0.535**	0.025	0.109	0.021	0.253	-0.097	0.006
PSWQ					-0.204	-0.029	-0.131	0.026	-0.016	-0.010
Edad						0.001	0.167	0.270*	0.190	-0.008
Clase Social							0.095	0.200	0.265*	0.010
Nº. de Fármacos								0.474**	0.164	0.297*
Nº. de C. Médicas									0.005	0.256

*Significativo $p < 0.05$; ** Significativo $p < 0.01$

trol (edad, clase social y sinceridad). La prueba de Kolmogorov-Smirnov muestra resultados de distribución normal ($p > 0.05$) excepto para el caso de la clase social. En los casos de variables como el número de fármacos y condiciones médicas y el deterioro cognitivo, no se sometieron a este estadístico dado que no es posible, por definición, que sigan una distribución normal sino que presentan un sesgo.

Por otro lado, la comprobación de la condición de homocedasticidad se llevó a cabo mediante el cálculo del estadístico de Levene, que resultó estadísticamente significativo sólo para la variable número de fármacos ($F = 6.687$; $p < 0.05$), lo que sugiere que el resto de las variables consideradas (edad, clase social, número de condiciones médicas, número de situaciones agradables y desagradables, sinceridad, deterioro y las variables de medida) se distribuyen de forma homogénea ($p > 0.05$).

Finalmente, la prueba de Esfericidad de Bartlett, revela que las medidas tenidas en cuenta (PSWQ, GDS, BAI, SAS y PGC) son independientes ($X^2 = 123.83$; $p = 0.001$) aunque, como se verá en el apartado dedicado a las correlaciones, los criterios están conectados entre sí.

En la tabla IV se presentan las correlaciones de Pearson, que indican que no existen correlaciones significativas entre las puntuaciones en los instrumentos de medida y las variables edad, clase social, número de fármacos, deterioro cognitivo y sinceridad. Este resultado es relevante ya que indica que los criterios son independientes de otras variables a través de las cuales se han seleccionado los participantes. No obstante, sí se observan correlaciones estadísticamente significativas con el número de condiciones médicas para la GDS y la PGC, en sentido positivo y negativo, respectivamente.

También se encuentran otras correlaciones esperables, pero de menor importancia para nuestro estudio, como es el hecho de que el número de condiciones médicas covaría positivamente con la edad y el número de fármacos prescritos; esta última variable correlaciona significativa y positivamente con la sinceridad. No obstante, se insiste en que tal y como se pretendía, el nivel de sinceridad mostrado por los mayores no afecta a las puntuaciones en los instrumentos utilizados. Por último, la clase social correlaciona ligera pero significativamente con el deterioro cognitivo, sugiriendo que los mayores de clase social más baja, presentan puntuaciones más elevadas en deterioro cognitivo. Con base en estos resultados: se toman como covarianzas para análisis posteriores el número de fármacos prescritos y las condiciones médicas presentes.

Por lo que se refiere a las relaciones entre las variables de medida, resulta interesante señalar que todas correlacionan entre sí de modo significativo, sin embargo, destaca sobremanera el hecho de que la medida de depresión GDS y el inventario de ansiedad BAI comparten un 49% de la varianza ($rx_y = 0.705$).

En un segundo momento, se estudiaron las correlaciones entre el número de situaciones agradables y desagradables y las puntuaciones en las escalas de medida, recogidas en la tabla V. Puede observarse que no se encuentran correlaciones estadísticamente significativas entre el número de situaciones desagradables y las variables criterio, lo que contradice las expectativas de que los participantes que indicaran un mayor número de sucesos estresantes negativos, también obtendrían elevadas puntuaciones en medidas de sintomatología depresiva, ansiedad física, cognitiva y sobre la salud. No obstante, se hallan correlaciones significativas, en sentido negativo, entre las puntuaciones en las

pruebas GDS y SAS y el número de situaciones agradables, es decir, los ancianos que amplifican somatosensorialmente más y tienen más sintomatología depresiva manifiestan menor cantidad de eventos positivos.

TABLA V

Correlaciones de Pearson (bilaterales) entre el número de situaciones agradables y desagradables y las variables de medida

	SPMSQ	GDS	SAS	BAI	PSWQ
Número de situaciones agradables	0.035	-0.340**	-0.239*	-0.138	-0.095
Número de situaciones desagradables	-0.017	0.048	0.023	0.074	-0.067

*Significativo $p < 0.05$; ** Significativo $p < 0.01$

Para finalizar el análisis de las correlaciones se introdujeron los factores de la SAS, sensibilidad interoceptiva y exteroceptiva; hallándose correlaciones significativas entre el primero de ellos y las puntuaciones en las variables de medida (GDS [$r_{xy} = 0.332$], BAI [$r_{xy} = 0.461$] y PSWQ [$r_{xy} = 0.473$]) y entre el segundo y la cantidad de situaciones agradables ($r_{xy} = -0.264$).

A continuación, se desarrollaron contrastes de medias (prueba t) para determinar si existían diferencias entre los grupos A y B, en función de las variables de selección de la muestra, las puntuaciones en las variables de medida (incluyendo los factores de la escala SAS) y el número de situaciones agradables y desagradables. En la tabla VI se presentan los guarismos de la t y su significación, valores que se han presentado en función de si se cumplía o no el supuesto de homogeneidad de varianzas. Los resultados sugieren, que los grupos A y B son equiparables en cuanto a la edad, clase social, número de fármacos y condiciones médicas prescritas, deterioro cognitivo y sinceridad, ya que no se registran diferencias estadísticamente significativas entre ellos para dichas variables ($p > 0.05$); por tanto, se cumple el supuesto de igualdad entre los mismos.

De la misma tabla, se puede deducir, que ambos grupos sí difieren significativamente en lo que respecta a las puntuaciones en las pruebas BAI, PSWQ y en el componente interoceptivo de la escala SAS, obteniendo mayores puntuaciones medias el grupo B. Dado que algún factor ha influido en puntuaciones bastante más elevadas como promedio entre los integrantes del grupo B, en adelante, para los contrastes en que se consideren estas me-

didias (BAI, PSWQ y SAS), se seleccionarán solamente a los integrantes del grupo A. Sin embargo, dado que el efecto mencionado no alcanza a produ-

TABLA VI

Contrastes de medias (prueba t) para dos grupos de sujetos

Variable	M (DT)	t	p
Edad			
Grupo A	71.73 (7.87)		
Grupo B	74.42 (6.58)	1.699	0.093
Clase Social			
Grupo A	64.42 (18.23)		
Grupo B	65.21 (18.06)	1.198	0.843
Nº. de fármacos			
Grupo A	3.64 (2.98)		
Grupo B	2.87 (2.00)	-1.373	0.174
Nº. de Condiciones Médicas			
Grupo A	2.61(1.65)		
Grupo B	3.14 (1.90)	1.345	0.182
Sinceridad			
Grupo A	4.97 (1.40)		
Grupo B	4.92 (1.25)	-0.122	0.903
SPMSQ			
Grupo A	0.90 (0.95)		
Grupo B	0.64 (0.87)	1.306	0.195
GDS			
Grupo A	9.19 (5.54)		
Grupo B	10.2 (5.53)	0.866	0.389
PGC			
Grupo A	9.47 (3.58)		
Grupo B	8.92 (3.61)	-0.698	0.487
SAS			
Grupo A	17.09 (5.11)		
Grupo B	21.14 (5.68)	3.431	0.001
Factor Sens. Int.			
Grupo A	7.33 (3.04)		
Grupo B	9.80 (3.49)	3.460	0.001
Factor Sens. Ext.			
Grupo A	10.23 (3.12)		
Grupo B	11.42 (3.49)	1.645	0.104
BAI			
Grupo A	8.04 (7.41)		
Grupo B	15.84 (10.45)	2.997	0.004
PSWQ			
Grupo A	46.80 (12.12)		
Grupo B	58.00 (13.59)	2.902	0.005
Nº de situaciones agradables			
Grupo A	1.35 (0.85)		
Grupo B	1.09 (0.87)	1.389	0.169
Nº. de situaciones desagradables			
Grupo A	1.04 (0.73)		
Grupo B	0.85 (0.60)	1.299	0.198

cir diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en lo que respecta a las medidas de sintomatología depresiva (GDS) y bienestar (PGC), en lo sucesivo, cuando se tengan en cuenta estos criterios, se podrán tomar como referencia los miembros de ambos grupos.

En cuanto al número de situaciones agradables y desagradables y considerando el total de sucesos manifestados, no se han hallado diferencias significativas entre los grupos (tabla VI).

También se utilizó el estadístico chi-cuadrado de Pearson para analizar las diferencias entre los grupos A y B en lo referente a las variables cualitativas acerca del tipo de situaciones agradables y desagradables y lo que los sujetos manifestaron que más le ayudaba a seguir adelante en sus vidas. Sólo se muestran diferencias significativas para el tipo de situaciones agradables ($X^2 = 15.523$; $p < 0.01$); destacando, para el caso del grupo A las relativas a la familia, (en segundo lugar, los viajes y salidas). En el grupo B, los ancianos resaltan, sobre todo, aquellos eventos que guardan relación con el ámbito familiar. En lo que respecta a las dos variables restantes, el estadístico chi-cuadrado no alcanza a mostrar diferencias significativas entre grupos: tipo de situaciones desagradables ($X^2 = 3.823$; $p > 0.05$) y lo que más le ayuda a seguir adelante ($X^2 = 0.722$; $p > 0.05$).

Por otro lado, se realizaron las F univariantes con el fin de determinar si las puntuaciones globales en las escalas de medida y en los factores de las escalas SAS y PGC eran diferentes en función del número

y tipo de sucesos agradables y desagradables y del recurso que más ayuda a seguir adelante.

Como bien se aprecia en la tabla VII, la variable número de situaciones agradables influye de modo significativo en las medidas de sintomatología depresiva y de bienestar subjetivo. Debido a que, según los resultados de la prueba de Levene, una de las variables perdía homogeneidad, se procedió a aplicar la prueba de Kruskal-Wallis que indicó que, para la escala GDS, las diferencias encontradas resultaban significativas siendo los participantes que no manifiestan ninguna situación agradable los que presentan mayores puntuaciones medias que los que señalan tres o más sucesos de este tipo, en el caso de la PGC la dirección de estos resultados se invierte.

Centrándonos en los factores de la escala PGC, sólo se halló influencia significativa de la variable número de situaciones agradables para los factores aprensión y satisfacción. En este último caso, los resultados de la prueba de Levene indican que la variable pierde homogeneidad por lo que se procedió a aplicar, nuevamente, la prueba de Kruskal-Wallis, que indicó que las diferencias encontradas para el factor satisfacción eran significativas. Dichas diferencias vienen marcadas, principalmente, por los mayores que manifiestan tres o más sucesos agradables, quienes obtienen promedios más altos en comparación con los ancianos que no señalan ninguna situación de este tipo o solamente una. En relación con el factor aprensión, cabe destacar que

TABLA VII

Análisis de la varianza unidireccional de la variable número de situaciones agradables y desagradables sobre las medidas de deterioro, bienestar subjetivo, depresión, amplificación somatosensorial, ansiedad física y ansiedad cognitiva

	GDS	PGC	Actitud	Satisfacción	Agitación	Aprensión	BAI	PSWQ	SAS	S. INT	S. EXT
Número de situaciones Agradables	F=6.3113**	F=3.374*	F=2.415	F=3.685*	F=0.789	F=3.306*	F=0.970	F=1.565	F=0.339	F=1.307	F=0.795
F Levene	F=4.753**	F=0.290	F=0.716	F=4.624**	F=0.589	F=1.112	F=0.946	F=1.101	F=0.959	F=5.218*	F=0.274
Post Hoc (Bonferroni/Tamhane)	0>3	0<3		0<3 1<3		0<1					
Número de situaciones desagradables	F=0.976	F=1.628	F=1.673	F=0.330	F=1.455	F=1.445	F=0.146	F=0.889	F=2.221	F=2.760	F=1.815
F Levene	F=0.968	F=0.394	F=0.812	F=0.034	F=0.042	F=0.524	F=0.313	F=1.113	F=3.952*	F=3.949*	F=3.452*
Post Hoc (Bonferroni/Tamhane)											

*Significativo $p < 0.05$; ** Significativo $p < 0.01$

son los participantes que no destacan ningún evento agradable los que obtienen las puntuaciones medias más bajas (por tanto, los que resultan ser más temerosos o aprensivos).

Igualmente, en dicha tabla se puede observar que el efecto del número de situaciones desagradables sobre las medidas consideradas y sobre los factores de las escalas PGC y SAS no obtiene significación estadística.

En suma, parece ser que la ocurrencia de situaciones agradables podría tener un efecto protector con relación a la presencia de sintomatología depresiva y, por ende y a la misma vez, un efecto favorecedor del bienestar y la satisfacción del anciano. En este sentido, y en contra de lo que tradicionalmente se considera, el número de situaciones desagradables no permite diferenciar a personas mayores con algún tipo de alteración emocional de la población general.

En relación con los contrastes que se muestran en la tabla VIII, hay que decir que no se constata ningún efecto estadísticamente significativo acerca del *tipo de evento desagradable* sobre las puntuaciones en las escalas de medida ($p > 0.05$). Dicho efecto tampoco alcanzó significación cuando se analizan los factores de las escalas SAS (sensibili-

dad interoceptiva $F = 0.214$; sensibilidad exteroceptiva $F = 0.562$) y PGC (actitud [$F = 1.134$]; satisfacción [$F = 1.168$]; agitación [$F = 0.247$]; aprensión [$F = 2.047$]). Por su parte, la influencia del *tipo de suceso agradable* sólo resulta significativa para la medida de sintomatología depresiva, es decir, que las puntuaciones obtenidas por los participantes en la escala GDS difieren, en función del tipo de suceso agradable que manifiesten; no obstante, como esta medida perdía homogeneidad se aplicó la prueba de Kruskal Wallis que indicó que no se producen diferencias estadísticamente significativas entre las categorías de esta variable (chi-cuadrado = 8.934; $p = 0.177$). También se llevaron a cabo pruebas *post hoc* (análisis de t) que revelaron que los participantes que no mencionan ningún suceso agradable exhiben el mayor promedio en la puntuación en sintomatología depresiva. Cabe añadir, que el efecto de esta variable sobre los factores de las escalas SAS (sensibilidad interoceptiva $F = 1.459$; sensibilidad exteroceptiva $F = 1.408$) y PGC (actitud [$F = 0.645$]; satisfacción [$F = 0.302$]; agitación [$F = 0.475$]; aprensión [$F = 0.359$]) no fueron significativos ($p > 0.05$).

En cuanto a la variable *lo que más ayuda a los ancianos a seguir adelante en sus vidas*, en la tabla 8 se aprecian diferencias estadísticamente significa-

TABLA VIII

Análisis unidireccionales de la varianza de las variable tipo de situaciones agradables, desagradables y lo que más le ayuda a seguir adelante sobre las medidas de depresión, bienestar, ansiedad física, ansiedad cognitiva y amplificación sensorial

	GDS (n=84)	PGC (n=84)	BAI (n=42)	PSWQ (n=42)	SAS (n=42)
Tipo de situaciones agradables	F= 2.756 *	F=1.349	F= 0.202	F= 0.518	F= 0.222
F Levene	F= 4.024 **	F= 1.019	F= 2.066	F= 1.320	F= 0.989
Post Hoc (t)	0>2				
Tipo de situaciones desagradables	F= 0.623	F=0.329	F=1.488	F= 0.299	F=1.233
F Levene	F= 0.623	F= 0.898	F= 2.163	F= 0.198	F= 1.698
Post Hoc (t)					
Lo que más le ayuda a seguir adelante	F= 2.866 *	F= 1.645	F= 3.003 *	F= 2.142	F=1.265
F Levene	F= 1.355	F= 1.733	F= 2.304	F= 1.341	F=0.602
Post Hoc (t)	(0>5, 6); (6<7)	(6<7)			

*Significativo $p < 0.05$; ** Significativo $p < 0.01$

tivas en las puntuaciones de la GDS, las cuales están principalmente marcadas por las puntuaciones elevadas de los que señalan que *nada les ha ayudado* frente a quienes aluden a *aspectos de la propia personalidad o las relaciones familiares e interpersonales*. En este sentido, también llama la atención, que quienes manifiestan que lo que más les ha ayudado es mantenerse activos y con ánimo obtengan promedios más elevados de sintomatología depresiva que aquellos que resaltaron las relaciones familiares e interpersonales. Igualmente, se observa en la tabla 8 un efecto estadísticamente significativo de la variable *lo que más le ayuda* sobre las puntuaciones de ansiedad fisiológica (BAI); y, nuevamente, son las personas que destacan el hecho de mantenerse activos y con ánimo, los que obtienen puntuaciones más elevadas frente a quienes subrayan las relaciones familiares e interpersonales.

En el caso de las medidas de bienestar, ansiedad cognitiva y amplificación somatosensorial no se aprecian diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$); como tampoco ocurre para los factores de las escalas SAS (sensibilidad interoceptiva $F = 0.476$; sensibilidad exteroceptiva $F = 2.132$) y PGC (actitud [$F = 1.497$]; satisfacción [$F = 1.512$]; agitación [$F = 1.606$] y aprensión [$F = 0.754$]).

Como consecuencia de los anteriores productos significativos los análisis factoriales de la varianza de las variables predictivas grupo (a) y lo que más ayuda (b) (2x6), no pusieron de relieve ningún efecto significativo (ni principal, ni interactivo) sobre la medida de sintomatología depresiva. En lo que se refiere al criterio ansiedad fisiológica, los efectos simples y de la covarianza número de condiciones médicas no alcanzaron significación estadística, no obstante, el efecto interactivo, sugiere una tendencia ($F_{ab} = 2.519$; $p = 0.070$). En suma, parece que son los sujetos más activos pertenecientes al grupo A, los que presentan mayores puntuaciones en ansiedad fisiológica.

Además, se llevaron a cabo análisis de varianza unidireccionales de las variables *significado de las situaciones agradables y la estrategia utilizada ante situaciones desagradables*, sobre las variables de medida y los factores de las escalas GDS y PGC; esto fue posible únicamente entre los integrantes del grupo A. En cuanto al significado que los participantes atribuyen a los eventos agradables que experimentan, los contrastes no sugirieron diferencias significativas en las puntuaciones de sintomatología depresiva ($F = 1.985$), ansiedad cognitiva ($F = 0.517$), ansiedad física ($F = 1.024$), amplificación somatosensorial ($F = 0.384$), sensibilidad interoceptiva ($F = 0.042$) y exteroceptiva ($F = 1.941$), bienestar subjetivo ($F = 1.398$), actitud ante el envejecimiento ($F = 1.032$), satisfacción ($F = 1.115$), agitación ($F = 1.715$) y aprensión ($F = 0.967$).

En el segundo caso, sí se hallaron discrepancias estadísticamente significativas en la medida de am-

plificación somatosensorial dependiendo de la estrategia que ponían en marcha los mayores ante eventos estresantes negativos ($F = 5.267$; $p < 0.01$). Las pruebas *post hoc* revelan que quienes no dijeron nada, o sencillamente, adoptaron una actitud de espera, de olvidar y de dejar pasar ante dichos sucesos, obtienen puntuaciones más bajas en la escala SAS, que las personas con tendencia a afrontar de un modo directo tales circunstancias.

Cabe añadir, que para el resto de las medidas los contrastes no alcanzan a mostrar diferencias significativas (GDS [$F=1.242$]; PGC [$F=1.536$]; actitud [$F=1.614$]; satisfacción [$F=1.050$]; agitación [$F=1.122$]; aprensión [$F=1.364$]; BAI [$F=2.243$]; PSWQ [$F=0.756$]; sensibilidad interoceptiva [$F=1.603$] y sensibilidad exteroceptiva [$F=2.426$]), resultando tendencial para el factor sensibilidad exteroceptiva ($p=0.054$) de la escala SAS.

Discusión

Este trabajo representa una aportación modesta al estudio de las situaciones de estrés y los recursos de afrontamiento en su relación con la sintomatología ansiosa y depresiva en personas de edad avanzada.

Uno de los objetivos de este estudio era analizar el número y el tipo de situaciones agradables y desagradables experimentados por los mayores en el último año. En lo que respecta a los sucesos agradables, los más destacados fueron los relativos a la familia, a viajes y salidas y a circunstancias que implicaban a la familia junto con otros aspectos señalados. En cuanto a los acontecimientos desagradables, resaltan los relacionados con la enfermedad y discapacidad, con la muerte de otras personas y con problemas familiares y en las relaciones interpersonales. Estos resultados se asemejan a los encontrados por otros autores (3, 49, 50, 51).

Otro aspecto relevante que se ha estudiado, es el referido a las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas de edad ante situaciones estresantes negativas. En torno a esta temática, tradicionalmente ha prevalecido la imagen distorsionada del anciano como persona rígida e incapaz de adaptarse a las situaciones adversas. Sin embargo, en este trabajo se pone de manifiesto que los mayores utilizan una gran variedad de recursos de afrontamiento frente a las situaciones estresantes desagradables, que van desde los menos activos, como esperar, olvidar y dejar pasar, hasta los más activos, como el afrontamiento directo. Algunos autores han sugerido una tendencia entre los mayores a no utilizar estrategias activas (2) si bien, cuando se controla el tipo de evento que, claramente depende del momento evolutivo, no se hallan diferencias por edades (52).

Por otro lado, se ha puesto de manifiesto que las respuestas de los participantes han estado más cer-

canas a componentes pasivos del afrontamiento y, en contra de lo postulado, no han aparecido las estrategias centradas en la emoción, que, según ciertos estudios (53), resultan ser muy utilizadas por el colectivo de mayores.

Al mismo tiempo, se halla que los modos de afrontamiento considerados menos eficaces, por ejemplo, el escape o la hostilidad interpersonal, no son utilizados por los mayores, lo que coincide con los hallazgos de trabajos previos (6) y con las conclusiones de Karel (4) que alude al papel que desempeñan las experiencias vividas a lo largo de los años en la efectividad con que se afrontan los problemas.

También se puede destacar que una de las estrategias más utilizadas por las personas de edad avanzada es la resignación, la confianza en el Destino, en la mano de Dios. Posiblemente, esto puede deberse a que este recurso de afrontamiento guarda relación con la educación, valores, creencias y costumbres de la época en la que estas personas fueron socializadas, principalmente en nuestro contexto geográfico (54). Koenig, Cohen, Blazer, Pieper, Meador et al. (55) señalan que uno de los grupos demográficos donde es más probable la utilización de estrategias de tipo religioso son los mayores; y en general, los estudios han mostrado que los efectos beneficiosos de la religión sobre la salud pueden ser explicados por la utilización de las estrategias asociadas a este tipo de creencias (56) incluyendo la propia actividad social que implica, aunque, parece que esta acción favorable está limitada por la naturaleza del estresor, es decir, siempre que se trate de un evento puntual (57). Por otro lado, Thomae (3), matiza que la forma de respuesta que implica aceptar una situación tal y como es, o sea, resignarse o conformarse, exige muchos procesos cognitivos y favorece el ajuste de las personas más viejas a situaciones en las que no les es posible cambiar debido a sus condiciones físicas o a restricciones sociales, permitiéndoles lograr satisfacción y bienestar, por lo que no se puede considerar esta forma de afrontamiento como meramente pasiva. En este sentido, Zautra y Wrabetz (58) apuntan que cuando los sucesos son valorados como graves (tal vez irreversibles), el proceso de adaptación es altamente cognitivo y requiere una regulación emocional intensa.

Otro de los objetivos de este estudio se refiere al análisis de la relación entre los acontecimientos estresantes experimentados por los ancianos y los niveles de sintomatología depresiva, ansiedad física, cognitiva y sobre la salud que presentan. En este sentido, se esperaba que la mayor presencia de sintomatología, evocaría mayor número de sucesos desagradables. Sin embargo, los resultados contradicen las expectativas y el número de situaciones negativas manifestadas no correlaciona con ninguna de las medidas consideradas. Estos resultados

no coinciden con los encontrados por Kraaij et al. (9, 59) lo que podría explicarse por la metodología empleada; en todas las investigaciones examinadas se utilizan instrumentos predeterminados de eventos estresantes negativos, mientras que en la presente, tal y como se mencionó con anterioridad, se prefirió preguntar las cuestiones relativas al estrés directamente a los sujetos. Creemos que el procedimiento seguido en este estudio es claramente ventajoso para no propiciar respuestas o sugerir sucesos en los ancianos, población en la que, por otro lado, tiende a existir una elevada deseabilidad social, en línea con lo sugerido por Thomae, (3).

En lo que respecta a la relación entre las medidas y el número de eventos agradables, se obtiene que a mayor número de estas situaciones, menores niveles de síntomas de depresión y amplificación somatosensorial. Estos datos son congruentes con los obtenidos por Lawton et al. (49).

En general, las investigaciones han demostrado la congruencia selectiva de eventos y humor positivos, por un lado, y eventos y humor negativos, por otro; siendo mucho más raros los efectos cruzados entre sucesos y estados de ánimos con valencia positiva y negativa (49).

En este estudio se contó con dos muestras extraídas de la población pero en dos momentos diferentes. Los primeros análisis mostraron que ambos grupos eran estadísticamente equiparables en cuanto a sus medias y distribución por edad, clase social, número de fármacos y condiciones médicas prescritas, deterioro cognitivo y sinceridad. Sin embargo, los grupos sí se diferenciaron de modo significativo en sus puntuaciones en ansiedad cognitiva, fisiológica y amplificación somatosensorial (única componente interoceptivo). Las comparaciones pusieron de relieve una mayor variabilidad entre los miembros del grupo A, frente a los del B, en lo que se refiere a los tipos de eventos agradables, así como la ausencia de diferencias entre ellos en cuanto las situaciones desagradables al considerar los tipos de las mismas. Ambos grupos, tampoco se mostraron diferentes con relación a lo que más les ayuda a seguir adelante. En este sentido, parece que las medidas acerca de la ansiedad son más inestables cuando se han evocado los sucesos acaecidos en el último año. No obstante, cabe destacar que muchos autores (43, 44, 60) están de acuerdo en que, por ejemplo, el cuestionario PSWQ es una medida rasgo; por consiguiente, presumiblemente más estable.

Con respecto a los efectos de las variables relativas al estrés sobre las medidas consideradas en el estudio, se ha de señalar que, ni la cantidad, ni los tipos de situaciones desagradables mencionadas por los sujetos ejercen influencia alguna sobre las medidas. Sin embargo, los hallazgos de Ensel (61) sugieren que el tipo de evento desagradable experimentado influye sobre la medida de sintomatología

depresiva. La incongruencia entre los resultados de ambos trabajos podría deberse a las diferencias en los instrumentos utilizados para la medida del estado de ánimo (GDS vs. CES-D); y a que en el presente estudio se han tenido en cuenta las diferencias entre diversos tipos de eventos negativos y no sólo los centrados en la salud.

Por otro lado, el número de sucesos agradables, influye en las medidas de sintomatología depresiva, bienestar y dentro de esta última, sobre los factores satisfacción y aprensión. Son los sujetos que señalan un mayor número de situaciones agradables quienes parecen encontrarse en mejor situación desde el punto de vista psicológico, ya que presentan menos síntomas depresivos y mayores niveles de bienestar, satisfacción y menor aprensión. Al considerar los tipos, no se encuentran diferencias entre las categorías, pero un análisis de los promedios correspondientes a cada una de ellas, revela que, una vez más, son los mayores que no resaltan ninguna situación agradable los que obtienen mayor promedio en la puntuación en sintomatología depresiva. En este sentido, Lewinsohn y Hoberman (62) y Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (63) destacan que la falta o la pérdida de refuerzos contingentes a las actividades que realiza el sujeto y la autoevaluación que desarrolla el individuo pueden conducir a una disminución del estado de ánimo y a la producción de conductas depresivas. Asimismo, Lewinsohn, Rohde, Fischer y Seeley (64) observan que la depresión se vincula, entre otros aspectos, con mayores niveles de estrés, un menor compromiso con las actividades agradables y un uso escaso de conductas de afrontamiento. En definitiva, parece ser que la ocurrencia de situaciones agradables podría tener un efecto protector en relación con la presencia de sintomatología depresiva y a la vez, un efecto favorecedor del bienestar y la satisfacción del anciano.

Uno de los aspectos relativos al estrés que se ha mostrado más relevante es lo que los ancianos consideran que más les ayuda a seguir adelante en sus vidas. Se puede apreciar que esta variable influye en las puntuaciones en sintomatología depresiva, siendo los mayores que dicen que nada les ayuda los que obtienen promedios más elevados, frente a quienes destacan aspectos de su propia personalidad o las relaciones que mantienen con familiares y otras personas. Estos resultados, parecen guardar relación con los obtenidos por Holahan y Moos (65) y que evidencian el papel causal que desempeñan ciertas características adaptativas de personalidad (autoconfianza y tolerancia / relajación) y el apoyo familiar en el mantenimiento de la salud psicológica, fundamentalmente, en lo que respecta a los niveles de depresión.

Igualmente, se observan diferencias entre las personas de edad avanzada que enfatizan que les ayuda mantenerse activos y con ánimo, frente a

quienes subrayan la familia y las relaciones con otras personas; sin embargo, resulta llamativo que los promedios más elevados en sintomatología depresiva y ansiedad fisiológica los exhiben los primeros, es decir, los participantes, supuestamente, más activos. Parece, pues, que en estas personas, la realización de actividades y el mantenerse con ánimo constituyen respuestas defensivas ante otros problemas por los que pudieran estar atravesando, lo que nos indicaría que las estrategias de afrontamiento más activas, no siempre resultan ser las mejores en el caso de los ancianos. O dicho de otro modo, hacer muchas cosas o mostrarse muy activo es un indicador únicamente indirecto de funcionamiento emocional estable.

En relación con lo anterior, cabe resaltar las diferencias encontradas en las puntuaciones en ampliación somatosensorial entre lo mayores que, ante la pregunta *¿qué hizo ante la/s situación/es desagradable/s?*, no dijeron nada, o sencillamente, adoptaron una actitud de espera, de olvidar y de dejar pasar, frente a aquellos que señalaron afrontar la situación directamente, ejercitarse o esforzarse; siendo estos últimos los que obtienen promedios más elevados en dicha medida. Una vez más, los resultados apuntan a que los ancianos que utilizan modos de afrontamiento más activos, podrían hacerlo como defensa ante otras circunstancias problemáticas presentes en sus vidas, o bien que exigen de ellos mayores esfuerzos y recursos. Parece evidente que cuando hablamos de ancianos de la población general, los procedimientos de afrontamiento más activos no tiene porqué ser siempre mejores. En este sentido, Lindesay (66) recoge que tal vez no tenga sentido que en la vejez se afronten las situaciones (amenazantes) luchando de forma activa o evitándolas, sino más bien parándose, aceptando y reflexionando sobre cómo actuar.

Por otro lado, se puede apreciar que el significado de las situaciones desagradables no tuvo ningún efecto sobre las medidas consideradas en este trabajo.

Este trabajo de investigación tiene una serie de limitaciones a tener presente ante la generalización de sus resultados. En primer lugar, el reducido tamaño de la muestra ha provocado que muchas de las categorías de las variables relativas al estrés hayan quedado representadas por pocos sujetos. En segundo lugar, en la muestra utilizada existía una escasa representación de las personas muy viejas. Tampoco se incluyeron aquellos mayores que residían en instituciones o presentaban deterioro cognitivo significativo. En tercer lugar, se han utilizado pruebas como el BAI y la escala SAS, sin contar con estudios que analicen sus propiedades en muestras de mayores españoles. En lo que respecta a la escala BAI, si se dispone de un trabajo y con ancianos puertorriqueños (41), aunque no podemos generalizar sus resultados a nuestro país; mientras

que en el caso de la escala SAS, sólo se cuenta con un estudio que examina sus propiedades en personas menores de 60 años. En cuarto lugar, sólo se obtuvo la información referida al significado de las situaciones agradables y a las estrategias utilizadas ante las situaciones desagradables para la mitad de los participantes, limitando los análisis estadísticos a este reducido número de sujetos.

Para futuras investigaciones, sería interesante analizar el efecto que pudiera tener la exploración previa de las cuestiones relacionadas con el estrés sobre las medidas de sintomatología depresiva, ansiedad cognitiva y fisiológica y amplificación somatosensorial en una muestra de ancianos más numerosa y en la que se incluyan sujetos institucionalizados, y también, personas muy avejentadas.

CORRESPONDENCIA:
Dr. J. F. Rodríguez-Testal
Dpto. de Personalidad, Evaluación
y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología
Universidad de Sevilla
C/ Camilo José Cela, s/n
E-41018 Sevilla (España)
testal@us.es

Bibliografía

- Pfeiffer E. Psychopathology and social pathology. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.) *Handbook of the Psychology of Aging*, 1977; 650-671. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Costa PT, McCrae RR. Personality, stress and coping: some lessons from a decade of research. En K. S. Markides y C. L. Cooper (Eds), *Aging, stress and health*, 2ª ed., 1991; 269-285. Chistester: John Wiley & Sons. (Publicación original: 1989).
- Thomae H. Haciéndole frente al estrés. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 2002; 34: 41-54.
- Karel MJ. Aging and depression: vulnerability and stress across adulthood. *Clinical Psychology Review*, 1991; 17: 847-879.
- Montorio I, Izal M. La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Intervención Psicosocial*, 1997; 6: 53-75.
- Aldwin CM, Sutton KJ, Chiara G, Spiro A. Age differences in stress and appraisal: findings from the normative aging study. *Journal of Gerontology*, 1996; 51: 179-188.
- Diehl M, Coyle N, Labouvieff G. Age and sex differences in strategies of coping and defence across life span. *Psychology and Aging*, 1996; 11: 127-139.
- Chou K, Chi I. Stressful events and depressive symptoms among old women and men: a longitudinal study. *International Journal of Aging and Human Development*, 2000; 51: 275-293.
- Kraaij V, Arensman E, Spinhoven P. Negative life events and depression in elderly persons: a meta-analysis. *Journal of Gerontology*, 2002; 57: 87-94.
- Lynch SM, George LK. Interlocking trajectories of loss-related events and depressive symptoms among elders. *Journal of Gerontology*, 2002; 57: 117-125.
- Osborn DPJ, Fletcher AE, Smeeth L, Stirling S, Nunes M, et al. Factors associated with depression in a representative sample of 14 217 people aged 75 and over in the United Kingdom: results from the MRC Trial of assessment and management of older people in the community. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18: 623-630.
- Schulz R, Martire LM, Beach SR, Scheier MF. Depression and Mortality in the Elderly. *Current Directions in Psychological Science*, 2000; 9: 204-208.
- Murphy E. Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 1982; 141: 135-142.
- Grace J, O'Brien T. Association of life events and psychosocial factors with early but not late onset depression in the elderly: implications for possible differences in aetiology. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18: 473-478.
- Ormel J, Oldehinkel AJ, Brilman EI. The interplay and etiological continuity of neuroticism, difficulties, and life events in the etiology of major and subsyndromal, first and recurrent depressive episodes in later life. *American Journal of Psychiatry*, 2001; 158: 885-891.
- Van der Berg MD, Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, Brilman EI, Beekman ATF, et al. Depression in later life: three etiologically different subgroups. *Journal of Affective Disorders*, 2001; 65: 19-26.
- Winokur G. All roads leads to depression: clinically homogeneous, etiologically heterogeneous. *Journal of Affective Disorders*, 1997; 45: 97-108.
- Oldehinkel AJ, Ormel J, Brilman EI, Van der Berg MD. Psychosocial and vascular risk factors of depression in later life. *Journal of Affective Disorders*, 2003; 74: 237-246.
- Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH, Van Balkom AJLM, Smit JH, et al. Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1998; 13: 717-726.
- Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 1994; 151: 640-649.
- Jorm AF. Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological Medicine*, 2000; 30: 11-22.
- Henderson AS, Jorm AF, Korten AE, Jacomb P, Christensen H, et al. Symptoms of depression and anxiety during adult life: evidence for a decline in prevalence.

- lence with age. *Psychological Medicine*, 1998; 28: 1321-1328.
23. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, et al. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157: 722-728.
 24. Van Balkom AJLM, Beekman ATF, De Beurs E, Deeg DJH, Van Dyck R, et al. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in The Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2000; 101: 37-45.
 25. Beekman ATF, de Beurs E, van Balkom AJLM, Deeg DJH, Van Dyck R, et al. Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 2000; 157: 89-95.
 26. De Beurs E, Beekman A, Geerlings S, Deeg D, Van Dyck R, et al. On becoming depressed or anxious in late life: similar vulnerability factors but different effects of stressful life events. *British Journal of Psychiatry*, 2001, 179: 426-431.
 27. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH, Jonker C, Van Tilburg W. Comorbidity and risk patterns of depression, generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003; 18: 994-101.
 28. Folkman S, Moskowitz JT. Stress, positive emotion, and coping. *Current Directions in Psychological Science*, 2000; 9: 115-118.
 29. Rodríguez-Testal JF, Valdés M, Benítez, MM. Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión (GDS): un análisis procedente de cuatro investigaciones. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2003; 38: 132-144.
 30. Eysenck HJ, Eysenck SBG. *Cuestionario de Personalidad EPI*. Madrid: TEA (6ª Edic.), 1990.
 31. Hollingshead AA. *Five factor index of social position* [unpublished manuscript]. New Haven: Yale University, 1975.
 32. Brink TL, Yesavage JA, Lum O, Heersema PH, Adey M, et al. Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1982; 1: 37-43.
 33. Izal M, Montorio I. Adaptation of the Geriatric Depression Scale in Spain: a preliminary study. *Clinical Gerontologist*, 1993; 13: 83-91.
 34. Izal M, Montorio I. Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista de Gerontología*, 1996; 6: 329-337.
 35. Lawton MP. The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision. *Journal of Gerontology*, 1975; 30: 85-89.
 36. Montorio I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales, 1994.
 37. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 1990; 24: 323-334.
 38. Belloch A, Ayllón E, Martínez MP, Castañeiras C, Jiménez MA. Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1999; 4: 1-14.
 39. Beck A, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1988; 56: 893-897.
 40. Sanz J, Navarro ME. Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 2003; 9: 59-84.
 41. Rodríguez M, Rodríguez J, Martínez M. Estudio de las características psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (en castellano) en una muestra de envejecidos puertorriqueños. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 2001; 36: 353-360.
 42. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, Borkovec TD. Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 1990; 28: 487-496.
 43. Nuevo R, Montorio I, Ruiz MA. Aplicabilidad del Inventario de Preocupación de Pensilvania (PSWQ) en población de edad avanzada. *Ansiedad y Estrés*, 2002; 8: 157-172.
 44. Stanley MA, Novy DM, Bourland SL, Beck JG, Averill PM. Assessing older adults with generalized anxiety: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, 2001; 39: 221-235.
 45. Hopko DR, Stanley MA, Reas DL, Wetherell JL, Beck JG, et al. Assessing worry in older adults: confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire and psychometric properties of an abbreviated model. *Psychological Assessment*, 2003; 15: 173-183.
 46. Pfeiffer E. A Short portable, Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatric Society*, 1975; 23: 433-441.
 47. Fernández-Ballesteros R, Izal M, Montorio I, Díaz P. *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca, 1992.
 48. Reig A. Estrés y estado de salud en personas ancianas. En A. Reig y D. Ribera (Eds.), *Perspectivas en gerontología social*, 1992; 116-164. Valencia: Promolibro.
 49. Lawton MP, DeVoe MR, Parmelee P. Relationship of events and affect in daily life of an elderly population. *Psychology and Aging*, 1995; 10: 469-477.
 50. Holstein BE, Due P, Holst E, Almind G. Elderly people's coping with stressful life events. Paper presented at 11th Scandinavian Congress of Gerontology, Odense, Denmark, 1992.
 51. Suutama T. Life events, stress and coping of elderly

- people. En P. Öberg, P. Pohjolainen y I. Ruopolla (Eds.), *Experiencing aging: festschrift to J. E. Ruth*, 1994; 198-214. Helsinki: Svenska Social-oc Kommunal högskolan.
52. Lazarus RS, DeLongis A. Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist*, 1983; 38: 245-254.
53. Castro C, Núñez MJ, Otero-López J, Freire MJ, Losada C, et al. Un estudio comparativo de las estrategias de afrontamiento al estrés en distintos grupos de edad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 1995; 2: 79-84.
54. Gago C, Rodríguez-Testal JF. Afrontamiento del estrés institucional en la vejez. *Geriatrka*, 2002; 18: 179-196.
55. Koenig H, Cohen H, Blazer D, Pieper C, Meador K, et al. Religious coping and depression among elderly, hospitalised medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 1992; 149: 1693-1700.
56. Koenig H, Pargament K, Nielsen J. Religious coping and health status in medically ill hospitalised older adult. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1998; 186: 513-521.
57. Krause N, Liang J, Gu S. Neighborhood deterioration, religious coping, and the changes in the health during late life. *The Gerontologist*, 1998; 38: 653-664.
58. Zautra AJ, Wrabetz AB. Coping success and its relationship to psychological distress for older adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1991; 61: 801-810.
59. Kraaij V, De Wilde EJ. Negative life events and depressive symptoms in the elderly: a life span perspective. *Aging & Mental Health*, 2001; 5: 84-91.
60. Echeburúa E. Evaluación y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada: nuevas perspectivas. *Psicología Conductual*, 1993; 1: 233-254.
61. Ensel WM. Important life events and depression among older adults. The role of psychological and social resources. *Journal of Aging and Health*, 1991; 3: 546-566.
62. Lewinsohn PM, Hoberman HM. Enfoques conductuales y cognitivos. En E. S. Paykel (Coord.), *Psicopatología de los trastornos afectivos*, 1985; 511-519. Madrid: Pirámide. (publicación original en inglés: 1982).
63. Lewinsohn PM, Hoberman HM, Teri L, Hautzinger M. An integrative theory of depression. En S. Reiss y R. R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy*, 1985; 331-359. Orlando, Florida: Academic Press.
64. Lewinsohn PM, Rohde P, Fischer SA, Seeley JR. Age and depression: unique and shared effects. *Psychology and Aging*, 1991; 6: 247-260.
65. Holahan CJ, Moos RH. Life stressors, personal and social resources, and depression: a 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991; 100: 31-38.
66. Lindesay J. Anxiety disorders in the elderly. En R. Jacoby y C. Oppenheimer, *Psychiatry in the elderly*, 1993; 735-757. Oxford: Oxford Medical.