

# Dificultades en la evaluación de los trastornos afectivos del anciano

M. D. FRANCO FERNÁNDEZ, A. SANMARTÍN ROCHE, J. A. GUIJA VILLA,  
E. GILES GORDÓN

Departamento de Psiquiatría. Universidad de Sevilla

## Resumen

La evaluación de los trastornos afectivos en el anciano presenta dificultades añadidas a las que encontramos en cualquier otro proceso de valoración en psiquiatría. Analizamos en este trabajo estas dificultades que se refieren tanto a la propia delimitación nosológica, a la diferenciación de lo que serían síntomas y lo que son afectos específicos de una etapa involutiva normal, hasta llegar a las dificultades inherentes al empleo de instrumentos, escalas y cuestionarios.

**Palabras clave:** Evaluación. Trastornos afectivos. Ancianos.

## Abstract

Evaluation of the affective disorder in the elderly presents added problems to those that are found in any other psychiatric evaluation process. The study analysed the inherent difficulties which are related to the nosological framework, the differentiation of what would be symptoms and what could be specific affects of the normal involutive process, to reach the inherent difficulties of the scales and questionnaires used in the evaluation.

**Key words:** Evaluation. Affective disorders. Elderly.

## INTRODUCCIÓN

La evaluación en medicina es el paso previo al diagnóstico y la base sobre la que se sustenta la nosología psiquiátrica. No obstante, la evaluación suele presentar dificultades que van a estar referidas fundamentalmente a dos aspectos: uno la obtención de la información y otro, derivado directamente del primero, los instrumentos utilizados para conseguirla.

A la hora de obtener la información el examinador debe descubrir los síntomas del paciente y para ello éstos deben estar en la más libre posible de las interferencias relativas tanto al paciente como al examinador. El acercamiento a

esta información podemos hacerlo bien desde un modelo categorial o bien desde uno dimensional. El primero presenta las enfermedades como entidades distintas que se agrupan en función de una determinada sintomatología. Sin embargo la presencia de episodios que no se ajustan a los criterios requeridos o, por el contrario, otros que pueden ser encuadrables en varias entidades diferentes, junto a la existencia también de una posible comorbilidad, hacen que a veces los pacientes puedan ser definidos en función de distintas categorías. El segundo acercamiento, el dimensional, no es excluyente sino complementario y nos permite establecer dentro de las categorías la intensidad de cada una de ellas.

El problema, ya planteado por autores clásicos como Kurt Schneider cuando afirmaba que en el campo de los trastornos del humor no se puede citar ningún síntoma al que calificar de primer rango, revierte a que en las enfermedades mentales, ni la etiología, ni la anatomía, ni la fisiología son generalmente principios ordenadores sobre los que asentar la nosotaxia. Esto ha dado origen a lo largo de la historia de la psiquiatría a la existencia de multitud de clasificaciones, generalmente efímeras. A

*Correspondencia:* M. Dolores Franco Fernández. Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Avda. Dr. Fedriani, 3. 41009 Sevilla

partir de los Criterios de Saint-Louis de 1972 (1), en un intento de solventar la falta de acuerdo entre psiquiatras y también entre las diferentes escuelas o tendencias, se desarrolló el método de los criterios diagnósticos con el objetivo de minimizar la varianza de criterio, es decir, las diferencias inducidas por la formación y experiencia del clínico. De la misma forma el desarrollo de los protocolos de recogida de datos pretende reducir al máximo la varianza de información, o sea las variaciones debidas a la falta de uniformidad en la recogida de datos. Sin embargo la presencia de diversas clasificaciones y la relativamente frecuente aparición de nuevas revisiones o versiones de éstas, hace que ese lenguaje de consenso que debería ser cualquier clasificación, lo sea sólo temporalmente (2).

Otra dificultad es la recogida de la información. En ella nos podemos encontrar con determinados síntomas que pueden encontrarse en el límite entre lo normal y lo patológico, los que Berrios llama microsíntomas, que son aquéllos que no sobrepasan el límite de percepción del paciente o del observador. En el caso concreto que nos ocupa, el de los ancianos, se nos van a presentar además inconvenientes añadidos. Es posible que lo primero que nos encontremos sea una dificultad en la comunicación de la enfermedad depresiva por parte del paciente anciano. Como señalan Bellot (3) o Forssel (4), las personas de edad avanzada presentan dificultades para reconocer o expresar sus sentimientos -y en consecuencia la sintomatología depresiva- hasta el punto que, en un trabajo de éste último, todos los ancianos que habían contactado con su médico y que padecían un síndrome depresivo, lo habían hecho por síntomas somáticos pero no directamente por los depresivos. La presencia de enfermedades físicas incide a su vez en el comportamiento del médico que con frecuencia atiende la patología somática justificando la presencia de síntomas psíquicos por la presencia de aquélla o del tratamiento de la misma.

A la hora del diagnóstico también es frecuente encontrar inconvenientes, por ejemplo el que la familia o las personas cercanas al anciano no hacen con frecuencia una valoración adecuada de sus padecimientos justificando la presencia de la mayoría de los síntomas como "propios de la edad" y dificultando por tanto el correcto abordaje y el tratamiento adecuado (5).

Otra cuestión importante es la de las pseudodemencias. Sin entrar en la discusión sobre la conveniencia o no de usar el término, es evidente que la presencia de signos de deterioro cognitivo no es excepcional en el anciano deprimido. Aquí la dificultad estriba en descartar que los episodios depresivos no sean los pródromos de una demencia, el síndrome de fachada de Kretschmer. En este sentido no podemos olvidar, como han estudiado Kral y Emery (6) o Bulbena (7) entre nosotros, que un alto porcentaje de pacientes depresivos seniles, entre el 39 y 89% de los sujetos, acaban desarrollando con el paso de los años un proceso demencial.

Un problema a plantear es si los cuadros depresivos en la senectud se configuran distintos a los trastornos depresivos en otras etapas vitales. Este tema ha sido tratado por nosotros (8) en un estudio que pretendía valorar la frecuencia de diferentes clases en las expresiones clínicas de la depresión en la involución. Estudiamos para ello dos muestras de pacientes depresivos, una constituida por mayores de 65 años y otra de depresivos menores de 55 años. Excluimos

los sujetos comprendidos entre 55 y 65 años para separar lo mejor posible ambas poblaciones.

La muestra de pacientes depresivos en edades involutivas debía haber puntuado negativamente en el MMS, por lo que no presentaba deterioro cognitivo manifiesto. Con esto último evitábamos también que los síntomas depresivos fueran una respuesta del sujeto a la percepción de su propio deterioro cognitivo.

Todos los pacientes cumplían, aparte de los requisitos citados anteriormente, criterios de Episodio Depresivo Mayor DSM-IV y a todos se les administraron además los siguientes cuestionarios:

—Escala de evaluación para la depresión de Hamilton, (9) que incide en los aspectos más somáticos de ésta.

—GDS (10) de Yesavage, que es una escala específica de depresión en ancianos.

—El inventario de depresión de Beck (11) que se relaciona más con los aspectos cognitivos y

—Lidde3 (12), desarrollada en nuestro departamento y que es una lista integrada de los criterios diagnósticos del DSM-IV y de la CIE-10.

La muestra a estudiar se componía de cincuenta individuos, veinticinco menores de cincuenta y cinco años y veinticinco mayores de sesenta y cinco años. Las puntuaciones totales obtenidas en la GDS, Beck y Hamilton no muestran diferencias significativas en la comparación entre los dos grupos, ancianos depresivos y adultos depresivos, aunque dentro de cada grupo sí se establecen diferencias entre algunos ítems. Sin embargo, un análisis discriminante sí nos permitió diferenciar claramente dos grupos y delimitar una serie de ítems de mayor peso y sobre los que asienta la diferencia entre los dos grupos como vemos en la tabla I.

Tabla I. Análisis discriminante

Ancianos depresivos	Adultos depresivos
Hamilton	
• No sé lo que pasa, me siento confundido	• Lento. Me cuesta concentrarme y expresarme
	• Tenso, irritable. Temeroso, algo malo puede ocurrirme
Beck	
• Llanto	• Despertar cansado y pronto
• Disminución apetito	
• Preocupación salud	
• Tristeza	
• Pesimismo	
GDS	
• Siente su vida vacía	• Se preocupa por el futuro
• Sin esperanza	• No es maravilloso vivir
• Sin mucha fe en futuro	• Miedo a que pase algo malo
• Impotente, desvalido	
• Mente no tan clara	
• Aburrido con frecuencia	
• Vida no muy interesante	

Posteriormente con los ítems resultantes realizamos una agrupación racional de síntomas mediante la cual obtuvimos cinco grupos. En el primero de ellos, que hemos reunido bajo el epígrafe de Síntomas Afectivos Somáticos, se agrupan la anorexia, las variaciones circadianas, la preocupación por la salud o la disminución de la libido entre los que revierten al anciano y los problemas relacionados con el sueño en relación a la muestra más joven.

Un segundo grupo lo conforman los aspectos más cognitivos como son la dificultad para tomar decisiones, el sentirse confundido o el no tener la mente tan clara entre la población mayor y las dificultades de concentración de los adultos jóvenes. Un tercer grupo, en el que únicamente aparecen ancianos, nos habla de la falta de vitalidad con síntomas tales como los sentimientos de impotencia, la falta de energía, la pérdida de interés o el sentirse aburrido así como la baja autoestima o el sentir que su vida está vacía, que no le resulta interesante ni le produce satisfacción.

Una cuarta agrupación reúne los sentimientos y emociones relacionados con el ánimo bajo: tristeza, pesimismo y llanto así como los deseos de castigo y los síntomas psicóticos congruentes con el estado de ánimo. Por último, un quinto grupo nos muestra la falta de esperanza y de fe en el futuro del anciano depresivo.

Los resultados de este trabajo concluyen que los síntomas que más diferencian la depresión del anciano de la del adulto joven son aquéllos referidos a la desvitalización, a la vivenciación negativa o a la pérdida de futuro, que vienen a conformar la patoplastia de la depresión en el anciano pero que no nos permite establecer dos entidades nosológicas diferentes.

Un problema importante de delimitación de los trastornos afectivos del anciano surge del mismo hecho de envejecer. Algunos autores han sostenido que a medida que envejecemos se experimentan cambios internos y externos que pueden aproximarse a los que tienen lugar cuando aparece un cuadro depresivo y que esta aproximación es el sustento de la mayor vulnerabilidad que el anciano presenta a los cuadros depresivos.

Desde esta perspectiva, en el envejecimiento normal se producirían una serie de cambios biológicos como son las alteraciones del sueño y del apetito o la disminución de la agudeza sensorial que harían al sujeto sentirse inseguro, retraído, distraído o con sentimientos de minusvalía. A esto se le añade la pérdida de energía vital asociada al paso de los años y las pérdidas externas que el devenir de la vida conlleva. La autopercepción de estos cambios internos y externos junto a la vivencia de una incapacidad para hacer frente a los problemas cotidianos serían la piedra sobre la que se asentaría el cuadro depresivo.

De alguna manera se ha ido generando una creencia (o quizás un estereotipo) de que conforme va llegando la senectud el hombre se va encontrando más triste, retraído, apático, desinteresado e indiferente al medio, rígido, conservador, temeroso, con un futuro limitado y negro con una visión pesimista de sí y de su entorno. Este cuadro como es lógico se puede superponer fácilmente a la depresión.

Este tema ha sido tratado en diversos trabajos. El estudio de Kansas City (13) concluyó que la edad influía en dos

cambios principalmente: con los años se producía una tendencia a la interiorización y una disminución en la energía del "yo". Otro aspecto de la investigación expone la propuesta por parte de Cummings y Henry (14) de la conocida como teoría de la liberación o de la desvinculación. Para estos autores en el envejecimiento se producía una progresiva desvinculación tanto a nivel intelectual (expresada como desinterés) como a nivel de conducta. Esta desvinculación permitiría al anciano redistribuir más adecuadamente sus mercedadas energías. Para Cummings y Henry la desvinculación sería no sólo una forma normal de envejecer sino también la más adecuada.

Otros estudios clásicos como el de Costa y McCrae (15) intentaron comprobar la creencia de que los ancianos se vuelven más infantiles e inestables, tienen mayor nivel de conservadurismo y rigidez o tienen tendencia a la introversión. Su conclusión fue que no existían cambios predecibles y rígidos asociados a la edad.

En esta línea se encuentra el trabajo realizado en nuestro Departamento por Franco y cols. (16), que tenía como objetivo la diferenciación de los cambios en la afectividad que acontecen con la edad de aquellos otros que serían consecuencia de la irrupción de la sintomatología depresiva. Se planteaba si conforme se avanzaba en la edad se producía una modificación en los afectos que hicieran que cierto ánimo depresivo fuera inherente a la vejez. Se realizó un acercamiento desde el modelo de afectos positivos y negativos de Watson, Clark y Tellegen (modelo bifactorial) (17) que parte del supuesto de que los afectos pueden agruparse en dos factores o dimensiones, positivos y negativos, independientes y no correlacionados.

La dimensión de afectos positivos estaría estrechamente relacionada con lo hedónico y permitiría al sujeto sentirse alerta, participativo y gratificado. Por el contrario, como afirma Sandin (18), los afectos negativos no serían sólo una disposición a la emotividad negativa sino que se relacionarían con distrés psicofisiológico.

Watson, Clark y Tellegen diseñaron un instrumento sencillo con el fin de explorar esta doble dimensión de la afectividad, el cuestionario PANAS donde se recogen 10 marcadores (descriptores lo más puros posible) de afecto positivo y otros 10 de afecto negativo, constituyéndose una subescala positiva y otra negativa. Joner y Sandin (18) realizaron una adaptación y validación de dicha escala a nuestro medio (SPANAS) que es la que hemos empleado.

Con el fin de lograr el objetivo que era observar el impacto que envejecimiento y depresión tenían sobre los afectos, se seleccionaron tres muestras. La primera estaba formada por 30 adultos de edades comprendidas entre los 30 a 50 años. La elección de este rango de edad no fue al azar, buscábamos una muestra lo suficientemente estable desde el punto de vista afectivo por lo que los muy jóvenes no nos servían, pero también debían de ser menores de 50 años, la edad en tomo a la cual los diversos autores afirman que se comienza a transformar el individuo. Las otras dos muestras estaban comprendidas por mayores de 60 años, una de ellas se obtuvo de población general, eran todos individuos que vivían en su medio familiar y que no se encontraban en tratamiento psiquiátrico. Los individuos de la otra muestra de

mayores también vivían en su medio familiar pero se encontraban en tratamiento por la presencia de un trastorno depresivo. A todos los sujetos se le aplicó el cuestionario de depresión de Beck y el cuestionario SPANAS.

Con el objeto de comprobar el impacto de la edad comparamos los resultados de los datos en la población de adultos y en la de mayores sin tratamiento antidepresivo. No se aprecian diferencias significativas en ninguno de los descriptores de afectos negativos por lo que podríamos concluir que ambas muestras son semejantes en este aspecto y los ancianos, por el hecho de envejecer, no se reconocen ni como más tensos, irritados, temerosos, asustados o enojados.

En cuanto a los afectos positivos sí encontramos algunas diferencias. Los mayores suelen reconocerse con menos frecuencia como entusiasmados, inspirados, dispuestos o alerta que la población más joven, pero se siguen reconociendo como igualmente interesados, fuertes, decididos o atentos. Podríamos afirmar en base a estos datos que el envejecimiento no conlleva una modificación profunda de los afectos, sólo impacta en algunos afectos positivos, en general los relacionados con el arousal o nivel de activación.

Con el fin de estudiar el impacto de los trastornos depresivos comparamos los resultados del cuestionario SPANAS entre ancianos y ancianos deprimidos. Encontramos que los cuadros depresivos modifican fundamentalmente los afectos relacionados con el interés, la autoestima y la respuesta hacia el entorno. El impacto de los cuadros depresivos es aún mucho más marcado cuando estudiamos los afectos negativos, todos prácticamente se mostraban con más intensidad entre la población de ancianos depresivos.

Si de una forma global analizamos el impacto de estas dos variables, edad y cuadro afectivo, comprobamos que los afectos positivos se modifican de forma diferente, implicando dominios distintos, la edad parece afectar a la activación, la depresión está más en relación con el medio.

Los afectos negativos no se modifican con la edad y sí notablemente con la presencia de los trastornos depresivos. La edad y el envejecimiento modifican la afectividad en el sentido de vivenciar menos los afectos positivos asociados con el arousal pero no con otras áreas. El hecho de envejecer no parece, en función de nuestros datos, modificar los afectos en el sentido de acercarse a lo depresivo y las modificaciones que se producen por la edad no son superponibles a las depresivas.

Algunos datos nos llamaron la atención cuando correlacionamos puntuaciones del Beck con afectos positivos y negativos en los tres grupos de edad. Como era esperable se establecía correlación negativa con los afectos positivos y a la inversa, pero llama la atención lo que ocurre en el grupo de los ancianos donde la asociación es más estrecha con los afectos positivos que con los negativos. En cierta manera el anciano parece encontrarse más protegido contra los afectos negativos y el estado depresivo parece depender más de la pérdida de afectos positivos.

Somos conscientes de las limitaciones metodológicas de estos datos, limitaciones que incluyen las que emanan del propio instrumento y del propio diseño. Cuando se realizan estudios transversales comparando población adulta y anciana

na es difícil atribuir los hallazgos al efecto edad y no al efecto cohorte.

Una dificultad más en el proceso de evaluación es la que se refiere a los instrumentos a utilizar. Es necesario contar con instrumentos validados, como son las escalas y cuestionarios, que nos faciliten la labor diagnóstica. Entre éstas la más conocida en el campo de la Gerontopsiquiatría es la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage, utilizada desde su publicación en la mayoría de los estudios epidemiológicos y psicométricos sobre patología depresiva en el anciano.

La utilidad de la GDS así como su especificidad (19) para captar patología depresiva en ancianos ha sido analizada por nosotros (Giles y cols.) (20) en un trabajo en el que estudiábamos el comportamiento de esta escala en poblaciones ancianas y adultas.

Para ello se analizaron cuatro grupos de población cada uno de ellos compuesto por 25 individuos:

—Un primer grupo estaba formado por ancianos mayores de 65 años que en el momento del estudio presentaban un cuadro depresivo (AD).

—Un segundo grupo constituido también por mayores de 65 años pero esta vez sin que presentaran patología psiquiátrica alguna (A no D).

—El tercer grupo lo conformaban adultos jóvenes, entre 21 y 50 años, que presentaban un trastorno depresivo (J D).

—Un cuarto y último grupo de adultos jóvenes procedentes del mundo universitario y sin patología psiquiátrica (J no D).

Todos los pacientes que estaban incluidos en los grupos depresivos cumplían criterios de trastorno depresivo: el 60% de episodio depresivo y el otro 40% de distimia o trastorno depresivo recurrente.

Las correlaciones entre las tres escalas son altas (Tabla II) por encima de 0,88 e incluso de 0,92 entre la GDS y la de Beck. Las tres escalas parecen, pues, medir el mismo constructo aunque en su diseño intentan captar aspectos diferentes de los cuadros depresivos.

Tabla II. Correlaciones de Spearman (puntuaciones totales)

	Beck	HDRS
GDS	0,92*	0,88*
Beck		0,89*

\*p < 0,0001

La concordancia de los casos de depresión determinados mediante la GDS (puntuación igual o superior a 11) con los diagnosticados mediante criterios clínicos es de 0,80, un resultado que podemos considerar bueno. Utilizando 11 como punto de corte de la GDS, esta escala se mostró como la más sensible, siendo capaz de detectar todos los cuadros depresivos (Tabla III). Esta sensibilidad es, en parte, efecto del diseño metodológico. La inclusión de un individuo en el grupo depresivo venía condicionada a que cumpliera crite-

Tabla III. Sensibilidad y especificidad

	GDS > 11	Beck > 11	HDRS > 18
Sensibilidad	1,00	0,96	0,64
Especificidad	0,80	0,88	1,00

rios diagnósticos de depresión. Sin embargo esta escala es la que se muestra menos específica, sólo 0,80 frente a la de Hamilton que es la más específica pero la que posee menor sensibilidad para la detección de patología depresiva en ancianos.

El análisis pormenorizado de la GDS nos mostró ítems con una distribución de respuesta similar entre los ancianos, depresivos o no, y distinta de los adultos jóvenes. Estos ítems: “prefiere quedarse en casa en lugar de salir”, “le cuesta empezar nuevos proyectos” o “cree que la mayoría tiene mejor situación económica” los consideramos “genéricos del envejecimiento” ya que parecen captar aspectos más ligados al mismo proceso de envejecimiento que al de la propia depresión. En este sentido esos ítems de la GDS no parecen reflejar aspectos específicos de la depresión en el anciano sino de la senectud. Otro grupo de ítems, al que llamamos “contradictorios”, refleja aspectos que parecen encontrarse con mayor frecuencia en los jóvenes depresivos, sería la preocupación por el futuro o el no creer que es maravilloso estar vivo.

También hay ítems “específicos”, es decir, que muestran una mayor tendencia a aparecer en poblaciones ancianas depresivas: no tener “esperanza en el futuro”, el “sentimiento de desaliento”.

En resumen, la GDS se muestra como una escala sensible para el diagnóstico de depresión y con una alta concordancia con los diagnósticos clínicos, pero con una baja especificidad para los cuadros depresivos del anciano.

Como vemos la evaluación de los trastornos depresivos del anciano nos plantean muchos problemas, comenzando por su delimitación nosológica, es decir, el cuestionamiento de la propia existencia individual de los mismos, pasando por la diferenciación de lo que serían síntomas y lo que son afectos específicos de una etapa involutiva normal, hasta llegar a los inherentes a las escalas y cuestionarios utilizados en la evaluación que en su mayoría no son instrumentos diagnósticos ni son medidas absolutas. Evaluar y clasificar los trastornos del paciente es necesario, pero debemos ser conscientes que nuestra capacidad de aprehender la realidad de éste es difícil, que la posibilidad de transmitir esa información es limitada o simbólica y que las clasificaciones no deben impedir poder captar la individualidad del paciente.

## Bibliografía

1. Feighner JP, Robins E, Guze SB, Woodruff RA, Winokur G, Muñoz R. Diagnostic criteria for use in psychiatry research. *Arch Gen Psychiatr* 1972; 26: 57-63.
2. Franco MD, Antequera R, Sanmartín A. Problemas de evaluación en trastornos del humor. En: Roca M. *Trastornos del Humor*. Madrid: Ed Médica Panamericana, 1999. p. 281-315.
3. Bellot JC. Conducta a seguir ante los estados depresivos en el anciano. *Vie Med De Esp Geriatr* 1992; 144A, 17: 10-4.
4. Forsell Y, Jorm AF, Winblad B. Outcome of depression in demented and non-demented elderly: observations from a three years follow up in a community based study. *Int J Geriatr Psychiatr* 1994; 9: 5-10.
5. Franco MD, Giles E. ¿Qué dificultades existen en el diagnóstico de la depresión? En: Calcedo A, ed. *La depresión en el anciano: doce cuestiones fundamentales*. Fundación Archivos de Neurobiología 1996. p. 101-24.
6. Kral VA, Emery OB. Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can J Psychiatr* 1989; 32: 445-6.
7. Bulbena, Berrios GE. Cognitive function in the affective disorders: a prospective study. *Psychopathology* 1993; 26: 6-12.
8. Sanmartín A, Caballero R, Guija JA, Giles E. Trastornos Depresivos Orgánicos: ¿una dimensión? Ponencia presentada en el V Congreso Nacional de Psiquiatría. Zaragoza, 2000.
9. Hamilton M. Rating Depressive patients. *J Clin Psychiatry* 1960; 41: 21-4.
10. Yesavage JA, Brink TL. Development and validation for a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1983; 17 (1): 4-49.
11. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
12. Sanmartín A, Franco MD, Fernández J. Lista Integrada para el Diagnóstico de la Depresión (Lidde3). Póster. Congreso Internacional de Neuropsiquiatría. Sevilla 1996.
13. Rosen JL, Neugasten BL. Functions in the middle and late years. *Athematic apperception study*. In: BL Neugastenand associates (eds.) *Personality in middle and tale life*. New York: Atherton, 1964.
14. Cumming E, Henry W. *Growing old*. New York: Basic Books, 1961.
15. Costa PT, McCrae RR. Cross sectional studies of personality in a national sample: development and validation of survey measures. *Psychology and Aging* 1986; 1: 140-3.
16. Franco MD. Dificultades de Evaluación en los Trastornos Afectivos del Anciano. Ponencia a la Reunión de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría. Pamplona, 1999.
17. Watson D, Clarke LA, Tellegen A. Cross-cultural convergence in the structure of mood: a japanese replication and a comparison with U.S. findings. *Journal of Personality and Social Psychology* 1984; 47: 127-44.
18. Joiner TE, Sandin B, Chorot P, Lostao L, Marquina G. Development and factor analytic validation of de SPANAS among women in Spain: (More) cross-cultural convergence in the structure of mood. *Journal of Personality Assessment* 1997; 68: 600-15.
19. Giles E, Franco MD, Sanmartín A, Massé P, Guija JA. Trastornos psiquiátricos en pacientes geriátricos hospitalizados: utilidad de algunas escalas. *An Psiquiatría* 1994; 10: 89-95.
20. Giles E, Franco MD, Sanmartín A, Massé P, Guija JA, Giner J. Parámetros y Evaluación de los Trastornos Afectivos Geriátricos. Ponencia. II Congreso de la Sociedad Española de Gerontopsiquiatría y Psico geriatría. Barcelona, 1996.