

Las emociones y el bienestar en las personas mayores



**UNIVERSITAT
JAUME·I**

GRADO EN PSICOLOGÍA

Trabajo Fin de Grado

Miriam García Martínez

20901294-K

Tutor: Francisco Palmero Cantero

1ª Convocatoria – Junio de 2017

ÍNDICE

RESUMEN.....	4
ABSTRACT.....	4
EXTENDED SUMMARY.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1 Las emociones.....	8
1.1.1 Funciones de las emociones.....	11
1.1.2 Emociones primarias.....	11
1.1.3 Emociones secundarias.....	13
1.1.4 Emociones y cerebro.....	13
1.1.5 Emociones y memoria.....	14
1.1.6 Evaluación de las emociones.....	15
1.2 Emociones en personas mayores.....	17
1.2.1 Frecuencia de las emociones.....	20
1.2.2 Calidad de vida y bienestar.....	21
1.2.3 Envejecimiento activo.....	23
1.2.4 Componentes del bienestar psicológico.....	23
2. MATERIAL Y MÉTODO.....	24
2.1 Participantes.....	24
2.2 Instrumentos.....	24
2.3 Procedimiento.....	25
3. RESULTADOS.....	26
4. DISCUSIÓN.....	28
5. CONCLUSIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	39

RESUMEN

La frecuencia de las emociones positivas en las personas mayores tiende a predominar en comparación a las emociones negativas. La calidad de vida de las personas mayores va sujeta a las relaciones sociales, familiares y su estado de salud. El presente estudio tiene como objetivo primordial analizar estos tres factores relacionados con el bienestar psicológico. Esto se ha llevado a cabo mediante la aplicación del cuestionario PANAS y de la escala de bienestar en una muestra de 31 personas mayores pertenecientes a la Universidad para Adultos Mayores. Los resultados mostraron por un lado una diferencia significativa entre la frecuencia de afecto positivo experimentada por las personas mayores universitarias, en comparación con la frecuencia que experimentan de afecto negativo. En concreto dentro del afecto positivo, los ítems que describen las emociones que mayor puntuación han obtenido han sido: “atento”, “activo” y “dispuesto”. Por otro lado la confección de la escala de bienestar en las personas mayores ha mostrado en orden de preferencia: la salud, la familia, las amistades, el dinero y la tranquilidad.

Palabras claves: Afecto positivo, Afecto negativo, Bienestar, Personas mayores.

ABSTRACT

In elderly people the frequency of positive emotions in comparison with negative ones tends to predominate. The quality of life of the elderly is subject to social relations, family and their state of health. This study has as its primary objective the analysis of these three factors related with the psychological well-being. This has been undertaken by means of questionnaires PANAS and by considering the scale of well-being among a sample of thirty-one elderly people in the University for The Elderly. The results show, on the one hand, a significant difference between the frequencies which positive feelings are felt compared with negative feelings by the university elderly. More specifically, within the positive feelings, the items describing emotions which receive the greatest points have been “attentive”, “active” and “willing”. On the other hand, the formulation of the scale of well-being in the elderly has shown in order of preference: health, family, friends, money and peace.

Keywords: Positive Affect, Negative Affect, well-being, old people.

EXTENDED SUMMARY

The emotions that frequent old people tend to be positive in respect to negative emotions in general. Memories of an emotional character also tend to be better remembered as long as people age up, most of all, when the emotional information is positive. There appears then, a positivity bias during aging, which leads to transforming the most comfortable memories at an emotional level. This positivity bias also reflects in attention, putting more attention to positive information rather than negative (Márquez, 2008). In the social field, they use a selective process that leads them to maintenance of important relationships for them at the same time they distance themselves from relationships they don't perceive as transcendental (Casrtesen,1995). This phenomenon also appears in a neuroanatomic level, In this sense, the amygdala tends to activate less in old people who are visualizing negative emotional images rather than positive(Márquez, 2008).

It shows there is a high frequency of positive emotions in function of the social activity that old people maintain, so, a more active life involves an increase in the frequency of positive emotion they experiment. (Marquez, 2008).

Among the principal characteristics which differentiate old people's emotions opposite to young it appears a diminution in the frequency of negative emotions and in the intensity of the emotional experience in old people, a bias of attention towards the emotional information of significance and an emotional regulation based in preventive regulative strategies.

Happiness in old people has been proved more predominant than in young people, the aging paradox made by Cartesen and Chasrles(1998) describes that in spite of the physical and cognitive deterioration while aging, emotional wellbeing increases with age.

Among the different characteristics which develop quality of life for old people stand out: health, family and social relationships (Bowling and Windsor, 2001) as the most important factors in wellbeing perception and quality of life in the aging process.

Most authors focus the importance of psychological wellbeing in three basic aspects: life satisfaction, positive affection and negative affection (Garcia, 2002).

The present study is focused on the three basic aspects that encompass psychological wellbeing. In this manner next objectives are laid out, In the first place, we must investigate the frequency of affection (positive and negative) that predominates in old people, in the second place, inside the affection dimension, find out which particular categories predominate. In third place, we must elaborate a wellbeing measure scale for old people.

Our hypothesis is based on finding a higher frequency of positive affection rather than negative in old people. In second place, we'll expect to find predominance of the "activity" "interest" and "attention" categories inside the positive affection dimension. In third place, we outline what we're going to find in the first positions of the wellbeing measure scale, health, family and social relationships, as the most relevant factors of wellbeing in old age people.

In addition, we'll propose a division in the adjectives used as items in the instrument PANAS and we'll show the results based on this division in old age people.

The amount of participants used in the present study composes of 35 university students belonging to the old age university, in ages comprehending 58 and 83 years (14 men and 17 women). The positive and negative affection scale (PANAS) Watson, Clark & Tellegen (1988) was applied to them to evaluate the frequency of positive and negative affection and the categories that predominate. We also applied to them a self-designed instrument to measure the scale of wellbeing in old age people.

After doing the statistical analysis of the results obtained for our first hypothesis, the statistical measures show a significant difference between the frequency of positive affection experimented by the old university students in comparison to the frequency of negative affection. Therefore we can observe major predominance of positive affection frequency in the present study. This results coincide with the expected from the first hypothesis.

With respect to the predominance expected from the categories "active", "interested" and "attentive" inside the positive affection, we can verify our hypothesis has partially been corroborated considering that the results of the present study show as predominant "attentive", "active" and "disposed".

On the other hand, referring to our third hypothesis, we've corroborated the idea we were hoping to find in the making of the wellbeing scale for old age people. The preferences in which they focus and which are more important for the wellbeing of old age people during the aging process are predominantly: family, social relationships and health. Participants of our study show these three categories as predominant followed by money and tranquility.

The creation of different subdivisions, regrouping the items of PANAS in different emotional categories, has given place to five different emotions which form the positive affection and five different emotions which form the negative affection. Negative affection has been divided in the next subdivisions: anxiety, fear, rage, shame and blame. The positive affection has been divided in the next subdivisions: interest, hope, preparation, decision and pride.

Finally, taking to account that age is an influential factor on the frequency of an emotional state (Márquez y col., 2008) and confirming our old age predominance of positive affection results, we've

compared our results with the results shown in other 2 different studies based on the application of PANAS scale, one of them, done with the participation of 215 young students around the ages of 21, and the other one, with a participation of 458 non-student old age people, with a minimum of 65 years of age.

Starting by comparing the old age people study, we can observe there is a statistically significant difference between the positive affection experimented by the old age people group from our study in comparison to the study we have compared with, existing a higher frequency of positive affection showed by the individuals in our study. However, we couldn't observe any statistical significant differences between the negative affection experimented by individuals in our study or the ones showed in the study we're comparing with.

In the young age group study comparison (Medrano & col., 2015) the results show a statistically significant difference both in positive affection as well as negative affection. It shows there is a higher frequency of positive affection showed by old age students in comparison to young age students. It also shows a higher frequency of negative affection by the participants of our study opposite to the participants of the comparative study.

In conclusion, I would like to note that subjective perception is a very important factor that has a direct influence in the experimentation of different emotions and affection in general. Furthermore, it's the subjective wellbeing which really influences the quality of life of the individual. The form in which the individual perceives and experiments by himself the value of his own life from a subjective point of view, will lead the individual to the perception and posterior feeling of wellbeing in his life.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 LAS EMOCIONES

Las emociones son especialmente relevantes en psicología debido a que regulan nuestra conducta. La emoción destaca por ser una función psicológica básica, junto a ésta se encuentran la motivación y la cognición. Estas tres funciones hacen posible la flexibilidad del comportamiento humano. Sin ellas la conducta del ser humano quedaría reducida a mero reflejo. Este hecho hace que las emociones sean uno de los principales centros de atención para su estudio en la psicología científica (García y Ellgring, 2004).

"Casi todo el mundo piensa que sabe qué es una emoción hasta que intenta definirla. En ese momento prácticamente nadie afirma poder entenderla" (Wenger, Jones y Jones, 1962)"

En 1884 William James planteó el surgimiento de las emociones de una manera distinta a la intuición. Su propuesta parte de que la expresión fisiológica aparece antes que la experiencia cognitiva. Esto significa que por ejemplo si sentimos que nos encontramos en peligro, aparecería en primer lugar la respuesta de lucha o huida, que a su vez iría seguida de la conciencia de la emoción del miedo. Esta propuesta se opuso por primera vez a la idea de que las emociones aparecían a nivel consciente, y después a nivel vegetativo. El psicólogo Lange en el mismo año sugiere una propuesta similar a la de James aunque de forma paralela, por lo que a dicha teoría se la denomina teoría de James-Lange, en honor a ambos (Belmonte, 2007).

En 1915 Cannon y Bard hacen un planteamiento distinto. Estos autores separan los efectos que tienen los estímulos emocionales en el sistema nervioso. Por una parte aparece el sentimiento de emoción y por otro lado la expresión emocional, considerando así la expresión emocional y la experiencia emocional como procesos paralelos que se dan en el cerebro.

En 1937 Papez expone la idea de que el sistema límbico es el que ejerce control sobre el sentimiento y la expresión emocional.

Partiendo desde otra perspectiva, podemos entender por emoción una experiencia con distintas dimensiones: cognitiva/subjetiva, conductual/expresiva y fisiológica/adaptativa.

Se deben tener en cuenta estos tres sistemas de respuesta que se manifiestan para entender el concepto de emoción, que van a variar dependiendo de la persona, la emoción o la situación particular. Además no tiene porqué existir una coincidencia entre estos tres sistemas de respuesta (Chóliz, 2005)

Las dimensiones subjetivas de la emoción forman parte de la *experiencia emocional*, en la cual puede

sentirse afecto agradable-desagradable, activación-relajación corporal, y también sensación de control-descontrol de la situación. Los cambios fisiológicos llevan consigo cambios a nivel del sistema nervioso autónomo, central y motor. Los cambios en la expresión facial y corporal se incluyen en la conducta motora-observable.

A estos tres tipos de respuesta que pueden aparecer se les denomina *triple sistema de respuesta*, y como ya hemos comentado anteriormente, no tiene porqué existir ninguna coincidencia entre estos tres tipos de clasificaciones que se pueden manifestar emocionalmente.

Otra propuesta se debe a la teoría de la disociación de sistemas formulada por Lacey (1967). Dicho planteamiento propone que pueden aparecer tres tipos de respuesta distintos para que se manifieste la activación en el organismo. Las posibles respuestas que pueden darse son; electrocortical, fisiológica/autonómica o motora. Estas tres respuestas no tienen porqué estar relacionadas entre sí. Pero Lacey describe además que puede aparecer una disociación de la respuesta en un mismo sistema, y a esto lo llama especificidad de la respuesta autónoma (Palmero, 1996).

Se ha intentado sucesivamente descifrar los componentes principales de la emoción y poder clasificarlos y distinguirlos. Así Wundt (1896) en su teoría tridimensional del sentimiento explica que los sentimientos varían en torno a las siguientes dimensiones: *placer-displacer*, *tensión-relajación* y *excitación-depresión*, y que dichas dimensiones son tanto simultaneas como independientes entre ellas (Álvarez, 2012). Cada una de las emociones se daría mediante una combinación específica de estas dimensiones. Siguiendo la línea propuesta por Wundt, diversos autores propusieron otras dimensiones que englobarían las emociones. Sin embargo, las más aceptadas han sido las siguientes: el *agrado-desagrado* y la *intensidad* de la emoción (Chóliz, 2005).

Por lo tanto.. ¿qué es una emoción?

Todavía no se ha podido aclarar definitivamente. Kleinginna y Kleinginna (1981) recogieron más de 92 definiciones. Incluso cuando se consultan manuales sobre las emociones, no se puede encontrar una definición general válida (García y col., 2004).

A pesar de que se ha suscitado un interés científico para distintas disciplinas por el estudio de las emociones, durante la última década del siglo pasado sigue resultando difícil definir estrictamente el significado del término emoción.

Vivas, Gallego, y González (2006) llegan a la conclusión de que hasta ahora no se ha logrado obtener una base consolidada en lo que respecta a la investigación de las emociones. Por lo que se puede afirmar que todavía hoy no existe un consenso acerca de qué es una emoción, y por lo tanto la falta de una definición del concepto de emoción. A pesar de este problema, ponen en común las siguientes

ideas como características de las emociones:

- En la emoción se integran respuestas motoras, cognitivas y neurofisiológicas, siendo un proceso complejo y multidimensional.
- Hay una integración entre emoción y cognición, por tanto las emociones están implicadas en la toma de decisiones, llevando a una orientación adecuada de éstas.
- Las emociones son innatas y se producen de manera automática, pudiendo concluir que son un medio para la supervivencia.
- Hay una interacción entre la mente racional y la mente emocional, coexistiendo así a su vez el pensamiento consciente y el conocimiento impulsivo. Este sentimiento unido al pensamiento forma nuestro ser.
- Las emociones están implicadas en la toma de decisiones y forman parte del razonamiento adecuado.

Otras investigaciones, resaltan la importancia que han tenido las emociones en las capacidades mentales superiores, como la moralidad o la inteligencia. En esta línea Greenspan (1998) dota a las emociones como protagonistas para que puedan llevarse a cabo distintas funciones cerebrales que son de importancia, dando así un papel más secundario a la cognición. Goleman (1996) destaca el papel positivo que existe entre la unión de la emoción y la inteligencia. Salovey y Mayer (1990) afirman que la emoción no interfiere, sino que sirve para facilitar y mejorar el pensamiento. Bisquerra (2000) propone que la emoción se basa en una reacción determinada, y su intensidad viene dada por las percepciones subjetivas del grado de amenaza que puede existir. El resultado de esta evaluación se obtiene por las vivencias y creencias previas de cada persona en particular. Si el grado de evaluación de la emoción es demasiado elevado, puede llevar a problemas y trastornos emocionales e intelectuales (Vivas y col., 2006)

Después de la presentación de estas definiciones cabe recalcar, como hemos expuesto al principio, que todavía hoy no existe una definición clara y ampliamente aceptada.

Abordando la emoción como un proceso, se plantea que la aparición de un estímulo o situación tanto interno como externo, puede evocar la ocurrencia de un proceso y este proceso llevar a una respuesta final. Esta respuesta podría entenderse como un cambio producido en el organismo.

A continuación, tal como proponen Palmero, Guerrero, Gómez y Carpi (2006) se destacan los *componentes* para explicar el proceso de emoción:

- a) Evaluación de una situación antecedente.
- b) Cambios fisiológicos.
- c) Expresión motora.
- d) Efectos motivadores con tendencias hacia la acción.

e) Experiencia subjetiva.

1.1.1 FUNCIONES DE LAS EMOCIONES

Una emoción consta de tres funciones principales: Las funciones adaptativas, las sociales y las motivacionales.

Darwin (1872/1984) ya destacó el papel de las emociones como función *adaptativa*. Para este autor la función de la emoción es un método utilizado para poder comportarse de forma mas adecuada a una determinada situación. Sin entrar en detalles, el autor destaca tres principios fundamentales por los que están gobernadas las emociones: hábitos útiles asociados, antítesis y acción directa del sistema nervioso (Chóliz, 1995)

Según Izard (1989) la función social de las emociones sirve para crear y facilitar las relaciones sociales, poder transmitir las emociones al resto, tener control sobre el comportamiento de otros y mantener un comportamiento de ayuda y solidaridad. Se destaca también como función social la inhibición de las emociones, ya que para poder mantener los vínculos establecidos socialmente, es importante reprimir algunas emociones que sentimos en momentos particulares. A pesar de esto, cabe recalcar que el hecho de reprimir emociones también puede llevar a conflictos en otras ocasiones.

Por lo que respecta a las funciones motivacionales, son de especial importancia para guiar una conducta. En este sentido, la emoción da lugar a una conducta motivada, o por el contrario a la no motivación, y por lo tanto no producirse una conducta. Por tanto la motivación sirve de función para obtener un objetivo determinado (Chóliz, 2005)

1.1.2 EMOCIONES PRIMARIAS

Las emociones primarias pueden ser denominadas también como básicas, discretas, universales, elementales o puras. Dichas emociones se distinguen por tener una expresión facial y un estilo de afrontamiento concreto.

A pesar de los distintos estudios que se han propuesto, el planteamiento de si existen o no las emociones básicas sigue siendo un debate abierto y por el que todavía hoy no se ha llegado a ningún acuerdo.

Darwin defendió la existencia de dichas emociones básicas afirmando su innatismo y por lo tanto, encontrándose estas emociones en todos los seres humanos. Además para este autor las emociones están clasificadas a nivel categorial, siendo distintas y particulares cada una de ellas.

Por otro lado Izard (1991) plantea una serie de características específicas para considerar una emoción como básica: tener una base neural, una expresión facial, y unos sentimientos distintivos y tener una derivación evolutiva y motivacional. El autor defiende como emociones que cumplen dichas características planteadas las siguientes: placer, interés, sorpresa, tristeza, ira, asco, miedo y desprecio.

Tanto Izard (1977) como Plutchik (1980) entienden por emociones, procesos neuropsicológicos específicos que se han adquirido mediante la selección natural para facilitar la adaptación de las personas en el entorno (Chóliz, 2005).

Izard (2009) enfoca el concepto de “sentimientos emocionales” como una fase para llegar a la expresión corporal o a la actividad neurobiológica de la emoción. Damasio (1999) en oposición a la propuesta de Izard, resalta que el sentimiento de emoción es la consecuencia, y no el proceso, de la expresión neurobiológica (Zerpa, 2009).

Para Damasio las emociones primarias son las siguientes: felicidad, tristeza, miedo, ira, sorpresa y aversión/asco. Estas emociones además ya habían sido propuestas anteriormente por Ekman (1992). Destacando estas emociones la postura de Damasio se centra en la universalidad, defendiendo que las expresiones faciales comunes surgen de una emoción primaria (Palmero, 2000).

Otro planteamiento del número de emociones existente lo propone Ekman, para este autor las emociones básicas son principalmente la ira, la alegría, el asco, la tristeza, la sorpresa y el miedo. Entre las investigaciones realizadas por Ekman (1971) destaca el estudio intercultural de las expresiones faciales. *Dicho estudio se realizó con participantes de cultura distinta a la occidental. A estos participantes se les presentó unas fotografías de personas que manifestaban expresiones faciales de emociones básicas. Los resultados resaltan que el 70% de los participantes realizaron correctamente el experimento, relacionando cada una de las fotografías con la emoción adecuada correspondiente.* Ekman pudo por tanto llegar a la conclusión de que determinadas emociones se expresan de forma universal, independientemente de la cultura a la que pertenecieran. Su centro de investigación se enfoca entonces, siguiendo la tradición Darwiniana-Evolucionista (Zerpa, 2009).

Otros autores sin embargo proponen la no existencia de las emociones básicas. Es el caso de Ortony y Turner (1990) quienes corroboran esta idea, debido al desacuerdo existente entre autores. Para ellos si no hay una puesta en común en cuanto al número de emociones existentes, esto es porque no existen. En contraposición la idea que se mantiene con mayor firmeza para demostrar la existencia de las emociones básicas fue argumentada por Darwin, sustentando la idea con el reconocimiento innato y universal que presentan las emociones. Aun así y como hemos explicado anteriormente, no aparece un consenso para distinguir las emociones básicas (Chóliz, 2005).

1.1.3 EMOCIONES SECUNDARIAS

Las emociones secundarias también pueden ser denominadas como sociales, morales, complejas o derivadas. Este tipo de emociones subyacen a las primarias, siendo generalmente una combinación de emociones primarias, aunque al contrario de las emociones primarias, éstas no pueden distinguirse por tener una expresión facial ni un estilo de afrontamiento concreto.

Las emociones secundarias se caracterizan principalmente porque aparecen cuando se tiene relación en el ámbito social. Estas emociones adquieren significación cuando se muestran en contextos interpersonales. Para entenderlas es necesario analizar el contexto en el que se encuentran y la relación que pueda existir con el resto. Son experiencias emocionales complejas que están estructuradas por otras más básicas, las primarias. En presencia de las emociones sociales se pueden cometer conductas que pueden alcanzar una intensidad mucho mayor que con la presencia de emociones básicas (Chóliz y Gómez 2002).

Son consideradas emociones complejas, en tanto que se necesita de un desarrollo previo en determinadas habilidades cognitivas. Es importante por lo tanto el desarrollo y comprensión de una autoconciencia, separando el “yo” de los demás (Etxebarria, 2003).

En conclusión se podría decir que las emociones sociales son esenciales para la interacción social y la regulación de las conductas poco adaptativas.

Para Damasio las emociones sociales se caracterizan por la aparición de la conciencia del estado emocional y los cambios somáticos que ocurren cuando se relacionan con la experiencia previa (Taberner, y Polítis, 2013). Damasio también denomina las emociones sociales como “otras conductas”, y propone las siguientes; vergüenza, celos, culpa, y orgullo (Palmero, 2000).

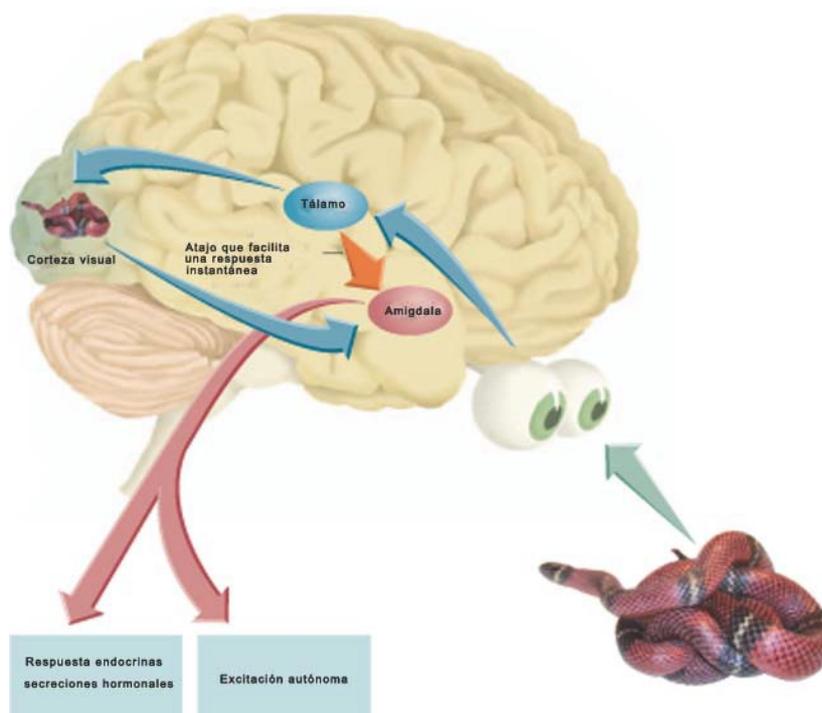
Para Lazarus (2000) las emociones secundarias principales son la ansiedad, la culpa, la vergüenza y los celos. Otros autores como Echebarría (2008) amplían la extensión en su clasificación de emociones secundarias, en las que encontrarían la culpa, la vergüenza, el orgullo, la envidia y los celos.

1.1.4 EMOCIONES Y CEREBRO

Según Paul MacLean (1949) el cerebro está compuesto de tres estructuras; el sistema neocortical, el sistema límbico y el sistema reptiliano. Cada sistema es diferente pero están relacionados conformando un solo cerebro, denominado cerebro triuno. Las emociones partirían de una infraestructura neurobiológica en el sistema límbico. Este sistema es el llamado también cerebro emocional, y relaciona las emociones con sus distintas partes que lo componen (amígdala, hipotálamo, hipocampo y tálamo, entre otras).

La amígdala es la parte del sistema límbico relacionada con el aprendizaje y con la memoria, fundamentalmente la memoria emocional. LeDoux (1999) describe la existencia de recuerdos y reacciones que aparecen sin que participe la consciencia, por lo tanto el sistema emocional podría actuar con independencia del neocórtex. El hipocampo también tendría que ver con la memoria emocional, apareciendo la llamada memoria contextual que hace que cobre sentido todo lo que percibimos, pudiendo relacionar un suceso con un significado emocional.

Existen dos vías, en una de ellas la conexión con la amígdala es muy rápida y directa pero en consecuencia no muy exacta valorando y percibiendo. La otra vía por donde va la mayor parte de la información sensorial supone el otro camino hacia el neocórtex, donde se realiza un análisis más lento y detallado hasta llegar a una respuesta y por tanto se valora de forma más consciente y racional. Por lo tanto mientras el neocórtex va analizando lentamente las cosas, la amígdala valora rápidamente los datos comprobando si hay algún significado emocional para dar una respuesta. Debido a esto, las emociones y los impulsos que subyacen son difíciles de controlar, ya que la amígdala conecta con otras partes del cerebro antes de que lo haga el neocórtex (Vivas, y col., 2006).



1.1.5 EMOCIONES Y MEMORIA

Para Bower (1981) existen nodos específicos en la memoria para cada estado de ánimo. Así un nodo emocional se encontraría dentro de una red cognitiva que representaría un tipo de estado emocional. Esa red cognitiva estaría compuesta por cogniciones y trazos de memoria concordantes con el estado emocional concreto. Cada uno de estos nodos agrupa distintos aspectos emocionales como pueden ser reacciones autonómicas, conductas expresivas, experiencias emocionales o la valoración de las

situaciones. El grado en que se activaría una unidad emocional va a representar la intensidad emocional que se tiene. La cantidad de activación emocional estaría afectando sólo al contenido consciente, ya que las únicas ideas que van a ser conscientes serán las que reciban activación.

La influencia que tienen los estados de ánimo en la memoria ha sido de especial interés en diversidad de estudios. Entre los que se destacan con más frecuencia serían dos; la dependencia y la congruencia con el estado de ánimo.

En relación a la congruencia del estado de ánimo, varios estudios afirman que un recuerdo se evoca de forma más sencilla y mejor con materiales que son congruentes con el afecto o estado de ánimo de los participantes. El modelo clásico de red semántica de la emoción y la memoria de Bower (1981) explica que cuando nos encontramos en un estado de ánimo determinado, aumenta la activación y accesibilidad de los pensamientos que son congruentes a ese estado de ánimo. La activación de un nodo emocional lleva a que las cogniciones y trazos de memoria relacionados con dicho estado emocional se manifiesten. Es esto lo que llevaría a que la información afectiva que es congruente con el estado de ánimo se pueda codificar de mejor forma y sencillez.

En un estudio en el que participaron personas con estado de ánimo depresivo, se pudo observar que codificaron y recordaron mejor las palabras negativas en una tarea de memoria, sobre las palabras positivas y las neutras (Meilán, Carro, Guerrero, Carpi, Gómez y Palmero, 2012).

Por otro lado, la dependencia del estado de ánimo, está relacionado con el suceso que hace que las personas puedan recordar mejor cualquier evento cuando se encuentran en el mismo estado emocional en que estaban durante la fase de aprendizaje (Alonso, 1990).

1.1.6 EVALUACIÓN DE EMOCIONES

Para un adecuado estudio de las emociones se utilizan generalmente dos tipos de método. Uno es el método de expresión basado en una medida de cambios fisiológicos. El otro método se basa en la introspección mediante el cual se deben expresar las emociones comunicándolas. Este último método supone la aplicación de escalas y cuestionarios (Medrano, Flores, Trólogo, Curarello, y González, 2015).

La Escala de Afecto Positivo y Negativo (Watson, 1988) está basada en el modelo circunplejo de la emoción. Por lo tanto el cuestionario PANAS surge de un modelo ortogonal en el que se divide el afecto positivo y negativo en dos dimensiones independientes entre sí.

En este sentido cabe recalcar que existen disputas en lo que respecta a la clasificación independiente (modelo ortogonal) de estas dimensiones, ya que otras propuestas se centran en la relación existente

entre estas dos dimensiones (modelo oblicuo) (Medrano y col., 2015).

Esta controversia parte de la no existencia de apoyo empírico. Aun así la mayoría de los resultados tienden a sugerir que dichas dimensiones son distintas pero encontrándose dentro del mismo constructo, aunque sin ser los extremos de un continuo bipolar (García, 2002).

El modelo circuplejo tradicional sobre la estructura de la emoción (Russel, 1978) defiende la existencia de dos dimensiones básicas. Así pues el modelo estaría organizado sobre la dimensión de valencia (positivo-negativo) y la de activación (relajante-activador) (Carretié, Mercado y Tapia, 2002).

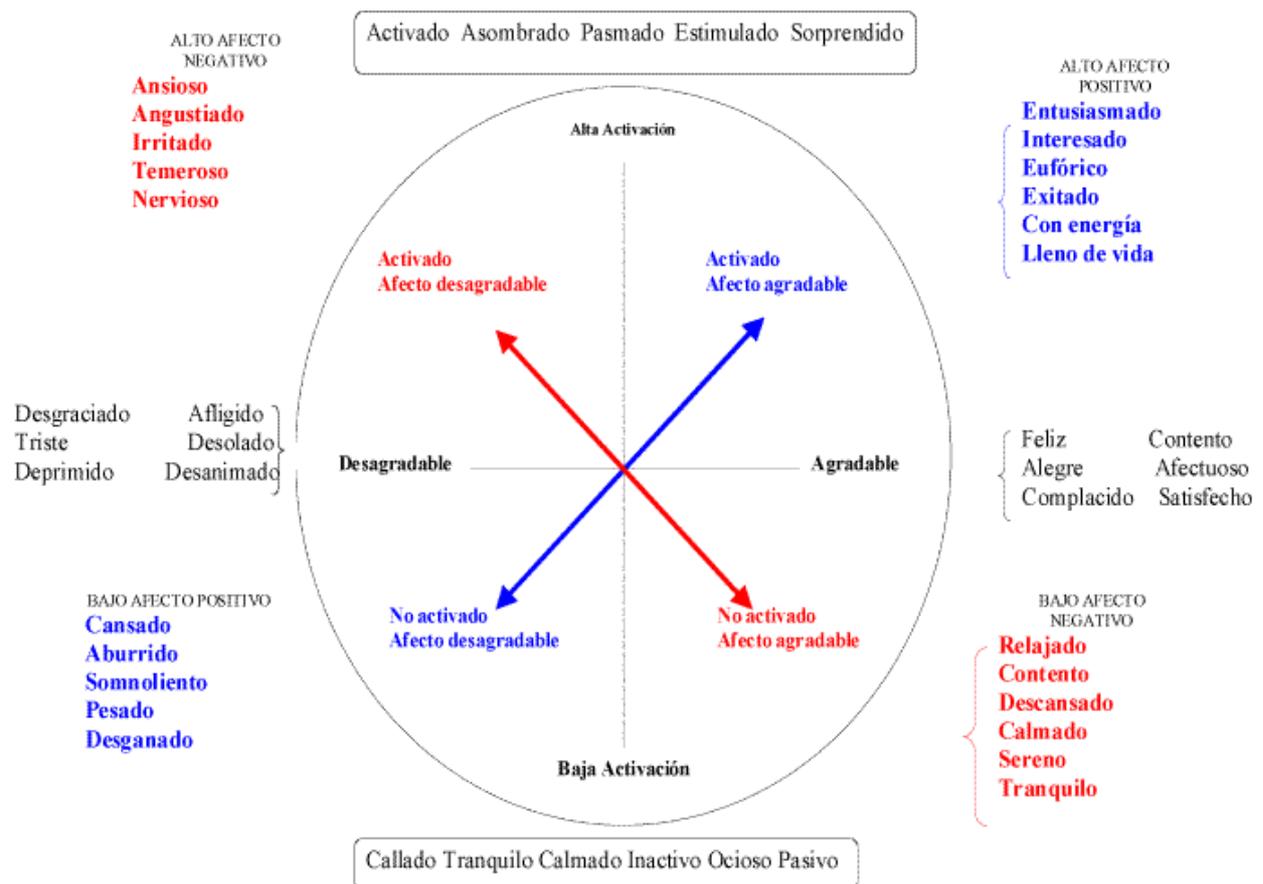


Figura 1. Modelo circuplejo de las emociones (Russel, 1978).

Con la utilización y aplicación del cuestionario PANAS en personas mayores, se podría lograr promover su uso en este ámbito. Este cuestionario ha tenido un uso en especial para estudios sobre la salud y la enfermedad, debido a la relación existente entre el afecto positivo como elemento protector, y al afecto negativo como un factor de riesgo (Nolla, Queral, y Miró, 2014).

Así el PANAS se ha podido utilizar en contexto clínico como medida de detección de depresión y ansiedad, siendo tanto la dimensión del Afecto positivo como la del Afecto negativo buenos

indicadores para la detección de la depresión (Dufey y Fernández, 2012).

La presencia de un bajo afecto positivo estaría relacionado con la aparición de la depresión. Mientras que la presencia de un elevado afecto negativo estaría relacionado tanto con la depresión como con la ansiedad. Por lo tanto, la existencia de la depresión debería presentar una correlación inversa con el afecto positivo. Mientras que la ansiedad y la depresión deberían presentar correlación directa con el afecto negativo (Rubia, 2011).

Dentro de las dimensiones de afecto positivo y negativo que componen el PANAS, se pueden encontrar una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y/o emociones relacionadas con una de las dos dimensiones en concreto.

En un estudio realizado a 65 personas de edades comprendidas entre los 60 y 75 años de edad (Giuliani, María Florencia y Arias, Claudia Josefina, 2010) se detallan las puntuaciones medias de cada una de las palabras que componen el cuestionario PANAS. Entre estos datos, se pudo observar una mayor puntuación media en las palabras siguientes: Activo, Orgulloso, Atento e Interesado.

Otro estudio (Medrano y col., 2015) realizado a 215 estudiantes universitarios jóvenes, a los cuales también se les pasó la escala PANAS, se pudo observar que de todas las medias obtenidas de cada una de las palabras que componen la escala, las mayores puntuaciones se obtuvieron en las siguientes: Interesado, Entusiasmado, Activo, y Atento.

Según los resultados de los datos obtenidos por ambos estudios, se puede concluir que tanto en las personas mayores como en los jóvenes, existe una predominancia en la frecuencia de afecto positivo que experimentan respecto al afecto negativo en general, y en particular perteneciendo a la dimensión del afecto positivo se observa una coincidencia en tres de las cuatro palabras predominantes en ambos estudios; Activo, Atento e Interesado.

1.2 EMOCIONES EN PERSONAS MAYORES

Siguiendo en la línea de la memoria y en concreto de las personas mayores, se ha comprobado que los recuerdos de información emocional se tienden a recordar mejor a medida que las personas envejecen.

La existencia de una preferencia para la información emocional que tiene que ver sobre todo con la positiva se obtiene debido a que se pone de manifiesto el *sesgo de positividad*, tanto en la memoria como en la atención. Dicho proceso de distorsión en dirección positiva, sucede también en más ámbitos, como lo es en el recuerdo autobiográfico, transformándose en recuerdos más confortables a nivel emocional. También se refleja dicho fenómeno a nivel neuroanatómico, en este sentido la

amígdala se activa menos en personas mayores cuando visualizan imágenes emocionales negativas frente a positivas (Márquez, 2008).

Actualmente se sostiene el planteamiento de dos teorías, las cuales suponen distintos enfoques con respecto a las emociones en las personas mayores.

Cartensen (1995) propone el enfoque sociocognitivo de las emociones en su teoría de la selectividad socioemocional. Ésta trata de explicar que las personas mayores utilizan un proceso selectivo que les lleva a mantener las relaciones que para ellos tienen relevancia, y a dejar de lado las relaciones que no perciben como trascendentes. A medida que avanza la edad las personas muestran menor importancia a las metas a largo plazo como las relacionadas con el conocimiento, y muestran una mayor relevancia a la obtención de relaciones afectivas positivas, ya que éstas se pueden obtener a corto plazo. El mantenimiento de relaciones afectivas positivas lleva a experiencias emocionales positivas y aumenta la tendencia a inhibir las emociones negativas. Todo ello permite concluir que con la edad se comprenden mejor las relaciones sociales, y la importancia que tienen en la vida afectiva.

Otra teoría trata un enfoque distinto para explicar las emociones en las personas mayores. Se trata de un enfoque de tipo neuropsicológico, donde el procesamiento de información con contenido emocional se relaciona con áreas cerebrales concretas. Según este enfoque, el procesamiento de esa información se consigue partiendo de la identificación del contenido emocional que provocaría un estímulo, y éste en consecuencia produciría una respuesta de tipo adaptativo ante ese estímulo.

Distintas áreas parecen estar involucradas en este procesamiento emocional, entre las cuales el circuito límbico sería el principal implicado, destacando la amígdala y la ínsula. También se señala el área prefrontal como implicada, responsabilizando así a los daños que se puedan ocasionar en esta área, como causa principal en la dificultad de las personas mayores para controlar las emociones.

En conclusión podemos destacar que el primer enfoque es de tipo subjetivo, centrado en las percepciones y sensaciones de las personas. Mientras que el enfoque neurocognitivo se centra en la relación que existe en el deterioro de áreas cerebrales concretas con el cambio que se produce en la vida afectiva. Las dos teorías sin embargo aceptan el hecho de que se produzcan diferencias a nivel afectivo/emocional a medida que avanza la edad (García, Fusari y Ellgring, 2008).

En cuanto a las consecuencias de las emociones destacamos en primer lugar los efectos de las *emociones positivas* en las personas mayores, encontrando que diversos estudios sugieren la existencia de una correlación positiva entre la frecuencia de las emociones positivas y la actividad social. Una mayor frecuencia de emociones positivas experimentadas por las personas mayores supondrá la existencia de una mayor actividad social. Estas actividades a su vez llevan a una mayor experiencia de

emociones positivas, apareciendo un bucle de retroalimentación positivo.

Experimentar sentimientos positivos lleva a tener más ganas de mantener una vida social con otras personas y a que tengan una percepción más positiva del comportamiento de los otros, siendo más confiados, optimistas y generosos con el resto.

Las emociones positivas también tienen efectos saludables sobre el sistema cardiovascular e inmunológico, relacionados con una mayor longevidad. Con la aparición de las emociones positivas se ha demostrado entre otros efectos positivos, que una mayor frecuencia al experimentarlas se relaciona con un menor riesgo a padecer accidentes cerebrovasculares. También ha quedado reflejado que el mantenimiento de estas emociones influye positivamente en la recuperación de situaciones médicas agudas. En este sentido se ha sugerido que las emociones positivas evitan o ayudan frente a la aparición de los efectos negativos de la activación fisiológica, como pueden ser reacciones perjudiciales de tipo neuroendocrino o cardiovascular.

Pero las emociones positivas no sólo son beneficiosas a nivel de salud física, también influyen a nivel psicológico sobre la calidad de vida en la salud. Se ha podido demostrar en esta línea que cuando las personas frecuentan emociones negativas tienen una percepción negativa respecto a su salud, mientras que las personas que frecuentan mayor afecto positivo percibirían justo lo contrario, teniendo una tendencia a subestimar sus síntomas de enfermedad.

Por lo que supone a las *emociones negativas* en las personas mayores y siguiendo la línea de las consecuencias que éstas tienen para la salud, se ha demostrado que el aumento de activación emocional negativa favorece la aparición de efectos dañinos en personas mayores, en el sistema inmunológico y cardiovascular, en comparación a personas jóvenes.

Continuando con los efectos adversos, se destaca que la relación existente entre envejecer y las emociones negativas como la depresión, aumentan el riesgo de mortalidad en personas mayores. Cabe destacar que el trastorno depresivo, es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la vejez.

Con respecto a la frecuencia de las emociones, se destacan cambios significativos en personas mayores. Ya sea positiva o negativa, la expresión emocional iría disminuyendo ligeramente a lo largo de la vida. Esta disminución aparece sobre todo en emociones de fuerte activación. Este hecho lleva a plantear que las personas mayores dejarían de experimentar con tanta frecuencia emociones que tengan un componente de activación fisiológica elevado. Se identifica también un ligero incremento en la frecuencia de emociones negativas en personas con una avanzada edad durante la vejez. A pesar de esta propuesta cabe destacar que este hecho desaparece cuando los problemas de salud comunes a la vejez, se tienen controlados (Márquez, 2008).

A modo de conclusión, Márquez, Fernández, Montorio y Losada (2008) especifican que a pesar de los estudios realizados existen multitud de inconsistencias con los resultados obtenidos. Destacado esto proponen una síntesis con las características principales que diferencian las emociones de las personas mayores frente a los jóvenes:

- Aparece una disminución cardíaca en las personas mayores, en presencia de estímulos emocionales.
- Disminuye la frecuencia de las emociones negativas y disminuye la intensidad de la experiencia emocional en las personas mayores.
- Hay un aumento en la relevancia que se tiene de los estímulos emocionales, apareciendo sesgos de atención hacia la información emocional significativa en personas mayores.
- Aumenta el control emocional percibido, la estabilidad y la madurez emocional.
- Aparece una regulación emocional en personas mayores basada en estrategias regulatorias preventivas.

1.2.1 FRECUENCIA DE LAS EMOCIONES

La felicidad en personas mayores ha sido demostrada con mayor predominancia que en jóvenes. La paradoja de la vejez de Cartensen y Charles (1998) describe que a diferencia del déficit a nivel físico y cognitivo a medida que una persona envejece, el bienestar emocional se ve incrementado con la edad. La explicación de este fenómeno se ve relacionada con la expectativa del límite de tiempo de vida que crea a la vejez, la necesidad de experimentar sus objetivos y emociones de distinta manera (Lombardo, 2013).

Existe un incremento en los niveles de bienestar afectivo en las personas mayores. Este hecho podría deberse a que durante la vejez se produce un mayor control sobre la regulación emocional, por ejemplo mediante la manera que se tiene de reevaluar el antecedente, mostrando estrategias más efectivas. Este aspecto permite una adaptación más saludable.

La aplicación de las estrategias podría darse con la utilización de una reestructuración cognitiva o una resolución de problemas. También utilizan estrategias para estructurar su entorno diario, intentando aumentar la probabilidad de sucesos positivos y disminuir la probabilidad de encuentros negativos.

En cuanto a problemas del ámbito social que pueden aparecer en las personas mayores, se aprecia que en los niveles de ira experimentada se ve una disminución en dicha emoción debido a las estrategias aplicadas en problemas interpersonales, evitándolos o regulando la emoción en cuestión durante el conflicto. En un estudio de Carstensen y cols. (2000), se pudo comprobar que las personas mayores mostraban una mejor regulación de sus emociones y percibían estados negativos de menor duración que los adultos jóvenes. Estos cambios emocionales podrían ser debidos a modificaciones originadas

en la estructura cerebral, en concreto en áreas relacionadas con la sensibilidad emocional.

Mediante la utilización de resonancia magnética funcional se han podido evidenciar determinados cambios; en presencia de imágenes positivas, se aprecia una mayor activación en la amígdala. En presencia de imágenes negativas, se aprecia una disminución en la activación parietal. Ante una situación negativa, se aprecia una disminución en las zonas del córtex relacionadas con el control. En general se refleja una menor sensibilidad ante estímulos negativos y una mayor activación ante estímulos positivos a medida que avanza la edad. Estas evidencias refuerzan el efecto de positividad, en el que se ve aumentada la activación ante estímulos positivos y disminuida ante estímulos negativos (Lacub, 2013). Todo ello parece indicar que la frecuencia de las emociones positivas será mayor que la frecuencia e intensidad de las emociones negativas a medida que avanza la edad, y por lo tanto en personas mayores se verá además aumentada en comparación con los jóvenes (Márquez y col., 2008).

1.2.2 CALIDAD DE VIDA Y BIENESTAR

La calidad de vida en las personas estaría compuesta por dos dimensiones generales. La primera dimensión a tratar parte de un enfoque objetivo. Esta dimensión engloba de manera objetiva las características externas al sujeto. Estaría compuesta por variables sociodemográficas como la salud, la educación y el dinero. La segunda dimensión está basada en la valoración subjetiva de la vida de cada persona. Esta dimensión se centra en la idea de que la percepción que tenga una persona sobre su vida repercutirá en su calidad de vida y bienestar subjetivo.

La paradoja de la vejez queda de nuevo reflejada en la calidad de vida de las personas mayores, ya que a pesar de una disminución en la calidad de vida que engloba la dimensión objetiva, se encuentra un aumento en la felicidad subjetiva (Inga y Vara, 2006).

Diversos estudios respaldan la idea de que una calidad de vida positiva para estas personas estaría relacionada con el mantenimiento relaciones familiares y sociales, con la presencia de salud, y con la presencia de recursos materiales. Aunque cabe destacar que esta última sólo se valora positivamente cuando son felices y mantienen relaciones sociales. En el polo opuesto, una mala calidad de vida estaría relacionada con la pérdida de salud y de relaciones sociales.

Entre las distintas características que construyen la calidad de vida resalta la salud, que estaría relacionada con la dimensión emocional ya sea de manera objetiva o subjetiva. Dicha dimensión tiene una relación tanto de causa como de efecto en los niveles de salud. Así la salud es un factor positivo que influye en el bienestar emocional de las personas mayores, al igual que en sentido inverso la influencia del bienestar emocional se relaciona con la presencia de una buena salud (Prieto, Fernández, Rojo, Lardiés, Rodríguez, Ahmed y 2008).

Las características más relevantes durante el periodo de la vejez según Fernández-Ballesteros (2008) son la salud, el funcionamiento físico y cognitivo y las relaciones sociales.

La relación social es para Bowling y Windsor (2001) el factor que más influye en la calidad de vida de las personas mayores, ya sea la relación tanto con amigos, como familiares u otras personas.

El estudio de Farquhar (1995) también ha nombrado las relaciones familiares y sociales como prioritario ante las personas mayores.

El análisis que se realiza a Irlandeses mayores de 65 años propuesto por Browne (1994) de las preferencias en las personas mayores, describe que la relación familiar y la salud son los factores que priorizan en la calidad de vida de los mayores (Segura, y cols., 2011).

Según estos autores podemos concluir que los factores más importantes en el bienestar y calidad de vida de las personas mayores son la familia y los amigos en primer lugar, y la salud en segundo lugar.

Según el Informe de Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas (2004), entre las expectativas y deseos de las personas mayores predominan las siguientes: Con un 30% en primera respuesta y 20,5% en segunda respuesta se obtiene “seguir como hasta ahora”, seguido del 22,3% que destaca el turismo como actividad mejor valorada. En tercer lugar se detalla la importancia de las relaciones familiares en una de cada cinco personas mayores, además de un 13,9% de personas que lo han valorado como segunda respuesta. En cuarto lugar el 7,1% destaca la importancia del dinero para solucionar problemas de tipo económico.

Estos porcentajes cambian a medida que avanza el envejecimiento, poniendo en primer lugar la proximidad familiar y disminuyendo el deseo por viajar y la importancia del dinero.

Por otro lado, también se han obtenido datos sobre los temores de las personas mayores. Se han destacado tres como principales temores; la pérdida de seres queridos, la enfermedad y la pérdida de autonomía funcional. Cabe destacar que la soledad también resalta como uno de los temores frecuentes entre las personas mayores, pero sigue siendo mucho menos preocupante que las tres citadas anteriormente.

De estos datos estadísticos podemos confirmar cuales son las características que obtienen mayor relevancia en la percepción del bienestar a medida que avanza la edad, las cuales estarían dirigidas a la familia y a la salud.

1.2.3 ENVEJECIMIENTO ACTIVO

Entre los componentes para la calidad de vida en las personas mayores podemos resaltar el hecho de llevar una vida activa. Un envejecimiento activo trae consigo multitud de efectos positivos. Ha sido demostrada una mayor presencia de salud mental y una mejor autoestima y percepción de bienestar frente al envejecimiento. Además mejora la calidad de vida de las personas mayores, aumentando la esperanza de vida y manteniendo el funcionamiento intelectual (Segura, Aguilar, y Lorenzo, 2011).

Entre otras podemos destacar la presencia de una vida activa en Universitarios prejubilados y jubilados que tienen más de 55 años y pertenecen a la multitud de personas que van a la Universidad. Estas personas se mantienen activas y con una elevada motivación por hacer y aprender cosas nuevas. En España, durante el último estudio se destaca la cifra de 23.000 personas matriculadas en la Universidad para Adultos Mayores (entre las plazas que se ofertan en universidades públicas y privadas) de edades comprendidas entre los 55 y los 85 años (Muñoz, 2010).

Para las personas mayores estudiar aporta además de conocimiento, efectos positivos sobre la salud, previniendo el deterioro cognitivo y evitando el peligro de padecer depresión.

1.2.4 COMPONENTES DEL BIENESTAR PSICOLÓGICO

La mayoría de los autores centran la importancia del bienestar psicológico en tres componentes básicos: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo, apareciendo así dos dimensiones globales, por un lado la dimensión cognitiva correspondiente a la satisfacción con la vida y por otro lado la dimensión emocional o afectiva que correspondería al afecto negativo y positivo (García, 2002). En base a esta propuesta, los autores Andrews y Withey (1976) detallan un interés especial en la unión de la psicología positiva y la gerontología para el estudio del bienestar subjetivo. Para este autor el bienestar psicológico engloba los ya mencionados tres componentes: afecto positivo, afecto negativo, y juicios cognitivos sobre el bienestar.

El componente cognitivo de la satisfacción vital, equiparable al término de bienestar subjetivo, se obtiene mediante la evaluación cognitiva de la trayectoria que se está teniendo o se ha tenido a lo largo de la vida.

Varios estudios remarcan que son estos factores internos los que repercuten en el nivel de bienestar de las personas, sin embargo cabe destacar que se ha popularizado la idea al parecer errónea, de que son los componentes externos como el dinero, el éxito o la fama, los que llevarían al bienestar de las personas (Lombardo, 2013).

El componente afectivo se consigue mediante las distintas respuestas emocionales que pueden

aparecer en función de la evaluación que hace una persona sobre su vida. Con ello se puede obtener la valoración de las emociones positivas y negativas experimentadas por una persona de un determinado período de tiempo (Godoy, Martínez, y Godoy, 2008).

Partiendo de esta base, el presente estudio se centra en los tres componentes básicos que engloban el bienestar psicológico. De esta manera se plantean los siguientes objetivos: en primer lugar, pretendemos averiguar la frecuencia de afecto (positivo o negativo) que predomina en las personas mayores, y en segundo lugar dentro de esa dimensión de afecto, que categorías en concreto predominan. En tercer lugar, se pretende confeccionar una escala de bienestar para las personas mayores.

En base a los estudios realizados, nuestra hipótesis supondrá en primer lugar, que se encontrará una frecuencia de afecto positivo mayor que de afecto negativo en personas mayores. En segundo lugar esperamos que dentro del afecto positivo, en concreto predominen las categorías “actividad”, “interés” y “atención”. En tercer lugar, planteamos que se van a encontrar en los primeros puestos de la escala de bienestar; la salud y la familia y las relaciones sociales, como categorías de mayor relevancia para el bienestar en las personas mayores.

Adicionalmente propondremos una división de los adjetivos utilizados como ítems en el instrumento PANAS y mostraremos los resultados en base a esta división en personas mayores.

2. MATERIAL Y MÉTODO

2.1 PARTICIPANTES

En esta investigación participaron 35 universitarios pertenecientes a la Universidad para Adultos Mayores. La distribución por sexos fue de 20 mujeres y 15 hombres de edades comprendidas entre los 58 y los 83 años. Entre los participantes existía una variedad en la categoría del estado civil al que pertenecían, componiendo la muestra tanto solteros como casados, divorciados y viudos. Finalmente la muestra se redujo a 14 hombres y 17 mujeres, debido a la aparición de ítems incompletos en cuatro de los cuestionarios, por lo que tuvieron que ser descartados.

2.2 INSTRUMENTOS

Se utilizó La escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) de Watson, Clark & Tellegen, 1988, en la versión en español de Sandín et al., 1999. El PANAS es un instrumento de autoinforme compuesto por

20 palabras que describen diferentes sentimientos y/o emociones. Estos adjetivos forman dos subescalas válidas para medir la dimensión de afecto positivo y la dimensión de afecto negativo, cada una de ellas compuesta por 10 palabras.

Cada adjetivo se representa en una escala Likert, en la que el evaluado deberá responder señalando en un baremo del 1 al 5, donde 1 significa “nada o casi nada” y 5 significa “siempre o casi siempre”, en función de la frecuencia con la que los participantes experimenten cada una de las veinte emociones que componen la escala PANAS.

Actualmente se dispone de distintas versiones del cuestionario PANAS, como la versión abreviada, la versión para niños y la versión para adultos mayores de Watson y Clark, siendo esta última la que se aplica en el presente estudio.

Se utilizó también un instrumento de confección propia para la obtención de una escala de bienestar en las personas mayores. Para ello se les pidió por escrito a los participantes, que escriban de 5 a 7 cosas que consideran fundamentales para su bienestar, de mayor a menor importancia.

2.3 PROCEDIMIENTO

Los instrumentos de evaluación fueron aplicados a las personas mayores en su propia aula de la universidad, pudiendo participar todo aquel que estuviera dispuesto a completar la prueba y entregarla posteriormente. Durante la entrega de los cuestionarios a los participantes voluntarios se les explicó el procedimiento que debían utilizar para llevar a cabo la tarea.

Las pruebas que cumplimentaron los participantes fueron las siguientes: el cuestionario PANAS y la escala de bienestar.

Tras la obtención de los cuestionarios completados, se procedió al cálculo de las puntuaciones de las dimensiones de afecto positivo y negativo. También se calculó la prueba t para comprobar las diferencias estadísticas entre ambas dimensiones. Además se calculó el promedio y la desviación típica de las puntuaciones obtenidas en todos los participantes para cada uno de los ítems que componen el cuestionario PANAS. Por otro lado también se calcularon las medias y desviaciones típicas de los estudios comparativos, así como la prueba t y la d de Cohen para poder comprobar las diferencias estadísticas de los estudios a comparar con el presente estudio y así poder interpretar el tamaño del efecto. Los cálculos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS.

En cuanto a la escala de bienestar, se puntuó el lugar que había tenido cada variable en la escala de cada uno de los participantes, donde 0 suponía que no habían nombrado esa variable para la

confección de la escala y uno suponía que la habían nombrado en primer lugar, así hasta llegar al puesto número 5. Finalizado este proceso, se procedió al recuento del número de veces que se había repetido una variable en primer puesto, utilizando el mismo procedimiento hasta llegar al puesto número cinco.

3. RESULTADOS

Teniendo en cuenta los valores sumados para la obtención del afecto negativo y positivo, se ha obtenido un valor medio de 38.06 sobre 50 en afecto positivo (desviación típica = 5.08) y un valor medio de 23.8 sobre 50 en afecto negativo (desviación típica = 5.47). Además se han encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre ambas dimensiones ($p < 0.001$). “Ver tabla 1”.

Tabla 1. Comparativa Afecto Positivo/Afecto Negativo

	Media ± D.T.	Prueba t	p
Afecto positivo	38.06 ± 5.08	t = 9.48	P < 0.001
Afecto negativo	23.81 ± 5.47		

En cuanto a los 20 ítems que componen la escala PANAS, se ha obtenido una mayor puntuación media en los tres siguientes: “Atento” con una puntuación de 4.22 (desviación típica = 0.61), “Activo” con una puntuación de 4.13 (desviación típica = 0.8), y “Dispuesto” con una puntuación de 4.06 (desviación típica = 0.72), pudiendo haber obtenido en cada una de ellas una máxima puntuación de cinco. “Ver tabla 2”.

Tabla 2. Ítems PANAS personas mayores

Ítems	Media	D.T
Interesado/a	3.77	0.95
Tenso/a	2.48	0.81
Animado/a	3.90	0.94
Disgustado/	2.45	0.85
Enérgico/a	3.74	1.03
Culpable	2.22	0.84
Temeroso/a	2.54	0.92
Enojado/a	2.19	0.79
Entusiasmado/a	3.61	0.91
Orgullosa/a	3.06	0.96

Irritado/a	2.25	0.85
Dispuesto/a	4.06	0.72
Avergonzado/a	2.03	0.79
Inspirado/a	3.51	0.62
Nervioso/a	2.87	0.92
Decidido/a	4.03	0.60
Atento/a	4.22	0.61
Intranquilo/a	2.45	0.96
Activo/a	4.13	0.80
Asustado/a	2.29	0.93

Entre los resultados obtenidos para la confección de la escala de bienestar, las categorías que mayor relevancia suponen para los participantes en su bienestar son las siguientes: En primer lugar aparece “Salud” con una elección de 16 sobre 31 evaluados. En segundo lugar se encuentra “Familia” con una elección de 10 sobre 31 evaluados. La categoría “Amigos” aparece con una elección de 5 sobre 31 y con esta misma puntuación se encuentra “Amistad”. Estas dos categorías las vamos a considerar dentro de la misma, englobándolas así en la categoría “Amistades” con un predominio de 10 sobre 31 y por tanto manteniéndola en el tercer puesto. En cuarto lugar destaca “Dinero” con una elección de 7 sobre 31 evaluados. En último puesto aparece “Tranquilidad” con una elección de 3 sobre 31 evaluados. “Ver tabla 3”.

Tabla 3. Número de personas que escogen las categorías predominantes.

	Salud	Familia	Amistades	Dinero	Tranquilidad
1º puesto	16	4	1	0	0
2º puesto	4	10	2	0	0
3º puesto	0	2	10	1	1
4º puesto	1	1	4	7	0
5º puesto	0	1	1	1	3

Como novedad, hemos decidido agrupar los ítems que componen el PANAS en distintas categorías emocionales, dando lugar a cinco emociones que componen el afecto positivo y cinco emociones que componen el afecto negativo. El afecto negativo estaría dividido en los siguientes subgrupos: ansiedad, miedo, ira, vergüenza y culpa y el afecto positivo estaría dividido en los siguientes subgrupos: interés, ilusión, preparación, decisión y orgullo. A continuación se muestra la clasificación utilizada para la creación de cada uno de los subgrupos y los resultados de las puntuaciones medias obtenidas en cada subgrupo, ordenados de mayor a menor frecuencia experimentada por los participantes del presente estudio. “ver tablas 4 y 5”.

Tabla 4. Agrupaciones Afecto Positivo

SUBGRUPOS	Ítems	Media	D.T
Preparación	Dispuesto Atento	4.14	0.58
Decisión	Decidido enérgico activo	3.96	0.68
Ilusión	Animado Inspirado	3.70	0.58
Interés	Interesado Entusiasmado	3.69	0.65
Orgullo	Orgullosa	3.06	0.96

Tabla 5. Agrupaciones Afecto Negativo

SUBGRUPOS	Ítems	Media	D.T
Ansiedad	Tenso Nervioso Intranquilo	2.60	0.67
Miedo	Temeroso Asustado	2.41	0.77
Ira	Disgustado Enojado Irritado	2.29	0.65
Culpa	Culpable	2.22	0.84
Vergüenza	Avergonzado	2.03	0.79

4. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta que la edad es un factor influyente en la frecuencia del estado afectivo que experimenta una persona (Márquez y col., 2008) y confirmando con nuestros resultados que en el envejecimiento predomina una mayor frecuencia del estado afectivo positivo, hemos querido comparar nuestros datos con los resultados de dos estudios que se han llevado a cabo con mediante la aplicación de la escala PANAS, uno de ellos con una población de 215 jóvenes estudiantes universitarios (edad media 21 años), y el otro estudio con una muestra de 458 personas mayores (mínimo 65 años) las cuales no presentan el requisito de ser población universitaria.

Comenzando por la comparación del estudio en personas mayores (Nolla y col., 2014), cabría esperar

una puntuación menor en afecto positivo en comparación con nuestro estudio, ya que la totalidad de la muestra de nuestro estudio está compuesta por población activa y como muestra la literatura, un envejecimiento activo trae consigo multitud de efectos positivos y entre ellos el aumento en la frecuencia del estado de ánimo positivo en las personas mayores (Segura y col., 2011), por lo tanto sería de esperar una mayor puntuación de afecto positivo en nuestro estudio en comparación con el de las personas mayores. Aun así en los resultados del estudio comparativo, también debería predominar el afecto positivo sobre el negativo, ya que en dicho estudio los participantes también son personas mayores y como se ha venido abordando en el estudio presente, hay una predominancia por el afecto positivo a medida que las personas envejecen.

Como resultado tras comparar ambos estudios, se obtiene que existe una diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) entre el Afecto Positivo que experimentan frecuentemente las personas mayores de nuestro estudio (media = 38.06) frente a las personas mayores del estudio comparativo (media = 24.16), siendo mayor la frecuencia experimentada de afecto positivo por los participantes de nuestro estudio. Además hemos calculado el tamaño del efecto para representar las diferencias encontradas en el afecto positivo entre ambos estudios, obteniendo una d de Cohen = 2.88. Este tamaño del efecto es interpretado según Cohen (1988) como muy grande, y por lo tanto podemos concluir que la diferencia en afecto positivo entre ambos grupos es muy elevada. Sin embargo no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.0001$) entre el afecto negativo experimentado por las personas mayores de nuestro estudio (media = 22.03) frente a las personas mayores del estudio comparativo (media = 23.81).

Además de los cálculos estadísticos mostrados, aplicando un criterio clínico para la representación de las medias obtenidas por las dos dimensiones del PANAS, en la que se concluye que personas con puntuaciones por encima de 38 en positivo y por debajo de 16 en negativo se caracterizan por una balanza de afectos extremadamente positiva y personas con puntuaciones por debajo de 25 en positivo y encima de 30 en negativo se caracterizan por una balanza extremadamente negativa (Páez, 2008), se puede deducir que los participantes de nuestro estudio muestran un afecto extremadamente positivo, ya que la puntuación se encuentra por encima de 38. Aunque cabe destacar que solo parcialmente se cumple el requisito de presentar un afecto extremadamente positivo ya que a pesar de encontrarse la media de la puntuación de afecto positivo por encima de 38, no se encuentra la media de la puntuación de afecto negativo por debajo de 16. De todos modos se puede señalar que los participantes del presente estudio muestran un elevado afecto positivo.

En cuanto al Afecto negativo, los cálculos estadísticos no muestran diferencias significativas entre ambos estudios. Sin embargo en cuanto a la representación clínica del PANAS (Páez, 2008), los resultados del estudio comparativo muestran, contrariamente al presente estudio, que aparece parcialmente un afecto extremadamente negativo experimentado por los participantes del estudio, ya

que la media de las puntuaciones en el afecto positivo se encuentran por debajo de 25. A pesar de esto, la media de las puntuaciones de afecto negativo no se encuentran por encima de 30, por lo que no se cumplirían por completo los requisitos para mostrar un afecto extremadamente negativo.

Sin una explicación clara de los resultados comparativos, tal vez la representación del afecto extremadamente positivo en las personas mayores de nuestro estudio podría deberse, a una muestra sesgada por una vida activa de personas universitarias a comparación de una muestra general de personas mayores en la que es muy probable que no toda la muestra sean personas con una vida activa. A esto se podría añadir que para las personas mayores estudiar aporta además de conocimiento, efectos positivos sobre la salud, previniendo el deterioro cognitivo y evitando el peligro de padecer depresión. Mientras que abordando una explicación para los resultados encontrados del afecto extremadamente negativo en el estudio comparativo, se podrían relacionar con el hecho de que la presencia de un elevado afecto negativo estaría relacionado tanto con la depresión como con la ansiedad (Rubia, 2011). Por lo tanto, siendo la depresión el trastorno afectivo más frecuente en población general de personas mayores de 60 años (Márquez, 2008), se podría utilizar como explicación para las diferencias encontradas en ambos estudios, ya que en el estudio comparativo sería de esperar encontrar un elevado porcentaje de personas mayores en situación de padecer depresión, hecho que se podría relacionar con los resultados encontrados de afecto extremadamente negativo. “Ver tabla 6”.

Tabla 6. Comparación estudio personas mayores/personas mayores universitarias

	Personas mayores		Personas mayores universitarias		Prueba t	p	d de Cohen
	Media ± D.T.	n	Media ± D.T.	n			
Afecto positivo	24.16 ± 4.57	436	38.06 ± 5.08	31	t = 16.24	< 0.0001	2.88
Afecto negativo	22.03 ± 4.89	436	23.81 ± 5.47	31	t = 1.95	> 0.05	-

En cuanto a la comparación que vamos a realizar de nuestro estudio con el estudio de jóvenes estudiantes universitarios (Medrano y col., 2015), cabría esperar que en los resultados obtenidos destacara una mayor puntuación de afecto positivo en nuestro estudio, ya que como se ha venido mencionando, la frecuencia de afecto positivo ha sido demostrada con mayor predominancia en adultos que en jóvenes (Lombardo, 2013), además la paradoja de la vejez de Cartensen y Charles (1998) describe que a medida que una persona envejece, el bienestar emocional se ve incrementado con la edad. En cuanto a la frecuencia en el afecto negativo por parte de las personas mayores se ha comprobado que los niveles de ira experimentada disminuyen cuando una persona se hace mayor. También se ha evidenciado que las personas mayores muestran una mejor regulación de sus emociones

y experimentan estados negativos de menor duración que los adultos jóvenes (Carstensen y cols., 2000). Por lo tanto cabría esperar que la frecuencia experimentada de afecto negativo fuera menor para los participantes del presente estudio en comparación con el estudio de personas jóvenes universitarias.

Los resultados de las comparaciones muestran una diferencia estadísticamente significativa tanto en el afecto positivo ($p < 0.0001$) como en el afecto negativo ($p < 0.001$). Así encontramos que existe una una frecuencia experimentada de afecto positivo mayor en las personas mayores universitarias (media = 38.05) en comparación con las personas jóvenes universitarias (media = 32.53). También hemos calculado el tamaño del efecto para representar las diferencias encontradas entre ambos estudios. Según Cohen (1988) se puede representar como la existencia de una diferencia grande tanto para el afecto positivo experimentado en personas jóvenes universitarias en comparación con personas mayores universitarias (d de Cohen = 0.95), como para el afecto negativo experimentado en personas jóvenes universitarias en comparación con personas mayores universitarias (d de Cohen = 0.91).

Se puede concluir que la puntuación de afecto positivo del estudio comparativo es menor a la que presenta nuestro estudio, por lo tanto dicha comparación sí que concuerda con lo esperado en relación a la teoría que resalta la idea de que la frecuencia del afecto positivo aumentaría en función de la edad. Sin embargo también encontramos una frecuencia de afecto negativo mayor en los participantes de nuestro estudio (media = 23.81) frente a los participantes del estudio comparativo (media = 19.39). Por lo tanto no se obtienen los resultados esperados en cuanto a la comparación esperada del afecto negativo. Una justificación posible para este resultado podría darse debido a la existencia de un ligero incremento encontrado en la frecuencia de emociones negativas en personas con una avanzada edad durante la vejez. Aunque este hecho desaparece cuando los problemas de salud comunes a la vejez, se tienen controlados (Márquez, 2008). Por lo que al no tener controlada la variable “salud” en la muestra de nuestro estudio, no podemos validar esta justificación aportada. “Ver tabla 7”.

Tabla 7. Comparación estudio jóvenes universitarios/mayores universitarios

	Personas jóvenes universitarias		Personas mayores universitarias		Prueba t	p	d de Cohen
	Media ± D.T.	n	Media ± D.T.	n			
Afecto positivo	32.53 ± 6.45	215	38.06 ± 5.08	31	t = 4.57	< 0.0001	0.95
Afecto negativo	19.39 ± 6.86	215	23.81 ± 5.47	31	t = 3.43	< 0.001	0.71

Por otro lado y retomando con los componentes predominantes dentro de la dimensión del afecto

positivo, de los cuales han predominado en el presente estudio; “activo”, “interesado” y “atento”, nos permitimos poder destacar que además de haber sido coincidentes con los resultados de los estudios comentados anteriormente, dos de estos tres adjetivos encajarían dentro del alto afecto positivo propuesto en el modelo circuplejo de las emociones. Como se puede observar en la figura 1, el modelo circuplejo engloba dentro del alto afecto positivo las siguientes: Entusiasmado, Interesado, Eufórico, Excitado, Con energía, Lleno de vida. Dentro del alto afecto positivo encontramos pues, la categoría “interés” y además podríamos asemejar la categoría “activo” con “lleno de vida”, por lo que nos encontraríamos con dos de los tres adjetivos predominantes en los resultados del presente estudio dentro de la dimensión de alto afecto positivo del modelo circuplejo (García, 2002), obteniendo un mayor apoyo en los resultados de nuestro estudio de un afecto extremadamente positivo.

En cuanto a la confección de una escala de bienestar en personas mayores, ha quedado corroborado el planteamiento sugerido de haber obtenido como resultado en los primeros puestos la salud y la familia y las relaciones de amistad. Aunque se podría examinar con más detenimiento, el factor “dinero” obtenido en cuarta posición, ya que existe una mayor controversia con respecto a este factor. Se ha estudiado que la presencia de recursos materiales influye en la calidad de vida de las personas mayores, pero se destaca que esta última sólo se valora positivamente cuando son felices y mantienen relaciones sociales (Estrada y col., 2011). “Ver tabla 8”.

Tabla 8. Escala de bienestar en personas mayores

Lugar	Importancia para el Bienestar
1°	Salud
2°	Familia
3°	Amistades
4°	Dinero

Entre las limitaciones de la investigación, queremos destacar que no hemos tenido en cuenta el sexo como variable para la obtención de los resultados del citado estudio. Por tanto, proponemos como futura investigación el análisis de las posibles diferencias en afecto entre personas mayores según el sexo. Otra variable que se podría haber controlado en el presente estudio es la calidad de la salud de los participantes del estudio, ya que en personas de edad avanzada los problemas de salud son más frecuentes que en población joven. Por lo que la salud podría influir en la frecuencia de afecto positivo o negativo que puedan experimentar y su sentimiento de bienestar y por lo tanto obtener unos resultados más elaborados.

5. CONCLUSIONES

En relación al primer objetivo planteado al comienzo del presente estudio, las pruebas estadísticas muestran una diferencia significativa ($p < 0.001$) entre la frecuencia de afecto positivo experimentada por las personas mayores universitarias frente a la frecuencia experimentada de afecto negativo. Se encuentra por lo tanto un mayor predominio en la frecuencia de afecto positivo en la muestra del presente estudio conformada por personas mayores. Estos resultados concuerdan con lo esperado, ya que la literatura encontrada ha puesto de manifiesto la existencia de un incremento en los niveles de bienestar afectivo experimentados en las personas mayores (Lombardo, 2013).

Los resultados también pueden interpretarse en función de los propios baremos de respuesta ante los ítems del PANAS, ya que indican la frecuencia con que los participantes experimentan cada emoción del 1 (nada) al 5 (mucho). Dado que la puntuación en cada dimensión de afecto positivo no es más que la suma de los 10 ítems correspondientes a ese afecto, expresándose por tanto en un rango del 10 al 50, otra manera de interpretar el resultado es en base a la media de puntuación de los ítems que la componen (puntuación total / 10). Por tanto, analizando la media correspondiente a un afecto positivo de 38, que sería un 3.8, podemos concluir si observamos el baremo que una puntuación de 4 en cada uno de los ítems supone que generalmente siente con “bastante” frecuencia a esa emoción, concluyendo pues que los participantes de nuestro estudio sienten con bastante frecuencia un afecto positivo. Mientras que el afecto negativo tendría una media de 2.3, por lo que podríamos concluir, según los baremos del PANAS en los que el 2 significa “muy poco”, que los participantes del presente estudio experimentan con muy poca frecuencia el afecto negativo.

Además en cuanto a un criterio clínico, la corrección de los resultados nos muestra que la media de la frecuencia del afecto positivo experimentada en los participantes se aproxima a una frecuencia extremadamente positiva, ya que la puntuación se encuentra por encima de 38 y según Páez (2008) las puntuaciones que se encuentran por encima de 38 en afecto positivo y por debajo de 16 en afecto negativo, equivaldrían a la presencia de un afecto extremadamente positivo. Siendo los resultados en la dimensión del Afecto positivo buenos detectores de la depresión (Dufey y Fernández, 2012) y destacando que la presencia de un bajo afecto positivo estaría relacionado con la aparición de la depresión, en los resultados del presente estudio aparece una correlación inversa en la existencia de la depresión con el afecto positivo. Por lo que se puede concluir que los participantes de nuestra muestra, mostrando un afecto extremadamente positivo, estarían exentos de padecer síntomas depresivos.

En referencia a la dimensión de afecto negativo, puesto que el resultado fue de 23.8 se mantiene dentro de la media normal, ya que las puntuaciones obtenidas no están comprendidas ni por debajo ni

por encima de entre 16 y 30 (Páez, 2008), por lo que no hay presencia de la aparición de un afecto extremadamente negativo.

En cuanto a la predominancia de las categorías que frecuentarían predominantemente las personas mayores, según nuestra hipótesis y basándonos en los estudios de Giuliani y col. (2010) y Medrano y col. (2015), se esperaba encontrar las categorías “activo”, “interesado” y “atento” dentro del afecto positivo. Podemos comprobar que se ha corroborado parcialmente dicha hipótesis, ya que en el presente estudio se han obtenido como predominantes; “atento”, “activo” y “dispuesto”, siendo coincidentes dos de las tres categorías planteadas.

Por otro lado, en cuanto al tercer objetivo se ha corroborado la idea que esperábamos encontrar para la confección de la escala de bienestar para las personas mayores. Tal como se mostraba en los datos estadísticos de la literatura encontrada en diversos estudios como Prieto (2008) o Bowling y col. (2001), las preferencias en las que se centran y que mayor importancia tienen para el bienestar de las personas mayores a medida que avanza la edad son predominantemente la familia, las relaciones de amistad/sociales y la salud. Nuestra escala de confección muestra estas tres categorías como predominantes para los participantes de nuestro estudio, corroborando así la importancia de estos factores en el envejecimiento.

Además, en cuanto a la agrupación de los ítems que componen el PANAS en diversos subgrupos de categorías emocionales, ha aparecido el subgrupo “preparado” como predominante entre el resto. Este hecho era de esperar ya que los ítems que se han utilizado para componer el subgrupo “preparado” han sido “dispuesto” y “atento”, los cuales ya habían obtenido una puntuación predominante entre el resto de adjetivos.

A modo de conclusión, me permito exponer que la percepción subjetiva es un factor muy potente que influye en la frecuencia de experimentar las distintas emociones y el afecto en general. Además es el bienestar subjetivo el que realmente va a influir en la calidad de vida de una persona. La forma en que esa persona percibe y experimenta por si misma como está siendo su vida valorada desde un punto de vista subjetivo, llevará a esa persona a la percepción y por tanto posterior sentimiento de bienestar en su vida.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, M.L. (1990). Memoria autobiográfica: La influencia de los estados de ánimo sobre las perspectivas de recuerdo. *Estudios de Psicología*. 43-44, 5-18.

Álvarez, M. (2012). *Teorías psicológicas*. México: Red Tercer Milenio.

Belmonte, C. (2007). Emociones y cerebro. *Revista Académica de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales*. 101 (1), 59-68.

Bericat, E. Emociones. (2012). *Sociopedia.International Sociological Association ISA*. 2-13.

Carretié, L. Mercado, F . Tapia, M. (2002). Actividad cerebral humana en respuesta a estímulos visuales emocionales: debates abiertos y datos recientes. 33 (10). *Psiquiatria.com*. Recuperado de: <http://www.psiquiatria.com/neuropsiquiatria/actividad-cerebral-humana-en-respuesta-a-estimulos-visuales-emocionales-debates-abiertos-y-datos-recientes-2/>

Chóliz, M. (1995): La expresión de las emociones en la obra de Darwin. En F. Tortosa, C. Civera y C. Calatayud (Comps): *Prácticas de Historia de la Psicología*. Valencia: Promolibro.

Chóliz, M. y Gómez, C. (2002). Emociones sociales II (enamoramamiento, celos, envidia y empatía). En F. Palmero, E.G: Fernández-Abascal, F. Martínez y M. Chóliz (eds.), *Psicología de la Motivación y Emoción* (pp. 395-418). Madrid: McGrawHill

Chóliz, M. (2005): *Psicología de la emoción: el proceso emocional*. [www.uv.es/=cholz](http://www.uv.es/~cholz)

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Datos estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas (2004). Las personas mayores en España (1).

Dufey, M., y Fernández, M. (2012). Validity and reliability of the Positive Affect and Negative Affect Schedule (PANAS) in Chilean college students. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicologica*.4 (1), 157-173.

Estrada, A., Cardona, D., Segura, A.M., Chavarriaga, L.M., Ordóñez, J., y Osorio, J.J. (2011). Calidad

de vida de los adultos mayores de Medellín. *Biomédica*. 31, 492-502.

Etxebarria, I. (2003). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. En E.G. Fernández-Abascal, M. P. Jiménez y M. D. Martín (Coor.). *Motivación y emoción. La adaptación humana* (pp. 369-393). Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

García, B., Fusari, A., y Ellgring, H. (2008). Procesamiento emocional de las expresiones faciales en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*. 46 (X), 1-9.

García, B., y Ellgring, H. (2004). *Los motivos y las emociones en la vejez*. Madrid: UNED (Ediciones de la Universidad Nacional de Educación a Distancia).

García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*. 6, 18-39.

Giuliani, María Florencia y Arias, Claudia Josefina (2010). La afectividad en adultos jóvenes y adultos mayores de la ciudad de mar del plata: un estudio comparativo. *II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Godoy, D., Martínez, A., y Godoy, J.F. (2008). La «Escala de Balance Afectivo». Propiedades psicométricas de un instrumento para la medida del afecto positivo y negativo en población española. *Clínica y Salud*. 19 (2), 157-189.

Inga, J., y Vara, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica de Bogotá*. 5 (3), 475-485.

Lacub, R. (2013). Emotions over the life course. A conceptual frame. *Revista Temática Kairós Gerontología*. 16 (4), 15-39.

Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*. 13, 47-60.

Meilán, J.J., Carro, J., Guerrero, C., Carpi, A., Gómez, C., y Palmero, F. (2012). El efecto de memoria congruente con el estado afectivo: reconocimiento diferencial de palabras de tristeza y alegría. *Anales de Psicología*. 28 (1), 266-273.

Márquez, M., Fernández, M.I., Montorio, I., y Losada, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*. 20 (4), 616-622.

Márquez, M. (2008). Emociones y envejecimiento. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI.

Medrano, L.A., Flores, P.E., Trólogo, M., Curarello, A., González, J. (2015). Adaptación de la Escala de Afecto Positivo y Negativo (PANAS) para la población de Estudiantes Universitarios de Córdoba. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*. 2 (1). 22-36.

Muñoz, A. (2010). Universitarios mayores de 55 años. *Cuartaedad.com*. Recuperado de: <http://www.cuartaedad.com/articulos/universitarios-mayores-de-55-anos/>

Nolla, M., Qeral, R., y Miró, J. (2014). Las escalas de afecto positivo y negativo: nuevos datos de su uso en personas mayores. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 19 (1), 15-21.

Páez, D. (2008). Cuaderno de Prácticas de Psicología Social y Salud: Fichas Técnicas sobre Bienestar y Valoración Psico-Social de la Salud Mental. Manuscrito no publicado. San Sebastián: Universidad del País Vasco. Representar resultados

Palmero, F. (1996). Aproximación biológica al estudio de la emoción. *Anales de Psicología*, 12 (1), 61-86.

Palmero, F. (2000). La emoción desde el modelo biológico. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 6 (13), 1-66.

Palmero, F., Guerrero, C., Gómez, C., Carpi., A. (2006). *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*. 9 (23-24), 1-25.

Prieto, M.E., Fernández, G., Rojo,F., Lardiés, R., Rodríguez, V., Ahmed, K., y Rojo, J.M. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de madrid, 2005. *Revista Española de Salud Pública*. 82, 201-213.

Rubia, J.M. (2011). La escala de afecto positivo y negativo (PANAS) en parejas casadas mexicanas.

Ciencia Ergo Sum. 18 (2), 117-125.

Segura, S., Aguilar, J.M., y Lorenzo, J.J. (2011). Envejecimiento activo y psicología positiva de la vida. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* 1 (4), 127-132.

Tabernerero, M.E., y Politis, D.G. (2013). Reconocimiento de emociones básicas y complejas en la variante conductual de la demencia frontotemporal. *Neurología Argentina.* 5 (2), 57-65.

Vivas, M., Gallego, D., y González, B. (2006). *Educación de las emociones.* Madrid: Dykinson

Zerpa, C.E. (2009). Sistemas emocionales y la tradición evolucionaria en psicología. *Summa Psicológica UST.* 6 (1), 113-123.

ANEXOS

- Escala de Afectividad (PANAS) de Watson y Clark en Adultos Mayores y Escala de bienestar.

Escala de Afectividad (PANAS) de Clark y Watson en Adultos Mayores

Instrucciones:

A continuación se presentan palabras que describen diferentes sentimientos y/o emociones. Indique en qué medida usted generalmente, se siente así utilizando la siguiente escala.

1 Nada	2 Muy poco	3 Algo	4 Bastante	5 Mucho
-----------	---------------	-----------	---------------	------------

Por ejemplo: 2(muy poco) triste 4(Bastante) Molesto

- | | |
|----------------------------|--------------------|
| ----- Interesado | ----- Irritado* |
| ----- Dispuesto | ----- Tenso* |
| ----- Animado | ----- Avergonzado* |
| ----- Disgustado/enfadado* | ----- Inspirado |
| ----- Enérgico | ----- Nervioso* |
| ----- Culpable* | ----- Decidido |
| ----- Temeroso* | ----- Atento |
| ----- Enojado* | ----- Intranquilo* |
| ----- Entusiasmado | ----- Activo |
| ----- Orgullosa | ----- Asustado* |

Nota. Los reactivos con *responden a la escala de Afecto Negativo, el resto a la escala de Afecto Positivo.

Escriba de 5 a 7 cosas que considera fundamentales para su bienestar, de mayor a menor importancia para usted.

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....
- 6.....
- 7.....