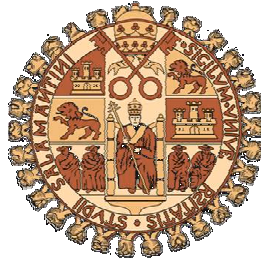


UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Medicina



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Medicina

***La inteligencia emocional y la depresión en el
proceso adaptativo del anciano***

TESIS DOCTORAL

Salamanca, 2011

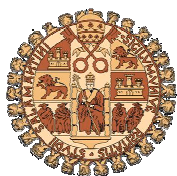
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA,
MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA**

**Programa de Doctorado: *La enfermedad: su dimensión personal y
condicionantes socioculturales***

Área de Psiquiatría

*La inteligencia emocional y la depresión
en el proceso adaptativo del anciano*

Fdo: Cristina Villar Fernández



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Medicina

GINÉS LLORCA RAMÓN, CATEDRÁTICO DE PSIQUIATRÍA, y **M^a ÁNGELES DÍEZ SÁNCHEZ**, PROFESORA TITULAR DE PSICOLOGÍA MÉDICA, DEL ÁREA DE PSIQUIATRÍA DEL DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA MÉDICA, MEDICINA LEGAL E HISTORIA DE LA CIENCIA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

CERTIFICAN:

Que el siguiente trabajo de investigación titulado: *La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano*, que ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. Cristina Villar Fernández, licenciada en Medicina por la Universidad de Salamanca, reúne, a nuestro criterio, las condiciones metodológicas y de originalidad requeridas para poder optar con él al grado de Doctora.

Y para que conste a todos los efectos oportunos, firmamos el presente Certificado en Salamanca a veintitrés de noviembre de 2011

Fdo:

Dr. Ginés Llorca Ramón

Fdo:

Dra. M^a Ángeles Díez Sánchez

Dedicatoria

A mis abuelos,
por caminar a mi lado antes, ahora y SIEMPRE...



La única edad, es la vida

(Leah Komaiko)

Agradecimientos

Agradecimientos:

A mis directores de Tesis... a **Ginés Llorca**, porque dicen que hay personas que además de vida, tienen biografía, y sin duda es una de ellas; a **M^a Ángeles Díez**, quien además de grande como profesional, es capaz de hacer que cada día junto a ella, se convierta en toda una lección de calidad humana. Gracias a los dos por mucho, por todo, por estar siempre ahí.

A **Gloria Bueno**, por enseñarme que pase lo que pase, siempre se puede conseguir que la vida, te siga sonriendo.

Por supuesto, a mis **padres**, a mi **hermano**, por su entrega y apoyo incondicional, día a día. Sin ellos, nada de esto habría sido posible

A **Javier**, compañero de viaje, por cruzarse en mi camino y regalarme parte del suyo.

Al resto de mi **familia**, por hacerme sentir que lo más importante, son los vínculos humanos.

A mis **amigos**, porque si no existiera la amistad, el mundo sería demasiado pobre.

Una vez más, a mis **abuelos**, pues esto es por y para ellos.

Y por último, no puedo olvidarme de aquellas **personas que participaron** y colaboraron en este trabajo de un modo altruista, pues gracias a ellos, esta ilusión, se ha convertido en una realidad.

Índice

INDICE

1.- INTRODUCCIÓN.....	23
2.- EL ENVEJECIMIENTO.....	33
2.1.- Evolución histórica de la concepción de la vejez	35
2.2.- Relevancia social del envejecimiento	42
2.3.- Conceptos y modos de envejecer	47
2.4.- Principios básicos del envejecimiento normal. Modelos explicativos.....	50
2.4.1.- Envejecimiento normal.....	50
2.4.2.- Teorías biológicas.....	54
2.4.3.- Teorías socioemocionales.....	57
2.5.- Envejecimiento satisfactorio y proceso adaptativo	64
2.5.1.- En busca de la Calidad de Vida.....	64
2.5.2.- Envejecimiento satisfactorio.....	74
2.5.3.- Estrategias de afrontamiento en el proceso adaptativo del anciano.....	84
2.5.4.- Hacia un modelo integrador.....	93
2.6.- Distribución del tiempo en la vejez como reflejo del proceso adaptativo	96
3.- EMOCIONES Y ENVEJECIMIENTO. INTELIGENCIA EMOCIONAL.	101
3.1.- El mundo emocional.....	103
3.2.- Importancia del estudio de las emociones en la vejez	107
3.3.- Experiencia emocional en la vejez.....	111
3.3.1.- Cambios emocionales y envejecimiento.....	111
3.3.2.- Comprensión emocional.....	113

3.3.3.- Regulación emocional.....	113
3.3.4.- Interacción entre emoción y cognición.....	115
3.4.- La inteligencia emocional (IE)	117
3.4.1.- Precedentes y evolución.....	117
3.4.2.- Qué es la inteligencia emocional.....	119
3.5.- La educación emocional.....	124
4.- LA DEPRESIÓN: UN ENFOQUE GERONTOLÓGICO.	127
4.1.- Contexto histórico.....	129
4.2.- Epidemiología	135
4.2.1.- Envejecimiento y depresión.....	135
4.2.2.- Prevalencia de la depresión en ancianos y factores moduladores.....	138
4.3.- Etiopatogenia.....	142
4.3.1.- Genética.....	143
4.3.2.- Aspectos fisiológicos.....	144
4.3.3.- Modelos explicativos psicológicos.....	145
4.3.4.- Acontecimientos de vida. Soporte social.....	148
4.4.- Aspectos clínicos y diagnósticos	150
4.5.- Aspectos diferenciales de la depresión en el anciano	154
4.6.- Diagnóstico diferencial	158
4.6.1.- Condiciones y enfermedades físicas.....	158
4.6.2.- Trastornos psiquiátricos.....	159
4.7.- Evaluación	163
4.8.- Curso y pronóstico	169
4.9.- Tratamiento	173

4.10.- Prevención	181
5.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA: ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO .	183
6.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS	203
7.- METODOLOGÍA	207
7.1.- Muestra	209
7.1.1.- Criterios de inclusión y procedimiento.....	209
7.1.2.- Descriptivos de muestra	209
7.2.- Batería de instrumentos	225
7.2.1.-Entrevista semiestructurada	225
7.2.2.- Índice de Calidad de Vida (QLI-Sp)	225
7.2.3.- Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24).....	226
7.2.4.- Escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento (COPE).....	226
7.2.5.- Inventario de depresión de Beck (BDI).....	227
7.2.6.- Descriptivos de instrumentos	229
7.3.- Análisis de datos	249
8.- RESULTADOS Y DISCUSIÓN	251
8.1.- Primera hipótesis	253
8.2.- Segunda hipótesis	265
8.3.- Tercera hipótesis	288
8.4.- Aplicación clínica	302
9.- CONCLUSIONES	307
10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	313



Introducción

1.- INTRODUCCIÓN

*Sólo envejecen los que se preocupan de la edad,
yo me preocupo sólo de vivir (Picasso).*

Un punto de partida necesario, es tener presente que el envejecimiento es vida, y vivir conlleva, necesariamente, envejecimiento (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 2007). Pero esto no es tan sencillo; Miguel de Cervantes (1547-1616) ya decía que se moriría de viejo y no terminaría de comprender al hombre, ya que cada individuo es una variedad de su especie. Cobran por tanto importancia esos espacios únicos, privados e individuales que cada uno construye a lo largo de su vida, y que son los grandes definidores del proceso de envejecer (Yuste y Rubio, 2004). Convertirse en persona no es un proceso espontáneo ni fácil, y no termina con la infancia o la adolescencia, sino que acaba con la vida misma (Rubio, 2004a). Pero es en la vejez cuando el cincel de la vida ha dejado labrada una figura, en la que se deja percibir mejor que nunca lo esencial (Bloch, 1959).

Desde el enfoque del curso de la vida, el envejecimiento se relaciona con el paso del tiempo, construido socialmente y experimentado psicológicamente (Cohler y Nakamura, 1996). Hay tiempos de seguridad y de incertidumbre, tiempos de trabajo y de ocio; hay un tiempo para nacer, un tiempo para vivir y un tiempo para morir... (Rubio, 1992). El tiempo ordena la vida en infancia, adolescencia, juventud, madurez y senectud; en tarde y temprano; en antes y después; en rápido o interminable; en pasado o en futuro; y, silenciosamente, envejecemos a través del tiempo (Rubio, 1991). Al llegar a la vejez, el hombre lleva consigo su pasado; tiene un futuro cuantitativamente pequeño, pero su presente, en ese momento, tiene ya la riqueza de una vida. Ésta integración de pasado y futuro en el presente puede ser la diferencia entre envejecer con éxito o sin él (Rubio y Tapia, 2004).

El filósofo Henry Bergson (1859-1941) creía que, donde quiera que viva alguna cosa,

allí hay abierto un registro en el que se inscribe el tiempo; por ello, hablar de la vida es hablar del tiempo; éste acompaña a la gente, siendo tal vez su más inseparable compañero. El tiempo es y no es; no es pasado, que ya no existe; no es presente, que ya se fue; no es tampoco un será, porque éste todavía no es. No es pasado, no es presente, no es futuro; no hay, pues, tiempo. Carece de dimensión, y cuando se quiere coger, se desvanece. Ya se evidenciaba esta paradoja en palabras de San Agustín (354-430): *“si nadie me pregunta qué es el tiempo, lo sé; pero si alguien me lo pregunta, y yo lo quiero explicar, entonces no lo sé”*. Pero al final toma la revancha, y se impone con evidencia: nos proporciona signos objetivos imponiéndose a todo, permitiéndonos datar acontecimientos, establecer cronologías, y sobre todo, brindarnos con un sustrato sobre el que escribir la Historia (Rubio y Tapia, 2004). Pero como comentaba Albert Einstein (1879-1955), si bien el tiempo y el espacio se traducen finalmente en parámetros objetivos, el componente emocional persiste.

Y es que el ser del hombre es temporalidad, con sus tres dimensiones: el ser actualmente de algún modo, con un sentido de futuridad, que implica a su vez, un precedente. La temporalidad humana es captada a través de los actos; al envejecer, se hace aún más personal, y es el tiempo la mayor virtud de esta etapa. Es como si se diera una segunda oportunidad, que puede estar orientada a equilibrar los aspectos de la vida que no se desarrollaron satisfactoriamente. De este modo, el individuo se aleja más de su naturaleza biológica, y emergen otras necesidades más profundas y, en definitiva, más humanas (Rubio y Tapia, 2004).

Es en el seno de una cultura donde la persona tiene su primera experiencia del tiempo, por lo que el primer acercamiento no hay que hacerlo desde la experiencia individual, hay que darle un contexto. Es interesante, por tanto, ver cómo ha variado la visión del tiempo colectivo en distintas culturas. Así, para el griego lo importante era estar, el presente. Para los

judíos, importaba la tradición, el pasado (aunque el tiempo no se detiene, detenían el esfuerzo (שבת - *shabbat*)). En el cristianismo, lo más importante es el más allá, el futuro, aunque se consiga a través de méritos en el presente (Rubio y Tapia, 2004). Este mismo paralelismo se puede establecer entre los diversos modelos de sociedad (Ricoeur et al., 1979): en las rurales y preindustriales, el protagonismo principal lo toma el presente; la tradición es una práctica social y reguladora de las conductas, y lleva al conformismo. En cambio, los países industrializados y postindustrializados orientan su actividad con proyección futura. Son sociedades de cambio rápido, donde lo adquirido es más que lo transmitido, y esa rapidez de cambio hace que el futuro, sea presente. Hemos convertido un día en diligencia, a comienzos del siglo XIX, en 15 minutos de avión, haciendo que no sólo dispongamos de más años de vida, sino de más tiempo para vivirlos (Alba, 1997). De hecho, la devaluación del pasado por la aceleración de la historia, induce a muchos adultos a sentirse desfasados antes de haber tocado el umbral de la vejez (Rubio et al, 2003, cit. por Rubio y Tapia, 2004), aunque para los mayores, es el pasado uno de los pocos puntos de referencia estables en sus vidas en una sociedad que cambia rápidamente (Lamme y Baars, 1993).

Por otra parte, cada edad hace referencia a un aspecto del tiempo, y a su vez se puede vivenciar con diferentes ritmos. Einstein, en 1905, ya cuestionó el tiempo absoluto, y es que el ahora siempre será un concepto antiguo cuando miremos el cronómetro. Pero la vida sigue un ritmo que marca la existencia humana, y toda nuestra existencia viene determinada por ritmos biológicos y cósmicos, que por un lado son rectilíneos, el tiempo sigue una dirección invariable, pero a su vez avanza en círculo repitiéndose la misma dinámica. La fiabilidad de la repetición de estos ciclos forma el armazón con que se construye la vida a sí misma y se desarrolla (Rubio y Tapia, 2004).

Como las vidas humanas, hay relojes pequeños y grandes, relojes que resuenan y relojes

silenciosos, relojes que adelantan o relojes que atrasan. Es complicado averiguar cuál es el reloj que marca el inicio de la vejez, y nos lleva a fijarnos en los tres grandes grupos de relojes que marcan el paso del humano por la vida: biológico, psíquico y social. Y es que el tiempo del que dispone una persona y cómo lo distribuye, también lo determinan aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Esta distribución permite situar al sujeto en su realidad social, y llegar a determinar un estilo de vida encaminado a satisfacer sus necesidades y expectativas personales y familiares (Rubio y Tapia, 2004). Nos encontramos entonces que aunque a veces se desee, como Fausto, hay algo que la vida no hace: detenerse. Pero la vida es menos vulnerable si además, tiene un sentido (Rubio, 2004b).

El propio Erikson (1902-1994) reconoce que no hay un camino universal para alcanzar la integridad, sino que cada uno ha de marcar su rumbo y, aún más importante, creer en ese rumbo (Rubio, 2004a). Por ello, hay que tener presente que la vida no es un trayecto al azar, sino un camino dirigido hacia una meta, donde es menos importante alcanzarla que el hecho de intentar llegar. Y la meta no es otra cosa que elaborar un proyecto de vida, donde se contemplen las vivencias pasadas y las expectativas futuras, dejando un hueco para el azar, y con ello, experimentar de forma decidida el presente (Rubio, 1992, cit. por Rubio 2004b); está en función de lo que se es y a donde se quiere llegar. Pero como nada es permanente, excepto el cambio (Heráclito afirmaba la imposibilidad de bañarse dos veces en el mismo río) (Rubio, 2004a), el proyecto se puede revisar y modificar, orientar y reorganizar, pero nunca detenerlo. Ha de ir haciendo camino, día a día modificable, en función de los cambios biológicos, psicológicos y sociales (Rubio, 1992, cit. por Rubio, 2004b).

En este sentido, aunque el envejecimiento nos hace más dependientes de nuestro propio cuerpo y de los demás, también nos enseña a vivir ligeros de equipaje. Va más allá de ser tiempo de balance y de memoria; es también una edad de aprendizaje, ya que la vida se

reinventa con nuevas coordenadas, y la memoria está obligada a organizar las experiencias y las expectativas (Domingo, 2005). La vida es así personal e intransferible, la inventa y diseña cada uno según sus satisfacciones y expectativas subjetivas (Rojas, 2004). La elaboración de este proyecto exige creatividad y sabiduría; la primera se refleja en palabras de Proust (1871-1922): “*El verdadero viaje de descubrimiento no consiste en buscar nuevos paisajes, sino en tener nuevos ojos*”; la sabiduría, según Baltes y su equipo, no sólo se desarrolla, también se aprende, aunque no está claro cómo puede enseñarse. Debe uno conocerse a sí mismo, para luego saber trazar su camino y, de algún modo, saber también encontrar y manejar la brújula que marque el norte, que señale la meta. Se sabe que se está en el camino cierto cuando éste valió la pena, como muestra Andrés Segovia a aquel que le dijo que daría su vida por tocar como él; el maestro respondió: “ése es el precio que yo he pagado” (Rubio, 2004b).

El hombre es importante por lo que es, pero mucho más aún, por lo que puede llegar a ser. Por ello, tras esta primera fase de autoconocimiento, llega la del conocimiento descontextualizado, la búsqueda de la trascendencia. Rabindranath Tagore (1861-1941) nos brinda un ejemplo de visión de la vida de forma descontextualizada, entendiendo la existencia desde una dimensión en la que nada muere o desaparece, sino que sólo cambia. Lo expresó magistralmente cuando dijo “*si quieres hacer recto tu surco, ata tu arado a una estrella*” (Rubio, 2004b).

En la dinámica del envejecimiento, la finitud transforma la evolución biológica en narración biográfica, convirtiéndonos en autores e intérpretes de una obra cuyo final se aproxima, y está todavía sin escribir (Domingo, 2005). Las personas narramos acontecimientos para comprendernos a nosotros mismos y a los demás (Coleman, 1999; McAdams, 2001), reconstruyendo los eventos de nuestro pasado y anticipando lo que nos puede suceder (Villar y Triadó, 2006). Como toda narración, presentan unos personajes, unos

entornos en los que se desarrolla la historia, unos problemas o desafíos que el protagonista ha de solventar, y una conclusión; esta estructura proporciona una coherencia interna, ordenando los acontecimientos en una línea temporal, vinculándolos en cadenas de causas y efectos (unos motivan o justifican la presencia de otros, hasta llegar al presente) y aportando un mensaje o lección vital que une y da sentido a los diferentes episodios vitales narrados (Bluck y Habermas, 2000). A partir de ella, damos sentido a lo vivido, lo comprendemos y vemos cómo las distintas experiencias se han desarrollado para dar lugar a lo que somos hoy y aspiramos a ser en el futuro (Villar y Triadó, 2006).

La revisión de la propia vida ante la finitud de la existencia humana, lleva a una reorganización del tiempo y de la memoria (Claver, 2006), y puede contribuir a generar una actitud positiva tanto hacia el pasado como hacia el futuro (Dosil, 1993). Butler (1963) la ve como un proceso universal que tiene lugar de forma natural; preocuparse por el pasado cuando el tiempo que falta por vivir es menor que el que ya se ha vivido es algo normal. Cada nueva experiencia vivida se ha de encajar con la historia elaborada hasta el momento, con movimientos de ampliación y de reorganización (Villar y Triadó, 2006); así, el significado de los acontecimientos pretéritos va cambiando con los nuevos acontecimientos que depara el futuro, buscando esta continua reinterpretación el sentido entre pasado, presente y futuro (Yela, 1991; Hanaoka y Okamura, 2004). De hecho, probablemente un signo de que los eventos negativos han sido asumidos y superados es, precisamente, la capacidad para hablar de ellos y de integrarlos en una trayectoria vital más amplia que les da sentido (Villar y Triadó, 2006).

De esta manera, las historias de vida sustentan una visión de nosotros mismos como algo estable; nos dan una versión de nuestra trayectoria vital en la que los cambios aparecen justificados y con coherencia, ofreciendo además vías de desarrollo futuro; también

establecen que aunque el desarrollo puede ser común en algunos momentos al de otras personas, globalmente nos hace únicos, siendo quizá más necesarias en aquellas personas que hayan tenido más dificultades. Es cierto que se nutren de memoria autobiográfica, pero no son sólo memoria; son un modo especial de evocar acontecimientos en donde recuerdo, interpretación, razonamiento, evaluación e intento de explicar y dotar de coherencia nuestras experiencias, se entremezclan. En definitiva, nuestra historia vital, como expresión de nuestra identidad, nos individualiza (Villar y Triadó, 2006), siendo la de una vida de alguien que, como dijera Unamuno (1864-1936), se reconoce mortal... mas no del todo (Domingo, 2005).

Tan importante es esto, que Victor Frankl (1986) advirtió que el hombre está dispuesto y preparado para soportar cualquier sufrimiento, siempre y cuando pueda encontrarle un significado. Así, aunque no es cómodo aceptar la vida que se va (Rubio, 2004b), cuando tiene un sentido uno es menos vulnerable, se tiene más fortaleza. Una vida con norte, con capacidad para cerrar las heridas, está en el buen camino (Rojas, 2004), teniendo a su vez presente que sólo podemos dar un sentido a nuestra existencia en función de lo que damos (Ortiz, 2000). Este sentido no está en la variable edad, sino en el análisis de esas capas que van formando un tronco cada vez más grueso, denominado historia; historia individual e historia social (Rubio, 2004c). Y es que al final, la única edad, es la vida.

Entendiendo la vejez desde esta perspectiva temporal e integradora, y teniendo en cuenta que cualquier estrategia que no parta de una concepción holística del anciano estará condenada al fracaso (Tobaruela, 2006), nos planteamos el presente trabajo, con el siguiente objetivo general:

“Estudiar variables predictoras de la depresión en el anciano, desde un enfoque multidimensional del trastorno”.



El envejecimiento

2. EL ENVEJECIMIENTO

Dicen que la muerte está tan segura de ganarnos la partida, que nos deja toda una vida de ventaja; es un dilema entre vida y muerte, pero en el que al final no vence el que llega primero, sino el que mejor aprovecha esa ventaja (Yuste y Rubio, 2004).

2.1.- Evolución histórica de la concepción de la vejez

“*Que la vida iba en serio uno lo empieza a comprender más tarde*”, advertía ya en sus versos Gil de Biedma (1929-1990) (Yuste, 2004a); pero lo cierto es que el problema de la vejez y el escándalo de la muerte, según el Génesis (5,5), aparecen ya con el primer hombre: “*Adán vivió en total novecientos treinta años, y murió*” (cit. por Minois, 1987). De hecho, a lo largo de la historia el hombre se ha planteado dos problemas básicos en torno a la vejez: ventajas, inconvenientes y cómo se puede impedir; en cambio, no suele pararse a reflexionar sobre cómo será la suya propia hasta que no está inmerso en ella. Así, la vejez, lo mismo que la muerte, constituye un tabú de primera magnitud para el ser humano. La mayoría basa sus sentimientos en temores primitivos, prejuicios y tópicos, más que en un auténtico conocimiento (Sánchez y Ramos, 1982). Sean cual sean las causas, es una realidad (Minois, 1987), ya que todo cuanto existe, envejece (Alba, 1992). Existir es cambiar; cambiar es madurar, y madurar es crearse uno indefinidamente a sí mismo (Bergson, cit. por Rubio, 2004c). Pero al mismo tiempo el cambio va unido a la permanencia, se van generando nuevas formas, y a su vez, algo siempre permanece en el ser humano. Y es este cambio la vida misma, de la misma manera que la vida es adaptación (Yuste y Rubio, 2004).

Es verdad que el deseo de eternizarse lleva a dar crédito popular a leyendas de edades fabulosas, como la de Matusalén con 969 años (Alba, 1992), pero no es menos cierto que la historia nos presenta numerosos ejemplos de ancianos creadores; Tiziano, Miguel Ángel, Handel, Rossini, Picasso o Rembrandt, realizaron grandes obras a edades avanzadas. Podemos

destacar también que Cervantes acabó el Quijote con 68 años, Lamarck su Historia Natural tras los 80 (Navarro, 1999), Gandhi tenía 75 al lanzar su última campaña por la independencia de la India, o, pasados los 60, Galileo, ciego, seguía investigando, al igual que Churchill cuando encabezó el gobierno inglés en la Segunda Guerra Mundial (Alba, 1992); o Leonardo da Vinci (1513), que realiza su autorretrato a los 61 años (fig. 1):

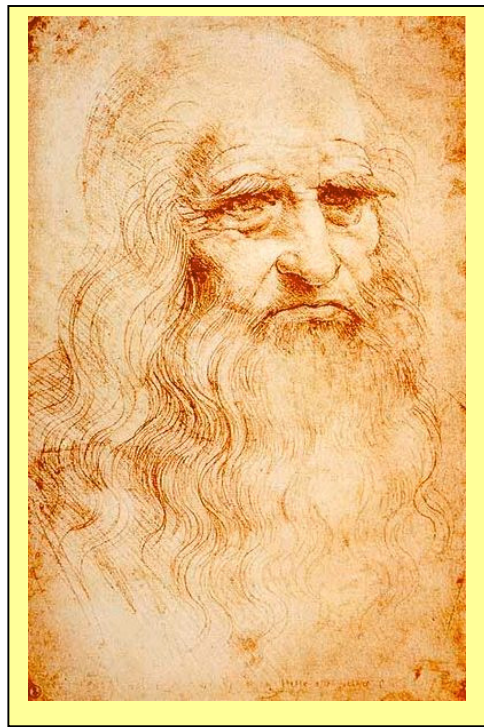


Fig. 1.: Leonardo Da Vinci (1513): *Autorretrato* (61 años)

No es fácil contestar qué se entiende por vejez, y el estudio etimológico tampoco aclara mucho (Yuste, 2004b). Nunca ha tenido una “Edad de Oro”, sino una evolución irregular (Claver, 2002). Por ello, puede ser más apropiado estudiar el concepto haciendo un recorrido a través de la historia, ya que no siempre ha tenido la misma consideración. Sus misterios han sido preocupación constante de religiones, artes, literatura o filosofía (Kart, 1990; Rodríguez, 1989); todas las épocas, o mejor dicho, todas las culturas, tienen su forma de ver los últimos años de la vida (Sánchez y Ramos, 1982), que a su vez cambia también con la edad (Navarro,

1999). Cada civilización tiene un modelo de anciano, en concordancia al cual es juzgado, formándose a lo largo de la historia una ambigüedad hacia esta etapa, que se repite en nuestros días: entre la sabiduría y la experiencia por un lado, y la decrepitud y el desagrado, por otro (de la Serna, 2000). Entre sus extremos, la eliminación y la gerontocracia, hay toda una gama de posibles posiciones sociales (Alba, 1992).

Retrocediendo en el tiempo, los papiros egipcios ya citan ungüentos para “camuflar” los signos de la vejez (de la Serna, 2000). *Ptah-Hotep* la intuye como la peor de las desgracias que pueda afligir al hombre, identificándola con la enfermedad (Ptahhotep, siglo XXIV a. C., cit. por Montet, 1964 y Rojo, 2007). Frente a esto, parece generalizada la veneración hacia los ancianos, intérpretes de las leyes en las culturas egipcias varios siglos antes de Cristo. Pero el papel que se le otorga depende mucho del contexto socioeconómico y cultural, siendo mayor en las sociedades jerárquicas y rígidas frente a las de cambio (de la Serna, 2000). Así, en las sociedades primitivas, tenía un papel positivo en la agricultura, aún fallándoles las fuerzas, en la orientación de las faenas, lo que queda en entredicho en el ámbito industrial (Beauvoir, 1970).

En el Antiguo Testamento se entiende que una vejez larga y feliz era el premio de la virtud, y así, la ley y el Decálogo imponían honrar al anciano. Se consideraba un ser digno, sabio y prudente por su gran experiencia, depositario de la tradición (Yuste, 2004b). No obstante, al abarcar casi mil años, se observan actitudes diferentes a lo largo del tiempo, y van perdiendo importancia y poder paulatinamente. En analogía con esto, en el Nuevo Testamento se ve ya la influencia griega, tomando la imagen del anciano un tinte más negativo (de la Serna, 2000); como ejemplo tenemos cómo San Pablo aplica peyorativamente “hombre viejo” refiriéndose a los hijos de Adán, herederos del pecado original (Rom. 6, 4-6).

En la Grecia Clásica nos encontramos con una visión despectiva (Yuste, 2004b), ya que

la vejez y la muerte estaban entre los males de la vida más implacables e inevitables (Sánchez y Ramos, 1982); incluso la misma divinidad de la vejez, Geras, era un demonio cruel, hermano del engaño y la discordia. Aristóteles ve la virtud en el centro, libre de extremos (Alba, 1992), y resume esta visión tratándola de enfermedad incurable, viendo a los “viejos” como egoístas, cobardes, sin amores ni odios o mezquinos. En este contexto, la ancianidad resultaba ridícula en la comedia y en la tragedia, aciaga (Yuste, 2004b). Es muy indicativo también cómo Pitágoras divide en cuatro etapas la vida, relacionándolas con las estaciones del año, y asocia la vejez al invierno (de la Serna, 2000), mientras que Plutarco la define como un triste otoño (Arquiola, 1995). Con excepciones a esta visión destacan autores como Platón y Homero, así como la ciudad de Esparta, que contaba con el Consejo de Ancianos (Gerusia). Platón nos brinda la única propuesta alegre y utópica de esta etapa que conocemos de la Era Clásica (Rojo, 2007), destacando en ella la discreción, sabiduría y prudencia, y considerando que la vejez de cada uno dependía de su pasado, ya que la honestidad era la garantía de una posterior vejez saludable (Yuste, 2004b).

Visiones similares a las griegas se daban en Roma (Yuste, 2004b), aunque aquí el peso de los ancianos fue mayor; el Derecho Romano llegó incluso a conceder importancia a la figura del *pater familias* (de la Serna, 2000), con un poder casi absoluto. Al hijo que golpeaba al padre se le condenaba a muerte, y para casarse se requería el consentimiento también del miembro más mayor de la familia. Sin embargo, con la expansión la sociedad fue cambiando y desvaneciéndose este poder (Alba, 1992). Entre los autores, se pueden destacar a Séneca, Galeno u Horacio; para éste último, la vejez era nostalgia, impotencia e infelicidad. Entre las excepciones, estaría Cicerón (106-43 a.C.) y su ensayo *De senectute*, quien recomendaba llegar pronto a ella para poder disfrutarla más, apuntando que el buen o mal envejecer depende de cómo es y cómo lo acepte cada persona (Yuste, 2004b); respalda además que está

influida por las circunstancias sociales, y llega a proponer normas para lograr una vejez aceptable (Sánchez y Ramos, 1982). De hecho, el enfoque positivo que se intenta proponer actualmente no es sino un eco de sus palabras: *“No es probable que después de haber dispuesto con tanto cuidado las demás etapas de la vida, ella (naturaleza) haya desatendido el último acto, como un poeta incapaz”* (Cicerón, cit. por Laforest, 1991).

En la Edad Media tampoco se valoró al anciano, ya que su trabajo no era óptimo ni en la guerra ni en la agricultura, principales actividades de ese período (Yuste, 2004b).

Durante el Renacimiento perviven los cánones clásicos, que exaltan la belleza y la juventud, juventud que se intenta prolongar a través de la medicina y la magia. Pero a pesar de que la vejez supone el signo del fracaso, se confía a los viejos responsabilidades elevadas y honores (de la Serna, 2000).

En la Edad Moderna sólo se aceptan los sabios o poderosos. Montaigne (1533-1592) la consideraba, nada menos, que la pérdida y mutilación del propio ser. Ronsard (1524-1585) ya muestra en sus versos *“corta en su juventud la rosa”* que el único tesoro era la juventud (cit. por Yuste, 2004b). Burton (1626) la ve como algo frío y seco, de la misma calidad que la melancolía, y se tiene que esperar al Romanticismo, con su sesgo sentimental, para que no sólo se venerara la juventud, sino también la vejez y su alto grado de madurez (Yuste, 2004b). Es a finales del XIX cuando se separa de la enfermedad, naciendo la Gerontología y la Geriátrica (Sánchez y Ramos, 1982).

Posteriormente la visión de la vejez ha mejorado, pero han ido quedando una serie de prejuicios, tanto positivos como negativos (Lubomudrow, 1987), en cuyo trasfondo se vislumbra, según Babladelis (1987), que la sociedad sigue sin aceptarla. Esto es peligroso al minimizar las diferencias individuales e ignorar cada envejecer particular (Álix y Muñoz, 2006).

Entre los estereotipos asumidos o más generalizados, están el creer que es una segunda niñez o que no les interesa el sexo (Monedero, 1986); el más extendido en España, según un estudio de Fernández-Ballesteros (1992), es que “la vejez es el momento de descansar después de toda una vida dedicada al trabajo”, predominando también una visión negativa más acentuada en los propios mayores, lo que les lleva a relacionarse menos, a no querer aprender cosas nuevas o a no hacer caso a síntomas físicos de enfermedades tratables por relacionarlos con achaques inevitables de esta edad (Pasupathi, Carstensen y Tsai, 1995; Rodin y Langer, 1980). Palmore (1992) indica que estos estereotipos conllevan a una discriminación por edad, pudiendo derivar en el concepto de *ancianismo* (Butler, Lewis y Sunderland, 1991). Por su parte, Arluke y Levin (1984), vieron la generalización en relación a la gran variedad de situaciones personales y el enorme rango de edad de esta etapa.

Así, a pesar del desarrollo del conocimiento sobre gerontología en general, y sobre la psicología del anciano en particular (Birren y Schroosts, 1996, 2001), al hablar de envejecimiento son muchas las nociones populares, en ocasiones contradictorias; a veces disponemos de tan pocos datos, que no distinguimos entre creencias correctas y mitos infundados (Schaie y Willis, 2003). En este sentido, Fernández-Ballesteros (1993) ya hacía eco de lo difícil que es llegar a conseguir una vejez saludable, incluso con medidas sociales compensatorias, ya que esta visión negativa, y en parte no fundada, no sólo ha calado en la sociedad, sino que incluso la perpetúan los propios profesionales y los propios ancianos, lo que es denunciado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990), que pide a los países que tomen medidas para combatir estas actitudes sociales nocivas. Al ser hoy día la vejez un destino social, los estereotipos se convierten en una de las grandes batallas contra la que se ha de luchar (Rubio, 2004c).

La pervivencia de estas ideas sugiere lo complicado que resulta, a veces, distinguir entre

realidad e historia, entre mito y ciencia, más cuando desde el comienzo del estudio científico del envejecimiento no se han hecho excesivos progresos en su explicación, ni se han desarrollado teorías globales (Birren y Birren, 1990). Es cierto que ahora la vejez se ve más socializada y más natural, pero queda por lograr que sea también más humanizada (Yuste, 2004c).

Toda esta ambivalencia con la que se vive la última etapa de la vida puede llevarnos a preguntarnos si somos nosotros los que nos sentimos viejos, o son los ojos de otros los que nos lo hacen (Beauvoir, 1970). Y es que la aspiración a una larga vida no es propia de una época o cultura, sino que es una aspiración humana. La vejez presenta la imagen viviente de la brevedad de la existencia, por lo que es inevitable que nos inquiete y nos lleve a la reflexión. Por ello, la gerontología, aparte de su vertiente colectiva y científica, se puede considerar como una reflexión existencial, ya que no pertenece ni al presente ni al pasado, ni al científico ni al analfabeto, sino que pertenece a lo humano en cuanto tal (Laforest, 1991).

2.2.- Relevancia social del envejecimiento

No empezamos a contar los años de un hombre hasta que a éste no le queda ninguna otra cosa que podamos contar (Ralph Waldo Emerson)

El envejecimiento de la población presenta diferentes significados según desde qué perspectiva se analice (Mederos y Puente, 1996), y poco tiene que ver con el envejecimiento de cada persona (Pérez Díaz, 2002). En cualquier caso, es un fenómeno demográfico nuevo desde el punto de vista histórico, relacionado con el desarrollo económico, sanitario, social y cultural de un pueblo (de la Serna, 2000); aparece como un reto que hay que afrontar, haciendo que nos adaptemos a situaciones nuevas y que inventemos soluciones a problemas inéditos (Laforest, 1991). Simboliza la modernización demográfica lograda, frente al dolor familiar y social del pasado de ver cómo las vidas se agotaban, sin distinción de edades (García, 1998). Por ello, podemos considerar el hecho de vivir en el continente más envejecido del mundo como producto del éxito de nuestra sociedad (Fernández-Ballesteros, 2008a), situándonos globalmente entre los países con mayor longevidad, junto a Japón, Canadá y los Países Nórdicos (de la Serna, 2000). Además, la particularidad de España es que ninguna otra nación del entorno ha experimentado jamás una transformación demográfica tan intensa en tan poco tiempo, llegando incluso a tener un mayor número de abuelos que de nietos (López, 2005), siendo 2001 el punto de inflexión (del Barrio y Abellán, 2009).

A este cambio de tendencia han contribuido la progresiva disminución de las tasas de mortalidad (primeramente en la infancia y juventud y luego en el resto de las edades) y, algún tiempo después, las de natalidad (López, 2005). Si tenemos en cuenta que la esperanza de vida era de 18 años en los romanos, de 25 en el siglo XVII y de 30 años en el XVIII (de la Serna, 2000), cobra aún más valor el que a lo largo de la segunda mitad del siglo XX se haya conseguido disminuir la mortalidad en todas las edades, pasando a doblarse la esperanza de

vida de apenas 40 años que existía a principios del siglo XX (Fernández-Ballesteros, 2008a). Incluso las proyecciones indican que continuará el aumento, pasando de una media de 80 años en 2007, a una de 82 esperada para 2025 (European Communities Council (ECC), 2007; USA, 2006). Esto contrasta con la esperanza de vida mundial, que en 2005 era de 67,2 años según Naciones Unidas (Castejón y Abellán, 2009).

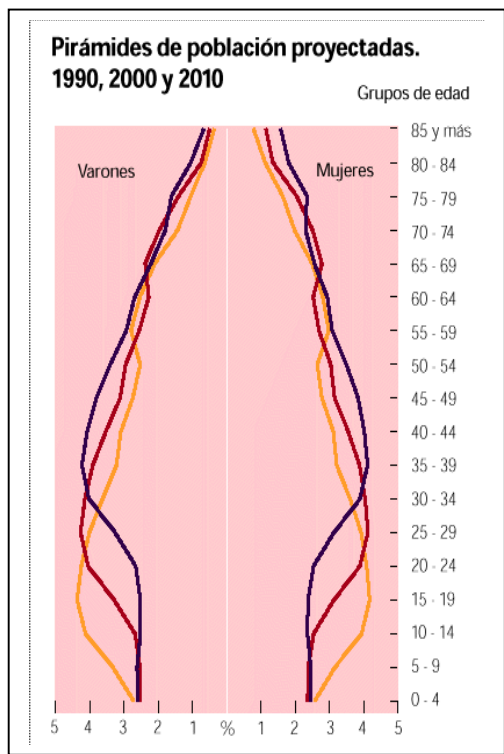


Fig. 2.: Población española (1990-2010)
(INE, 1999)

y Martínez, 2001) (fig. 2).

El hecho de que el envejecimiento sea una de las tendencias demográficas más sólidas en nuestra sociedad (figs. 2 y 3), incluso a nivel mundial, es una de las causas del incremento pandisciplinar de los estudios en este campo (Triadó y Villar, 2006). Nos situamos en cuarto lugar dentro de los países más envejecidos del planeta, que encabeza Japón por delante de Italia y Alemania, aunque la última revisión fechada en 2008 del World Population Prospects de Naciones Unidas nos retrasa un puesto (del Barrio y Abellán, 2009). Según HelpAge

El otro factor contribuyente al actual envejecimiento poblacional, es el firme descenso de la fecundidad, que no comenzó en España hasta 1910 (Livi-Bacci, 1999; Delgado, 2001); fue a mediados de los 70 cuando comenzó a orientarse a la baja con enorme intensidad, reduciéndose a la mitad entre 1975 y 1990. Respecto a una posible recuperación, llevan tiempo apuntándose tesis optimistas (Cabré, 1997), pero también pesimistas (Zamora, 1997). La inmigración, por su parte, está ralentizando en un grado difícil de precisar esta tendencia al envejecimiento poblacional (Izquierdo

Internacional (2002), el 16,7% que representaban los mayores de 65 años en nuestro país en el año 2000, alcanzará casi el 20% en 2050; y a nivel mundial se estima que el porcentaje llegará al 22%. Esta propensión de la población española hacia el envejecimiento estaba prevista, pero como apunta López (2005), no de un modo tan vertiginoso. La figura 3 muestra esta evolución.

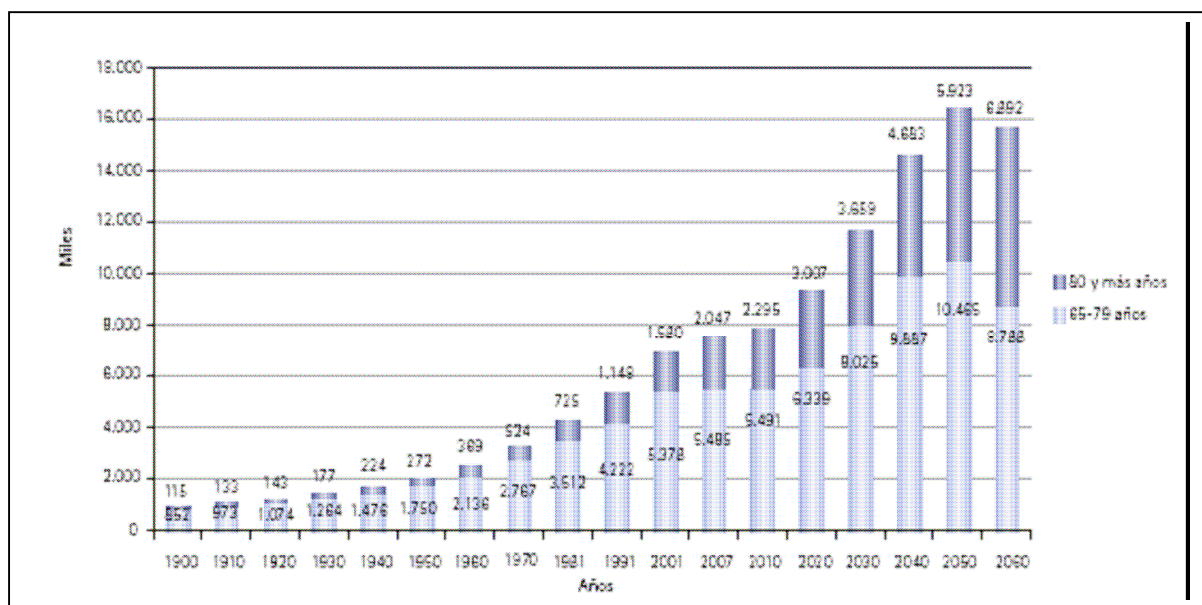


Fig. 3: Evolución de la población mayor, 1900-2060 (miles). Tomado de Del Barrio y Abellán (2009).

* De 1900 a 2007 los datos son reales; de 2010 a 2060 se trata de proyecciones

Sin embargo, el problema no está en estas tasas tan altas, sino en que esto traiga asociado una mayor dependencia y morbilidad (Fernández-Ballesteros, 2008a); hoy día, entre el 20 y el 25% de los mayores de 65 años presentan algún tipo de limitación funcional (Muñoz, 2006a), encontrándose la esperanza de vida libre de discapacidad al nacer en España en el año 2000 en 70,7 años, variable en donde las mujeres se ven desfavorecidas (Castejón y Abidal, 2009).

Por otro lado, el envejecimiento es diferente en muchos aspectos entre hombres y mujeres (Vega, 1990) (fig. 4). Freixas (1997), apunta que además de las formas de vida

distintas, la esperanza de vida es desigual a favor de las mujeres, llevando a que sufran más la viudedad o la soledad. En 2002 la esperanza de vida al nacer para las españolas superaba los 83 años, cifra que a escala mundial sólo es superada por las japonesas (López, 2005); ello lleva a que representen el 58% de nuestros mayores (INE, 2002). En cambio, parece ser que son ellas, en general, las que mantienen opiniones más negativas sobre el envejecimiento y las personas de edad (Vega, 1990). Igualmente existen diferencias en aspectos relacionados con los tipos de problemas de salud y la edad en la que se implantan entre ambos sexos (Iruzubieta, 2005).

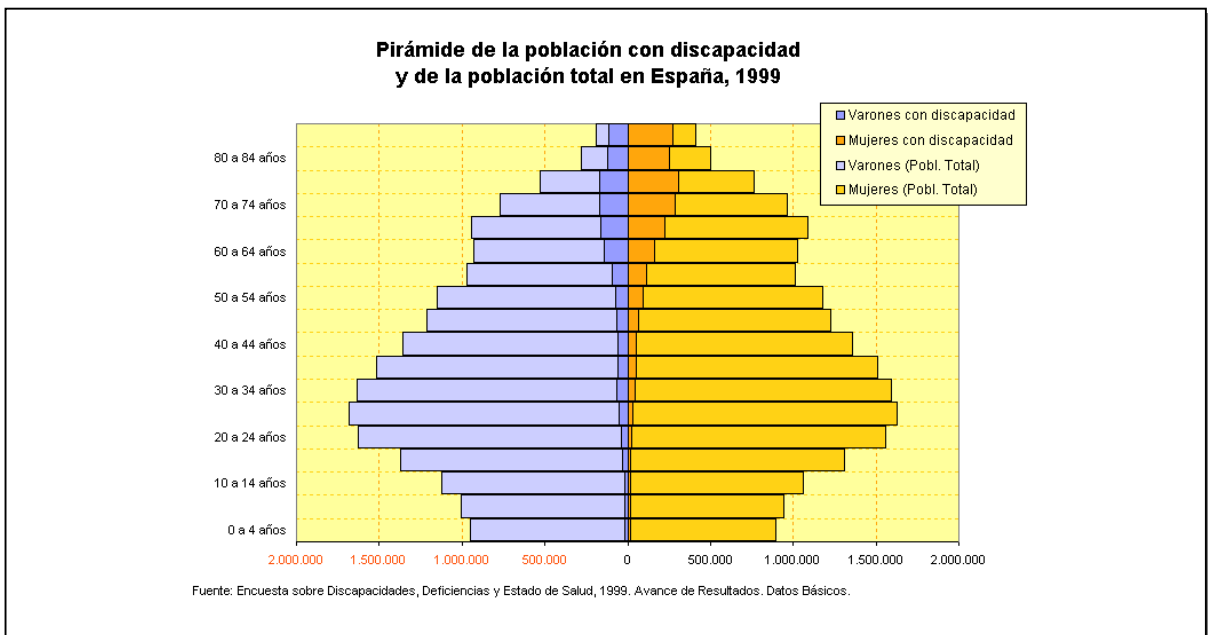


Fig.4: Pirámide poblacional total y con discapacidad (INE, 2002)

También hay que considerar la edad en sí (fig. 3), ya que esta etapa puede suponer hasta un tercio del ciclo vital, siendo el grupo que más aumenta el de mayores de 80 años; así, según el último Padrón Municipal (2007), éstos suponen el 4,5% de la población total y un 27,2% de la población mayor, estimándose que en 2060 el porcentaje de población octogenaria alcanzará el 13,1%.

A la vista de todos estos datos, tenemos que sin que existan precedentes históricos definidos, la población anciana se ha hecho visible en el mundo actual, de tal modo que sus necesidades y problemas comienzan a ser, sin excepción, las necesidades y problemas de todos (Pérez, 2004). Ello ha favorecido el interés de diversas disciplinas por el estudio de formas satisfactorias de envejecer, para promover que esta etapa vital se experimente de forma activa y productiva para uno mismo y para la sociedad; también se ha despertado el interés por la cuarta edad, donde la probabilidad de enfermar, de soledad y de necesidad de cuidados aumentan considerablemente (Triadó y Villar, 2006). Ya en el II Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento, aprobado en la II Asamblea General de Naciones Unidas en Madrid en 2002 (United Nations, 2002), ha estado muy presente la idea que resalta la OMS de que lo importante no es dar más años a la vida, sino dar más vida a los años (Vega y Bueno, 2000; Fernández-Ballesteros, 2008a); y esto a su vez no es más que el reflejo de las palabras de Homero en su mito de Tithonio, en donde el deseo de eterna juventud es el que daría sentido al deseo de prolongar la vida.

2.3.- Conceptos y modos de envejecer

El arte de envejecer es el arte de conservar alguna esperanza (André Maurois)

La vida no se define sin la muerte, y el envejecimiento es precisamente una victoria sobre ella (Alix y Muñoz, 2006). Sin embargo, la vejez es un término que nos estremece, una palabra cargada de inquietud, fragilidad, incluso para algunos, de angustia; su sentido es impreciso, convirtiéndose en una realidad difícil de delimitar, estando sus contornos dentro de un complejo fisiológico, psicológico y social, que hace que aunque biológicamente el nacimiento sea su punto de inicio, el ritmo varíe mucho (Minois, 1987).

Llama la atención que aunque entre adultez y vejez ocupen el 75 % de nuestra vida, hasta ahora han sido poco estudiadas al creer que el cambio en esas edades era la excepción. Es la gerontología la encargada del estudio de los fenómenos del proceso de envejecimiento desde la madurez hasta la vejez, así como de los ancianos como población especial (Schaie y Willis, 2003). Dada su duración, el caracterizar este proceso se complica, por lo que se ha comenzado a subdividir en períodos más breves (Crespo, 2006a).

A pesar de que es importante distinguir entre el efecto de la edad y el de la discapacidad (Kunzmann, Little y Smith, 2000), Triadó y Villar (2006) destacan uno de estos períodos que cada vez tiene más peso: la vejez avanzada o cuarta edad (*envejecimiento del envejecimiento* (Yuste, 2004c)), que deja a un lado la consideración de persona mayor como aquella con más de 65 años sin más diferenciaciones. Su inicio es ambiguo, variando incluso según la cultura o el momento histórico. Por ello, Baltes y Smith (2003) introducen un criterio demográfico (cuando la mitad de las personas de la misma generación ya han fallecido, comenzando entonces en los países desarrollados entre los 80 y 85 años), aunque también reconocen el criterio biológico individual y la aparición de la fragilidad física. En relación a esto último, la vejez avanzada refleja que la pérdida se convierte en inevitable y dominante, se plantean

múltiples desafíos y las necesidades se multiplican poniendo al límite nuestra capacidad adaptativa y de supervivencia, pues disminuye drásticamente la capacidad de recuperación en caso de pérdida. Además, los recursos necesarios también aumentan llevando, como comentan estos autores, a decisiones políticas y éticas que no son fáciles. Su estudio tampoco es sencillo, ya que muchas veces sólo participan los que tienen mejor salud física y mental, pudiendo llevar a una visión demasiado optimista de esta etapa (Coleman y O'Hanlon, 2004).

Todo ello nos lleva a considerar una vez más que la definición de “anciano” no es inequívoca, sino algo cambiante histórica y socialmente (Vázquez y Lozoya, 1994), y no sólo está la variedad de los modos de envejecer, contraste con la regularidad del desarrollo infantil, sino que existen muchas formas de vivir el propio envejecimiento (Siguan, 1997). Se han de tener en cuenta diferentes aspectos: el físico (“sentirse viejo”), el biológico (“ser viejo”), el social (“ser considerado viejo”), y el psicológico (“vivir como viejo”) (Navarro, 1999). Desde un punto de vista biomédico, el tomar un punto de corte cronológico carece de base científica, y la edad biológica es difícil de establecer al faltar marcadores biológicos específicos que la definan (Crespo, 2006a). Así, ahondando en la profundidad del concepto, vemos que se puede ser adulto o anciano de modos distintos, como repasa Yuste (2004a):

- Desde el punto de vista penal la variable decisiva es la edad; así por ejemplo se elige una determinada para la mayoría de edad, que no siempre ha sido la misma, ni siquiera para ambos sexos. Por la misma razón, también es muy arbitrario el elegir una edad de retirada laboral, ya que no se pueden meter en el mismo saco todos los tipos de trabajos.
- Para la filosofía se alcanza la adultez con la madurez moral y de juicio, y la vejez es una fase necesaria y deseable para preparar la propia muerte, sin la que, según Schopenhauer (1955), resultaría demasiado difícil morir. Rostand

afirmaba que “alguna cosa le faltaría a la humanidad en la que el individuo se prolongara sin envejecer y en la que la muerte golpeará sin hacerse anunciar”.

- Para la biología y la medicina, el ser vivo cumple un ciclo que implica nacer, crecer, envejecer y morir, y la vejez es un proceso inherente al ciclo vital, una decadencia paulatina del organismo maduro cuyo ritmo depende de cada sujeto, y no es igual en cada órgano.
- Según la sociología, los criterios dependen de la cultura y de la sociedad, y los roles en esta etapa en nuestro medio están muy relacionados con la jubilación.
- Por último, la vejez psicológica se refiere a la capacidad adaptativa (Vega, 1990), y tiene en cuenta la situación de las funciones cognitivas (inteligencia, memoria, emotividad, etc.), el equilibrio de la personalidad y la competencia del sujeto en distintas conductas. Desde el enfoque evolutivo del ciclo vital, ni la edad adulta supone cumbre definitiva, ni la senectud es absoluto ocaso.

Todas estas concepciones no sirven para expresar la totalidad de la vejez, ya que hay que tener también en cuenta el conocimiento empírico de la misma, considerada en su realidad existencial y preguntándonos sobre en qué consiste la experiencia de ser anciano. El primer conocimiento sobre ella no nos lo da la ciencia, sino nuestra experiencia personal (Laforet, 1991). Y es que sólo conociendo lo que significa ser viejo, cómo se ven éstos a sí mismos o como ven su vida y la naturaleza de la ancianidad, se podrá aspirar a moldear un presente y un futuro significativo para ellos y los que vendrán después de ellos (Kaufman, 1986). Pero el llegar a este conocimiento experimental no implica que sea imprescindible que uno sea viejo; basta con ser humano (Laforet, 1991).

2.4.- Principios básicos del envejecimiento normal. Modelos explicativos.

Todos deseamos llegar a viejos, y todos negamos que hemos llegado (Quevedo)

2.4.1.- Envejecimiento normal

Sin olvidar la singularidad de cada sujeto ni la interacción con raíces sociales y psicológicas, hay que destacar el trasfondo biológico del envejecimiento (Yuste, 2004d). A lo largo del ciclo vital todos los individuos se ven sometidos a determinados cambios, y tienen que desarrollar nuevas capacidades para su adaptación (Prados y Muñoz, 2006), siendo para ello clave la neuroplasticidad (Agüera-Ortiz, Losa, Goez y Gilaberte, 2011). Para Kirwood (1996), el envejecimiento es un deterioro funcional, progresivo y generalizado, que causa una pérdida en esta respuesta adaptativa a la agresión y un aumento del riesgo de enfermedades asociadas a la edad. Strehler (1962) lo considera un proceso universal, progresivo y con efectos acumulativos, intrínseco al organismo e irreversible y degenerativo. Su ritmo, tanto intra como interindividual, es diferente entre las distintas estructuras y funciones (Maddox, 1991). Cristofalo (1991) destaca cinco cambios propios del envejecimiento:

- a.- Cambios en la composición química corporal, como mayor porcentaje grasa y menos masa muscular y ósea.
- b.- Cambios degenerativos globales (ej. menor ritmo cardíaco o capacidad pulmonar).
- c.- Menor capacidad de responder adaptativamente a los cambios ambientales.
- d.- Aumento de la vulnerabilidad a muchas enfermedades.
- e.- Aumento exponencial de la probabilidad de muerte.

Tenemos así que, a diferencia de las teorías psicológicas con su visión más positiva, desde un punto de vista biológico cobra gran importancia el concepto de pérdida (Belsky, 1996). Tras el primer tercio del ciclo vital el cuerpo va cambiando, produciéndose un declive en el funcionamiento de órganos y sistemas, que se acentúa en las últimas décadas (Triadó,

2006); es a finales de la séptima cuando el equilibrio se inclina hacia la fragilidad, dándose deterioros físicos e intelectuales que, aunque no sean típicos, son más frecuentes que antes. Esto lleva a muchos gerontólogos a no compartir los 65 años como indicador de entrada en la edad avanzada, pues aunque cualquier edad específica sería arbitraria, consideran más apropiada la que separa al anciano joven del anciano-anciano, ésta es, sobre los 80 años (Belsky, 1996). Los cambios físicos, a su vez, son importantes por su relación con el funcionamiento del sujeto en su vida cotidiana, pudiendo alterarse el ritmo funcional, o llegar incluso a situaciones de dependencia, con sus problemas psicológicos asociados (Triadó, 2006).

Para determinar si un cambio físico concreto puede considerarse intrínseco del envejecimiento, Strehler (1962) propuso que ha de ser deletéreo, progresivo y universal, además de inevitable. En cualquier caso, la delimitación no es tan sencilla, aunque es importante comprender los cambios físicos signos reales del envejecimiento para controlar o eliminar los que no lo son; también se puede disminuir el grado en que aparecen algunos cambios inherentes (Belsky, 1996). Dejando a un lado las modificaciones en la apariencia, como arrugas o canas, y el declive en los sentidos o en el sueño, la tabla 1 refleja los cambios en la anatomía y función en los principales sistemas orgánicos. Por su parte, la tabla 2 muestra el comportamiento del funcionamiento cognitivo con el transcurrir de los años.

Con todos estos cambios, se podría creer que envejecimiento y enfermedad se superponen, pero sólo son conceptos relacionados, ya que aunque el paso del tiempo aumenta el riesgo de enfermar, ello puede no ser propio de esta etapa o darse sólo en relación a ella. Tenemos así cambios que no aumentan la vulnerabilidad a la patología (canas), junto a los que sí lo hacen (peor funcionamiento inmune) (Triadó, 2006).

Tabla 1: Envejecimiento primario: cambios en la anatomía y función de los principales sistemas orgánicos

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

Tabla 2: Efectos del envejecimiento sobre las capacidades cognitivas (Spar y La Rue, 1999).

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

La tabla 3 indica las principales diferencias entre envejecimiento y enfermedad.

Tabla 3: Principales diferencias entre envejecimiento y enfermedad (Crespo, 2006a)

Envejecimiento	Enfermedad
Universal	Particular
Progresivo	Agudo-crónico
Específico	General
Supresor	Más o menos invalidante
Incurable	Tratable
Irreversible	Reversible

En base a esta diferencia entre envejecimiento como vulnerabilidad, y enfermedad como patología, Birren y Cunningham (1985) distinguen entre envejecimiento primario (menor capacidad vital y de adaptación, sin enfermedades), secundario (también hay enfermedades), y terciario (se acelera el declive, deterioro biológico terminal). Kohn (1985), por su parte, divide las enfermedades dentro del proceso normal de envejecer, en tres categorías: las universales, progresivas e irreversibles, como la arteriosclerosis (aunque a veces han de alcanzar determinados límites); las no universales, en las que la edad es un factor de riesgo (ej. demencia), y las que aún no siendo propias de la vejez, tienen consecuencias más graves en ella (ej. neumonía).

En un intento de explicar el proceso, Popper (1965) resalta que la ciencia avanza cuando diversas teorías que intentan explicar un fenómeno confluyen en una sola; pero en el caso del envejecimiento, hay más de un centenar, y ninguna lo explica con total satisfacción. El hecho de que existan tantas, la mayoría probables (Cristofalo, Tresini, Francis y Volker, 1999), indica una relativa infancia científica (Schaie y Willis, 2003). Existen grandes áreas de solapamiento entre las diversas aproximaciones, representando muchas veces aspectos concretos de un proceso más global (Crespo, 2006a).

2.4.2.- Teorías biológicas

Los expertos en el ciclo vital advierten que el envejecimiento biológico comienza en el momento del nacimiento (Schaie, 2000). Santrock (2006) hace hincapié en cuatro de estas teorías para explicar los motivos que llevan a este proceso, y que a continuación, intentaremos sintetizar.

a) Teoría del reloj celular

Fue formulada por Hayflick (1965, 1974 y 1994), quien afirma que las células pueden dividirse un máximo de setenta y cinco a ochenta veces, cifra que disminuye al aumentar la edad. Ello le lleva a establecer que el límite máximo del potencial del ciclo vital humano, a pesar de los avances médicos, se traduce en unos 120 años; esto lo podemos relacionar, curiosamente, con esta cita bíblica: “*Y dijo Jehová: No contendrá mi espíritu con el hombre para siempre, porque ciertamente él es carne: mas serán sus días ciento y veinte años*” (Génesis (6, 3)). Las investigaciones recientes han intentado comprender algunos aspectos de esta teoría (Cherif, Tarry, Ozanne y Hales, 2003; Riethman et al., 2004; Sharpless y DePinho, 2004), encontrándose que el motivo que lleva a la célula a morir puede estar en los extremos de los cromosomas (Shay y Wright, 1999, 2000, 2002, 2004). Así, cada vez que una célula se divide, los telómeros se acortan, llegando a un acortamiento límite en la longitud donde la célula no puede reproducirse y se elimina para proteger la integridad del genoma.

b) Teoría de los radicales libres (Harman, 1956)

De acuerdo con ella, envejecemos debido a que los procesos metabólicos normales de nuestras células, dan lugar a moléculas inestables de oxígeno denominadas radicales libres, que dañan el Ácido Desoxirribonucleico (ADN) y otras estructuras (Berr, 2002; Poon, Calabrese, Scapagnini y Butterfield., 2004). El movimiento caótico de estas moléculas dentro de la célula, se producen daños que pueden desembocar en problemas de salud (Hauck y Bartke, 2001; Troen, 2003). Se ha establecido una relación entre el exceso de alimentación y

su aumento, viendo que la limitación de la ingesta de calorías (con ingesta adecuada de proteínas, vitaminas y minerales) reduce el daño oxidante provocado por estos radicales libres (Yu, Lim y Sugano, 2002).

c) Teoría mitocondrial

Resalta el papel resultante del deterioro de las mitocondrias dentro de las células (Kang y Hamasaki, 2003; Ames, 2004; Bertoni-Freddari et al., 2004). Se cree que este deterioro se debe al daño celular oxidante y a la pérdida de micronutrientes fundamentales proporcionados por la célula (Parsons, 2003; Driver, Georgiou y Gergiou, 2004; Genova et al., 2004; Merry, 2004). Los radicales libres son precisamente uno de los productos derivados de la producción energética mitocondrial, entrando en un ciclo en el que el daño oxidante impide el correcto funcionamiento de estos orgánulos, lo que lleva a la creación de mayores cantidades de radicales libres; con el tiempo, la mitocondria afectada no es capaz de producir la energía necesaria para cubrir las necesidades celulares (Barja, 2004a,b). Este deterioro mitocondrial se ha asociado a la incidencia de algunas patologías (Anantharaju, Feller y Chedid, 2002; Floyd y Hensley, 2002), pero aún no se ha determinado si da lugar al envejecimiento o si ambos procesos se producen a la vez (DiMauro, Tanji, Bonilla, Palloti y Schon., 2002).

d) Teoría del estrés hormonal

En contra de las tres teorías anteriores, que intentan dar una explicación desde el nivel celular, ésta defiende que el envejecimiento del sistema hormonal puede disminuir la resistencia ante el estrés y aumentar así la probabilidad de enfermar (Finch y Seeman, 1999; Parsons, 2003). Una posterior variación de esta teoría se ha centrado en el importante papel que desempeña la reducción del funcionamiento del sistema inmunológico con la edad (Hawkey y Cacioppo, 2004). Esto puede verse acentuado por la mayor duración del estrés y la disminución de los procesos reparadores en esta etapa.

En un intento integrador, Olson (1987) sintetizó las causas endógenas y exógenas, que llevan a un envejecimiento celular continuo, consubstancial a nuestra vida, reflejando la longevidad (L) en la siguiente fórmula:

$$L = K \left(\frac{\text{PrI} + \text{Em} + \text{Radiar}}{\text{VeM}} \right) A$$

K = constante de especie, factores genéticos;

PrI = reacciones protectoras frente a los radicales libres;

Em = errores en los mensajes celulares;

RADNar = ruptura irreparable del ADN altamente redundante;

VeM = velocidad específica del metabolismo;

A = factor aleatorio, en cierto modo controlable, tasa de agentes agresivos del medio.

Tenemos entonces que ninguna teoría lo explica totalmente, y que este acercamiento biológico, más allá de los factores que causan deterioro, no refleja otro tipo de consecuencias como las diferencias individuales o la vertiente psicológica; por tanto, como comenta Crespo (2006a), debemos prestar atención al particular envejecer de cada persona para entender la gran diversidad y heterogeneidad del proceso, pues la característica esencial del envejecimiento normal es la variabilidad (Montorio e Izal, 2006).

2.4.3- Teorías socioemocionales

Carus (1808) fue el primero en dar una descripción psicológica del desarrollo humano a lo largo de toda la vida, distinguiendo ya una serie de estadios. Sin embargo, su estudio posterior no ha seguido cursos paralelos; mientras que la infancia y adolescencia experimentó un gran desarrollo, la edad adulta y la vejez permaneció adormecida hasta las décadas de los 60 y los 70. La explicación de este decalage habría que buscarla más en razones sociales y demográficas que en razones científicas (Vega, 1990). Así, aparte de Tetens (1977), Carus (1808) y Quetelet (1835), que iniciaron la reflexión, el pionero del estudio psicológico de la vejez es Stanley Hall, con su obra *Senescence. The Last Half of Life*, (1922). Hall contempla todo el ciclo vital, y aunque adelante la vejez a los 40-45 años, la rechaza como pura

involución, mostrando notables diferencias entre viejos. Posteriormente, Charlotte Bühler (1933) elabora cinco etapas desde la infancia a la vejez, según cómo se vivencian la realidad y las metas. No olvidar tampoco a Emilio Mira y López (1961), como primer psicólogo español en interesarse por la vejez, con su obra, *Hacia una vejez joven*). Pero no será hasta después de la II Guerra Mundial cuando se pueda hablar de una Psicología Evolutiva del Envejecimiento con líneas de estudio sólidas e institucionalizadas (Birren y Schroots, 2001).

En las últimas décadas, su interés científico ha aumentado exponencialmente, no sólo desde la psicología evolutiva, sino también desde la psicobiología, la psicopatología o desde la evaluación psicológica, (Belsky 1996). También se aborda el sistema de interacción más o menos directo (relaciones afectivas) o mediatizado (rol y estatus) entre el hombre y su grupo de pertenencia, susceptible de favorecer el buen funcionamiento global del individuo (satisfacción vital) (Alix y Muñoz, 2006). La tabla 4 resume esta evolución histórica.

Etapas históricas en el estudio de la vejez	
I.	Siglo XVIII y Siglo XIX: Origen común con la Psicología Evolutiva de la infancia Autores iniciales comunes: Tetens, Carus, Quetelet, Darwin, Tiedemann, Taine
II.	Largo período de transición En 1920 se publica la obra “Senectud”, de G. S. Hall El interés científico permanece adormecido hasta los 70
III.	A partir de 1950: Aparece la Psicología Evolutiva del Ciclo Vital Comienzan los primeros estudios longitudinales y trasversales sobre la vejez
IV.	Situación actual: Creciente preocupación científica y social Concepción más positiva del proceso de envejecimiento Nuevas teorías sobre el envejecimiento Estudios de entrenamiento

Si nos centramos en algunos de los aspectos integrantes del desarrollo socioemocional en la vejez, tenemos que referirnos a la importancia de una existencia activa que lleve a la satisfacción con la vida, a la adaptación a unas capacidades cambiantes, al afecto, y al papel

positivo que ejercen las relaciones cercanas en el contexto de una vida emocionalmente satisfactoria (Santrock, 2006). Se puede hacer un recorrido por algunas de las teorías propuestas, en donde quedan reflejados estos aspectos integrantes del desarrollo socioemocional en esta etapa de la vida

a) *Teoría psicosocial de Erikson (1950, 1968, 1985)*

Erikson propuso 8 estadios de desarrollo de la personalidad a lo largo de la vida, en donde hay que ganar una situación evolutiva concreta. La crisis que afecta a la vejez es la octava: la encrucijada entre *integridad del yo-desesperación*, cuyas virtudes son la renuncia y la prudencia o sabiduría (Erikson, 1985). La tentación sería la desesperación, cuando el hombre que ha llegado al término de su andar advierte que ya ha echado todos los dados, que no puede cambiar nada de lo que hizo ni hacer nada de lo que dejó por hacer (Siguan, 1997). Evalúan las experiencias pasadas, la propia biografía, y si el balance tiene un sentido, se puede llegar a la integridad, mientras que si es negativo, se puede caer en la desesperación. Esto implica hacer el duelo por lo que ya no se podrá ser nunca, pues no hay más tiempo para retroceder, ni más oportunidades para vivir, implica una reconciliación con los logros y fracasos. Se trata, en definitiva, de dar coherencia al pasado y asumir el modo de vida llevado como condición casi ineludible para aceptar, con serenidad, la cercanía de la muerte; es la hora del *Confieso que he vivido*, de Neruda. Nos lleva a recordar las palabras de Bloch (1959), que señala como propia del anciano la mirada que todo lo abarca.

La elaboración de una historia vital coherente y aceptable, es un medio para conseguir este sentido de integridad (Villar y Triadó, 2006). Ésta sería por tanto la estación de cosecha de los frutos del propio devenir biográfico (Fierro, 1994), promueve la adquisición de la sabiduría, y su poseedor estará preparado para defender la dignidad de su propio estilo de vida, pues sabe que la vida individual no es más que la coincidencia accidental de un ciclo

vital dentro de un segmento de la historia (Erikson, 1963). Es cuando la persona adquiere su propia identidad, o quizá mejor, comienza a trascenderla, lo que Erikson expresó como “yo soy aquello que sobrevive de mí” (Fierro, 1994).

Robert Peck (1955, 1968) no une el desarrollo a la edad, sino a las situaciones que cada sujeto vive, y cree necesarias más etapas: las aumenta a cuatro en la adultez, que han de resolverse en edades medias para que haya una madurez clara, que permita abordar los ajustes de la senectud, donde propone tres crisis a resolver: diferenciación frente a inquietud por el rol laboral, trascendencia corporal frente a preocupación por el cuerpo y trascendencia del ego frente a preocupación por el ego.

b) Teoría de la desvinculación (Cumming y Henry, 1961)

Realmente destaca por su importancia histórica, ya que resume las creencias sobre la vejez durante la primera mitad del siglo pasado. Según ella, envejecer implica un retraimiento recíproco entre el viejo y la sociedad, que produce una desvinculación psicológica (menos afectos) y social (menos relaciones); esto es positivo tanto para el individuo (proceso adaptativo y de mantenimiento de su equilibrio) como para la sociedad (toman el mando jóvenes preparados). Algunas investigaciones señalan que la sociedad puede favorecer este fenómeno al desvincularse, a su vez, de los ancianos (Antonucci, 2004). Esta teoría fue debatida en el VI Congreso Internacional de Gerontología (Copenhague, 1963) y sometida a múltiples investigaciones, no pudiéndose generalizar el retraimiento a todos los ancianos. Algunas rectificaciones apuntadas por Serra, Dato y Leal (1988) son la Desvinculación Selectiva (Havighurst, Neugarten y Tobin, 1964) y la Desvinculación Transitoria (Lehr, 1969; Dreher, 1969, 1970).

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

Es aceptada por más autores que la anterior (Maddox y Eisdorfer, 1962; Reichard,

Livson y Peterson, 1962; Maddox, 1963 y 1968; Atchley, 1977; Longino y Kart, 1982; Rook, 2000; Haber y Rhodes, 2004; Warr, Butcher y Roberts, 2004, etc.). Su hipótesis es que un gran número de roles sociales o interpersonales correlaciona con un alto nivel de adaptación y satisfacción vital percibido por la persona mayor; parece así que la mejor forma de envejecer radica en establecer nuevos roles o en conservar los anteriores. Mishara y Riedel (1984) alertan de que hay que reconocer el valor de la edad, y dotar al anciano de roles reconocidos socialmente. Es éste el planteamiento de la *“teoría del fin de papeles”*, donde Blau (1973) parte de que al acabarse unas circunstancias y los roles que conllevan, es necesario cierto grado de actividad, parecido a lo anterior o con papeles nuevos y voluntarios. Relaciona que cuántos más roles opcionales se tengan al entrar en esta etapa, mejor se lleva el tener que renunciar a los obligatorios, aunque sean los más valorados socialmente. Atchley (1980 y 1985), considera que una vejez acertada implica encontrar nuevos roles o nuevas formas de desarrollar los antiguos. Para Papalia y Olds (1997) en la satisfacción personal también influye el tipo de actividad, ya que las tareas individuales resultan neutras, las formales, en grupo, son negativas, mientras que son los roles informales, con familiares y amigos, los que parecen promover complacencia (Longino y Kart, 1982). En cualquier caso, la asociación frecuente entre actividad alta/estado de ánimo alto, se daría más por la concurrencia de estos fenómenos en simultaneidad con otras variables, que por una causalidad en sí; así tenemos que en la adaptación de los sujetos tienen más importancia la calidad que la cantidad de las actividades, ya que no todos los roles son “buenos” (Alix y Muñoz, 2006).

Neugarten (1964, 1968 y 1973), con su *Teoría de la continuidad*, intenta dar un sentido a las otras dos al comentar que se tiende a reaccionar de modo similar a lo largo de la vida, por lo que la vejez no nivela las diferencias salvo, quizá, en su punto final. Al adaptarse a los cambios biológicos y sociales, el mayor hace uso de lo que es, que no supone otra cosa que

seguir haciendo uso de lo que se ha sido. En este sentido, Mishara y Riedel (1984) ven la adaptación social a la vejez determinada sobre todo por el pasado; un alto nivel de actividad no será más que reflejo de dicha actividad desarrollada anteriormente, cambiando roles por otros nuevos, del mismo modo que los individuos poco activos, se implicarán en menos actividades (Rodríguez, 1994). Lo que el autor no explica, es cómo las condiciones sociales, físicas o afectivas se integran en la dinámica del individuo para explicar la continuidad. Tanto la Teoría de la desvinculación y de la actividad, como la de la continuidad, toman una perspectiva funcionalista, en la que se atiende la vejez como un problema social que se limita a saber cómo el sujeto puede adaptarse a su nueva situación (Alix y Muñoz, 2006).

d) Teoría de la selección socioemocional (Carstensen 1995, 1998)

Mantiene que los ancianos se muestran más selectivos con las redes sociales de las que disponen; reducen el contacto social con los individuos que han aparecido de modo tangencial en su vida, a la vez que lo mantienen o aumentan con gente cercana con los que han disfrutado de relaciones positivas; esto maximiza las experiencias emocionales positivas y minimiza los riesgos emocionales durante el proceso de envejecimiento. Disponen así de redes sociales más reducidas que los jóvenes (Palmore, 1981; Lee y Markides, 1990), pero el número de relaciones emocionalmente cercanas es parecido (Lang y Carstensen, 1994). Esto contradice el estereotipo de caer en una desesperación emocional por el aislamiento social (Carstensen y Löckenhoff, 2004; Löckenhoff y Carstensen, 2004). La teoría también se centra en dos tipos de objetivos que se quieren conseguir (Carstensen, Isaacowitz y Charles, 1999; Charles y Carstensen, 2004; Fung y Carstensen, 2004; Kennedy, Mather y Carstensen, 2004), que son los relacionados con el conocimiento y los emocionales; la motivación hacia unos u otros varía a lo largo del ciclo vital, adquiriendo estos últimos cada vez más importancia (Carstensen, 1998). Vemos así que la trayectoria emocional presenta un nivel elevado durante

la infancia y la niñez temprana, disminuye entre la niñez intermedia y la tardía, para volver a aumentar en la madurez y la vejez. Una de las principales razones que intenta explicar estas cambiantes trayectorias en la consecución de objetivos relacionados con el conocimiento y con las emociones, es la percepción del tiempo, y puede que sean los logros emocionales los más satisfactorios (Santrock, 2006).

En cualquier caso, la amplitud de la red social y la satisfacción con las relaciones interpersonales, son parámetros esenciales que influyen en la salud, en la satisfacción con la vida y, en definitiva, en el bienestar y la calidad de vida de las personas mayores (Fernández-Ballesteros, 2008a).

Por último, y para terminar este recorrido, mencionar otra teoría importante desde el punto de vista del desarrollo socioemocional del mayor, la de *Selección, Optimización y Compensación* (SOC), muy relacionada con el envejecimiento satisfactorio. Se centra en las distintas prioridades, cambiantes a lo largo de la vida, como un aspecto importante del desarrollo, destacando también que para muchos, no es sólo importante alcanzar ciertos logros, sino que también sus objetivos han de tener un significado. Dada su importancia en el proceso adaptativo del anciano, se desarrollará más adelante.

Tenemos así que el secreto del desarrollo del adulto está en qué respuesta da a los acontecimientos, normativos o no, personales o históricos, pues ante un suceso no todos reaccionamos igual; lo que a uno vivifica, a otro deprime. Pero siempre, de todas formas, serán la *adaptación* a los cambios que ocurren y la *reacción competente* ante los mismos, lo que implique ser adulto (Yuste, 2004d).

2.5.- Envejecimiento satisfactorio y proceso adaptativo

Si fuego es lo que arde en los ojos del joven, luz es lo que vemos en los del anciano (Víctor Hugo)

2.5.1.- En busca de la Calidad de Vida

Siendo el envejecimiento de la población uno de los mayores triunfos de la humanidad, es también uno de nuestros mayores desafíos (Freire de Oliveira, 2007). Así, si el principal logro del siglo pasado fue la supervivencia, el de este siglo será la calidad de vida (CV) (Kalache y Keller, 2001), que está pasando a ser la meta gerontológica más perseguida y valorada (Reig, 2000). Ésta tiene cada día más aceptación, al ser abordada desde varios puntos, tratarse de una entidad aglutinadora de diversas disciplinas y ser contextualizada de manera integral (Freire de Oliveira, 2007).

Si bien es consustancial al ser humano el buscar su satisfacción y bienestar, el término CV nunca antes había sido tan utilizado (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macia, 1996), elevándose a la categoría de primera exigencia en los países más desarrollados (Oliveros Cid, Oliveros Juste y Cid López, 2005). Por tanto, aceptar que es inherente a todas las formas de existencia, es fundamento suficiente para definirla, investigarla, e intervenir sobre ella. Schalock (1996) incide en la importancia de su estudio al estar emergiendo como un principio organizador que puede aplicarse a la mejora de una sociedad como la nuestra, sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas. En este sentido, el aumento en la frecuencia y velocidad de los cambios, el exceso de información, la pérdida de motivaciones o valores, o el cambio en la estructura familiar, son ejemplos de los múltiples factores estresantes a los que estamos sometidos (Schwartzmann, 2003), hasta el punto de que la OMS (Levi, 2001) estima que en 2020, el estrés será la principal causa de muerte, vinculándolo a las afecciones cardiovasculares y a la depresión.

Sin embargo, nos encontramos con que la CV es un concepto no muy bien definido,

caracterizado por su continua ampliación (Moreno y Ximénez, 1996), que puede confundirse con otros aspectos aplicables al individuo, como satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio o bienestar subjetivo (Walker, 2005). Buz, Mayoral, Bueno y Vega (2004) señalan que éste último, es uno de los indicadores más visibles del constructo multidimensional de la CV, englobando lo que la gente llama plenitud, felicidad, paz o satisfacción con la vida, y ha mostrado validez en la explicación del envejecimiento satisfactorio (Freire de Oliveira, 2007). Como podemos apreciar, la perspectiva de la CV se revela amplia, y permite incrementar los marcos donde se inscribe el bienestar en nuestras vidas (Pedrero, 2001)

Una de las razones por la que es tan complicado establecer una definición operativa general, es por su dependencia del contexto de referencia (Fernández-Ballesteros, Zamarrón y Macia, 1996). En un primer momento, la expresión CV aparece en debates sobre el medio ambiente y el deterioro de las condiciones de vida urbana; en la década de los 50 y comienzos de los 60, surge la necesidad de medir esta realidad con datos objetivos, al aumentar el interés por el bienestar humano y por las consecuencias de la industrialización de la sociedad; estos indicadores sociales y estadísticos pasaron de ser referencia de las condiciones objetivas a contemplar elementos subjetivos (Arostegui, 1998). Se considera por tanto que evolucionó desde una concepción puramente sociológica en donde prevalecían los aspectos objetivos del nivel de vida, pasando por la perspectiva psicosocial donde los aspectos subjetivos pasan a ser el pilar fundamental, hasta la situación actual, donde innegablemente se asume la subjetividad y su carácter multidimensional (Palomino y López, 1999).

Tenemos así que aunque las definiciones han ido cambiando, se trata de un concepto subjetivo, universal, holístico, dinámico e interpedendiente (Oliveros Cid, Oliveros Juste y Cid López, 2005). Se podría decir que se han mantenido tres aspectos fundamentales: la

referencia a la relación del individuo con su vida, el enfoque multidimensional que incluye aquellos factores que dan carácter integral al ser humano, y la valoración subjetiva que hace cada uno de su propia vida. Nos encontramos así que si bien es cierto que la CV abarca elementos personales del sujeto, tanto subjetivos como objetivos, también abarca elementos externos al mismo, como su medio ambiente o su red de apoyo social (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007); por ello, y puesto que la vida es ontológicamente multidimensional, su calidad habrá de serlo también (Blanco, 1985; Fernández-Ballesteros, 1992), y tendrá que ser definida de modo que englobe tanto aspectos personales como medioambientales, y tanto condiciones objetivas como subjetivas (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007).

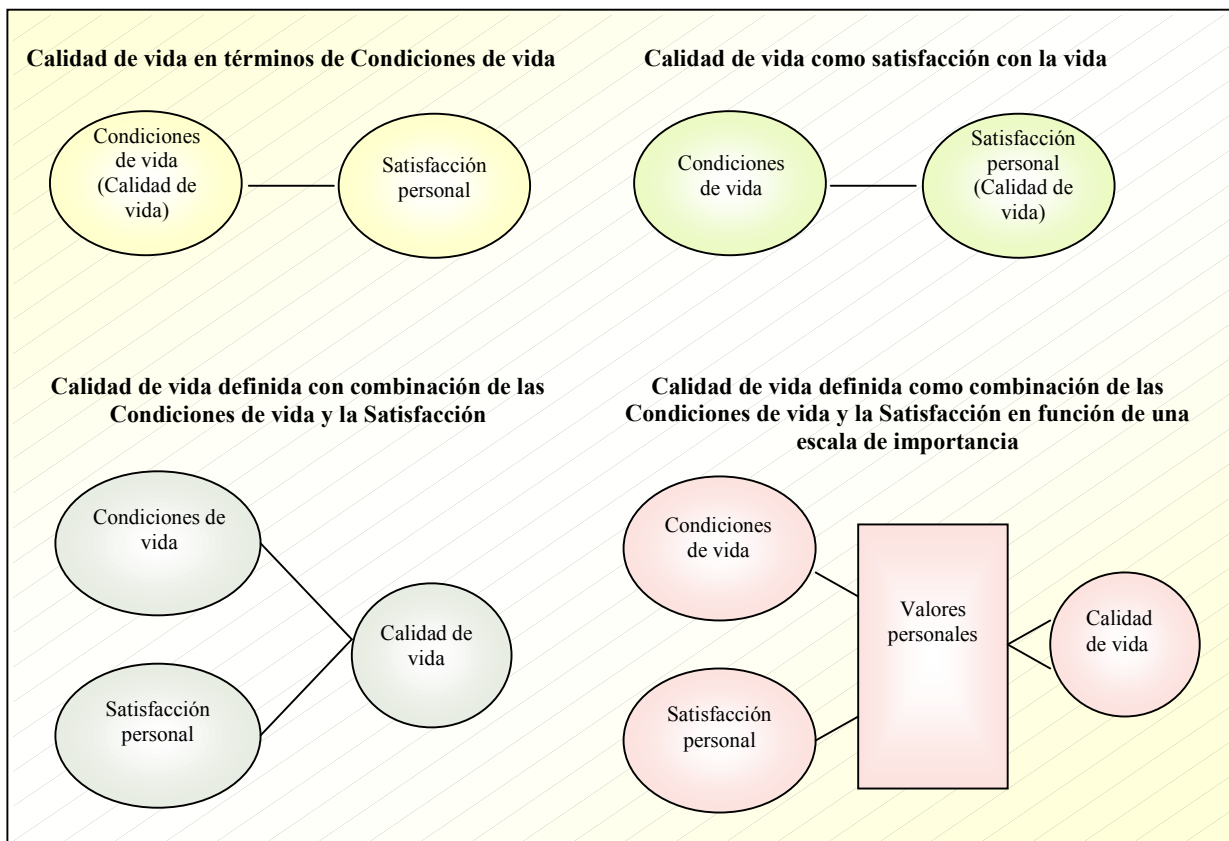


Fig. 5: Traducida y adaptada de Felce y Perry (1995) por Gómez-Vela y Sabe, 2001

Para la OMS (1994, cit. por Schwartzmann, 2003), se trata de la *percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones*. Por su parte, Browne (1994) apunta que “*es el producto de la interacción dinámica entre las condiciones externas de un individuo y la percepción interna de dichas condiciones.*” Felce y Perry (1995) encontraron diversos modelos conceptuales, añadiendo un cuarto a las tres conceptualizaciones propuestas por Borthwick-Duffy en 1992. Existe consenso al identificar cuatro modelos conceptuales de CV, reflejados en la figura 5. Por otro lado, la figura 6 refleja la complejidad de la articulación de las diversas dimensiones de referencia, temporales y de experiencia.

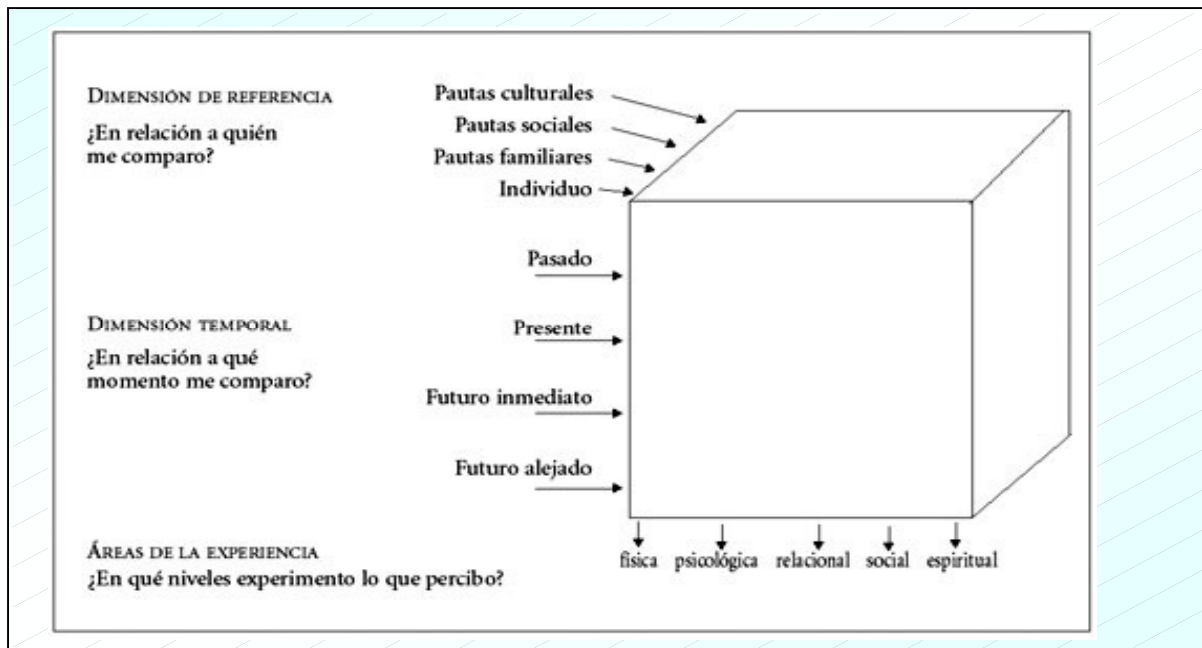


Fig. 6: Dimensiones de la calidad de vida (Sharon Wood tomado de Schwartzmann, 2003)

Por ello, el problema no está en que la CV presente un carácter multidimensional, sino en identificar esas dimensiones y la importancia respectiva que se les atribuye (Freire de Oliveira, 2007), pues como afirma Fernández-Ballesteros (1986), en la literatura no hay

consenso sobre la naturaleza de éstas ni de la forma de seleccionarlas, así como tampoco hay acuerdo sobre su carácter objetivo o subjetivo. Las tres dimensiones que forman parte de la CV global e integralmente son la física, la psicológica y la social (Oliveira Neto, Villaverde, Miranda y Luna, 2006), por lo que los modelos usados suelen destacar como principales dimensiones a explorar el estado físico, las sensaciones somáticas, el estado psicológico y las relaciones sociales (Freire de Oliveira, 2007), no siendo muy común ver la edad en la literatura como indicador de CV (Dulcey-Ruiz y Quintero, 1999).

En cambio, aunque tenga elementos comunes con otros contextos, la CV en las personas mayores tiene un perfil específico en el que no intervienen factores propios de otros grupos de edad, como los referidos al trabajo, y donde aparecen otros idiosincrásicos (Ruiz y Baca, 1992, cit. por Fernández Ballesteros, 1993), pues las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva (Gómez-Vela y Sabeh, 1999); a medida que aumenta la edad, la CV está más determinada por la capacidad para mantener la autonomía y la independencia (OMS, 2002b), siendo sus contenidos más importantes en la vejez la salud, la competencia física, cognitiva y afectiva, y las condiciones económicas y sociales (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007). En esta etapa, los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la CV, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores (Freire de Oliveira, 2007).

De todos modos, los resultados no avalan unánimemente una disminución de la CV con la edad, al menos de todos sus componentes, pues son numerosos los trabajos que muestran que el nivel de bienestar subjetivo es mayor (Casas y Aymerich, 2005); esto se explica por la posible existencia de procesos adaptativos que garantizan cierta estabilidad en la valoración del bienestar psicológico de los ancianos, y que serán abordados más adelante (Baltes y

Baltes, 1990; Brandtstädter, 1999; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999).

Por su parte, Fernández-Ballesteros (1993) presenta un modelo integrador de las dimensiones personales y socioambientales y de los elementos subjetivos y objetivos de la CV de las personas mayores, que interactúan dentro de la cultura (figuras 7 y 8).

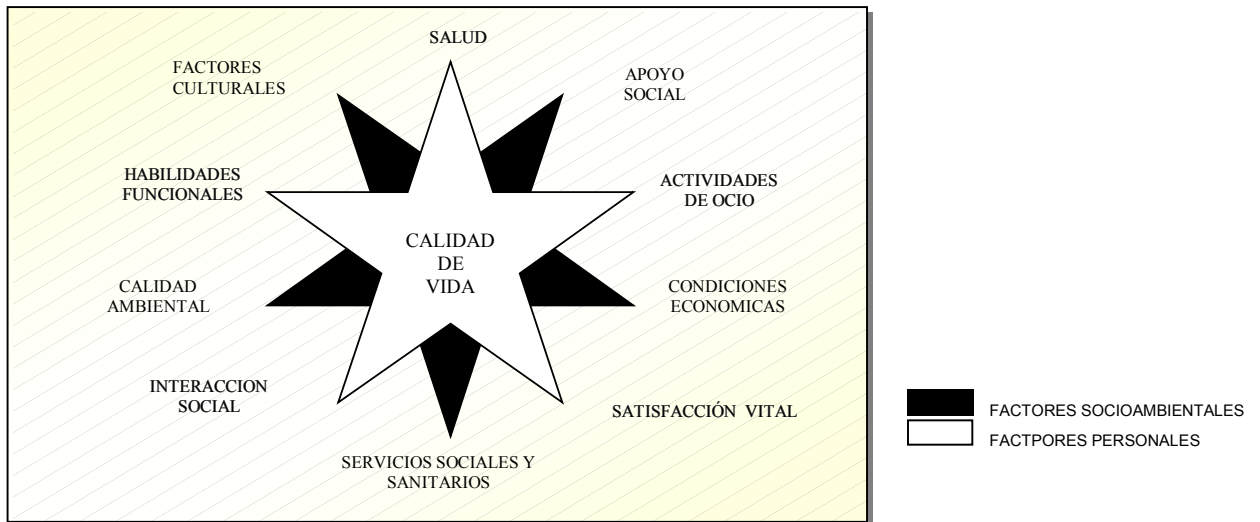


Fig 7.- Multidimensionalidad de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1993)

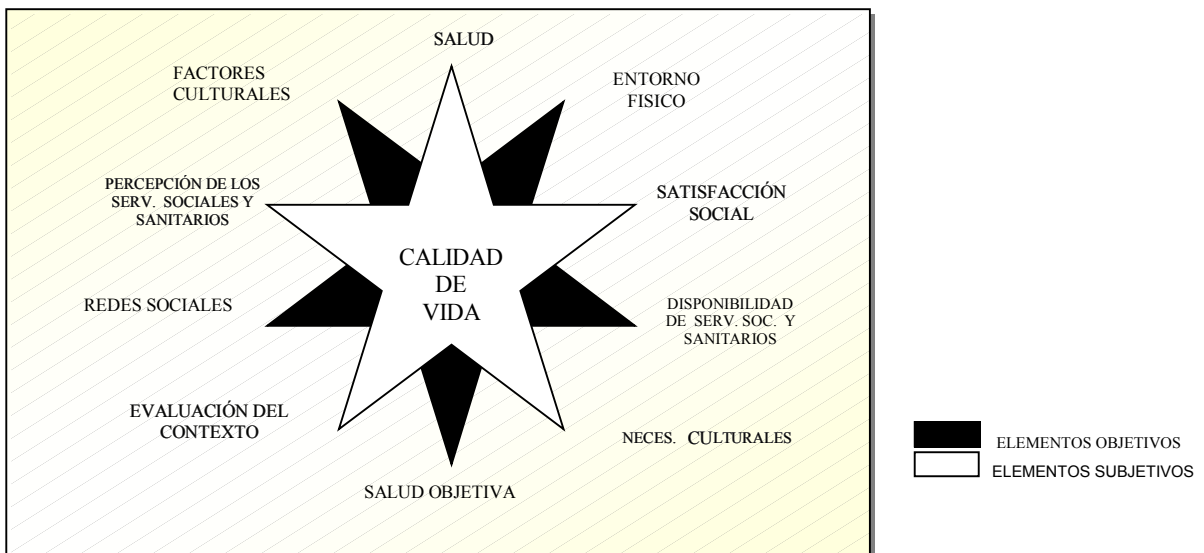


Fig. 8: Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1993)

Por otro lado, existen numerosos factores que se conjugan para permitir que el sujeto,

en cada momento, conciba la vida de cierto modo y la vivencie acorde con dicha evaluación, aunque como indica Pedrero (2001), la realidad muestra que sólo a partir de que las necesidades primarias básicas han quedado cubiertas, es posible hablar de CV en términos subjetivos. La figura 9 muestra un modelo de CV desde la subjetividad.

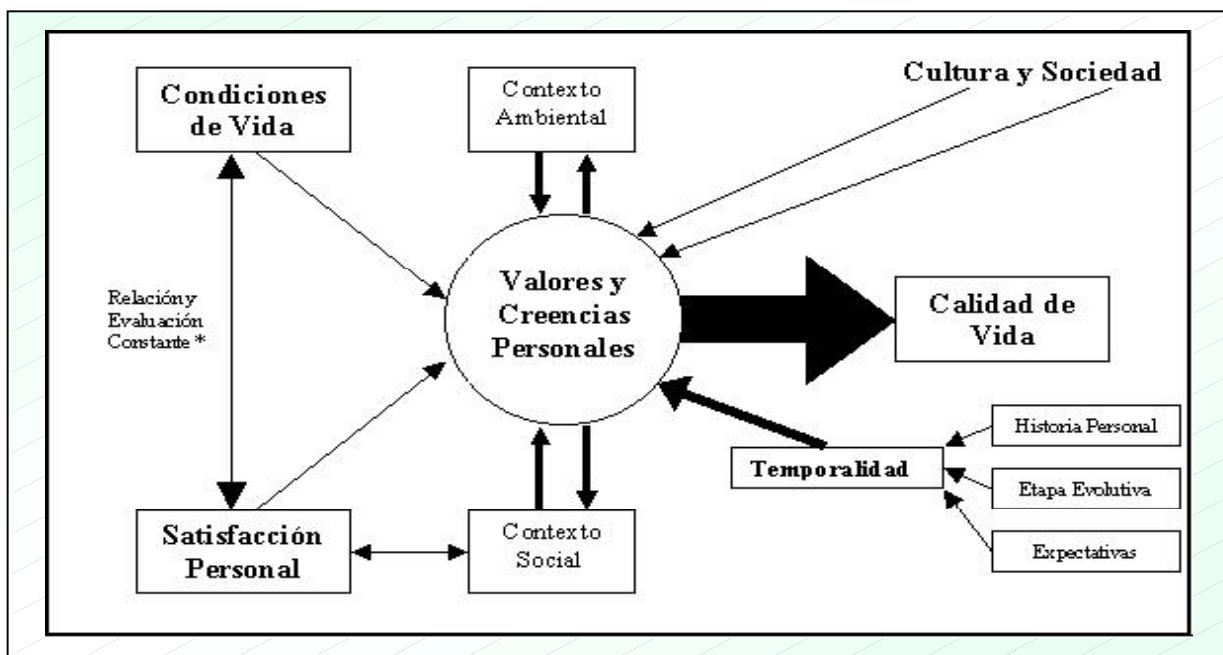


Fig. 9: CV desde la subjetividad. Dennis, et al., 1993 (tomado de Freire de Oliveira, 2007).

La calidad de vida percibida vivenciada (CVPV) es la expresión valorativa de un estado psicológico dinámico y relativamente estable, resultado y reflejo de la valoración sobre lo logrado, lo que se aspira y lo que se espera alcanzar, en correspondencia o no con los elementos importantes y jerarquizados de esa individualidad, que dan sentido a la vida y permiten a la persona el ajuste al medio en que vive y se desarrolla (Díaz, 1999).

Tanto la valoración cognitiva como la afectiva, se integran desde lo subjetivo, y exponen un determinado grado de equilibrio y armonía entre el pensar y el sentir, que se traduce en un sentirse bien; este estado subjetivo se vincula a la dimensión personal de la CV. Por otro lado, la realidad y el medio son exponentes de la dimensión objetiva, la cual participa

en la conformación de la condición real de la existencia (CV) y su valoración (CVPV), y traducen un estar bien, desde los aspectos objetivos y externos, que responden en el modelo a la dimensión social de la CV.

Finalmente, se muestran distintos estados de existencia con niveles adaptativos en la relación individuo-medio, desde donde pueden proyectarse esfuerzos de mejorar y lograr valoraciones positivas de CV. Se ordenan desde formas inferiores, hasta superiores, representantes de desarrollos óptimos de la condición real de vida. En cada estado se conciben aspectos objetivos y subjetivos, exponentes de un estar y sentir, los cuales se ven incrementados en dirección positiva al estado de bienestar, visto como la expresión de un estar bien (material y socialmente) y un estar bien (espiritual y psicológicamente) en lo personal, donde individuo y sociedad se conectan en sus múltiples determinaciones para lograr una existencia plena y positiva.

En relación a la CV y la salud, se observan dos líneas fundamentales: una primera más desarrollada, acerca del estudio del impacto de la enfermedad sobre la CV, y otra referida a la CV como factor de riesgo psicosocial condicionando a mayor vulnerabilidad a la enfermedad, a partir de su aspecto subjetivo referido a la sensación de bienestar (Quintero y González, 1997).

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) tiene su origen en la definición de salud que en 1983 realiza la OMS. Y es que la salud es un factor básico para mantener el bienestar y la CV en la vejez (Freire de Oliveira, 2007), aunque la instalación del concepto dentro del ámbito sanitario es relativamente reciente, con un auge en los noventa, que se mantiene en la actualidad (Schwartzmann, 2003). En general, se trata de un modo de referirse a la percepción de los efectos de una enfermedad, especialmente de las consecuencias sobre el bienestar físico, emocional y social (Lugones, 2002); sus indicadores nucleares incluyen

síntomas y quejas subjetivas, diagnósticos, función fisiológica, función cognitiva y psicológica, función física, percepciones generales de salud y función social (Blazer, 2007b).

Se trata de un concepto particularmente útil en el estudio de pacientes con patologías crónicas, determinadas no sólo por las características biológicas y su connotación psicosocial en la población (Bayes, 1991), sino por el fuerte impacto emocional, físico y social que no sólo afecta al paciente, sino también a su entorno familiar (Moro, 1997), y donde la adaptación constituye un factor significativo para el mantenimiento de un nivel razonable de CV (Lugo et al., 1998). A escala comunitaria o social, la CVRS incluye también recursos, condiciones, políticas y prácticas que influyen sobre las percepciones que la población tiene de su salud y estado funcional (Fernández-Mayoralas, Rojo, Abellán y Rodríguez, 2003).

Este auge de la prevalencia de la enfermedad crónica, lleva a un modelo alternativo en el cuidado del paciente, el biopsicosocial (Boyle, 1997), pues el modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que en la mayoría de las enfermedades el estado de salud está directamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento y el soporte social, y que al ser éstos aspectos de máxima importancia en nuestra vida, serán los que más influyan a la hora de evaluar la CV (Freire de Oliveira, 2007).

Desde el punto de vista de la salud, la CV en una persona enferma es el resultado de la interacción del tipo de patología y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, así como en la etapa vital en la que se produce, lo que lleva a Schwartzmann, Olaizola, Guerra et al. (1999) a proponer un modelo (fig. 10) en donde aparece como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre el paciente y su medio ambiente, determinadas por factores orgánicos, psicológicos, sociales y familiares, y de cuyas resultantes dependerá el bienestar físico, psíquico y social y la evaluación general de la vida

que hace el paciente.

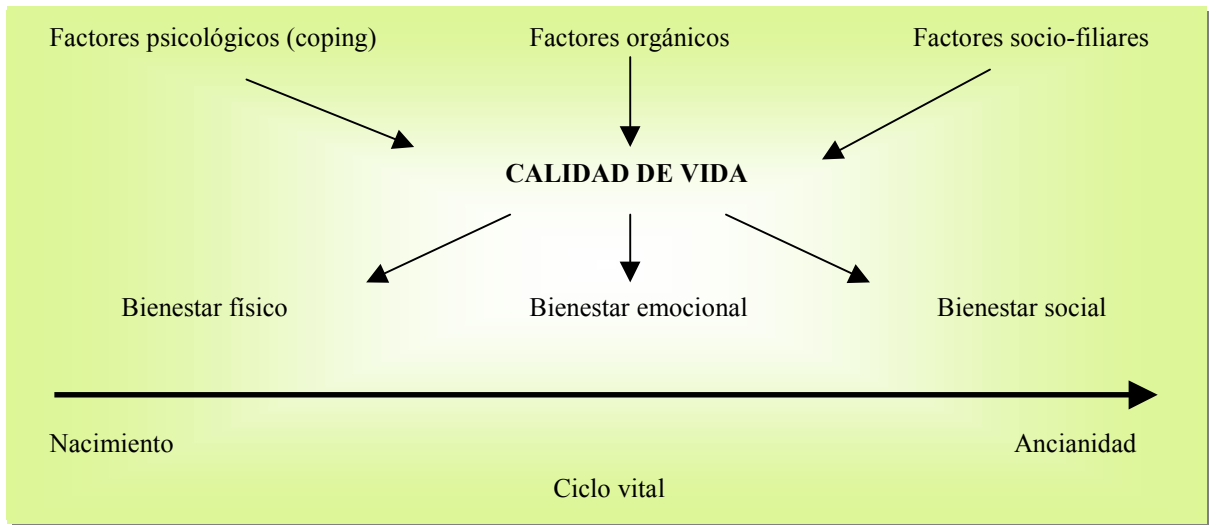


Fig. 10: Calidad de vida relacionada con la salud (Schwartzmann, 1999).

Posteriormente, Schwartzmann (2003) presenta un modelo de CV adaptado de Leung (2002), en donde postula el papel de los procesos de adaptación a las nuevas situaciones, que llevan a cambios en la valoración con patrones temporales o interpersonales también cambiantes, lo que puede ser probado desde el punto de vista clínico a través del estudio de los mecanismos de afrontamiento (coping) y los patrones con los que la persona se compara. La CV resultante dependerá de la medida en que los mecanismos de afrontamiento y la adecuación de las expectativas permitan que la brecha entre expectativas y percepción de la situación actual no sea tan disímil. En este mismo sentido actuaría el soporte social percibido, mientras que la acumulación de sucesos vitales que producen estrés, además de la propia enfermedad, incidiría negativamente (pobreza, desempleo, duelos). Esto nos recuerda, como comentan la autora, a la frase de Carroll en *Alicia en el país de las maravillas* (“Sabía quién era cuando me levanté en la mañana, pero desde entonces he cambiado muchas veces”).

En síntesis, acerca de la conceptualización científica de la CV, remarcar que es un constructo multidimensional, con indicadores objetivos y subjetivos, es contextual, ha de

tener una consideración nomotética e ideográfica, y exige conocer la teoría implícita de la población a la que va dirigida, en este caso, de los adultos mayores (Aranibar, 2004). Su concepto representa el más alto nivel de inferencia en la investigación, y supone e incluye la mayor parte de los campos del envejecimiento positivo (Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2007). En este sentido, lograr que los años que hemos conseguido prolongar sean vividos con una buena CV, resulta ser el reto que tenemos pendiente y con el que todos, desde nuestra perspectiva y posición, debemos sentirnos comprometidos (Casas y Aymerich, 2005).

2.5.2.- Envejecimiento satisfactorio

El envejecimiento satisfactorio es un anhelo inherente a la dignidad humana (Fierro, 1994), pero como advierte Federico Amiel, saber envejecer es la obra maestra de la sabiduría, la parte más difícil del gran arte de vivir (cit. por Alba, 1992). Laforest (1991) ya habla de que si existe una solución positiva para la crisis existencial de la vejez, es en la misma vejez donde hay que buscarla. Es una etapa de cambio y desarrollo, algo dinámico, donde el individuo sufre un conjunto de transformaciones muy importantes a las que se ha de ir progresivamente adaptando. En la capacidad de adaptación a las nuevas situaciones generadas se encuentra su bienestar y felicidad (Vega, 1990). En este sentido, una de las decisiones más difíciles del hombre sea probablemente el saber diferenciar entre lo que puede y no puede hacer en su vida, vida que puede ser orientada hacia distintos caminos; en cuanto a su recta final, quizá existan tantas formas de envejecer satisfactoriamente como personas han pasado y pasarán por el mundo (Rubio, 2004a), pues no existen criterios únicos (Vega y Bueno, 2000).

En los últimos años, la clasificación que más relevancia está cobrando es la que diferencia entre vejez normal, patológica, y con éxito (Fernández-Ballesteros, 1998). Respecto a esta última, Caprara (2008) hace referencia a que a lo largo de la historia, distintos

autores se han interesado por el concepto de envejecimiento “positivo” y los factores a los que se asocia (Havighurst, 1961, 1963; Williams y Wirths, 1965; Palmore, 1979), pero es alrededor de los ochenta cuando el interés se transforma en verdadero paradigma de investigación y va tomando diferentes nombres: *Aging well* (Fries, 1989), *Successful ageing* (Rowe y Kahn, 1987, 1997; Baltes y Baltes, 1990), *Active ageing* (OMS, 2002a,b; Fernández-Ballesteros, 2008b), *Healthy ageing* (Schmidt, 1994; Vaillant y Vaillant, 1990, Vaillant, 2002), *Productive aging* (Butler, 1985) y *Optimal aging* (Schulz y Heckhausen, 1996).

Ante los distintos acontecimientos vitales, asociados a la realidad de envejecer, (jubilación, marcha de hijos, pérdida de personas allegadas, frecuencia creciente de enfermedades), se supone normal una regulación por el sujeto de posibles desequilibrios, cuyo resultado se mide por la satisfacción de vivir. Ésta es considerada por autores como Lehr, Seiler y Tomae (2000), como el mejor indicador de un envejecimiento con éxito, un marcador del logro adaptativo (Lehr y Thomae, 2003). Fisher (2002) intentó averiguar qué entienden los mayores por satisfacción con la vida y por envejecimiento activo y con éxito, encontrando que la primera era descrita en términos de expectativas pasadas y circunstancias presentes, mientras que el segundo era definido más como estrategias para hacer frente a situaciones vitales, así como en términos de mantenimiento de una visión positiva de la vida y el envejecimiento. Por tanto, las distintas modificaciones, más que como limitaciones, han de valorarse como posibilidades, si se es capaz de afrontarlas positivamente, como se irá ampliando posteriormente. Por ejemplo, la variación del papel de padre, más que como pérdida en sí, brinda el disfrutar de los hijos adultos y autónomos, potenciales apoyos, surgiendo además el rol de abuelo, con una gran significación e implicación emocional (Alcalde y Laspeñas, 2005). La variable diferencial en esta etapa sería, pues, la capacidad que cada uno tiene para “negociar su decadencia” (Prados y Muñoz, 2006), convirtiéndose la

“capacidad de adaptación” en clave de esta forma de envejecer (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 2007).

Pero no cabe duda de que si bien el envejecimiento satisfactorio es un concepto extremadamente atractivo, al mismo tiempo, es vago y difícil de definir, y en muchos casos, difícil de diferenciar de otros similares como “calidad de vida”, “satisfacción con la vida”, “bienestar subjetivo” o “competencia” (Fisher, 1992; Lehr, 2004; Fernández-Ballesteros, Zamarrón, Rudinger, Schroots et al., 2004). Aunque en general podemos decir que hace referencia a un modelo de bienestar y adaptación a los cambios que se van presentando, que supone recursos internos y capacidad para hacerles frente (Baltes y Baltes, 1990; Rowe y Kahn, 1998; Kahana y Kahana, 2001, 2003; Kahana et al., 2005; Kane, 2005), y en donde la persona se convierte en agente activo y complejo (constituido por múltiples dimensiones biológicas y psicológicas) en interacción con un entorno de múltiples niveles (familia, comunidad o sociedad) (Fernández-Ballesteros, 2009), no hay una definición única y universal que tenga en cuenta la complejidad del fenómeno.

En este sentido, Lawton (1983) define la “vida buena” a través de cuatro sectores en donde se integran condiciones subjetivas y objetivas, contemplando condiciones psicológicas (competencia conductual, bienestar psicológico o percepción de la calidad de vida) y condiciones ambientales objetivas, por lo que se podría equiparar al concepto de calidad de vida. Sobre la base de este modelo, Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara. (2007) sintetizan las relaciones teóricas entre la calidad de vida y envejecimiento con éxito (y conceptos relacionados), reflejadas en la fig. 11, en donde vemos que mientras la primera abarca también aspectos ambientales (subjetivamente percibidos y objetivos), el segundo se puede considerar como un conjunto de condiciones esencialmente individuales.

Como apunta Walker (2005), la calidad de vida es un concepto abarcador o meta-nivel,

en donde se insertan otras condiciones, personales y ambientales. De hecho, mientras que la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo son conceptos psicológicos, el envejecimiento con éxito abarca múltiples ámbitos y niveles, refiriéndose esencialmente al individuo como instancia bio-psico-social, y no se puede reducir a ninguno de sus componentes, como la salud, la aptitud física o el bienestar, siendo además independiente de condiciones externas de la vida. Esto hace que la evaluación se realice también desde distintos métodos (Fernández-Ballesteros, 2009).

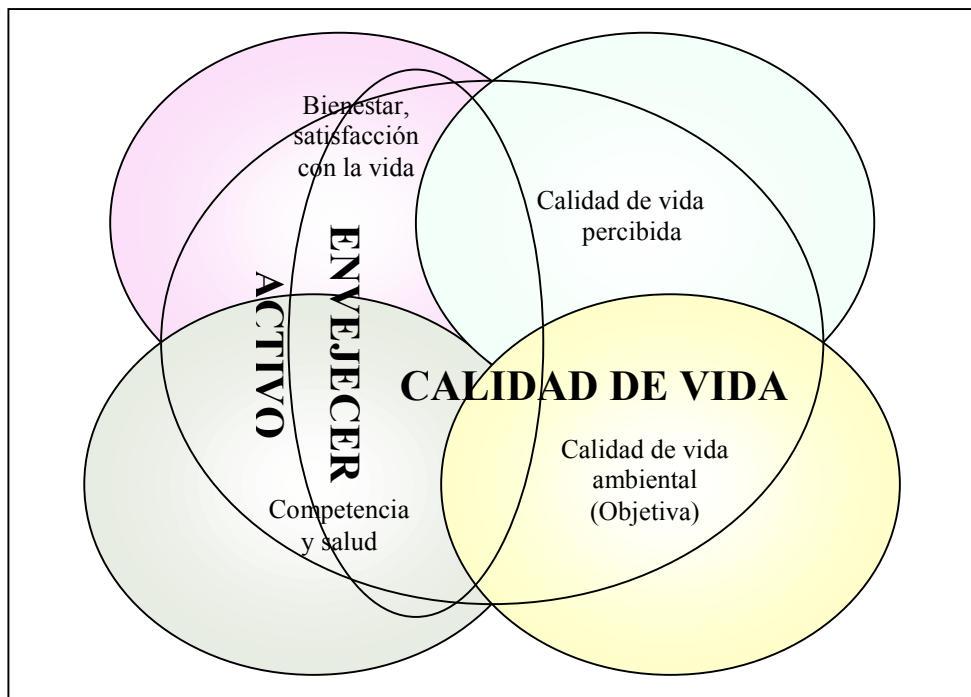


Fig. 11: Relaciones teóricas entre calidad de vida, bienestar y satisfacción con la vida y envejecimiento con éxito (basado en Lawton, 1983, modificado de Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 2007).

Desde la primera conceptualización de envejecimiento con éxito propuesta por Havighurst (1963) como “añadir vida a los años” y “sentirse satisfecho con la vida”, se han ido proponiendo distintos listados de criterios para identificarlo, así como planteamientos teóricos y variables del proceso como tal. La tabla 5 resume estas propuestas criteriosales y procesuales más extendidas en la descripción y comprensión del envejecimiento activo,

clasificadas por contextos científicos (Fernández-Ballesteros, 2009).

Fuentes	Criterios	Procesos
Biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> -Longevidad -Salud biológica -Funcionamiento cardiovascular y pulmonar -Salud mental -Habilidades funcionales -Fuerza física -Capacidad vital -Ausencia de discapacidad -Autonomía 	<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes de longevidad -Maximización de la salud a lo largo de la vida -Buena nutrición -Buenos estilos de vida
Psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> -Salud subjetiva -Actividad -Competencia (motora y cognitiva) -Funcionamiento positivo mental y físico -Compromiso con la vida y social -Actuar de acuerdo con los propios valores y creencias -Habilidades de afrontamiento -Objetivos vitales -Crecimiento personal -Bienestar psicológico -Satisfacción con la vida -Calidad de vida percibida -Capacidades adaptativas -Mecanismos de defensa maduros -Relaciones familiares -Buen estado emocional -Significado de la vida -Mantenimiento del valor de actividad y relaciones 	<ul style="list-style-type: none"> -Optimización selectiva con compensación -Desarrollo y mantenimiento del control primario -Selectividad socioemocional -Procesos adaptativos de desarrollo de capacidades para resolver dificultades y minimizar déficit -Estrategias de enfrentamiento a través de la vida -Hábitos saludables, estilos conductuales
Social	<ul style="list-style-type: none"> -Productividad social -Redes de apoyo social -Educación -Seguridad material -Control del ambiente 	<ul style="list-style-type: none"> -Optimización de la salud, la participación y la seguridad a lo largo de la vida

Tabla 5: Resumen de variables criterioles y procesuales (Fernández-Ballesteros, 2009)

Pero a la hora de diferenciar variables dependientes, o indicadores de buen envejecimiento, y variables independientes o posibles determinantes del mismo, nos encontramos con que algunos factores se pueden englobar en ambos sitios (Caprara, 2008), y muchas definiciones no distinguen claramente los *resultados* de lo que se postula con sus *factores explicativos determinantes*, así como tampoco se suele tener en cuenta la naturaleza de los factores ni el momento preciso del ciclo vital en que interviene una determinada variable explicativa (Fernández-Ballesteros, 2009).

Por ello, y a falta de unanimidad, se han desarrollado múltiples modelos; para algunos, el determinante es la competencia funcional, para otros, la intelectual, y para otros la independencia en su forma de vida, salud, apoyo social. Pero la base de todos ellos se centra en el concepto de plasticidad (Rubio, 2004a), siendo esta un factor determinante en la capacidad adaptativa del individuo (Agüera-Ortiz, Losa, Goez y Gilaberte, 2011); el envejecimiento óptimo implica generar estrategias selectivas según lo que se vaya a hacer, así como elegir estrategias y actividades adecuadas que compensen las pérdidas que se van dando. Quien es capaz de utilizar esa plasticidad y trabajar con su capacidad de reserva, puede maximizar sus cualidades, las condiciones de apoyo de su entorno y, de algún modo, envejecer mejor y mostrarse más competente (Baltes y Reichert, 1992).

Existen diferentes modelos que intentan ver qué interviene en la optimización de este periodo de la vida (Rubio, 2004a): Lerner (1995) ve el papel que juega el aprendizaje social de las recompensas y fracasos. Para Maslow (1970), dentro de un modelo humanista, esta optimización parte del estudio de los motivos para envejecer, poniendo como meta el crecimiento personal, la autorrealización. En los modelos cognitivos importa el procesamiento de la información. Riegel (1975, 1976) propone el modelo dialéctico-contextual, en donde tienen importancia las imágenes y entornos que ha plasmado nuestro cerebro a lo largo de la vida. Los sociopsicológicos, se centran en las influencias normativas y técnicas de control primario (se puede cambiar lo externo para adecuarlo a las necesidades) y secundario (acomodar deseos y creencias a las situaciones) (Brandstädter y Greve, 1994). En esta línea, Heckhausen y Schulz (1995; Schulz y Heckhausen, 1996) desarrollan la teoría de la optimización del control primario (intento de control instrumental del entorno para adecuarlo a las necesidades) y secundario (intento de proteger los propios recursos para ejercer el anterior), que ha recibido apoyo empírico, y en donde el envejecimiento con éxito conlleva el

desarrollo y mantenimiento del control, describiendo dos formas de control primario y secundario: selectivo y compensatorio. En este contexto tendríamos el modelo propuesto por Baltes (1997), de Selección, Optimización y Compensación, como estrategias de organización (Freund y Baltes, 1998). Otros modelos serían el de la selectividad socioemocional y el de Erikson, ya comentados, o aquellos que presentan, como éxito, llegar a la sabiduría, representante de la integración de cualidades cognitivas, afectivas y reflexivas (Kimmel, 1990). No podemos obviar que la sociedad en la que se nace es muy diferente de la que nos verá envejecer, y otros autores asocian el envejecer con éxito a la integración social, que se va construyendo día a día, y que a su vez, se basa en la actividad.

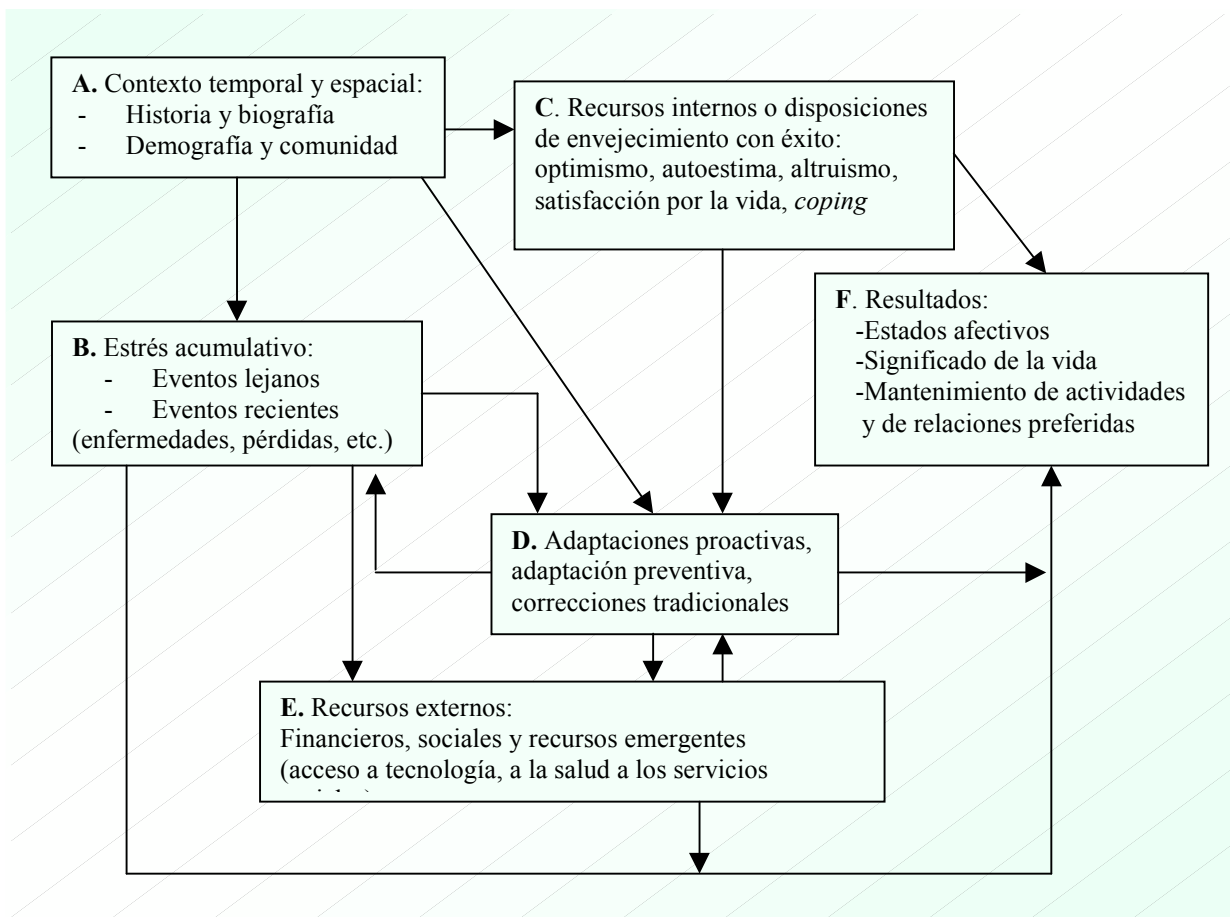


Fig. 12: Modelo de proactividad preventiva y correctiva
(a partir de Kahana y Kahana, 1996, 2003; en Fernández-Ballesteros, 2009).

Kahana y Kahana (1996, 2003; Kahana et al., 2005), han desarrollado un modelo global

de envejecimiento con éxito denominado Proactividad preventiva y correctiva (fig. 12), que es un ejemplo de las complejas relaciones entre múltiples dimensiones (internas y externas, históricas y concurrentes), que actúan en diferentes direcciones, considerando múltiples sistemas, en donde se distingue entre determinantes (variables independientes) y resultados (variables dependientes) (Fernández-Ballesteros, 2009).

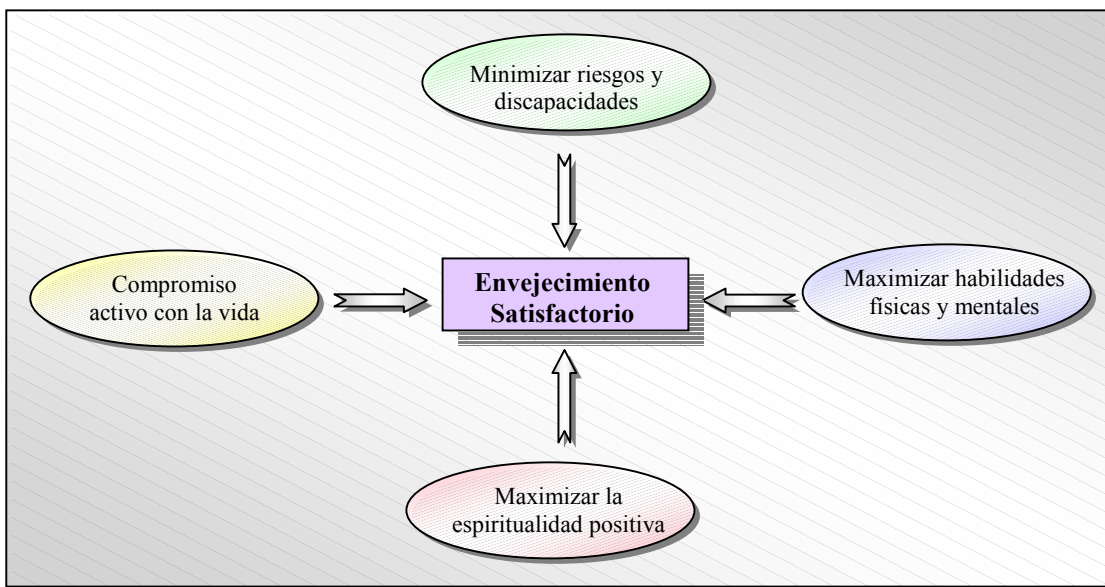


Fig. 13. Modelo revisado de Rowe y Kahn (1998)

Otro modelo a destacar es el de Rowe y Kahn (1998), donde se enfatiza que el concepto implica no sólo estar libre de enfermedades graves o disponer de un buen funcionamiento físico y mental, sino que esto permita a su vez el ser capaz de implicarse activamente en la vida, a partir del desarrollo de un patrón de actividades determinado; este patrón se relaciona con el mantenimiento de relaciones interpersonales satisfactorias, de donde obtener apoyo instrumental y socioemocional, y con el mantenimiento de actividades productivas. Incluye además, tras ser modificado, la espiritualidad positiva como vinculada a la salud (fig. 13) (Crowther et al., 2002; Caro y Sánchez, 2005). Otros autores, junto a los criterios objetivos, incluyen los referentes a la valoración subjetiva y al significado que la persona mayor

atribuye al estado en que se encuentra (Triadó y Villar, 2006); por otro lado, algunos estudios apuntan que los estresores crónicos predicen mejor el bienestar a corto plazo, y viceversa (Alix y Muñoz, 2006).

Teniendo en cuenta los límites del modelo anterior, la OMS (2002a,b) introduce el concepto de envejecimiento activo para “indicar el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad de las personas mayores, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Propone un planteamiento que abarca todo el curso de la vida, asumiendo la gran variabilidad interindividual; así, al envejecer, algunas personas que no han alcanzado altos niveles de desarrollo personal y de capacidad funcional pueden con la edad traspasar el umbral de la discapacidad, mientras que los que a lo largo de la vida han alcanzado un alto nivel de desarrollo físico, cognitivo, emocional y social, suelen mantener un alto nivel de funcionamiento, independencia y bienestar (fig. 14) (Fernández-Ballesteros, 2009).

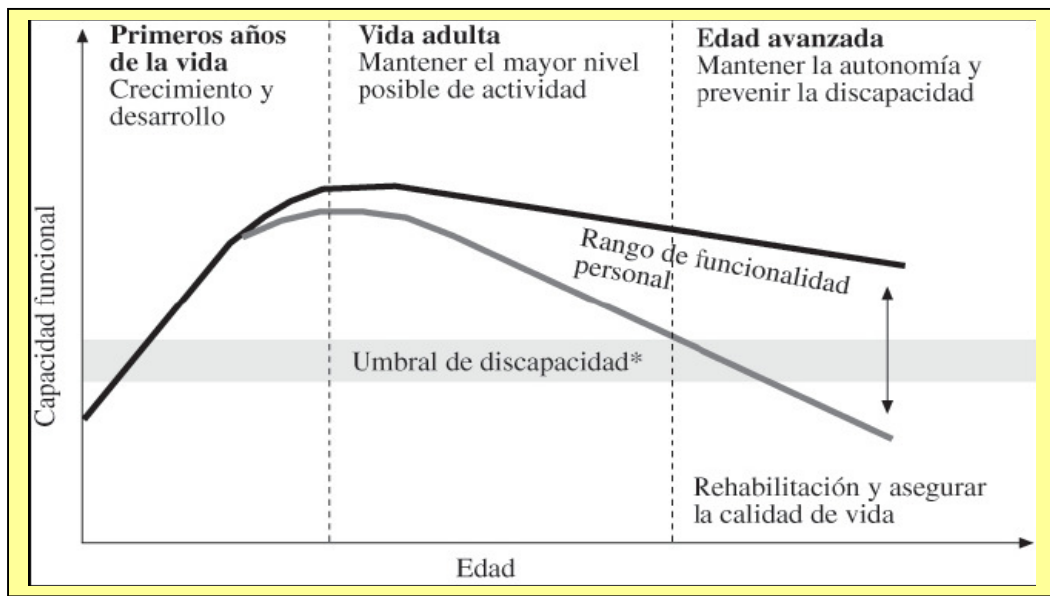


Fig. 14: Mantenimiento de la capacidad funcional durante el vital. Fuente: Kalache y Kickbusch, (1997)

En cuanto a los determinantes establecidos por la OMS que influyen en el

envejecimiento activo, la figura 15 muestra las múltiples direcciones en que los múltiples sistemas actúan tanto desde el individuo como desde los sistemas externos a éste, introduciendo dos determinantes transversales como factores que actúan desde el individuo (género) y desde el contexto (cultura).

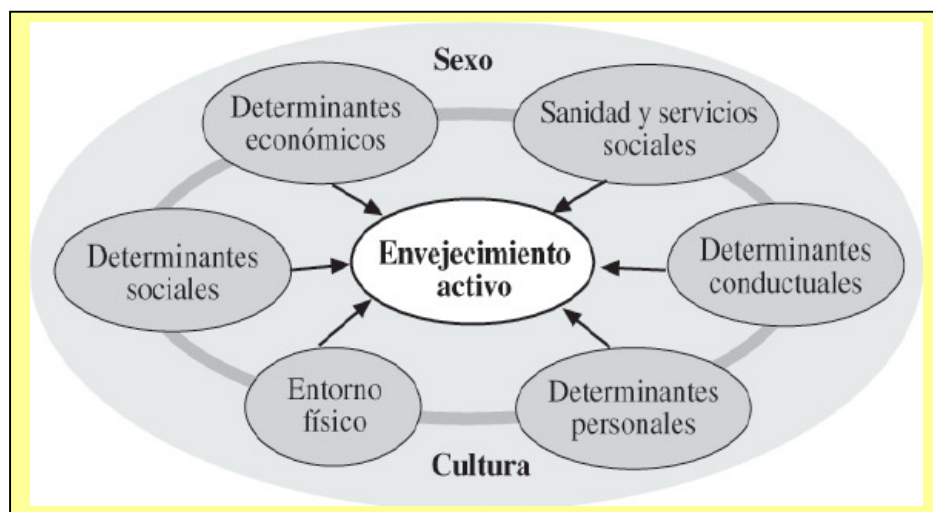


Fig. 15.: Determinantes del envejecimiento activo (OMS, 2002a,b)

La OMS (2002a,b) propone a su vez un conjunto de políticas para promover el envejecimiento activo; la psicología se centra en cuatro campos: salud conductual y forma física, funcionamiento cognitivo, afecto positivo y estrategias de afrontamiento, y participación social. En cualquier caso, la meta última de las investigaciones sobre el envejecimiento satisfactorio es mejorar la calidad de vida de las personas mayores, ya que un buen conocimiento de sus predictores permitirá desarrollar políticas que promuevan el bienestar (Vega y Bueno, 2000). Así pues, se hace cada vez más evidente la necesidad de crear contextos, programas e iniciativas que permitan alcanzar las habilidades y conocimientos necesarios para gestionar y controlar la propia vida de la mejor forma posible (Caprara, 2008).

Las investigaciones muestran que la felicidad es producto de disposiciones

temperamentales, esfuerzos comportamentales adaptativos y estrategias de afrontamiento adecuadas (Reig, 2000). Pero en última instancia, no hay fórmulas universales para ser felices, porque la realidad es la verdad de cada uno; sin embargo, ha de hablarse de un proyecto personal y social en constante cambio, dirigido a su vez por la inteligencia y por la afectividad, ya que como dice Kant, somos siempre el mismo, pero no somos siempre lo mismo. Lo que hay que tener claro en esta andadura, es que tenemos que renunciar a lo que no depende de nosotros (Rubio, 2004c), pues el trabajo común en esta etapa es el de duelo y el de renuncia (Gognalons-Nicolet, 1994).

2.5.3.- Estrategias de afrontamiento en el proceso adaptativo del anciano

Hoy sabemos que una persona envejece como ha vivido, y nada tiene sentido por sí solo en esta última etapa si no se tiene en cuenta el ciclo vital en su totalidad (Meléndez y Cerdá, 2001); pero durante mucho tiempo se aceptó a los ancianos como individuos en continuo deterioro, sin valorar las dimensiones positivas del envejecimiento (Rowe y Kahrt, 1997; Holstein y Minkler, 2003; Phelan, Anderson, Lacroix y Larson., 2004). La aparición de la perspectiva del ciclo vital llevó a un giro en los trabajos sobre esta etapa a términos más optimistas, potenciando el estudio de los recursos adaptativos, la capacidad para superar o compensar pérdidas, e incluso la posibilidad de experimentar ciertas ganancias hasta edades muy avanzadas (Triadó y Villar, 2006), pues si bien las funciones adaptativas se mantienen durante toda la vida, son sin duda fundamentales en la vejez (Villar y Triadó, 2005). Este nuevo paradigma tiene también como objeto de interés el envejecimiento con éxito (Caprara, 2008), que como se reflejó anteriormente, se puede considerar como un proceso positivo de adaptación y recuperación, que supone recursos internos y capacidad de resiliencia para hacer frente a las situaciones difíciles; y es que el modo en que la persona se enfrenta a los acontecimientos adversos de la vida es uno de los factores conductuales más vinculados con

la salud y el bienestar en este período vital (Fernández-Ballesteros, 2009), siendo importante tanto en la prevención de la enfermedad como en la adaptación a ella (Izal y Montorio, 1999).

Por tanto, podría decirse que el afrontar, en sí mismo, es indicativo de cierto nivel de adaptación, siendo ésta una clave fundamental para entender la calidad de vida, al convertirse en el vínculo de unión entre aquel y el proceso de afrontamiento (Rodríguez Marín, Pastor López-Roig, 1993). El término de afrontamiento procede del modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984), quienes parten del concepto de estrés como un proceso dinámico y bidireccional, y lo definen como *“el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo-ambiente que evalúa como estresantes y las emociones que ello genera”* (Lazarus y Folkman, 1986; p.43-44), considerándolo *“como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”* (p. 164), por lo que no se incluye todo aquello que hacemos en relación con el entorno. Fierro, (2002) distingue entre modo (cualquier conducta rutinaria, no implica planificación), estrategia (actividades conscientes, propositivas, con un plan de acción, orientadas a un fin) y estilos (modos y/o estrategias habituales en el individuo) de afrontamiento (este último afectaría a la consideración del afrontamiento desde una perspectiva disposicional, no tanto procesual).

El hecho de que situaciones críticas similares se afronten de modo diferente entre los distintos individuos, ha llevado al estudio de factores que condicionan esta variabilidad en el uso de estrategias de afrontamiento para conseguir una adaptación satisfactoria en la edad avanzada (Pelechano, 1999; Moos, Holahan y Beutler, 2003). Se ha visto que tanto las diferencias individuales y de personalidad (McCrae y Costa, 1986; Bouchard, Guillemette y Landry-Léger, 2004; Wrzesniewski y Włodarczyk, 2007), como la naturaleza de la situación a

afrontar (Billings y Moos, 1981; Lazarus y Folkman, 1986) y los factores del medio social (Moos y Shaefer, 1993), juegan un importante papel. Cohen y Edwards (1989) (cit. por Vázquez, Crespo y Ring, 2000) ya apreciaron en este sentido que tanto en el proceso como en el resultado pueden interferir muchas variables; en la figura 16 se representa de qué modo puede verse modulado el impacto del estresor según diferentes factores internos, externos y la actuación simultánea de otros factores.

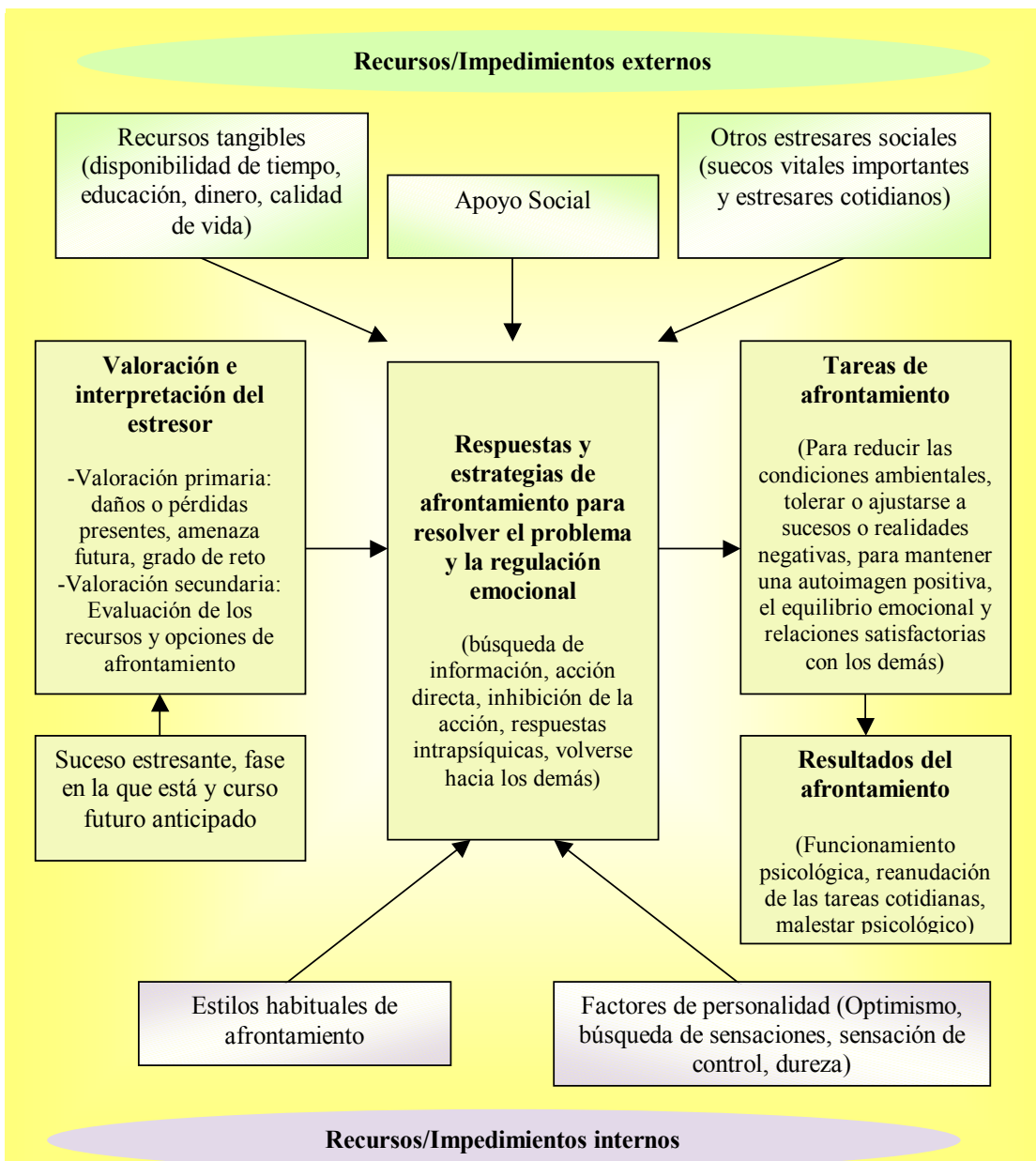


Fig. 16: El proceso de afrontamiento (coping) (Adaptada de Taylor, 1991; en Vázquez, Crespo y Ring, 2000)

Por otro lado, no es fácil establecer una clasificación general basada en la eficacia de un determinado tipo de afrontamiento, que puede ser útil en una situación y no en otra (Moos y Schafer, 1986). Una categorización que cuenta con consenso teórico es la que diferencia formas de afrontamiento activas (esfuerzos para manejarse directamente con el suceso conflictivo) y pasivas (ausencia de enfrentamiento o conductas de evitación o negación); existen numerosos estudios que indican una relación entre afrontamiento activo y adaptación (Lazarus y Folkman, 1986; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Aldwin y Revenson, 1987; Moos, 1988; Carver, Scheier y Wientraub, 1989; Terry, 1991; Ben-Zur, 1999; Rodríguez Parra, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2000; Brissette, Scheier y Carver, 2002; Livneh y Wilson, 2003), ya que se asocia a menos síntomas físicos (Nakano, 1991), mejor salud mental y mejor calidad de vida relacionada con la salud (Swindells et al., 1999), mejor función inmunológica (Stowell, Kieklot, Glaser y Glaser, 2001) y menos factores de riesgo cardiovascular (Vitaliano, Russo, Paulsen y Bailey, 1995); es decir, se relacionan con acontecimientos subjetivos positivos como la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo o la calidad de vida, y con indicadores objetivos de la salud (Fernández-Ballesteros, 2009).

Lazarus y Folkman (1986) diferencian, por otra parte, dos modos de afrontar las situaciones: los dirigidos a la emoción (como la negación, minimizaron, evitación, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, abstracción de valores positivos de las situaciones negativas o la reevaluación cognitiva), más probables cuando se piensa que no se puede hacer nada para cambiar la situación, y los dirigidos al problema (tanto en lo referente al entorno como al sujeto, como definir el problema, buscar soluciones alternativas, valorar las ventajas e inconvenientes de las alternativas, elegir opciones y ponerlas en práctica), que son más usados cuando se percibe la fuente estresante como susceptible de cambio. Ambas formas pueden estructurarse en respuestas conductuales y cognitivas, de vías

directa o indirecta (Reig Ferrer, 2000) (Tabla 6).

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

Tabla 6: Estrategias de afrontamiento (Claver, 2006)

Otra clasificación que apoyan la mayoría de los estudios (Lazarus y Folkman, 1986; Aldwin y Revenson, 1987; Moos, 1988; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Páez Rovira, 1993; Galán Rodríguez y Perona Garcelán, 2001), determina tres dominios básicos de las estrategias según se dirijan a la valoración (*afrontamiento cognitivo* o intento de encontrar significado al suceso y valorarlo de modo que resulte menos desagradable), al problema (*afrontamiento conductual* o conducta dirigida a confrontar la realidad, manejando sus consecuencias) o a la emoción (*afrontamiento afectivo* o regulación de los aspectos emocionales e intento de mantener el equilibrio afectivo y reducir los sentimientos negativos) (tabla 7).

Afrontamiento	Activo	Pasivo/Evitativo
Conductual	Activo Planeamiento	Renuncia Autodistracción
Cognitivo	Reformulación positiva Humor Aceptación	Negación Religión Uso de sustancias Autoculpa
Emocional	Apoyo emocional Apoyo instrumental	Descarga emocional

Tabla 7: Estrategias de afrontamiento según el nivel de adaptabilidad y dominios conductual, cognitivo y emocional (Carver, Scheier y Wientraub, 1989)

En relación a los ancianos, no está claro que la capacidad para usar con éxito los diferentes modos de afrontamiento ante la adversidad sea en ellos menor, aunque sí parece que tienden a responder al estrés de modo algo distinto (Claver, 2006). Se cree que ante situaciones apreciadas como controlables y susceptibles de cambio, se tiende al uso de estrategias conductuales u orientadas al problema, mientras que si son evaluadas como de escaso control o irreversibles, como amenazantes, predominan las orientadas a la emoción o evitativas (Lazarus y Folkman, 1986; Penley y Tomaka, 2002; Moser y Uzzell, 2003; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). Quizá por ello, el balance entre ambos tipos a medida que envejecemos se va acercando más al cambio de nuestra percepción de la situación, ya sea a nivel cognitivo o emocional (Brandtstadter y Renner, 1990). Las personas mayores suelen utilizar soluciones más centradas en la emoción que en el problema, principalmente a través de la modificación de las prioridades y de una reinterpretación del significado de la situación con comparaciones positivas (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987); las respuestas de tipo emocional son más pasivas que confrontativas, más personales y más orientadas al control de los sentimientos ansiógenos (Claver, 2006). Sin embargo, cuando se trata de problemas de salud, tienden más a un afrontamiento centrado en la modificación del problema, poniendo en práctica conductas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad (Kiyak y Borson, 1992), encontrando el problema cuando atribuyen al envejecimiento cambios que son síntoma de alguna enfermedad, pensando que no se pueden modificar (Leventhal, Diefenbach y Leventhal., 1992).

De hecho, otros estudios (Baltes, Linderberger y Staudinger, 1998; Labouvie-Vief y Diehl, 2000) mostraron que en la vejez, las personas reorganizan las apreciaciones de las situaciones y prefieren estrategias activas y cognitivas. Hamarat et al., (2002) vieron cómo la percepción positiva de la situación crítica y la apreciación de los propios recursos, se asocian

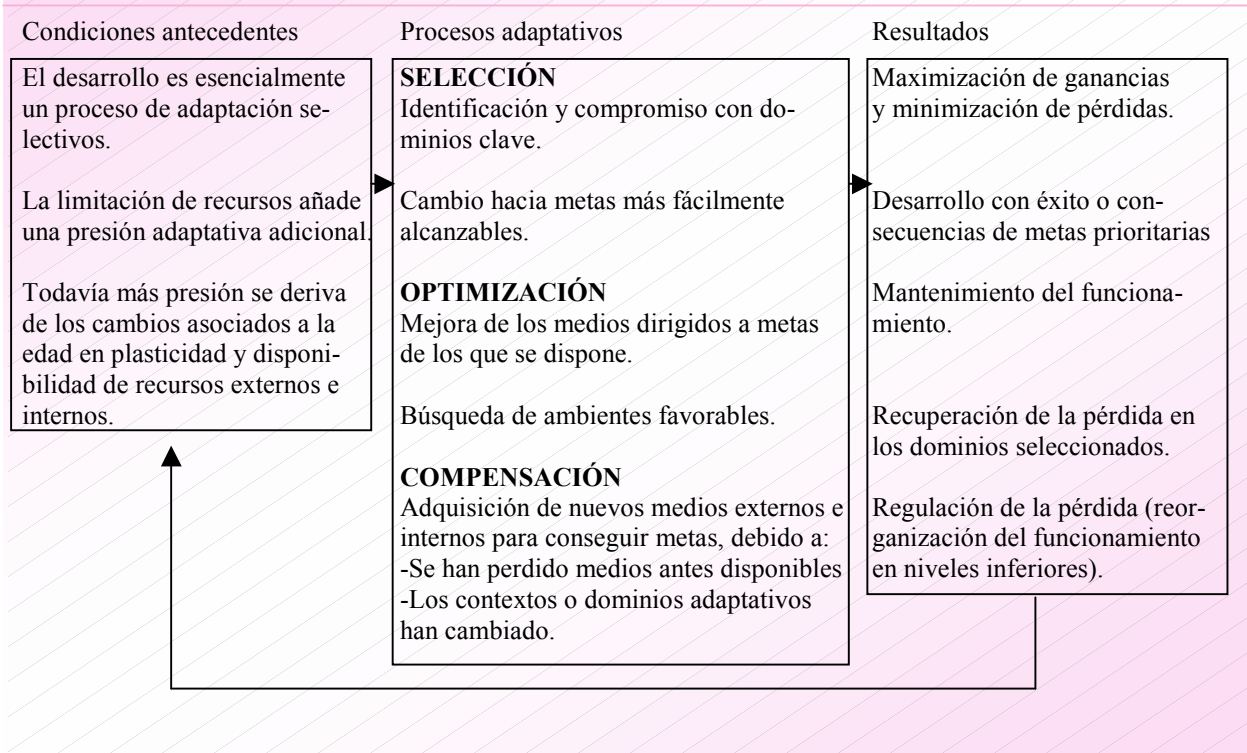
a un amplio repertorio de estrategias de afrontamiento y predominio de las centradas en el problema, a la vez que predijo satisfacción vital en adultos mayores.

Ambos modos de afrontamiento pueden ser adecuados según la circunstancia, y las respuestas emocionales pueden significar un signo de desarrollo más que de regresión, sobre todo si el obstáculo es difícil de resolver por medio de la acción (Belsky, 2001). La eficacia dependerá, en todo caso, de la posesión de un extenso repertorio de estrategias y de la capacidad de usarlas de un modo flexible según la naturaleza del problema (Claver, 2006).

Dentro de todo este marco, Baltes y Baltes (1990) conceptualizan el envejecimiento con éxito por medio de un metamodelo (tabla 8) que considera tres mecanismos que regulan el proceso de envejecimiento adaptativo: Selección (electiva y basada en pérdidas), Optimización y Compensación (modelo SOC). Nos encontramos con el papel esencial de la capacidad adaptativa humana dentro del desarrollo vital, como un proceso de selección entre distintas posibilidades evolutivas, que una vez elegidas e implicada la persona en ellas, experimenta un proceso de optimización. El desarrollo, y por tanto, el envejecimiento con éxito, derivaría de la armonía en el tiempo de estos tres tipos de procesos; su integración y su puesta en marcha dinámica permiten conseguir las metas evolutivas de mejora en los niveles de funcionamiento, su mantenimiento, y la regulación de la pérdida (Baltes y Baltes, 1990; Marsiske, Lang, Baltes y Baltes, 1995; Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998; Freund y Baltes, 2002; Baltes, 2003; Baltes y Smith, 2003). Estos mecanismos, además de fuente de diferencias individuales en el modo de envejecer, pueden considerarse también como mecanismos de afrontamiento de los problemas o estrategias de gestión de la vida, como funciones protectoras y, por tanto, como determinantes del envejecimiento activo y el bienestar (Jopp y Smith, 2006). Todo esto nos lleva a pensar que podemos cambiar en alguna medida en cualquier momento de la vida, ya que la biología, la cultura o nuestras elecciones

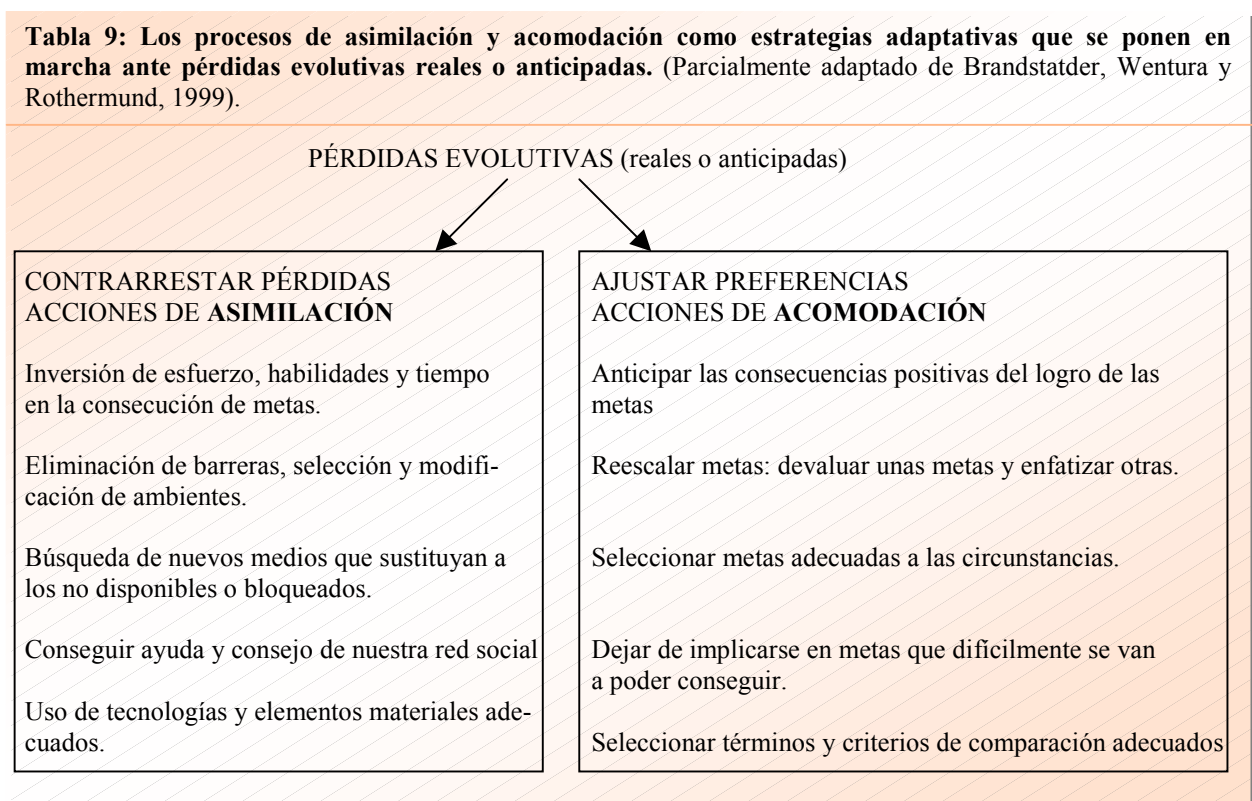
pasadas sólo hacen más probables ciertas trayectorias futuras, pero no las determinan de un modo estricto (Villar, 2005).

Tabla 8: El modelo de adaptación selectiva con compensación: la versión del ciclo vital para dar cuenta del desarrollo (y el envejecimiento) con éxito. (Villar, 2005; Triadó y Villar, 2006).



De hecho, aunque algunos cambios podrían poner en riesgo aspectos como la autoestima, el bienestar subjetivo o el sentido de control personal, parece ser que éstos permanecen estables en lo fundamental a medida que envejecemos (Gatz y Karel, 1993; Brandtstädter y Greve, 1994), incluso en edades muy avanzadas (Troll y Skaff, 1997). Esta paradoja lleva a pensar que la persona se implica en procesos adaptativos para contrarrestar los potenciales daños psicológicos de las amenazas y pérdidas que rodean a esta etapa (Villar, 2005). Es interesante mencionar que quizá la conceptualización más amplia para comprender este envejecimiento con éxito como un proceso de afrontamiento ante problemas, es el proceso de *coping* por asimilación y acomodación de Brandtstädter y Renner (1990).

Brandtstädter y Rothermund (2002) inciden en que nuestro bienestar depende, en gran medida, de la distancia entre nuestro estado actual y nuestras metas, diferenciando dos grandes tipos de estrategias adaptativas destinadas a gestionar dicha distancia: las de asimilación y las de acomodación (tabla 9). Ambas son complementarias, aunque se suelen dar de manera sucesiva y pueden considerarse categorías de orden superior para la clasificación de otros tipos de afrontamiento (Fernández-Ballesteros, 2009).



Nos encontramos por tanto, como comenta Fernández-Ballesteros (2009), que debido a que las estrategias de afrontamiento como mecanismos de adaptación que el individuo utiliza a lo largo de toda su vida culminan, en algunos, en el envejecimiento con éxito, no es de extrañar que ambos conceptos estén tan relacionados. Así, la piedra angular del modelo de Kahana y Kahana (2003) es, precisamente, el postular estrategias proactivas (preventivas y correctivas) de afrontamiento, ya que los que han logrado envejecer satisfactoriamente se consideran “agentes activos, comprometidos en conductas preventivas y correctivas para

maximizar su calidad de vida frente a los factores estresantes” (Kahana et al., 2005, p. 102).

En esta línea, los mecanismos introducidos por el modelo SOC, explicado anteriormente, también pueden considerarse como modos proactivos de afrontamiento, y se han incorporado a su vez tanto en el modelo sobre envejecimiento activo propuesto por la OMS, como en el multidimensional-multinivel que explicamos a continuación.

Tras lo expuesto, se podría decir que adaptarse es, en gran medida, especializarse, escogiendo ciertas actividades, lugares y personas que parecen más adecuados para lograr determinados fines, lo que inevitablemente implica dejar de lado otras posibilidades (Carstensen, 1998).

2.5.4.- Hacia un modelo integrador

Para finalizar, y en un intento de vislumbrar el envejecimiento desde un punto de vista más global y desde múltiples dimensiones, mostraremos un modelo integrador. En este sentido, Fernández-Ballesteros (2008a) recuerda cómo cualquier condición que encontremos en el momento presente en el que es estudiado el mayor, dependerá de la historia de la persona (condiciones genéticas, biológicas, psicológicas y comportamentales), en interacción con sus condiciones ambientales, tanto a niveles mesosociales (familiares, escolares, comunitarios, etc.) como macrosociales (sistema político, legal, educativo, social, etc.). Asimismo, las condiciones de estudio se deberán en parte a las condiciones actuales: sus repertorios básicos de conducta cognitivo-lingüísticos, emocionales-motivacionales y sensorio-motrices, las condiciones ambientales del presente, así como las condiciones macroambientales que proveen de sistemas de protección. En definitiva, los millones de transacciones entre persona y ambiente acaecidas a lo largo de la vida son las que explican la dimensión psicológica actual del sujeto.

En la fig. 17 se muestra un amplio modelo contextual del ciclo de la vida

multidimensional y multinivel, que ayuda a comprender la psicología del envejecimiento, la vejez y a los mayores. Como desarrolla Fernández-Ballesteros (2009), por un lado pretende introducir el factor tiempo considerando las condiciones distales o históricas ocurridas a lo largo del ciclo vital, y las proximales o actuales, como elementos propuestos desde la teoría de la percepción de Gibson (1979). Por otro lado, el modelo se apoya también en las concepciones sobre aprendizaje social de Bandura (1986; 1989) y Staats (1975; 2000) de que la persona es un agente activo en un mundo activo a lo largo de toda su vida, ya que su funcionamiento depende de las transacciones entre el entorno, el funcionamiento personal y la conducta. El control que ejerce sobre el medio a través de su conducta continúa también en esta etapa, por lo que ha de ser tenido en cuenta para que pueda ser reforzado por el médico preventivista (Fernández-Ballesteros, 2008a; Fernández-Ballesteros, 2009).

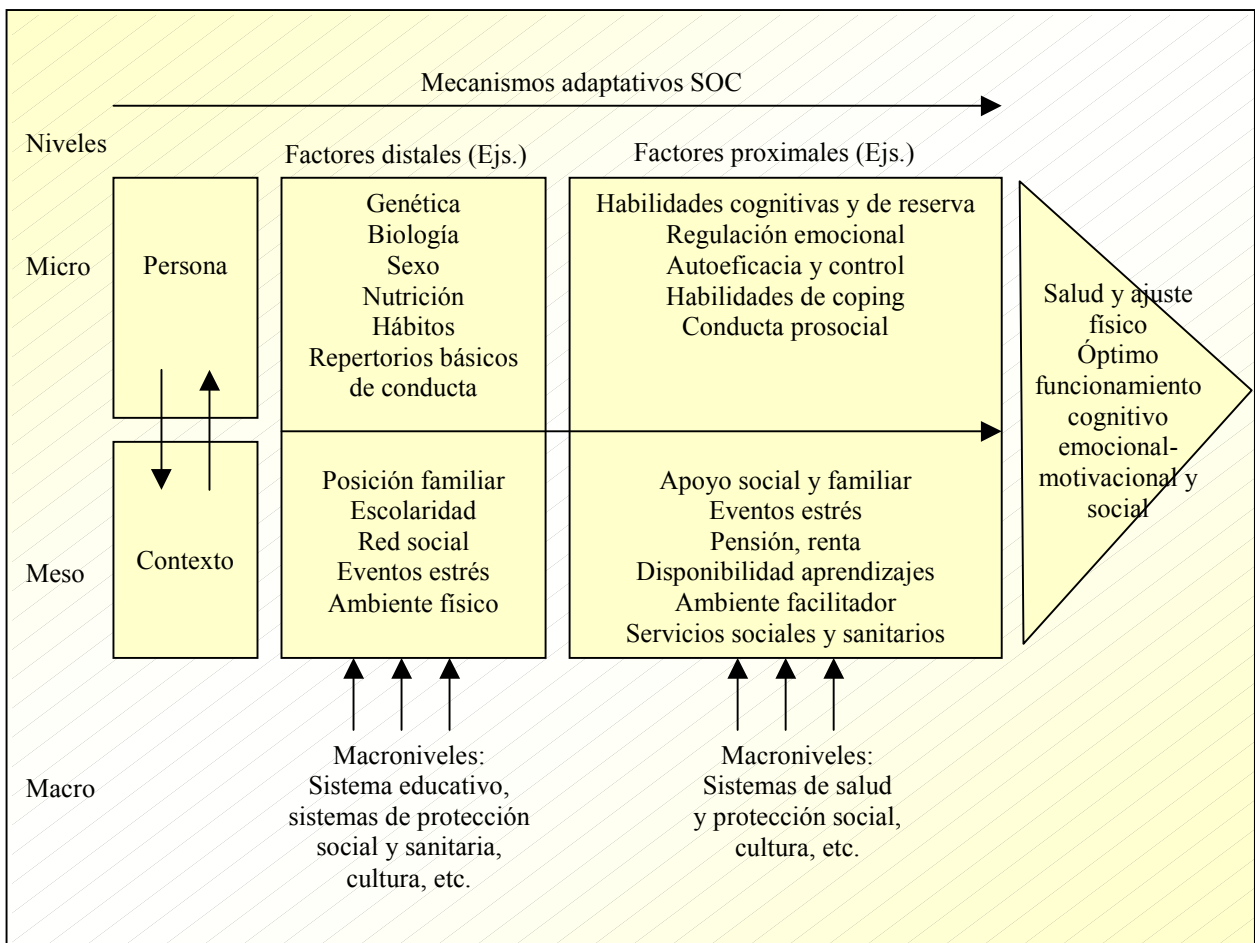


Fig. 17: Modelo multidimensional-multinivel de envejecimiento activo (Fernández-Ballesteros, 2002; tomado de Fernández-Ballesteros, 2009)

factores distales y proximales se pueden agrupar en sistemas o niveles. De este modo, las condiciones distales a nivel macroscópico se refieren a las circunstancias socio-históricas que influyen en el crecimiento y el desarrollo del individuo; la familia y la comunidad son factores distales del contexto con los que el sujeto interactúa y que determinan su crecimiento y desarrollo bio-psico-social; el nivel microscópico, por su parte, hace referencia a la persona como individuo biológico y agente psicológico.

Los últimos elementos teóricos en los que se apoya el modelo son los propuestos por Baltes y Baltes (1990). Se tiene en cuenta que a lo largo de este ciclo de vida, el sujeto echa mano de mecanismos adaptativos (SOC), a modo de estrategias para adaptarse a las distintas circunstancias que se le van presentando, y que a su vez determinan el modo de envejecer elegido, actuando como causa de desarrollo o declive. Así, a lo largo de la vida se requieren constantes procesos de selección, de optimización de las propias capacidades y recursos, y de compensación de los déficit o dificultades que puedan encontrarse (Fernández-Ballesteros, 2008a; Fernández-Ballesteros, 2009).

Como resultado de lo expuesto, la persona, tras innumerables transacciones entre sus recursos, conducta y entorno, llega a un cierto resultado descrito a través de cuatro ámbitos multidimensionales: salud y forma física, óptimo funcionamiento cognitivo y emocional-motivacional, y social (Fernández-Ballesteros, 2009). Lo que no podemos olvidar, es que estamos ante una etapa con posibilidades evolutivas y, para muchos ancianos, el envejecer puede ser un proceso de desarrollo y una época de culminación de la vida (Claver, 2002); pero el hacerlo de modo u otro no ocurre al azar, sino que depende, al menos en gran parte, de lo que el individuo haga y el contexto social promueva (Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón, 2007).

2.6.- Distribución del tiempo en la vejez como reflejo del proceso adaptativo

No se improvisa a un viejo: se va haciendo. Desde el niño, desde el joven, desde el adulto. La vejez tiene dentro todas esas edades (A. Gala)

Empezamos la introducción haciendo referencia al ser humano como temporalidad, lo que retomamos en este punto, debido a que el uso que se hace del tiempo, no es sino reflejo de uno mismo y voz de cómo la persona se adapta y afronta esta nueva etapa.

Tenemos así que una primera clasificación general del tiempo diario, en la cultura occidental, es el dedicar ocho horas a trabajo, ocio y descanso; en la vejez, esto ha de ser reajustado, y las horas del trabajo se han de reasignar para darle al tiempo un nuevo contenido (Rubio, 1998), ya que el envejecimiento sociocultural conlleva, entre otros aspectos, una mayor disponibilidad de tiempo. En muchos casos, sobre todo para los hombres, la jubilación supone una ruptura con un proyecto de vida forjado alrededor del trabajo, que ha ocupado su tiempo, ha marcado su ritmo y ha definido sus relaciones personales (Alcalde y Laspeñas, 2005), pero no deja de ser una oportunidad para desarrollar el arte de vivenciar el tiempo acorde con nuestra manera de ser, sin ataduras, un modo de demostrar si somos sabios administradores del final del ciclo vital. Si fuera cierto el dicho de *somos lo que hacemos*, cabría preguntarse qué hacemos cuando nos jubilamos, es decir, qué somos como jubilados (Navarro, Buz, Bueno y Mayoral., 2006).

Pero en la distribución del tiempo, entra en funcionamiento el estilo de vida de cada uno (Sánchez López, 1997), que es un indicador de éste; y es que a pesar de que los estilos de vida en los ancianos están cambiando (Allen, Blieszner y Roberto, 2000) y el concepto es complejo (Lemos, 1994), lo que es cierto es que condicionan el proceso de envejecimiento, ya que si se cambian, se generan diversas formas de envejecer; así, hablar de estilos de vida, es hablar de modelos multidimensionales (Rubio, 2004b). Sin embargo, disponer de tiempo libre

no implica disfrutar del ocio, que es más una actitud con la que se ocupa el primero (Alcalde y Laspeñas, 2005), una experiencia humana, fuente de satisfacción, que está relacionado con la salud y el bienestar (Rubio y Tapia, 2004). Las actividades de ocio tienen en común con la actividad laboral que estructuran el tiempo, y llevan a un sentimiento de utilidad social, permitiendo una “reconquista” de los ritmos y del sentimiento de la competencia social (Bazo, 2002); cubren a su vez varias parcelas, como la recreativa, la de identidad, la de sociabilidad, así como ámbitos que tienen influencia directa en el bienestar subjetivo del mayor, en su calidad de vida (Alcalde y Laspeñas, 2005).

Dentro de sus beneficios en esta etapa, destaca su efecto altamente significativo en el proceso adaptativo ante la pérdida de roles productivos (Herzog, Franks, Markus y Holumberg, 1998); influye en la salud y bienestar subjetivo al facilitar conductas de afrontamiento para responder a sucesos y estresores vitales (Coleman e Iso-Ahola, 1993); permite el desarrollo y mantenimiento de sentimientos de control sobre la propia vida, lo que se asocia a mejor salud mental y física (Mannell y Kleiber, 1997); y facilita la percepción de apoyo gracias a su importante componente de interacción social (McCormick y McGuire, 1996). Pero aunque se ha revelado como un factor de calidad de vida y un recurso para estimular el desarrollo personal, la práctica en los mayores es en general menos frecuente y variada de lo que sería deseable (Martínez y Gómez, 2005). Por otro lado, al ser algo subjetivo, hay diferentes factores que intervienen en su interpretación. En general, entre las variables que influyen en una valoración más positiva estarían el sexo masculino, los solteros, separados o viudos, la ausencia de hijos o personas dependientes a cargo, mayor nivel de estudios o formativo, de cualificación profesional y estatus social, hábitat urbano. Estos factores, junto con la salud, la personalidad o las propias vivencias, también influyen en la participación y tipo de actividades elegidas (Alcalde y Laspeñas, 2005).

Existen gran cantidad de actividades que pueden incluirse dentro de la categoría de ocio; Richie (1975) las clasifica en activas-pasivas, individuales-grupales, simples-complejas y para pasar el rato-mayor implicación. Kabanoff (1982) y Tinsley (1984) se centran en el tipo de necesidades que satisfacen. Numerosos estudios muestran que analizando el ciclo vital como variable independiente, se puede explicar gran variedad de conductas de la vida diaria, incluidas las de ocio. En este sentido, las actividades del adulto joven suelen ser dinámicas y fuera del hogar, y son un modo de relajación frente al estrés laboral y familiar. Hay una etapa de transición en el adulto maduro, por un lado porque puede empezar a darse un declive físico, y por otro, se empiezan a escoger actividades que puedan continuar en una etapa posterior, donde la satisfacción con el tiempo de ocio puede aumentar el bienestar y mejorar una posterior adaptación; en la senectud predominan las actividades de ocio pasivas (Rubio y Tapia, 2004). Con la edad, disminuyen las actividades fuera del hogar y el deporte, pero se mantienen las actividades sociales y las realizadas con la familia y en el hogar (Kelly et al., 1986, cit. por Hayslip y Planek, 2002).

No obstante, este tipo de actividades también cumplen su misión; las pasivas se relacionan con la necesidades de relajación e intelectual-estética como espectador; las individuales potencian la vivencia de soledad deseada y favorece la autonomía, mientras que las actividades simples se asocian a la sensación de control, de manejo de las situaciones (Alcalde y Laspeñas, 2005).

La información del uso del tiempo, al ser éste indicador universal de la conducta humana, provee la oportunidad para analizar un gran número de indicadores, que cubren varios dominios de la vida, como salud, educación, tiempo de trabajo, interacción social y ocio (Rubio y Tapia, 2004). Un envejecimiento positivo y adaptado supone un tiempo de ocio que tenga en cuenta las necesidades personales y de desarrollo de los mayores; que les

permita sentirse personas activas y útiles, con un proyecto de vida, con seguridad y confianza en sí mismos y en la etapa que están viviendo; un ámbito de posibilidad para esas capacidades que se cree que ya no se pueden desarrollar (Alcalde y Laspeñas, 2005).

En una visión de conjunto, podemos destacar que si bien de alguna manera se habla de los efectos de la vejez sobre la vida cotidiana, también es importante el efecto inverso. Posiblemente nuestra existencia esté muy condicionada por los efectos de la vejez, pero no es menos cierto que ésta está muy influida por la forma de actuar de cada cual, y por los propios estilos de pensamiento, así como por los mecanismos de afrontamiento a la problemática que, día a día, genera seguir viviendo (Rubio y Tapia, 2004).



Emociones y envejecimiento.

Inteligencia Emocional

3.- EMOCIONES Y ENVEJECIMIENTO. INTELIGENCIA EMOCIONAL.

Cualquiera puede enfadarse, eso es algo muy sencillo. Pero enfadarse con la persona adecuada, en el grado exacto, en el momento oportuno, con el propósito justo y del modo correcto, eso, ciertamente, no resulta tan sencillo (Aristóteles, Ética a Nicómaco)

3.1.- El mundo emocional

El cerebro ha sido y es el garante de la supervivencia, misión que fue asegurada muy tempranamente en la evolución mediante una eficaz herramienta: las emociones (Morgado, 2010). Y es que la importancia de la emoción en nuestra vida queda reflejada en la riqueza y abundancia del vocabulario referido a emociones, sentimientos y estados de ánimo. Además, artistas de todas las épocas han encontrado en su expresión y descripción el principal motivo y fuente de inspiración. Poetas, escritores, cineastas, músicos y compositores han utilizado distintos lenguajes para elaborar insuperables descripciones de la experiencia emocional con las que, a su vez, han provocado la emoción en quienes disfrutamos de sus creaciones (Pastor, 2006). Pero que las emociones formen parte de lo más constitutivamente humano, que necesaria e irremediablemente el afecto coloree nuestra conducta determinando el ajuste social, el bienestar y la salud, no implica que sea sencillo definir qué es una emoción (Watts, 1992), encontrándonos con que a menudo se entremezclan los conceptos de afecto, emoción, sentimiento o estado de ánimo. En la tabla 10 se indican las principales características de cada uno de estos conceptos.

Coloquialmente, nos referimos a las emociones para describir estados subjetivos con una intensa carga afectiva (Fehr y Russell, 1984). Pero la facilidad con la que somos capaces de representar mentalmente una emoción contrasta, como comentábamos, con la dificultad

que entraña el definir qué es (Niedenthal et al., 2005; Scherer, 2005), pues el término emoción es ambiguo y carece de límites precisos (Fehr y Russell, 1984; Carrera y Fernández-Dols, 1997). Se podría decir que su interés científico parte de la obra de Darwin (1872) *La expresión de las emociones en el hombre y los animales*, a partir de donde se empieza a desterrar la idea del valor disfuncional que tenían para el pensamiento clásico (Kappas, 2002). La mayoría de los autores suscriben definiciones operacionales que incluyen explícita o implícitamente el concepto de multidimensionalidad, entendiendo la emoción compuesta por tres sistemas de respuesta claramente diferenciados: el neurofisiológico-bioquímico, el motor o conductual expresivo y el cognitivo o experiencial-subjetivo (Lang, 1995).

Término	Definición
Emoción	Afectos bruscos y agudos que se desencadenan por una percepción (interna o externa) y tienen abundante correlación somática. Respuesta efímera.
Sentimiento	Estados anímicos más difusos, experimentados de forma paulatina o progresiva y que son más duraderos sin acompañarse de síntomas somáticos.
Afecto	Sentimiento subjetivo que acompaña a una idea o a una representación mental.
Humor	Estado emocional basal del sujeto. Tono afectivo, sobre todo como lo experimenta interiormente el individuo. Equivalente a estado de ánimo.
Afectividad	Constituye la vida emocional total del individuo.

Tabla 10: Definición de conceptos básicos. (Crespo, 2006b).

Las emociones representan así complejos estados psicológicos y fisiológicos, que muestran un índice del valor atribuido a la ocurrencia de un acontecimiento; en el humano, el rango es tan amplio y específico como lo son los múltiples medios ante los que debemos adaptarnos (Martínez, 2008), llegándose a considerar el proceso psicológico más complejo. En la figura 18 se intenta representar las fases y los componentes que se producen el proceso emocional, y muestra cómo los diferentes procesos psicológicos básicos actúan durante el procesamiento de la información emocional de la conducta emocionalmente inteligente.

El proceso emocional se puede desencadenar por condiciones internas o externas; así, tras la percepción de un desencadenante, que es filtrado a diversos niveles por la evaluación valorativa, se produce la activación emocional, formada por una experiencia subjetiva o sentimiento, una expresión corporal o comunicación no verbal, una tendencia a la acción o afrontamiento, y por los cambios fisiológicos que dan soporte a la respuesta global del sistema. A su vez, las manifestaciones externas de la emoción están mediadas por un segundo filtro, formado por el equipaje experiencial del que nos han provisto la cultura y el aprendizaje (Martínez, 2008).

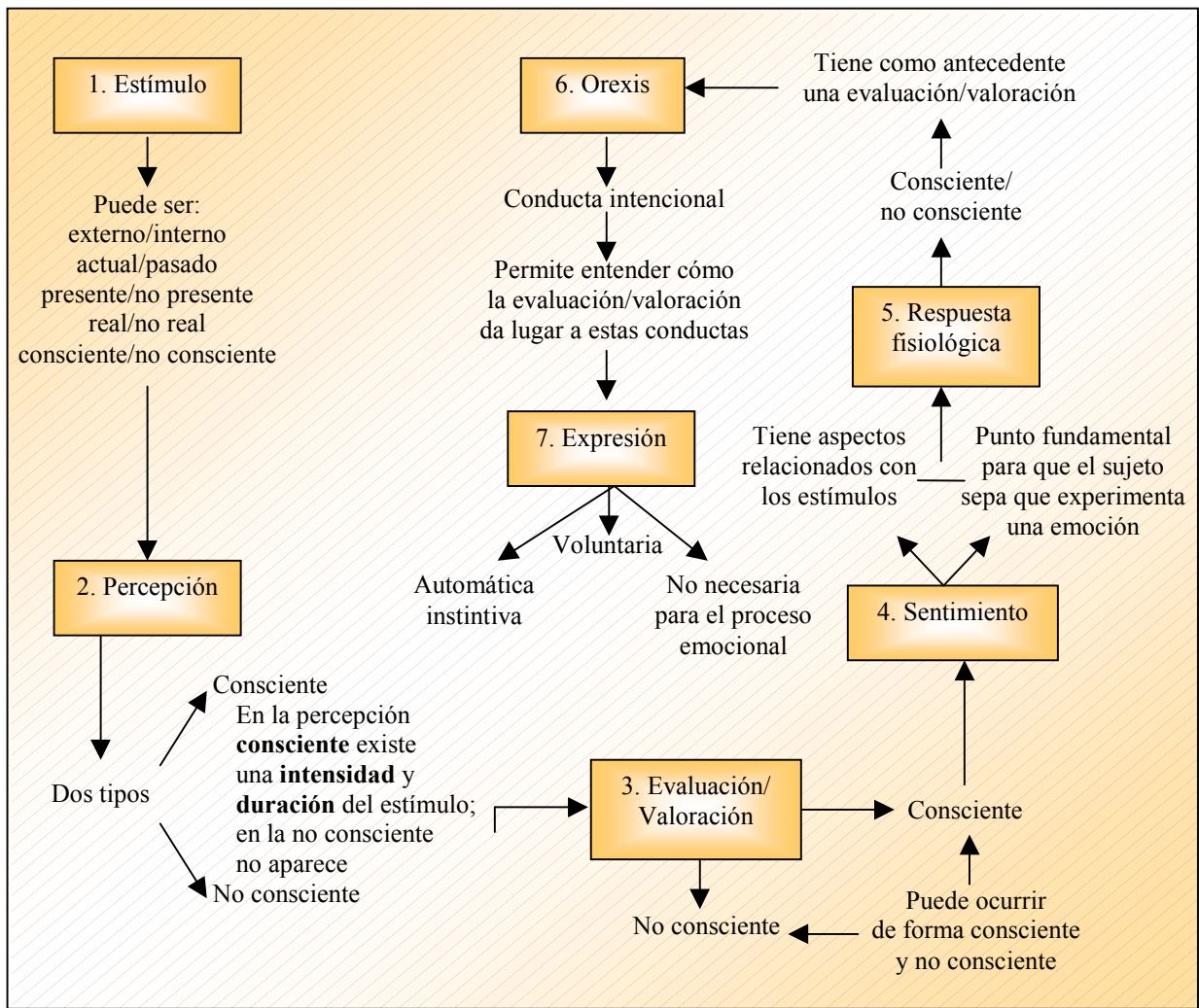


Fig. 18: Diagrama del procesamiento de información emocional (Basado en Palmero y Mestre (2004); en Mestre, *Comunian y Comunian*, 2007)

Otra parte interesante en todo esto, es considerar los sustratos donde se asienta y ver qué sistemas neurales pueden estar implicados, encontrando que cada uno juega un papel diferente, pero esencial y funcional en la génesis y en la regulación emocional. En la tabla 11 se resumen las funciones de las estructuras implicadas en el procesamiento emocional.

Estructura cerebral	<i>Amígdala</i>	<i>Ganglios basales</i>	<i>Córtex lateral prefrontal y de asociación</i>	<i>Córtex cingulado anterior</i>	<i>Córtex ventromedial y orbitofrontal</i>
Función	Detección y aprendizaje de potenciales peligros	Registro de refuerzos y adquisición de hábitos	Almacenamiento y recuperación de códigos semánticos emocionales	Monitorización de conflictos	Selección de la acción en contextos complejos
Uso y aplicación	Detección de la activación, de estímulos potencialmente peligrosos y su asociación con las correspondientes respuestas fisiológicas y conductas	Automatización de secuencias de conducta y pensamientos que se han probado consistentes con el reforzamiento	Identificar estímulos y diferenciar sentimientos; atribuir calidad a los estímulos; estrategias regulatorias; fijar conocimientos y memorias emocionales	Monitorización de la conducta y determinación de la necesidad de cambio	Inhibir las respuestas emocionales basadas en análisis contextuales; generar reacciones afectivas basadas en análisis y juicios regulativos
Tipo de procesamiento	Automático	Automático, pero requiere atención	La recuperación puede ser automática o controlada	Detección automática del conflicto. La realización de cambios implica la toma de control	Controlado

Tabla 11: Función de las estructuras cerebrales implicadas en el procesamiento emocional.
(Adaptada de Ochsner y Barrett, 2001 en Martínez, 2008).

En cuanto a las funciones que desempeñan las emociones destacan la adaptativa, la social y la motivacional (García y Ellgring, 2004), influyendo inexorablemente sobre toda la experiencia humana (Barret, Ochsner y Gross, 2007). Esta capacidad de las emociones de contribuir a la adaptación, hace que se hayan consolidado en el bagaje genético de las especies (Keltner y Gross, 1999). Sin embargo, por un lado las alteraciones emocionales son consecuencia importante de trastornos psiquiátricos o neurológicos (Derouesne, 2011), y por otro, una ausencia de equilibrio emocional es considerado causa de infelicidad y base de asiento para trastornos emocionales; por ello, en la mayoría de las ocasiones nos beneficiamos de las emociones, pero a veces, podemos ser víctimas de ellas (Martínez, 2008).

3.2.- Importancia del estudio de las emociones en la vejez

La reflexión y el análisis sobre las propias emociones es una conquista relativamente reciente de nuestra sociedad, que parece encontrarse actualmente en los umbrales de la era de las emociones, en un momento en el que la “inteligencia emocional” está presente en muchos estudios sobre el comportamiento humano y de las intervenciones para moldearlo en todos sus ámbitos. Esta incorporación reciente como área de investigación abordable a través del método científico, hace que aún conozcamos poco sobre las diferencias asociadas a la edad en el funcionamiento emocional; lo que sí sabemos es que las experiencias emocionales, su expresión y regulación, son aspectos del funcionamiento humano cuyo análisis es fundamental para comprender la conducta humana a lo largo del ciclo vital. Su estudio en esta etapa puede ser enfocado tomándolas como variables predictoras y mediadoras de la salud y la calidad de vida, o como variables de resultado o componentes de la experiencia de bienestar, con características diferenciales con respecto a la experiencia emocional en otras edades (Márquez-González, 2008).

Durante la mayor parte del siglo XX, sentimientos y emociones han sido infravaloradas por los estudiosos del comportamiento humano, al considerarlas como simples productos del pensamiento y obstáculos que interferían en el procesamiento racional de la información, rasgo considerado como distintivo del ser humano durante la segunda mitad del siglo (Eich y Schooler, 2000). Ello llevó a una gran asimetría entre el conocimiento psicológico sobre cognición y emoción, más evidente aún el campo gerontológico. Sería en los años 90 cuando la comunidad científica asuma las emociones como herramientas fundamentales de adaptación, al proporcionar la evaluación del significado de los estímulos (requisito básico para el aprendizaje) y activar cambios conductuales, fisiológicos y hormonales, que se asocian con estilos cognitivos y conductuales idóneos para el afrontamiento de situaciones concretas

(Cosmides y Tooby, 2000). Así, de cara a una adecuada adaptación al envejecimiento, no sólo son necesarios los recursos biológicos adecuados y procesos cognitivos que funcionen de modo eficaz, sino también la intervención efectiva de estructuras y procesos emocionales y motivacionales que la favorezcan. Esto lleva a que por fin se haya aceptado la experiencia y regulación emocional como aspectos básicos del funcionamiento humano, que deben contemplarse necesariamente a la hora de entender y potenciar el bienestar y la calidad de vida de las personas las personas mayores (Márquez-González, 2008).

Los estudios han evidenciado su íntima relación con la salud física y mental de los ancianos, así como su constante interacción con los procesos cognitivos, influyendo en gran medida sobre la toma de decisiones, el razonamiento o la ejecución en tareas perceptivas, atencionales y de memoria (Eich y Schooler, 2000). Puesto que en esta etapa hay un declive en procesos de control cognitivo o funciones ejecutivas (atención selectiva, memoria operativa y control inhibitorio), implementados en el lóbulo prefrontal (McDowd, Oseas-Kreger y Filion, 1995), el análisis de las interrelaciones entre cognición y emoción puede ayudar a comprender y guiar la intervención con este colectivo. En este sentido, destaca por un lado un la psicología positiva, al llevar los estados de ánimo positivos a pensar y procesar la información de un modo más flexible, que favorece la ampliación del repertorio de habilidades cognitivo-conductuales de afrontamiento y la implicación en el desarrollo personal y logro de metas significativas (Fredrickson, 2001; Lyubomirsky, King y Diener, 2005). Por otro lado, las emociones proporcionan las bases para la interacción entre las personas (Okun, Stock, Haring y Witter, 1984), pues sentirse bien ayuda a pensar mejor, y nos hace estar más dispuestos a interactuar con los demás, elementos que forman parte fundamental del envejecimiento saludable (Márquez-González, 2008).

En relación a ello, diversas teorías asumen como puntos clave en el envejecimiento con

éxito al sistema emocional, que contiene un conjunto de recursos que facilitan respuestas para una mejor adaptación (incluyendo la regulación emocional), de cara a la supervivencia y al ajuste del individuo al medio (Fredrickson, 2001; Magai, Consedine, Krioyeshekova, Kudadjie-Gyamfi y McPherson, 2006). De hecho, una característica del envejecimiento patológico es la escasa salud mental y el funcionamiento emocional negativo (Fernández-Ballesteros, 2009). La depresión, la ansiedad y la hostilidad son factores de riesgo para la salud y, por consiguiente, para el envejecimiento óptimo (Stek et al., 2005; Aldwin y Gilmer, 2006).

Tenemos por tanto, que entre las razones que llevan a postular a las emociones positivas como elementos constitutivos del envejecimiento óptimo, estaría su relación con el éxito en la vida (Lyubomirsky et al., 2005); el hecho de que lleven a comportamientos adaptativos, al maximizar un amplio repertorio de recursos facilitadores de carácter físico, cognitivo y psicosocial y actuar como elicitadores del aprendizaje adaptativo a lo largo de la vida, y no sólo a corto plazo (Salovey, Rothman, Detweiller and Steward., 2000; Fredrickson, 2001; Aspinwall, 2001; Fredrickson y Losada, 2005; Lyubomirsky et al., 2005); un tercer argumento es su función como factores protectores a largo plazo de la salud física y mental (Taylor, Kemeny, Reed, Bowers y Gruenewald., 2000; Salovey et al., 2000; Danner, Snow y Friesen, 2001; Pressman y Cohen, 2005), así como de la discapacidad y como facilitador de la recuperación de la enfermedad (Ostir, Markides, Black y Goodwin, 2002) y la longevidad (Vázquez, Hernangómez y Hervás., 2003). Esto lo podrían conseguir, por un lado, por su efecto sobre la conducta y sistemas fisiológicos, y por otro, al actuar como mecanismo de afrontamiento al estrés (Pressman y Cohen, 2005). Pero no sólo se relacionan con la salud, sino también con el funcionamiento psicosocial y las estrategias adaptativas de afrontamiento. La última razón se basa en que es un determinante del envejecimiento con éxito que permite

intervención, pues las emociones positivas pueden potenciarse y mejorarse (Fernández-Ballesteros, 2009).

En resumen, las emociones son procesos fundamentales que colorean nuestra vida y nos hacen engancharnos al mundo de forma adaptativa, ofreciéndonos constantemente retroalimentación sobre cómo se está produciendo dicha adaptación, en qué estado nos encontramos, y si vamos o no por el camino del desarrollo y crecimiento personal (Márquez-González, 2008).

3.3.- Experiencia emocional en la vejez

3.3.1.- Cambios emocionales y envejecimiento

Las emociones están controladas por distintas áreas cerebrales que el resto de los procesos cognitivos, y sobre el cómo afectan los cambios fisiológicos a éstas, se sabe aún relativamente poco. Sin embargo, hay aspectos de las emociones que se aprenden a lo largo de la vida y en conjunción con ciertos acontecimientos, como la competencia emocional o el control de las propias emociones, por lo que es de esperar que este aprendizaje emocional tenga lugar hasta el final de la vida (García y Ellgring, 2004).

Como resumen Charles y Carstensen (2007), el sistema límbico y el córtex prefrontal son las regiones cerebrales más implicadas en la experiencia emocional, pero mientras que el primero parece relativamente preservado de los efectos del envejecimiento en gran parte de sus áreas (amígdala y córtex entorrinal), el segundo sufre un marcado declive.

Al hablar de emoción, como mencionamos en el apartado anterior, podemos incluir cuatro componentes diferentes: la excitación fisiológica, la experiencia subjetiva, la expresión facial y corporal y el comportamiento (Frijda, 1986). En relación a la reactividad del sistema nervioso autónomo ante estímulos emocionales, relacionado con el sustrato biológico de la emoción, hay estudios que indican que disminuye con la edad (Cacioppo, Berntson, Klein, y Poehlmann, 1997; Lawton, 2001; Carstensen, Mikels y Mother, 2006). Sin embargo, parece que si el estímulo es relevante y es capaz de provocar emociones particularmente significativas para el sujeto, no se encuentran tales diferencias asociadas a la edad (Kunzman y Grünh, 2005) e incluso hay trabajos que encuentran una mayor reactividad cardiovascular en situaciones de estrés interpersonal (Uchino, Holt-Lunstad, Bloor y Campo 2005). Como comentan Moraitou y Efklides (2009), estos datos pueden indicar que quizá lo que cambie en la vejez no sea la reactividad autónoma como tal, sino la valoración primaria de la relevancia

de los estímulos para uno mismo.

Al analizar la experiencia subjetiva de la emoción en relación con la edad, la cosa se complica aún más, y parece ser que la vinculación varía según se trate de emociones positivas o negativas. En general, como sintetizan Moraitou y Efklides (2009), y haciendo referencia al meta-análisis de Pinquart (2001), los datos relativos a la frecuencia, intensidad y valencia de las experiencias emocionales muestran que sufren cambios, la mayoría de carácter compensatorio, como la menor intensidad y frecuencia de emociones positivas (ej. Márquez, Montorio, Izal y Losada, 2006; Márquez-González, Izal, Montorio y Losada., 2008) y, sobre todo, negativas con elevada excitación (en especial la ira) (Pinquart, 2001). Por otro lado, existe un incremento del afecto positivo y una disminución o estabilidad del negativo al envejecer, aunque en los más ancianos parece invertirse esta especie de equilibrio afectivo, lo que tiene que ver con problemas de salud y otras limitaciones más que con la edad en sí. Trabajos como los de Alcalá, Camacho y Giner (2007) o Márquez-González et al., (2008), encuentran una relativa estabilidad del componente emocional del bienestar subjetivo a lo largo del ciclo vital.

En cuanto a la expresión de las emociones (verbal o facial), existe una disposición relativamente estable a la inhibición en este subgrupo de población, quienes utilizan la supresión emocional más que las personas de menor edad (Diener, sándwich y Larsen, 1985; McConatha y Huba, 1999; Márquez-González et al., 2008). Esto no sólo no ayuda a que la emoción “suprimida” desaparezca, sino que además se asocia con correlatos fisiológicos disfuncionales y parece interferir con procesos cognitivos como la atención y la memoria (Mauss y Gross, 2004). Esta menor tendencia a expresar las emociones podría explicarse, por un lado, por el déficit en muchos de estos sujetos en la capacidad de introspección, de discriminar las emociones que están sintiendo y darles nombre, habilidades relacionadas con

la metacognición de las emociones. Y es que nuestra generación actual de mayores creció en un entorno sociocultural que no favorecía el aprendizaje de la introspección psicológica o análisis de los propios pensamientos y emociones, por lo que al no haber aprendido a analizar o reflexionar sobre ellas, atenderlas y etiquetarlas, la dificultad para expresarlas aumenta (Labouvie-Vief, DeVoe y Bulka, 1989).

3.3.2.- Comprensión emocional

Los estudios sobre la comprensión emocional asocian la edad con deficiencias en la descodificación a partir de los rostros de las emociones negativas, como la tristeza (MacPherson, Phillips y Della Sala, 2002) o la ira, y en la comprensión de estados emocionales complejos a partir de los ojos, aunque no hay diferencias en la capacidad para descodificar emociones de los contenidos verbales (Phillips, MacLean y Allen, 2002). Estos autores también encontraron menor capacidad en los mayores para reconocer y compartir los sentimientos de otros, aunque puede tener que ver con diferencias en la edad debidas a años de educación e inteligencia. En relación a la descodificación de la ira en rostros ajenos, Fischer et al. (2005) encontraron en el contexto del envejecimiento una menor activación subcortical y una mayor activación cortical, por lo que podrían intervenir procesos afectivos de autorregulación aprendidos; de hecho, según Phillips y Allen (2004), los adultos más jóvenes podrían tener mayor predisposición para percibir esta emoción cuando no existe intención de transmitirla. Estas diferencias en el procesamiento de estímulos faciales de tristeza o ira podrían atribuirse a cambios en la actividad cerebral, o a cambios en el proceso de regulación emocional.

3.3.3.- Regulación emocional

Como exponen Moraitou y Efkliides (2009), fenómenos comentados anteriormente, como la menor intensidad y frecuencia de emociones con alta excitación a lo largo de la vida,

la capacidad disminuida de percibir tristeza o ira, y la estabilidad u optimización del equilibrio afectivo podrían tratarse de cambios regulativos y/o compensatorios adecuados a esta etapa.

En este sentido, y acorde con las teorías sociocognitivas, estos autores revisan diferentes trabajos, que muestran que el envejecimiento va asociado a un aumento del control interno de la emoción y a una flexibilización mayor en el modo de abordar los problemas con carga emocional por medio del uso de una amplia gama de estrategias centradas en la emoción y una tendencia mayor a percibir la vida social de modo positivo.

Los adultos mayores manifiestan mejor autorregulación emocional (Gross et al., 1997; Isaacowitz, 2005), que es fuente de adaptación y bienestar en esta etapa (Higgins, Grant y Shah., 1999); los estudios muestran que perciben tener un mayor control de sus emociones negativas y una mayor estabilidad y madurez emocional que los jóvenes (Gross et al., 1997; Lawton et al., 1992; Márquez-González et al., 2008; McConatha y Huba, 1999), durando menos los estados emocionales negativos y manteniéndose los positivos más tiempo (Carstensen, Pasupathi, Mayr y Nesselroade, 2000). En relación a los mecanismos concretos de regulación emocional, parecen predominar los de tipo preventivo, centrados en la modificación de los antecedentes de las emociones, en la selección de las situaciones a afrontar, frente a las estrategias dirigidas a modificar la propia respuesta emocional una vez que ésta se ha desarrollado (Gross et al., 1997; Márquez-González et al., 2008). De este modo seleccionan en mayor medida las situaciones a las que se enfrentan y las relaciones sociales que tienen (Carstensen, 1995), y emplean con más frecuencia la reevaluación cognitiva, por ejemplo, mediante la comparación social positiva (John y Gross, 2004).

En general, las investigaciones apoyan la hipótesis de la madurez emocional asociada al envejecimiento (mayor capacidad para regular las emociones y optimizar la experiencia emocional, evitando las sobrecargas emocionales) debido a la experiencia acumulada a lo

largo de la vida (Lawton et al., 1992). En esta línea se sitúa también la Teoría de la Selectividad Socioemocional ya comentada (Carstensen, 1995). Sin embargo, otras hipótesis vinculan esta mayor eficacia en la regulación preventiva y el sesgo de positividad, a un mecanismo compensatorio por el que la menor complejidad cognitivo-afectiva asociada al envejecimiento (esquemas emocionales más simples) sería contrarrestada por una mayor pericia para optimizar la experiencia emocional (Labouvie-Vief y Márquez, 2004). Por otro lado, desde un punto de vista ambiental, se explica por una menor frecuencia de estresores cotidianos (Folkman et al., 1987), y desde una hipótesis madurativa, la reducción con la edad en la reactividad fisiológica ante los eventos vitales y estresores haría que las reacciones emocionales fueran más fáciles de controlar (Lawton et al., 1992).

3.3.4.- Interacción entre emoción y cognición

Las variables emocionales influyen en el comportamiento cognitivo de los mayores, especialmente en tareas que requieren atención y memoria (cit. por Moraitou y Efklides, 2009). Parece que éstos tienden a poner más énfasis en los aspectos subjetivos e interpretativos de la información que en datos más menudos (Comblain et al., 2004), y a medida que envejecemos, aumenta la relevancia del material afectivo en el procesamiento de la información; de hecho, las personas mayores recuerdan mejor y en mayor proporción información relativa a emociones (Carstensen y Turk-Charles, 1994). Pero parece que esta preferencia se da específicamente para la información emocionalmente gratificante o positiva, habiéndose identificado este sesgo de positividad tanto a nivel atencional (Mather y Carstensen, 2005) como de memoria (Charles, Mather y Carstensen, 2003). Sin embargo, hay datos que sugieren que en la memoria de los mayores no hay predisposición a la información positiva, sino una menor predisposición a la negativa; ante este probable efecto de negatividad reducido, cabría preguntarse si se debe a una mejor regulación emocional en la vejez o a

limitaciones en el procesamiento cognitivo de la información negativa ligadas a la edad (Grühn, Smith y Baltes, 2005).

En relación al recuerdo autobiográfico, hay indicios de que nuestros recuerdos emocionalmente negativos podrían sufrir con la edad un proceso de distorsión en dirección positiva, convirtiéndose en representaciones más gratificantes emocionalmente y con una menor complejidad argumental (Berntsen y Rubin, 2002; Comblain, D'Argembeau y Van der Linden, 2005). En este sentido, la amígdala de los mayores se activa menos ante imágenes emocionales negativas que ante las positivas, mientras que en los jóvenes la activación no varía en función del signo emocional de las imágenes (Mather, Canli, English, Whitfield, Wais, Ochner et al., 2004).

Tras lo expuesto, resulta evidente la necesidad de considerar de forma explícita el área emocional en la planificación de la atención sanitaria y social a las personas mayores. Respecto a cómo actuar para potenciar su experiencia y funcionamiento emocional, parece necesario potenciar un acercamiento de las personas mayores a su vida emocional, en el sentido de facilitar un mayor conocimiento y comprensión de sus emociones, reconocer la importancia de su experiencia y regulación y su íntima relación con su salud y aprender formas adaptativas de regularlas (Márquez-González, 2008).

3.4.- La inteligencia emocional (IE)

3.4.1.- Precedentes y evolución

Mestre, Comunian y Comunian (2007) nos adentran en un recorrido sobre los primeros quince años de lo que se ha venido denominando Inteligencia Emocional (IE), y que exponemos a continuación.

Dentro de sus precedentes teóricos, podemos destacar a Binet y Simon (1908), que distinguieron dos tipos de inteligencia, la ideativa y la instintiva, y apuntaron la idea de un uso inteligente de los sentimientos (Mestre, 2003). Unos años después, aparece el concepto de Inteligencia Social, en manos de Thorndike (1920). Con el conductismo, ni inteligencia ni emoción estaban como principales objetos de estudio, por lo que habrá que esperar al surgimiento del interés por el estudio de los procesos cognitivos. En este sentido, algunos de los seguidores de Piaget sugieren la necesidad de observar cómo las emociones pueden influir positivamente en el desarrollo de la inteligencia en la infancia (Mestre y Guil, 2003; Mestre, Guil y Gil-Olarte, 2004). En los ochenta, el paradigma dominante era el procesamiento de la información, aunque con la llegada de los ordenadores aparece el modelo computacional y la inteligencia artificial, en donde los procesos emocionales no encajan muy bien (Molero, Saiz y Esteban, 1998), por lo que será ya en los noventa donde la perspectiva de la inteligencia fue admitiendo una dimensión más amplia, y será en esta época cuando proliferan conceptos como el de inteligencias múltiples (Gardner, 1993), inteligencia exitosa (Sternberg, 1996), inteligencia práctica (Sternberg y Grigorenko, 2000), optimismo inteligente (Aviá y Vázquez, 1998) o inteligencia emocional (Salovey y Mayer, 1990; Mayer y Salovey, 1997).

Pero lo de IE no es una idea original de estos últimos autores, aunque sí lo es el desarrollo del concepto en sí, y acuñaron el término al defender que las emociones en sí mismas “tienen un alto grado de inteligencia”, y las personas disponen de habilidades

cognitivas para percibir las y expresarlas, facilitar su juicio utilizando la información que ellas mismas proporcionan, comprenderlas y regularlas en uno mismo y en otros. La primera vez que se hace referencia al término, es en el trabajo de Bárbara Leuner (1966), aunque no queda bien claro a qué se refiere con él; también fue usado por Payne (1986), aunque en modo de disertación no publicada. Greenspan, por su parte, también se interesa por la relación entre inteligencia y emoción, estando sus investigaciones dirigidas a optimizar las capacidades socioadaptativas del niño autista (Greenspan, 1989; Greenspan y Benderly, 1997). Finalmente, el constructo IE fue formalmente definido por Mayer, DiPaolo y Salovey (1990), y sobre todo, por Salovey y Mayer (1990). Ambos autores dieron una primera definición (*tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno* (Salovey y Mayer, 1990, p. 189)), en donde luego se han enfatizado más los aspectos cognitivos: *la habilidad para percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente; la habilidad para comprender la emoción y el conocimiento emocional; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa, y la habilidad para regular las emociones en uno mismo y en otros* (Mayer y Salovey, 1997; Mayer, Salovey y Caruso, 2000a, 2000b).

Los inicios del concepto de IE (1990-1995) pasaron inadvertidos, destacando dos aportaciones de Mayer y Salovey (1993 y 1995) y el desarrollo de un instrumento para medir los rasgos asociados a los estados de humor (TMMS-48) por Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfay (1995). Los cinco años siguientes, gracias a Goleman se consigue una popularidad internacional del concepto, aunque también lleva a la disparidad y diversificación teórica de los años siguientes (Mestre, 2003). Fueron apareciendo formas alternativas de conceptualizarla como perfiles de rasgos de personalidad más que como habilidades

cognitivas, como la propuesta de Bar-On (1997a, 1997b), Goleman (1995a, 1998) o la de Petrides y Furham (2000, 2001). Pero sería conveniente hablar de lo mismo usando el mismo término, y no el mismo término para describir diferentes conceptos (Mestre y Guil, 2006). Por ello, ante esta “tergiversación” de las ideas originales, Mayer y Salovey aportan un capítulo de un libro (*What is emotional intelligence*), coordinado por Salovey y Sluyter (1997). Ya en el lustro 2001-2005 será cuando se produzca una consolidación del concepto, junto con estudios de validez predictiva y aplicada; aparecen de este modo nuevos manuales (Bar-On y Parker, 2000; Ciarrochi, Forgas y Mayer, 2001; Mathews, Zeidner y Roberts, 2002; Barrett y Salovey, 2002, etc.) que dan una mayor clarificación al concepto, así como un instrumento de medida de referencia, el MSCEIT.

Analizando este intervalo de tiempo, resulta que la mayoría de los trabajos sobre el tema son de aplicación, sobre todo en los últimos años, destacando como finalidad el de la promoción de la salud (Mestre, Comunian y Comunian, 2007).

3.4.2.- *Qué es la inteligencia emocional*

El debate sobre este concepto se refleja en diversas publicaciones científicas (Emmons y Colby, 1995), en populares revistas, así como en libros tan relevantes como el de Goleman (1995a). Pero para poder comprender el concepto en sí, hay que desglosarlo en sus componentes: inteligencia y emoción (Mayer y Salovey, 2007).

Ya desde el siglo XVIII, se dividía la mente en cognición, afecto y motivación; en este sentido, la inteligencia es usada para determinar el grado de funcionamiento cognitivo, así como las emociones pertenecen a la esfera afectiva del funcionamiento mental, quedando la motivación como un aspecto secundario. Por ello, las definiciones de IE tendría que de algún modo contemplar ambos términos, pero sin olvidar que no todo lo que conecta cognición con emoción es IE. Existen bastantes investigaciones sobre *cognición y afecto*, de donde se sabe

que la emoción puede cambiar el pensamiento, pero no por ello hace a la persona más inteligente. Este posible efecto sesgado por el humor se denomina juicio congruente del humor, y ha sido estudiado por autores como Isen, Shalke, Clark y Karp (1978), Bower (1981), Mayer y Salovey (1988), Salovey y Birnbaum (1989), Mayer, Gaschke, Braverman y Evans (1992) y Forgas (1995) (Mayer y Salovey, 2007).

El siglo XX ha confiado en el enfoque correlacional para identificar inteligencias, salvando algunas excepciones como Guilford y Hoepfner, que propusieron la existencia de 120 inteligencias según las combinaciones de los procesos mentales básicos, o Howard Gardner, con su elegante teoría sobre las inteligencias múltiples (fig. 19), bellamente descrita e intuitivamente argumentada, atribuyéndolas al significado cultural y a su correspondencia con las estructuras cerebrales.

Así, la mayoría de las inteligencias están moderadamente correlacionadas entre sí, dejando un margen de diferencias dentro de la misma persona, indicativo de ser distintos tipos de inteligencia. De

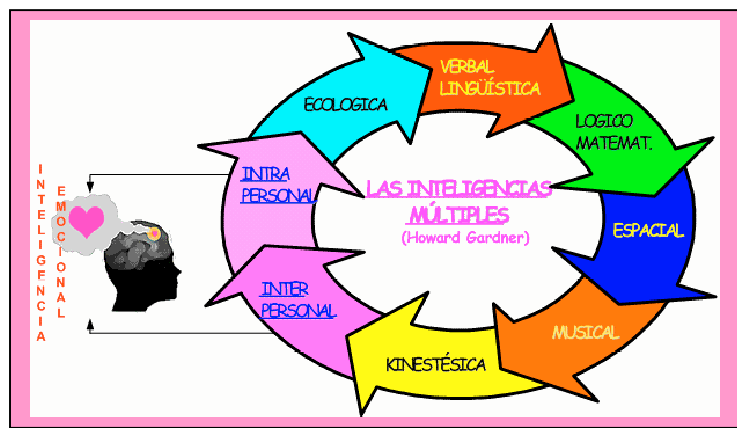


Fig. 19: Inteligencias múltiples (Recogido el 27-07-2010) de: <http://sethep.blogspot.com/2010/06/las-inteligencias-multiples.html>

hecho, la lógica para identificar una inteligencia dentro de la psicología es definirla, desarrollar un medio para medirla, acreditar su independencia parcial o completa de inteligencias ya conocidas y demostrar que predice algún criterio real (Mayer y Salovey, 2007).

En este marco, a principios del siglo pasado surgió la idea de dividir la inteligencia en tres subgrupos: verbal proposicional, espacial y social; pero esta última tiene una correlación

alta con las anteriores, por lo que no se puede considerar distinta de ellas. Sobre esta propuesta fallida, a finales de los ochenta se pensó en incluir el término emocional, en vez de social, subsanando los problemas de éste al correlacionar el razonamiento emocional con otras inteligencias, siendo a la vez diferente; además es una destreza mental diferente de los rasgos de personalidad y de los talentos (Mayer y Salovey, 2007).

Sin embargo, como bien apuntan estos autores, el desarrollo conceptual de la IE también requiere relacionarla con la emoción, no sólo con la inteligencia, partiendo de que muchas veces ambos términos se han visto incompatibles, tachando la emoción de irracional y disruptiva (Schaffer, Gilmer y Schoen, 1940; Young 1936, 1943). En cambio, Mandler (1984) apreció cómo en muchas otras ocasiones las emociones priorizan la cognición y, como ya han dicho filósofos y psicólogos, para la mayoría de las personas saludables transmiten cierto conocimiento sobre las relaciones que la gente tiene con el mundo. Lo que sí es cierto es que no existen respuestas correctas, y el examinar manifestaciones más complejas de la IE (más allá de la simple identificación de la emoción), suele requerir comprender la estructura cultural propia de las personas o disponer de más información, como la historia individual de aprendizaje de alguien (Mayer y Salovey, 1995).

Una definición que combina el que la emoción hace pensar más inteligentemente, y que uno piensa inteligentemente sobre las emociones sería *“la habilidad para percibir emociones; para acceder y generar emociones que faciliten el pensamiento; para comprender emociones y el conocimiento emocional, y para de forma reflexiva regular emociones que promuevan tanto el crecimiento emocional como el intelectual”* (Mayer y Salovey, 2007. Orig. 1997).

Desde la introducción del concepto, se han desarrollado diversos modelos, destacando los de “habilidad”, que entienden la IE como una forma de inteligencia, con la participación de procesamiento cognitivo de la información emocional (Mayer y Salovey, 1997; Mayer,

Caruso y Salovey, 2000a), y los modelos mixtos, que la entienden, en su totalidad o en parte, como una característica de personalidad, disposición o comportamiento (Goleman, 1995; Baron, 2000). En nuestro país ha tenido mayor repercusión, al menos en el contexto universitario, el primer modelo.

Nos encontramos por tanto ante 4 habilidades que darían entidad al constructo (percepción, facilitación, comprensión y regulación), que son cada cual más complejas, pues cada una depende de la capacidad en las anteriores, y en donde las dos primeras se entienden como IE experiencial y las dos últimas como IE estratégica. En la tabla 12 está el modelo donde se representan estas habilidades, estando las 4 ramas configuradas desde los procesos psicológicos más básicos a los más elevados e integrados; así, las habilidades situadas más a la izquierda surgen antes en el desarrollo, lo que hace que estén pobremente integradas entre sí. Las de la derecha, más tardías, emergen dentro de una personalidad adulta más integrada o madura, por lo que son menos diferentes (Mayer y Salovey, 2007). Brackett y Salovey (2007) resumen estas cuatro habilidades, lo que exponemos a continuación.

La primera rama, percepción emocional, se trata de la habilidad para percibir e identificar las emociones en uno mismo y en otros, y en otros estímulos, como por ejemplo música, obras de arte, historias o voces. En segundo lugar, el uso de la emoción para facilitar el pensamiento, consiste en el uso de la emoción para focalizar la atención y pensar de modo más racional, lógico y creativo, incluyendo la habilidad de aprovechar los sentimientos de cara a ciertas tareas cognitivas, como el razonamiento, la resolución de problemas, la toma de decisiones o la comunicación interpersonal. Por su parte, la comprensión emocional implica una alta capacidad de lenguaje y pensamiento proposicional para reflejar la capacidad de analizar las emociones, incluyendo por tanto la comprensión del léxico emocional y del modo en que las emociones se combinan, progresan y evolucionan de una a otra. Por último, la

cuarta rama hace referencia a la habilidad para regular las emociones y los estados de ánimo propios y de los demás. Para ello, se debe ser capaz de observar, distinguir y etiquetar los sentimientos de modo preciso, creer que se pueden mejorar o modificar, utilizar estrategias que los modificarán y valorar la eficacia de las mismas.

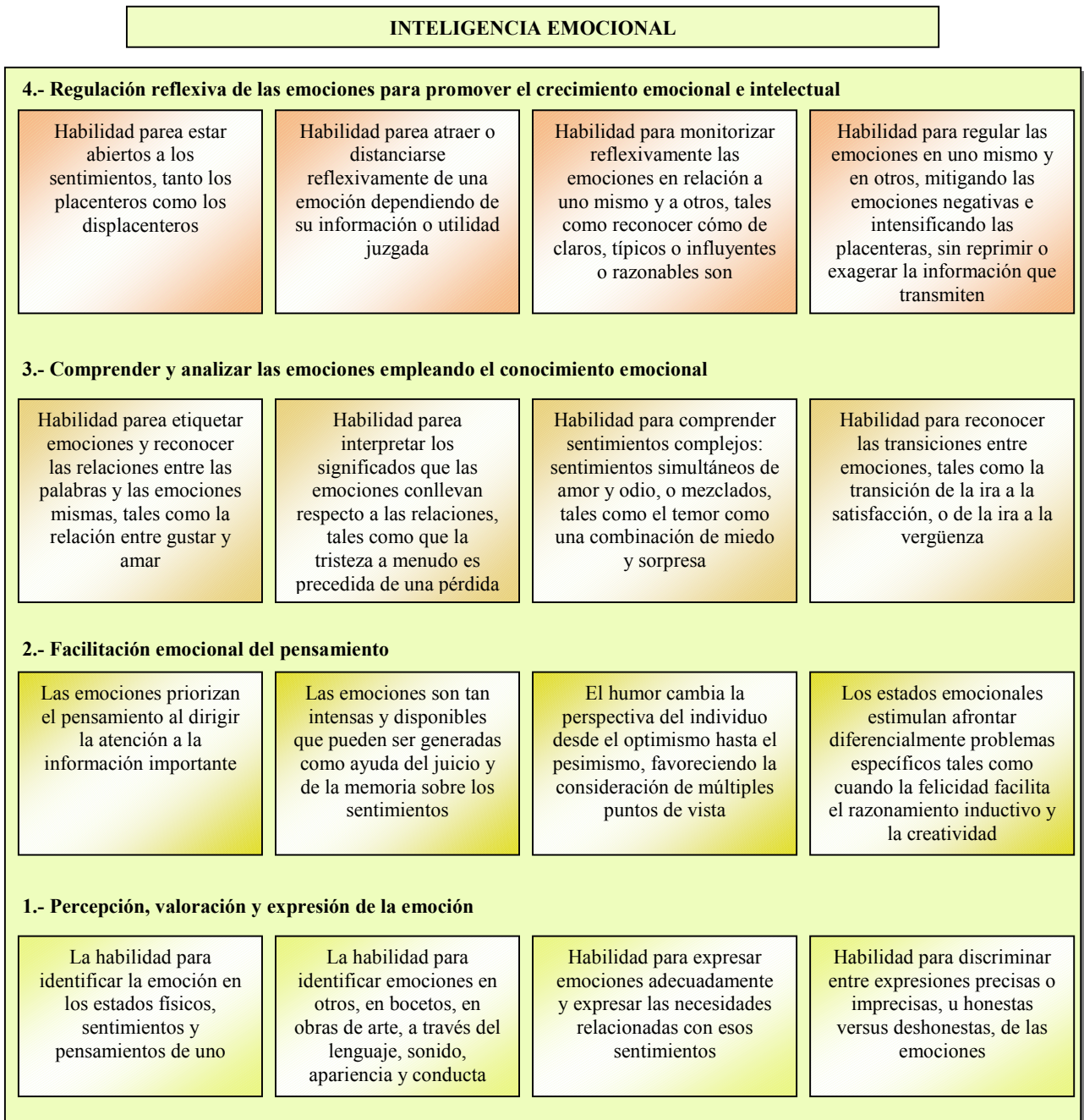


Tabla 12: Representación del modelo de cuatro ramas de Mayer y Salovey (2007). Orig. 1997

3.5.- La educación emocional

El procesamiento de la información emocional transcurre por las redes subcorticales y, en menor medida, por las corticales, y además distintas emociones utilizan diferentes vías (Rachman, 2001). Como cualquier otra inteligencia, la IE es la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, que se van automatizando con el desarrollo, la práctica, la experiencia y la maduración, de la información emocional. En el procesamiento ésta última, los mecanismos son a menudo inconscientes, no verbales y subsimbólicos (Bucci, 1997; Teasdale, 1999), pasivos y automáticos (Epstein, 1998).

Sin embargo, la IE es activa, se hace consciente, verbal y es un constante adiestramiento en la simbología e interpretación de los procesos emocionales. Por ello, hay que incidir en estos mecanismos cognitivos que tratan con la información procedente de las emociones, viendo el papel que desempeñan los procesos de atención, aprendizaje, cognición, memoria o lenguaje en el desarrollo de las habilidades cognitivas implícitas en la IE.

Como ya hemos ido exponiendo, a lo largo del proceso de envejecimiento la persona mayor debe ajustarse y reajustarse a nuevos cambios y pérdidas, por lo que debe aprender a prevenir algunos de ellos y prepararse para afrontarlos. Ante esto, las cuestiones que se nos plantean, como expone Soldevila, Ribes, Filella y Agulló, (2002), son por ejemplo dónde se aprende esto, qué recursos internos y externos tienen o deben adquirir para desafiarlos, o quién y cómo se puede ayudar al mayor en estos procesos.

Precisamente, como comentan estos autores, los programas de educación emocional centran su intervención en la adquisición de competencias básicas para afrontar situaciones que plantea la vida, fomentando a su vez el desarrollo integral del individuo, y pudiendo tener tanto un carácter preventivo como de tratamiento. La importancia de la IE en este aspecto, radica en que como comentan Grewall, Brackett y Salovey (2006), se compone, más allá que

de competencias de personalidad de carácter fijo, por habilidades que pueden aprenderse a lo largo del ciclo vital con un entrenamiento adecuado, constituyendo uno de los fundamentos básicos de la educación emocional (Bisquerra, 2009).

Una de las definiciones de educación emocional más aceptadas es la de Bisquerra (2000), que la define como *“un proceso educativo, continuo y permanente, que pretende potenciar el desarrollo emocional como complemento indispensable del desarrollo cognitivo, constituyendo ambos los elementos esenciales del desarrollo de la personalidad integral. Para ello se propone el desarrollo de conocimientos y habilidades sobre emociones con objeto de capacitar al individuo para afrontar mejor los retos que se plantean en la vida cotidiana. Todo ello tiene como finalidad aumentar el bienestar personal y social”* (p. 243).

De todo esto se deduce que el colectivo de personas mayores también es susceptible de intervención, pudiendo ser una oportunidad para aprender competencias que no se llegaron a conquistar por razones diversas, o para potenciar y mejorar las ya adquiridas. Sin embargo, frente a esto nos encontramos con que la mayor parte de los trabajos de educación emocional y social se han dirigido a niños y jóvenes (Trianes, Cardelle-Elawar, Blanca y Muñoz, 2003; Bellamy, Gore y Sturgis, 2005), aunque frente a las numerosas intervenciones desarrolladas en el ámbito escolar (Schick y Cierpka, 2003; Havighur, Harley y Prior, 2004; Vadeboncoeur y Bégin, 2005), están empezando a aparecer algunos documentos y programas de educación emocional orientados a mayores, destacando a Wirth, (1997), Pelechano (1991), López-Pérez, Fernández Pinto y Márquez González (2008), Soldevila, Ribes, Fililla y Agulló (2002) con el programa *emociónate*. Según estos últimos autores, estos programas ayudan a paliar los efectos del envejecimiento, ofreciendo a la persona la posibilidad de descubrir nuevas formas de adaptación a las situaciones vitales, comprender aquello que les está ocurriendo, y contribuir a su bienestar personal y social. En este sentido, una adecuada educación emocional

es de gran importancia para lograr una adecuada socialización (Bisquerra, 2000), mejorar la calidad de vida y como factor protector ante problemas psicológicos y médicos (Richman et al., 2005).

Con los aproximadamente diez años de historia de la educación emocional (Bisquerra, 2009), se está superando el hecho de que la mayoría de programas dirigidos a esta población lo hacen sobre el mantenimiento de la salud física, de las funciones cognitivas, o de actividades de ocio de todo tipo, brillando por su ausencia los programas que potencien el desarrollo emocional. Por comentar alguno de estos programas incipientes en nuestro país que trabajan contenidos socioemocionales en personas mayores, mencionaremos los objetivos incluidos en el desarrollado por Soldevila et al., (2002) y Soldevila (2007, 2009a, 2009b) a través de 28 sesiones, en donde se persigue adquirir un mejor conocimiento de las propias emociones derivadas de la adaptación al proceso de envejecimiento, identificar las emociones en los demás, conocer y aplicar nuevas estrategias de regulación emocional, prevenir los efectos perjudiciales de las emociones negativas y desarrollar la habilidad para generar emociones positivas, tomar conciencia y desarrollar, si es necesario, un mayor nivel de autoestima en la nueva imagen de persona mayor, desarrollar la habilidad de automotivarse, desarrollar un estilo asertivo para una mejora en las relaciones interpersonales, adquirir nuevas estrategias para la toma de decisiones con respecto a la ocupación del tiempo y la asunción de los errores y, en definitiva, adoptar una actitud positiva ante la vida.

Soldevila (2009b) corrobora la eficacia, concluyendo que mediante la aplicación de un programa de educación emocional se mejorarán las competencias emocionales independientemente de la edad, el género o del grado de instrucción y ocupación, pues se incrementa el conocimiento de las propias emociones, mejora la regulación emocional, aumenta la autoestima y proporciona más competencia en habilidades sociales y de vida.



La depresión:
Un enfoque gerontológico

4.- LA DEPRESIÓN: UN ENFOQUE GERONTOLÓGICO

El término depresión se usa para describir un estado de ánimo o humor, y hace referencia a sentimientos de tristeza, desaliento y desesperación. Como tal, puede ser un estado de sentimiento normal; las manifestaciones abiertas son ampliamente variables, y pueden ser específicas de la cultura (Llorca, 1994).

4.1.- Contexto histórico

La enfermedad mental, como comentan Schaie y Willis (2003), normalmente se diagnostica a partir de alguna forma de conducta anormal, aunque ello no ha estado exento de cierta controversia. Hasta el siglo XIX, aquellos que mostraban una conducta extraña se consideraban “moralmente inferiores”, pero si las reacciones eran extremas, se creía que estaban poseídos por el demonio. Fue a principios de 1800 cuando Pinel (1745-1826) los consideró “*personas enfermas cuyos estados miserables merecen la misma consideración que se ofrece a todo sufrimiento humano*” (Zilboorg y Henry, 1941, pp. 323-324). Esta consideración de enfermos tuvo gran impacto en cómo empezó a tratarlos la sociedad, e incluso se les ubicó en hospitales en condición de pacientes, aunque, como apuntan Gatz y Smyer (1992, 2001), no siempre significara la recuperación.

Dentro de los trastornos mentales, la depresión es el más importante cuantitativamente, y constituye una de las más viejas y persistentes formas de sufrimiento humano, llegando a ser la tercera enfermedad en frecuencia de presentación tras los trastornos músculo-esqueléticos y las enfermedades cardiovasculares. Su conocimiento es tan antiguo como la Medicina misma, aunque la terapéutica apenas progresó hasta comienzos del siglo XIX, dando un giro a principios de los años 50 del siglo pasado con la aparición de la quimioterapia antidepressiva (imipramínicos e inhibidores de la monoamino-oxidasa) (Ayuso y Sáiz, 1990).

Estos autores nos conducen a través de un recorrido histórico en donde vemos que los

trastornos depresivos han sido de las alteraciones psicopatológicas mejor reseñadas a lo largo de todas las épocas, pudiendo equipar la historia de la depresión a la historia de la melancolía. En esta línea, si nos hacemos eco de las primeras referencias doctrinales y clínicas acerca de la melancolía, nos remontaremos a los escritos hipocráticos (siglos V y IV antes de Cristo), que constituyen el principal testimonio de los orígenes de la medicina occidental. En su aforismo número 26 (sección VI), Hipócrates (460 a.C.-370 a. C.) ya afirma que “*si el miedo y la tristeza perseveran mucho tiempo, hay melancolía*”. Además, en el libro “*Las epidemias*” describe un caso con precisión. Según este autor, la bilis negra (traducción de melancolía) era el agente causal, vinculó la propensión a padecer la enfermedad a un temperamento especial. Su mérito está, en adscribir la melancolía a un origen natural, la acción morbosa de la atrabilis, idea que perduraría durante largo tiempo (Ayuso y Sáiz, 1990). Posteriormente Aristóteles (384 a.C.-322 a.C.), sería el primero en dedicar un estudio monográfico a este problema (Vallejo, 2006).

Más adelante, a mediados del siglo I, Areteo de Capadocia definió la melancolía como “*animi angor in una cogitatione defixus absque febre*” (la congoja del espíritu fijada en el pensamiento sin fiebre), y vislumbró una conexión con la manía (Ayuso y Sáiz, 1990).

En el siglo siguiente, Galeno sigue desarrollando la patología humoral, y postula que las funciones psíquicas se centran en el cerebro. Identifica tres variedades de melancolía: la localizada en el encéfalo, la generalizada donde la atrabilis pasa a la sangre de todo el organismo, y la situada primitivamente en el aparato digestivo (hipocondría) que llega al encéfalo por acción de los vapores (Starobinski, 1962).

Adentrándonos en el tiempo, vemos que en la Edad Media predomina el pensamiento mágico y la concepción demonológica de la enfermedad mental. El estado depresivo se muestra como consecuencia, y casi como castigo, de una existencia culpable (Ayuso y Sáiz,

1990). Según citan Beck, Brady y Quen, (1977), para San Isidoro de Sevilla, en el siglo VII, la desesperanza era causada por el pecado, y se aliviaría por la confesión y la vuelta a una vida ordenada.

Siglos más tarde, en el Renacimiento, se empiezan a criticar las ideas tradicionales. Un ejemplo de ello es el “*Tratado sobre la melancolía*”, de Timothy Bright (1586), donde se describen los sentimientos de los pacientes melancólicos con precisión y detalle (Beck et al. 1977). Del mismo modo se puede destacar a Francisco Vallés (1524-1592), para quien la melancolía es fruto de causas naturales, rechazando el concepto demoníaco de la enfermedad (Peset, 1961).

Durante el Barroco, “*La anatomía de la melancolía*” (1621), de Robert Burton (1577-1640), es una gran aportación a la historia de la depresión. Mantiene una etiología multifactorial, con factores psicológicos y no psicológicos, destacando entre ellos, la herencia, la falta de afecto en la infancia y las frustraciones sexuales.

En la Ilustración prevalece una definición intelectual de melancolía, como la dominación excesiva sobre la mente de una idea exclusiva. Para Pinel, es “un juicio falso que el enfermo se forma acerca del estado de su cuerpo que él cree en peligro por causas nimias, temiendo que sus intereses le salgan mal” (cit. por Ayuso y Sáiz, 1990). Pero la aportación probablemente más relevante de la primera parte del s. XVIII corresponde al español Piquer (1711-1772), quien describe con precisión la enfermedad maníaco-depresiva del rey Fernando VI. En la segunda parte del siglo destaca Cullen, que incluye en la *Vesaniae* dos géneros principales de depresión, la manía y la melancolía (Vallejo, 2006).

Ya en el siglo XIX, un discípulo de Pinel, Esquirol (1772-1840), propone el término *lipemanía*, cuya causa frecuente son las aflicciones morales (Ayuso y Sáiz, 1990), y afirma que “La melancolía es un delirio parcial crónico sin fiebre determinada y mantenido por una

pasión triste, debilitante o depresiva...” (Vallejo, 2006). Anteriormente a Esquirol, Gourevitch (1978) había afirmado que la tristeza no acompañada de manifestaciones delirantes patentes podía aparecer como excesiva o inexplicable, pero no salía del campo de la psicología banal y de la moral común.

Entrado el siglo XX, Griesinger (1867), además de hablar de un estado melancólico como inicio de la mayoría de las enfermedades mentales, consideró la depresión como un trastorno funcional cerebral, aunque reconoció la importancia de los factores psicológicos como precipitantes.

Jean Pierre Falret (1854), habla de la forma circular (*Folie Circulaire*), donde hay una secuencia regular de estados maníacos, melancólicos e intervalos lúcidos de duración variable. En la misma línea de la psiquiatría francesa, Kraepelin (1896) conceptualiza la psicosis maníaco-depresiva como entidad nosológica independiente, incluyendo las psicosis, la manía simple, gran parte de los casos de melancolía, un pequeño número de síndromes demenciales y, posteriormente, incluyó la melancolía involutiva. Esta denominación no siempre es adecuada, y era excesivo calificar como “locos” a la mayoría de los melancólicos, por ello, Bleuler (1924) propuso la denominación “psicosis afectivas endógenas”. Schneider (1963) acuña el término de “psicosis ciclotímicas”, como una depresión o exaltación fásica de los sentimientos vitales. Alonso Fernández (1976) propuso el de psicosis fasotímica, aludiendo a la distimia vital, triste o eufórica, y al curso fásico (cit. Por Ayuso y Sáiz, 1990).

Ante tal confusión terminológica, Whybrow y Parlato (1973) proponen usar depresión como sinónimo de tristeza para la respuesta emocional asociada al proceso de adaptación a situaciones de estrés y frustración, recuperando el término melancolía para estados más prolongados de profundo descenso del humor que acompaña al síndrome depresión primaria.

Sin embargo, Ayuso y Sáiz, (1990) comentan que cuando la psiquiatría traspasó los

muros de los hospitales psiquiátricos, se vio que muchos pacientes no encajaban bien en las categorías nosológicas clásicas, por lo que la gran síntesis de los trastornos afectivos de Kraepelin bajo la etiqueta maníaco-depresiva derivó en una gran variedad de diagnósticos. La proliferación de categorías clínicas tiene como base una concepción dualista, diferenciando entre endógena-exógena (Lange, 1926), autónoma-reactiva (Gillespie, 1929), psicótica-neurótica (Buzzard, 1930), fisiológica-psicológica (Pollit, 1965) o la de Van Praag como vital-personal. Sin embargo, esta dicotomía no fue compartida por todos, y autores como Mapother (1926) o Lewis (1934) defendieron el carácter unitario de los trastornos depresivos.

Otros ejemplos de clasificación fueron la de Kielholz (1966), con nueve variedades nosológicas distribuidas en tres grupos etiológicamente distintos (somatógenas, endógenas y psicógenas), o la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud.

Con el uso metodológico del análisis estadístico, el importante debate que suscitó la depresión endógena y no endógena tomará una nueva perspectiva (Ayuso y Sáiz, 1990). En palabras de Angst (1974), “no existe trastorno puramente endógeno en cuya manifestación no haya contribuido el ambiente”. López Ibor (1966) ya advirtió sobre la “reacción cristalizada”, como intermedia entre la reacción psíquica y la biológica. Esta tendencia a equiparar lo endógeno con lo endovivencial explica el auge de la tipología de Klein (1974), quien habla de depresión endogenomórfica (verdadera o precipitada), depresión neurótica (caracteropatía crónica) y depresión reactiva (continuación con la tristeza normal).

Tras la crítica de la separación endógeno-reactivo de los trastornos afectivos, surgieron esquemas nosográficos nuevos, como la división primaria-secundaria según un criterio cronológico y de presencia o no de enfermedades asociadas (Robins et al., 1972), la dicotomía unipolar-bipolar (Leonhard, 1957), o las clasificaciones de la Asociación Psiquiátrica

Americana (DSM).

Autores más recientes, como Perris, Winokur y Angst, han abundado en esta distinción abordándola desde varios puntos de vista (genéticos, clínicos, etc.). En el orden clínico destacan autores como Roth y otros miembros de la escuela de Newcastle, así como Kendell y Paykel. Autores como Spielberger o López-Ibor Aliño han abordado el problema de las depresiones enmascaradas. Finalmente, las aportaciones de Schildkraut, Coppen y Van Praag, entre otros, sobre las hipótesis bioquímicas más actuales de la depresión, y Akiskal, Klerman, Klein, Kupfer y Weissman en el ámbito americano, completan el panorama histórico hasta la actualidad (Vallejo, 2006).

Se podría decir, entonces, que hablar de depresión es hablar del mundo afectivo, siendo su estructura molecular o valencia los sentimientos; y sobre todo, destacar que hoy sigue siendo tan complejo como antaño definir, generalizando los mismos (Llorca, 1994).

4.2.- Epidemiología

4.2.1. Envejecimiento y depresión

La epidemiología de estos desórdenes psicológicos, en la última etapa de la vida, es comparativamente reciente respecto a otras etapas del ciclo vital (Iñiguez, 2008), dado que el tema no se cuestionaba al creer que la depresión era innata al proceso de envejecimiento. En cambio, actualmente el estereotipo depresión/vejez está siendo cuestionado (Muñoz, 2006b).

La depresión es uno de los trastornos emocionales importantes que no es típico de la juventud (Kessler et al., 1994), siendo, de entre los distintos aspectos que conforman el funcionamiento afectivo en la vejez, el más frecuente (Butler y Lewis, 1982). Además, no podemos olvidarnos de que suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en esta última etapa (Blazer, 2003), y que tras la pérdida de memoria, es el segundo síndrome más discapacitante dentro de la psiquiatría geriátrica (Blazer, 2007a).

Cuando nos interesamos por la relación entre el proceso de envejecimiento y la depresión acudiendo a las diferentes investigaciones, llama la atención la disparidad de los resultados obtenidos (Buendía y Riquelme, 1994), y es que aún se mantiene la controversia sobre si la depresión aumenta o no con la edad (Roberts, Kaplan, Shema y Strawbridge, 1997). Así, hay autores que encuentran una relación positiva (Warheit, Holzer y Schwab, 1973; Levit y Lubin, 1975; Feinson, 1985), los hay que la encuentran negativa (Husaini, Neff y Stone, 1979; Frerichs, Aneshensel y Clark, 1981; Dean y Ensel, 1983), y los que no hallan efecto significativo de la edad en la depresión o no hay consenso (Weissman y Myers, 1978; Sayetta y Johnson, 1980; Blazer y Williams, 1980; Gurland et al., 1983; Bolla-Wilson y Bleecker, 1989; Busse y Blazer, 1996; Martín-Carrasco, 2011a, 2011b). Matizando esta cuestión, hay quien opina que la mayor prevalencia se da antes de los 65 (Gaylord y Zung, 1987; Robins, Pauker y Thomas, 1984), concretamente entre los 45 y los 55 años (Gurland,

1976). De hecho, Roberts, Kaplan, Shema y Strawbridge (1997), afirman que las personas mayores sanas no son más propensas a deprimirse que el resto, debiéndose el efecto de la edad sobre todo a problemas de salud física, a la discapacidad y a la falta grave de apoyo social (Prince, Harwood, Blizard et al., 1997; Copelan, Chen, Dewey et al., 1999). Lo que sí es cierto es que representan el colectivo donde se dan las tasas más altas de sintomatología sin llegar al cuadro completo (Gurland, 1976), pudiendo ser problemático, ya que como revela Belsky (2001), muchos síntomas pueden coincidir con los cambios típicos de la vejez.

En cuanto a estas diferencias también hay que indicar que, por diversas influencias externas, los ancianos actuales muestran porcentajes menores de depresión que las generaciones nacidas después (Blazer, 1989a; Aleixandre, 2004), y que sería un error evaluar de la misma forma a todas las personas mayores de 65, ya que las tasas de depresión, tras bajar entre los 60 y los 70 años, aumentan de nuevo en edades posteriores (Kessler, Foster, Webster y House, 1992; Mirowsky y Ross, 1992).

Ante esto, habría que indagar en las claves que expliquen esta diversidad en los resultados para encarar las futuras investigaciones, y más allá de aumentar la confusión existente, se puedan dirigir a resolver las lagunas conceptuales y metodológicas. Considerando éstas, se pueden analizar los efectos atribuidos a distintos factores (Buendía y Riquelme, 1994):

- Uno de ellos es la perspectiva considerada, variando desde una concepción psicométrica (el síndrome depresivo varía en un continuo de intensidad), hasta un modelo clínico (estado discreto al ser una disrupción con la normalidad) (Dohrenwend y Dohrenwend, 1982). Su repercusión en los trabajos epidemiológicos sobre depresión y envejecimiento es que los dos enfoques no sólo miden diferentes formas de depresión, sino que hay una gran fuente de

errores en su estimación (Weiss, Nagel y Aronson, 1986; De Leo y Diekstra, 1990; Newmann, 1989). De este modo, al usar escalas estandarizadas se obtienen valores superiores que con un enfoque de medición clínico (Buendía y Riquelme, 1994), que se une al hecho de no encontrar criterios de depresión adecuados a nivel de diagnóstico clínico en personas con síntomas disfóricos, lo cual se acentúa en el anciano (Blazer, Hughes y George, 1987). Tenemos así por un lado que el enfoque de medición clínico puede infravalorar la depresión, pero por otro, el uso de escalas normalizadas puede dar el efecto contrario al poder confundirse en algunos ítems la sintomatología depresiva con características inherentes al proceso de envejecimiento (Gurland, 1976; Wisocki, 1984; Bolla-Wilson y Blecker, 1989).

- Otro factor a tener en cuenta sería si el estudio es longitudinal o transversal. En este sentido, a pesar del aumento de trabajos en este ámbito, los primeros son escasos; esto hace que se tienda a comparar los valores obtenidos en los distintos grupos de edad, lo que conlleva muchas veces a la falta de criterios homogéneos para crear los grupos; este hecho, además de dificultar la comparación entre los estudios, puede hacer que no se vean suficientemente representadas las especificidades de las edades más avanzadas, al tomar los 65 años como punto de corte (Buendía y Riquelme, 1994). Si a esto se añade el enfoque psicométrico-clínico anterior, vemos que al elegir la vertiente clínica estaremos valorando a las personas que acuden a buscar ayuda, que como dicen Shapiro et al. (1984), no representan ni la cuarta parte de la población afectada. Pese a todo lo expuesto, el mayor problema de los estudios transversales en este campo es la diferenciación entre los efectos debidos a la edad y las diferencias generacionales, que influyen

en algunas variables psicológicas (Zarit y Zarit, 1984). Los longitudinales, en cambio, además del posible abandono del estudio, tienen la dificultad de discriminar los efectos de cambios y procesos históricos-contextuales que hayan podido influir en una determinada generación (Buendía y Riquelme, 1994).

4.2.2. Prevalencia de la depresión en ancianos y factores moduladores

A pesar de los posibles sesgos, se han realizado diversos estudios epidemiológicos de esta patología en esta población, e independientemente de las discrepancias entre los distintos trabajos debidas a factores tan dispares como los instrumentos usados, la rigurosidad de los criterios diagnósticos, el tipo de muestra o el período temporal estudiado, lo que sí coincide es la gran dimensión que alcanza la depresión dentro de la clínica gerontológica (Buendía y Riquelme, 1994). De hecho, es el trastorno psicológico y psiquiátrico más frecuente en los ancianos (Barcia Salorio, 1988; Vallejo, 2006), llegando aproximadamente al 10-15% de la población anciana (Macías y Blanco, 2007). Como criterio general, se admite que entre un 4 y un 7 % de mayores de 65 años la padece (Gallagher y Thompson, 1983).

Una dificultad añadida para formular conclusiones definitivas está en la propia pluralidad de los trastornos depresivos y en la ausencia de una definición clara y operativa del trastorno (Muñoz, 2006b), aunque en general, como señalan Serby y Yu Mi (2003), estaríamos en torno a una tasa del 7% de casos en los que se encuentra una categoría diagnóstica de depresión (uniendo depresión mayor, distimia y trastornos adaptativos con estado de ánimo deprimido). En cuanto a la Depresión Mayor, si basamos el diagnóstico en un punto de corte de un inventario de síntomas, el 15%-20% de los ancianos en la población general lo superarían (Blazer y Williams, 1980; Jenike, 1989). En cambio, tomando criterios diagnósticos precisos (DSM) disminuye hasta un 5%, cifra similar, incluso menor, a la de la población general adulta (Weissman y Myers, 1978; Vázquez y Sanz, 1991), en donde la

prevalencia es de un 5-6% (Macías y Blanco, 2007). Steffens et al. (2000) encuentran una prevalencia en ancianos en la comunidad del 2,7% en varones y de un 4,4% en mujeres. Por su parte, los índices de Distimia aumentan con la edad (Weissman, Leaf, Bruce y Florio, 1988), llegando a un 2-4%, y desarrollándose en el 70-80% de ellas una Depresión Mayor. El Trastorno Depresivo Inespecífico se sitúa en el 17,8%. Además, aunque es más difícil que se cumplan criterios de melancolía, son más frecuentes en estas edades los episodios ligeros y persistentes, combinados con ansiedad y síntomas somáticos (Macías y Blanco, 2007). Por último, respecto a los Trastornos Bipolares, las tasas son tan bajas como en otros grupos de edad, aunque quizá sea esperable encontrar más ancianos con estos trastornos en el futuro (Vázquez y Lozoya, 1994).

Si tenemos en cuenta el contexto, la frecuencia también varía. Se han hecho numerosos estudios sobre la magnitud de la depresión en mayores institucionalizados, señalando algunos autores que un 12,4% cumplirían criterios de depresión mayor y un 30,5% presentan sintomatología depresiva (Conde y Jarne, 2006); Hyer y Blazer (1982) llegan a estimar que este último porcentaje superaría el 80%. Franco y Monforte (1996) matizan bien los distintos contextos, indicando que esta patología afecta al 10% de los que viven en comunidad, al 15-35% de los que viven en residencias y al 10-20% de los hospitalizados; aunque afecta a un 40% de los tratados somáticamente y llegan a la mitad de todas las hospitalizaciones en unidades psiquiátricas de los hospitales generales.

En cuanto a otras variables importantes que pueden modular estas cifras generales podrían destacarse algunas de las reflejadas a continuación:

a) Género

Lo más sorprendente de la depresión es su relación con el sexo, no con la edad, y es que en todas las culturas las mujeres tienen una tendencia de padecerla unas dos veces superior a

los hombres (McGrath, Keita, Strickland y Russo., 1990), tomando la hegemonía depresiva en todos los períodos del ciclo vital (Aleixandre, 2004). De hecho, estas diferencias aparecen desde edades tempranas (Hankin et al., 1998), y ya durante la niñez, la adolescencia y la juventud los índices de depresión son más altos que en los hombres (Nolen-Hoeksema y Ahrens, 2002).

La pregunta sería entonces si estas diferencias se mantienen en edades posteriores. En cuanto a ello, Vázquez y Sanz (1991) apuntan que la prevalencia es el doble para cualquier grupo de edad en el sexo femenino, a lo que Aleixandre (2004) añade que no sólo es la mujer la que más sufre este trastorno a lo largo de todo el ciclo vital, sino que se multiplica la diferencia por tres en esta última etapa. En cambio, para autores como Ames (1991) o Macías y Blanco (2007), a pesar de que siga siendo más habitual tras los 65 en las mujeres, con la edad las diferencias entre sexos se reducen, pudiéndose invertir a partir de los 75-80 años (Gurland, 1976; Gurland, Dean, Cross y Golder, 1980; Barefoot , Mortensen, Helms, Avlund y Schroll., 2001; Gayoso, 2004).

Para comprender esta diferencia, los expertos se dirigen a factores hormonales, al estrés, al temperamento (McGrath et al., 1990), o a la mayor frecuencia de trastornos adaptativos (Macías y Blanco, 2007).

b) Variaciones culturales y raza

Si nos interesamos por las variaciones culturales, vemos que los síntomas de los trastornos mentales, en especial de los afectivos como la depresión, pueden variar entre culturas (Henderson y Hasegawa, 1992). Así, hay estudios que han visto una prevalencia mayor de síntomas depresivos en ancianos de raza negra que de raza blanca en Estados Unidos, aunque pueda intervenir la clase social (Gallo, Cooper-Patrick y Lesikar, 1998). También se ha encontrado menor sintomatología en los estudios japoneses frente a países

occidentales (Hasegawa, 1985), y es que la mejor integración del anciano en la estructura familiar típica oriental le proporciona un mayor apoyo. Se han visto resultados similares en Taiwan (Cheng, 1989).

Heikkinen, Berg y Avlund (1995) resaltan que al investigar la influencia de la raza hay que ser cauto al sacar conclusiones; sus estudios indican que las diferencias encontradas de depresión en ancianos entre diferentes países, puede deberse a cuestiones metodológicas como la selección de la muestra o el lenguaje.

c) Estado civil

La tasa más alta de trastornos mentales en casados está en las mujeres; sin embargo, en otras categorías (solteros, viudos o divorciados), las superan los hombres (Tavris y Offir, 1977). Así por ejemplo, los viudos de cualquier raza tienen más del doble de probabilidad de padecer una depresión que las viudas (Williams, Takeuchi y Adair, 1992). Una posible interpretación a esto la da Unger (1979), culpando al papel social del “ama de casa”.

Por su parte, el DSM-IV-TR (APA, 2002) no relaciona la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos ni el estado civil con las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor.

4.3.- Etiopatogenia

Como con los trastornos afectivos en general, la etiología de la mayoría de los casos de depresión en el anciano es desconocida (Spar y La Rue, 1999), aunque según un reciente consenso (Martín-Carrasco et al., 2011a, 2011b), se consideran implicados los procesos degenerativos, la comorbilidad somática y las condiciones de estrés psicosocial; por su parte, los factores genéticos no son tan importantes cuando el cuadro se inicia en la vejez. En la tabla 13 se reflejan posibles causas etiológicas de la depresión en los mayores.

Tabla 13: Posibles causas etiológicas de la depresión en personas mayores (Íñiguez, 2008)

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

Existen varias teorías, desde las que enfatizan los factores fisiológicos asociados al envejecimiento (Schaie y Willis, 2003), como por ejemplo los cambios en algunos sistemas de neurotransmisión (Gerner y Jarvik, 1984; Smyer y Downs, 1995), hasta las que dan más importancia a las circunstancias sociales que puede implicar éste. Es probable que influyan, al menos en algunos casos, factores de ambos tipos (Schaie y Willis, 2003); además, en los

mayores de 80 años, tienen más peso los factores físicos y de disfunción cerebral que los genéticos y de personalidad (Conde y Jarne, 2006).

Parece que la depresión puede desarrollarse entre las personas mayores como reacción a los factores estresantes y las pérdidas relacionadas con la edad (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio y Teri, 1985; Teri, 1991), y *“mucho de lo que llamamos “depresión” en los ancianos puede que represente una disminución de la satisfacción con la vida y episodios periódicos de duelo derivados de las dificultades físicas, sociales y económicas que encuentran”* (Blazer y Williams, 1980, p. 442).

Aunque no es fácil establecer una relación temporal y causal en depresión (Aleixandre, 2004), los autores coinciden en que se correlaciona en gran medida con la enfermedad física (Jarvik y Perl, 1981; Bazargan y Hamm, 1995). Así pues, puede ser debida a cambios biológicos por la propia enfermedad o su tratamiento, a una reacción a la disminución de las propias capacidades, al dolor, a la disminución de la actividad o a una percepción negativa de la propia salud. Pero también puede suceder lo inverso, y ser ella la que lleve a una enfermedad física al hacer a la persona más vulnerable (como consecuencia de alteración en el sistema inmune, de la falta de cuidado, etc.) (Aleixandre, 1994). Con los conocimientos actuales en el área, es difícil diferenciar causa y efecto cuando una persona tiene tanto síntomas físicos como psicológicos (Schaie y Willis, 2003), pero aunque la interrelación es clara y múltiple, no es excluyente, ya que ambas pueden darse como condiciones independientes (Aleixandre, 2004).

Dentro de las hipótesis que intentan dilucidar las causas de esta patología, se pueden indicar las siguientes:

4.3.1.- Genética

Aunque el modo de transmisión es controvertido, hay suficientes datos que avalan una

participación genética en los trastornos afectivos (Vallejo, 2006), siendo menor en la depresión neurótica (distimia y las llamadas depresiones menores) (Nurnberger y Gershon, 1992). A su vez, a pesar de que tiene más importancia en la depresión que se inicia antes de los 50 años (Mendlewicz, 1976), también ayudan a explicarla en la vejez (Aleixandre, 2004).

4.3 2.- Aspectos fisiológicos

a) Bioquímica y neuroendocrinología

Es un área fructífera, aunque de hallazgos no concluyentes y donde las depresiones no forman un grupo bioquímicamente homogéneo (Vallejo, 2006). Además, las múltiples interacciones entre estos sistemas impiden una valoración simplista del tema (Garlow et al., 1999; Duval et al., 2000). La tabla 14 muestra los principales cambios en la neurotransmisión.

Tabla 14: Cambios en la neurotransmisión asociados con el envejecimiento (Tobaruela, 2006)

Sistema colinérgico: disminución de la síntesis de acetilcolina por descenso de la actividad de acetilcolintransferasa, y disminución de los receptores muscarínicos en corteza cerebral, hipocampo y estriado.

Sistema dopaminérgico: pérdida de neuronas de la sustancia negra. Disminución de la actividad de tirosinhidroxilasa y dopadescarboxilasa en la sustancia negra y el núcleo estriado, de dopamina en el núcleo estriado, y de receptores dopaminérgicos D2 en el núcleo estriado. Los estudios sobre receptores dopaminérgicos D1 son controvertidos.

Sistema neuroadrenérgico: reducción de su actividad con pérdida de hasta el 40% de las neuronas del locus coeruleus. Disminución de receptores B1 y disminución de la respuesta de los receptores B1 que persisten. Disminución de los receptores alfa-1, aunque en menor cuantía.

Sistema serotoninérgico: las concentraciones de serotonina no se modifican, pero hay disminución de los receptores serotoninérgicos de la corteza cerebral 5-HT1a y 5HT2a.

Sistema aminérgico:

El *ácido glutámico* no parece sufrir modificaciones. Hay disminución del número de receptores NMDA en la corteza, hipocampo y núcleo estriado, de la respuesta de éstos a la estimulación, y posible disminución de los receptores AMPA y de su respuesta a la estimulación aún sin confirmar.

El *GABA* parece tener disminuida su actividad en algunas áreas. Hay disminución del GAD (enzima sintetizadora del GABA), un descenso del transporte del GABA y un pérdida de receptores para este neurotransmisor.

Además, hay modificaciones en la interacción habitual entre acetilcolina, dopamina, ácido glutámico y GABA (Segovia et al., 1999).

La transmisión cerebral es más lenta, el flujo cerebral disminuye y hay una peor regulación del eje hipotálamo-hipofisario (de la Serna, 2000). También se han apreciado

algunas similitudes entre ciertas anormalidades halladas en la depresión (adelanto en la fase de secreción circadiana de cortisol, aumento de la temperatura corporal, menor secreción nocturna de melatonina y TSH o cambios en la arquitectura del sueño) con lo que se produce en el envejecimiento normal (Sack, Rosenthal, Parry, et al. 1987).

b) Neurofisiología y neuroanatomía

A la depresión también se asocia un estado de hiperactivación neurofuncional y disfunciones en la actividad vegetativa (Ballús y Vallejo, 1983). Con estudios de neuroimagen y/o neuropsicología se han visto disfunciones en el sistema límbico, en el córtex temporal (amígdala), hipofrontalidad, en el ángulo anterior y en el núcleo caudado (D'Haenen, 1997; Videbeck, 2000), además de discrepancias en cuanto a la disminución del volumen hipocampal (Campbell, Marrito, Nahmias y McQueen., 2004). Así la depresión es más frecuente en algunas lesiones cerebrales, como por ejemplo, tras un accidente cerebrovascular hemisférico izquierdo, sobre todo en el polo frontal (Robinson y Szetela, 1981; Robinson, Kubos, Starr et al., 1984; Parikh, Robinson, Lipson et al., 1990).

En la vejez se ha visto también atrofia cortical, dilatación de los ventrículos laterales y lesiones periventriculares en la sustancia blanca además de menor flujo, lo que explicaría la mayor cronicidad y frecuencia de síntomas residuales (O'Brien, Desmond, Ames et al., 1996).

Otros campos de investigación son los potenciales evocados (Nandrino, Massioui y Everett., 1996; Pérez-Serrano et al., 2003; Coullaut-Valera, Arbaiza-Díaz, Coullaut-Valera y Ortiz, 2007), la computoelectroencefalografía (Leuchter, Cook, Vijdehaage et al., 1997) o los estudios del sueño (Vallejo, 1993), donde se ha detectado un perfil específico en la depresión endógena.

4.3.3.- Modelos explicativos psicológicos

Como refleja Muñoz (2006b), hay quien postula que la depresión aparece ante cambios

en el entorno del individuo que éste percibe de modo negativo, por lo que los cambios bioquímicos serían resultado y no causa; por tanto, la disfunción se debe analizar como un complejo trastorno psicológico que provoca alteraciones orgánicas.

Aunque los factores biológicos son básicos en las depresiones endógenas, en las psicógenas destaca la conflictiva psicológica como núcleo etiológico (Vallejo, 2006), y se han propuesto diversos modelos teóricos.

Sigmund Freud (1856-1939) fue el primero en relacionar la depresión con la pérdida (Belsky, 2001), y centró su origen en la existencia de algún problema en la expresión exterior de las pulsiones agresivas (Macías y Blanco, 2007). Dentro de las ideas psicoanalíticas actuales sobre la depresión, Bowlby (1980) se centra en la pérdida de las “figuras del apego”, culpando al significado que tiene para el sujeto el objeto perdido, y la forma en que el niño aprende a resolver sus pérdidas repercutirá en la forma en que lo hará de adulto, entendiendo la depresión como la reactivación de una forma de reacción anómala ante las pérdidas de objeto. Otro enfoque psicodinámico se basa en el resultado de una crisis de autoestima propiciada por la pérdida de capacidades, status social, identidad, valores u objetos de la existencia (Macías y Blanco, 2007).

Los principales modelos psicológicos usados en los mayores para la conceptualización de la depresión se basan en la orientación cognitivo-conductual, que dota de habilidades de afrontamiento (estrategias) que pueden servir incluso tras el cuadro (Andrés y Bas, 1999). Ferster (1965, 1966, 1973, 1974, 1981) fue el primero en dar una explicación conductual al estudio de la depresión, relacionándola con una baja tasa de refuerzos, apuntando también el mayor número de conductas de escape o evitación ante la estimulación aversiva y un déficit de conductas de actividad. En concordancia con este enfoque, Lewinsohn y sus colaboradores (Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976; Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss, 1978; Lewinsohn y

Arconada, 1981), consideran que el proceso depresivo se debe a la baja tasa de refuerzos contingentes con las actividades realizadas por el sujeto, que lleva a la extinción gradual de las conductas explicando la pasividad y la falta de motivación (Fernández-Ballesteros, Izal, Montorio, González y Díaz, 1992; Muñoz, 2006b; Íñiguez, 2008).

También se ha postulado el papel del déficit en la conducta de autocontrol, basada en la autoevaluación, la autoobservación y el autorrefuerzo (Rehm, 1977, 1981; Rehm y Rokke, 1988), que se enmarca en el modelo general de autocontrol de Kanfer (1980).

Dentro del conductismo, cabe hablar también del fenómeno de la *Indefensión Aprendida* propuesta por Seligman y su equipo en 1967 (Seligman, 1981), basada en la experimentación animal, que propone que las personas que perciben una ausencia de control sobre las consecuencias de su conducta aprenden a verse a sí mismos como indefensos, a la vez que desarrollan síntomas depresivos (Seligman, 1975). Este modelo conductual implica aspectos cognitivos, sociológicos y existenciales, aunque desde un modelo de estrés-vulnerabilidad conlleva cuestiones neuroquímicas (Turpin y Lader, 1986). Esta indefensión afecta a la visión del mundo y la forma de comportarse (Belsky 2001). Posteriormente, Seligman y colaboradores lo reformularon centrándose en la interpretación que realiza el sujeto acerca de la causalidad, con la intención de sugerir que lo que provoca que las personas se depriman es lo que la gente atribuye a las pérdidas y a los fracasos, y no las experiencias reales. Los individuos propensos a la depresión tienen un estilo explicativo pesimista (Abramson, Seligman y Tasdale, 1978), resultando peor parados los que creen que la causa del hecho es interna, que ésta es un factor estable y además, los que eligen causas globales. De un modo realista o no, las personas más propensas a percibir que están indefensas son las mujeres, los que se enmarcan en clases sociales bajas, los grupos minoritarios y las personas mayores (Blazer, Hughes y George, 1987; Blazer, 1992).

En relación con este modelo, Beck y Wynnendod (1964) destacan los aspectos cognitivos de la depresión como base del trastorno afectivo y sobre los que habría que trabajar; la triada cognitiva básica del depresivo (Beck, 1987) sería la concepción peyorativa de uno mismo, una interpretación negativa de las propias experiencias y una visión pesimista del futuro. Como señalan Andrés y Bas (1999), el modo en que el anciano interpreta su mundo, su pasado y su futuro, son determinantes básicos en el origen y mantenimiento de los síntomas depresivos. Las aplicaciones de estos modelos a la población anciana son aún limitadas (Fernández-Ballesteros et al., 1992), aunque pueden explicar las altas tasas de depresión entre personas mayores internadas, en donde se da la máxima carencia de vinculación humana, una falta de refuerzos y la pérdida del control personal (Belsky, 2001).

4.3.4.- Acontecimientos de vida. Soporte social

En los últimos años se ha intentado objetivar el peso que tienen en la etiopatogenia de la depresión los acontecimientos vitales y el soporte social (Vallejo, 2006), y es que en estas edades se van produciendo diferentes pérdidas de forma acumulativa (Benabarre y Valentí, 2007). Algunos estudios prospectivos y retrospectivos demuestran que la incidencia de los sucesos vitales o la presencia de dificultades crónicas suelen estar presentes en los meses anteriores a un episodio depresivo (Andrés y Bas, 1999).

Un punto de partida para desarrollar un modelo psicosocial de esta patología fue el trabajo de Brown y Harris (1978), donde se valoran factores precipitantes y de vulnerabilidad. El estudio e importancia de estos factores aún se mantiene (Harris y Brown, 1996), confirmando la importancia de los acontecimientos adversos en la infancia (Brown y Moran, 1994) y del soporte social (Champion, 1990; Keitner y Miller, 1990).

Chaisson-Stewart (1985) intentó sintetizar los factores conductuales, cognitivos, culturales y biológicos en un modelo de la depresión geriátrica. La depresión sería el resultado

de la interacción entre estresores biológicos y/o psicosociales y las “defensas” (mecanismos psicológicos y psicobiológicos determinados genéticamente), que están debilitadas por la edad o la enfermedad.

En cualquier caso, los modelos explicativos propuestos pueden servir como modelo general, pero siempre teniendo en cuenta las características propias de los mayores. La existencia de todos ellos hace que se abarque este trastorno desde distintos puntos de vista, por lo que la mejor perspectiva para comprenderlo sería la de adoptar un modelo multidimensional que atienda simultáneamente a todos los factores implicados que interactúan entre sí (Íñiguez, 2008).

4.4.- Aspectos clínicos y diagnósticos

En primer lugar, y como ya apunta Schuyler (1974), hay que tener en cuenta que el vocablo depresión abarca aspectos bien distintos: un estado de ánimo, un síndrome, un perfil caracterológico o una enfermedad; además, es usado por distintos profesionales, por lo que ha perdido su propia naturaleza y carece de significado preciso (Rafaelsen y Mellerup, 1978). Por ello, los límites entre tristeza normal y patológica no siempre son evidentes, especialmente en los ancianos (Fernández-Ballesteros et al., 1992). Es importante entonces tener en cuenta esta triple distinción psicopatológica entre síntoma, síndrome y categoría diagnóstica, para no equiparar apresuradamente la existencia de síntomas depresivos con un trastorno depresivo (Vázquez y Lozoya, 1994).

Evidentemente, el eje nuclear y afectivo de la depresión es la tristeza vital y profunda que envuelve al individuo hasta afectar todas las esferas de su relación intra e interpersonal. A pesar de que se pueden describir aspectos distintivos que caracterizan a distintos tipos de depresiones (endógenas, neuróticas, orgánicas, etc.), la clínica se puede condensar en relación a la afectación de grandes áreas como la afectividad, el pensamiento-cognición, la conducta, los ritmos biológicos o los trastornos somáticos (Vallejo, 2006).

Benabarre y Valentí (2007) reúnen los diferentes signos y síntomas que pueden caracterizar la depresión en el anciano a partir de Blazer (1993), en:

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

- Dentro de la categoría de *signos*, especifican:

- Aspecto: postura inmóvil, expresión triste, falta de concentración, retraimiento

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

- Cognoscitivos: baja autoestima, pesimismo, autoacusaciones y críticas, rumiación de problemas, pensamientos suicidas, ideas delirantes (inutilidad, nihilistas, somáticas), comportamiento imperdonable, alucinaciones (auditivas, visuales), dudas sobre los valores y creencias, dificultad de concentración, mala memoria.
- Psicomotores: bradilalia, movimientos lentos, gesticulación minimizada, marcha lenta y torpe, mutismo, estupor, cesación de la masticación o deglución, disminución o inhibición del parpadeo, actividad motora continuada, retorcimiento de manos, autolesiones cutáneas, marcha incesante, sueño inquieto, comportamiento anormal o inapropiado, amagos o intentos suicidas, negativismo (negarse a comer o beber), brotes de agresividad.
- Físicos: anorexia, astenia, estreñimiento, pérdida de libido, dolor, inquietud, trastornos del sueño (insomnio inicial, de mantenimiento y/o terminal).
- Volitivos: pérdida de motivación o parálisis de la voluntad.

Situada la depresión en un contexto clínico, queda claro que desde el modelo del continuo (Kendell, 1976) o desde uno categorial (Roth, Gurney, Garside y Kerr, 1972), el síndrome depresivo puede aparecer en situaciones muy diversas que van desde las secundarias a trastornos orgánicos (depresiones somatógenas de Kielholz (1966)) a las que se originan en respuesta a una situación ambiental concreta (depresiones reactivas o situacionales) o a un trastorno de personalidad (depresiones neuróticas o caracterológicas). Quedarían por clasificar las depresiones endógenas (monopolares y bipolares) y los numerosos tipos de depresión, que

no son más que adjetivos que señalan aspectos clínicos o etiopatogénicos (Vallejo, 2006).

Tabla 15: Criterios para el episodio depresivo mayor (APA, 2002)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable
2. disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
3. pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables
4. insomnio o hipersomnia casi cada día
5. agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
6. fatiga o pérdida de energía casi cada día
7. sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
8. disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
9. pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

En un intento de sistematización, nos tenemos que ir a las clasificaciones que diferencian formas clínicas de los trastornos depresivos según unos criterios diagnósticos. Si tomamos como referencia el DSM-IV-TR (APA, 2002), vemos que aunque existen varios cuadros clínicos relacionados con la sintomatología depresiva, hay sólo una categoría,

denominada *Trastornos del Estado de Ánimo*, dedicada exclusivamente a cuadros clínicos con un trastorno anímico básico, con dos grandes subdivisiones: Trastornos Depresivos y Trastornos Bipolares. A los trastornos depresivos los clasifica, a su vez, en Trastorno Depresivo Mayor, Trastorno Distímico y Trastorno Depresivo No Especificado.

El Trastorno Depresivo Mayor se caracteriza por la existencia de uno o más episodios de este tipo, cuyas características se especifican en la tabla 15. La Distimia, por su parte, es menos grave respecto a la intensidad de los síntomas y requiere una duración de al menos dos años; suele haber antecedentes en la edad adulta, y puede desencadenarse a partir de acontecimientos vitales estresantes (Conde y Jarne, 2006).

Esta sistematización lleva a no considerar en el diagnóstico síntomas depresivos pasajeros normales en todo individuo, sino que éstos han de afectar a la calidad de vida, llevando a actuar, sentir y pensar de forma diferente. Ello conduce a ser prudentes antes de hacer un diagnóstico (Muñoz, 2006b).

4. 5.- Aspectos diferenciales de la depresión en el anciano

Cabe preguntarse si la depresión en los ancianos es clínicamente similar a la de los otros grupos de edad o si, en cambio, existen peculiaridades propias y exclusivas que lleven a distinguir una “depresión típica de la vejez” (Vázquez y Lozoya, 1994). Y es que al igual que hablar de depresión como una entidad unívoca, homogénea y unitaria no tendría sentido, tampoco lo tiene el pensar en un mismo conjunto de manifestaciones sintomáticas a través de la edad e ignorar las características propias de las manifestaciones depresivas en esta etapa de la vida (Buendía y Riquelme, 1994). La edad conlleva una serie de cambios importantes en casi todos los ámbitos vitales biológicos, psicológicos y sociales (o de roles), por lo que los trastornos psicológicos en el anciano toman una perspectiva biopsicosocial (Stoudemire y Blazer, 1985). De este modo, habrá que evaluar y comprender las emociones, conductas y cogniciones de una persona anciana deprimida de un modo integrador (Vázquez y Lozoya, 1994).

En esta línea, hay estudios que encuentran pocas características clínicas diferenciales al comparar los distintos grupos de edad (Baldwin, 2003); pero a pesar de no haber datos suficientemente claros, la depresión en la vejez no es del todo equiparable a la de otras edades, existiendo además síntomas importantes para el diagnóstico que pueden tener un significado clínico diferente en las personas mayores (Jenike, 1989). En general, se considera más frecuente la depresión delirante, con melancolía, la subclínica, la que se presenta mediante síntomas somáticos y la disfunción ejecutiva como la alteración cognitiva (Martín-Carrasco, 2011a, 2011b).

Encontramos por tanto, una mayor frecuencia de agitación y ansiedad que de inhibición, mayor pérdida de apetito, insomnio más intenso, más irritabilidad, mayor presencia de somatizaciones e hipocondría, mayor riesgo de suicidio (Conde y Jarne, 2006), menor número

de parasuicidios (Andrés y Bas, 1999), anhedonia persistente asociada con falta de respuesta a estímulos (Blazer, 2007a), menor sintomatología de culpa y menos cogniciones depresivas (Menchón, 1996), más estreñimiento y tendencia a la letargia, menos variaciones diurnas del humor, más formas enmascaradas y menor de tristeza como tal, pérdida de peso, disminución del rendimiento cognoscitivo, elementos paranoides más habituales (frecuentes síntomas psicóticos con delirio de ruina, culpa, hipocondría o de tipo nihilista; el grado extremo es el “delirio de negación” de Cottard), episodios más largos y resistentes al tratamiento (De la Serna, 2000) y más riesgo de cronicidad (Blazer et al., 1987; Musetti, Perugi, Soriani et al., 1989; Greenwald y Kramer-Ginsberg, 1988; Baldwin, 1990). También se ha visto que las quejas por falta de memoria correlacionan más con la depresión que la falta de memoria real (Andrés y Bas, 1999), y que puede encontrarse un deterioro en la función ejecutiva que se puede asociar con más riesgo de recaída y recurrencia de los síntomas (Alexopoulos, Meyers, Youn et al. 2000). Sin embargo, todo este tema se encuentra en revisión y se piensa que no existen diferencias importantes en las características clínicas de la depresión entre adultos y ancianos (Baldwin, 2002).

Un aspecto diferencial que merece un comentario aparte es la presencia de los síntomas somáticos, que como señalan Vázquez y Lozoya (1994), si se excluyeran, el significado clínico de la depresión se desvirtuaría, ya que el aumento de quejas somáticas puede deberse tanto a problemas físicos reales o del envejecimiento normal, como ser un elemento característico de la expresión sintomática depresiva en edades avanzadas. Lo que está claro, es que cobran aquí una entidad propia. Por ello, han sido varios los autores que se han interesado por los mismos; McNeil y Harsany (1989) han efectuado observaciones importantes al respecto: observaron que no se debían simplemente a una mayor prevalencia de enfermedades, ni se deben sólo al hecho de envejecer, así como tampoco parecen ser un

artefacto estadístico o psicométrico (Waxman, McCreary, Weinrit y Carner, 1985). Admitir este hecho tiene repercusiones terapéuticas, ya que puede implicar una aproximación más orientada hacia la mejora de los hábitos de salud a través de estrategias específicas (Vázquez y Lozoya, 1994). Como reflejan en su artículo Alcalá, Camacho y Giner (2007), nos encontramos por tanto, con que el enmascaramiento de la depresión en el anciano suele ocurrir por la presencia de quejas somáticas, dolor o ansiedad, siendo más relevante el matiz hipocondríaco.

Además, si tenemos en cuenta que tanto los niveles de neurotransmisores como la respuesta del organismo al estrés se alteran con la edad (Robinson, David, Niles, Ravaris y Silvestre, 1971; Finch, 1977), se puede esperar un aumento de la vulnerabilidad a la depresión en edades avanzadas (Fernández-Ballesteros et al., 1992); ello lleva a preguntarse por las situaciones estresantes que pueden actuar como precipitantes en sujetos especialmente vulnerables (tabla 16).

Tabla 16: Situaciones estresantes asociadas a la depresión en la edad avanzada (Andrés y Bas, 1999)

- Mayor frecuencia de situaciones aversivas o factores sociales adversos
- Enfermedad física, incapacidad funcional, severidad del dolor; escasa o nula percepción de control sobre el dolor y la salud física
- Viudedad y pérdida de familiares y/o amigos o una enfermedad grave en las personas del círculo íntimo
- Problemas con el sueño y problemas en las ejecuciones cognitivas
- Déficit de recursos económicos; admisión de necesidad de ayuda económica
- Falta de apoyo social, vivir solo o pasar el día solo, falta de un confidente íntimo; falta de apoyo familiar y/o institucional
- Incapacidad para mantener las actividades principales de su vida: pérdida de sus habilidades para el trabajo, para mantenerse físicamente activo, con el resultado de la deprivación de las situaciones reforzantes unidas a estos sucesos (práctica laboral, aflicciones, deportes, etc.)
- Ser cuidador primario de un familiar enfermo (por ejemplo, demencia)
- Problemas con amigos o la persona querida

Otro aspecto diferencial de interés son las variables cognitivas y conductuales que también se han asociado a la depresión en esta población (Tabla 17).

Ante estas características distintivas, se crea la necesidad de investigar sobre la determinación de categorías descriptivas específicas que muestren la amplitud y configuración de la experiencia depresiva, en un período de la vida caracterizado por múltiples pérdidas (Buendía y Riquelme, 1994).

Tabla 17: Variables cognitivas y conductuales asociadas a la depresión. Bas (1997), Emery, (1981), Kleftras (1991) y Perris (1990). Citado y modificado de Andrés y Bas (1999).

1. Menor frecuencia de sucesos agradables junto a menor capacidad de disfrute y obtención de refuerzo con ellos y mayor aversividad ante sucesos estresantes
2. Percepción negativa de salud e incapacidad física
3. Pensamientos automáticos, actitudes disfuncionales y distorsiones cognitivas con referencia a: actitudes disfuncionales sobre las implicaciones de la edad, sobre las implicaciones de la jubilación, con respecto a las relaciones familiares y con respecto a los problemas de salud
4. Atribuciones desadaptativas e inadecuadas de su enfermedad, etiquetaciones subjetivas erróneas y depresogénicas de sus síntomas físicos
5. Incremento de la autoatención negativa debido a la soledad y a los problemas físicos, sociales o económicos

4. 6.- Diagnóstico diferencial

En el diagnóstico diferencial de los trastornos del estado de ánimo hay que considerar no sólo los trastornos físicos, sino también los psicopatológicos, basándonos en la persistencia de los síntomas, su inicio y su gravedad, siendo la entrevista la vía diagnóstica fundamental. Se debe preguntar por los tratamientos psiquiátricos que ha recibido, por la historia médica y por la historia familiar de depresión. También se tienen que valorar los estresores psicosociales existentes y analizar las quejas somáticas. Se ha visto que aunque estresores como el divorcio o la viudez ayudan a explicar la aparición de síntomas depresivos, el factor individual con más peso en los ancianos es la salud física (Murrell, Himmerlfarb y Wright, 1983; Esser y Vitaliano, 1988).

4.6.1.- Condiciones y enfermedades físicas

Jenike (1989) afirma que a pesar de que muchas enfermedades puedan afectar y/o confundirse con un trastorno anímico, tampoco hay que exagerar con la salud de los ancianos, que si bien padecen más trastornos crónicos (factor de riesgo para la aparición de síntomas depresivos), padecen menos enfermedades agudas que los jóvenes. En cualquier caso, el impacto de la enfermedad viene modulado por elementos como una buena integración social, una jubilación satisfactoria, una situación financiera desahogada y un ambiente estimulante. Dio además ciertas pautas para esta tarea, como hacer un examen cognitivo estructurado y adecuado, un examen neurológico detallado y tener presente (Montoya, 1992) las posibles toxicidades e interacciones farmacológicas.

Además, al hacer el diagnóstico diferencial es necesario asumir que los problemas médicos no son estables, y muchas veces vienen con un diagnóstico incierto o insuficiente (Vázquez y Lozoya, 1994); tampoco hay que olvidar algunos cambios del envejecimiento normal que pueden hacer que esta tarea sea algo más conflictiva, como se muestra en la tabla

18 (Spar y La Rue, 1999), aunque en general no repercuten en la vida ni en las capacidades sociales habituales (De la Serna, 2000).

Tabla 18: Molestias funcionales frecuentes en ancianos (Spar y La Rue, 1999)

Molestia	Comentario
Trastornos del sueño	Reducción total del tiempo del sueño. Aumento de la latencia del sueño. Despertares más frecuentes. Más tiempo en la cama. Reducción del “sueño reparador”
Disminución del apetito	Disminución del gasto de energía. Reducción de la actividad. Exacerbada por la disminución por la sensibilidad olfatoria y gustativa, problemas con la dentición y dietas poco apetitosas.
Fatiga, baja energía	Exacerbada por la actividad crónica, especialmente la enfermedad pulmonar obstructiva y fallo cardíaco. Exacerbada también por beta-bloqueantes, clonidina, alfa-metildopa, anticolinúrgicos y benzodiazepinas.
Problemas de concentración y memoria	Los olvidos normales pueden ser vividos como un síntoma. Exacerbados por déficits sensoriales, especialmente de visión y oído. Exacerbados por fármacos anticolinúrgicos centrales

La exploración física se dirigirá a posibles afecciones que pueden llevar un trastorno afectivo orgánico, como se ve en la tabla 19:

Tabla 19: Condiciones médicas a considerar en el diagnóstico diferencial de un trastorno del estado de ánimo (adaptado de Vázquez, 1990)

Efectos de sustancias y medicamentos (hormonas, antihipertensivos...)
Enfermedades del SNC (Parkinson, demencias, procesos expansivos...)
Alteraciones metabólicas y endocrinas (Déficit de vitamina B12, hipotiroidismo...)
Enfermedades incapacitantes (todas)
Infecciones (gripe, hepatitis vírica, sífilis, VIH)
Enfermedades autoinmunes (reuma...)
Cánceres (páncreas, digestivos, pulmonar, hipófisis...)
Otras (anemia, cirrosis, colitis ulcerosa, ...)

4.6.2.- Trastornos psiquiátricos

Los trastornos depresivos también se pueden confundir con otros trastornos psicopatológicos en los que pueden existir síntomas depresivos intensos (Vázquez y Lozoya, 1994), pudiendo destacar:

- **Trastorno bipolar:** episodio depresivo indistinguible del de una Depresión Mayor (Vázquez y Lozoya, 1994).
- **Trastornos de ansiedad:** que puede confundirse con la depresión si presenta síntomas de agitación (Gelder, Mayou y Geddes, 2000); además la comorbilidad entre ambas llega al 47,5% (Beckman et al., 2000). Es una fuente de malestar, disminuye la calidad de vida y aumenta el riesgo suicida (Macías y Blanco, 2007).
- **Hipocondría y Trastornos somatomorfos:** diferenciar hipocondría que acompaña a la depresión de la agudización de los rasgos preexistentes (Benabarre y Valentí, 2007). Es un factor de riesgo de suicidio (De Alarcón, 1964).
- **Trastronos de la personalidad:** conductas manifestadas a lo largo de toda la vida (Macías y Blanco, 2007).
- **Trastronos del sueño:** suele acompañar a la depresión, existiendo una rica sintomatología afectiva y somática acompañante (Macías y Blanco, 2007).
- **Distimia:** es más común de lo que se piensa en personas de edad avanzada (Baldwin, 2003).
- **Trastorno adaptativo:** el inicio de los síntomas depresivos es claro, en el transcurso del mes posterior a un acontecimiento vital estresante y no se cumplen todos los criterios (Baldwin, 2003). Existe alguna evidencia de que las personas mayores reaccionan al estrés con sentimientos de depresión frente a los adultos más jóvenes en los que es más probable que presenten un cuadro de excitación o ansiedad (Allen y Blazer, 1991).
- **Enfermedad psicótica** (esquizofrenia o trastorno delirante): aparece con una

afectividad marcadamente deprimida. La hipocondría es una idea delirante común en esta edad. El cuadro se puede interpretar en función de los síntomas predominantes (si son simultáneos se habla de trastorno esquizoafectivo) (Baldwin, 2003).

- **Alcoholismo:** que puede derivarse de un afrontamiento inadecuado de síntomas depresivos (Vázquez y Lozoya, 1994).
- **Duelo:** cuando el duelo es no complicado, aunque pueda cursar con síntomas depresivos, no suelen estar presentes la ideación suicida, síntomas psicóticos, enlentecimiento psicomotor, ni pérdida grave de la autoestima, teniendo más importancia el objeto perdido (Gallagher, Breckenridge, Thompson et al., 1982). En su curso influyen muchos factores como la personalidad, la naturaleza del vínculo o el contexto. De hecho, hay muchas variaciones de duelo no complicado, considerando una mala evolución la permanencia de síntomas a los 18 meses, siendo más importante el tipo de síntoma residual que la duración como tal (Macías y Blanco, 2007).
- **Demencia** (pseudodepresión y pseudodemencia) (tabla 20): aquí la cosa se complica, ya que por un lado pueden coexistir ambos problemas, y por otro, los datos están confusos (Vázquez y Lozoya, 1994). Macías y Blanco (2007) apuntan que sobre un 30% de las depresiones presentan trastornos cognoscitivos y sobre el 30-40% de las demencias síntomas depresivos. También hay que descartar el delirium. Vazquez y Lozoya (1994) ya advierten que la diferenciación es delicada, sobre todo si predominan los síntomas afectivos y cognitivos (memoria), requiriendo una observación longitudinal.

Tabla 20: Rasgos de la depresión con problemas cognitivos y de la demencia
(adaptado de Wells, 1979; Zarragoitia, 2003 (cit. por Gómez, 2007) y de Catalina y Castro, 2011)

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

En cualquier caso, al explicar la relación entre depresión y memoria, el énfasis recae sobre factores no cognitivos relevantes en el funcionamiento mnésico, con especial referencia al papel de la motivación sobre el recuerdo (Thompson, 1986); Weingartner (1986) considera el deterioro cognitivo, observado en individuos con depresión, como resultado de un déficit generalizado en el estado motivacional. Así, la disminución de la memoria no sería consecuencia de una limitación estructural, sino del fracaso para mantener un papel activo en el procesamiento de la información (Niederehe, 1986).

4.7.- Evaluación

La evaluación de los trastornos depresivos en personas mayores, según Iñiguez (2008), ha de ajustarse a un procedimiento general que valore todas sus posibles esferas. Dentro de las principales manifestaciones depresivas con las que la persona mayor acudirá a la consulta están: la pérdida de concentración, fatiga, ansiedad, quejas somáticas (hipocondría), llanto frecuente, insomnio y pensamientos recurrentes sobre la muerte (Koenig y Blazer, 1996).

El reconocer adecuadamente la depresión en los ancianos es fundamental, pues ésta disminuye las expectativas y la calidad de vida (aumenta la malnutrición, la agitación, el riesgo de trastornos cardíacos, etc.) (Jenike, 1989). Es importante además reseñar que con frecuencia estos pacientes no llegan al psiquiatra, o el médico general no los diagnostica correctamente, existiendo un infradiagnóstico del proceso en estas edades (Macías y Blanco, 2007); a esto se suma la falta de una definición operativizada y consensuada de depresión (Fernández-Ballesteros et al., 1992). Por ello, mientras que unos profesionales hacen hincapié sobre ciertos síntomas y conductas, otros tratan de evaluarla de forma global (Muñoz, 2006b).

Por lo que respecta a la población anciana, la evaluación es semejante y persigue los mismos objetivos que en otros grupos de edad (Álvarez, 1985; Santacreu, 1987), pero se vuelve imprescindible, según se ha consensuado, una valoración cognitiva, una analítica básica y un estudio de neuroimagen (Martín-Carrasco, 2011a, 2011b).

Existe una mayor necesidad de información detallada y precisa en distintos ámbitos que en los adultos (Andrés y Bas, 1999), teniendo en cuenta sus peculiaridades y haciendo hincapié en el despistaje de una potencial demencia y en la existencia de algún otro componente físico y farmacológico que pueda estar asociado (Fernández-Ballesteros et al., 1992). La evaluación diagnóstica implica por tanto una valoración detallada de la conducta de la persona (aspecto físico, juicio, ideas, afecto (humor) y destrezas interpersonales),

incluyendo además en este grupo un examen físico. También pueden aportar datos importantes una evaluación funcional, cognitiva y una entrevista con la familia (Kaszniak, 1996; Silver y Herrmann, 1996). En la tabla 21 se resumen los objetivos y las áreas de exploración en esta población.

Tabla 21: Evaluación de la depresión. Principales áreas de exploración (Andrés y Bas, 1999)

1. Historial médico detallado
2. Farmacoterapia actual y pasada
3. Historia clínica psicológica, evaluando antecedentes psiquiátricos familiares
4. Evaluación funcional de recursos:
 - Recursos sociales y familiares
 - Recursos económicos
 - Recursos psicológicos
 - Salud física: enfermedades actuales y pasadas
5. Síntomas orgánicos: memoria, orientación espacial y temporal, baterías neuropsicológicas, etc.
6. Severidad de la depresión
7. Variables cognitivas: atribuciones de la responsabilidad, creencias irracionales, expectativas, pensamientos automáticos, desesperanza, etc.
8. Habilidades asertivas y sociales
9. Habilidades de resolución de problemas
10. Habilidades de afrontamiento al estrés y al dolor
11. Evaluación del ambiente familiar (información detallada de la familia) o institucional (información de los cuidadores primarios), social y comunitario
12. Análisis funcional cognitivo-conductual de las conductas depresivas

Organizando estas distintas áreas de exploración, podemos dividir una adecuada evaluación en los siguientes apartados:

a) Historia clínica y evaluación psicopatológica

Como refleja Macías y Blanco (2007), este proceso puede verse entorpecido por dificultades de comprensión, memoria, fallos sensoriales, elevada ansiedad, omisión voluntaria de aspectos vitales importantes o por una mala transferencia. Hay que valorar la comunicación no verbal y preguntar sobre problemas frecuentes como el comienzo de la enfermedad, síntomas de presentación, relación con desencadenantes, curso, personalidad

previa, antecedentes personales y familiares de cuadros similares, consumo de tóxicos y riesgo de suicidio. Hay que intentar completar y contrastar la información con la familia.

Es interesante hacer un inciso para comentar el suicidio en esta población, pues esta forma de consumación de la vida ha constituido desde siempre uno de los grandes enigmas de la humanidad, planteando cuestiones filosóficas, psicológicas, sociales, religiosas y morales. Es un tema que ha deambulado entre las insuficientes explicaciones de la medicina y que ha sido escrutado incesantemente por la literatura y los medios audiovisuales, analizado por la ética y la teología y que actualmente constituye un problema sanitario de proyección mundial (Vidal, 1999). Como comenta este autor, la conducta suicida en este grupo de edad suele traducir una clara intencionalidad de morir y no la intención de valerse de la categoría de la muerte para negociar con el entorno. Con frecuencia estos sujetos no presentan indicadores manifiestos de intentos suicidas, verbalizan en menor medida sentimientos de desesperanza y en la mayoría de las ocasiones presentan un cuadro depresivo que no recibe tratamiento (Andrés y Bas, 1999). Por ello es fundamental y prioritario evaluar la ideación suicida, así como tener presente el perfil típico (varón, vivir solo, viudedad reciente, enfermedad crónica, alcoholismo, situación económica poco favorable) (Íñiguez, 2008), y no olvidar que el principal factor de riesgo, es la depresión (Conde y Jarne, 2006).

b) Exploración física y del estado mental

Descartar organicidad, ya que puede empeorar el cuadro afectivo. Explorar posibles alteraciones de la conciencia, memoria, inteligencia, humor y afecto, comportamiento motor, percepción, pensamiento, autoestima, culpabilidad y suicidio (Macías y Blanco, 2007).

c) Exploraciones complementarias

Su objetivo es descartar causas orgánicas y establecer el estado basal pre-tratamiento de los sistemas fisiológicos a los que pueden afectar los fármacos (Spar y La Rue, 1999). Se

hacen pruebas analíticas básicas, con atención a la función tiroidea, y según la sintomatología se puede ir ampliando (Macías y Blanco, 2007), incluso con un electroencefalograma (EEG) para valorar un posible trastorno orgánico cerebral, o una tomografía axial computarizada (TAC), por ejemplo en una depresión de inicio rápido con sintomatología neurológica (Baldwin, 2003). En la tabla 22 se resumen las pruebas recomendadas y sus posibles usos.

Tabla 22: Pruebas de laboratorio para la valoración de screening de depresión (Spar y La Rue, 1999)

Prueba	Posible diagnóstico
Recuento hemático completo y de serie blanca	Anemia por déficit de folato, infección vírica
TSH, tiroxina, cortisol séricos	Hipo e hipertiroidismo; hipo o hiperadrenocorticalismo
Análisis de orina, BUN	Uremia
Análisis médico secuencial-18 (SMA-18)	Hipercalcemia, hipokaliemia, hiperglucemia
TAC o RMN cerebral (según los resultados de las pruebas anteriores o del examen físico)	Tumor cerebral, ACV

d) Pruebas psicológicas

Su utilidad radica en estar identificada la depresión fundamentalmente por síntomas subjetivos (Fernández-Ballesteros et al., 1992). Hay varias escalas útiles para la detección y el cribado, así como para valorar la intensidad y la evolución (Macías y Blanco, 2007); en la tabla 23 se muestran las más importantes. En cualquier caso, no se debe llegar al diagnóstico sólo a través de una escala psicológica (Vázquez, 1986, 1991), ya que miden sintomatología, que es poco específica y ubicua.

Entre la problemática general del uso de este tipo de instrumentos están las dificultades que pueden crear las alteraciones motoras y sensoriales, el deterioro cognitivo, la baja escolaridad (Bromley, 1990), la reticencia a contestar o la dificultad de comprender las instrucciones (Kane y Kane, 1981); también hay que tener en cuenta la inclusión de contenidos que pueden ser problemáticos, como las muchas referencias a las manifestaciones somáticas, lo que en este grupo de edad no tiene por qué indicar una depresión (Fernández-

Ballesteros et al., 1992) y darían falsos positivos; también están, como comentan Kane y Kane (1981), las que aluden a la preocupación por la muerte o la salud, pensamientos que aquí sí pueden ser apropiados, así como los elementos referidos al sexo y a la pérdida de la libido, influenciados por las reducciones hormonales y los aspectos culturales.

Tabla 23: Principales instrumentos para la evaluación dimensional de la depresión en anciano
(Modificado de Vázquez y Lozoya, 1994)

Instrumento	Nº ítems	Formato	Tipo de respuesta	Utilidad
CARE (1977)	314	Entrevista	Presencia/ausencia del ítem Heterovalorada	+++
OARS (1978)	105 (18 de depresión)	Entrevista	Nivel de funcionamiento (de 1 a 6) Heterovalorada	++
SDS (1965)	20	Autoinforme	Frecuencia (de 1 a 4)	++
BDI (1961, 1978)	21	Autoinforme Hay versión geriátrica española	Gravedad (4 alternativas de 0 a 3)	+++
DACL (1967, 1985)	34	Autoinforme Versión Estado y Rasgo Hay versión geriátrica española	Elección de adjetivos (SÍ/NO)	+
HSCL (SCL-90) (1974) (1975)	90 (13 de depresión)	Autoinforme	Grado de molestia (de 0 a 4)	+++
HAMD (1967)	21	Entrevista o Autoinforme	Gravedad (ítem de 0 a 2 y de 0 a 4)	++
GDS (1983)	30 en la original. 20 en la adaptación española	Autoinforme en la versión original. Entrevista estructurada en la española	SÍ/NO en la original Grado de acuerdo (de 0 a 3) en la española	+++
MMPI (1943)	566 (60 de Depresión)	Autoinforme	Verdadero/Falso	+
CES-D (1977)	20	Autoinforme	Frecuencia (de 0 a 3)	++
Escala analógica Visual (1969)	1	Autoinforme	Marcar una cruz en una línea de 100mm	+

Nota: Valoración de su utilidad global: + = escasa; ++ = aceptable; +++ = buena

Por último, también hay que contemplar un aspecto bastante descuidado, y es que el uso de conceptos varía con el tiempo, y muchas veces hay términos desconocidos o poco usados por personas mayores (Copeland y Wilson, 1989), o bien que no describen el mismo sentimiento y con la misma intensidad entre personas de edades diferentes (Kane y Kane,

1981). Hay que ver por tanto las limitaciones que demanda la elaboración y adaptación de instrumentos de medida capaces de incluir las especificidades de esta población y, ante todo, plantear de una forma seria y consecuente la inadecuación de los criterios clínicos convencionales (Blazer, Hughes, y George, 1987), y muy especialmente las señas propias de identidad de la experiencia depresiva en la edad avanzada (Newmann, Engel y Jensen, 1991).

Como conclusión, lo ideal para una evaluación adecuada de los trastornos afectivos sería incluir un sistema de diagnóstico categorial, como los criterios del DSM-IV-TR, un método dimensional de cuantificación de síntomas para evaluar la gravedad, así como la evaluación de otras áreas de funcionamiento (Vázquez y Lozoya, 1994). Esto último es de importancia en el anciano, ya que a igualdad de síntomas, su funcionamiento general cuando está deprimido es peor que el de un joven (Jenike, 1989). Por ello, hay que considerar la depresión como un “producto final”, reflejo de problemas en las áreas psicológica, biológica y social, ya que aunque la característica inicial sea la disforia, se implican determinadas conductas, pensamientos y manifestaciones físicas (Gallagher y Thompson (1983)). En este sentido, sería interesante la evaluación de las actividades diarias, el apoyo social y las actividades estresantes, al ser variables relacionadas con la depresión en la vejez (Andrés y Bas, 1999), así como las estrategias de afrontamiento o coping (Vázquez, Crespo y Ring, 2000), los niveles de desesperanza (Beck, Weissman, Lester, y Texler, 1974), los acontecimientos vitales, el nivel de funcionamiento en las actividades de la vida diaria, o el nivel de actividades placenteras/displacenteras (Copeland y Wilson, 1989; Montoya, 1992), lo que depende del contexto, tipo de paciente, nivel cultural, tiempo y adecuación de las medidas a personas de edad, y no siempre es posible (Copeland y Wilson, 1989). Con todo ello vemos la necesidad de usar procedimientos de escalamiento multidimensionales que puedan dar luz en torno a las características propias de la depresión en ancianos.

4.8.- Curso y Pronóstico

El curso clínico del trastorno depresivo mayor por definición se considera recurrente, por lo que independiente de la edad se asocia a recaídas, remisiones y recurrencias (Kaplan, Saddock y Grebb, 1996). En relación a los ancianos, el curso varía según los estudios, pero parece que es menos probable la remisión completa de los síntomas, y no es infrecuente observar algunos síntomas residuales a pesar de la mejoría evidente del cuadro global (Blazer, 1989b). La depresión de inicio tardío además de a mayores índices de recaída y recurrencia (Alexopoulos et al., 1988), también se ha asociado a cambios vasculares cerebrales que, en general, ensombrecen el pronóstico (Baldwin y Tomenson, 1995; Lesser et al., 1996). En cualquier caso, aunque no sea algo benigno, en general el pronóstico es bueno cuando reciben un diagnóstico y un tratamiento apropiado (Cole et al., 1999; Baldwin, 2003).

Esto no exime de indagar entre los factores que puedan estar marcando un peor pronóstico, pues aunque algunos trabajos (Cole, 1990; Burvill, Hall, Stampfer y Emmerson., 1991) mantienen un mayor riesgo de cronificación y recaídas, aún son insuficientes los conocimientos sobre los factores implicados en el curso y pronóstico de la depresión en los ancianos (Buendía y Riquelme, 1994). En cambio, como comenta Aleixandre (2004), existen otros autores que afirman que el pronóstico es comparable a otras edades si se controlan las diferencias en el diseño del estudio y las características de la muestra; sería por tanto un error de concepto común el afirmar que la depresión en edades tardías tenga una peor recuperación que en pacientes más jóvenes (Meats, Timol y Jolley, 1991; Coryell et al., 1991; Hinrichsen, 1992; Brodaty, Harris, Peters et. al., 1993; Hughes, DeMalie y Blazer, 1993; Surtes y Barkley, 1994; Reynolds, Frank, Perel et al., 1994; Alexopoulos et al., 1996; Blazer, 1997).

En esta línea, Kivelä, Köngas-Saviaro, Kesti et al. (1994) señalan que ni el sexo ni la edad influyen en la evolución, aunque sí la intensidad de los síntomas afectivos, la

enfermedad somática concomitante si la hay, y el mayor declinar de las funciones cognitivas. Recientemente, Carrasco (2008) afirma que la depresión es el resultado final de la interacción de múltiples factores constitucionales, evolutivos, ambientales e interpersonales que modifican las pautas de neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico, alteran de manera irreversibles los circuitos cerebrales de recompensa y castigo. La disfunción central de la neurotransmisión, además de su repercusión en la conducta, origina alteraciones neurovegetativas y endocrinas sobre todo en la secreción del cortisol, hormona tiroidea y hormona del crecimiento. El estado depresivo influye a su vez en las relaciones interpersonales, el entorno y las pautas de gratificación, creando situaciones depresógenas y con experiencias de pérdida, indefensión y estrés, que influyen de nuevo negativamente en la actividad de los neurotransmisores, cerrando así un círculo vicioso de retroalimentación positiva, que tiende a mantener indefinidamente el proceso.

La relación entre trastornos depresivos y enfermedades físicas es bidireccional; la depresión empeora el curso y el pronóstico de la condición médica y a su vez, la presencia de una dolencia física empobrece el pronóstico de la depresión (Chodzko-Zajko, 1990).

Intentando cuantificar porcentualmente los datos de recuperación, nos remitimos a diferentes autores; Cole y Bellavance (1997a, 1997b) informan una recuperación total entre un 40 y 60%, entre un 15-20% se recuperan de la crisis, aunque recaen, mientras que en el 30-40% se cronifican (Hinrichsen, 1992; Brodaty et al., 1993; Green, Copeland, Dewey, Sharma y Davidson, 1994). En general, se han diferenciado los estudios basados en hospitales y los basados en la comunidad; en cuanto a los primeros, sobre el 60% permanecían bien o habían tenido recaídas y/o recurrencias tratables, desarrollando un 20% sintomatología crónica; por contra, la recuperación era peor en los tratados en la comunidad y en los ingresados en servicios médicos y quirúrgicos (20%).

En cuanto a los factores predictivos de la recuperación, hay datos que indican que el curso en los ancianos depende menos de los factores psicológicos que en otras etapas de la vida, dándose un curso más “autónomo” (Hughes, DeMalie y Blazer, 1993; Alexopoulos, Meyers, Young, et al. 1996). Se asocia a un peor resultado o a la cronicidad una recuperación inicial lenta, la depresión inicial más grave, una duración de la enfermedad de dos o más años, tres o más episodios previos, antecedentes de distimia, síntomas psicóticos, algunos tipos de enfermedad cerebral (Baldwin, 2003), así como un apoyo social comprometido o la coexistencia con otra enfermedad (Harris, Cronkite y Moos, 2006). Otros factores que pueden resultar adversos son situaciones como las pérdidas, un bajo nivel de satisfacción vital, miembros disfuncionales en la familia, una pobre personalidad premórbida (Aleixandre, 2004), presencia de deterioro cognitivo, más incapacidad funcional o un comienzo más tardío (Brodaty et al., 1993), el estrés crónico asociado con un ambiente pobre, vandalismo y pobreza, o ser víctima de una agresión (Baldwin, 2003).

Como factores de buen pronóstico, Macías y Blanco (2007) incluyen una buena adaptación premórbida, una buena recuperación previa, antecedentes depresivos, buena respuesta inicial al tratamiento y una menor edad en el momento del inicio del primer y actual episodio. Por su parte, la evidencia de atrofia cerebral no altera el pronóstico.

Si valoramos cómo afecta esta patología a la salud en general, se ha visto que se asocia con mayor riesgo de muerte, sobre todo en varones, en mayores de 75, en la depresión mayor con rasgos disfóricos o psicóticos, cuando hay graves problemas de salud y de movilidad y con el deterioro cognitivo (Aleixandre, 2004). Además, en los hospitalizados influye en una peor evolución de la enfermedad somática, aumentando la morbimortalidad en general y el riesgo de deterioro (Silverstone, 1990; Cfovinsky et al., 1997).

Parece existir consenso de expertos en que la evolución a demencia es una complicación

no infrecuente de la depresión, especialmente si existe afectación cognitiva importante (Martín-Carrasco et al., 2011a, 2011b). Sin embargo, al revisar la literatura existe controversia; hay estudios de seguimiento de pacientes deprimidos cognitivamente normales que no hallan un aumento en los porcentajes de demencia (Murphy, 1983; Baldwin y Jolley, 1986), aunque otras investigaciones en población mayor han demostrado que, tras largos períodos de padecimiento de una depresión o con cuadros recurrentes, se produce un cambio en la estructura cerebral (hipocampo) que puede desarrollar un proceso de deterioro cognitivo (Sapolsky, 1996; Kessing, 1998; Reischies y Neu, 2000). Paterniti, Verdier-Taillefer, Dufoil y Alperovitch (2002) encuentran que altos niveles de síntomas depresivos mantenidos, se asocian a declive cognitivo; Schweitzer et al., (2002) hallan que la depresión de inicio tardío se asocia con más frecuencia a deterioro cognitivo, aunque no es probable que constituya un pródromo de ningún tipo particular de demencia. Otros trabajos evidencian, en este sentido, que pacientes con depresión y deterioro cognitivo aumentaban cuatro veces su riesgo de desarrollar una demencia irreversible, incluso cuando los déficits cognitivos iniciales fueran reversibles con tratamiento (Alexopoulos et al., 1993); se encuentran síntomas depresivos en el 34 % de los deterioros cognitivos leves (Panza et al., 2010). Por tanto, hay que hacer un buen seguimiento, ya que la “pseudodemencia” puede no ser tan benigna (Baldwin, 2003).

En cuanto al suicidio, aunque no es la principal causa de mortalidad adicional (Murphy, 1983; Baldwin y Jolley, 1986), hay que tenerlo muy presente, pues aquí se dan las tasas más altas de autolisis y menores de intentos no consumados (Osgood, 1991; (Martín-Carrasco et al., 2011a, 2011b), y el uso de métodos más letales (Conwell et al., 1990). Según Íñiguez (2008), estaríamos ante tasas del 14%, frente al 5% de la población general. Por tanto, la consecuencia práctica para favorecer una buena recuperación es el tratamiento temprano y vigoroso, teniendo en cuenta con qué apoyo familiar y social se cuenta (Baldwin, 2003).

4.9.- Tratamiento

Con respecto al tratamiento, si tenemos en cuenta además de los datos epidemiológicos, los datos anteriores que indican que las personas mayores deprimidas son los sujetos que más se suicidan (60-90% tenían depresión) (Benabarre y Valentí, 2007), y que la depresión no tratada a estas edades se ha asociado incluso a un aumento de la mortalidad (14% frente al 5% anual esperado) (Murphy, 1983; Ganzini, Smith, Feen y Lee., 1997), se comprende aún mejor la necesidad del abordaje (Andrés y Bas, 1999). De hecho, según la revisión de Pearson y Brown (2000) basada en la evidencia, la única intervención preventiva del suicidio en ancianos es la identificación y tratamiento eficaz de esta patología.

Además, a favor de la intervención está el que también es tratable en ancianos (Crossett, 2004; Rabheru, 2004) y que todas las formas de depresión pueden aliviarse mediante terapia (Thompson y Gallagher, 1985; Teri, 1991). Así, la combinación medicación y psicoterapia produce casi un 80% de mejoras significativas en los adultos ancianos deprimidos (Koenig y Blazer, 1996). Sin embargo, pese a ello, con frecuencia los mayores no reciben tratamiento o éste es inadecuado o cuando los síntomas son severos, en parte porque a veces no demandan atención, en parte porque acuden por otros motivos y no aluden a los síntomas depresivos, o incluso éstos quedan enmascarados por el problema físico (Aleixandre, 2004).

Al decidir el tipo de tratamiento, hay que tener en cuenta que en esta etapa de la vida, al igual que en los otros grupos de edad, los mejores resultados se obtienen con un abordaje multimodal (farmacológico, psicológico y social) (Reynolds, Frank, Perel et al., 1992), siendo aquí incluso más importante, atendiendo a las necesidades de salud física, al entorno físico y a las necesidades sociales (Baldwin, 2003). No debemos olvidar la importancia del trabajo con la familia para una terapia eficaz en esta etapa (Blazer, 2007a).

A la hora de poner un tratamiento, se pueden plantear diversos factores de confusión

(tabla 24), y hay que tener en cuenta variables como la automedicación, el incumplimiento, la pluripatología, la cronicidad y los politratamientos.

Tabla 24 : Factores que confunden el diagnóstico y tratamiento de la depresión en pacientes ancianos
(Spar y La Rue, 1999)

Las medicaciones no psicotrópicas concurrentes pueden

- Causar depresión
- Modificar los niveles plasmáticos de los antidepresivos
- Aumentar los efectos secundarios de los antidepresivos
- Bloquear bioquímicamente los efectos de los antidepresivos
- Requerir modificaciones de la dosis oral

Las enfermedades médicas concurrentes pueden

- Causar depresión
- Reducir la eficacia de los fármacos antidepresivos o de la psicoterapia
- Cambiar el metabolismo de los antidepresivos
- Deteriorar la capacidad del paciente para participar en la psicoterapia
- Crear incapacidad, contribuyendo a la cronicidad y a la menor eficacia del tratamiento
- Aumentar la necesidad de simplificar la dosificación de la medicación (p. ej. 1 vez al día)

Las patologías psiquiátricas no afectivas concurrentes pueden

- Causar depresión (p. ej. fases iniciales de la Enfermedad de Alzheimer)
- Requerir diferentes medicaciones
- Dificultar la participación en la psicoterapia
- Reducir la respuesta a los fármacos antidepresivos (p. ej. trastornos de personalidad)
- Empeorar el pronóstico de la depresión (p. ej. alcoholismo)

Otros aspectos

- Con frecuencia se requieren dosis más bajas por la reducción del metabolismo con la edad
- Las dificultades de transporte pueden dificultar el acceso a la consulta
- Puede ser necesario aumentar la duración de las visitas
- Los ingresos económicos fijos pueden limitar la disponibilidad para el tratamiento por sus costes

En relación al incumplimiento, es importante conocer las causas de por qué los pacientes depresivos abandonan el tratamiento farmacológico para poder adelantarnos a ello; así, entre las causas más frecuentes se encuentran el sentimiento subjetivo de que ya se está curado, los efectos secundarios, la larga duración o la no remisión de los síntomas; otras razones algo menos frecuentes son la dejadez o falta de interés, la información recibida por familiares o amigos o la disfunción sexual (Rabasa y de Noriega, 2002).

Como objetivos principales del tratamiento, se deberían contemplar la reducción de los síntomas, prevenir el riesgo de recaídas y recurrencia, mejorar la calidad de vida, así como

disminuir la mortalidad y los costes del cuidado médico (Macías y Blanco, 2007). En cuanto a las herramientas que tenemos para este abordaje, destacan:

a. *Psicofármacos*

Revisando varios trabajos, meta-análisis y consensos de expertos, parece que existe acuerdo sobre la eficacia de los antidepresivos para la depresión geriátrica y pautas sobre su uso (Anderson, 2000; Thorpe, Whitney, Kutcher et al., 2001; Wilson, Mottram, Sivanranthan et al., 2001; Mulsant, Alexopoulos, Reynolds et al., 2001), siendo en general bien tolerados y tan eficaces como en edades más jóvenes (Alexopoulos, 2005).

Sin embargo, en primer lugar hay que considerar los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento que pueden influir en la farmacocinética y farmacodinamia, así como el valorar las enfermedades médicas existentes, que pueden agravarse por los efectos secundarios de los antidepresivos, que a su vez pueden interaccionar con otros fármacos que se estén usando (Macías y Blanco, 2007). Además de esto, la posología ha de ser individualizada y controlada, empleando el tiempo necesario en educar al paciente y explicar con claridad cuándo y cómo actúan, aumentando así su confianza y desmitificando hechos como que puedan crear adicción o que la depresión signifique “senilidad” (Baldwin, 2003).

Como reflejan estos últimos autores, se divide el tratamiento en tres fases: aguda, de continuación y de mantenimiento. En cuanto a la primera, se ha visto que los ancianos necesitan más tiempo para recuperarse, considerando razonable una mejoría a las 9 semanas en lugar de las 4 esperables en jóvenes (Anstey y Brodaty, 1995). En la fase de tratamiento de continuación, los típicos 6 meses provenientes de investigaciones en jóvenes, pueden resultar demasiado cortos, y dado que la mayoría de las recaídas se dan en el primer año, éste parece un tiempo razonable, concienciando al paciente de la importancia de que mantengan el tratamiento a pesar de la mejoría (Old Age Depression Interest Group, 1993). Por último, el

mencionado grupo de estudio afirma que estos pacientes se benefician de una terapia de mantenimiento incluso en el primer episodio, aunque otros puntos de vista ven el riesgo de aumento de los efectos secundarios que esto supone, por lo que hasta que no haya más datos, lo razonable sería mantener el tratamiento antidepresivo (a dosis completas si es posible) 12 meses para luego revisarlo (Baldwin, 2003).

Con respecto al psicofármaco de elección, en una revisión realizada con distintos estudios, se vio que todos los antidepresivos son superiores al placebo, aunque también tienen efectos secundarios indeseables. En cuanto a los nuevos antidepresivos, no se ha comprobado ser más efectivos que los antiguos, por lo que la elección se basa más en el perfil de efectos secundarios y en el potencial fármaco-fármaco que en el grado de eficacia terapéutica (Gerson, Plotkin, y Jarvik, 1988). Sin embargo, hay que tener en cuenta que en la depresión grave son menos efectivos a pesar del perfil más benigno de efectos adversos (Anstey, y Brodaty, 1995). En la tabla 25 se muestran los efectos adversos y consideraciones ante el uso de los principales antidepresivos.

En las depresiones con síntomas ansiosos reactivos e ideas delirantes o en síntomas psicóticos resistentes, se pueden introducir los neurolépticos, cuyos principales efectos adversos son los extrapiramidales, los anticolinérgicos y la hipotensión ortoestática (Macías y Blanco, 2007).

Por último, la terapia electroconvulsiva (TEC), es un tratamiento seguro y eficaz para la depresión en la vejez, y es de elección en cuadros especialmente graves, con melancolía o resistentes a otros tratamientos. También es un recurso ante ideas delirantes o alucinaciones, estupor o agitación, comportamiento suicida, enfermedad médica grave, pobre respuesta a los fármacos o intolerancia a sus efectos secundarios o por preferencia del paciente. La remisión es más rápida y efectiva que con la farmacoterapia. Como efecto adverso destaca la amnesia

transitoria, y está contraindicada en el aumento de la presión intracraneal y en infartos de miocardio recientes (Macías y Blanco, 2007).

Tabla 25: Precauciones y efectos adversos de los antidepresivos (Fuentes y Mérida, 2011)

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

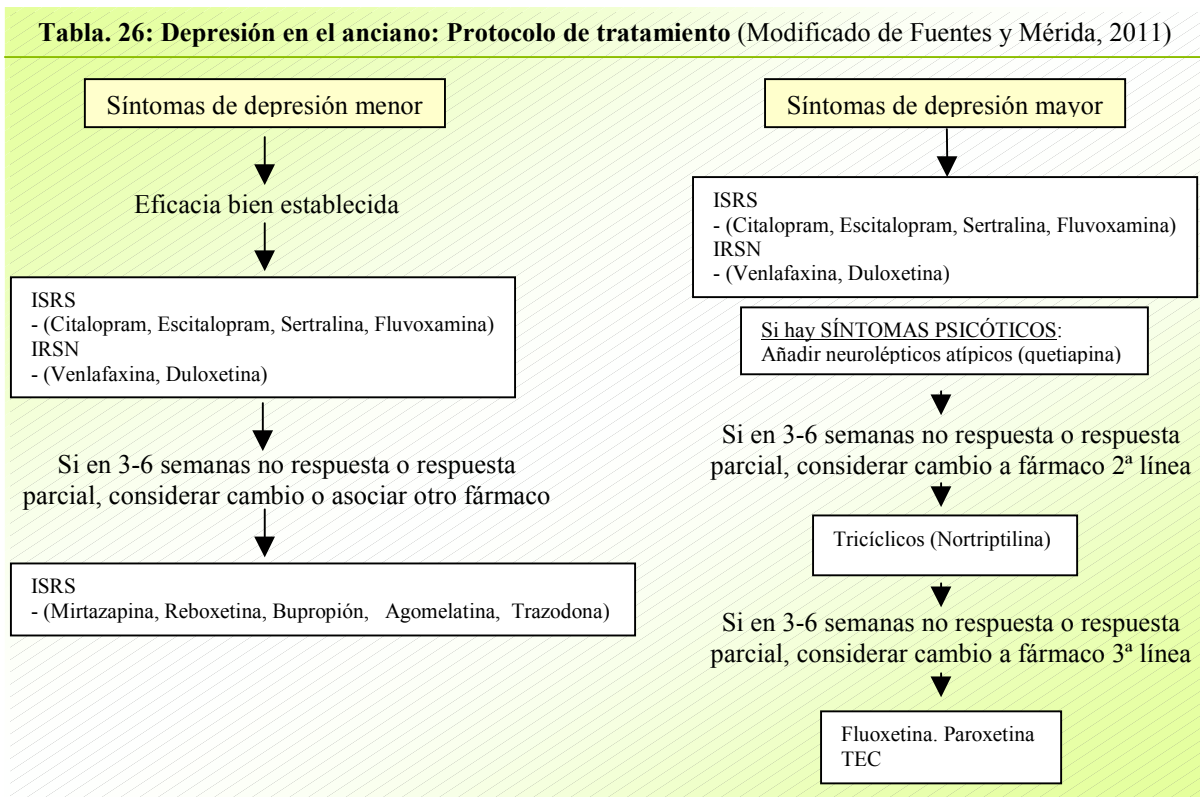
ECG: electrocardiograma; IMAO: inhibidores de la monoaminoxidasa; SNC: sistema nervioso central; TA: tensión arterial.

En la figura 20 se ilustra las consideraciones a la hora de elegir el fármaco según la comorbilidad del anciano, y en la tabla 26 se resume la actitud terapéutica recomendada según un reciente protocolo.



Fig. 20: Fármacos y comorbilidad (Fuentes y Mérida, 2011)

Tabla. 26: Depresión en el anciano: Protocolo de tratamiento (Modificado de Fuentes y Mérida, 2011)



Al ser los síntomas cognitivos una característica integral de la experiencia depresiva, su

modificación a través de la psicoterapia, podría llevar a la disminución de los síntomas “no cognitivos” (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). A favor de la utilidad del apoyo psicoterapéutico en ancianos deprimidos hay distintas investigaciones con claros indicios de intervenciones activas (Scogin y McElreath, 1994); resulta especialmente útil cuando hay factores psicosociales que influyen en el origen y mantenimiento del cuadro (Niederehe, 1994). En general, las terapias con un mayor apoyo empírico en cuanto a su efectividad en el tratamiento de la depresión geriátrica, como sintetizan Barters et al., (2007), serían la cognitiva, la conductual y la cognitivo-conductual.

Algunas modificaciones a considerar en ancianos es que el terapeuta puede necesitar mostrarse más activo, hablar más lento y alto, dar explicaciones sencillas y concretas o contestar a las preguntas del paciente e incluso recordarle las citas; además de que las sesiones suelen ser más cortas (Spar, 1988); aunque en general la estructura de las sesiones no es muy diferente (Beck et al., 1979).

Algunos ejemplos útiles son la terapia conductual de Lewinsohn y cols. (Lewinsohn, Biglan y Zeiss, 1976; Lewinsohn, Muñoz, Youngren Zeiss, 1978), la cognitivo-conductual de Beck (Beck et al., 1974, 1979) y el modelo psicoeducativo de Lewinsohn y cols. (Lewinsohn, Steinmetz, Antonuccio y Teri, 1982). Según Gallagher y Thompson, 1983; Zarit y Zarit, 1984), la terapia cognitiva es especialmente importante cuando predomina el componente motor, así como la cognitivo-conductual lo es cuando el componente cognitivo es marcado. Es precisamente cuando, el deterioro cognitivo es marcado, una de las causas de contraindicación, también en la psicosis. Predicen un mal resultado aspectos como la ausencia de tratamiento farmacológico concomitante, signos neurovegetativos, trastornos de personalidad o baja expectativa del paciente en la terapia (Thompson, Gallagher y Breckenridge, 1987).

En resumen, el proceso de intervención de un trastorno depresivo en una persona mayor ha de ajustarse a la evolución de las características y posibles limitaciones que pueda presentar el paciente, en función de los factores etiológicos con más peso tras la evaluación del paciente, estableciendo unos objetivos que incluyan todas las variables relevantes mediadoras del trastorno (Íñiguez, 2008). En cualquier caso, lo esencial es considerar a la persona como un todo.

4.10.- Prevención

A pesar de que la depresión sea el desorden psicológico más importante entre los ancianos, y que sus costes individuales, sociales y asistenciales son altos, no son suficientes los esfuerzos dirigidos a la elaboración y aplicación de programas de prevención, y la evidencia del éxito de las incipientes medidas adoptadas es todavía poca. Esto no es extraño si consideramos que el punto de partida de un adecuado programa preventivo es la comprensión etiológica, aún no alcanzada (Buendía y Riquelme, 1994), dejándonos como tareas más importantes la detección precoz y la actuación sobre los factores de riesgo (Jorm, 1995).

En relación a la prevención primaria de la depresión en ancianos, apenas encontramos estudios o alguna estrategia de intervención que se pueda considerar universal (Blazer, 2002); las escasas referencias se centran en el control de la tensión arterial para evitar la enfermedad cerebrovascular y prevenir así la depresión vascular (Alexopoulos, 2001). También parece que estrategias de intervención multimodal en personas vulnerables pueden reducir el dolor, las dificultades para dormir o los síntomas depresivos y ansiosos que perciben (Rybarczyk, Marco, DeLa Cruz, Lapidus, 1999). En cambio, respecto a la prevención secundaria, hay multitud de artículos que hablan del tratamiento temprano para que remita el cuadro y evitar las serias consecuencias que de él se pueden derivar (Salzman, Wong y Wright, 2002). La prevención terciaria, relativa a evitar las serias consecuencias de la depresión como el suicidio (Mulsant et al., 2001), también ha recibido atención (Blazer, 2009).

Las enfermedades físicas son un estresante de primer orden que pueden precipitar la sintomatología depresiva de un modo especial en este grupo de edad (Evans, Copeland y Dewey, 1991), mientras que los cambios físicos también pueden provocar malestar subjetivo e interferir en las relaciones sociales (Buendía y Riquelme, 1994). Por ello es necesario un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado de las mismas, junto a la mejora de la merma

de funcionalidad y de las habilidades de autocuidado (Stuck, Siu, Wieland, Adams y Rubenstein, 1993). Se puede actuar también sobre la interpretación, el afrontamiento y adaptación a la enfermedad, así como se debe evitar el recorte de actividades sociales y un exceso de autoatención negativa a los síntomas, al dolor y a los problemas (Andrés y Bas, 1999).

Pero, como apuntan (Buendía y Riquelme, 1994), quizá sea más importante a la hora de elaborar un programa preventivo, la consideración de aspectos psicosociales como el aislamiento, la soledad, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la situación económica precaria, el rechazo familiar y social, y de un modo especial, las repercusiones psicológicas relacionadas con la evaluación de sí mismo y del entorno, cuya última amenaza es la proximidad de la propia muerte. El fomentar las relaciones que sirvan de apoyo es importante, al ser capaces de amortiguar los efectos psicológicos que producen determinados factores o condiciones en los que tiene lugar su vida. Por ello es importante el desarrollo de programas de apoyo social (Buendía y Riquelme, 1997), que impliquen la participación, incluso organización, de distintas actividades, así como la ayuda económica en pacientes con problemas financieros e informar de los programas sociales de ayuda a domicilio disponibles (Jorm, 1995). Por último, no olvidar prestar atención a las personas mayores con especial riesgo, como los cuidadores de pacientes con alguna demencia (Jorm, 1995), o los que tienen alguna adicción, como el alcoholismo (Andrés y Bas, 1999).

La prevención resulta así una tarea difícil, que requiere inversiones económicas para la formación de profesionales, para el diseño y puesta en marcha de programas de mejora de la calidad de vida o de preparación a la jubilación, así como para que la sociedad cambie los tópicos y actitudes negativas hacia la vejez (Muñoz et al., 1987; Muñoz y Ying, 1993).

Estado actual del problema

5.- ESTADO ACTUAL DEL PROBLEMA

En relativamente pocos años hemos asistido a un incremento sustancial en la dedicación, en el interés y en el estudio de prácticamente todos los ámbitos científicos y en las más variadas disciplinas; a ello se añade el gran despliegue comunicativo y en el campo de la documentación presentado, también en poco tiempo, en sociedades como la nuestra. Esto se traduce en un mayor conocimiento dentro de parcelas tan importantes como la biológica, la psicológica, o la social, pero también se acompaña de una cantidad tan importante de información, que llega a resultarnos inabarcable.

Para soslayar en parte este problema, no nos queda más remedio que recurrir a motores de búsqueda que tengan acceso a los trabajos publicados en diferentes soportes, en una amplia base de datos. Por ello, para acercarnos al estado actual del problema de nuestra temática de trabajo, hemos optado por llevar a cabo un análisis bibliométrico, utilizando como límites diferentes descriptores en función de las variables que queríamos analizar.

En el momento de planificación de esta investigación, realizamos un primer análisis para valorar el estado y la productividad científica acerca de nuestro tema, y poder así realizar un diseño más adecuado. Posteriormente, en noviembre de 2011, realizamos una nueva búsqueda bibliométrica, más actualizada por tanto, que es la que mostramos a continuación. Esta se llevó a cabo a través de PubMed, sin realizar acotaciones temporales. Para ello, realizamos sucesivas búsquedas variando las palabras clave (MeHS) en función de las diferentes variables estudiadas, acotando todas ellas con los siguientes límites: “*Aged: 65+years*”, “*80 and over: 80+ years*” y “*humans*”, para obtener así los datos en relación al grupo de edad estudiado: los ancianos.

En primer lugar, acorde a la temática principal, realizamos la búsqueda en relación a la depresión introduciendo como MeHS “*Depressive Disorder*”, encontrando 17782 resultados.

Para ver cómo ha ido evolucionando esta productividad a lo largo del tiempo, analizamos el número de publicaciones por año, incluyendo 2011, pero teniendo en cuenta que en el momento de la búsqueda no ha concluido (figura 21). Como podemos apreciar, hasta los años 80 apenas aparecen referencias sobre el tema, aumentando después poco a poco la productividad anual, en especial en la última década, con un pico en 2008 y en 2010, donde se superaron las 1000 publicaciones. Esto puede estar acorde a la mayor longevidad conseguida recientemente en los países desarrollados, lo que nos ha brindado la oportunidad y a su vez, el reto, de comprometernos con una población que apenas era relevante numéricamente hasta no hace demasiado tiempo.

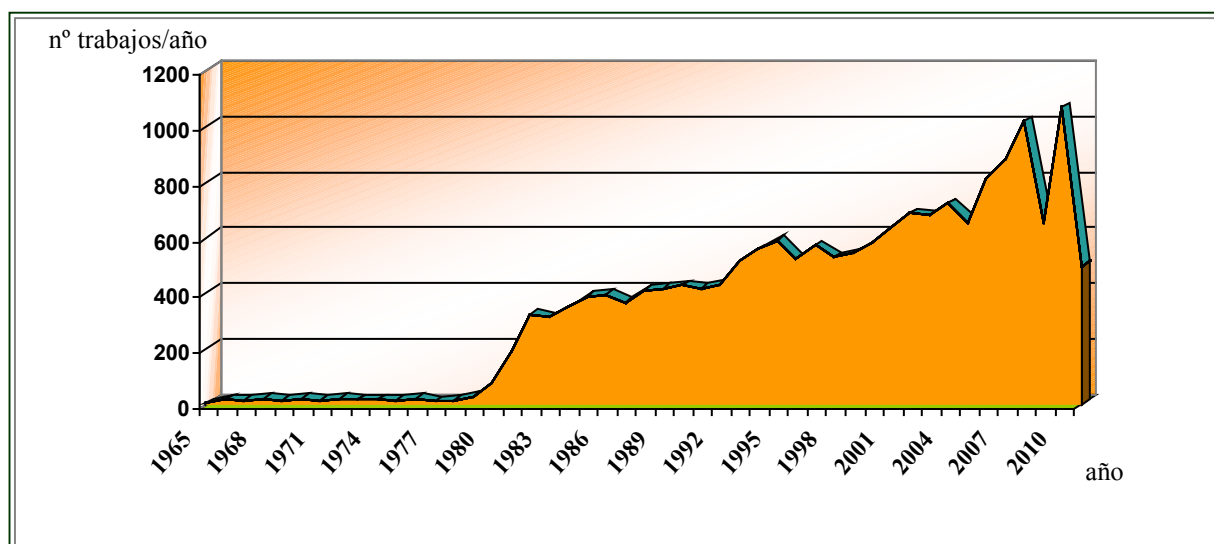


Fig. 21: Productividad anual (ancianos y depresión)

Posteriormente analizamos qué autores, a lo largo de todo este tiempo, han sido los más productivos ofreciendo un mayor apoyo a la temática (fig. 22). Destaca con bastante diferencia C. F. Reynolds, que pertenece al Departamento de Psiquiatría, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Pittsburgh; este autor ha colaborado con 253 trabajos, 44 de ellos como primer firmante. Haciendo referencia a estos últimos, la revista en donde más ha

publicado ha sido en la *American Journal of Psychiatry*. Otros autores importantes con un número similar de publicaciones entre ellos, aunque más distanciados y con la mitad de trabajos que Reynolds, serían M. Fava o G. S. Alexopoulos.

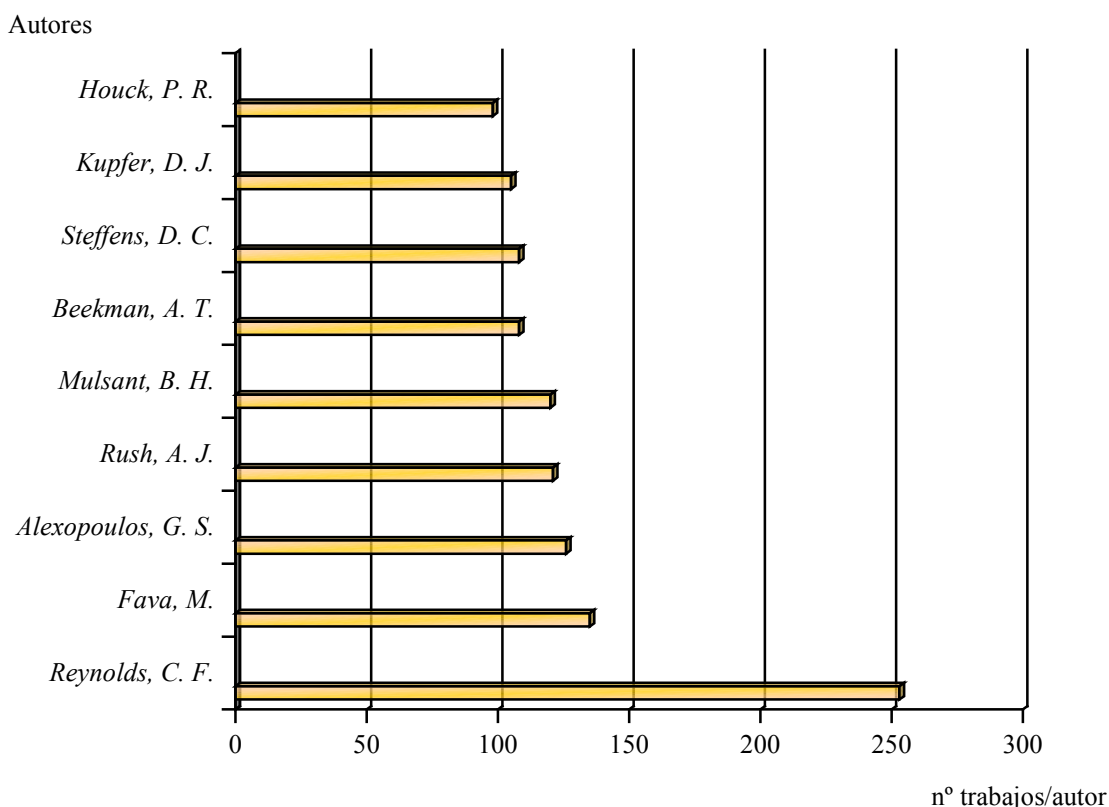


Fig. 22: Productividad por autores (ancianos y depresión)

Al analizar la productividad por revistas, encontramos que la mayoría pertenecen a campos especializados relacionados con la psiquiatría y con la geriatría, como cabría esperar dado los descriptores introducidos. Sólo tres superan los 600 artículos con estas palabras clave: *The American Journal of Psychiatry*, *The Journal of Clinical Psychiatry* y, con más de 900, *Journal of Affective Disorders*. La primera está editada por Robert Freedman, M.D., y tiene un factor de impacto muy elevado (12,759); *The Journal of Clinical Psychiatry* es la sexta revista psiquiátrica más citada en el mundo, publicando una media de 16 artículos por ejemplar. Por último, *Journal of Affective Disorders* es una revista publicada por Elsevier

para la Sociedad Internacional de Trastornos Afectivos, y publica trabajos relacionados con los trastornos afectivos en un sentido amplio (depresión, manía, ansiedad, pánico, etc.) y de un modo interdisciplinar, al pretender reunir diferentes enfoques para un público diverso; publica 24 números por año, y tiene un factor de impacto de 3,740. En la figura 23 se muestran las 10 revistas más productivas hasta la actualidad, representando también el número de publicaciones de cada una con nuestras palabras clave.

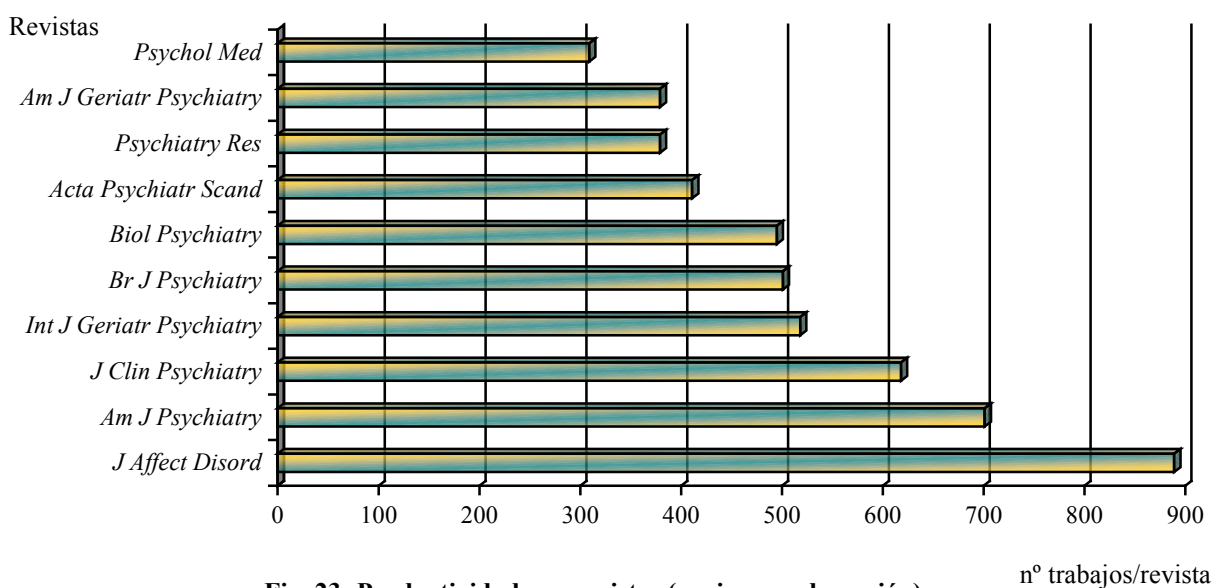


Fig. 23: Productividad por revistas (ancianos y depresión)

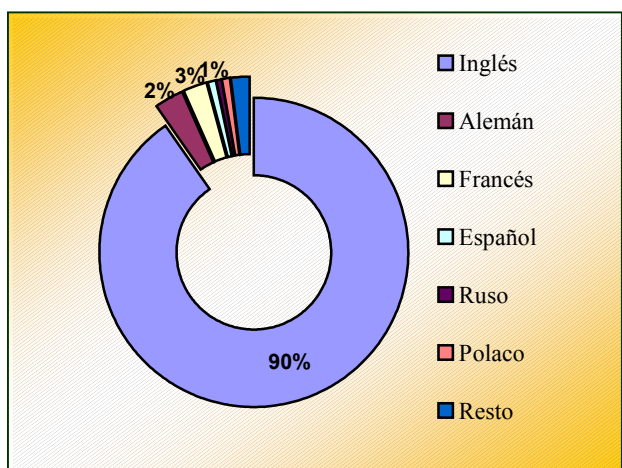


Fig. 24: Idioma de las publicaciones (ancianos y depresión)

El idioma a la cabeza de los diferentes trabajos es claramente el inglés, con un 90% de las referencias, quedando relegado el español a poco menos del 1% (figura 24).

Por último, analizamos también cuáles eran las palabras clave más utilizadas en los trabajos encontrados, lo que se puede consultar en la figura 25. Elegimos los 10 descriptores más frecuentes, obviando palabras genéricas como *human*, *male* o *female*, así como palabras casi idénticas a nuestros descriptores, que no aportarían información relevante, como *depressive disorder*. Esto nos da una idea de las áreas más estudiadas dentro de nuestra línea de investigación. Destaca la palabra *psychology*, lo que puede estar indicando la importancia de variables psicológicas asociadas al envejecimiento, y más concretamente, relacionadas con una patología como la depresión. También habría que resaltar otras áreas relevantes y prolíficas sobre el tema, como son los aspectos diagnósticos, que tan importantes se toman al hablar de depresión en la última etapa de la vida, o aspectos como los diagnósticos, los epidemiológicos, de tratamiento, o los relacionados con las complicaciones, todos ellos no menos importantes.

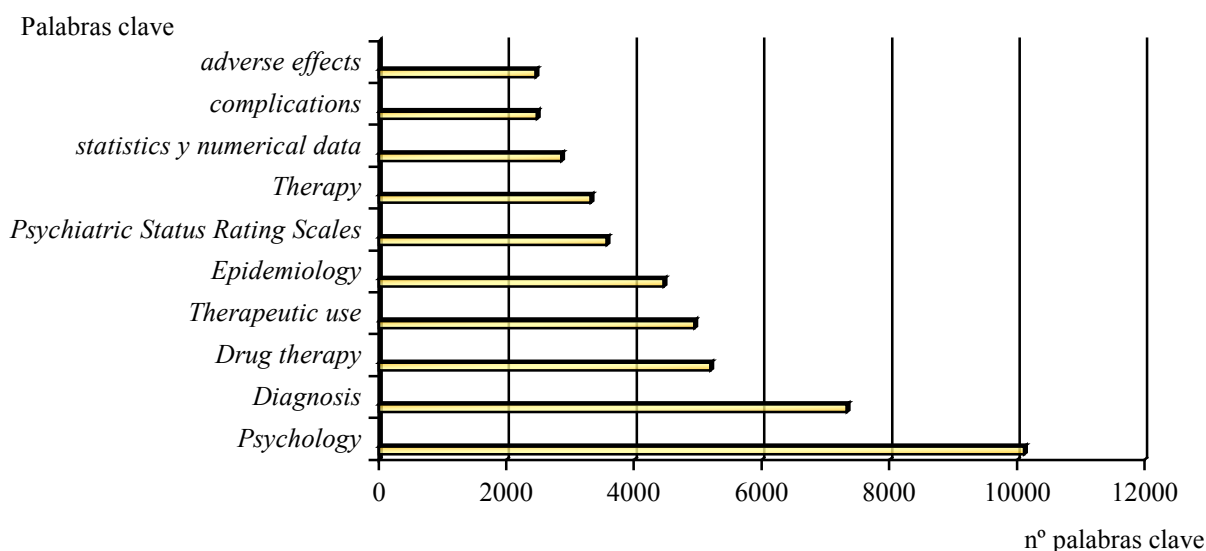


Fig. 25: Palabras clave (ancianos y depresión)

Posteriormente, seguimos los mismos pasos, pero esta vez añadiendo *emotional intelligence* a los descriptores anteriores, obteniendo 185 referencias. Podemos comprobar en

este caso que el campo de estudio es relativamente reciente, pudiendo considerar 2006 como el punto de inflexión donde la productividad anual asciende considerablemente, llegando en 2009 al tope de publicaciones, con 25 (fig. 26). Los trabajos encontrados en esta base de datos, hasta la actualidad, corresponden en su totalidad a artículos de revistas.

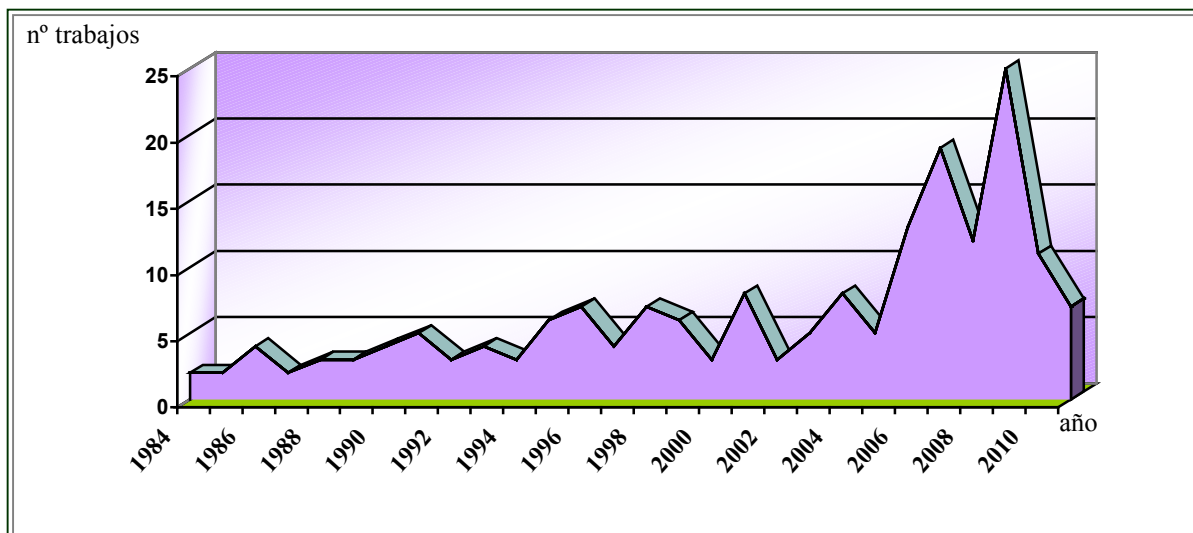


Fig. 26: Productividad anual (ancianos, depresión e inteligencia emocional)

Parece que, al menos en el terreno de la inteligencia emocional, el interés científico está aumentando; este hecho no sólo se refleja en este incremento de los trabajos al respecto, sino también en la celebración de eventos científicos monográficos como son los recientes tres primeros Congresos Internacionales de Inteligencia Emocional, celebrados en 2007, 2009 y 2011 en Málaga, Santander y Croacia, respectivamente. Si a esto le añadimos el compromiso de seguir celebrándose en distintos lugares del mundo, con carácter bianual, y la labor de conciencia y unificación que tienen este tipo de actos, seguro que no nos equivocamos al decir que esta tendencia al auge no es pasajera, sino el inicio de una consolidación de un tema tan importante, que podría decirse que es inherente a nuestra naturaleza como seres humanos.

Acorde con esta juventud científica, al analizar la productividad por autores (figura 27)

nos encontramos con que tan sólo cinco superan los tres trabajos, destacando con seis A. T. Beekman, aunque en ninguno aparece como primer firmante.

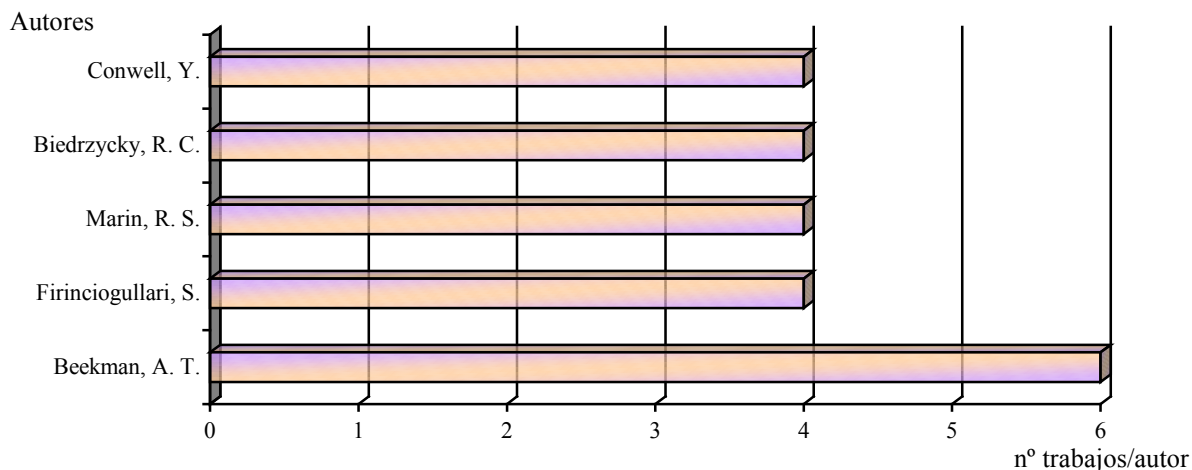


Fig. 27: Productividad por autores (ancianos, depresión e inteligencia emocional)

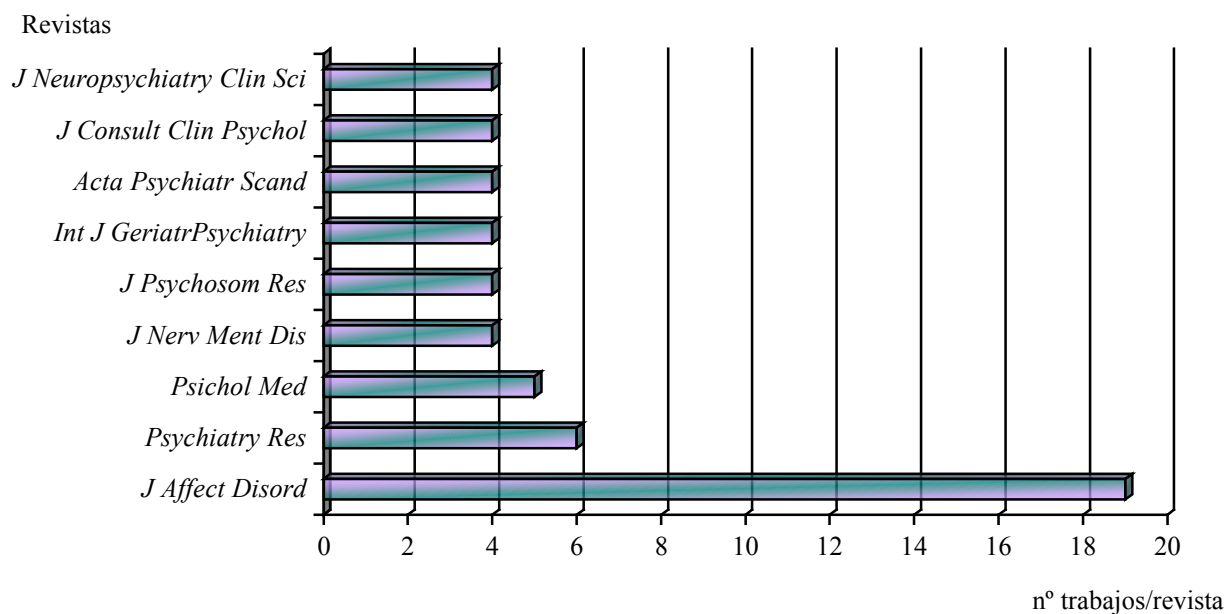
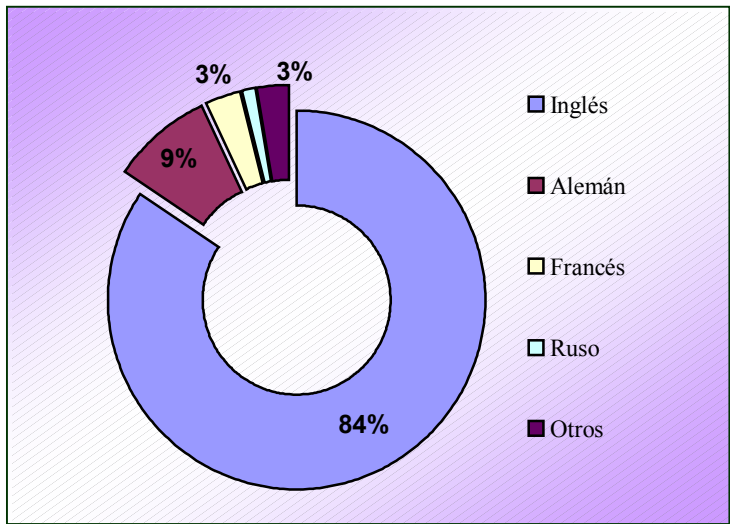


Fig. 28: Productividad por revistas (ancianos, depresión e inteligencia emocional)

La productividad por revistas hasta el momento (figura 28) tampoco es muy elevada, encontrándose de nuevo a la cabeza, con 18 artículos, *Journal of Affective Disorders*. Al englobar, como comentamos, los trastornos afectivos desde un punto de vista amplio, no

llama la atención que esté a la cabeza cuando hablamos también de personas mayores y de la reciente variable de la inteligencia emocional.



En relación al idioma de las publicaciones (figura 29), destaca de nuevo el inglés, con casi el 85% de los trabajos, seguido por el alemán (8,6%). El resto tiene muy poca representación.

Fig. 29: Idioma de las publicaciones (ancianos, depresión e inteligencia emocional)

Palabras clave

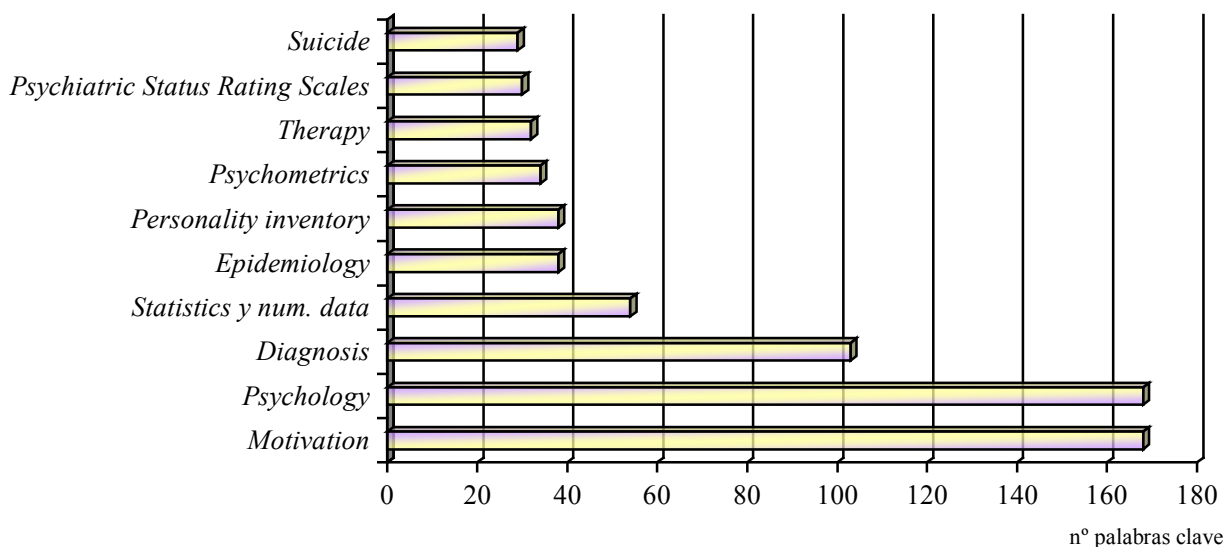


Fig. 30: Palabras clave (ancianos, depresión y IE)

Por último, analizamos las palabras clave que con más frecuencia acompañaban a los términos de nuestra búsqueda (figura 30), teniendo en cuenta las consideraciones

mencionadas anteriormente. La más repetida es la palabra *motivation* junto a *psychology*. Esto nos hace pensar que el mundo emocional camina inexorablemente de la mano con el mundo de la motivación, siendo ambos fieles compañeros. Esta conjunción entre ambos queda reflejada en la literatura, pues normalmente los libros especializados que hablan de una, lo hacen también de la otra, como por podemos encontrar en los siguientes ejemplos de manuales, actualmente en venta en el mercado: *Bases cognitivas y conductuales de la motivación y emoción*, *Emoción y motivación*, *Manual de motivación y emoción*, *Psicología general: motivación y emoción*, *Investigación y práctica en motivación y emoción*, *Emoción, afecto y motivación: un enfoque de procesos* ó *Nuestro motor emocional: la motivación*.

En un siguiente paso, en vez de *emotional intelligence*, añadimos el MeSH "*Adaptation, Psychological*", ya que queríamos analizar también las estrategias de afrontamiento dentro del contexto de la depresión, en la última etapa de la vida. El número de trabajos con estas palabras clave no es muy elevado (668), pero sí alcanzan un número mayor que con la variable anterior (figura 31). En la década de los noventa asistimos a un ligero auge en este tema, pero será a partir de 2008 cuando se superan el medio centenar de publicaciones.

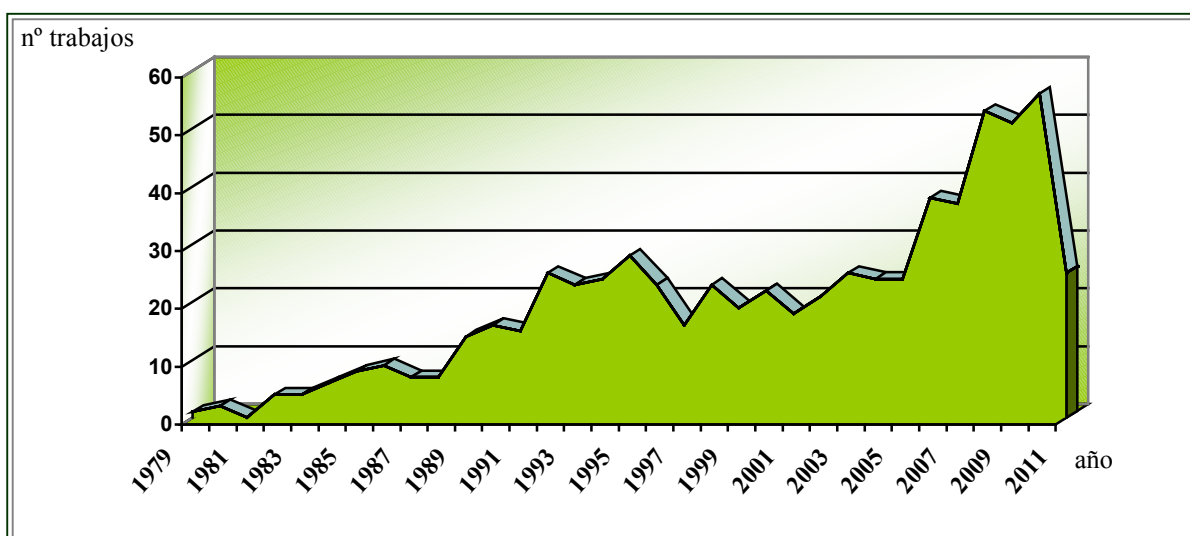


Fig. 31: Productividad anual (ancianos, depresión y coping)

Dentro de la productividad por autores (figura 32), nos encontramos en cabeza a Koenig, H. G., con 12 trabajos. Koenig es Catedrático de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, además de profesor asociado de Medicina en la Universidad de Duke, en Carolina del Norte; dentro de sus áreas clínicas de interés destacan las personas mayores, la depresión, la demencia, los trastornos adaptativos relacionados con el envejecimiento o enfermedades médicas, así como su principal línea de investigación, centrada en los efectos de la religión y la espiritualidad sobre la salud. Encontramos también numerosos autores con menos de 5 publicaciones, como por ejemplo Schulz, R., Deeg, D. J., Gallaher-Thompson, D., o Moos, R. H. Este último es Catedrático Emérito también de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento, en la Universidad de Stanford, California, y ha dedicado parte de sus trabajos a identificar las claves en las teorías del afrontamiento; de hecho, prueba de su amplio status científico, es que en 2001 Holahan publicó un artículo hablando de sus contribuciones en la *American Journal of Community Psychology*.

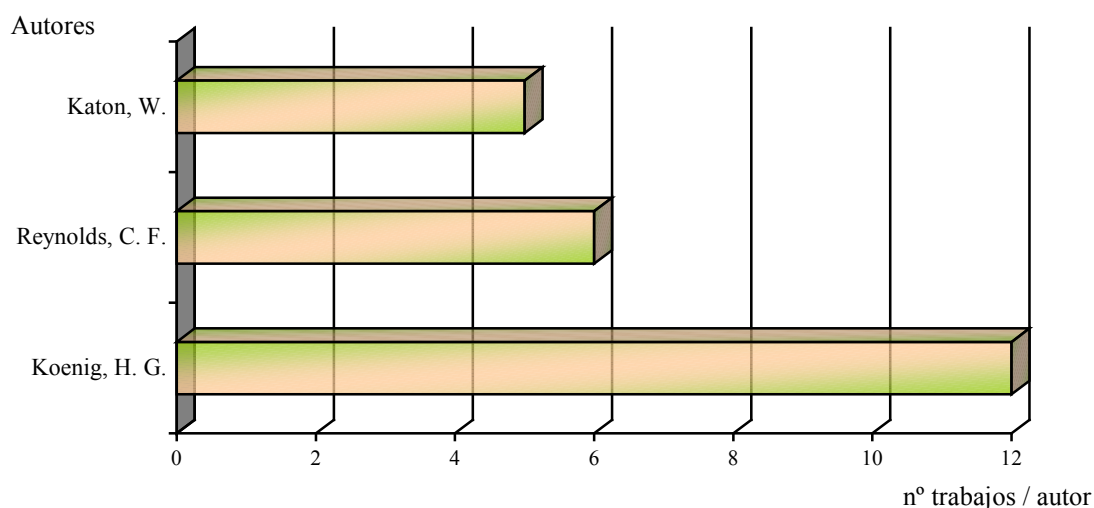


Fig. 32: Productividad por autores (ancianos, depresión y coping)

En relación a las revistas que hasta la actualidad contienen el mayor número de trabajos con los descriptores introducidos, destacan *Journal of Psychosomatic Research* con 19

publicaciones, seguida de *Journal of Affective Disorders*, *Psychological Medicine* y *Psychooncology* (figura 33). La *Journal of Psychosomatic Research* es una revista de investigación multidisciplinar que cubre todos los aspectos de la relación entre psicología y medicina, siendo amplios los ámbitos que abarca, que van desde la investigación biológica y psicológica básica, a las evaluaciones de los tratamientos y servicios, tomando prioridad la población clínica y poblaciones especiales, como en nuestro caso, los ancianos. Por otro lado, pudiera parecer extraño que se encuentre también a la cabeza una revista de temática tan concreta como la psicooncología; sin embargo, no sólo el cáncer es prevalente en personas mayores, sino que no podemos olvidar que la enfermedad oncológica es inherente a las estrategias de afrontamiento, adaptativas o no, y está relacionada con síntomas depresivos que pueden tener una función adaptativa, o por el contrario, tener un papel totalmente indeseable sobre la conducta, cognición y, en definitiva, confiriendo una peor calidad de vida añadida a la persona.

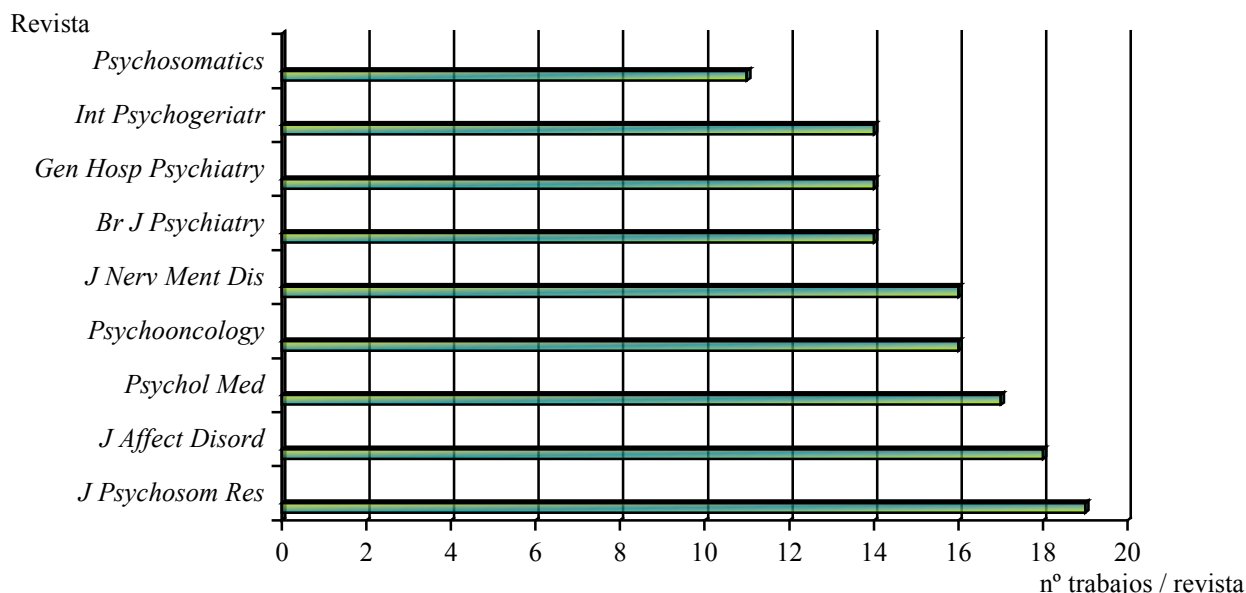


Fig. 33: Productividad por revista (ancianos, depresión y coping)

El idioma más utilizado es el inglés, con el 91% de los trabajos, seguido por el alemán,

con más de un 5%; el resto tienen una escasa representación (figura 34).

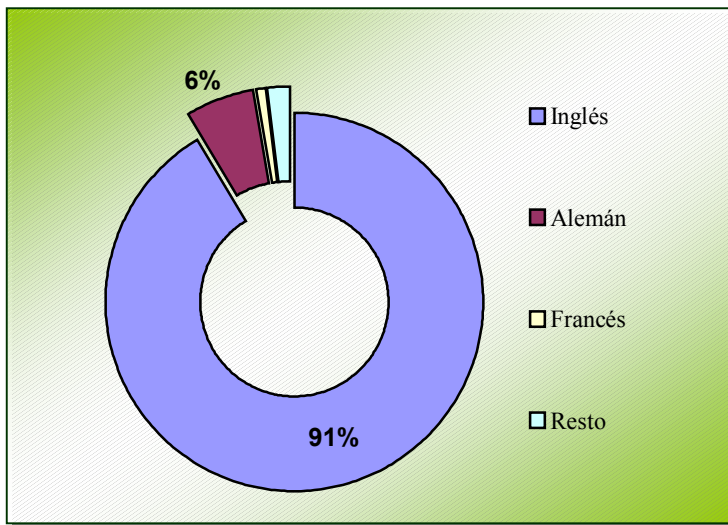


Fig. 34: Idioma (ancianos, depresión y coping)

Para finalizar, analizamos las palabras claves más utilizadas junto a las nuestras (figura 35). Destaca el descriptor *psychology*, concepto irremediabilmente unido al afrontamiento, y claramente relacionados con la depresión y la población mayor y el

envejecimiento. Existen también otras palabras clave que aparecen de un modo relativamente frecuente, como ansiedad, soporte social, papel de enfermo o calidad de vida.

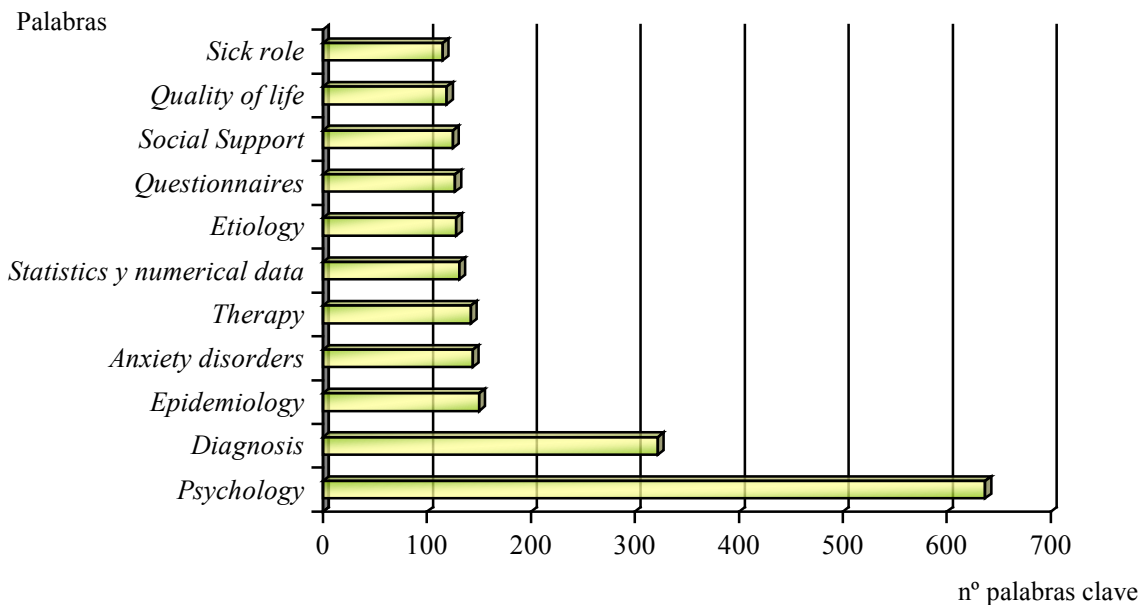


Fig. 35: Palabras clave (ancianos, depresión y coping)

La última palabra clave analizada junto a las principales que venimos manteniendo en

las anteriores búsquedas, fue calidad de vida (*quality of life*), en lugar de afrontamiento o inteligencia emocional. Encontramos 874 referencias.

En relación a la productividad (figura 36), nos encontramos con una moneda de dos caras; por un lado, apenas hay trabajos sobre el tema hasta los años 90, pero por otro, destaca el espectacular aumento progresivo producido con el nuevo milenio, superando el centenar de referencias a partir de 2008, tornándose 2009 como año más productivo.

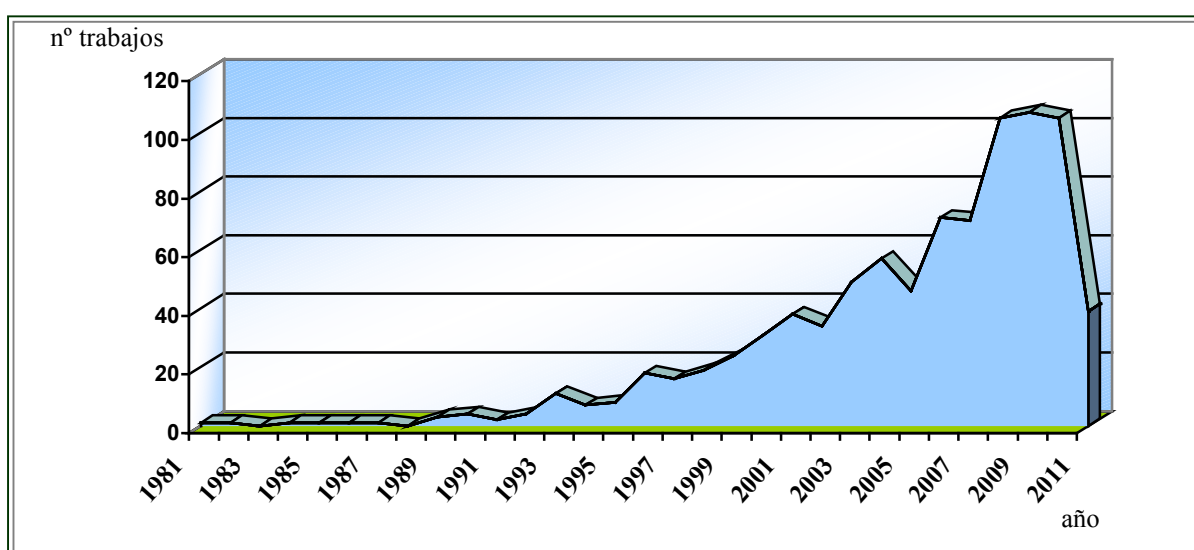


Fig. 36: Productividad anual (ancianos, depresión y calidad de vida)

En el reparto de los trabajos en función de las revistas (fig. 37) nos da idea de cuáles son las más productivas y más apoyo han dado al tema. Podemos destacar *The International Journal of Geriatric Psychiatry*, revista editada por el profesor Alistair Burns, en Manchester, con un factor de impacto de 1,98. Por otro lado, el que vuelva a aparecer aquí de nuevo la revista dedicada a la Psicooncología, indica que la investigación dentro de esta rama no sólo contempla el envejecimiento o el estado de ánimo, sino que engloba la calidad de vida como elemento esencial y a tener en cuenta en este tipo de pacientes. También encontramos algunas revistas con soporte temático como *Quality of Life Research*.

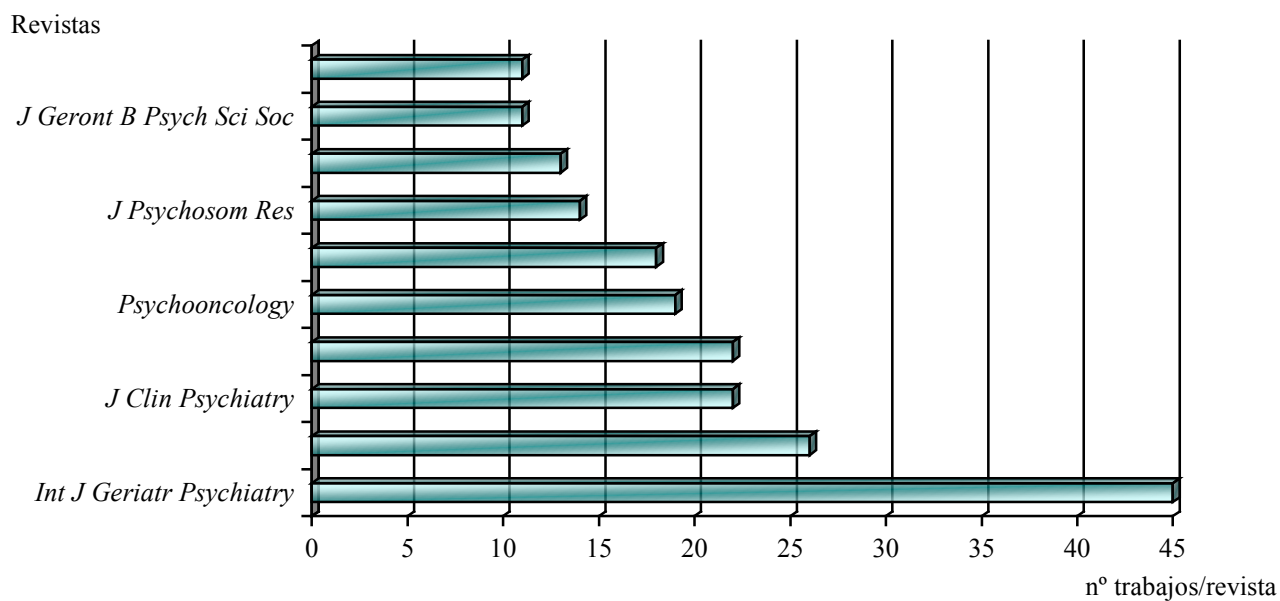


Fig. 37: Productividad por revistas (ancianos, depresión y calidad de vida)

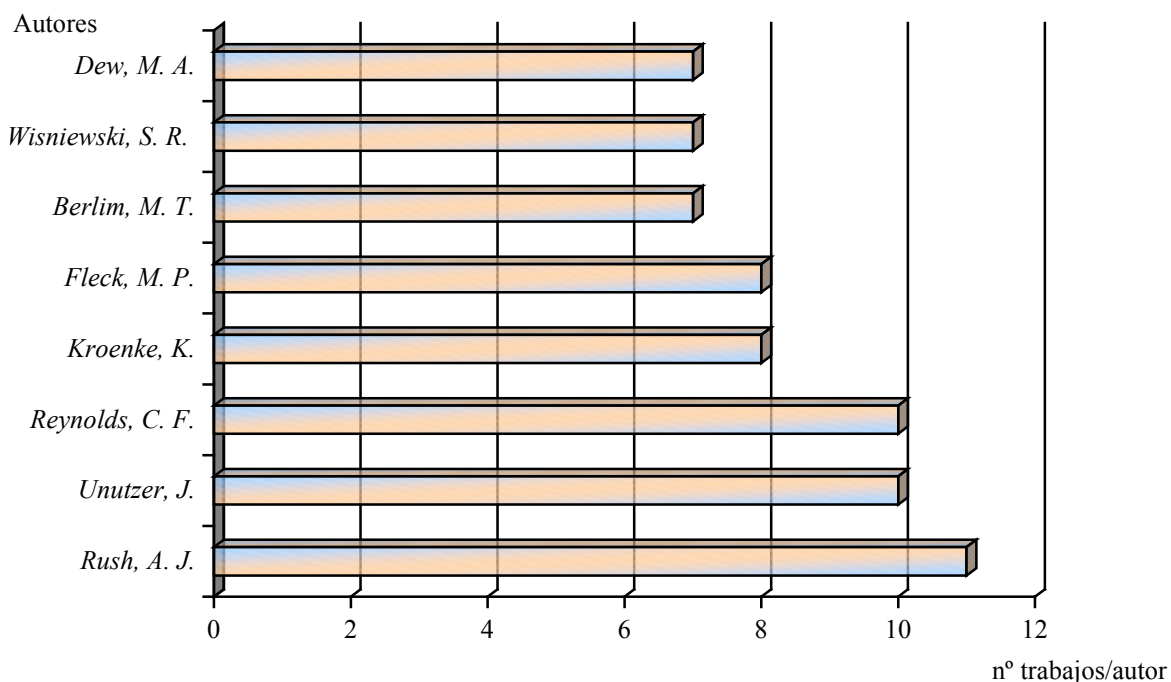


Fig. 38: Productividad por autores (ancianos, depresión y calidad de vida)

En cuanto a los autores (figura 38), no existen grandes diferencias entre la productividad de unos y de otros. Podemos destacar a A. J. Rush, profesor y vicedecano en Singapur y

líneas de investigación sobre trastornos depresivos, biomarcadores y tratamiento; Reynolds, ya mencionado anteriormente; J. Unutzer, alemán de nacimiento pero ejerciendo su labor científica en Estados Unidos, y también de Estados Unidos, K. Kroenke.

Analizando el idioma (figura 39), encontramos que el inglés continúa manteniendo su hegemonía, seguido a muchísima distancia por el alemán y el francés. El español queda relegado al cuarto puesto junto al ruso, con el 0,57% de los artículos.

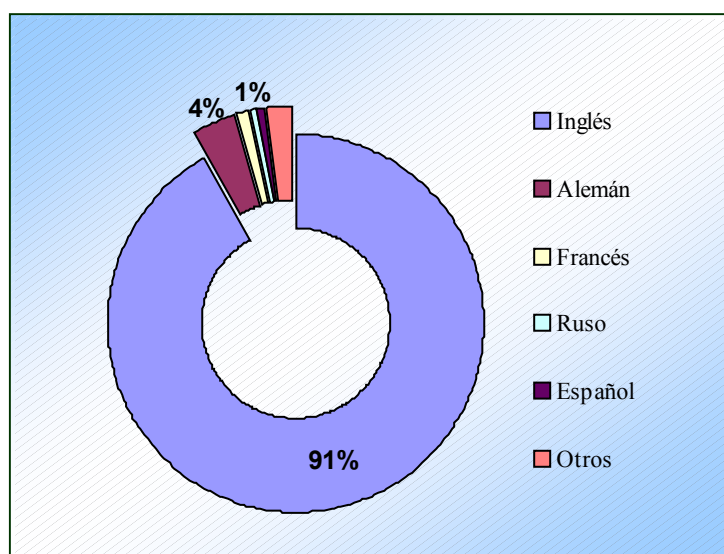


Fig. 39: Idioma (ancianos, depresión y calidad de vida)

Para concluir de analizar la búsqueda con estos descriptores, analizamos las palabras clave de las que con más frecuencia se acompañaban (figura 40) y poder intuir así cuáles son los temas que más se están investigando. Destaca una vez más el descriptor psicología, seguidos a distancia por palabras como diagnóstico, etiología, comorbilidad, cuestionarios o ansiedad. También son interesantes los descriptores de actividades de la vida diaria, en 153 ocasiones, o estado de salud, con 136. Esto puede estar en consonancia con que la calidad de vida es un constructo multidimensional de difícil medición, y a falta de parámetros objetivos para cuantificarla, existen multitud de test para intentar acercarnos a ella; sin embargo, en lo

que sí que parece que se está de acuerdo, es que la salud es un determinante muy importante en este constructo, manteniendo ambos una relación bidireccional.

Palabras clave

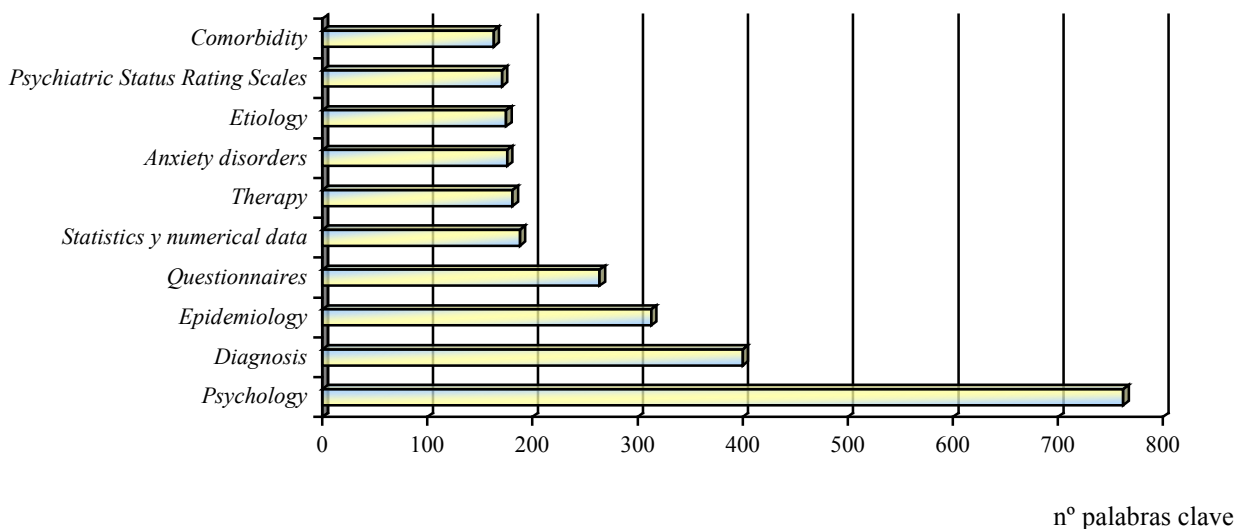


Fig. 40: Palabras clave (ancianos, depresión y calidad de vida)

Para finalizar, introdujimos todas las palabras en una nueva búsqueda también como palabras clave (MeSH), del siguiente modo: (*"Depressive Disorder"[Mesh] AND "Emotional Intelligence"[Mesh]) AND "Adaptation, Psychological"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh] AND ("humans"[MeSH Terms] AND ("aged"[MeSH Terms] OR "aged, 80 and over"[MeSH Terms])).* Con estos criterios, tan sólo obtuvimos 3 artículos de revistas, todos ellos en inglés. Los tres son recientes, ya que uno se publicó en 2009 y los otros dos en 2010.

En relación a los autores, ninguno de ellos aparece en más de una ocasión, siendo los primeros firmantes de los artículos encontrados Mullane, Grassi y Zenger.

Con respecto a la productividad por revistas, los artículos están repartidos en *Psychooncology, Psychosomatics* y *Palliat Support Care*.

En relación a las palabras clave, el resultado de la búsqueda está en el contexto de

resultados anteriores, encontrando áreas investigadas en relación con los aspectos psicológicos y adaptativos, volviendo a aparecer de nuevo la motivación. Además, se presentan otros términos que no estaban antes entre los 10 más repetidos anteriormente, como es por ejemplo algo tan importante como la actitud hacia la salud o las comparaciones interculturales.

Finalizamos de este modo el recorrido que ha intentado acercarnos a cómo ha evolucionado, y a cómo se encuentra el estado actual, dentro de la investigación de diferentes variables psicológicas en los ancianos, en relación a un aspecto tan importante como es su estado de ánimo.

En general, podría decirse que el inicio del interés por el tema, se ve reflejado en la literatura científica de un modo relativamente reciente, aunque no por ello, menos sólido; parece que existe una tendencia creciente a abordar esta temática, y que por fin vamos a ofrecer a esta población, y al estudio del envejecimiento en sí, ese hueco que se ha ido evitando a lo largo de la Historia y que sin duda, se merecen. Tan sólo conociendo un poco más a aquellos que un día nos precedieron, podremos conocernos mejor, a nosotros mismos.

Objetivos e Hipótesis

6.- OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El **objetivo general** especificado al inicio de nuestro trabajo fue:

Estudiar variables predictoras de la depresión en el anciano, desde un enfoque multidimensional del trastorno.

Este objetivo quedó especificado en el planteamiento de tres hipótesis que fueron:

*** Primera Hipótesis:**

La inteligencia emocional, entendida como la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales, es un elemento protector de la depresión.

*** Segunda Hipótesis:**

Las estrategias de afrontamiento más activas ayudan a los ancianos a afrontar con éxito las distintas situaciones vitales propias de esta etapa evolutiva, protegiéndolos de la psicopatología depresiva.

*** Tercera Hipótesis:**

Cuando los distintos componentes englobados en el constructo de calidad de vida se perciben como insuficientes, llegan a ser un factor de vulnerabilidad para padecer depresión.

* Por último, como aplicación clínica, buscaremos de entre las variables estudiadas aquellas que mejor permitan clasificar a los ancianos dentro de las diferentes categorías de depresión.

Metodologia

7.- METODOLOGÍA

7.1.- Muestra

7.1.1.- Criterios de inclusión y procedimiento

La muestra ha sido recogida mediante un muestreo al azar intencionado. Puesto que el interés fundamental en esta investigación se centraba en conocer mejor el proceso del envejecimiento y valorar algunas de las posibles variables que interviniesen en el estado de ánimo de los ancianos, el diseño se estableció con tres grupos: el grupo de estudio (GE o ancianos), y dos grupos comparativos o de control, el de adultos y el de jóvenes. Se seleccionaron todos ellos en función de los siguientes *criterios de inclusión*:

- Ser mayor de 18 años.
- Tener un nivel cognitivo suficiente para ser evaluado.
- Participar de manera voluntaria en el estudio.

En relación al procedimiento, el estudio fue llevado a cabo desde el Área Psicología Médica y Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Salamanca. Expusimos a un grupo de estudiantes la finalidad de la investigación, y los que voluntariamente daban su consentimiento entraban a formar parte de la misma con un doble objetivo; en primer lugar, accedieron a rellenar los cuestionarios aplicados, y posteriormente, fueron entrenados convenientemente para poder ser ellos mismos los que lo aplicaran a otras personas. De este modo, se constituían como *gestores de casos* que se encargaban de pasar la batería psicológica, de un modo heteroaplicado, a personas que cumplían los criterios de inclusión, siguiendo las normas de aplicación de los cuestionarios y respetando el orden de pasación previamente marcados.

7.1.2.- Descriptivos de muestra

La muestra quedó formada por 383 sujetos, con edades comprendidas entre los 18 y los

93 años. El grupo de estudio incluye los participantes que tienen de 65 años en adelante (112 sujetos con una media de edad de 76,12 años y una $dt = 7,06$); el punto de corte, aunque no deje de ser arbitrario, ha sido elegido por ser la edad coincidente con la mayoría de las

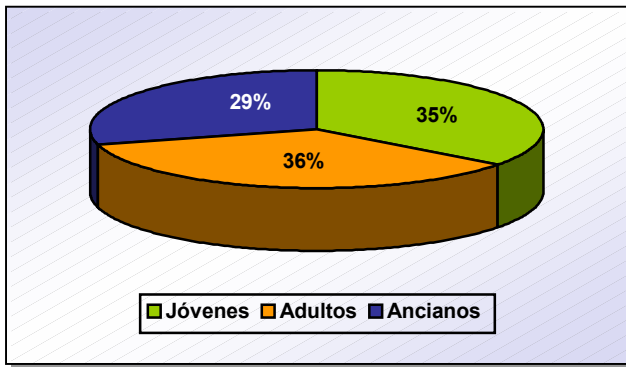


Fig. 41: Grupos de estudio (n = 383)

jubilaciones actualmente en nuestro país.

Los otros dos grupos son, el de Adultos, con 136 participantes entre 25 y 64 años (edad media de 48,06; $dt = 9,15$), y el de Jóvenes con 135 individuos y unas edades comprendidas entre 18 y 24 años (media de 19,92, $dt = 1,52$). La figura 41

muestra el porcentaje de sujetos que se ubican en cada uno de los grupos.

En la siguiente figura (fig. 42), reflejamos la distribución de la variable edad. La media se sitúa en 46,35 años ($Dt = 23,51$); la asimetría es ligeramente positiva ($As = 0,19$), y la distribución, platicúrtica (índice de curtosis = -1,38).

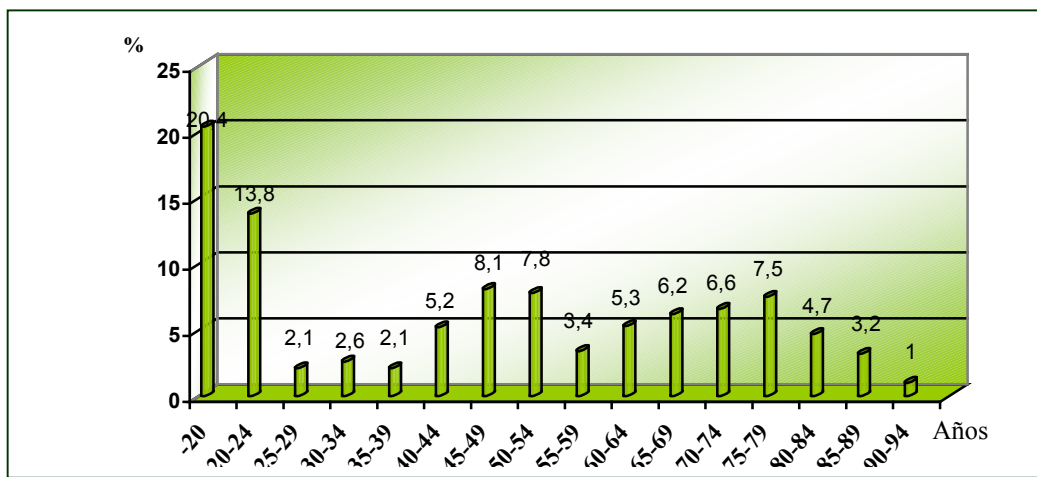


Fig. 42.: Distribución edad

El porcentaje de hombres y mujeres de cada grupo se muestra en la figura 43. Vemos

que, aunque bastante igualados, hay un ligero predominio femenino en las tres divisiones. Esta distribución en los mayores de 65 años coincide con los datos en España, según el censo de población (INE, 2001), en donde las mujeres representan el 58% del total. Este mayor número de mujeres en edades avanzadas es una característica mundial, y tiene implicaciones para la sociedad y para los propios individuos (del Barrio y Abellán, 2009).

Por su parte, la figura 44 indica la procedencia; podemos vislumbrar que la rural es mayoritaria en el grupo de edad más avanzada y que va tomando cada vez menos relevancia al ir disminuyendo la edad de la cohorte.

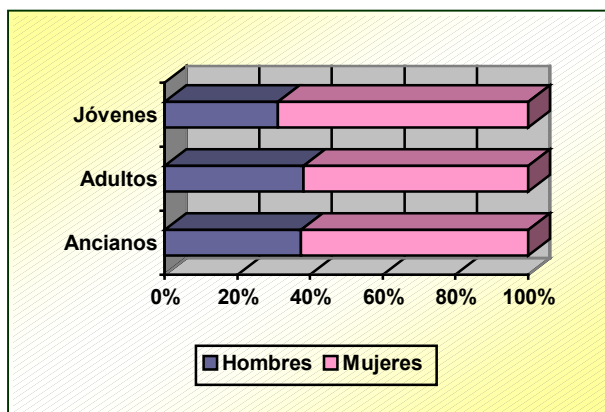


Fig. 43: Sexo

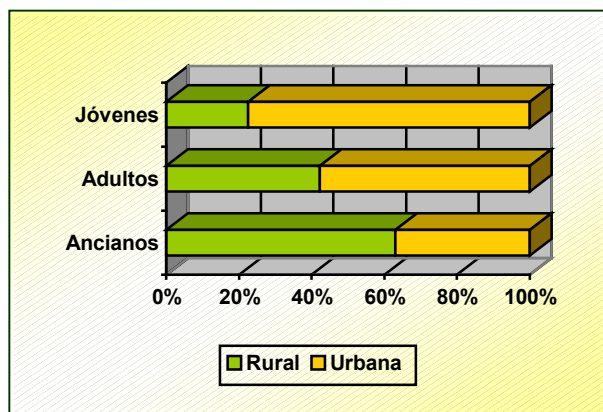


Fig. 44: Procedencia

En relación al estado civil (fig. 45), la práctica totalidad de jóvenes permanecen solteros, lo que es representativo de una sociedad como la nuestra en los menores de 25 años. Es interesante tener en cuenta el alto porcentaje de casados, y en especial, de viudos, en el grupo de estudio; como comentan del Barrio y Abellán (2009), conocer el estado marital provee una indicación de las fuentes potenciales de apoyo en caso de aumento de la dependencia. Según los datos del INE (2001) (cit. por del Barrio y Abellán, 2006), el porcentaje de casados (casi el 60%) duplica al de viudos, y el de solteros se limita al 8%; el dato de un escaso porcentaje de personas separadas se superpone al de nuestro estudio.

Por otro lado, tenemos que el nivel de instrucción condiciona en buena medida nuestra forma de vida, es decir, en qué actividades ocupamos nuestro tiempo y las actitudes y valores que tenemos frente a lo que ocurre a nuestro alrededor (Pérez, 2002a). Los datos de nuestro estudio evidencian que el 70% de los mayores alcanzan los estudios primarios, y tan sólo un 18,4% los superan; afortunadamente esta tendencia se invierte en las cohortes posteriores, reflejando una mejora y una mayor oportunidad en la accesibilidad a una formación académica (fig. 46). Esta distribución se corresponde en gran medida con los datos ofrecidos por del Barrio y Abellán (2009), recogidos del INE en una encuesta de población activa en el 2007.

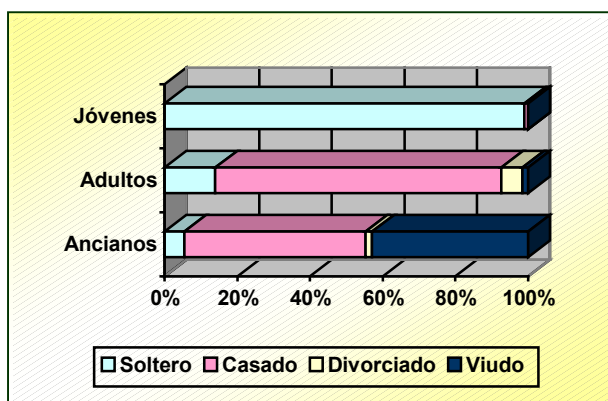


Fig. 45: Estado civil

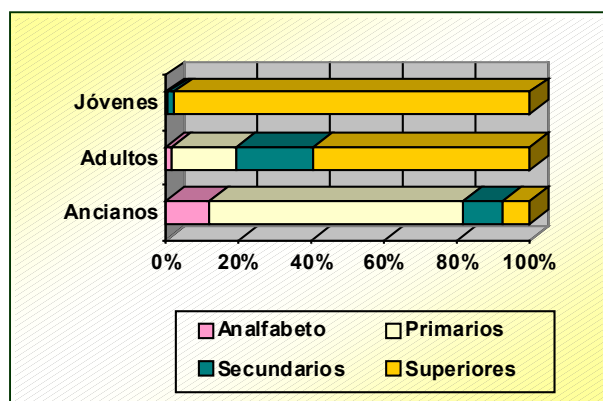


Fig. 46: Estudios

Otra variable estudiada fue con quiénes vivían (fig. 47); aproximadamente un 60% de los ancianos lo hacían con el cónyuge o de forma independiente, el 28,5% con algún familiar, y el menor porcentaje estaban institucionalizados (11,2%). En el resto de los grupos, la convivencia fundamental fue la familiar, en especial en los adultos. Destacamos que el 40,2% de los mayores vivían con el cónyuge, siendo la forma más común de convivencia, coincidente con los datos reflejados por Pérez (2002b) a partir del CIS-IMSERSO (1998), que indicaban que permanecían en el hogar familiar con la pareja un 41,3%, haciéndolo 3 de cada 10 por encima de los 79 años, aunque no era tampoco infrecuente la convivencia con hijos.

Además, esta autora refleja que el 87% de los mayores reside en su propia vivienda, ya sea en soledad o en compañía de otros, y baja la proporción a medida que avanza la edad. Con respecto a la vida en soledad, los datos del Censo de población y vivienda de 2001 dan un porcentaje del 19,5% de personas mayores viviendo en hogares unipersonales, más frecuente en mujeres (del Barrio y Abellán, 2009), dato similar al del presente estudio donde un 20% afirmaban vivir de modo independiente. Estos resultados indican que género y edad parecen ir indisolublemente unidos en la explicación de las formas de convivencia de los mayores.

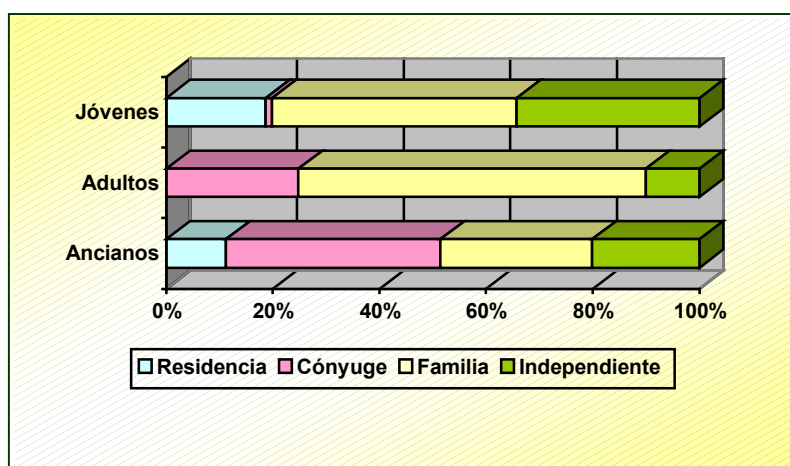


Fig. 47: Forma de convivencia

En cualquier caso, quizá aún más importante que la convivencia es el apoyo percibido. Así, al preguntar cómo consideraban el apoyo de la familia, los tres grupos perciben un gran apoyo en ella, presentando una distribución bastante similar (fig. 48); de hecho, Pinazo (2005) apunta que ésta proporciona apoyo a lo largo de todo el ciclo vital, y datos del IMSERSO (1982, 1990) ponen de manifiesto que la mayoría de los mayores mantiene con ella un contacto frecuente, de la que reciben y a la que proporcionan apoyo y diversos servicios; además, tiene gran efecto en el bienestar de esta población, y es a su vez la principal fuente de ayuda y soporte en la población mayor dependiente y necesitada (Pinazo, 2005). Sobre el

apoyo percibido hablaremos más adelante, al analizar la variable calidad de vida.

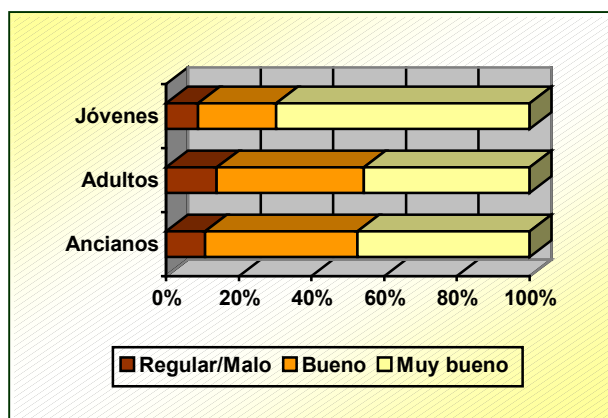


Fig. 48: Apoyo familia

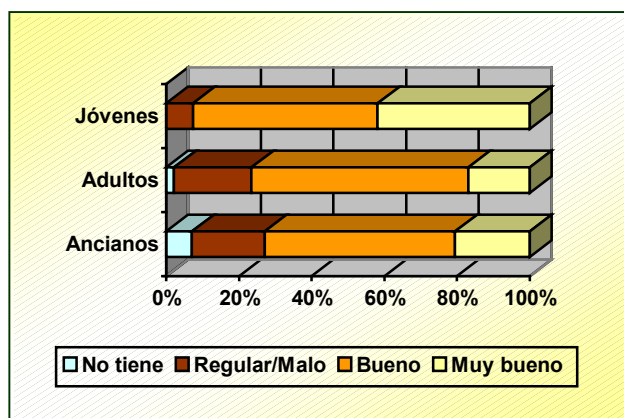


Fig. 49: Apoyo amigos

Un foco importante dentro de las relaciones sociales, lo ocupan los amigos, que junto con la familia, forman los vértices más importantes en los recursos sociales (Díaz-Veiga, 1987); estos vínculos son fundamentales, porque son personas con las que más allá de la edad se comparte una experiencia vital parecida, intereses comunes, recuerdos, opiniones y valores similares (Pinazo, 2005). De hecho, según autores como Crohan y Antonucci (1989) o Gracia (1997), el estado de ánimo, el bienestar o la satisfacción con la vida, dependen más de la calidad de la relación con los iguales que con la familia. Los datos muestran que existe un porcentaje considerable que dice que este apoyo se percibe cómo regular o malo entre los adultos (21,3%) y entre los ancianos (20%), existiendo en este último grupo un 7,1% que refiere no tener amigos o no recibir ningún apoyo de ellos (fig. 49). Estos datos, en cierto modo, apoyan la Teoría de la Selectividad Socioemocional ya mencionada en la parte teórica, que explica cómo la reducción del contacto social asociado a la edad refleja un proceso selectivo en el que la persona elimina las relaciones irrelevantes de su entorno, manteniendo las más significativas. En cualquier caso, al tratarse nuestro trabajo de un estudio transversal, no podemos asegurarlo.

Otra variable de especial importancia es la satisfacción con la vida; como indican Stock, Okun y Benin (1986), ésta hace referencia a la manera en la que la persona valora su trayectoria vital hasta el momento presente, y que actualmente se engloba en el concepto más amplio de bienestar subjetivo (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003).

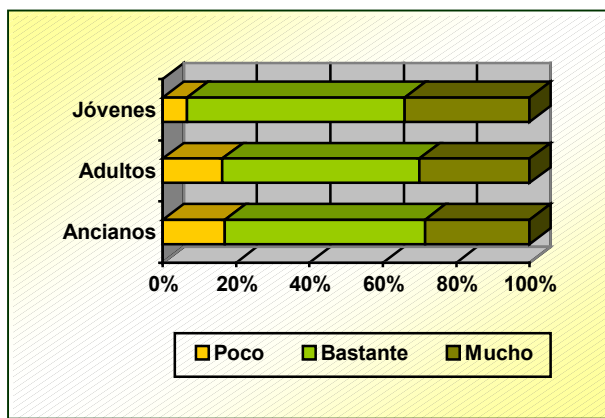


Fig. 50: Satisfacción con la vida

Llama la atención que, a pesar de que el proceso de envejecimiento nos traslade a un escenario de cambios y traiga como equipaje una balanza desequilibrada hacia las pérdidas, los porcentajes que podemos ver en la figura 50 son altos y bastante similares en los tres grupos, en

concordancia con la llamada “paradoja del envejecimiento”. Ésta postula que aunque algunos cambios con la edad podrían poner en riesgo aspectos como el bienestar subjetivo, concretado en conceptos como felicidad o satisfacción con la vida, parece ser que éstos permanecen estables en lo fundamental a medida que envejecemos, incluso si comparamos grupos con distintas condiciones sociodemográficas (Mroczek y Kolarz, 1998) o en edades muy avanzadas (Troll y Skaff, 1997). Esta ausencia de variaciones significativas en el bienestar subjetivo como medida global, parece mantenerse tanto en estudios transversales como longitudinales (Okun y Stock, 1987; Morganti et al., 1988). Investigaciones más recientes sobre este constructo, utilizando medidas que incluyen diferentes componentes, sí han logrado encontrar algunos cambios asociados a la edad, si bien son relativamente poco importantes, es precisamente la satisfacción con la vida el más estable e independiente de la edad (Diener y Suh, 1998; Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003). Esta estabilidad se extiende también a otras medidas como la autoestima (Brandtstädter, Wentura y Greve, 1993) o el control personal

sobre la propia vida (Gatz y Karel, 1993), y contrasta con el declive de otros indicadores de carácter más objetivo, que generalmente se han incluido en el amplio concepto de calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 1996; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Estos resultados, a primera vista contradictorios, invitan a pensar que cada persona se implica diferencialmente en procesos adaptativos para ajustarse a las nuevas realidades que conlleva el proceso de envejecer (Villar, Triadó, Solé y Osuna, 2003; Villar, 2005), haciendo uso de una poderosa herramienta: la resiliencia (Jiménez, 2011).

Por contra, nuestro resultado difiere de otros en donde se valora este sentimiento mediante alguna pregunta genérica, y donde la respuesta “muy feliz” tiende a ser más frecuente en las personas mayores. Así, en sondeos recogidos en varios países de Europa y América, Inglehart (1990) llegó a la conclusión de que existe independencia entre el porcentaje de felicidad manifestada y la edad. Por otro lado, existen otros trabajos en donde los datos encontrados no encajan del todo con la hipótesis de la madurez emocional, pues las personas mayores y de mediana edad informan de una menor satisfacción con la vida que los jóvenes (Alcalá, Camacho, Giner, Giner e Ibañez, 2006; Márquez-González, Izal, Montorio y Losada, 2008).

En general, el que la satisfacción actual sea elevada, no implica que en algunos estudios con personas mayores se evidencie que ésta es superior para la vida pasada, como ocurre con la mayoría de los países europeos analizados en la European Social Survey (2006) (cit. por del Barrio y Abellán., 2009). Dato que nos trae a la memoria aquellos versos de Jorge Manrique, que proclamaban que cualquier tiempo pasado fue mejor (s. XV, cit. por Prada, 2010).

Esta alusión “manriqueña” nos sirve de hilo conductor para pasar a comentar las siguientes variables estudiadas. Merece así la pena ilustrar las palabras de Rubio y Tapia (2004), quienes exponen que cada edad hace referencia a un aspecto del tiempo, y a su vez se

puede vivenciar con diferentes ritmos; éste se encarga de ordenar la vida de la humanidad, pues el ser del hombre es temporalidad, y a medida que se envejece se hace aún más personal; en la vejez cobra aún más relevancia, pudiendo ser sustrato incluso de una segunda oportunidad, que puede estar orientada a equilibrar los aspectos de la vida que no se desarrollaron satisfactoriamente. Por ello, nos pareció interesante valorar algunos aspectos relacionados con la temporalidad.

En primer lugar, preguntamos si “cambiaría la edad si pudiera” (fig. 51), encontrando que a medida que se envejece, un mayor número de individuos la atrasaría, siendo a cualquier edad mínimo el porcentaje que daría cuerda hacia adelante a su reloj vital. Los trabajos de Montepare y Lachman (1989) y Goldsmith y Heiens (1992) evidencian que desde muy pronto, las personas adultas que se acercan a la mitad de la vida tienden a sentirse más jóvenes de lo que son, y les gustaría serlo aún más, a la vez que la distancia entre la edad subjetiva y la real tiende a aumentar con los años; el control personal y una buena salud acentúan esto último, pero acompañándose de una mayor satisfacción con la edad actual (Olav, 2009).

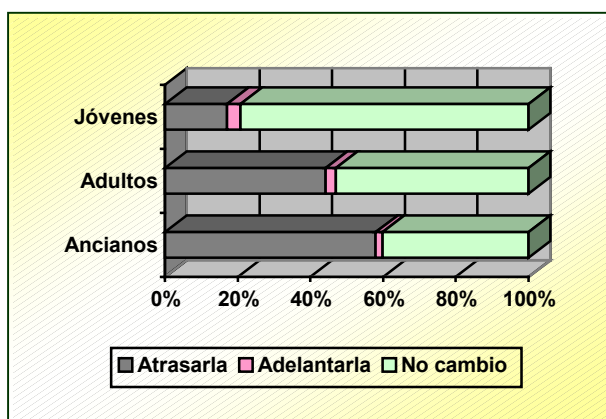


Fig. 51: Cambio de edad

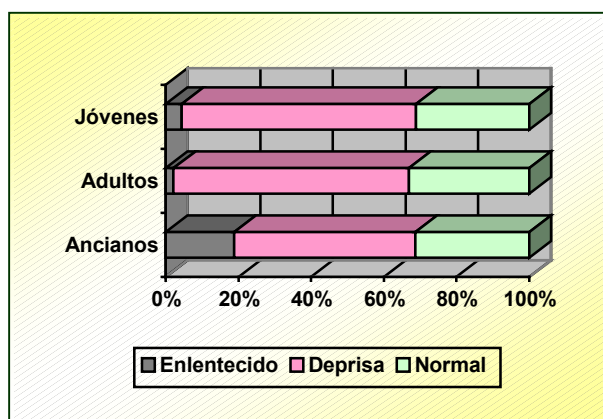


Fig. 52: Percepción del paso del tiempo

Por otro lado, valoramos la percepción que se tiene del paso del tiempo a distintas edades (fig. 52), obteniéndose que, independientemente del grupo, casi un tercio lo considera

normal, aunque siempre es mayor el porcentaje de personas que lo perciben con alta velocidad. Además, si bien los que creen que transcurre enlentecido no son muchos, se incrementan en los ancianos hasta el 18,8%. Y es que el tiempo del que dispone una persona y cómo lo utiliza, está determinado por aspectos biológicos, psicológicos y sociales. Esta distribución permite situar al sujeto en su realidad social, y llegar a determinar un estilo de vida encaminado a satisfacer sus necesidades y expectativas personales y familiares.

El disfrute de las experiencias de ocio se ha revelado como un factor de calidad de vida y como un recurso de primera magnitud para estimular el desarrollo personal a lo largo de la vida (Martínez y Gómez, 2005), siendo el individuo el que ha de ajustar una determinada duración a cada actividad concreta (Rubio y Tapia, 2004). Lampinen et al. (2006) observan que las actividades físicas y de ocio benefician el bienestar mental de los mayores. Desde este punto de partida, nos interesamos por la frecuencia con la que se llevan a cabo diferentes actividades, estudiando a su vez cómo difieren según la edad. Las figuras 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59 y 60 muestran, respectivamente, el tiempo relativo dedicado por cada grupo a escribir, pasear, realizar ejercicio físico, jugar a las cartas o a juegos de mesa, escuchar música, ver la televisión, estar con otras personas y el empleado en actividades al aire libre.

Podemos apreciar que es diferente el tiempo dedicado a las diversas actividades según el estadio evolutivo, predominando en su última etapa, el pasear, estar con otras personas y ver la televisión, frente a actividades poco frecuentes como escribir, jugar, realizar ejercicio físico o escuchar música. El perfil de actividades realizadas por las personas mayores en España ha sido estudiado por diferentes organismos, instituciones públicas y privadas, así como por investigadores de diferentes áreas. En estos estudios coinciden que las actividades mayoritarias son ver la televisión, seguida de ir al parque y pasear, así como de otras actividades que no estudiamos, como escuchar la radio o hacer compras y recados; entre las

menos frecuentes estarían el asistir a conferencias o espectáculos, hacer deporte o el voluntariado, según datos del Plan Gerontológico de la Ciudad de Salamanca de 1999 y del Observatorio de Mayores-Imsero de 2004 (cit. por Navarro, Buz, Bueno y Mayoral, 2006).

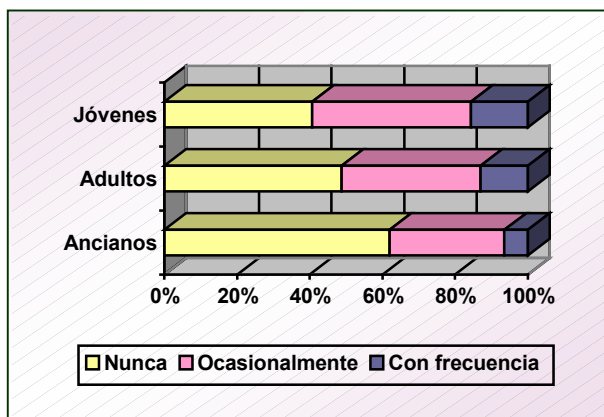


Fig. 53: Escribir

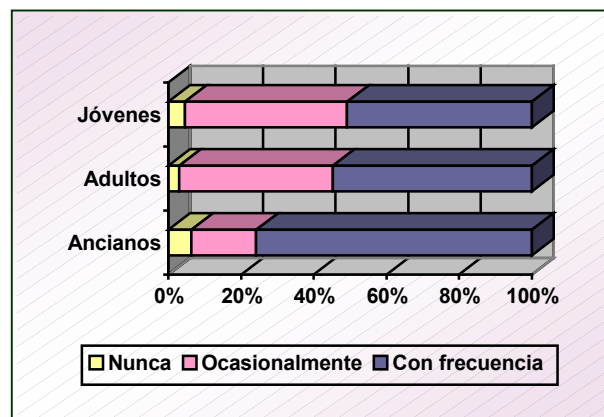


Fig. 54: Pasear

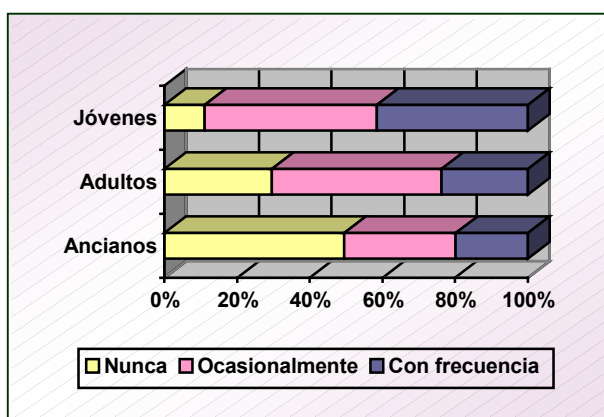


Fig. 55: Ejercicio físico

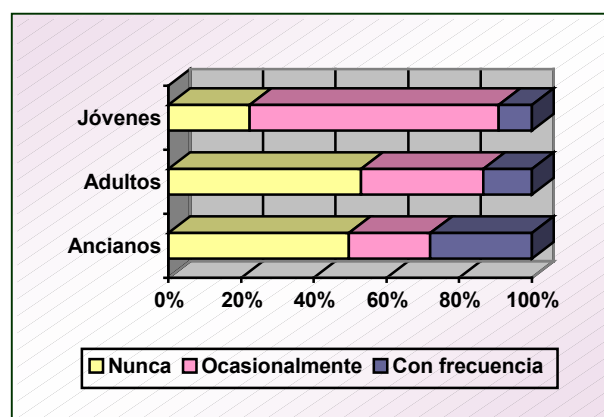


Fig. 56: Juegos

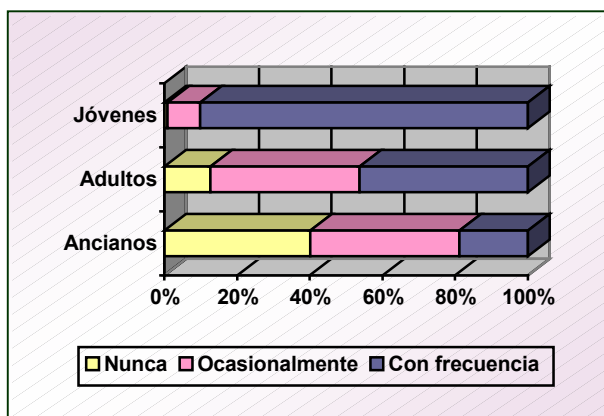


Fig. 57: Escuchar música

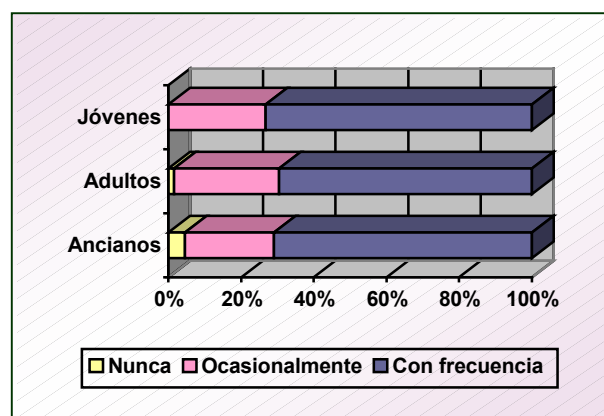


Fig. 58: Ver la televisión

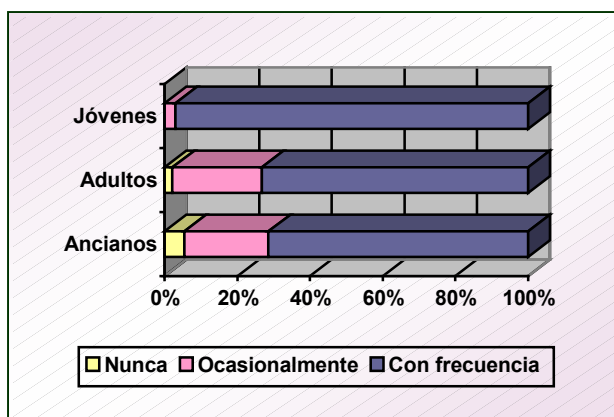


Fig. 59: Estar con otras personas

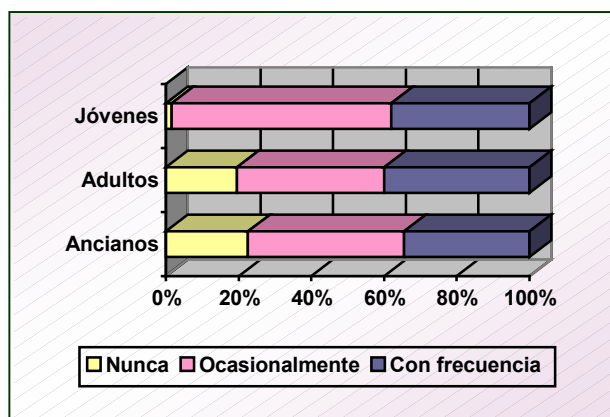


Fig. 60: Actividades al aire libre

Según Pérez (2002a), realizan menos actividades culturales y de ocio cuando se compara con adultos y jóvenes, aunque algunos dicen haber iniciado actividades nuevas después de la jubilación

Es de destacar que actualmente la televisión es más que un medio de comunicación, es la fiel acompañante de nueve de cada diez españoles según datos ofrecidos por del Barrio y Abellán (2009). Aunque en términos porcentuales no existen diferencias reseñables entre los diferentes grupos de edad, los mayores son los que utilizan una mayor parte de su tiempo para esta actividad; este hábito no tiene tanto que ver con la edad como con un perfil sociodemográfico específico, como el vivir solo, el nivel educativo, la relación con la actividad cotidiana, el estado de salud o la clase social.

También coincidente con nuestros hallazgos son los datos de la *European Social Survey* (2006) (cit. por del Barrio y Abellán, 2009), donde para nueve de cada diez mayores su estilo de vida no supone actividad física, y aunque haya un porcentaje que utiliza parte de su tiempo libre para realizar ejercicio físico, el día a día de los mayores no supone demasiada actividad.

Sin embargo, frente a esta baja frecuencia de ocupaciones relacionadas con la actividad, encontramos en la literatura estudios recientes que marcan una influencia positiva del ejercicio físico regular. Así, aunque se practique tarde en la vida, se asocia con un efecto

protector del deterioro mental (Valenzuela y Sachdev, 2006), existiendo una reducción de los síntomas depresivos y una mejoría de la aptitud funcional (Barriopedro, Eraña y Mallol, 2001; Harris, Cronkite y Moos, 2006; Justino et al., 2010; López Sánchez et. al., 2011). Se relaciona de modo inverso al deterioro cognitivo (Dik, Deeg, Viser y Jonker., 2003; Laurin et al., 2001), y cabe esperar que favorezca habilidades emocionales y estilos de respuesta más inteligentes y adaptativos en el día a día (Fernández-Berrocal, Alcalde, Extremera y Pizarro, 2006; Fernández-Berrocal y Extremera, 2006; Salovey, 2006; Fernández-Berrocal et al., 2005).

En este marco, autores como Requena, López y Ortiz (2009) ya advierten que son necesarias propuestas de intervención en actividad física entre los mayores, pues la reducción de la movilidad podría desencadenar en un modelo de vida patológico. Recientemente, Piedras-Jorge, Meléndez-Moral y Tomás-Miguel, (2010) encuentran que en ancianos institucionalizados la aplicación de programas de ejercicio físico ofrecen resultados positivos tanto en aspectos de físicos como funcionales y psicológicos, además de tener beneficios de tipo social como la oportunidad de relacionarse con los demás (del Barrio y Abellán, 2009). Otros programas como “Memoria en movimiento” integran entrenamiento cognitivo y actividad física con resultados psicosociales positivos (Rey, Canales y Táboas, 2011).

Todos estos resultados han podido influir en que la actividad física sea uno de los pilares del envejecimiento activo desarrollado por la OMS. Sin embargo, hay que reconocer que la ocupación del tiempo libre está muy condicionada por factores generacionales y sociales, por lo que debemos de estar preparados para las demandas de una población mayor con un nivel educativo superior al de generaciones anteriores y que además, vive sumergida en una sociedad inmersa en la tecnología (Navarro et al., 2006).

En relación al uso del tiempo de ocio, valoramos también la frecuencia dedicada a distintos tipos de lectura (figuras de la 61 a la 72). Llama la atención el gran porcentaje de

mayores que no leen nunca, siendo la literatura no especializada (periódicos y revistas) la que más demandan. En cuanto a géneros literarios, los más leídos, al menos ocasionalmente, resultaron ser la novela, los libros clásicos y la novela histórica, contrastando con otros que no suelen leer nunca como la ciencia ficción, el ensayo, los libros de autoayuda o el teatro.

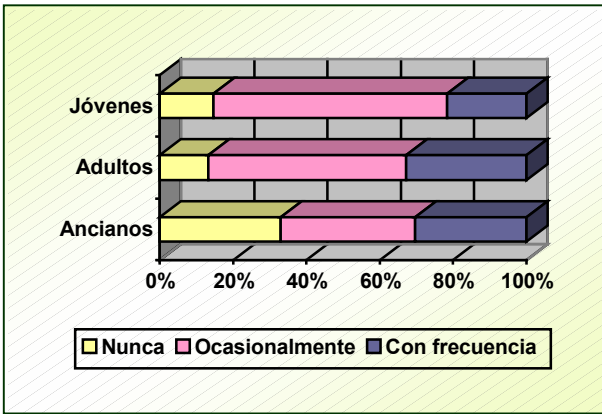


Fig. 61: Revistas

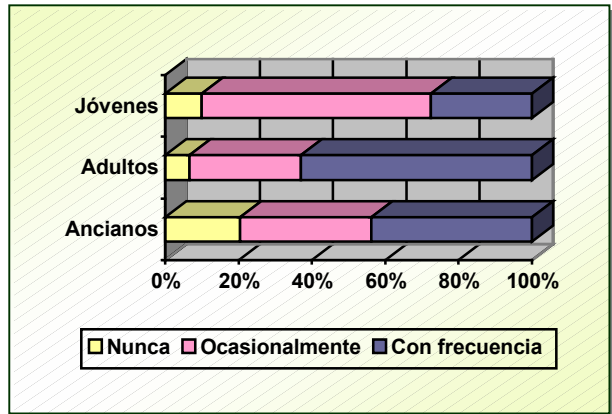


Fig. 62: Periódicos

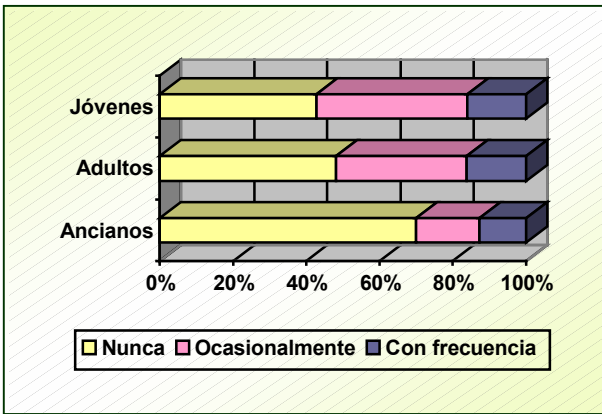


Fig. 63: Novela histórica

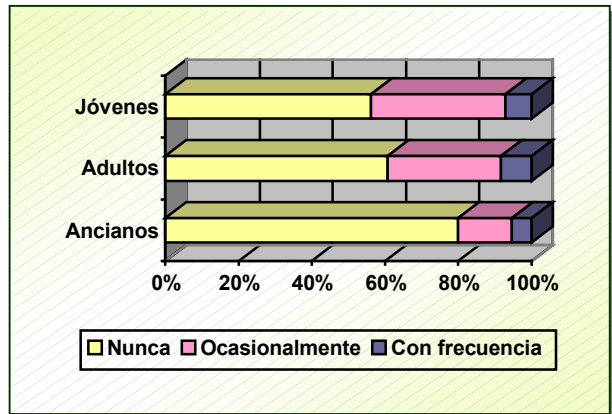


Fig. 64: Novela romántica

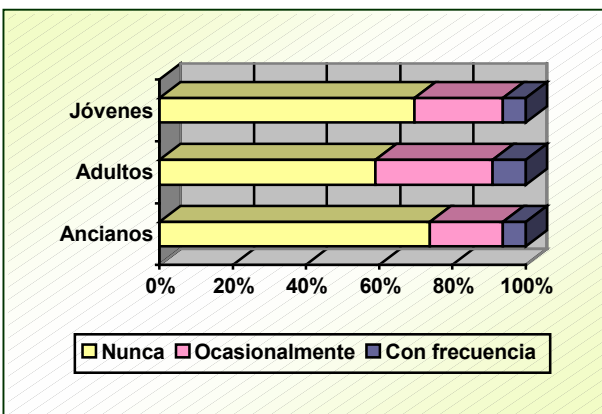


Fig. 65: Poesía

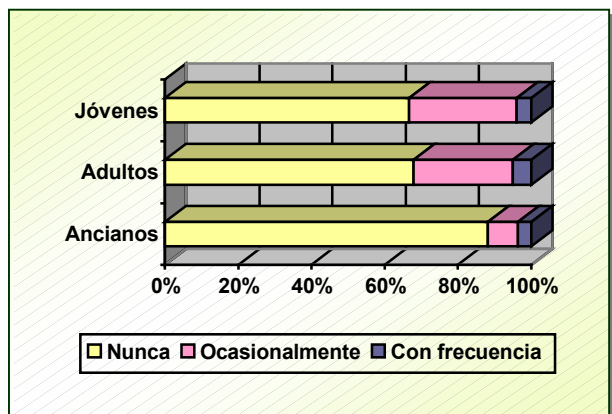


Fig. 66: Teatro

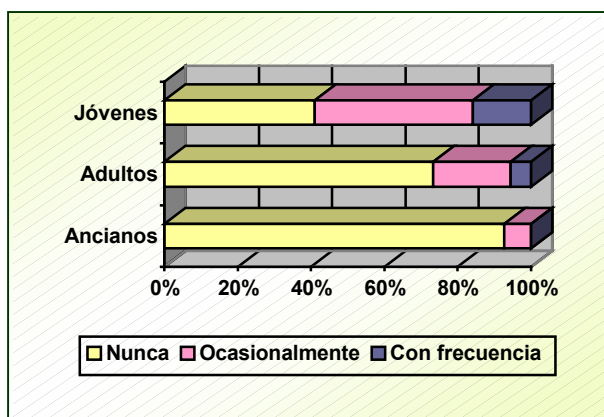


Fig. 67: Ciencia ficción

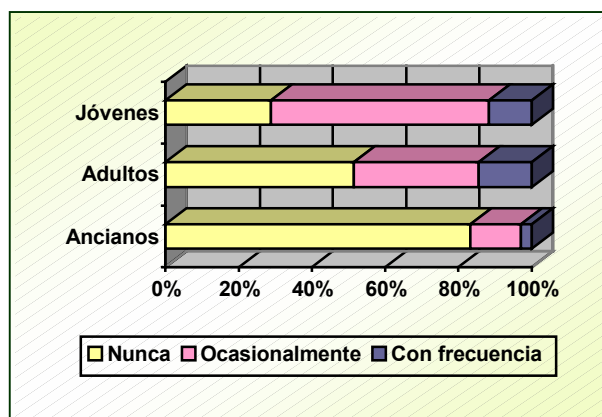


Fig. 68: Científica/Divulgación

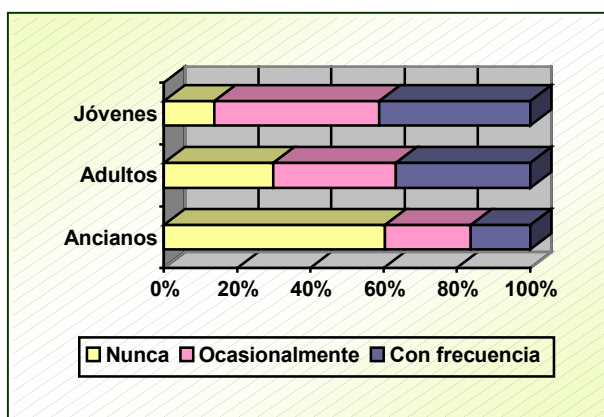


Fig. 69: Novela

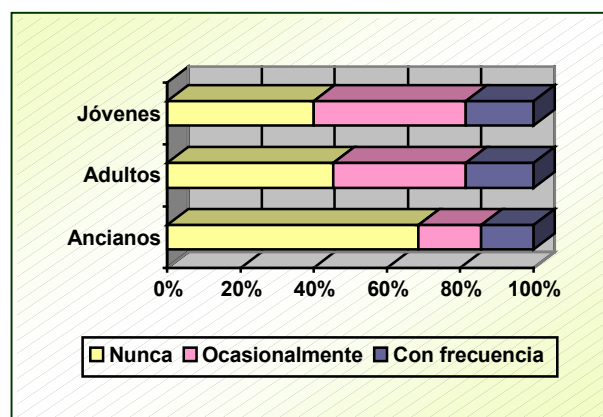


Fig. 70: Clásicos

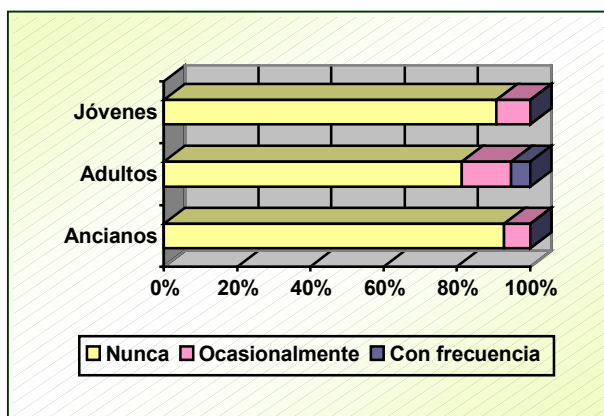


Fig. 71: Autoayuda

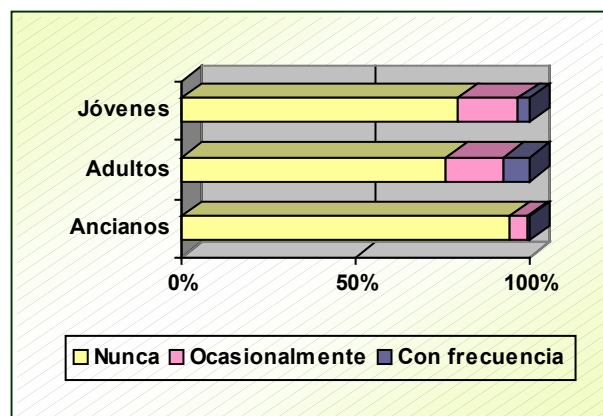


Fig. 72: Ensayo

A medida que descendemos en la cohorte, la frecuencia lectora va aumentando. Pérez (2002a) expone datos recogidos por el CIS (1997) sobre hábitos lectores en España en función

de los grupos de edad; en relación a los periódicos, encuentran una tendencia similar a la nuestra, pues su lectura cotidiana aumenta hasta los 35-44 años (38%), donde empieza a disminuir hasta alcanzar el mínimo, precisamente para los mayores de 65 años; así, uno de cada cinco mayores los lee prácticamente a diario, frente al 30% de la población total. Quizá, como comenta la autora, la menor inclinación a la lectura de los diarios por parte de los mayores pueda estar en parte relacionada con factores como el nivel de estudios, la dificultad de acceso a los puntos de venta, e incluso la dificultad para leer las letras pequeñas. Si nos centramos en las revistas, al igual que obtenemos en nuestra investigación, tienen menor seguimiento que la prensa diaria, y parece que interesa sobre todo a jóvenes, decreciendo el interés con la edad; encontramos que efectivamente los mayores las leen con menor asiduidad, pero mientras que sólo el 16% de esta población según el CIS las lee al menos tres o cuatro veces a la semana, nuestro trabajo indica que el 30% de los mayores las lee con frecuencia.

Continuando con estos datos, Pérez (2002a) nos confirma que la lectura frecuente de libros también se reduce con la edad, desde el 29% de los jóvenes entre 18 y 24 años hasta el 8% en los mayores de 65, pudiendo mediar en ello el nivel de estudios y las dificultades físicas para la lectura. Según el estudio llevado a cabo en Salamanca (1999), comentado anteriormente, la frecuencia lectora diaria en los mayores asciende al 56,8%, y no llega al 40% en los datos del IMSERSO (2004) (cits. por Navarro, Buz, Bueno y Mayoral, 2006).

7.2.- Batería de instrumentos

7.2.1.- Entrevista semiestructurada

En primer lugar se empleó una entrevista semiestructurada, donde se recogían datos personales, familiares, socioculturales y los referentes a los hábitos de vida; además se realizaban inicialmente las preguntas necesarias para confirmar o no la inclusión en la muestra de los participantes. A continuación, y en orden de aplicación, se describen los instrumentos utilizados:

7.2.2.- *Índice de Calidad de Vida* (Spanish version of the Quality of Life Index o QLI-Sp) (versión española de Mezzich et al., 2000).

Sobre la base de la revisión de múltiples instrumentos presentados en la literatura para la evaluación de la calidad de vida, Mezzich et al. desarrollaron una escala breve, multidimensional y culturalmente sensible, el Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI). Este instrumento se desarrolló y validó en español, inglés, chino y coreano en la ciudad de Nueva York. La versión en español ha sido estudiada a su vez en otros países; la estandarización en una muestra española fue llevada a cabo por Lorente, Ibáñez, Moro y Ruipérez en el año 2002.

Esta prueba es de sencilla aplicación, e incluye 10 ítems o dominios: bienestar físico, bienestar psicológico/emocional, autocuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional, funcionamiento interpersonal, apoyo social-emocional, apoyo comunitario y de servicios, satisfacción personal, satisfacción espiritual y calidad de vida global. Cada uno se valora del 1 al 10, a través de las siguientes instrucciones: *Por favor indique cual es su nivel de salud y calidad de vida en la actualidad, de “mala” a “excelente”, marcando con una X uno de los diez puntos que aparecen en cada una de las siguientes escalas.*

7.2.3.- *Adaptación al castellano de la Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales* (Spanish Modified Version of the Trait Meta-Mood Scale o TMMS-24) (versión española de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

La TMMS-24 es una versión reducida del TMMS-48 realizado por el grupo de investigación de Málaga del Dr. Fernández-Berrocal y colaboradores, viendo de esta forma incrementada su fiabilidad en todos los factores. Se trata de una medida de autoinforme cuyo objetivo es evaluar la inteligencia emocional intrapersonal percibida.

A los sujetos se les pide que evalúen el grado en el que están de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala de tipo Likert de 5 puntos (1= Nada de acuerdo, 5= Totalmente de acuerdo). La escala final está compuesta por 24 ítems, 8 para cada uno de los tres subfactores (atención, claridad y reparación de las emociones). La **atención** a las emociones, que se evalúa a través de los primeros 8 ítems, es el grado en el que las personas creen prestar atención a sus sentimientos (por ejemplo, “Pienso en mi estado de ánimo constantemente”); la **claridad** emocional, que se evalúa a través de los siguientes 8 ítems, se refiere a cómo creen percibir sus emociones las personas (“Frecuentemente me equivoco con mis sentimientos”), y la **reparación**, que se evalúa con los últimos 8 ítems restantes, se refiere a la creencia del sujeto en su capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos (“Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista”).

En cuanto a los datos psicométricos de consistencia interna (alfa de Cronbach) para cada componente son: atención ($\alpha = 0,90$), claridad ($\alpha = 0,90$) y reparación ($\alpha = 0,86$). Asimismo, presenta una fiabilidad test-retest adecuada. Como ocurre con la versión extensa, los tres subfactores correlacionan en la dirección esperada con variables criterios tales como depresión, rumiación y satisfacción vital (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004).

7.2.4.-*Escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento*

(COPE, de Carver, Scheier y Weintraub, 1989; versión española de Crespo y Cruzado, 1997).

Hemos utilizado la versión española de Crespo y Cruzado (1997), cuyas propiedades psicométricas muestran buenos índices de consistencia interna y de fiabilidad test-retest. Este cuestionario, de tinte multidimensional, surge del planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable, más que una adaptación específica, de modo que tanto los ítems como las escalas se basan teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de autoregulación conductual de Carver y Scheier (1981; 1983), Carver, Scheier y Weintraub (1989) y Scheier y Carver (1988).

Se trata de una versión reducida de la original utilizada por Carver (1989) y Thomas y Marks (1995). Consta de 42 ítems con un rango de puntuaciones que entre 1 y 4. El 1 se identifica con NO, el 2 con UN POCO, el 3 con BASTANTE y el 4 con MUCHO. La opción escogida es la que más se ajusta a la forma de sentir, pensar o actuar del sujeto ante un problema o situación que produzca ansiedad, aclarando que no existen respuestas buenas o malas. Permite obtener 14 factores de primer orden y 5 de segundo.

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

Los factores de segundo orden se corresponden a cinco modos básicos de afrontamiento: Afrontamiento conductual del problema, Afrontamiento cognitivo del problema, Escape cognitivo, Afrontamiento de las emociones y Escape conductual.

7.2.5.- *Inventario de depresión de Beck* (Beck Depression Inventory o BDI, de Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; versión española de Conde y Useros, 1975).

Aunque no estemos ante una herramienta diagnóstica, es una medida útil para determinar la existencia del síndrome depresivo, y en su caso, la intensidad de éste. Es quizás el instrumento de autoinforme más utilizado internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas (Steer, Beck y Garrison, 1986; Beck, Steer y Garbin, 1988; Vázquez, 1995; Piotrowski, 1996). Asimismo, es sin duda uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la efectividad de las terapias farmacológicas o psicológicas para la depresión (Edwards et al., 1984; Dobson, 1989).

La versión empleada consta de 21 ítems, que describen respectivamente una manifestación específica del comportamiento depresivo. Cada uno contiene de 4 a 6 manifestaciones evaluativas, graduadas cuantitativamente en función de la intensidad del 0 al 5, según el síntoma evaluado, obteniendo puntuaciones totales entre 0 y 74. El sujeto debe seleccionar la opción que mejor describe sus sentimientos durante las últimas semanas, considerando sólo la puntuación de la frase elegida de mayor gravedad en el caso de elegir más de una. Los puntos de corte que utilizamos para establecer las diferentes categorías de depresión son los sugeridos por Beck, Steer y Garbin (1988), y se reflejan en la tabla 27.

·	0 – 9	Ausencia o mínima depresión
·	10 – 18	Depresión leve a moderada
·	19 – 29	Depresión moderada a severa
·	a partir de 30	Depresión severa

Tabla 27: puntos de corte utilizados en el BDI

7.2.6.- Descriptivos de instrumentos

En primer lugar analizamos descriptivamente las puntuaciones obtenidas en la *Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24)*. Al estar compuesta por tres dimensiones (Atención, Claridad y Reparación emocional), hemos realizado tres distribuciones diferentes (figs. 73, 74 y 75):

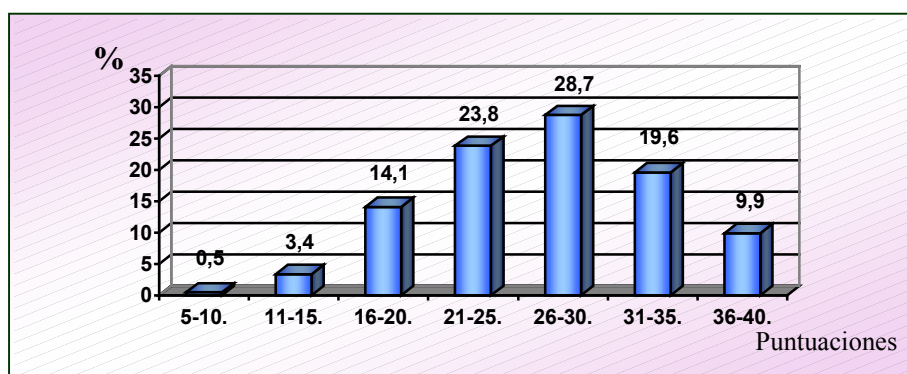


Fig. 73.: Distribución de puntuaciones en Atención Emocional (TMMS-24)

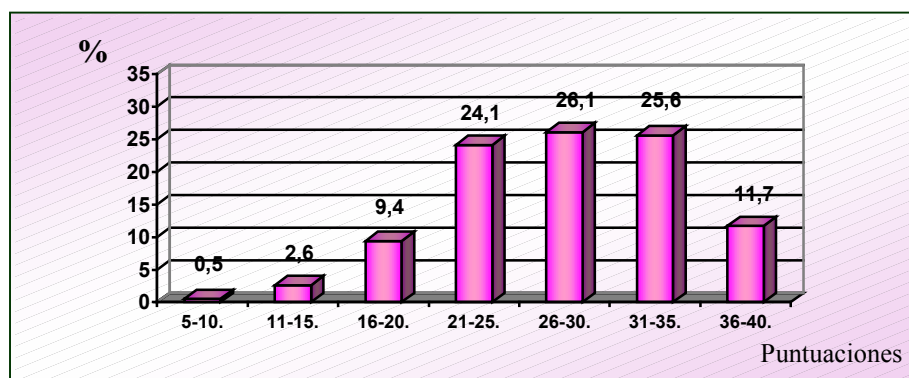


Fig. 74.: Distribución de puntuaciones en Claridad Emocional (TMMS-24)

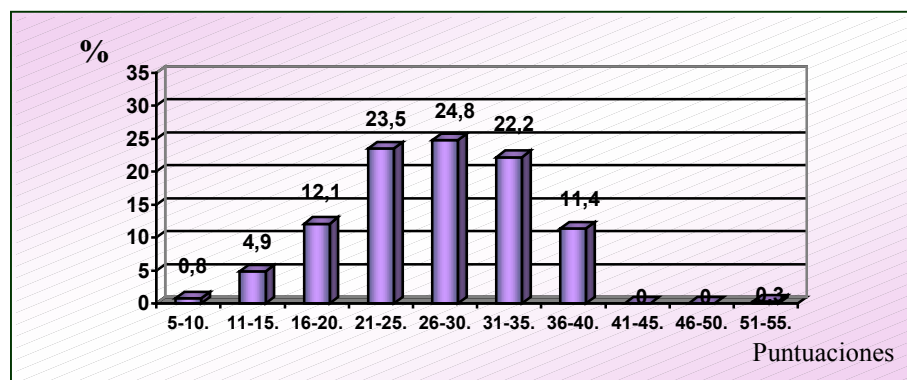


Fig. 75.: Distribución de puntuaciones en Reparación Emocional (TMMS-24)

Las medias alcanzadas son de 26,73 para la atención (Dt = 6,46), y algo más elevadas en claridad (Media = 27,80; Dt = 6,45) y reparación (Media = 27,03; Dt = 6,94). La asimetría no existe ni en la primera ni en la tercera subescalas (As= 0,086 y -0,078 respectivamente), siendo negativa en la claridad emocional (-1,35). Las tres distribuciones son platicúrticas (índice de curtosis = -0,47 en atención; -0,44 en claridad y -0,17 en reparación).

Si aplicamos una correlación de Pearson (r^2) entre las tres subescalas, comprobamos que la claridad y la reparación están altamente relacionadas y de forma positiva, es decir, a mayor capacidad para comprender bien los estados emocionales, mayor capacidad para regularlos (tabla 28):

Tabla 28: Correlaciones en las subescalas del TMMS-24

	Atención	Claridad	Reparación
Atención	1		
Claridad	,29	1	
Reparación	,07	,48**	1

Parece que una baja claridad o diferenciación en los estados afectivos podría influir reduciendo tanto la tendencia a poner en marcha estrategias de regulación, así como la efectividad de las mismas. También de forma positiva, pero muy moderada, se relacionan, la claridad con la atención; en este caso, la capacidad de comprensión está en concordancia con la capacidad de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada. Sin embargo, no existe correlación entre la atención y la reparación. Existen estudios cuyos resultados van en el mismo sentido, a pesar de que las correlaciones no son tan altas, como el de Navarro, Latorre y Ros (2009), Ruiz-Aranda, Fernández-Berrocal, Cabello y Extremera (2005), el de Extremera y Fernández-Berrocal (2005), el de Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco (1999), o

el de Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera (1997).

Realizando de nuevo un análisis correlacional, pero específicamente en el grupo de estudio, se encuentra una mayor relación entre la capacidad de regular y comprender los estados emocionales, así como entre esta última con la capacidad de reconocerlos y expresarlos adecuadamente (tabla 29), resultado en la línea del estudio de Navarro, Latorre y Ros (2009), que analizan estas variables en un grupo de 36 sujetos con una edad media de 65 años.

Tabla 29.: Correlaciones en las subescalas del TMMS-24 (ancianos)

	Atención	Claridad	Reparación
Atención	1		
Claridad	,43**	1	
Reparación	,24	,59**	1

Si categorizamos las puntuaciones obtenidas en función de los puntos de corte que ofrecen los autores, teniendo de nuevo en cuenta el estadio evolutivo, apreciamos cómo hay un mayor porcentaje de ancianos que presentan, en general, un peor ajuste emocional (barras con rayas), a pesar de que la comprensión emocional es peor en los jóvenes. Sin embargo, a pesar de estas cifras más elevadas, en este grupo se encuentra también el mayor porcentaje de individuos cuya claridad y reparación son excelentes (figuras 76, 77 y 78).

A la hora de comparar estos resultados en la literatura, nos encontramos con la carencia de un número suficiente de trabajos que estudien qué es lo que sucede con la IE en la vejez; en este sentido, la revisión realizada por Mestre, Communian y Communian (2007) pone de manifiesto esta necesidad de ampliar la investigación sobre IE en mayores en general y, en particular, en relación a una de las áreas más relevantes en esta etapa, como es la salud.

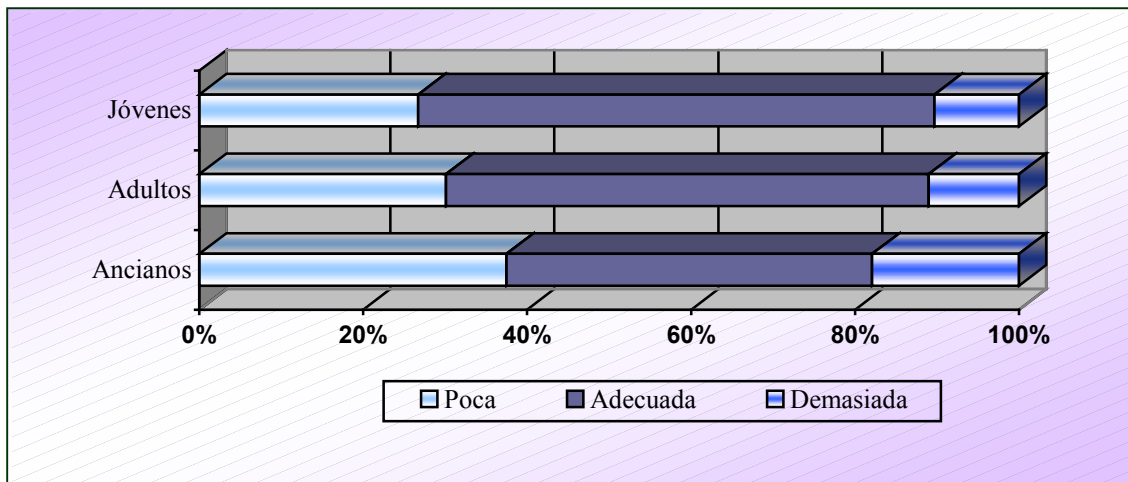


Fig. 76: Distribución por grupos de los niveles de atención emocional

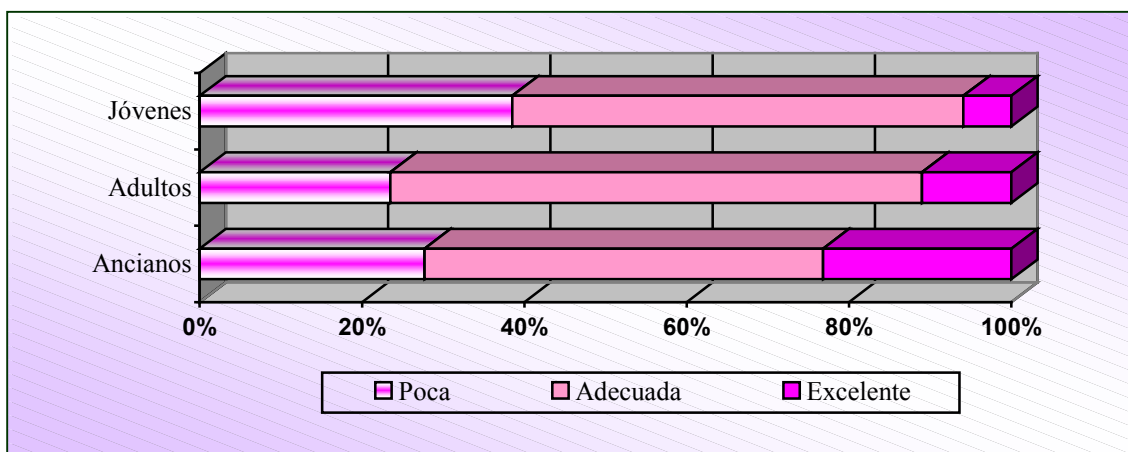


Fig. 77: Distribución por grupos de los niveles de claridad emocional

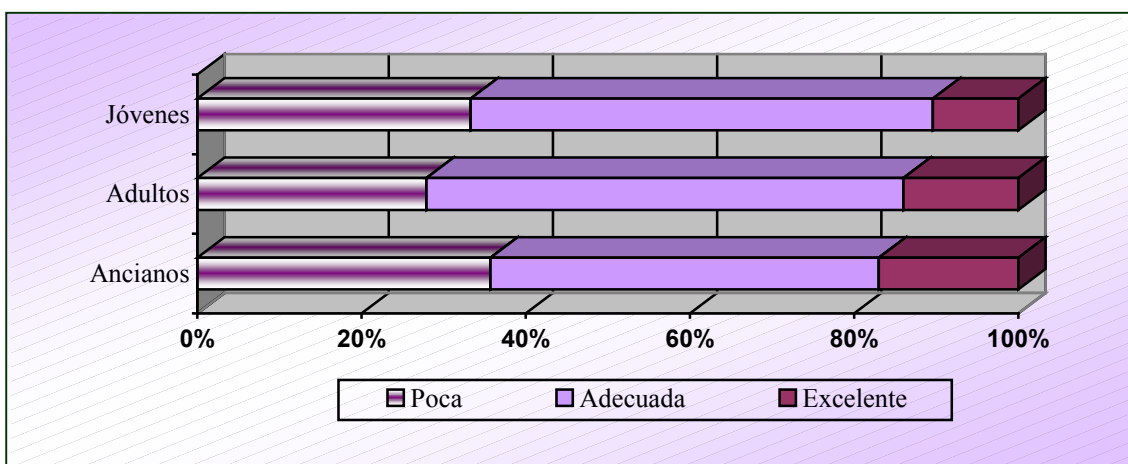


Fig. 78: Distribución por grupos de los niveles de reparación emocional

A pesar de los datos ofrecidos anteriormente, no hay que dejar a un lado la perspectiva de que la tónica dominante son las puntuaciones adecuadas en estas habilidades también en el grupo de mayores. Cabe mencionar aquí un reciente trabajo presentado por Giuliani y Arias (2010) con una muestra no muy extensa de personas entre 60 y 75 años, encontrando que un alto porcentaje puntuaban óptimamente en las distintas escalas de IE (el 51,7%, y tan sólo el 21,7% y el 16,7% presentaban valores disfuncionales, respectivamente, en atención, claridad y reparación emocional), valores similares, al menos estos dos últimos, a los encontrados en nuestra investigación.

En esta línea, algunos estudios sugieren que, a medida que envejecemos, vamos siendo social y emocionalmente más inteligentes (Bar-On, 2006). La IE es la puesta en marcha de mecanismos cognitivos, que se van automatizando con el desarrollo, la práctica, la experiencia y la maduración de la información emocional; entre ellos encontramos la atención, la percepción, el aprendizaje o la memoria, por lo que en la medida en que estos procesos sufran cambios, también lo hará en mayor o menor medida la IE (Mestre et al., 2007, cit. por Elipe, 2009). Craik y Bialystok (2006) sugieren que a lo largo del ciclo vital, el desarrollo cognitivo se entiende en términos de crecimiento y estabilidad de los sistemas representacionales (inteligencia cristalizada o pragmática) y de crecimiento y declive de los procesos de control que actúan sobre estos sistemas (inteligencia fluida).

Para analizar el comportamiento de la IE en los tres grupos de estudio, realizamos un acercamiento a través de las medias obtenidas en cada subescala, lo que está reflejado en la figura 79. Encontramos que es en la claridad emocional donde a priori encontramos más diferencias en cuanto a las medias entre los tres, existiendo una peor claridad emocional en los jóvenes con respecto a los otros dos grupos; sin embargo, hay que tener en cuenta que las tres cohortes se encuentran dentro de valores adecuados de inteligencia emocional.

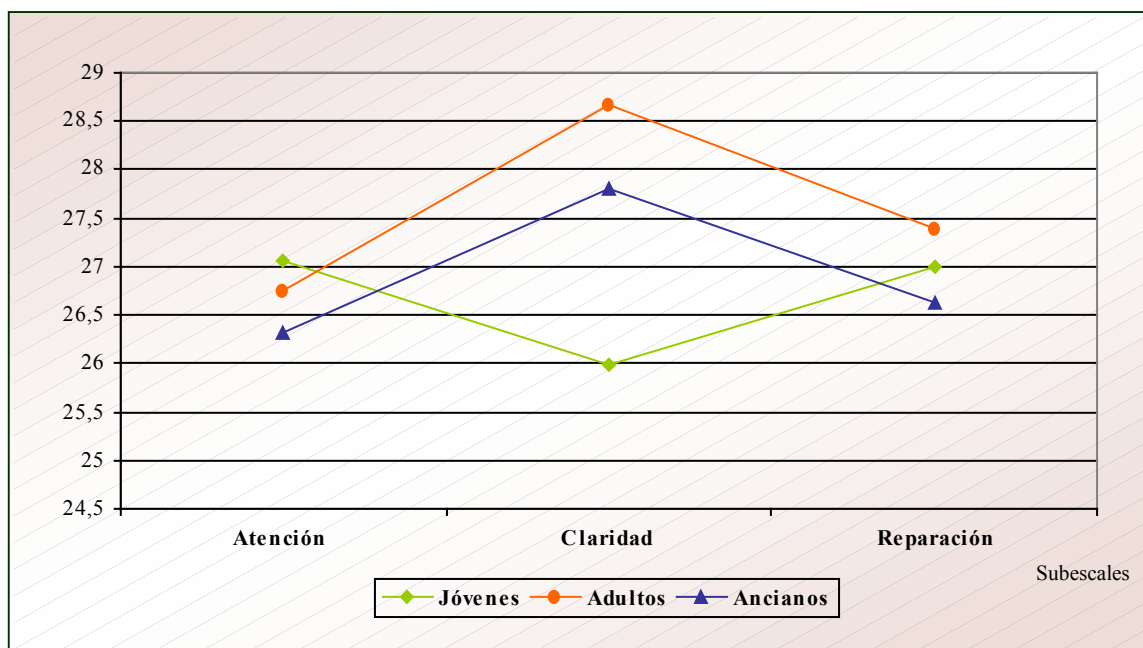


Fig. 79: Inteligencia emocional media según grupos de edad

Navarro, Latorre y Ros (2009) encontraron diferencias significativas entre jóvenes y mayores en las variables de claridad y reparación, alcanzando el grupo con personas de más edad mejores puntuaciones en ambas subescalas respecto a personas más jóvenes. Resultados similares son informados por otros autores, como Isaacowitz, Charles y Carstensen., 2000; Hariri, Tessitore, Mattay, Fera y Weinberger., 2002 o Chipperfield, Perry y Weiner., 2003; Bar-On (1997a) también habla de un incremento de la IE con la edad. Resultados como estos nos llevan a pensar que también en el ámbito de la IE emerge la interacción entre pérdidas y ganancias, a pesar de que predominen las primeras a partir de una determinada edad en todos los procesos cognitivos (Elipe, 2009). Esta autora, comenta que el patrón de resultados revisados provee un panorama de “envejecimiento emocional” bastante optimista, ya que en líneas generales los mayores disfrutaban de una buena salud emocional al disponer de un nivel de procesamiento, regulación y comprensión de las emociones similar, e incluso superior en algunos casos, al de sujetos más jóvenes.

El siguiente instrumento de medida analizado fue la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento, en donde obtuvimos un perfil de estrategias para cada grupo de edad representado por los valores medios en cada subescala, y que hemos representado en la figura 80.



Fig. 80: Medias Subescalas de afrontamiento según grupos de edad

Como puede observarse, las medias más altas obtenidas por nuestro grupo de interés, los ancianos, son la religión, el afrontamiento activo y la reinterpretación positiva, es decir, que para enfrentarse a los problemas que se le van presentado, aumentan su implicación en actividades religiosas, llevan a cabo acciones y esfuerzos para eliminar o paliar el estresor, e intentan sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como personas o ver el problema desde una perspectiva más favorable. Las medias más bajas corresponden a la negación, a la desconexión conductual y al humor, pues intentan no rechazar la realidad del suceso estresor, no renuncian al esfuerzo para alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo, y

todo ello, sin hacer bromas acerca del mismo. Resultado que coincide en parte con otros trabajos, como el de Urquijo, Monchietti y Krzemien (2008), quienes sobre una muestra de mujeres ancianas obtuvieron que las estrategias predominantes correspondían a autodistracción, aceptación, reinterpretación positiva, religión y afrontamiento activo, frente al humor, renuncia, negación y consumo de sustancias, como menos utilizadas. El trabajo de Cruz, Jara y Rivera (2010), aunque con una escasa muestra, también destaca la importancia de la religión en los mayores; por su parte, Dunn y Horgas (2000) indican que el afrontamiento religioso es la estrategia más utilizada por una amplia muestra de ancianos de ambos sexos, sin hallar diferencias según estado civil, edad o nivel socioeconómico. En cualquier caso, aparece acompañado del uso de otras estrategias también consideradas cognitivas como la aceptación y la reinterpretación positiva de la situación (Pargament, Koenig, Tarakeshwar y Hahn., 2004).

En relación a la religión, no sólo es la estrategia más utilizada por los mayores, sino que además parece diferencial respecto a los otros grupos de edad. Como comentan del Barrio y Abellán (2009), en nuestro país existe un alto grado de religiosidad, relacionándose claramente con la edad, siendo los mayores el grupo en donde se engloba un mayor porcentaje. Así, a partir de los 65 años un 91,0% se cataloga como integrante de alguna religión, mientras que esta cifra desciende al 51,3% entre los más jóvenes (de 15 a 29 años). Sin embargo, como comenta Pérez (2002a), la religiosidad de los mayores españoles no puede atribuirse sin más a un efecto de la edad, como que la vejez induzca una mayor aproximación a la espiritualidad, sino que más bien parece una herencia del tiempo histórico en el que estas personas iniciaron sus vidas y se hicieron adultos, puesto que en nuestro país el proceso de secularización es un fenómeno muy reciente.

Como vemos, al ir avanzando en el ciclo vital se utilizan más los modos de

afrontamiento pasivos que en etapas anteriores, pero no podemos perder la óptica de que éstos para nada llegan a ser los más utilizados. A este respecto, si bien existe acuerdo en que las respuestas evitativas y religiosas a menudo impiden el afrontamiento adaptativo (Lazarus y Folkman, 1984; Aldwin y Revenson, 1987), Carver, Scheier y Weintraub, (1989) sostienen que es importante conocer el rol que tales estrategias tienen en la efectividad del mismo, pues no importa tanto su carácter activo o pasivo mientras que resulten útiles para resolver exitosamente una situación particular. Considerando que los sucesos propios del envejecimiento, por su naturaleza, no son susceptibles de ser controlados, cambiados o resueltos con acciones directas de confrontación, el hecho de ocupar la mente en actividades distractoras o con pensamientos de esperanza no es necesariamente un “escape”, sino un afrontamiento con un valor adaptativo. Es posible considerar por tanto que estrategias como la evitación conductual de autodistracción y el valerse de la religión, o las relacionadas con la aceptación y la resignación, puedan resultar en este contexto adecuadas y adaptativas al permitir una adaptación a la realidad y orientarse hacia una mejora de la calidad de vida (Krzemien, Monchietti y Urquijo, 2005).

Representamos también las medias con las estrategias de segundo orden (fig. 81), y vemos cómo la estrategia más utilizada por los tres grupos es el afrontamiento cognitivo del problema; es decir, que suelen recurrir a la elaboración cognitiva de la situación para conseguir manejarla adecuadamente, con el fin de lograr solucionarla o que deje de generar malestar.

La segunda estrategia más utilizada por la muestra es el afrontamiento conductual del problema, en donde parece que los ancianos llevan menos acciones constructivas encaminadas a alterar la fuente de estrés y conductas en la solución de la situación, con respecto a jóvenes y adultos. Las puntuaciones medias en escape cognitivo aumentan con la

cohorte de edad, y en escape conductual parece que son discretamente más elevadas a favor de los mayores respecto a los jóvenes. A su vez, en afrontamiento de las emociones las puntuaciones son bastante similares.

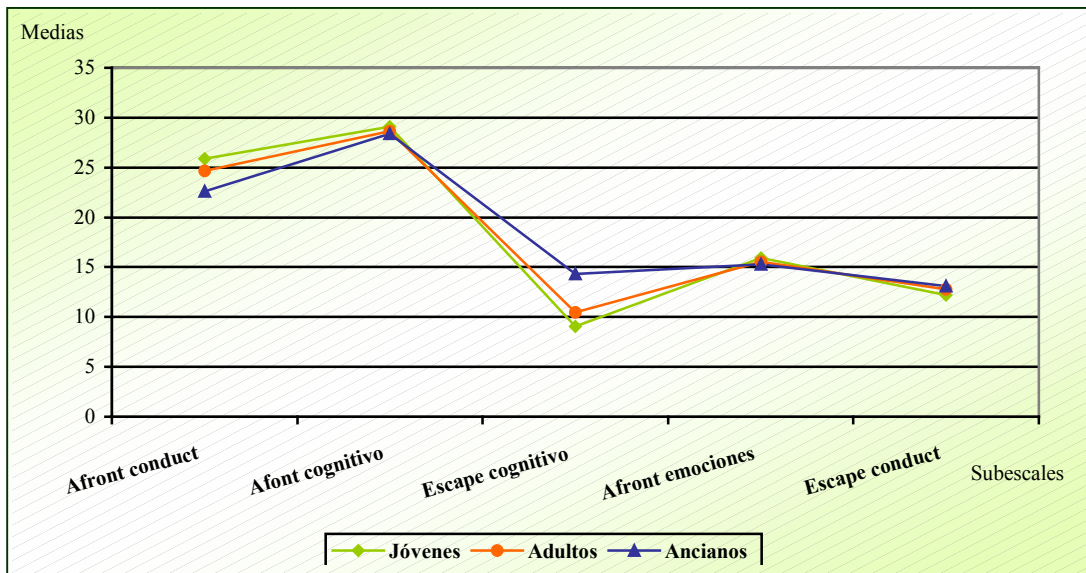


Fig. 81: Puntuaciones medias Estrategias de afrontamiento 2º orden según grupo de edad

Haciendo de nuevo referencia al trabajo de Urquijo, Monchietti y Krzemien (2008), realizado sobre mujeres ancianas, encontramos resultados bastante parecidos a los de nuestro estudio. Estos autores también evidencian que el afrontamiento orientado al problema predominó por sobre el afrontamiento hacia la emoción, mientras que el afrontamiento evitativo fue el de menor frecuencia.

En cualquier caso, lo que toma gran importancia es la capacidad de discriminar entre aquellas situaciones que requieren una serena aceptación porque no pueden ser cambiadas, de otras que exigen una acción directa por ser susceptibles de modificación, pudiendo esto marcar diferencias esenciales en la adaptación a las dificultades en la vejez. Por tanto, quizá ciertas estrategias deberían interpretarse de forma diferente de acuerdo al grupo de edad y a la naturaleza de las circunstancias (Krzemien, Monchietti y Urquijo, 2005).

A continuación presentamos los datos correspondientes al *Índice de calidad de vida*; en él, la calidad de vida total es la resultante de la media de los diez ítems que presenta la escala, pudiendo ver en la figura 82 la distribución de las puntuaciones de los participantes de nuestra muestra. La media alcanzada es de 7,70 sobre 10 ($Dt = 1,10$); a su vez, se aprecia cómo la asimetría es negativa ($As = -0,89$) al situarse la mayoría de los sujetos en valores altos de calidad de vida, y la distribución es leptocúrtica (índice de curtosis = 1,39).

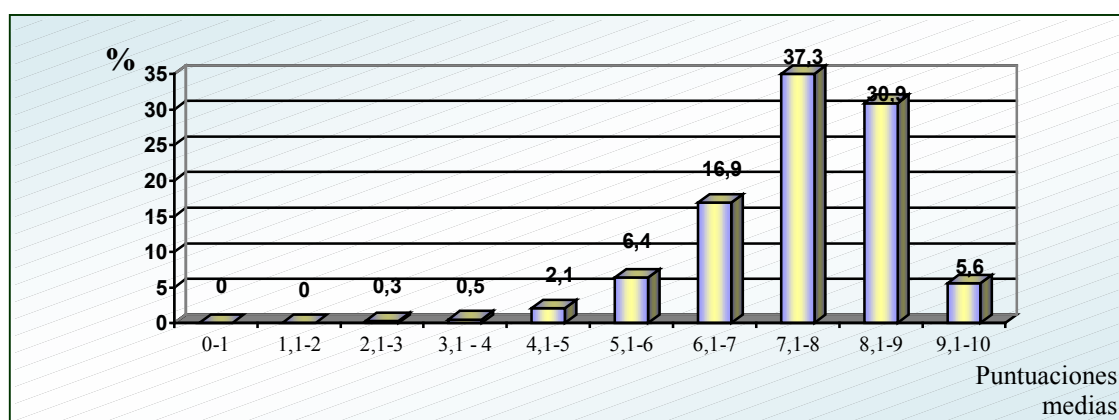


Fig. 82.: Distribución de puntuaciones en Calidad de Vida total

La calidad de vida (CV) es un concepto multidimensional por excelencia, compuesto por múltiples dominios; sin embargo, aunque nos encontramos con que la edad, como indicador de calidad de vida es una variable que popularmente se suele considerar influyente, es poco común en la literatura en este aspecto (Dulcey-Ruiz y Quintero, 1999). Por ello, nos parece interesante desglosar los diferentes ámbitos personales que estudia la escala analizando cómo se distribuyen los valores medios entre los diferentes grupos de edad (fig. 83).

Como se aprecia en la figura 83 en relación a la medias obtenidas, nos encontramos que en los jóvenes, la puntuación más alta se da en el apoyo social emocional, frente a la plenitud espiritual, donde obtienen los valores más bajos. Por su parte, el grupo de adultos puntuó más alto en el funcionamiento ocupacional coincidiendo, al igual que los jóvenes, en las

puntuaciones más bajas en la variable de plenitud espiritual. Este resultado no es de extrañar si tenemos en cuenta que es precisamente este grupo el más vinculado al mercado laboral. En relación al grupo de estudio, los ancianos, puntuaron más alto en el dominio de funcionamiento interpersonal y, precisamente en plenitud espiritual, en contra del bienestar físico, donde obtuvieron las peores calificaciones.

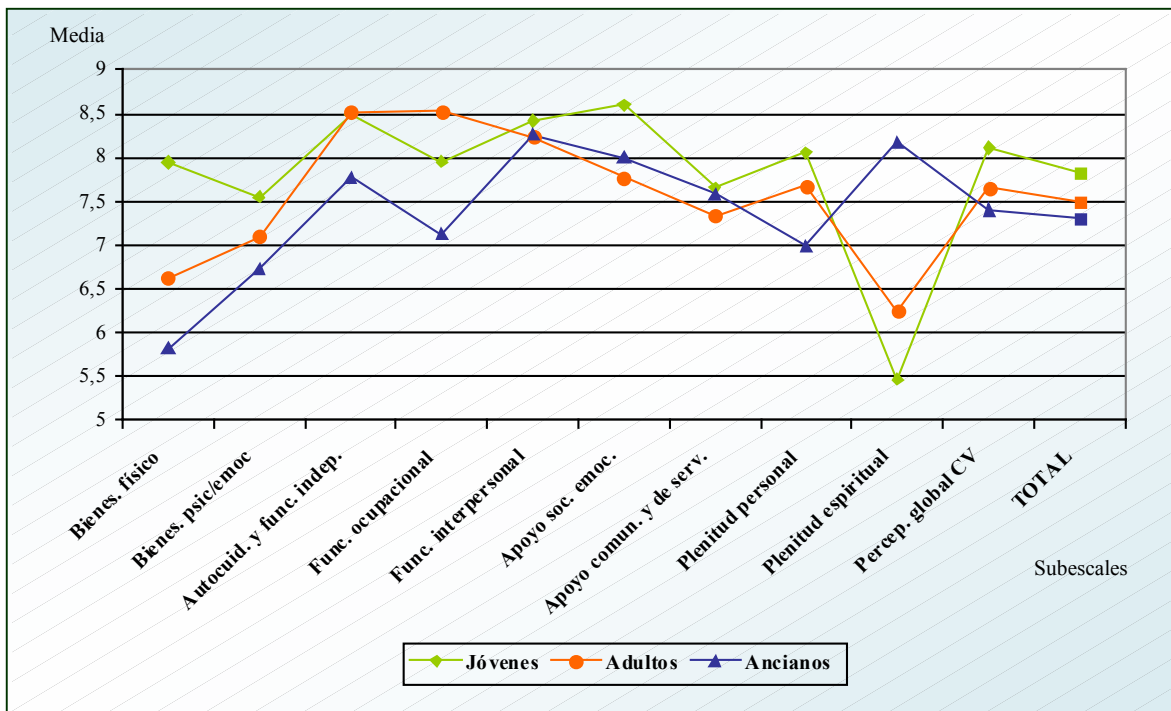


Fig. 83: Medias de Calidad de vida según grupos de edad

El que sea el bienestar físico el elemento que los mayores perciben como el que está peor dentro de su CV, contrasta con el reciente estudio llevado a cabo por Elosua (2010), quien analiza la importancia subjetiva de 5 dimensiones de este constructo en adultos mayores de 65 años no institucionalizados, obteniendo que es precisamente la salud el más importante para ellos, seguido de la autonomía personal, siendo la dimensión menos determinante la definida en torno a las actividades sociales. También es la salud, sin lugar a dudas, el aspecto vital más importante para los mayores (86,4%), según datos del CIS-IMSERSO (1998)

reflejados por Pérez, (2002b), sin que la edad, el género o la forma de convivencia introduzcan matices significativos a esta valoración.

Con respecto al bienestar físico, vemos cómo empeora al ir aumentando la edad; también ocurre con el funcionamiento ocupacional, aunque en este caso las mejores puntuaciones las obtienen los adultos, así como con la plenitud espiritual, donde el orden se invierte, pues toma más importancia al ascender en el estadio evolutivo. Los ancianos obtienen una peor media en plenitud personal, entendida como el sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, disfrute sexual, de las artes, etc., y en el autocuidado y funcionamiento independiente, donde puntúan menos a la hora de desempeñar sus tareas cotidianas básicas y tomar sus propias decisiones. En cualquier caso, estamos en un marco donde las puntuaciones de calidad de vida son bastante elevadas, lo que coincide con el dato ofrecido por del Barrio y Sancho (2009) de que en la actualidad un 73,1% de las personas de edad declaran ser autónomas en la toma de decisiones y tener libertad para elegir cómo vivir su vida, lo que es un buen indicador de autosuficiencia y respeto por parte del resto de la población hacia este grupo.

Estas variables se interrelacionan en el constructo denominado CV, y como comentan Casas y Aymerich (2005), la edad y la autonomía funcional parecen resultar determinantes en el grado de realización de actividades y de participación de los mayores en su comunidad, pues al ir apareciendo limitaciones funcionales, va decreciendo tanto el número de actividades realizadas como la satisfacción que proporcionan.

Por otro lado, los jóvenes puntúan más alto en apoyo social-emocional, que refleja la disposición de personas en quien confiar y que proporcionen ayuda. Diversos trabajos (Carstensen, 1990) ponen de relieve que durante la vejez se produce un notable descenso de la actividad social, pero una menor tasa de contactos interpersonales no debe identificarse con la

inexistencia de redes sociales proveedoras de apoyo (Fernández-Ballesteros et al., 1992), ya que diversos estudios muestran que se mantienen (Fleishman y Shmueli, 1984). En este sentido, nuestros resultados revelan que en general existen altas puntuaciones en el funcionamiento interpersonal (valores superiores a 8), sin que aparezcan diferencias entre los tres grupos del estudio, y aunque sí que es cierto que los jóvenes perciben un mejor apoyo social y emocional, adultos y ancianos no se diferencian entre ellos y sus puntuaciones son también elevadas. Martínez-Vizcaíno y Lozano (1998) también encontraron que los ancianos en general valoran satisfactoriamente su ámbito de relaciones sociales (más del 90% confía plenamente en alguien y casi el 80% visita o es visitado a diario por amigos).

Así, aunque disponen de redes sociales más reducidas que los jóvenes (Lee y Markides, 1990; Paltore, 1981), el número de relaciones emocionalmente cercanas es parecido (Lang y Carstensen, 1994), pues lo que reducen es el contacto social con los individuos que han aparecido de modo tangencial en su vida. Esto contradice el estereotipo de caer en una desesperación emocional por el aislamiento social (Carstensen y Löckenhoff, 2004; Löckenhoff y Carstensen, 2004).

En cuanto al bienestar psicológico/emocional, los ancianos puntúan peor que los jóvenes, al igual que en la percepción global de la CV (sentimiento de satisfacción y felicidad con su vida en general) y en la puntuación total de la escala. Esta mayor vulnerabilidad en los ancianos a sentirse peor consigo mismos, parece que confronta con el resultado comentado anteriormente de que la edad no ejerce efecto significativo con la satisfacción vital; y hay autores que evidencian comentarios similares; así, para Triadó (2003) o Villar et al. (2003), el bienestar subjetivo como medida global (es decir, como sentimientos de felicidad y satisfacción vital) parece no experimentar cambios significativos asociados a la edad, ni en estudios transversales ni longitudinales, si bien esta estabilidad podría reflejar ciertos

esfuerzos de la persona por adaptarse a ciertos cambios evolutivos ligados al envejecimiento. Por otro lado, las dimensiones propias del bienestar psicológico (como el esfuerzo para llevar a cabo el propio potencial) muestran un decremento a lo largo de los diferentes momentos vitales estudiados, siendo éste especialmente acusado al comparar personas de mediana edad y personas mayores, observándose menores preocupaciones por el crecimiento personal y el propósito en la vida de estas últimas. La medida del bienestar psicológico aparece sensible, por tanto, a cambios objetivos en las condiciones de vida, además de a la edad.

En suma, podríamos decir que nuestros resultados están acorde con la revisión realizada por Reig (2000), quien comenta que diversos estudios señalan un gradiente decreciente en función de la edad para la mayoría de las dimensiones de CV (Alonso et al, 1998; Kind et al., 1998), a pesar de que la puntuaciones medias son bastante aceptables.

Por último, analizamos los datos del *Inventario de Depresión de Beck* (BDI). Los valores obtenidos oscilan entre 0 y 49, situándose la media en 9,09 (dt = 8,29), puntuación que corresponde a la ausencia de depresión considerado por la escala, lo que es comprensible, puesto que nos encontramos ante población general. La distribución de las puntuaciones se muestra en la figura 84, siendo su forma leptocúrtica ($C = 1,50$) y su asimetría positiva (1,18), es decir, la curva se encuentra inclinada hacia la izquierda, hacia las puntuaciones bajas.

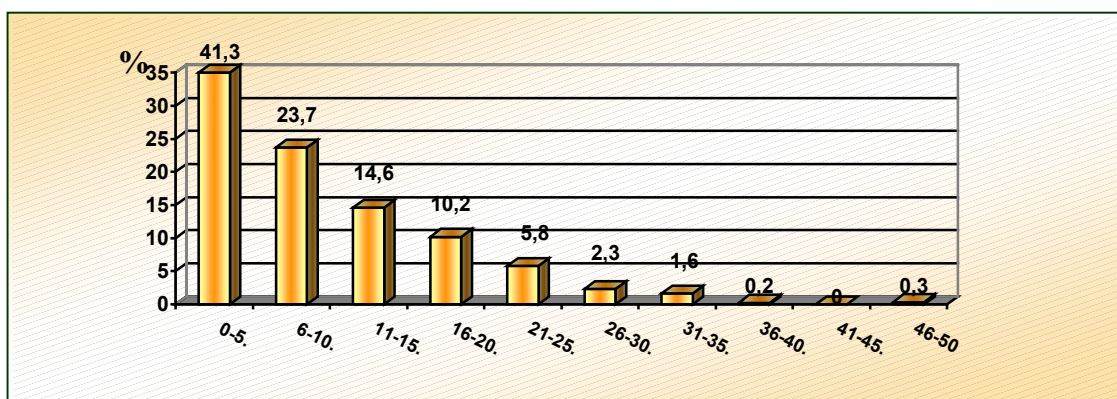


Fig. 84: Distribución de puntuaciones en Estado de Ánimo (BDI)

Calculamos también el porcentaje de personas que, dentro de cada grupo de edad, se clasificaban en una u otra categoría en relación a la sintomatología depresiva (fig. 85),

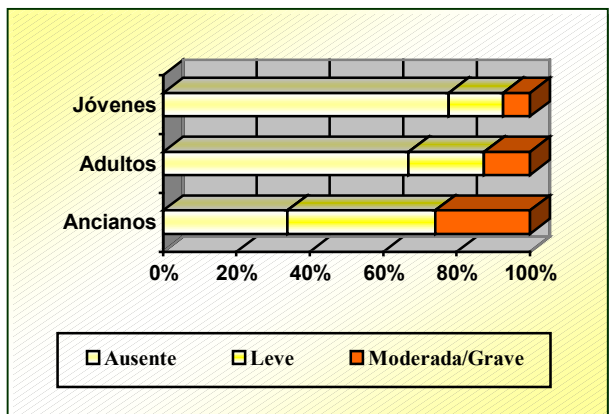


Fig. 85: Distribución por grupos de los niveles de depresión

encontrando cómo el 33,9% de los ancianos está libre de sintomatología, pues la leve aumenta considerablemente hasta afectar al 40,2%, situándose uno de cada cuatro con niveles de moderados a graves, que serían

susceptibles de una posible intervención. Estos resultados se encuentran dentro del rango encontrados por otros autores; así Black, Goodwin y Markides (1998) evidencian que el 25% de los ancianos de la comunidad presentan síntomas depresivos, y como comentan Sable, Dunn y Zisook (2002), según distintos estudios entre un 15 y un 30% de casos es posible distinguir sintomatología depresiva clínicamente relevante, sin que se cumplan los criterios diagnósticos DSM para el establecimiento de un trastorno depresivo.

En la tabla 30 reflejamos las medias y

Tabla 30: Grupos de estudio y E. Ánimo (BDI)

Grupos	Media	D. Típica
Jóvenes	5,58	6,72
Adultos	8,29	7,71
Ancianos	14,29	8,15

las desviaciones típicas que cada grupo obtuvo en la escala. Vemos que la sintomatología depresiva empeora con la edad, alcanzando en los ancianos el rango de leve. Hay estudios en donde también

encuentran un aumento de la sintomatología depresiva con la edad.

Por último, cabe preguntarse si la depresión en la última etapa del ciclo vital es clínicamente similar a la de los otros grupos de edad o si, en cambio, existen peculiaridades

propias y exclusivas que lleven a distinguir una “psicopatología depresiva típica de la vejez” (Vázquez y Lozoya, 1994). Y es que al igual que hablar de depresión como una entidad unívoca, homogénea y unitaria no tendría sentido, tampoco lo tiene el pensar en un mismo conjunto de manifestaciones sintomáticas a través de la edad e ignorar las características propias de las manifestaciones depresivas en este período de la vida (Buendía y Riquelme, 1994). Por ello, representamos también las medias obtenidas en cada uno de los ítems del BDI (figura 86), con la intención de hacernos una idea de si las medias difieren mucho entre las distintas cohortes, o por el contrario, estamos ante una patología con la misma carta de presentación en cualquier grupo de edad. Como se puede ver en el gráfico, los ancianos puntúan más que los otros grupos de edad en los ítems de tristeza, pesimismo, autosatisfacción, ideación suicida, llanto, irritabilidad, indecisión, pobre imagen corporal, fatiga, pérdida de apetito, pérdida de peso, hipocondría, así como también, y de modo más marcado, en la dificultad laboral, insomnio y desinterés por el sexo.

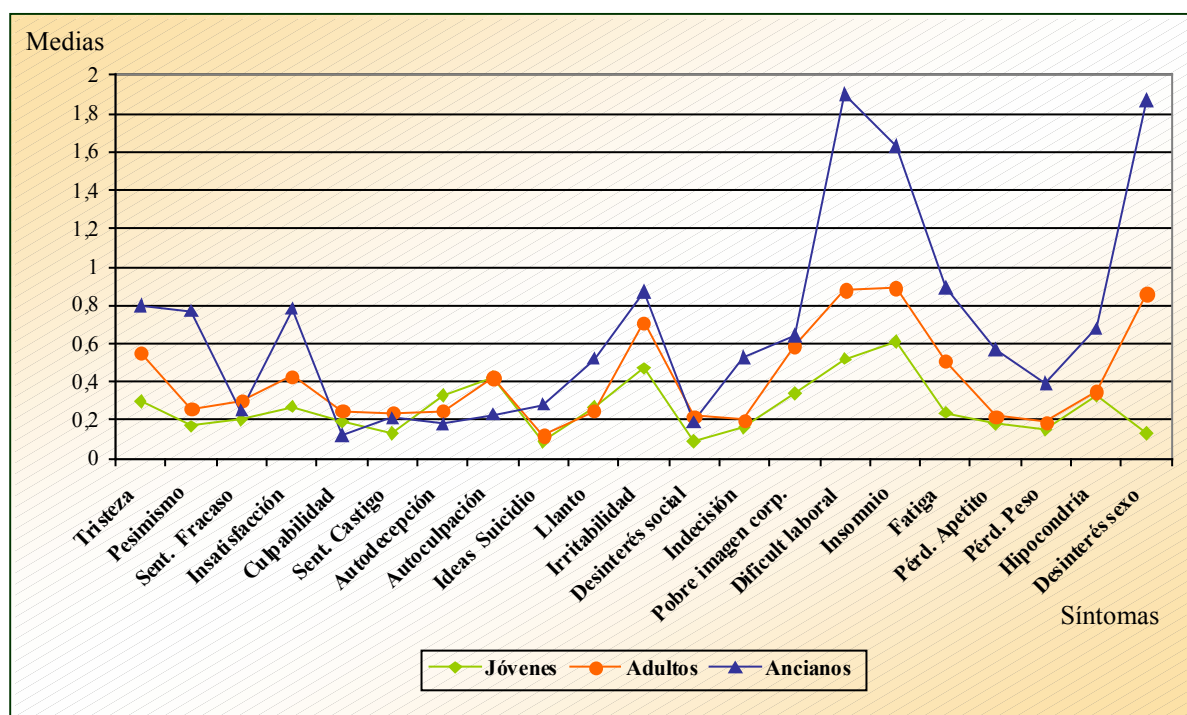


Fig. 86: Puntuaciones medias en los síntomas depresivos según grupos de edad

Los diferentes perfiles llevan a pensar que aunque existan estudios que encuentran pocas características clínicas diferenciales al comparar los distintos grupos de edad, y a pesar de la continua controversia, la depresión en la vejez no es del todo equiparable a la de otras edades, pudiendo existir síntomas importantes para el diagnóstico, como el llanto, que pueden tener un significado clínico diferente en las personas mayores (Jenike, 1989). Nuestros resultados están en la línea de los principales aspectos característicos de la población mayor, en donde se ha dado un relativo consenso, como la mayor pérdida peso (de la Serna, 2000), disminución del apetito, insomnio más intenso, más irritabilidad, mayor presencia de somatizaciones e hipocondría, mayor riesgo de suicidio (Conde y Jarne, 2006), menor sintomatología de culpa y menos cogniciones depresivas (Menchón, 1996); por contra, de la Serna (2000) refiere más formas enmascaradas y menos de tristeza como tal, aunque los datos de nuestro estudio evidencian que los sentimientos de tristeza también son mayores en esta etapa evolutiva.

Sin embargo, no podemos permanecer ajenos a que la edad conlleva una serie de cambios importantes en casi todos los ámbitos vitales biológicos, psicológicos y sociales, por lo que los trastornos psicológicos en el anciano toman una perspectiva biopsicosocial (Stoudemire y Blazer, 1985), llevando a un planteamiento de la persona anciana deprimida de un modo integrador y haciendo necesario realizar un diagnóstico diferencial adecuado. Esto nos hace tener presentes algunas molestias funcionales frecuentes, como las alteraciones del sueño, la disminución del apetito (menor gasto de energía, reducción de la actividad, menor sensibilidad olfatoria y gustativa, problemas de dentición, etc.), fatiga (exacerbada por algunas enfermedades crónicas y fármacos) o problemas de concentración y memoria, que pueden no ser sino cambios del envejecimiento normal (Spar y La Rue, 1999), aunque, en general no repercutan en la vida, ni en las capacidades sociales habituales (De la Serna, 2000).

Para finalizar de analizar los distintos instrumentos utilizados en la investigación, quisimos comprobar si existe relación entre algunas de las variables que los componen, como la inteligencia emocional, las estrategias de afrontamiento de segundo orden y la calidad de vida global. Para ello, aplicamos un análisis de correlación lineal de Pearson. Los resultados evidencian que, si consideramos el valor de 30 como indicador de un grado de relación aceptable, existe relación significativa entre todas las que se reflejan en la tabla 31.

Tabla 31: Análisis de Correlación entre las distintas variables estudiadas ($p < ,001$)

	Atención Emoc.	Claridad Emoc.	Reparación Emoc.	CV total
	Correlación	Correlación	Correlación	Correlación
Afron conduct problema	,21	,25	,35*	,42*
Afron cognit problema	,12	,24	,43*	,18
Escape cognitvo	,14	,09	,089	-,11
Afron emociones	,43*	,035	-,26	,83
Escape conductual	,17	,044	,00	-,16
CV total	-,066	,34*	,45*	

Encontramos que la calidad de vida se correlaciona con la claridad y la reparación emocionales, y con el afrontamiento conductual del problema. Para la IE y las estrategias de afrontamiento, los resultados están acorde a los encontrados en la literatura.

En relación a lo primero, para autores como Font (1990) o Hernández Meléndez et al., (1996), el bienestar y la CV se ven potenciadas por las estrategias centradas en la solución del problema en mayor medida que las centradas en el control de la emoción. En el trabajo de Aldaz, Etxeberria, Zamora, Barbero y Galdona (2011) en personas mayores, se apunta la repercusión tanto de la reparación como de la claridad emocional en la calidad de vida relacionada con la salud. Por otro lado, Gohm y Clore (2002b) revisaron las relaciones que los

estilos de afrontamiento sostienen con la IE percibida. En general, los resultados mostraron que valorar la experiencia emocional y tener confianza en nuestra habilidad para atender, comprender y regular nuestras emociones se asociaba con un estilo de afrontamiento que la literatura consideraba como más adaptativo; esto coincide con las correlaciones entre reparación emocional y afrontamiento cognitivo y conductual encontrada en nuestro trabajo. Estos autores indican que altas puntuaciones en la TMMS se relacionan con la reinterpretación positiva y crecimiento, con un mayor afrontamiento activo, la planificación de la acción y mayor búsqueda de apoyo social y emocional. Así, aquellos con una alta IE tendían a centrarse y a desahogar sus emociones pero no a evitar la situación estresante mediante conductas o supresión mental. Estos datos indican que una persona emocionalmente inteligente procesa y expresa las emociones de forma útil mostrando un abanico de estrategias de afrontamiento acorde con la información que le proporciona el estado afectivo.

7.3.- Análisis de datos

Una vez recogidos y ordenados los datos, se procedió al análisis estadístico que nos permitiría llegar a algunas conclusiones para poder comprobar nuestras hipótesis.

Todos los datos presentados en este trabajo fueron analizados en el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versión 15.0). El nivel de significación estadística asumida fue de .05, es decir, un nivel de confianza del 95%.

En primer lugar utilizamos pruebas de Estadística Descriptiva para ordenar, representar y analizar los datos de nuestra muestra. Como medida de tendencia central empleamos la media, al ser el valor más representativo de una serie de datos. Como medida de dispersión o variabilidad, usamos la desviación típica; además en los gráficos de las distribuciones se han identificado los coeficientes de asimetría (concentración de valores a la izquierda o derecha de la media) y curtosis o grado de apuntamiento. Las variables no cuantitativas se analizaron y representaron mediante porcentajes. También hemos utilizado el Análisis de correlación de Pearson entre las distintas variables.

Posteriormente, hicimos uso de técnicas de Estadística Inferencial que nos permitirían generalizar las características de nuestra muestra a la población a la que pertenece y comprobar nuestras hipótesis, dependiendo de las características de los contrastes y tipo de medidas. Entre los análisis utilizados se encuentran:

a) Análisis bivariado, que comparan a cada una de las variables independientes con la dependiente por separado, concretamente ANOVAS o análisis de varianza de uno y dos factores. Básicamente con el análisis de varianza obtenemos el estadístico F de Fisher-Snedecor, que nos informa sobre la existencia de diferencias significativas entre los diferentes subgrupos en los que se han separado los sujetos de nuestro estudio sobre la base de las categorías establecidas por la variable predictora o factor. Para conocer cuál es el grupo

diferente con respecto a los restantes grupos, realizamos comparaciones “a posteriori”, concretamente con el test de Scheffé.

b) Análisis multivariado, que poseen la propiedad de poder enfrentar a diferentes variables o factores independientes, juntas, con una o más variables dependientes. El análisis multivariado es útil para explicar relaciones entre una gran cantidad de indicadores o para explorar relaciones no conocidas entre éstos. El análisis multivariado aborda todos los indicadores disponibles para un fenómeno determinado. Uno de ellos es el Análisis Discriminante: es una de las técnicas de clasificación de sujetos en grupos ya definidos. Partimos de una muestra en la que se ha medido determinadas variables cuantitativas independientes, que son las que se utilizarán para tomar la decisión en cuanto al grupo en el que se clasifica cada sujeto, mediante el modelo matemático estimado a partir de los datos. Concretamente el análisis discriminante predictivo, trata de estimar a partir de los datos, unas ecuaciones que aplicadas a un nuevo sujeto, para el que se determinan los valores de las diferentes variables, pero del que se desconoce a qué grupo pertenece, nos proporcionen una regla de clasificación lo más precisa posible. Se trata pues de formular un algoritmo por el que se pueda determinar a qué grupo pertenece un sujeto. En el análisis discriminante predictivo es importante cuantificar con qué precisión se clasificará a un nuevo sujeto.

Resultados y Discusión

8- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

8.1.- Primera hipótesis

La primera hipótesis se planteó en los términos siguientes:

La inteligencia emocional, entendida como la capacidad humana de sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales, es un elemento protector de la depresión.

Para comprobarla, se realizan sucesivos análisis de varianza de dos factores de efectos fijos (ANOVAS), el primer factor son las puntuaciones obtenidas en cada una de las subescalas de Inteligencia Emocional (TMMS-24), previamente categorizadas según los puntos de corte que aconsejan los autores, y el segundo los tres grupos de edad en los que hemos venido dividiendo la muestra. Como variable dependiente o variable de medida, se introducen las puntuaciones del Inventario de Depresión (BDI). En el primer ANOVA (fig. 87), realizado con la atención emocional, los resultados indican efecto estadísticamente significativo de los dos factores por separado, aunque no existe interacción entre ellos.

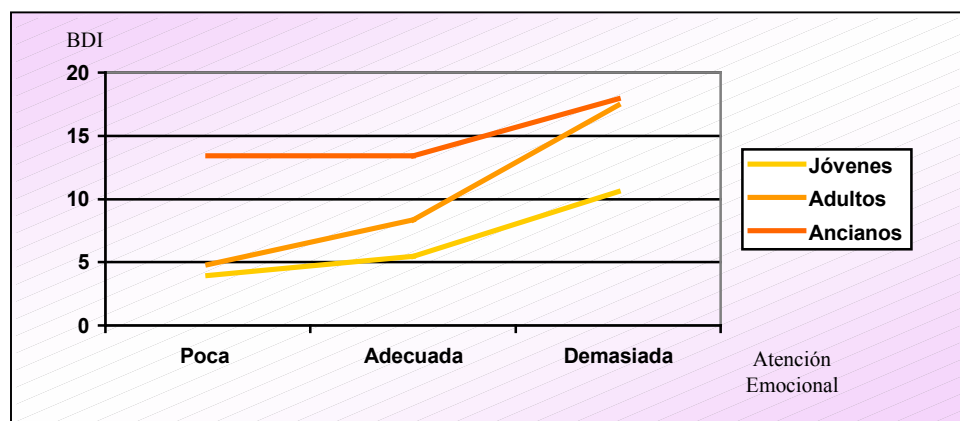


Fig. 87.- Atención Emocional y Edad x E. Ánimo

$F_{\text{edad}} (2, 383) = 20,99; P_a = ,0001^{**}$

$F_{\text{Aten em.}} (2, 383) = 30,56; P_a = ,0001^{**}$

$F_{\text{edad x Aten em.}} (4, 383) = 2,24; P_a = ,065$

Los análisis a posteriori o post-hoc, con la F de Scheffé, muestran que las diferencias en

la primera variable, los grupos de edad, se establecen entre los tres grupos, en el sentido de que aumenta la sintomatología depresiva a medida que nos adentramos en las diferentes etapas evolutivas (tabla 32); en el segundo factor, la atención emocional, las diferencias se producen entre los sujetos que poseen demasiada y los que tienen adecuada o poca atención emocional (Tabla 33). Es decir, son los participantes con una excesiva atención a sus emociones los más vulnerables a padecer un peor estado de ánimo, situándose en niveles de sintomatología depresiva leve.

Tabla 32: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,70	,008**
	Ancianos	-8,71	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,01	,0001**

Tabla 33: Análisis a posteriori Atención Em. x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Poca	Adecuada	-,73	,66
	Demasiada	-7,99	,0001**
Adecuada	Demasiada	-7,26	,0001**

Estos resultados son coincidentes con Hervás y Vázquez (2006), quienes informan que los estudios de variables relacionadas con el grado en el que una persona es consciente de su estado de ánimo y le presta atención, tanto por exceso como por defecto puede ser negativo. Son numerosos los trabajos que evidencian cómo las personas con altos niveles en atención emocional advierten un número mayor de síntomas físicos, depresivos y ansiosos, mayor tendencia a suprimir sus pensamientos, así como una disminución en su funcionamiento físico

y social (Salovey et. al., 1995; Goldman, Kraemer y Salovey, 1996; Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002).

Parece que el exceso atencional hacia los propios estados emocionales, o quizá más hacia uno mismo, puede llegar a ser muy negativo, sobre todo dentro de un contexto de malestar o disforia, como demuestran los estudios realizados sobre los procesos de autofocalización y los estilos rumiativos (Hervás y Vázquez, 2006, 2011); la rumiación, como comenta Nolen-Hoeksema (2000), no sólo predice la sintomatología depresiva a través de autoinformes como el BDI, sino también el diagnóstico de depresión a través de una entrevista clínica estructurada.

En este sentido, Thayer, Rossy, Ruiz-Padial, y Johnsen (2003) vieron cómo las personas atentas emocionalmente se caracterizan por estar vigilando en todo momento el progreso de sus estados de ánimo en un esfuerzo por intentar comprenderlos, lo que no siempre es productivo, sobre todo cuando una alta tendencia a las emociones no va seguida de una adecuada capacidad para discriminar sus causas, motivos y consecuencias. Extremera y Fernández-Berrocal (2004) añaden que el verdadero peligro de aquellos que atienden excesivamente a sus emociones, sin la claridad y reparación adecuadas, es que podrían desarrollar una espiral emocional que generase un proceso rumiativo, fuera del control del individuo, y que perpetuase, más que aliviase, su estado de ánimo negativo. Estos datos han sido matizados por otros autores que sugieren que se desembocaría en este ciclo rumiativo sólo si la persona no posee la suficiente capacidad para reparar las emociones que está sintiendo en ese momento; se puede encontrar así que una atención elevada puede resultar beneficiosa en relación a niveles de bienestar si la reparación emocional es alta (Lischetzke y Eid, 2003).

No obstante, si una elevada atención se equilibra con niveles de claridad y reparación adecuados, se facilitaría un mayor procesamiento emocional reflexivo, que podría evitar estos ciclos que generan mayores síntomas depresivos (Thayer et al., 2003).

En suma, una deficiente capacidad para percibir las emociones y reparar estados negativos podrían favorecer el mantenimiento o intensificar las respuestas rumiativas. Por ello, Extremera y Fernández-Berrocal (2006b), en la línea de lo sugerido por Fierro (2006) y otros autores como Nolen-Hoeksema y sus colaboradores, o Trapnell y Campbell (1999), proponen diferenciar entre una *atención emocional reflexiva*, que examina nuestras emociones para “alcanzar” la solución del problema, que es adaptativa y propia de personas emocionalmente inteligentes, de la *atención rumiativa y recurrente* en la que se da vueltas al problema buscando explicaciones, causas y motivos, pero sin salir del malestar, que probablemente correlacionaría con indicadores desadaptativos, sea más propia de sujetos con carencias o desajustes afectivos y que fuese depresógena.

Por otro lado, tampoco podemos olvidar que, a su vez, la depresión está asociada con sesgos atencionales hacia la información negativa y a una ausencia de aspectos positivos que muestran las personas normales, apoyando así la teoría de Beck (1987, 1991). Una característica del pensamiento depresivo es precisamente esa atención selectiva a información negativa y autorreferente, ignorando otro tipo de datos presentes que expondría a los sujetos a una mayor vulnerabilidad ante los mismos niveles de atención emocional (Sanz y Vázquez, 1999).

Es decir, como exponen estos autores, la depresión se asocia a un modo particular de funcionamiento atencional en relación con la información de carácter emocional, existiendo sesgos atencionales hacia la información negativa; sin embargo, parece que esta atención selectiva no llega a ser una característica cognitiva estable en los sujetos deprimidos, aunque

su presencia no puede explicarse como mera consecuencia del estado de ánimo depresivo. Parece que estos sesgos atencionales formarían parte de esquemas depresógenos en personas vulnerables, pudiendo actuar como factores de mantenimiento y/o exacerbación de la depresión, probablemente a través de la formación de círculos viciosos en los que la información negativa filtrada acentúe y/o mantenga el estado de ánimo negativo y/o la propia activación de los esquemas depresógenos.

El siguiente ANOVA (fig. 88), se realiza con la claridad emocional y, de nuevo, los grupos de estudio, sobre las puntuaciones del BDI. Los resultados vuelven a evidenciar efecto estadísticamente significativo de los factores por separado sobre el estado de ánimo.

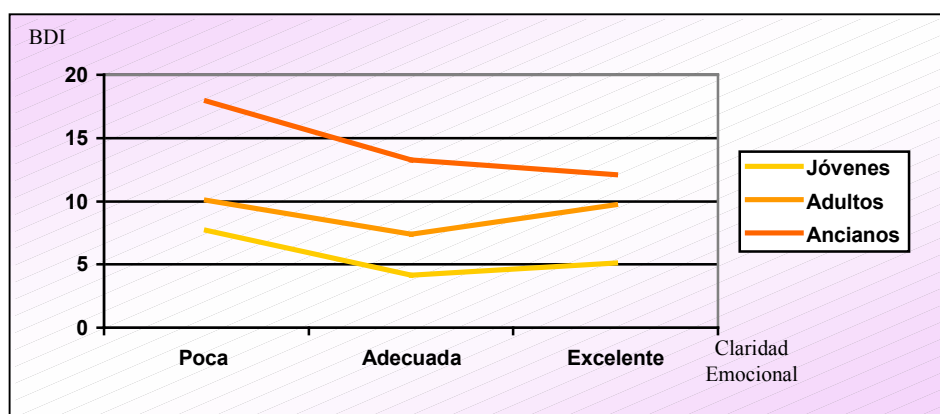


Fig. 88.- Claridad Emocional y Edad x E. Ánimo

F edad (2, 383) = 28,38; P_a = ,0001 (**)

F Clar em. (2, 383) = 8,72; P_a = ,0001 (**)

F edad x Clar em. (4, 383) = ,85; P_a = ,49

Los análisis a posteriori o posthoc, con la F de Scheffé, indican que las diferencias se producen entre los sujetos que poseen poca claridad emocional y los que la tienen adecuada (tabla 34). Es decir, que independientemente del estadio evolutivo, los que no logran comprender sus estados emocionales de un modo adecuado son los que mayor sintomatología depresiva presentan; los niveles intermedios son los más adecuados, al ser los únicos que se asocian a ausencia de síntomas indicativos de un bajo estado de ánimo. En relación al otro

factor, la edad, las diferencias se establecen entre los tres grupos (tabla 35), siendo el de los ancianos el que más sintomatología depresiva presenta.

Tabla 34: Análisis a posteriori Claridad Emocional x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Poca	Adecuada	3,34	,0001**
	Excelente	,87	,79
Adecuada	Excelente	-2,47	,11

Tabla 35: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,70	,011**
	Ancianos	-8,71	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,01	,0001**

Nuestros resultados indican que es el grupo de niveles adecuados, y no excelente, el que mejor estado de ánimo evidencia, y es el grupo más vulnerable el que presenta los menores valores en esta habilidad. Estos datos podrían estar en la línea de otras investigaciones que han relacionado una alta claridad emocional con mayor satisfacción con la vida (Palmer, Donaldson y Stough, 2002). Gohm y Clore (2002b) comentan que aquellos que saben lo que están sintiendo, podrían ser más habilidosos para tratar los problemas emocionales y, por consiguiente, experimentar mayor bienestar comparándolos con las personas que tienen menos claridad en sus sentimientos. Asimismo, aquellos que son capaces de identificar fácilmente una emoción específica durante situaciones de estrés, pasarán menos tiempo atendiendo a sus reacciones emocionales, invirtiendo además un menor número de recursos cognitivos, lo que permite evaluar alternativas de acción, mantener el pensamiento en otras

tareas, o bien llevar a cabo estrategias de afrontamiento más adaptativas.

Los datos ofrecidos por Rude y McCarthy (2003) indican que los participantes con alta vulnerabilidad a la depresión se diferenciaban en mayores niveles de supresión de pensamientos y menor claridad emocional. Ciarrochi, Caputi y Mayer (2003) encuentran relación entre la capacidad de ser consciente e identificar las emociones propias y ajenas con una mayor capacidad para evitar los sesgos cognitivos, lo que hace que reaccionen ante un estado de ánimo negativo elevando sus juicios sobre su satisfacción, mientras que aquellos con bajas destrezas sesgaron su juicio negativamente. Barrett et al., (2001) afirman que aquellas personas con mayor capacidad para diferenciar emociones, usaban frecuentemente estrategias de regulación emocional ante estados de ánimo negativos. Estos resultados son igualmente concordantes con la correlación entre claridad y reparación emocional, expuesta anteriormente en la tabla 28.

Sin embargo, otros autores atribuyen la falta de claridad emocional no sólo a un déficit de habilidades, sino a una tendencia a presentar reacciones afectivamente complejas, es decir, involucrando a un gran número de emociones. Hervás, Hernangómez y Vázquez (2004) confirman esta idea al encontrar asociación entre la tendencia a experimentar estados emocionales complejos con una mayor dificultad para la regulación y una mayor tendencia a la rumiación.

Para finalizar, realizamos el mismo tipo de análisis con la última de las subescalas (la reparación emocional), y con la edad (fig. 89). Los resultados también indican que hay efecto de los dos factores sobre el estado de ánimo de forma independiente. Al realizar los análisis a posteriori, de nuevo con la F de Scheffé, los resultados evidencian que las diferencias se producen entre aquellos participantes que utilizan poco esta habilidad, con los otros dos grupos, es decir, los que hacen un uso adecuado y excelente (tabla 36). Al igual que con los

análisis anteriores, el post-hoc en relación a los grupos de edad muestra diferencias entre los tres (tabla 37).

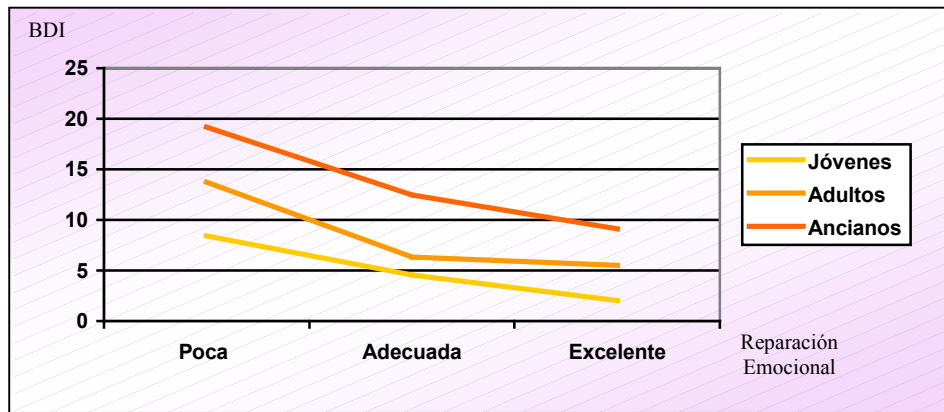


Fig. 89.- Reparación Emocional y Edad x E. Ánimo

F edad (2, 383) = 35,36; P_a = ,0001**
 F Rep em. (2, 383) = 38,94; P_a = ,0001**
 F edad x Rep em. (4, 383) = 1,29; P_a = ,27

Tabla 36: Análisis a posteriori Reparación Em. x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Poca	Adecuada	6,35	,0001**
	Demasiada	7,70	,0001**
Adecuada	Demasiada	1,35	,45

Tabla 37: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,70	,006**
	Ancianos	-8,71	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,01	,0001**

Estos resultados podrían resumirse en que una baja habilidad para dirigir y manejar las emociones, tanto positivas como negativas de forma eficaz, se asocia a síntomas depresivos

leves. En este sentido, son diversos los trabajos que han examinado la influencia de la regulación de las emociones en el ajuste emocional y en la depresión. También se ha demostrado su asociación con un nivel menor de síntomas informados (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002) y reducción real de las visitas al médico (Goldman, Kraemer y Salovey, 1996; Salovey, 2001); una alta puntuación va unida a mejores resultados vitales, ya que supone una mayor capacidad para interrumpir estados emocionales negativos y prolongar los positivos (Goldman, Kraemer y Salovey, 1996; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002), se vincula a una mejor calidad en las relaciones sociales y al bienestar subjetivo (Salovey, 2001; Extremera, Fernández-Berrocal y Durán, 2003; John y Gross, 2004; Leible y Snell, 2004), se asocia con la dimensión mental de la calidad de vida relacionada con la salud (Aldaz et al., 2011), e incluso se relaciona con un mejor estado nutricional en personas mayores (Aldaz, Coello, Etxeberria, Zamora y Galdona, 2011). Por contra, la creencia de no poder regular y modificar los estados emocionales negativos correlaciona con diferentes indicadores de depresión (Fernández-Berrocal, Ramos y Orozco, 1999; Catanzaro, Wasch, Kirseh y Mearns, 2000; Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001; Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Ramos y Extremera, 2001; Gohm y Clore, 2002; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002).

Es más, uniendo la importancia de esta variable con la claridad, anteriormente expuesta, se ha visto que una elevada actividad para discriminar y regular nuestras emociones, ayuda a reducir el malestar y las emociones negativas, disminuyendo la sintomatología ansiosa y depresiva, la supresión de pensamientos y la cantidad de pensamientos rumiativos, aumentando, en definitiva, la satisfacción vital (Martinez-Pons, 1997; Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera, 2001).

Incluso se sigue debatiendo que cuando una persona percibe un estado de ánimo como

típico y habitual en ellos mismos, aunque sea negativo, es más probable que no quieran cambiarlo (Mayer y Stevens, 1994). Así, sujetos con baja autoestima atribuyen su falta de motivación para regular sus estados de ánimo negativos a la costumbre de experimentar dichos estados (Heimpel et al., 2002), lo que demuestra que para ciertas personas la rutina ante un determinado estado de ánimo podría estar asociada a una disregulación anímica. Ahora bien, se ha encontrado que las expectativas de equilibrio de estos estados de ánimo negativos favorecen un afrontamiento más activo (Kirsch, Mearns, y Catanzaro, 1990; Brashares y Catanzaro, 1994; Catanzaro y Greenwood, 1994; Catanzaro, Wasch, Kirsch y Mearns, 2000) y un recuerdo autobiográfico más positivo (Smith y Petty, 1995; Rusting y DeHart, 2000), mientras que cuando éstas expectativas son bajas, se incrementa la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos futuros, sobre todo en interacción con una situación estresante (Brashares y Catanzaro, 1994; Catanzaro et al., 2000).

La influencia de la regulación afectiva no sólo se asocia a una mayor satisfacción con la vida, sino que si viramos hacia el polo opuesto encontramos que existe una creciente evidencia de que las disfunciones en los procesos que modulan la regulación emocional efectiva pueden jugar un importante papel en la vulnerabilidad a padecer o mantener diferentes trastornos psicológicos o físicos, como el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993; Gratz, 2003) o el consumo de sustancias como el alcohol (McNally, Palfai, Levine y Moore., 2003). De modo complementario, la evitación de la experiencia emocional puede considerarse una estrategia de regulación desadaptativa que parece estar asociada a ciertos problemas como el trastorno de pánico o el de ansiedad generalizada, entre otros (Feldner, Zvolensky, Eifert, y Spira, 2003).

La otra cara de la moneda es también importante, pues como introducíamos en la parte teórica, programas de intervención dirigidos a la mejora de estas habilidades tienen un efecto

positivo en el bienestar emocional, como apunta por ejemplo el reciente trabajo de Etxeberria et al. (2011) realizado en cuidadores de enfermos de Alzheimer.

En cualquier caso, queda aún mucho por conocer sobre los procesos emocionales, cognitivos y motivacionales que puedan estar en la base de la regulación anímica, así como de las estrategias más efectivas para cada persona y situación, a pesar de que cada vez encontramos más variables que pueden estar relacionadas con una regulación adecuada.

Tras analizar estas tres variables correspondientes a la IE, podemos resumir que, al igual que en nuestro estudio, diversos trabajos encuentran que las dimensiones de la TMMS de claridad y reparación suelen estar relacionadas negativamente con los niveles de afecto depresivo y de malestar emocional, mientras que la atención tiende a estarlo en sentido positivo (Salovey, Stroud, Woolery y Epel, 2002; Rude y McCarthy, 2003; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006a; 2006b; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera y Pizarro, 2006; Fierro, 2006; Hervás, 2006; Salguero e Iruriazaga, 2006); lo mismo ocurre con escalas de habilidad como el MSCEIT (Extremera y Rueda, 2011). Esta relación negativa con la claridad y la reparación, y positiva con la atención, también se ha visto en personas mayores en la alexitimia (Aldaz, Etxeberria, Zamora, Barbero y Galdona, 2011). A nivel general, también se encuentra una relación positiva entre la inteligencia emocional percibida globalmente y el nivel de afecto positivo (Schutte et al., 2002; Furnham y Petrides, 2003; Extremera, Durán, y Rey, 2005), el bienestar subjetivo (Vergara, Alonso, San Juan, Aldás y Vozmediano, 2011), e incluso una mejor calidad de vida (Ruvalcaba y Salazar, 2011). Se cree, por tanto, que el patrón característico de personas con una elevada inteligencia emocional es en general aquel caracterizado por puntuaciones moderadas-bajas en atención emocional y altas en claridad y reparación.

Se confirma por tanto la primera hipótesis, porque de acuerdo con Extremera,

Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello (2006), consideramos a la inteligencia emocional como un constructo teóricamente relevante y empíricamente predictivo de las diferencias individuales en la sintomatología depresiva, pues la manera en que las personas manejan sus sentimientos y pensamientos en momentos de tristeza y abatimiento influye en la severidad y la duración de síntomas depresivos posteriores (Nolen-Hoeksema, Morrow y Fredrickson, 1993; Nolen-Hoeksema, 2000). De la misma forma se ha comprobado que las etapas evolutivas también proporcionan vulnerabilidad en el estado de ánimo. Ahora bien, no se confirma el que ambas variables ejerzan su efecto conjuntamente.

8.2.- Segunda Hipótesis

A la hora de plantearnos la segunda hipótesis, partimos del hecho de que la depresión no es sólo un trastorno bastante prevalente, sino que quizá sea también uno de los paradigmas en los que parece demostrarse que quien la padece, no está siendo capaz de afrontar con éxito alguna situación vital difícil (Vázquez, Crespo y Ring, 2000). Por ello, el uso de estrategias de afrontamiento eficaces para regular síntomas depresivos, puede ser clave para mantenerlos o exacerbarlos, pues si la realidad es que ante situaciones similares no todo el mundo se deprime, el modo en que una persona intenta regular su estado de ánimo negativo puede marcar la diferencia entre los que sí lo hacen desde un punto de vista clínico, y entre aquellos que simplemente, "se entristecen" (Hernangómez y Vázquez, 2005). De este modo, si somos capaces de comprender adecuadamente el tipo, la frecuencia y la utilidad de las distintas estrategias de afrontamiento que las personas normales utilizan para paliar el propio estado de ánimo negativo, quizá podamos maximizar la utilidad de los programas de prevención y tratamiento de la depresión en aquellos que la padecen (Vázquez, Crespo y Ring, 2000).

En este marco, la hipótesis planteada fue:

Las estrategias de afrontamiento más activas ayudan a los ancianos a afrontar con éxito las distintas situaciones vitales propias de esta etapa evolutiva, protegiéndolos de la psicopatología depresiva.

Para comprobarla se realizan sucesivos análisis de varianza de dos factores de efectos fijos (ANOVAS), donde los factores son las puntuaciones obtenidas en cada una de las dimensiones de la Escala multidimensional de evaluación de los estilos generales de afrontamiento (COPE), previamente categorizadas en tres grupos en función del percentil 25 y 75 (alto, medio y bajo) y los grupos de edad. Como variable dependiente o variable de medida

se introducen las puntuaciones del Inventario de Depresión de Beck (BDI).

En el primer ANOVA introdujimos el Afrontamiento Activo y los grupos de edad, indicando los resultados diferencias estadísticamente significativas sobre el estado de ánimo en los dos factores por separado, pero no la interacción entre ambos (fig. 90).

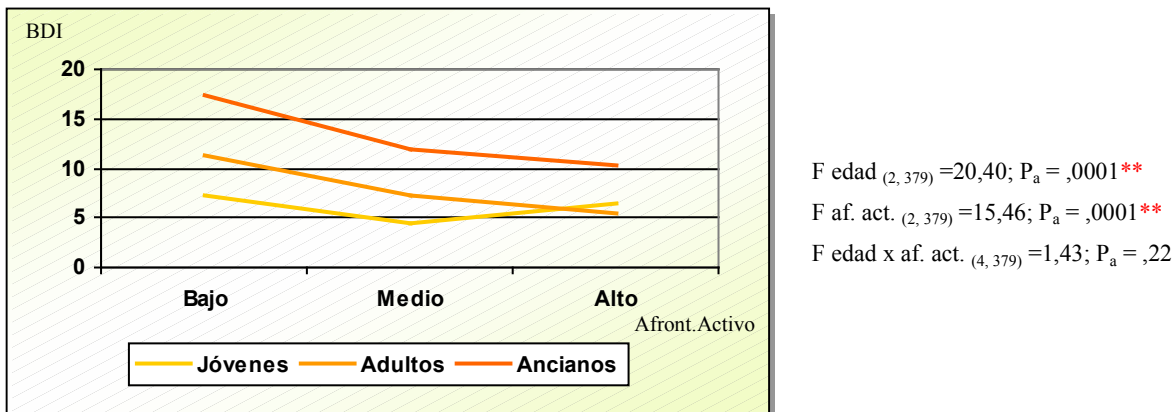


Fig. 90.- Afrontamiento activo y Edad x E. Ánimo

Los análisis a posteriori con la F de Scheffé (tabla 38) indican que las diferencias se producen entre el grupo que utiliza menos esta estrategia, que alcanza valores leves de depresión, y los otros dos; es decir, que los grupos que llevan a cabo acciones, o ejercen esfuerzos para eliminar o paliar el estresor, se encuentran con valores en el estado de ánimo dentro de la normalidad.

Tabla 38: Análisis a posteriori Afrontamiento Activo x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Bajo Medio	4,82	,0001**
Bajo Alto	5,15	,0001**
Medio Alto	,33	,96

Tabla 39: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,62	,013**
Jóvenes Ancianos	-8,73	,0001**
Adultos Ancianos	-6,11	,0001**

La diferencia obtenida en función de la edad permite observar que el grupo de ancianos

es el que obtiene puntuaciones más altas en sintomatología depresiva, alcanzando siempre valores en niveles leves y moderados; por el contrario los jóvenes y adultos se mantienen en valores leves o ausentes de depresión (tabla 39).

También ha resultado significativo el análisis de varianza realizado con la Planificación, tanto de los factores por separado como de la interacción entre ambos (Fig. 91):

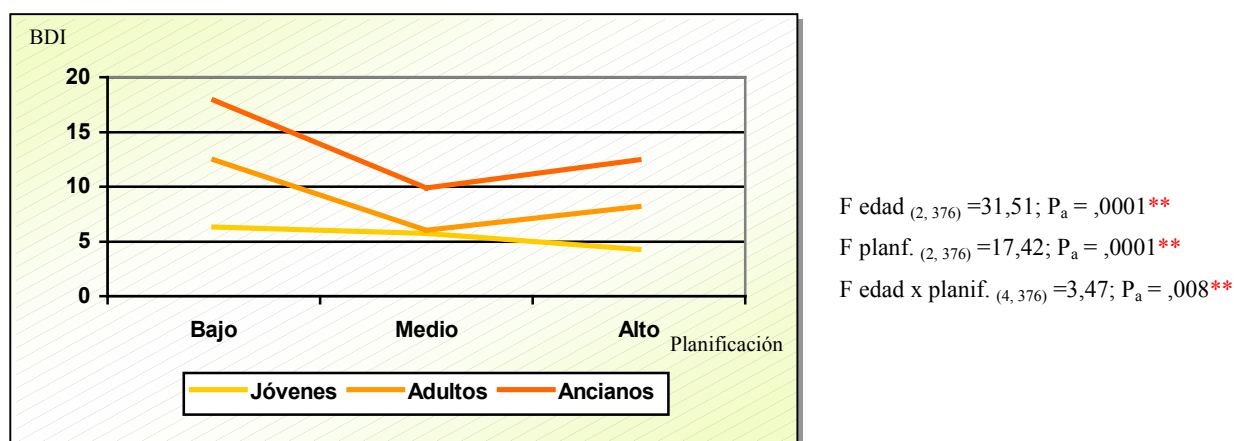


Fig. 91.- Planificación y Edad x E. Ánimo

Como podemos apreciar en la gráfica (fig. 91), cuando se planifica en valores medios no existe diferencia entre jóvenes y adultos; sin embargo, en este último grupo, tanto el no uso como la utilización excesiva de la estrategia empeora los valores depresivos.

Tabla 40: Análisis a posteriori
Planificación x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	6,69	,0001**
Baja Alta	5,92	,0001**
Media Alta	-,77	,72

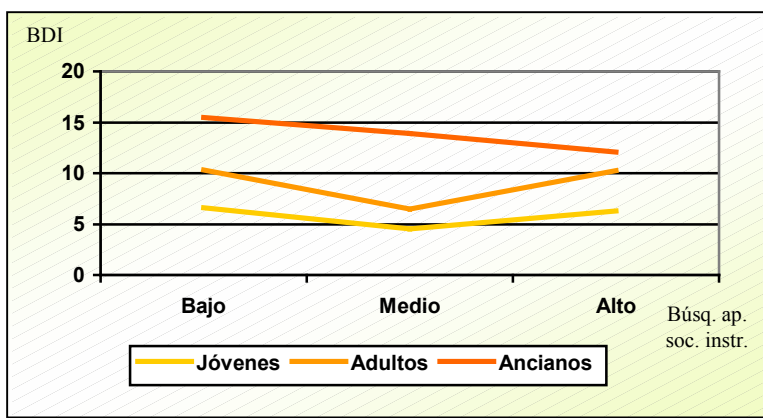
Tabla 41: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,80	,006**
Jóvenes Ancianos	-9,05	,0001**
Adultos Ancianos	-6,25	,0001**

En los resultados a posteriori realizados con la F de Scheffé se puede comprobar que

son los que ofrecen peores puntuaciones en esta estrategia los que evidencian la diferencia sobre los otros dos grupos, presentando mayor sintomatología depresiva (tabla 40). Con respecto a la edad, como en el resto de los análisis, se establecen diferencias significativas entre los tres grupos, aportando mayor vulnerabilidad a los mayores (tabla 41).

La siguiente estrategia introducida fue la búsqueda de apoyo social instrumental, donde encontramos diferencias significativas de ambos factores por separado (fig. 92).



F edad (2, 381) = 29,76; P_a = ,0001**
 F búsq. ap soc ins. (2, 381) = 4,00; P_a = ,019**
 F edad x búsq ap soc ins (4, 381) = 1,11; P_a = ,35

Fig. 92.- Búsqueda apoyo social instrumental y Edad x E. Ánimo

Los análisis a posteriori evidencian que es el grupo que menos ayuda o consejo busca acerca de qué hacer, los que peor puntúan en el inventario de depresión (tabla 42). Respecto a la edad, sigue habiendo diferencias entre los tres grupos (tabla 43):

Tabla 42: Análisis a posteriori Búsq ap soc ins x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Bajo Medio	3,93	,0001**
Bajo Alto	3,04	,021**
Medio Alto	-,89	,68

Tabla 43: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,84	,007**
Jóvenes Ancianos	-8,85	,0001**
Adultos Ancianos	-6,01	,0001**

La siguiente de las estrategias que resultó significativa fue la religión, existiendo en el

ANOVA efecto de ambos factores por separado sobre el estado de ánimo (fig. 93).

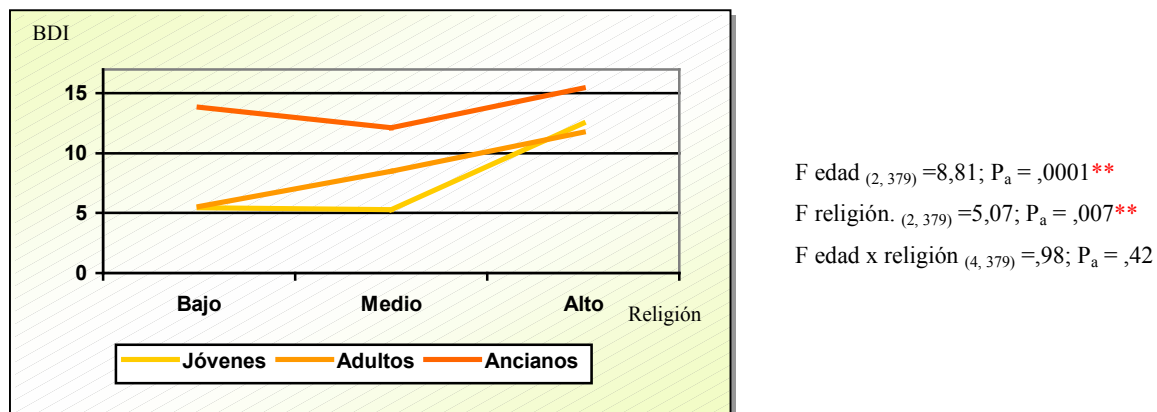


Fig. 93.- Religión y Edad x E. Ánimo

El análisis a posteriori (tabla 44) indica cómo es el grupo que confía, busca alivio y espera ayuda de Dios o de sus creencias religiosas peores puntuaciones en relación a la sintomatología depresiva. En cuanto a la edad, la diferencia es entre los tres grupos (tabla 45).

Tabla 44 Análisis a posteriori
Religión x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	-2,22	,051
Baja Alta	-8,52	,0001**
Media Alta	-6,30	,0001**

Tabla 45: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,68	,013**
Jóvenes Ancianos	-8,69	,0001**
Adultos Ancianos	-6,01	,0001**

Las creencias y las prácticas religiosas se asociaron durante mucho tiempo a entidades como la neurosis o la histeria, y son los estudios recientes los que han identificado otra cara, en forma de la utilidad que podrían tener como recursos psicológicos y sociales para afrontar el estrés (Koenig, 2009).

Rivera-Ledesma y Montero (2005) exponen que la vida religiosa es importante para el adulto mayor, como comprobamos al encontrarnos que es la estrategia de afrontamiento más utilizada en los ancianos; sin embargo, como inciden estos autores, dicha variable parece no

beneficiarles en cuanto a su salud mental, cuando es definida por el grado de depresión y soledad experimentada. Éstas últimas no se asociaban con actividades como la asistencia a la iglesia, el rezo, la oración, o leer la Biblia. Los adultos mayores, por tanto, no se benefician de su vida espiritual. Estos resultados contrastan con muchos resultados que habían indicado que, independientemente del país, la etnia o la edad, aquellas personas que se implican religiosamente, asocian un mejor afrontamiento y una menor depresión, ansiedad, suicidio o abuso de sustancias (Koenig, 2009), así como una mayor satisfacción vital encontrada en aquellos que se perciben a sí mismos con una elevada fe (Idler et al., 2003).

Esta controversia lleva a preguntarnos qué es lo que realmente estamos midiendo, pues a veces los significados pueden resultar ambiguos: de un modo general, la religión haría referencia a creencias, prácticas y rituales relacionados con lo sagrado, y normalmente previamente acordados; por su parte, la espiritualidad es más difícil de definir y se puede considerar más personal, no estando unida a las reglas o responsabilidades asociadas a la religión; de hecho, cada vez hay más personas que se consideran espirituales, pero no religiosas (Koenig, 2009).

Esta reflexión, en un intento de analizar y explicar nuestros resultados, nos lleva a mencionar la conceptualización de Allport (1950) en relación a la motivación hacia la religión; esta vivencia puede ser extrínseca (“usar la religión”), o intrínseca (“vivir la religión”). El creyente intrínseco vive su religión, y ve su fe como el valor más alto de su vida, mientras que el extrínseco la usa en un sentido estrictamente utilitario para ganar seguridad, posición social, u otras metas no religiosas o antireligiosas. Los efectos de estas orientaciones sobre el bienestar físico y mental del individuo son contrapuestas; mientras que la primera lo favorece, la religiosidad extrínseca está relacionada con el desajuste psicológico (Donahue, 1985). En congruencia, Koenig et al. (1988) o Koenig, George y Peterson (1998),

documentaron que la religiosidad intrínseca o vida espiritual se asocia a un menor tiempo en la remisión de los cuadros depresivos, mientras que la asistencia y los hábitos religiosos no lo están. Krause (2003) encuentra que los ancianos que consideran que la religión aportaba un sentido a sus vidas, presentaban niveles mayores de satisfacción vital, autoestima y optimismo. De hecho, Crowther et al. (2002) incorporaron la espiritualidad positiva como “factor olvidado” al modelo que Rowe y Kahn desarrollaron en relación con el envejecimiento satisfactorio.

Teniendo en cuenta lo expuesto, la vulnerabilidad hacia la sintomatología depresiva que ofrece el uso frecuente de la religión encontrada en nuestro estudio, puede entenderse al considerar esta última en términos de estrategia de afrontamiento a los problemas, más relacionado con un uso extrínseco, que con una auténtica espiritualidad asociada a un constructo más trascendente. Como comenta Koenig (2009), en estos casos las creencias religiosas pueden ser usadas de un modo primitivo y defensivo para evitar realizar cambios necesarios en la vida. Rivera-Ledesma y Montero (2005) ya advierten de que la espiritualidad es un fenómeno complejo, a la vez que se trata de una experiencia eminentemente personal, en buena medida inefable. Si lo religioso implica un deber ser, lo espiritual implica simplemente ser, y en la actualidad parece existir una desvinculación entre ambos.

En cualquier caso, estudios recientes indican que quizá existan factores no analizados relacionados tanto con la religión como con la depresión, que pudieran estar sesgando los resultados. Este sería el caso de los factores genéticos, pues como revela un trabajo llevado a cabo en 2003 por Borg, Andrée, Soderstrom y Farde, la unión al receptor cerebral de la serotonina (5-HT_{1A}) era menor en aquellos con una mayor tendencia a explicar desde un punto de vista extrasensorial, ya sea religioso o en relación con fuerzas unificadoras, los hechos cotidianos sin explicación objetiva aparente; lo curioso, es que este patrón biológico es

encontrado también en la ansiedad o en los trastornos depresivos (Sargent et al., 2000; Tauscher et al., 2001; Bain et al., 2004). Por tanto, como comenta Koenig (2009), más que estar menos predispuestos genéticamente a la depresión, las personas con orientación religiosa podrían estar sometidos a una mayor vulnerabilidad a padecer desórdenes emocionales basada en su perfil de unión a los receptores serotoninérgicos. Hacen falta más investigaciones y, sobre todo, delimitar bien los términos que se usan y unificar criterios, para poder llegar a un mayor entendimiento de la cuestión. En el siguiente ANOVA, también existe efecto de ambos factores por separado al introducir la variable de reinterpretación positiva y crecimiento personal (fig.94).

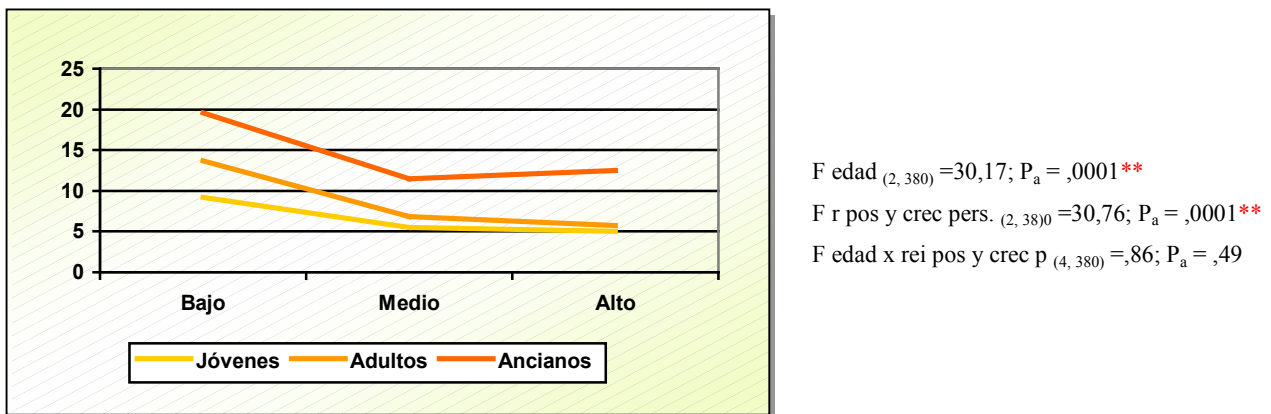


Fig. 94.- Reintrepretación positiva y crecimiento personal y Edad x E. Ánimo

Tabla 46: Análisis a posteriori
Reint pos y crec pers x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	7,47	,0001**
Baja Alta	7,31	,0001**
Media Alta	-,16	,99

Tabla 47.: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,71	,007**
Jóvenes Ancianos	-8,72	,0001**
Adultos Ancianos	-6,01	,0001**

Los análisis a posteriori se reflejan en la tabla 46. Los participantes que menos utilizan

esta estrategia de afrontamiento, se diferencian de los otros dos grupos, alcanzando además valores de depresión leves. En la tabla 47 se encuentran el post-hoc para los grupos de edad, una vez más, con diferencias entre los tres.

Al realizar el mismo tipo de análisis con las puntuaciones obtenidas en refrenar el afrontamiento y la edad, los resultados son significativos, de nuevo, para los factores por separado (Fig. 95):

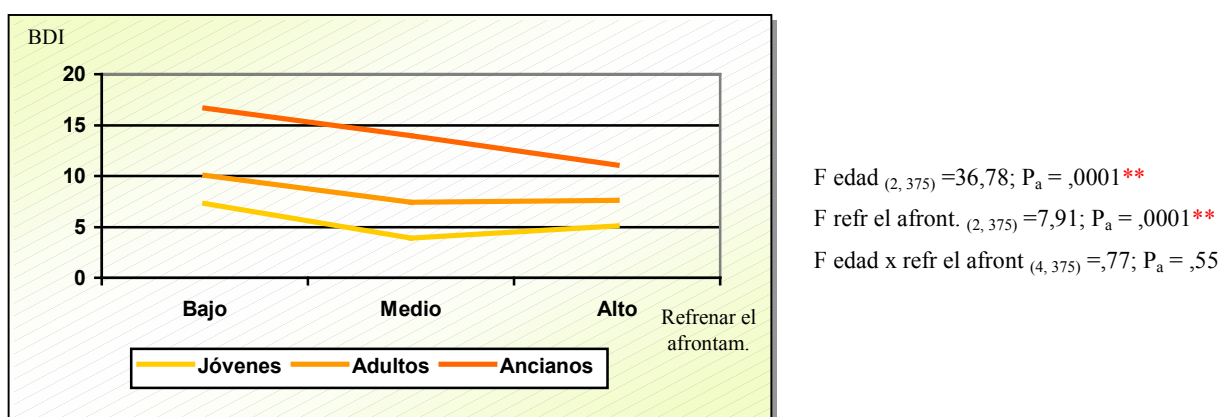


Fig. 95.- Refrenar el afrontamiento y Edad x E. Ánimo

Con el análisis post-hoc (tabla 48) comprobamos que el grupo que menos afronta la situación de un modo más pasivo, posponiendo la actuación hasta que ésta pueda ser útil, es el que ejerce las diferencias sobre los otros dos presentando peores puntuaciones en el BDI. Los grupos de edad ofrecen diferencias entre ellos (tabla 49).

Tabla 48: Análisis a posteriori
Refrenar el afront x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Bajo Medio	2,96	,003**
Bajo Alto	3,25	,011**
Medio Alto	,28	,96

Tabla 49: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,88	,007**
Jóvenes Ancianos	-9,05	,0001**
Adultos Ancianos	-6,17	,0001**

En cuanto a la aceptación y a la edad, también fueron factores estadísticamente significativos ejerciendo ambos por separado efecto sobre el BDI (fig. 96), evidenciando que la sintomatología depresiva empeora al aumentar el uso de esta estrategia.

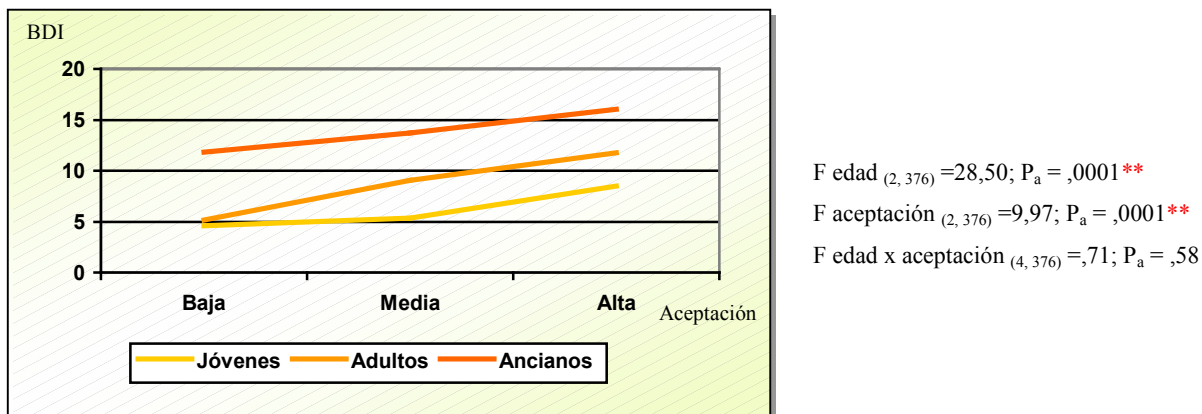


Fig. 96.- Aceptación y Edad x E. Ánimo

Con el análisis a posteriori encontramos diferencias entre los tres grupos, en ambos factores (tablas 50 y 51).

Tabla 50: Análisis a posteriori Aceptación x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-2,83	,006**
	Alta	-6,91	,0001**
Media	Alta	-4,07	,0001**

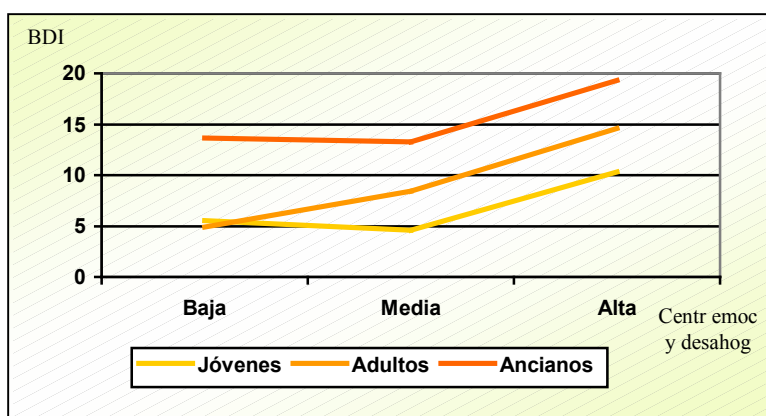
Tabla 51: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,77	,009**
	Ancianos	-8,67	,0001**
Adultos	Ancianos	-5,89	,0001**

Del mismo modo, Garnefski y Kraaij, (2006) acorde con nuestros resultados, indican que la aceptación en las personas mayores va asociada principalmente a la sintomatología depresiva, representando un modo pasivo y negativo de adaptación vital.

Se encuentran también diferencias estadísticamente significativas en la estrategia de centrarse en emociones y desahogarse y los grupos de edad sobre el estado de ánimo de modo

independiente (fig. 97). Como se puede comprobar en la figura, y se confirma en los análisis post hoc (tabla 52), los resultados indican que esta estrategia, basada en la emoción, hace que sean aquellos sujetos que más la utilizan los que presenten un peor estado de ánimo, ofreciendo diferencias estadísticas con los otros dos grupos. Los post-hoc con los grupos de edad siguen mostrando diferencias entre los tres (tabla 53).



F edad (2, 376) = 34,91; P_a = ,0001**
 F cen emoc y des (2, 376) = 18,26; P_a = ,0001**
 F edad x cen emoc y des (4, 376) = 1,77; P_a = ,13

Fig. 97.- Centrarse en emociones y desahogarse y Edad x E. Ánimo

Tabla 52: Análisis a posteriori
 Centr emoc y desahog x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Baja	Media	-,57	,78
	Alta	-7,59	,0001**
Media	Alta	-7,02	,0001**

Tabla 53: Análisis a posteriori
 Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,86	,005**
	Ancianos	-9,01	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,15	,0001**

El mismo sentido que en el análisis de varianza anterior se observa en la figura 98, y corresponde al ANOVA realizado con las puntuaciones categorizadas en negación y los grupos de edad.

Al realizar los análisis a posteriori (tabla 54) las diferencias se producen entre los grupos que más utilizan esta estrategia, frente al que menos lo hace, encontrándonos con que el rechazar la realidad del suceso estresor no es algo favorable en relación al estado de ánimo.

Los resultados en los grupos de edad se repiten de nuevo (tabla 55).

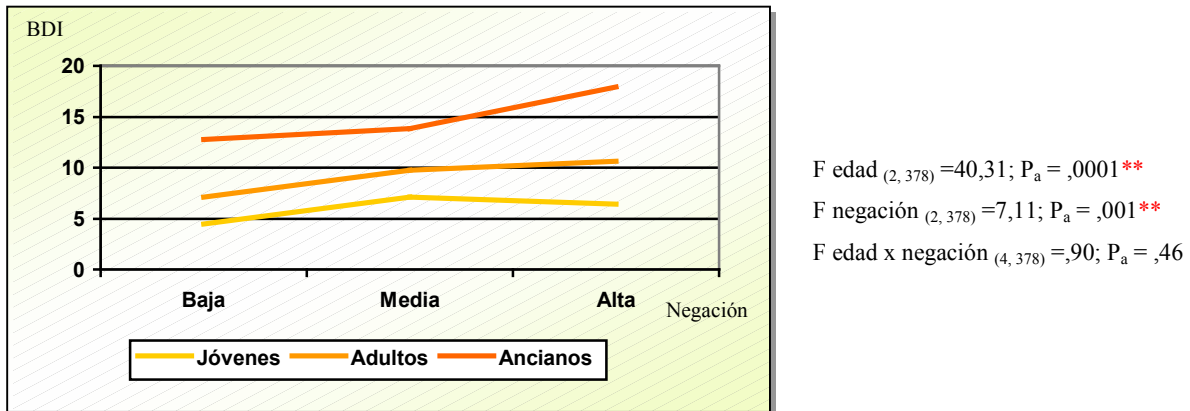


Fig. 98.- Negación y Edad x E. Ánimo

Tabla 54: Análisis a posteriori
Negación x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	-2,56	,021**
Baja Alta	-3,76	,001**
Media Alta	-1,20	,55

Tabla 55: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,72	,012**
Jóvenes Ancianos	-8,78	,0001**
Adultos Ancianos	-6,06	,0001**

El ANOVA realizado con la desconexión conductual, también resultó significativo (fig. 99).

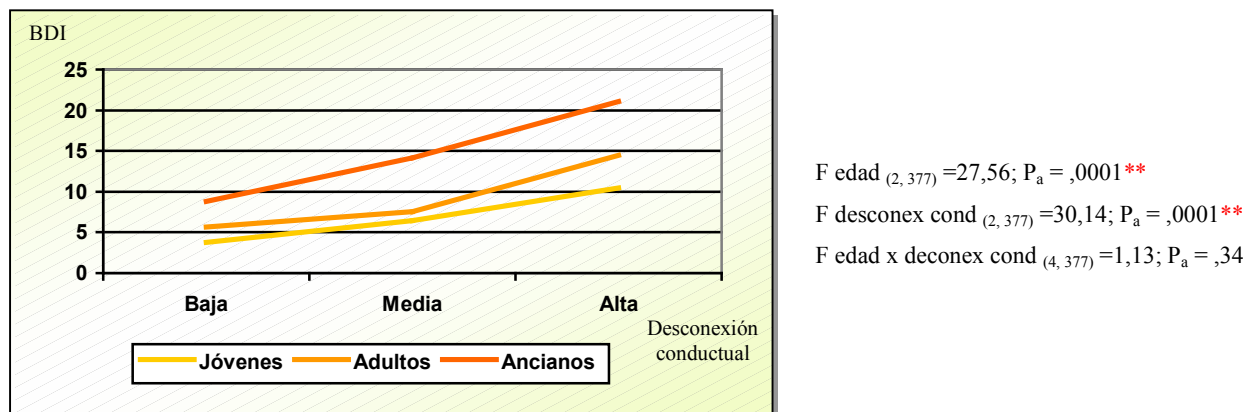


Fig. 99.- Desconexión conductual y Edad x E. Ánimo

Los análisis a posteriori (tabla 56) indican que las diferencias se producen entre los tres

grupos, encontrándonos con que a medida que se tiende a renunciar al esfuerzo para alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo, se es más vulnerable a los síntomas depresivos. Además, se trata de una estrategia que discrimina entre el grupo de ausencia de sintomatología depresiva, el que menos la utiliza, con aquellos que la utilizan más, alcanzando un nivel leve de sintomatología. La tabla 57 indica que los tres grupos de edad se diferencian entre sí.

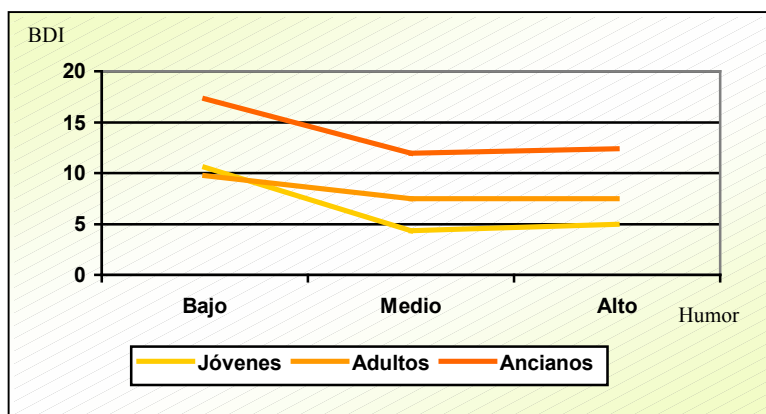
**Tabla 56: Análisis a posteriori
Desconexión conductual x E. Ánimo**

Variables	Dif. Medias	p
Baja Media	-3,69	,0001**
Baja Alta	-11,05	,0001**
Media Alta	-7,36	,0001**

**Tabla 57 Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo**

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,49	,012**
Jóvenes Ancianos	-8,76	,0001**
Adultos Ancianos	-8,83	,0001**

Para finalizar, el análisis de varianza realizado al introducir el humor también es significativo (fig. 100), junto a los grupos de edad, pero de modo independiente.



F edad (2, 380) = 27,33; P_a = ,0001**
 F humor. (2, 380) = 14,42; P_a = ,0001**
 F edad x humor (4, 380) = ,98; P_a = ,42

Fig. 100.- Humor y Edad x E. Ánimo

Los análisis post-hoc indican que el efecto de la variable de afrontamiento se produce entre los participantes que menos uso hacen de bromas acerca del estresor, que evidencian

puntuaciones leves de depresión, con respecto a los que la utilizan con mayor frecuencia, cuyos niveles de estado de ánimo se mantienen en niveles de ausencia de psicopatología (tabla 58); los tres grupos de edad vuelven a evidenciar diferencias (tabla 59).

Estos resultados están en relación con estudios que desde la psicología positiva concluyen que el humor y la risa fomentan el bienestar, surgiendo incluso recientemente talleres dirigidos a las personas mayores cuyo objetivo es fomentar estas variables (Guijo y Martins, 2011).

**Tabla 58: Análisis a posteriori
Humor x E. Ánimo**

Variables		Dif. Medias	p
Bajo	Medio	5,78	,0001**
	Alto	5,31	,0001**
Medio	Alto	-,47	,88

**Tabla 59: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo**

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,68	,011**
	Ancianos	-8,78	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,10	,0001**

A continuación, en la tabla 60 mostramos los resultados de los análisis de varianza en donde la estrategia de afrontamiento no mostró efecto estadísticamente significativo sobre el estado de ánimo, pero donde la variable edad sí ofrece diferencias, al igual que en el resto de la hipótesis.

Tabla 60: Estrategias de primer orden no significativas

Búsqueda de apoyo social emocional y Edad x BDI

$F_{1F(2,379)} = 1,01; P_a = ,36$

$F_{2F(2,379)} = 23,87; P_a = ,0001**$

$F_{\text{interacción}(4,379)} = 1,13; P_a = ,34$

Supresión de actividades distractoras y Edad x BDI

$F_{1F(2,377)} = ,29; P_a = ,75$

$F_{2F(2,377)} = 29,54; P_a = ,0001**$

$F_{\text{interacción}(4,377)} = 1,85; P_a = ,12$

Desconexión mental y Edad x BDI

$F_{1F(2,377)} = ,94; P_a = ,39$

$F_{2F(2,377)} = 39,14; P_a = ,0001**$

$F_{\text{interacción}(4,377)} = 1,58; P_a = ,18$

Según comentan Vázquez, Crespo y Ring (2000), tanto en la normalidad como en la psicopatología, las estrategias consideradas más útiles son las relacionadas con actividades, frente a las menos útiles, las más pasivas, como intentar evitar o focalizarse excesivamente en el problema; esto hace que, de un modo paradójico, cuando más preocupado está uno por su estado de ánimo, más se emplean estas estrategias ineficaces que no consiguen aliviar la tristeza. A la vista de nuestros resultados, sí que parece que las estrategias más activas, como el afrontamiento activo, la planificación, la búsqueda de apoyo social instrumental, la reinterpretación positiva o el humor, son factores protectores ante la depresión, frente a aquellas como la aceptación, la religión, la negación, la desconexión conductual o el centrarse en emociones y desahogarse, cuyo uso frecuente predispone al sujeto a padecer esta patología. Coincidente con ello, son numerosos los estudios que corroboran la relación entre afrontamiento activo y adaptación (Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Aldwin y Revenson, 1987; Moos, 1988; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Terry, 1991; Rodríguez Parra, Esteve Zarazaga y López Martínez, 2000).

Como expusimos anteriormente, no encontramos efecto conjunto del afrontamiento y los grupos de edad sobre el estado de ánimo, salvo en la planificación, por lo que en esta última etapa del ciclo vital las estrategias de afrontamiento siguen teniendo el mismo valor, positivo o negativo, sobre la vulnerabilidad en la sintomatología depresiva. Así, al analizar el desafío de la adaptación al final de la vida, Menninger (1999) encuentra relación entre afrontamiento activo y envejecimiento exitoso; y es que parece que estilos de afrontamiento negativos se asocian a síntomas ansiosos y depresivos (Horney, 2011).

Por otro lado, Serrani (2008) expresa en un artículo que el afrontamiento proactivo, en donde el sujeto anticipa potenciales estresores evitando las consecuencias y neutralizando el impacto, no sólo es especialmente interesante para la prevención de estresores crónicos en los

adultos, sino que también se relaciona negativamente con la depresión, en concordancia con otros estudios como los de Greenglass (1993, 2002) o Greenglass y Fiksenbaum (2009).

Otro punto interesante es el analizado por Sanjuán y Magallares (2007); estos autores estudian la función de las estrategias de afrontamiento como elementos mediadores entre el estilo atribucional negativo y la depresión. Los procesos de atribución hacen referencia a las causas con que las personas explican las situaciones que experimentan, entendiendo por estilo atribucional o explicativo la disposición relativamente estable a realizar un tipo particular de atribuciones en un amplio rango de situaciones (Buchanan y Seligman, 1995). Éste se considera negativo cuando lleva a pensar que la causa se encuentra dentro del propio individuo, se mantiene en el tiempo y afecta a otras áreas de la vida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978)

Existen múltiples estudios que indican una asociación entre el estilo explicativo negativo y el desarrollo de una mayor sintomatología depresiva ante situaciones estresantes o sucesos vitales negativos (Dixon y Ahrens, 1992; Metalsky, Joiner, Hardin y Abramson, 1993; Hilsman y Garber, 1995; Robinson, Garber y Hilsman, 1995; Alloy et al., 1999; Hankin, Abramson y Siler, 2001; Vázquez, Jiménez, Saura y Avía, 2001; Abela, 2001; Hankin y Abramson, 2002; Know y Laurenceau, 2002; Southall y Roberts, 2002; Kneebone y Dunmore, 2004). Posteriormente también se ha vinculado con distintos índices de salud, tanto subjetivos como objetivos (Peterson, 1995; Gillham et al., 2001; Peterson y Bossio, 2001).

Se ha sugerido que el vínculo entre estilo explicativo negativo y malestar, tanto físico como psicológico, puede estar mediado por el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas (Sonoda y Tonan, 1999; Peterson y Bossio, 2001), que llevarían a problemas de motivación para hacer frente a la adversidad traducidas en un estilo de *coping* menos efectivo (Voyce, 1997). Los estudios realizados son escasos, pero parecen apoyar esta idea; han

encontrado que este estilo negativo se relaciona directamente con el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción después de un fracaso (Mikulincer, 1989; Sellers y Peterson, 1993), y de un modo indirecto, con las que están dirigidas a la solución de los problemas (Reilley, Geers, Lindsay, Dereonde y Dember, 2005). Cuando se hace uso de este estilo explicativo, pero ante sucesos positivos, también parece jugar un rol ante el bienestar psicológico, y ser una tendencia tan característica y asociada al estado de ánimo depresivo como realizar atribuciones internas, estables y globales ante los fracasos (Ahrens y Haaga, 1993; Mineka, Pury y Luten, 1995; Sanjuán, 2003).

En el punto contrario tendríamos un estilo explicativo positivo o autoensalzante, que podría representar un factor protector relacionado con los aspectos positivos del funcionamiento psicológico, y produce una disminución de los síntomas depresivos en pacientes con este trastorno (Needles y Abramson, 1990). Sanjuán y Magallares (2007), lo relacionaron con el uso de estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución directa de los problemas, que a su vez, se relacionan negativamente con el desarrollo de síntomas depresivos, y también con la no utilización de las estrategias centradas en la emoción, cuya asociación con los síntomas depresivos es positiva.

Tenemos por tanto, que las estrategias de afrontamiento presentan una gran capacidad predictiva en relación con diferentes emociones negativas y trastornos psicológicos (Perona y Galán, 2001; Peñacoba, Velasco, González y Garrosa, 2005), haciendo que la relación entre el estilo explicativo y el estado de ánimo negativo no sea directa, sino que está mediada por el uso o no uso de estrategias centradas en la emoción y las dirigidas a la solución directa de los problemas (Sanjuán y Magallares, 2007).

De hecho, se ha sugerido que el estilo explicativo negativo se asociaría con una alta afectividad negativa, que es compartida tanto por la ansiedad como por la depresión, y que el

estilo característico de esta última sería el presentado ante los sucesos positivos, consistente en la tendencia a explicarlos mediante causas externas, inestables y específicas (Ahrens y Haaga, 1993; Mineka et al., 1995; Fresco et al., 2006; Sanjuán, Pérez García, Rueda y Ruiz, 2006). Como comentan Sanjuán y Magallares (2007), hay que seguir investigando en esta línea, pues sólo conociendo todos los mecanismos mediadores hasta completar la secuencia de procesos que culmina en la conducta, se posibilita una intervención adecuada y eficaz.

De todos modos, en ocasiones lo importante no es tanto qué estrategia se emplea sino cómo se utiliza y qué significado se le da. Como ejemplo, podríamos considerar la búsqueda de apoyo social, que si bien en principio podría ser beneficiosa ante el proceso de envejecer, puede convertirse en un mecanismo disfuncional cuando el contacto sirve para iniciar pensamientos rumiativos en torno a los problemas derivados de la edad, con el consiguiente deterioro de la red de apoyo (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999). A pesar de que el análisis con el apoyo social emocional no fue significativo en nuestro estudio, sí lo fue el apoyo social instrumental, siendo precisamente el grupo con valores intermedios el que mejor puntúa en su estado de ánimo. Al tratarse nuestro trabajo de un estudio transversal, no es posible recoger las distintas estrategias cambiantes que pueden emplearse para tratar un problema a lo largo del tiempo, pero como comenta Kato (2001), se ha demostrado que la flexibilidad de afrontamiento se relaciona con una menor sintomatología depresiva en el ámbito de las dificultades interpersonales.

La utilidad percibida en las estrategias de afrontamiento es muy posiblemente un factor determinante de la motivación para ponerlas en marcha. Entre las variables que podrían estar influyendo en la apreciación de dicha utilidad se encuentran la percepción de incontrolabilidad y las bajas expectativas de autoeficacia sobre la autorregulación de las emociones; por ello, es importante ofrecer a la persona anciana un tipo de relaciones y un

marco explicativo de su problema en el que pueda conseguir una percepción de control sobre la solución del mismo (Vázquez, Nieto, Hernangómez y Hervás., 2005).

Una vez realizados los análisis con las estrategias de afrontamiento y los grupos de edad, volvimos a efectuar sucesivos ANOVAS en la misma línea, pero introduciendo en este caso, junto a los grupos de edad, los factores de segundo orden resultantes de la agrupación de determinadas estrategias.

El primer análisis tuvo como factores los grupos de edad y las puntuaciones categorizadas en el factor de afrontamiento conductual, resultando significativo el efecto de ambas variables por separado, aunque no la interacción (fig. 101).

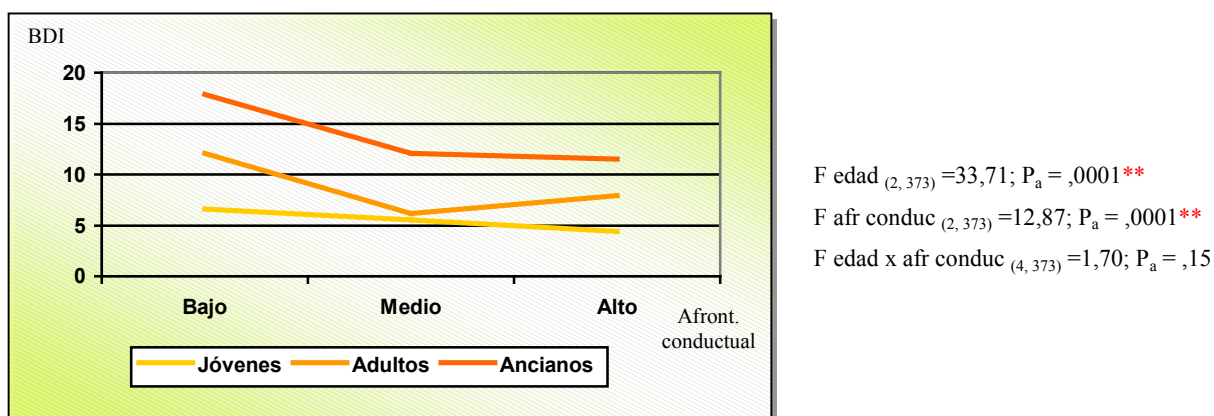


Fig. 101.- Afrontamiento conductual y Edad x E. Ánimo

El afrontamiento conductual hace referencia a las acciones constructivas encaminadas a alterar la fuente de estrés y conductas en la solución de la situación, es decir, a la planificación y puesta en marcha de acciones para superar el estresor y sacar provecho de la situación. Como indica la gráfica anterior y los análisis a posteriori con la F de Scheffé (tabla 61), el grupo que menos se engloba bajo esta estrategia, parece más vulnerable a la depresión, mostrando niveles leves de sintomatología. El post-hoc referente a la edad, muestra diferencia entre los tres grupos (tabla 62).

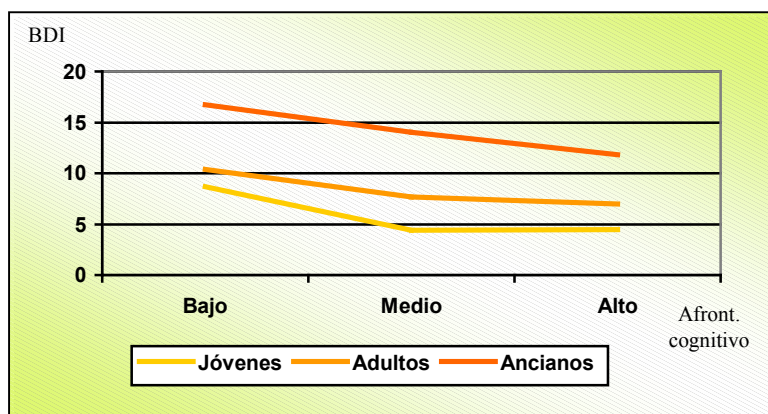
Tabla 61: Análisis a posteriori Afr. conductual x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Bajo	Medio	5,93	,0001**
	Alto	6,46	,0001**
Medio	Alto	,53	,85

Tabla 62: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,93	,004**
	Ancianos	-9,19	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,26	,0001**

El siguiente factor de segundo orden, el afrontamiento cognitivo, también resultó significativo y en el mismo sentido que el anterior (fig. 102). La interacción entre los dos factores tampoco es significativa.



F edad (2, 367) = 34,10; P_a = ,0001**
 F afr cognit. (2, 367) = 8,38; P_a = ,0001**
 F edad x afr cognit (4, 367) = ,30; P_a = ,88

Fig. 102.- Afrontamiento cognitivo y Edad x E. Ánimo

Tabla 63: Análisis a posteriori Afrontamiento cognitivo x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Bajo	Medio	4,40	,0001**
	Alto	4,44	,0001**
Medio	Alto	,03	,99

Tabla 64: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

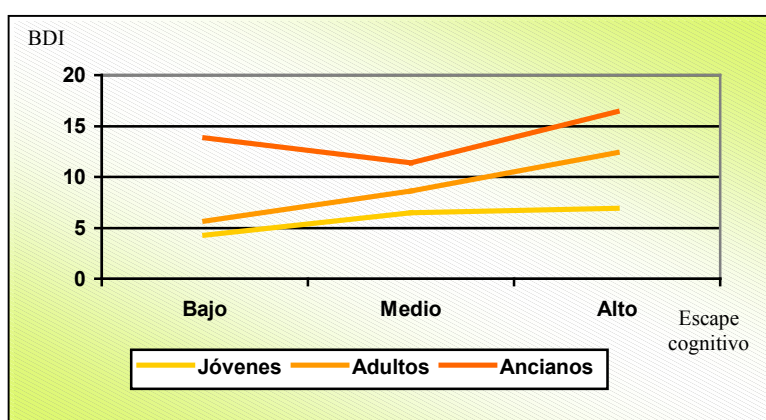
Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-3,06	,004**
	Ancianos	-9,10	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,04	,0001**

En los análisis a posteriori (tabla 63) comprobamos que son aquellos que en menor medida son capaces de elaborar cognitivamente la situación para conseguir manejarla

adecuadamente, los que peor puntúan en el inventario de depresión de Beck. Existen diferencias entre los tres grupos de edad, llegando los ancianos a valores leves de sintomatología depresiva (tabla 64).

En relación a estas dos primeras variables, podemos mencionar algún trabajo con resultados en la misma dirección. Así, Pascual García et al. (2009), estudiando la depresión posparto, encontró que las estrategias centradas en el problema, son precisamente un factor protector de la misma.

En sentido inverso, encontramos que el escape cognitivo también tiene efecto sobre el estado de ánimo (fig. 103). La supresión frecuente de la atención sobre el estresor y su sustitución por pensamientos alternativos, no favorece un buen resultado anímico. Los análisis post-hoc de los factores están en las tablas 65 y 66.



F edad (2, 375) = 15,21; P_a = ,0001**
 F escape cogn. (2, 375) = 4,40; P_a = ,013**
 F edad x escape ccgn (4, 375) = 1,08; P_a = ,37

Fig. 103.- Escape cognitivo y Edad x E. Ánimo

Tabla 65: Análisis a posteriori
Escape cognitivo x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Bajo Medio	-2,98	,005**
Bajo Alto	-9,14	,0001**
Medio Alto	-6,16	,0001**

Tabla 66: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,74	,011**
Jóvenes Ancianos	-8,80	,0001**
Adultos Ancianos	-6,06	,0001**

Por último, en una línea similar al anterior, el factor de escape conductual también resultó significativo (fig. 104), al igual que los grupos de edad, no existiendo interacción entre ambos. El grupo que presenta un mayor número de conductas de escape es el que ofrece diferencias respecto a los otros dos (tabla 67), siendo más vulnerables a presentar un estado de ánimo menos óptimo. Los ancianos siguen presentando peores puntuaciones en depresión, existiendo diferencias entre los tres grupos (tabla 68).

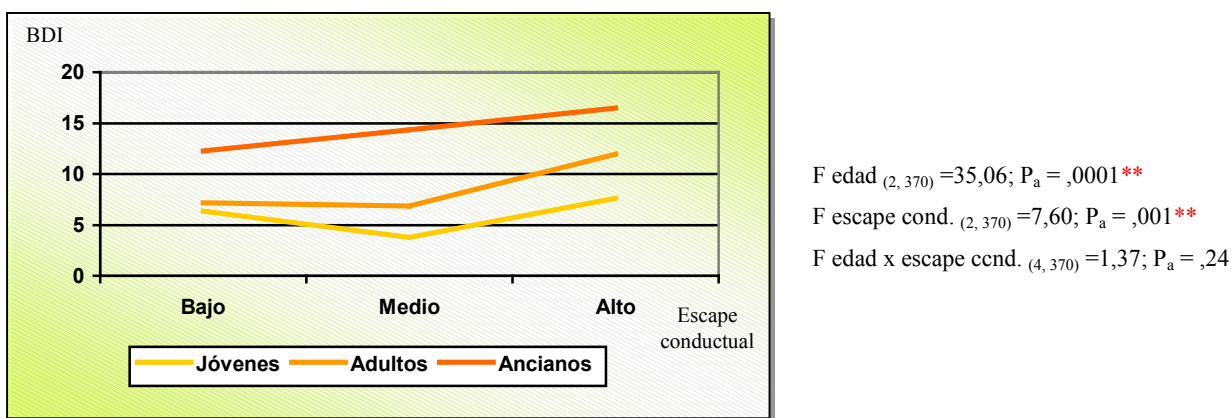


Fig. 104.- Escape conductual y Edad x E. Ánimo

Tabla 67: Análisis a posteriori
Escape conductual x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Bajo Medio	-,27	,95
Bajo Alto	-4,75	,0001**
Medio Alto	-4,48	,0001**

Tabla 68: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,70	,011**
Jóvenes Ancianos	-9,14	,0001**
Adultos Ancianos	-6,44	,0001**

En la línea de nuestros resultados, en las investigaciones sobre afrontamiento de estrés en depresivos se ha mostrado una relación consistente entre depresión y afrontamiento evitativo, en estudios desarrollados en diferentes países y culturas (Rohde, Lewinsohn, Tilson y Seeley, 1990; Satija, Advani y Nathawat, 1997; Vendette y Marcotte, 2001; Cozzens-

Hebert, 2002). Moss, Brennan, Schutte y Moos (2006) también encuentran que los mayores que utilizan un afrontamiento evitativo, tienen más tendencia a sufrir depresión y problemas de alcoholismo. Por su parte, Fernández-Berrocal, Ramos y Extremera (2001) indican que la supresión de pensamientos afecta al bienestar emocional, y podría mediar los efectos de la inteligencia emocional sobre el ajuste psicológico.

El único factor de segundo orden que no resultó significativo, fue el afrontamiento de las emociones (tabla 69). A pesar de no encontrar efecto de este factor sobre el estado de ánimo en nuestro estudio, numerosos autores han señalado la tendencia de los depresivos a emplear un afrontamiento centrado en la emoción en detrimento de otras técnicas más directas de resolución de problemas (Billings y Moos, 1983; Folkman y Lazarus, 1986). En esta línea, Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali and Anisman. (2002) han descrito la asociación positiva entre la gravedad de los síntomas depresivos y el empleo de la expresión emocional y búsqueda de apoyo social como estrategias de afrontamiento, relación que se suavizaría en los casos de síntomas crónicos quizás por la ineficacia percibida a largo plazo.

Tabla 69: Afrontamiento de las emociones y Edad x BDI

F edad (2, 373) = 37,38; $P_a = ,0001^{**}$ F afront em. (2, 373) = 1,26; $P_a = ,28$ F edad x afront em (4, 373) = 1,62; $P_a = ,17$

Con todo ello, si bien es cierto que las emociones negativas pueden llegar a ser disfuncionales, la clarificación de cuándo y cómo se deben emplear mecanismos reguladores del malestar emocional que diferencien una reacción normal del inicio de un trastorno, están aún lejos de ser resueltas (Hernangómez y Vázquez, 2005). Lo que sí es posible inferir a partir de nuestro trabajo, es un claro efecto del afrontamiento sobre la depresión.

8.3.- Tercera Hipótesis

Para finalizar, nos pareció que no podíamos hablar de estado de ánimo sin recordar un constructo tan importante como el de calidad de vida. Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, (1993) ya decían que hablar de calidad de vida, es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles. Teniendo en cuenta este comentario, o bien concepciones más científicas, nos encontramos ante una variable englobadora de múltiples dimensiones, tanto biológicas, como psicológicas y sociales. Por ello creímos que algo que abarca tantas facetas del ser humano, seguramente tendría bastante que decir en relación a los síntomas depresivos.

En este contexto, la última hipótesis planteada fue:

Quando los distintos componentes englobados en el constructo de calidad de vida se perciben como insuficientes, llegan a ser un factor de vulnerabilidad para padecer depresión.

Para comprobarla, se realizan sucesivos análisis de varianza de dos factores de efectos fijos (ANOVAS); el primer factor son las puntuaciones categorizadas en función del percentil 50 de las distintas dimensiones del Índice de Calidad de Vida, mientras que el segundo son de nuevo los tres grupos de edad. Como variable dependiente o variable de medida, se introducen las puntuaciones del Inventario de Depresión (BDI).

En el primer ANOVA (fig. 105), valoramos el efecto sobre el estado de ánimo, de la edad y del bienestar físico. Encontramos diferencias estadísticamente significativas de ambos factores por separados, pero no de la interrelación entre ellos. A medida que empeora la sensación de estar lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos, la sintomatología depresiva se agrava, situándose el grupo con menores puntuaciones en el rango de depresión leve. Al realizar los análisis a posteriori con la F de Scheffé (tabla 70), existen diferencias

entre los tres grupos de edad, resultando un peor estado de ánimo a medida que avanzamos en el ciclo vital.

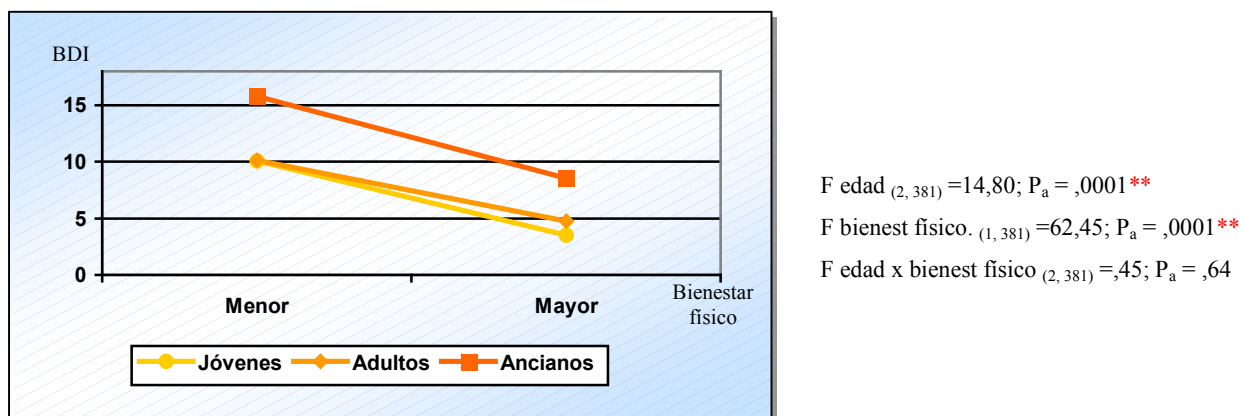


Fig. 105.- Bienestar físico y Edad x E. Ánimo

Tabla 70: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,66	,008**
Jóvenes Ancianos	-8,68	,0001**
Adultos Ancianos	-6,02	,0001**

La asociación entre problemas de salud física y depresión está bien documentada, aunque la dirección no está clara. Existe una asociación positiva entre depresión y soledad, y el número de problemas de salud y las limitaciones que provoca la enfermedad (Paúl, Ayes y Ebrahim, 2006). Como muestran estudios transversales y longitudinales, ambas variables están en los mayores estrechamente relacionadas (Beekman, Deeg, van Tilburg, Smit, Hooijer y van Tilburg, 1995), pues la depresión en la vejez, además de frecuente, produce discapacidad y suele ir acompañada de enfermedades físicas (Paúl, 2009). Los problemas de salud crónicos, como comenta Yanguas (2006), con frecuencia acaban teniendo

consecuencias sobre el estado emocional, y generalmente esa consecuencia, es la depresión. Este problema, en cambio, parece estar más relacionado con la capacidad funcional de la persona mayor para realizar las actividades de la vida diaria que con el número de problemas médicos que padezca. Por tanto, como cita Paúl (2009), las medidas subjetivas de salud física (dolor y percepción subjetiva de la salud) parecen tener una relación mucho más estrecha con la depresión que las medidas más objetivas.

Al introducir el siguiente ítem, correspondiente al bienestar psicológico/emocional, en un nuevo ANOVA, encontramos cómo también existe efecto significativo de los dos factores por separado (fig. 106). A medida que uno se siente peor consigo mismo, es más vulnerable a padecer un peor estado de ánimo, situándose el grupo con menores puntuaciones en niveles sintomáticos leves.

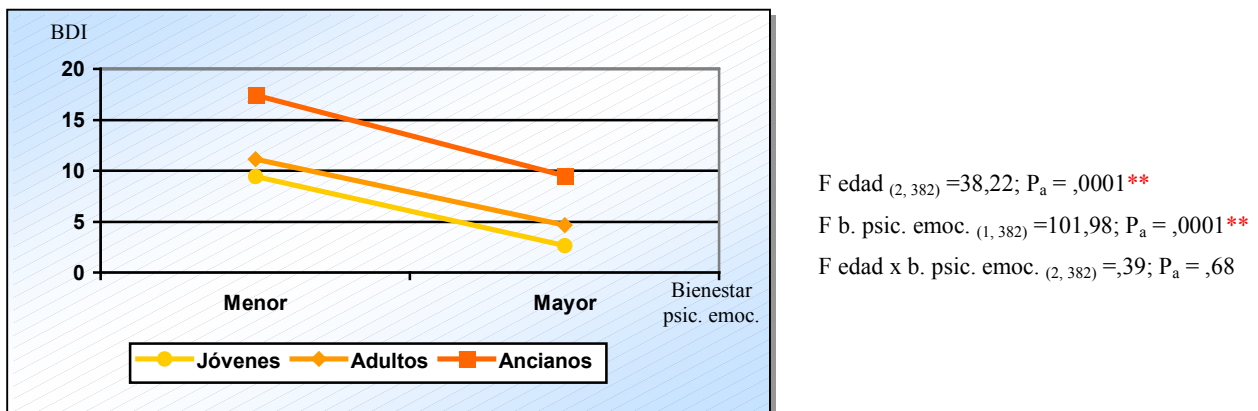


Fig. 106.- Bienestar psicológico/emocional y Edad x E. Ánimo

El análisis post-hoc con los grupos de edad, muestra diferencias entre los tres (tabla 71):

Tabla 71: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,70	,004**
Jóvenes Ancianos	-8,72	,0001**
Adultos Ancianos	-6,02	,0001**

Existen suficientes estudios que demuestran el papel relevante del bienestar subjetivo en la calidad de vida, reconociéndose como un indicador importante en la experiencia del envejecimiento (Quintero y González, 1997). Por tanto, como afirman Cava y Musitu (2000), no sólo es relevante mantener un buen estado de salud física, sino que también es esencial disponer de un cierto nivel de bienestar psicológico y social, pues todo está interrelacionado.

La tercera variable corresponde al autocuidado y funcionamiento independiente (fig. 107), ejerciendo también, junto con la edad, aunque de modo independiente, efecto sobre la depresión. En los análisis a posteriori (tabla 72) vemos cómo las diferencias las establece el grupo que percibe más alterada la capacidad de desempeñar sus tareas cotidianas básicas y de tomar sus propias decisiones, respecto de los otros dos, alcanzando síntomas depresivos leves.

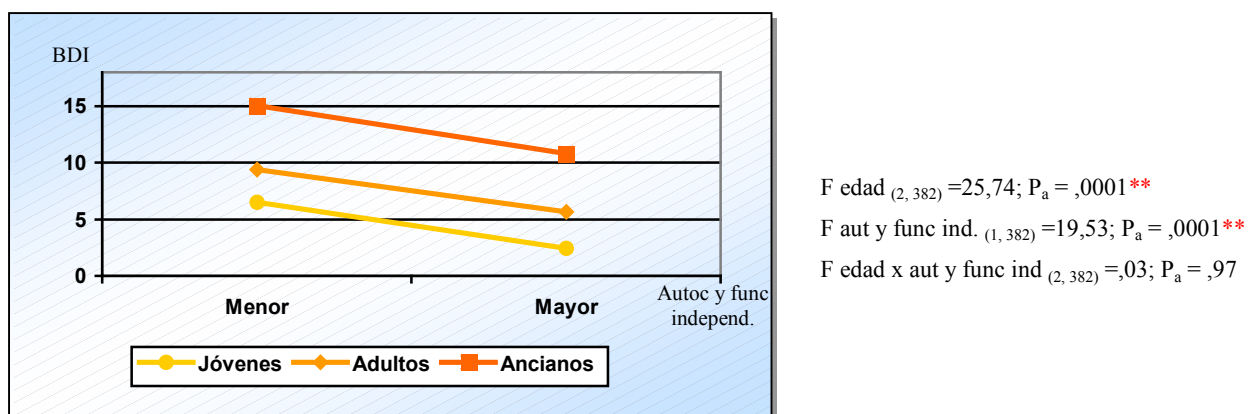


Fig. 107.- Autocuidado y funcionamiento independiente y Edad x E. Ánimo

En el análisis post-hoc encontramos diferencias entre los tres grupos de edad (tabla 72).

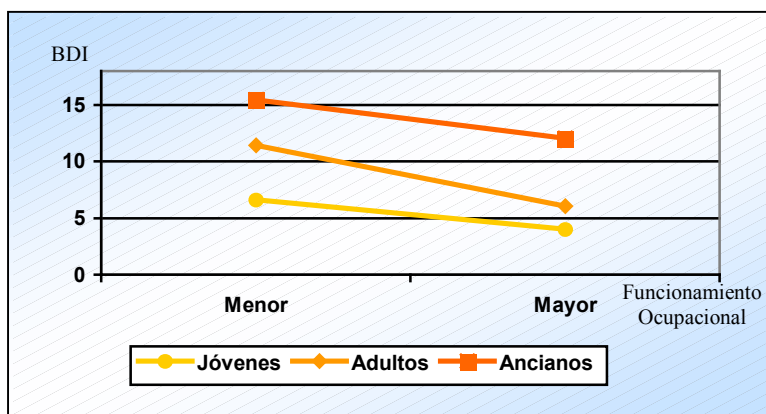
Tabla 72: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,70	,011**
	Ancianos	-8,72	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,02	,0001**

En relación con este resultado, comentar que nada limita tanto la calidad de vida como experimentar día a día el empobrecimiento de las actividades diarias y el progresivo o permanente acortamiento de las propias posibilidades. Se sufre en estos casos la experiencia de una involución que fácilmente puede afectar al autoconcepto, al sentido de la vida, y provocar estados o procesos depresivos (Moreno y Ximénez, 1996).

Como exponíamos en la variable de bienestar físico, Yanguas (2006) incide en que aunque la pérdida de salud tenga un impacto emocional en las personas mayores, estos efectos son más negativos cuando se pierde la capacidad funcional, que a su vez se ve determinada por la presencia de trastornos emocionales. De este modo, según Otero, Zunzunegui, Béland, Rodríguez y García de Yébenes (2006), la depresión y la sintomatología depresiva elevada tienen un fuerte impacto en la capacidad funcional de las personas mayores. Numerosos estudios han demostrado una fuerte asociación entre depresión e incapacidad funcional, pues si bien es cierto que la discapacidad lleva a la depresión, se ha comprobado igualmente que la depresión aumenta el riesgo de discapacidad en las actividades básicas de la vida diaria (Penninx et al., 1999). Por todo ello, la prevención de la depresión en la vejez ha sido reconocida como una estrategia de prevención de discapacidad y de un envejecimiento saludable.

En relación al funcionamiento ocupacional, cuarta variable que valora la calidad de vida, introducida junto a los grupos de edad en el siguiente ANOVA (fig. 108), volvemos a obtener que ambas variables producen efecto significativo sobre las puntuaciones del BDI, aunque la interacción no se daba. Una menor percepción de la capacidad para desempeñar el trabajo o las distintas tareas, confieren al sujeto una vulnerabilidad de situarse en niveles leves de sintomatología depresiva. En el análisis a posteriori, volvemos a encontrar la diferencia entre los tres grupos de edad (tabla 73), puntuando peor las cohortes de más edad.



F edad (2, 381) = 37,11; P_a = ,0001**
 F func ocupac (1, 381) = 23,82; P_a = ,0001**
 F edad x func ocupac (2, 381) = 1,23; P_a = ,29

Fig. 108.- Funcionamiento ocupacional y Edad x E. Ánimo

Tabla 73: Análisis a posteriori
 Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,70	,010**
Ancianos	-8,71	,0001**
Adultos Ancianos	-6,01	,0001**

En el mismo sentido que los resultados anteriores, encontramos que una baja capacidad para desempeñar distintas tareas es un factor de riesgo para padecer síntomas depresivos; en posible relación a ello, comentar que como exponen Otero et al. (2006) a partir del estudio *Envejecer en Leganés* (Zunzunegui, Béland y Llácer, 1998), la participación en las actividades comunitarias estaba fuertemente asociada a un menor número de síntomas depresivos, lo que coincide con la bibliografía internacional.

Al estudiar, junto a la edad, la variable que valora el funcionamiento interpersonal sobre la depresión, encontramos también el efecto de ambos factores por separado (fig. 109). El grupo que siente que tiene una peor relación con la familia, amigos y grupos, ve disminuido su estado de ánimo, aunque tan sólo el grupo de ancianos abandona la categoría de ausencia de depresión.

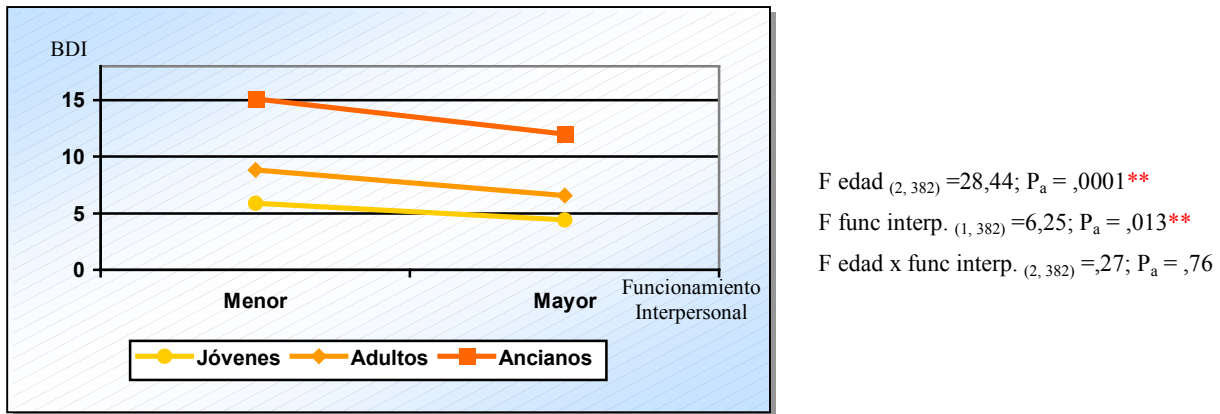


Fig. 109.- Funcionamiento interpersonal y Edad x E. Ánimo

En el post-hoc con los grupos de edad existen diferencias entre los tres (tabla 74):

Tabla 74: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,70	,013**
	Ancianos	-8,72	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,02	,0001**

Estos hallazgos están en el marco de lo comentado por autores como Ryan y Deci (2002), quienes consideran las relaciones interpersonales y el apoyo social como uno de los aspectos esenciales para el bienestar subjetivo de las personas a lo largo de todo su ciclo vital, lo que comentaremos con más detalle al analizar la siguiente variable.

Ésta hace referencia al apoyo social-emocional, repitiéndose el patrón de encontrar efecto de ambos factores por separado, aunque no de la interacción (fig. 110). El grupo que siente que dispone de un menor número de personas en quien confiar, puntúa peor en el estado de ánimo. El análisis a posteriori, con la F de Scheffé (tabla 75), vuelve a indicar que las diferencias entre los grupos de edad se dan entre los tres.

En relación a esto, ya desde principios de los setenta, autores como Caplan (1974)

afirman que los sistemas de apoyo social suministran a las personas las provisiones psicosociales necesarias para mantener su salud psicológica y emocional, lo que Davies (1996) metaforiza en el concepto de apoyo social como “paraguas”.

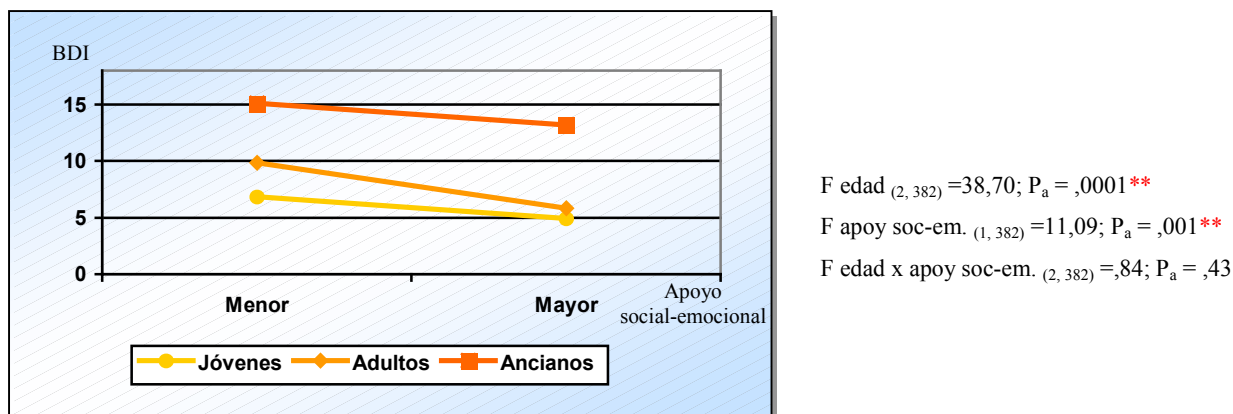


Fig. 110.- Apoyo social-emocional y Edad x E. Ánimo

Tabla 75: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,70	,012**
Jóvenes Ancianos	-8,72	,0001**
Adultos Ancianos	-6,02	,0001**

Este efecto es independiente de la edad, aunque es importante mencionar los resultados de algunos estudios en esta misma dirección, en relación a personas mayores. Así, en el mismo sentido que nuestros hallazgos, Otero et al. (2006) vuelven a aportar datos sobre el estudio *Envejecer en Leganés*, encontrando que la prevalencia de sintomatología depresiva está fuertemente asociada a la disponibilidad de apoyo emocional recibido por el cónyuge (Zunzunegui, Béland y Otero, 2005), por la familia extendida y por los hijos, tanto en hombres como en mujeres, lo que no ocurría con los amigos.

Zunzunegui, Béland y Gutiérrez-Cuadra (2001) comprueban también que aquellos

mayores que recibían apoyo emocional de sus hijos manifestaban menos síntomas de depresión, lo que contrasta con resultados encontrados en otros países europeos y norteamericanos (ej. Zunzunegui et al., 2004); esto puede indicar la especificidad de la familia mediterránea y la disponibilidad de fuertes lazos y tradiciones de apoyo intrafamiliar.

En una revisión llevada a cabo por Godoy et al. (2010) de artículos recientes publicados sobre el apoyo social en la vejez, deducen que de modo general, la familia es la principal fuente de apoyo social para esta población, lo que direcciona una mayor atención a la relación cuidador-anciano. Acorde con nuestros resultados, observaron que buenos niveles en esta dimensión se relacionan con menor probabilidad de trastornos mentales, depresión o síntomas depresivos, y favorece el mantenimiento de la autonomía en este colectivo.

eniendo también en cuenta conjuntamente la variable estudiada en el ANOVA anterior, podemos comentar que en un estudio realizado en Barcelona, que al ser una gran centro urbano invita a un menor contacto intergeneracional y menor dependencia intrafamiliar, Lahuerta et al. (2004) sí que vieron que el malestar psicológico está asociado a las escasas relaciones con los amigos entre los mayores de 75 años, mientras que no se asociaba a la frecuencia de contacto con los familiares; esto puede hacernos pensar que quizá en las nuevas generaciones de mayores, las relaciones de amistad cobren un papel más importante en su salud mental. También constataron la asociación entre la salud mental y el apoyo social y emocional, lo que se ha verificado en otros estudios, tanto transversales como longitudinales. Así, la depresión en el anciano se ha relacionado con la falta de apoyo social (Blazer, 1983; Goldberg, Van Natta y Comstock, 1985; Prince et al., 1997; Lynch et al., 1999; Zunzunegui, Beland y Otero, 2001) y, sobre todo, con la adecuación de dicho apoyo (Oxman, Berkman, Kasi, Freeman y Barrett., 1992); también se ha señalado que la satisfacción con el apoyo social está más relacionada con la salud mental que la red social (Bowling y Farquhar, 1991).

Incluso se ha asociado el sentimiento de aislamiento social y bajos niveles de apoyo positivo con vulnerabilidad de experimentar diferentes tipos de maltrato (Luo y Waite, 2011). En el punto opuesto, no debemos olvidar que aunque las relaciones sociales pueden prestar apoyo, también pueden ser fuente de conflicto, y trabajos recientes demuestran que esto es particularmente nefasto para la salud mental de las mujeres (Otero et al., 2006).

Cuando estudiamos la edad y el apoyo comunitario y de servicios encontramos de nuevo efecto por separado de ambos factores sobre el estado de ánimo (fig. 111). El sentimiento de no tener un vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros, de información y de otros tipos, puede conducir a puntuaciones más bajas de estado de ánimo.

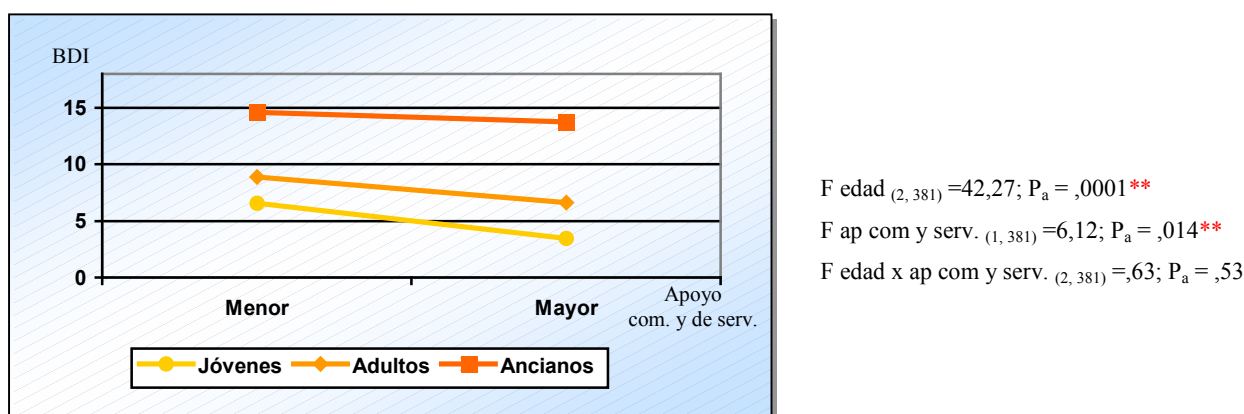


Fig. 111.- Apoyo comunitario y de servicios y Edad x E. Ánimo

El análisis post-hoc muestra que la diferencia queda establecida entre los tres grupos de edad (tabla 76):

Tabla 76: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,70	,013**
Jóvenes Ancianos	-8,71	,0001**
Adultos Ancianos	-6,01	,0001**

Según Otero et al. (2006), numerosos estudios han demostrado que los principales determinantes de una elevada sintomatología depresiva en los mayores son una mala situación económica o social, la mala salud y la discapacidad y escasos recursos sociales, incluyendo bajo apoyo social (Berkman et al., 1986; Krause et al., 1998; Barefoot et al., 2001). Paúl, Ayes y Ebrahim (2006) relatan una asociación negativa entre depresión y conocimiento de los vecinos, mientras que Zhang, Ho y Woo (2005) lo hace con los ingresos.

En cambio, Fernández-Ballesteros, Moya, Íñiguez y Zamarrón (2007) apuntan que los ingresos están relacionados con la felicidad, pero sólo hasta cierto punto, pues cuando las necesidades están cubiertas, esta relación desaparece.

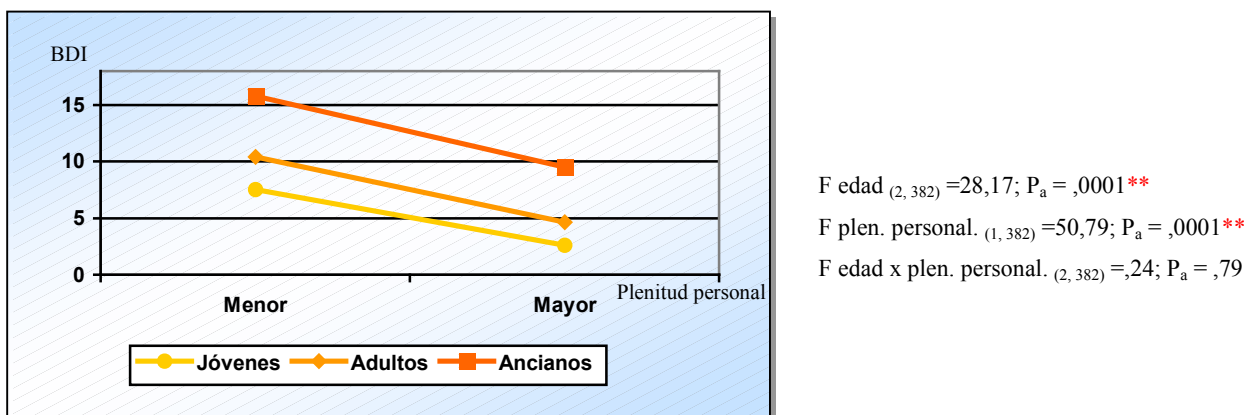


Fig. 112.- Plenitud personal y Edad x E. Ánimo

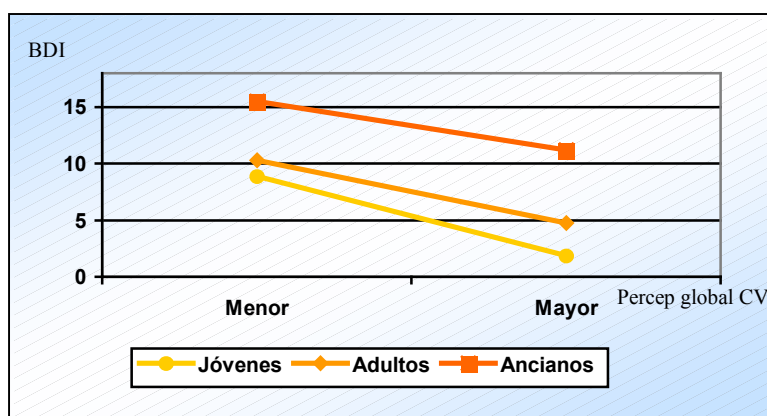
Tabla 77: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,70	,008**
Jóvenes Ancianos	-8,72	,0001**
Adultos Ancianos	-6,02	,0001**

La plenitud personal, octava variable introducida en el siguiente ANOVA, también

ejerce efecto, junto a la edad, sobre el estado de ánimo, aunque como se viene repitiendo en anteriores análisis, de forma independiente (fig. 112). Es el grupo con menor sentimiento de equilibrio personal, dignidad y solidaridad, de disfrute sexual o de las artes, etc., el que puntúa en niveles sintomáticos leves. En el post-hoc (tabla 77), una vez más, encontramos las diferencias entre los tres grupos de edad, con los ancianos al frente en síntomas depresivos.

El último ítem de la escala de calidad de vida es quizá el más integrador, pues evalúa la percepción global de la calidad de vida. Introducido junto a los grupos de edad en el siguiente ANOVA, encontramos que ambos ejercen efecto sobre el estado de ánimo, sin existir interacción entre los factores (figura 113). Los análisis a posteriori vuelven a indicar las diferencias entre los tres grupos de edad (tabla 78):



F edad (2, 382) = 35,54; P_a = ,0001**
 F perc gl CV. (1, 382) = 54,93; P_a = ,0001**
 F edad x perc gl CV. (2, 382) = 1,04; P_a = ,35

Fig. 113.- Percepción global de calidad de vida y Edad x E. Ánimo

Nuestros resultados indican que una cuando la percepción global de la calidad de vida no es elevada, se es más vulnerable a padecer síntomas depresivos; Paúl, Ayes y Ebrahim (2006) también informan de una asociación negativa entre la depresión y la percepción

Tabla 78: Análisis a posteriori Edad x E. Ánimo

Variables	Dif. Medias	p
Jóvenes Adultos	-2,70	,007**
Jóvenes Ancianos	-8,72	,0001**
Adultos Ancianos	-6,02	,0001**

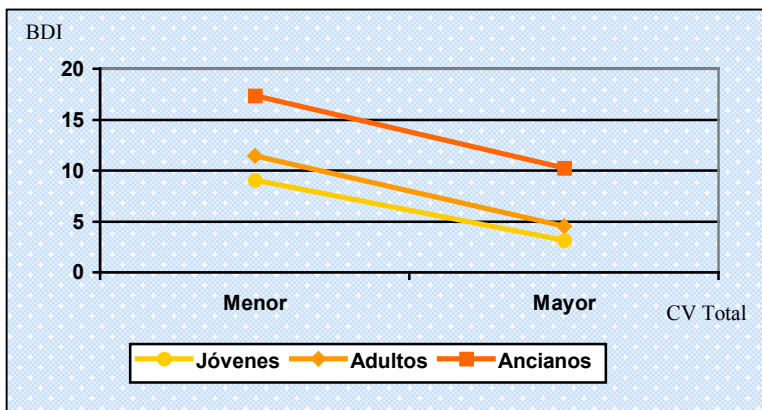
subjetiva del constructo estudiado.

La única dimensión de la calidad de vida que no fue significativa sobre el estado de ánimo fue la plenitud espiritual (Tabla 79). Es cierto que en nuestros resultados no aparece como una variable protectora en cuanto a la depresión; sin embargo, se puede decir que considera la religiosidad desde un punto de vista más intrínseco y trascendente, y en concordancia con lo que comentamos anteriormente, vemos cómo desaparece la vulnerabilidad que ofrecía la religión como estrategia de afrontamiento.

Tabla 79: Plenitud espiritual y Edad x BDI

F plenitud esp. (1, 380) =,24; P_a = ,62 F edad (2, 380) =33,44; P_a = ,0001** F edad x plenitud esp. (2, 380) =,64; P_a = ,53

Para finalizar, realizamos también el ANOVA de dos factores con la calidad de vida total, resultante de calcular la media en los diez ítems anteriores y los grupos de edad (fig. 114). Comprobamos que, una vez más, los resultados se encuentran en la misma línea, y el efecto de esta variable sobre el estado de ánimo vuelve a ser inversa. Es decir, a mayores puntuaciones totales en calidad de vida, encontramos puntuaciones más bajas en el BDI, indicativo de un mejor estado de ánimo, cumpliéndose la hipótesis que propusimos.



F edad (2, 378) =39,90; P_a = ,0001**
 F cv total (1, 378) =87,59; P_a = ,0001**
 F edad x cv total (2, 378) =,27; P_a = ,76

Fig. 114.- Calidad de Vida TOTAL y Edad x E. Ánimo

Como en todos los análisis post-hoc con los grupos de edad anteriormente realizados, las diferencias establecidas y el sentido de las mismas se repiten (tabla 80).

**Tabla 80: Análisis a posteriori
Edad x E. Ánimo**

Variables		Dif. Medias	p
Jóvenes	Adultos	-2,66	,007**
	Ancianos	-8,67	,0001**
Adultos	Ancianos	-6,01	,0001**

Hay estudios recientes que también encuentran esta relación entre la calidad de vida y el estado de ánimo; así, Humanska y Kedziora-Kornatowska (2009) observan, que aquellos pacientes con peores puntuaciones en una escala de depresión geriátrica, experimentan peor calidad de vida en todos los dominios, existiendo relación entre ambas; esta relación es también avalada por otros autores, como Alexandre, Cordeiro y Ramos (2009), o por Lapid et al. (2011) en ancianos con depresión hospitalizados.

A la vista de los resultados, la hipótesis planteada se cumple, encontrando que independientemente de la edad, cuando los distintos componentes englobados en el constructo de calidad de vida se perciben como insuficientes, llegan a ser un factor de vulnerabilidad para padecer depresión. Esto nos hace plantearnos que a la hora de fomentar un envejecimiento satisfactorio para la población mayor, quizá nuestra mejor arma sea la prevención. De acuerdo con Sanduvete (2004), una forma de intentar evitar todas estas consecuencias negativas que puede provocar el bajo nivel de calidad de vida, es a través de la mejora de los programas de atención a personas mayores que se llevan a cabo en la actualidad, intentando optimizar al máximo los servicios que reciben. Por ello, ya que desde un punto de vista biológico no es sencillo prolongar la esperanza de vida, deberíamos orientar nuestros esfuerzos hacia la mejora de este constructo, consiguiendo que las personas mayores permanezcan más tiempo activas (Carral, 2001); un estilo de vida activo mejora la salud mental y favorece los contactos sociales, pudiendo ayudar a mantener la autonomía e independencia durante más tiempo (Lima de Figueiredo, Fernández-Berrocal, Extremera y Susana Queirós, 2006).

8.4.- Aplicación clínica

Una vez analizada la influencia de diferentes variables y de la etapa evolutiva sobre el estado de ánimo, nos pareció interesante ver de qué modo éstas nos podían ayudar a diferenciar entre sujetos mayores con diferente grado de sintomatología depresiva. Para ello, recurrimos a una técnica estadística multivariante que ayuda a la clasificación: el análisis discriminante, aplicándolo solamente en el grupo de estudio (ancianos).

Independientemente del área de conocimiento en la que se trabaje, no es infrecuente tener que enfrentarse a la necesidad de identificar las características que nos permitan diferenciar a dos o más grupos de sujetos; esto es esencial para poder clasificar los nuevos casos en el grupo al que pertenece.

Cuando no existe otra información, cualquier profesional se vale de la experiencia o de la intuición para anticipar el comportamiento del individuo, como por ejemplo de si se beneficiará de un tratamiento determinado. Pero cuando los problemas son más complejos y las consecuencias de una mala decisión son más graves, deben de tomar el mando argumentos más consistentes. El análisis discriminante es precisamente una herramienta que nos ayuda a identificar las características que diferencian a dos o más grupos, creando una función capaz de distinguir a los miembros de cada uno. Para ello, partimos de cierta información, cuantificada en diversas variables en las que suponemos que se diferencian, que constituyen las variables independientes, de clasificación o discriminantes; esta técnica estadística nos dice cuáles de ellas permiten diferenciar a los grupos y cuántas son necesarias para alcanzar la mejor calificación posible. La pertenencia a los grupos es precisamente la variable dependiente, conocida de antemano, y es una variable categórica con tantos valores como grupos.

Para comprobar nuestra hipótesis, utilizamos la técnica que hemos comentado, el

análisis discriminante, para poder clasificar a los sujetos en una de las categorías de depresión. Como variables predictoras se introducen las variables que resultaron estadísticamente significativas en los ANOVAS sobre el BDI: las tres subescalas de inteligencia emocional, cuatro de los cinco factores de segundo orden de la escala de afrontamiento como englobadoras de las subescalas de primer orden, y nueve de los diez ítems de calidad de vida analizados. Como variable dependiente se introduce la categorización de las puntuaciones en depresión en tres grupos: depresión ausente, depresión leve y depresión clínica.

	Función 1	Función 2
Bienestar psicológico/emocional	,594	
Reparación emocional	,533	
Plenitud personal	,511	
Percepción global calidad de vida	,425	
Bienestar físico	,420	
Autocuidado y funcionamiento independiente	,376	
Funcionamiento interpersonal	,319	
Afrontamiento conductual	,309	
Funcionamiento ocupacional	,297	
Apoyo social-emocional	,183	
Atención emocional		,647
Claridad emocional		,408
Afrontamiento cognitivo		,365
Escape conductual		,296
Apoyo comunitario y de servicios		,296
Escape cognitivo		,223

Tabla 81: Coeficientes de las funciones discriminantes canónicas

Los resultados del análisis ofrecen 16 variables discriminantes (tabla 81): el bienestar psicológico/emocional, la reparación emocional, la plenitud personal, la percepción global de

la calidad de vida, el bienestar físico, el autocuidado y funcionamiento independiente, el funcionamiento interpersonal, el afrontamiento conductual, el funcionamiento ocupacional y el apoyo social-emocional, la atención emocional, la claridad emocional, el afrontamiento cognitivo, el escape conductual, el apoyo comunitario y de servicios y el escape cognitivo.

Estas variables entran a conformar dos funciones discriminantes canónicas, la primera función su correlación canónica es ,790, y en la segunda función es de ,287, y cuyos coeficientes para las variables discriminantes en cada función figuran en la tabla 82

Contraste de las funciones	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	gl	Sig.
1 a la 2	,345	94,133	32	,0001**
2	,918	7,597	15	,939

Tabla 82: Coeficientes de las variables discriminantes en depresión

Estas funciones nos permiten clasificar correctamente al 76.8% de los sujetos; los resultados figuran en la tabla 83.

Grupos BDI		Grupo de pertenencia pronosticado			Total
		Ausente	Leve	Clínica	
Recuento	Ausente	87,5	12,5	0	100
%	Leve	17,9	71,8	10,3	100
	Clínica	0	28,6	71,4	100

Tabla 83: Resultado de la clasificación

Como podemos apreciar no hay ningún sujeto del grupo de ausencia de depresión que se haya clasificado en el grupo clínico, ubicando solamente fuera de su grupo, en el de depresión leve, al 12,5% de los sujetos. Por contra, clasifica correctamente al 71,4% de los

ancianos con depresión clínica, no ubicando ninguno de ellos en el grupo de ausencia de depresión, y a un 87,5% de los sujetos sin depresión.

Para terminar, en la figura 115 aparecen las funciones canónicas, los centroides de cada grupo, y la clasificación de todos los ancianos de nuestra muestra.

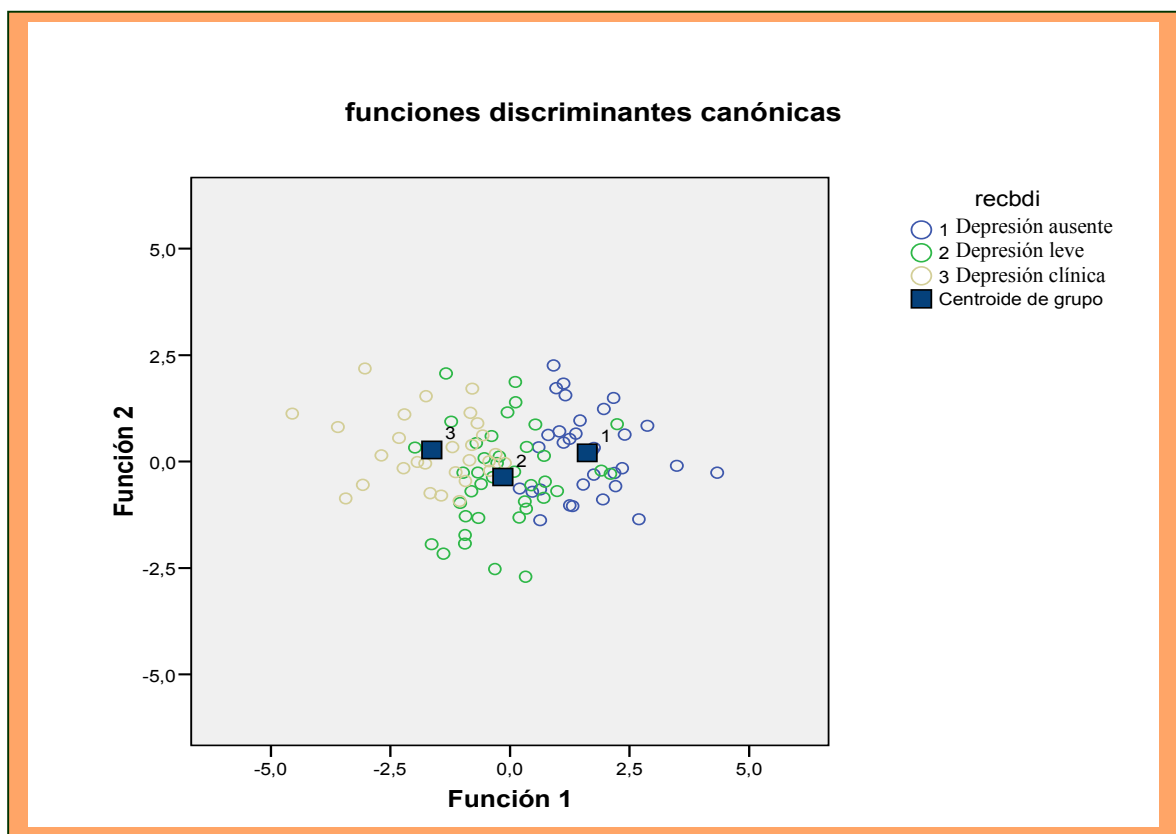


Figura 115: Funciones discriminantes canónicas

Estos resultados nos hacen citar un trabajo de Galdona, Martínez-Taboada, Etxeberria, Aldaz y Urdaneta (2011) con personas mayores, en donde estudiando diferentes variables encontraron que aquellas que predicen la satisfacción con la vida son la claridad emocional, el apoyo social y el afrontamiento conductual activo; las que predicen la balanza afectiva son la extroversión, la reparación emocional y también el afrontamiento conductual activo; por tanto, la inteligencia emocional percibida, el funcionamiento social, así como los estilos de afrontamiento, son aspectos influyentes en el bienestar subjetivo en el envejecimiento.

* Hemos analizado distintas variables que están explicando la vulnerabilidad a padecer depresión en la etapa final del proceso evolutivo. Dimensiones como la inteligencia emocional, las estrategias de afrontamiento o la calidad de vida, están determinando cómo percibe el mayor el final de su camino, a la vez que marcan en cierta medida, la dirección de sus pasos. Podríamos considerar que el nexo de unión entre todas ellas vendría de la mano de la adaptación, elemento clave que permite hacer de nuestro día a día, una estancia agradable.

Como comenta Fernández-Ballesteros (2009), quizá lo más importante sea la constatación de que las emociones positivas pueden fomentarse, los mecanismos de autorregulación optimizarse, el sentido de control personal, promoverse, la confianza en la propia capacidad y en la eficacia de uno mismo entrenarse, y que los modos adaptativos de afrontamiento pueden optimizarse, mejorarse o compensarse, convirtiendo así la promoción del envejecimiento activo en la respuesta más inteligente a la revolución demográfica.

Un mayor conocimiento de la enfermedad y sus variables asociadas, junto a una adecuada comprensión del proceso de envejecer y de nuestros mayores, nos permite estar mejor preparados a la hora de identificar, hacer frente, e incluso prevenir una patología como la depresión, que siendo tratable, es capaz de sumergirse en el más profundo de los sufrimientos humanos. Por tanto, como profesionales, está en nuestras manos el apostar por el bienestar de aquellos que un día nos precedieron, recordando entre todos que el ocaso de la vida, trae consigo su propia luz. Y aunque son bastantes los retos que nos esperan, mientras, como dice el proverbio, procuremos no confundir el galopar del caballo con los latidos del propio corazón.

Conclusiones

9.- CONCLUSIONES

1ª A pesar de que el envejecimiento nos traslade a un escenario de cambios, la satisfacción con la vida no sufre modificaciones significativas permaneciendo, en general, elevada. En cambio, el uso del tiempo de ocio es algo distinto según el estadio vital, predominando en la vejez actividades como pasear, estar con los demás y ver la televisión, junto a la lectura de periódicos y revistas dentro de un marco de escaso hábito lector.

2ª La propia percepción de las habilidades que conforman la inteligencia emocional no se ve mermada al hablar de personas mayores, encontrando incluso en la juventud una mayor carencia en la capacidad para saber y comprender qué se está sintiendo. En cambio, es en la vejez donde existe una mayor correlación entre ellas, indicando que el equilibrio emocional se torna aquí aún más importante si cabe.

3ª Existe en los mayores una tendencia a usar estrategias de afrontamiento más pasivas que en estadios anteriores, junto a un menor uso de las activas, siendo la religión la más diferencial. Aunque esto puede ser un reflejo adaptativo frente a la realidad de envejecer, estas diferencias no marcan la norma; durante todo el ciclo vital, incluyendo esta última etapa, son la elaboración cognitiva y la puesta en marcha de acciones constructivas, los esfuerzos más utilizados para conseguir un manejo adecuado de la situación a afrontar.

4ª En general, la percepción de las diferentes dimensiones que se engloban dentro del constructo de calidad de vida es más negativa en los ancianos que en las cohortes de menor edad, especialmente en lo referente al bienestar físico; sin embargo, de un modo global, esta percepción sigue siendo buena, destacando en los mayores las puntuaciones relacionadas con el funcionamiento interpersonal y con el sentimiento de plenitud espiritual.

5ª La sintomatología depresiva se hace más importante al adentrarnos en los diferentes estadios evolutivos, encontrando en los ancianos su mayor representación. Uno de cada cuatro

alcanza niveles de intensidad moderados o graves, y en general puntúan peor en la mayoría de los síntomas depresivos evaluados, a excepción de algunos incluidos en la esfera cognitiva; esto hace que a la hora de valorar esta patología, tengamos que tener presente el papel que puedan estar ejerciendo características inherentes al propio proceso envejecimiento.

6ª Una escasa habilidad para saber y comprender cómo se sienten los demás y uno mismo, la carencia de la capacidad para regular de un modo reflexivo las emociones, y una excesiva atención hacia la esfera emocional, resultan factores disfuncionales y predictivos de las diferencias individuales en la sintomatología depresiva, independientemente de la edad.

7ª Ante el desafío de adaptación al final de la vida, las distintas estrategias de afrontamiento siguen teniendo el mismo valor, positivo o negativo, sobre la vulnerabilidad a padecer depresión; continúan siendo los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos más activamente hacia el problema, frente a los más pasivos o evitativos, los que conforman una herramienta protectora ante esta patología.

8ª Aquellas personas que perciben niveles más bajos en las diferentes dimensiones de su calidad de vida son más vulnerables a padecer un peor estado de ánimo; esto lleva a plantearnos que quizá, nuestra mejor arma sea la prevención a la hora de fomentar un envejecimiento satisfactorio, debiendo optimizar los servicios, los programas y la atención que ofrecemos a la población mayor.

9ª Una exhaustiva evaluación del anciano, incidiendo en el grado de calidad de vida experimentado, valorando su capacidad de sentir, entender, controlar y modificar los estados emocionales, y evaluando la forma en que hacen frente a los diferentes acontecimientos vitales, nos permitiría clasificarlos correctamente en función a la intensidad de los síntomas depresivos, sin tener que recurrir a otro tipo de exámenes complementarios, en el 77% de los casos, lo que es la base de intervención adecuada.

10ª La adaptación, resurge en el tiempo como compañera de viaje inseparable del proceso de envejecimiento satisfactorio. La depresión, por contra, se impone como un obstáculo que ensombrece toda ilusión y tacha cualquier esperanza. Ante ello, cada uno debe diferenciar lo que puede o no cambiar o mejorar en su vida, pero la lucha contra la depresión en la vejez, y sus prejuicios, es un reto que nos pertenece a todos nosotros y a nuestra sociedad.

Referencias Bibliográficas

10.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J.** (2001). The hopelessness theory of depression: A test of the diathesis-stress and causal mediation components in third and seventh grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 241-254.
- Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., y Teasdale, J.** (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74.
- Agüera-Ortiz, L. F., Losa, R., Goez, L., y Gilaberte, I.** (2011). Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico. *Psicogeriatría*, 3 (1), 1-8.
- Ahrens, A. H. y Haaga, D. A. F.** (1993). The specificity of attributional style and expectations to positive and negative affectivity, depression and anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 83-98.
- Alba, V.** (1992). *Historia social de la vejez*. Barcelona: Laertes.
- Alba, V.** (1997). Paro y jubilación, envejecimiento prematuro. Perspectivas actuales. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y Salud* (pp. 59-76). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J., e Ibáñez, E.** (2006). Afectos y género: un estudio con la Panas-X. *Psicothema*, 18, 166-171.
- Alcalá, V., Camacho, M., y Giner, J.** (2007). Afectos y depresión en la Tercera Edad. *Psicothema*, 19, 49-56.
- Alcalde, I., y Laspeñas, M.** (2005). Ocio en los mayores: calidad de vida. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, salud y dependencia* (pp. 43-62). Logroño: Universidad de La Rioja, Servicio de Publicaciones.
- Aldaz, E., Coello, L., Etxeberria, I., Zamora, G., y Galdona, N.** (2011). Relación entre la inteligencia emocional percibida y el estado nutricional en una muestra de personas mayores. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 177. Extraído el 23 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Aldaz, E., Etxeberria, I., Zamora, G., Barbero, E., y Galdona, N.** (2011). Inteligencia emocional percibida, alexitimia y calidad de vida relacionada con la salud: un estudio relacional en una muestra de personas mayores. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 176. Extraído el 19 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Aldwin, C. M., y Gilmer, D. F.** (2006). (Eds.) *Health, Illness, and Optimal Aging: Biological and Psychosocial Perspectives*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Aldwin, C. M., y Revenson, T. A.** (1987). Does coping help? A re-examination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 237-48.
- Aleixandre, M.** (2004). Los trastornos afectivos: depresión y ansiedad. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.195-212). Madrid: Pirámide.
- Alexandre, T. S., Cordeiro, R. C., y Ramos, L. R.** (2009). Factors associated to quality of life in active elderly. *Revista de Saúde Pública*, 43(4), 613-621.
- Alexopoulos, G. S.** (2001). New concepts for prevention and treatment of late life depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 835-838.
- Alexopoulos, G. S.** (2005). Depression in the elderly. *Lancet*, 365 (9475), 1961-1970.
- Alexopoulos, G. S., Meyers B. S., Young R. C. et al.** (1996). Recovery in geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 53, 305-312.
- Alexopoulos, G. S., Meyers B. S., Young R. C. et al.** (2000). Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 285-290.
- Alexopoulos, G. S., Meyers, B. S., Young, R. C., Mattis, S., y Kakuma, T.** (1993). The course of geriatric depression with 'reversible dementia': a controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1693-1699.
- Alexopoulos, G.S., Young, R.C., Meyers, B.S., Abrams R.C., Shamoian C.A** (1988). Late-onset depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 11, 101-15.
- Alix, C., y Muñoz, J.** (2006). Envejecimiento social. En J. Muñoz, *Psicología del envejecimiento* (pp. 95-110). Madrid: Pirámide.
- Allen, A., y Blazer, D. G.** (1991). Mood disorders. En J. Sadavoy, L. W. Lazarus, y L. F. Jarvik (Eds.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (pp. 337-352). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Allen, K. R., Blieszner, R., y Roberto K. A.** (2000). Families in the middle and later years: A review and critique of research in the 1990s. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 911-926.
- Alloy, L., Abramson, L.Y., Whitehouse, W., Hogan, M., Tashman, N.A., Steinberg, D., Rose, D. y Donovan, P.** (1999). Depressogenic cognitive styles: Predictive validity, information processing and personality characteristics, and developmental origins. *Behaviour*

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

Research and Therapy, 37, 503-531.

- Allport, G. W. (1950). *The Individual and his Religion*. Nueva York: The McMillan Company.
- Alonso Fernández, F. (1976). *Fundamentos de la psiquiatría actual*. Madrid: Paz Montalvo.
- Alonso, J.; Regidor, E.; Barrio, G.; Prieto, L.; Rodríguez, C., y De la fuente, L. (1998): "Valores poblacionales de referencia de la versión española de Cuestionario de Salud SF-36". *Medicina Clínica*. (Barcelona), 111, 410-416.
- Álvarez, J. (1985). Evaluación de la depresión. En J. A. Carrobes (Dir.), *Análisis y Modificación de Conducta II: Aplicaciones clínicas*. Madrid: UNED.
- Ames, B. N. (2004). Mitochondrial decay, a major cause of aging can be delayed. *Journal of Alzheimer's Disease*, 6, 117-121.
- Ames, D. (1991). Epidemiological studies of depression among the elderly in residential and nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 347-354.
- Anantharaju, A., Feller, A., y Chedid, A. (2002). Aging liver: A review. *Gerontology*, 48, 343-348.
- Anderson, I. M. (2000) Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. *Journal of Affective Disorder*, 58, 19-36.
- Andrés, V., y Bas, F. (1999). Tratamiento de la depresión. En I. Montorio, y M. Izal (Eds.), *Intervención psicológica en la vejez. Aplicaciones en el ámbito clínico y de la salud* (pp. 111-150). Madrid: Síntesis.
- Angst, J. (1974). Genetic aspects of depression. En N. S. Kline (Ed.), *Factors in depression*. New York: Raven Press.
- Anstey, K., y Brodaty, H. (1995). Antidepressants and the elderly: double-blind trials 1987-1992. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 265-279.
- Antonucci, T. C. (2004). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development* (10ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Aranibar, P. (2004). Calidad de vida y vejez. *Universidad de Barcelona*. Extraído el 30 Mayo, 2010, de <http://www.ciape.org.br/artigos/CALIDADDEVIDAYVEJEZ%5B1%5D.doc>.
- Arluke, A., y Levin, J. (1984). Another stereotype: Old age as a second childhood. *Aging*, 7-11.
- Arostegui, I. (1998). *Evaluación de la calidad de vida en personas adultas con retraso mental en la comunidad autónoma del País Vasco*. Universidad de Deusto.
- Arquiola, E. (1995). *La vejez a debate. Análisis histórico de la situación sociosanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
- Asociación Psiquiátrica Americana (APA) (2002). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson (original, 2000).
- Aspinwall, L. G. (2001). Dealing with adversity: Self-regulation, coping, adaptation, and health. En A. Tesser, y N. Schwarz (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Intraindividual Processes* (pp. 591-614). Malden, MA: Blackwell.
- Atchley, R. C. (1977). The leisure of the elderly. *The humanist*, 14-19.
- Atchley, R. C. (1980). *The social forces in later life: An Introduction to Social Gerontology* (3ª ed.). Belmont (CA): Wadsworth.
- Atchley, R. C. (1985). *Social forces and Aging* (4ª ed.). Belmont (CA): Wadsworth.
- Atchley, R. C. (2000). *Social forces and Aging* (5ª ed.). Belmont (CA): Wadsworth.
- Aviá, M. D., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid: Psicología Alianza Editorial.
- Ayuso, J. L., y Sáiz, J. (1990). *Las Depresiones* (Tomo 1). Barcelona: Salvat.
- Babladelis, G. (1987). Young persons attitudes toward aging. *Perceptual and Motor Skills*, 65, 553-554.
- Bain, E. E., et al. (2004). Decreased 5-HT1A receptor binding in bipolar depression. *Biological Psychiatry*, 55 (8), 636.
- Baldwin R.C. y Tomenson B. (1995). Depression in later life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *British Journal of Psychiatry*, 167: 649-52.
- Baldwin, B. (1990). Age of onset in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 156, 445-446.
- Baldwin, R. (2002). Depressive illness. En R. Jacoby y C. Oppemeimer (Eds.), *Psychiatry in the elderly*. Oxford: Oxford University Press.
- Baldwin, R. C. (2003). Trastornos del humor en la vejez. En M. G. Gelder, J. J. López-Ibor Jr., y N. Andreasen, *Tratado de psiquiatría* (Tomo III) (PP. 1969-1978). Barcelona: Psiquiatría editores. Ars Médica.
- Baldwin, R. C., y Jolley, D. J. (1986). The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 149, 574-583.
- Ballús, C., y Vallejo, J. (1983). Trastornos afectivos: Parámetros psicofisiológicos. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 10, 5, 325-336.
- Baltes, M., y Reichert, M. (1992). Successful aging: the product of biological factors, environmental quality, and behavioral competence. En J. George and Ebrahim (Eds.), *Health care for older women* (pp. 236-256). Oxford, UK: Oxford University Press.

- Baltes, P. B.** (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52, 366-380.
- Baltes, P. B.** (2003). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation for developmental theory. In U. M. Staudinger, y U. Lindenberger (Eds.), *Understanding human development*. Boston: Kluwer.
- Baltes, P. B. y Baltes, M. M.** (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. En P. B. Baltes, y M. M. Baltes (Eds.), *Successful aging. Perspectives from the behavioral sciences* (pp. 1-34). Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., y Staudinger, U. M.** (1998). Life-span theory in developmental psychology. En W. Damon (Ed. de la serie), y R. M. Lerner (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology, vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley (5ª edición).
- Baltes, P. B., y Smith, J.** (2003). New frontiers in the future of aging: From successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, 123-135.
- Bandura, A.** (1986). *Social foundation of thoughts and actions*. Englewoods Cliffs, California, Prentice Hall.
- Bandura, A.** (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Barcia Salorio, D.** (1988). Depresión senil. *Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología "Geriatría"*, 4 (2), 84-89.
- Barefoot, J. C., Mortensen, E. L., Helms, J., Avlund, K., y Schroll, M.** (2001). A longitudinal study of gender differences in depressive symptoms from age 50 to 80. *Psychology and Aging*, 16, 342-345.
- Barja, G.** (2004a). Free radicals and aging. *Trends in Neurosciences*, 27, 595-600.
- Barja, G.** (2004b). Aging in vertebrates and the effect of caloric restriction: a mitochondrial free radical production-DNA damage mechanism? *Biological Reviews*, 79, 235-251.
- Bar-On, R.** (1997a). *Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A measure of emotional intelligence*. Toronto: Multi Health Systems.
- Bar-On, R.** (1997b). *Bar-On Emotional Quotient Inventory. Technical Manual*. Toronto: Multi Health Systems.
- Bar-On, R.** (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bar-On, R. y Parker, J. D. A.** (2000). *The Handbook of Emotional Intelligence*. Jossey-Bass: California.
- Barret, L. F., Ochsner, K. N., y Gross, J. J.** (2007). The experience of emotion. *Annual Review of Psychology*, 58, 373-403.
- Barret, L. S., y Salovey, P.** (2002). *The Wisdom in Feeling: Psychological Process in Emotional Intelligence*. Guilford Press: New York.
- Barrett L. F., Gross, J., Christensen, T. C., y Benvenuto, M.** (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Barriopedro, M. I., Eraña, I. y Mallol, L.** (2001). Relación de la actividad física con la depresión y satisfacción con la vida en la tercera edad. *Revista de Psicología del Deporte*, 10 (2), 239-246.
- Bartels, S. J., Dums, A.R., Oxman, T.E, Schneider, L.S., Areán, P.A., Alexopoulos, G.S. y Jeste, D.V** (2007). Prácticas basadas en la evidencia en atención mental geriátrica. *Clinical Psychiatry, Self-Assesment Program*, pp. 31-47
- Bayes, R.** (1991). *Psicología oncológica* (2ª ed). Barcelona: Martínez Roca.
- Bazargan, M., y Hamm, W. P.** (1995). The relationship between chronic illness and depression in a community of urban black elderly persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 50B, S219-S127.
- Bazo, M. T.** (2002). La institución social de la jubilación y las personas jubiladas. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, número especial: Jubilación flexible, 241-254.
- Beauvoir, S. de** (1970). *La vejez*. Barcelona: Edhasa (trad. 1989).
- Beck, A. T.** (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quartely*, 1, 5-37.
- Beck, A. T.** (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A. T., Brady, J. P., y Quen, J. M.** (1977). *The history of depression*. New York: Psychiatric Annals.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, C.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guildford Press. (Trad. castellana, Terapia Cognitiva de la Depresión (1983). DDB: Bilbao).
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., y Textler, L.** (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 861-865.
- Beck, A., y Wynnendod, P.** (1964). Thinking and depression. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Garbin, M.C.** (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J.** (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General*

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

Psychiatry, 4, 561-571.

- Beekman, A. T., Deeg, D. J., van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C., y van Tilburg, W.** (1995). Major and minor depression in later life: A study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 36, 65-75.
- Beekman, A., Berus, E. de, Van Balkom, A., et al.** (2000). Anxiety and depression in later life: cooccurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry*, 157, 89-95.
- Bellamy, A., Gore, D., y Sturgis, J.** (2005). Una exploración de la relevancia de la Inteligencia emocional en alumnos con alta capacidad. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3 (2), 53-78.
- Belsky, J.** (1996). *Psicología del envejecimiento. Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Belsky, J.** (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Benabarre, A., y Valentí, M.** (2007). *La depresión en el anciano*. Laboratorios Dr. Esteve.
- Ben-Zur, H.** (1999). The effectiveness of coping meta-strategies: perceived efficiency, emotional correlates and cognitive performance. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 923-939.
- Berkman, L. F. et al.** (1986). Depressive Symptoms in Relation to Physical Health and Functioning in the Elderly. *American Journal of Epidemiology*, 124, 372-388.
- Berntsen, D., y Rubin, D. C.** (2002). Emotionally charged autobiographical memories across the life span: The recall of happy, sad, traumatic, and involuntary memories. *Psychology and Aging*, 17, 636-652.
- Berr, C.** (2002). Oxidative stress and cognitive impairment in the elderly. *Journal of Nutrition, Health, and Aging*, 6, 261-266.
- Bertoni-Freddari, C., Fattoretti, P., Giorgetti, B., Solazzi, M., Baliotti, M., y Meier-Ruge, W.** (2004). Role of mitochondrial deterioration in physiological and pathological brain aging. *Gerontology*, 50, 187-192.
- Billings, A.G., y Moos, R.H.** (1981). The role of coping responses and the social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 131-57.
- Binet, A., y Simon, T.** (1908). Le développement de l'intelligence chez les enfants. *L'Année psychologique*, 14, 1-94.
- Birren, J. E., y Birren, B. A.** (1990). The concepts, models and history of the psychology of aging. In J. E. Birren and K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3rd ed., pp. 3-20). San Diego: Academic Press.
- Birren, J. E., y Cunningham, W. R.** (1985). Research on the Psychology of Aging: Principles, concepts and theory. En J. E. Birren, y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (2ª ed., pp. 3-34). Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Birren, J. E., y Schroots, J. F. F.** (1996). History, concepts, and theory in the psychology of aging. In J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (4th ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Birren, J. E., y Schroots, J. F. F.** (2001). On the origins of geropsychology. En J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Bisquerra, R.** (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona, Praxis.
- Bisquerra, R.** (2009). Apuntes para una historia de la educación emocional En P. Fernández-Berrocal et al. (Coords.), *Avances en el estudio de la inteligencia emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia emocional* (pp. 405-411). Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Black, S., Goodwin, J., y Markides, K.** (1998). The association between chronic diseases and depressive symptomatology in older Mexican Americans. *Journal of Gerontological Medical Science*; 53A:M118-M194
- Blanco, A.** (1985). La calidad de vida: supuestos psicosociales. En J. F. Morales, A. Blanco, C. Huici y J. Fernández, *Psicología social aplicada* (pp. 159-182). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blau, Z. S.** (1973). *Old age in a changing society*. Nueva York: New Viewpoints.
- Blazer, D. G.** (1983). Impact of late life depression on the social network. *American Journal of Psychiatry*, 140, 162-165.
- Blazer, D. G.** (1989a). The epidemiology of depression in late life. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 35-52.
- Blazer, D. G.** (1989b). Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 320, 164-166.
- Blazer, D. G.** (1992). Social isolation among older individuals: The relationship to mortality and morbidity. En R. L. Berg y J. S. Cassells (Eds.), *The second fifty years: Promoting health and preventing disability* (pp. 243-262). Washington, DC: National Academy Press.
- Blazer, D. G.** (1993). *Depression in Late Life*. Saint Louis: Mosby.
- Blazer, D. G.** (1997) Depression in the elderly. Myths and misconceptions. *Psychiatric Clinics of North America*, 20, 111-9.
- Blazer, D. G.** (2002). Self-efficacy and depression in late life: a primary prevention proposal. *Aging Mental Health*, 6, 319-328.
- Blazer, D. G.** (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58(3), 249-265.

- Blazer, D. G.** (2007a). Psiquiatría geriátrica. *Clinical Psychiatry. Self-Assessment Program*. pp 3-19
- Blazer, D. G.** (2007b). La psiquiatría y los ancianos de edad más avanzada. *Clinical Psychiatry. Self-Assessment Program*, 20-32.
- Blazer, D. G., Hughes, D. C., y George, L. K.** (1987). The Epidemiology of Depression in an Elderly Community Population. *The Gerontologist*, 27, 281-287.
- Blazer, D. G., y Williams, C.** (1980). Epidemiology of Dysphoria and Depression in an Elderly Population. *American Journal of Psychiatry*, 137, 439-444.
- Bloch, E.** (1959). *El principio esperanza*. Madrid, Aguilar.
- Bluck, S., y Habermas, T.** (2000). The life story schema. *Motivation and Emotion*, 24, 121-147.
- Bolla-Wilson, K, y Bleecker, M. L.** (1989). Absence of Depression in Elderly Adults. *Journal of Gerontology*, 44 (2), 53-55.
- Borg, J., André, B., Soderstrom, H., y Farde, L.** (2003). The serotonin system and spiritual experiences. *American Journal of Psychiatry*. 160(11), 1965-1969.
- Borthwick-Duffy, S.A.** (1992). Quality of life and quality of care in mental retardation. En L. Rowitz (Ed.), *Mental retardation in the year 2000* (pp.52-66). Berlin: Springer-Verlag.
- Bouchard, G.V., Guillemette, A. y Landry-Léger, N.** (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personal-ity, cognitive appraisals, and psychological distress. *European Journal of Personality*, 18, 221-238.
- Bower, G.H.** (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Bowlby, J.** (1980). *Loss*. Nueva York: Basic Books.
- Bowling, A., y Farquhar, M.** (1991). Associations with social networks, social support, health status and psychiatric morbidity in three samples of elderly people. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 115-126.
- Boyle, C.** (1997). Measuring the quality of later life. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 352, 1871-1879.
- Brackett, M. A., y Salovey, P.** (2007). La evaluación de la inteligencia emocional con el Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). En J. M. Mestre, y P. Fernández-Berrocal (Coords.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 69-80). Madrid: Pirámide.
- Bradley, B., et al.** (2011). Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72 (5), 685-691.
- Brandstädter, J., y Renner, G.** (1990). Tenacious goal pursuit and flexible goal adjustment: Age-related analysis of assimilative and accommodative strategies of coping. *Psychology of Aging*, 5, 58-67.
- Brandstädter, J.** (1998). Action perspectives on human development. En W. Damon (Ed. de la serie), y R. M. Lerner (Ed. del volumen), *Handbook of child psychology, vol. 1. Theoretical models of human development* (pp. 807-863). Nueva York: Wiley (5ª edición).
- Brandstadter, J., Wentura, D. y Greve, W.** (1993). Adaptive resources of the aging self: Outlines of an emergent perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 323-349.
- Brandstadter, J., y Greve, W.** (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brandstädter, J., y Rothermund, K.** (2002). The life course dynamics of goal pursuit and goal adjustment: a two process framework. *Developmental Review*, 22, 117-150.
- Brashares, H. J., y Catanzaro, S. J.** (1994). Mood regulation expectancies, coping responses, depression, and sense of burden in female caregivers of Alzheimer's patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 437-442.
- Brisette, I.; Scheier, M. F., y Carver, C. S.** (2002). The role of optimism in social network development, coping and psychological adjustment during a life transition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(1), 102-111.
- Brodsky, H., Harris, L., Peters, K., et al.** (1993). Prognosis of depression in the elderly: a comparison with younger patients. *British Journal of Psychiatry*, 163, 589-596.
- Bromley, D. B.** (1990). *Behavioral Gerontology. Central Issues in the Psychology of Aging*. Nueva York: John Wiley and Sons.
- Bronfenbrenner, U.** (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32, 513-530.
- Brown, G., y Harris, T.** (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatry disorder in women*. Londres: Tavistock.
- Brown, G., y Moran, P.** (1994). Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes. I: A community survey. *The British Journal of Psychiatry*, 165, 447-456.
- Browne, J.P, et al.** (1994): Individual Quality of Life in the healthy elderly. *Quality of life Research*, 3, 325-244.
- Bucci, W.** (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. New York: Guilford.
- Buendía, J., y Riquelme, A.** (1994). Envejecimiento y depresión. En Buendía, J. (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Buendía, J., y Riquelme, A.** (1997). Residencias para ancianos: ¿solución o problema? En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud*:

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

perspectivas actuales. Madrid: Biblioteca Nueva.

- Bühler, C. (1933). *Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem*. Leipzig: S. Hirzel.
- Burton, R. *Anatomía de la melancolía*. (1ª ed. 1621) (Introd. de Jean Starobinski). Madrid: Editorial. Asociación española de neuropsiquiatría. A.E.N. 1.997.
- Burvill, P. W., Hall, W. D., Stampfer, H. G., y Emmerson, J.P. (1991). The Prognosis of Depression in Old Age? *British Journal of Psychiatry*, 158, 64-71.
- Busse, E. W.M y Blazer, D. G. (1996). *The American Psychiatric Press textbook of geriatric psychiatry* (2ª ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Butler, R. N., Lewis, M., y Sunderland, T. (1991). *Aging and mental health: Positive psychosocial and biomedical approaches* (4th ed.). New York: MacMillan.
- Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26 (1), 65-76.
- Butler, R. N. (1985). *Productive Aging*. Nueva York: Springer.
- Butler, R. N., y Lewis, M. I. (1982). *Aging and mental health* (3ª ed.). Saint Louis, MO: Mosby.
- Buz, J, Mayoral, P, Bueno, B, y Vega, J.L. (2004). "Factores sociales del bienestar subjetivos en la vejez". *Rev. Esp. Geriatría y Gerontología*, 39 (13), 38 – 45.
- Buzzard, E. F. (1930). Discussion of the diagnosis and treatment of the milder forms of the manic-depressive psychosis. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, 23, 881-883.
- Cabré, A. (1997). Volverán tórtolos y cigüeñas. En L. Garrido, y E. Gil (Eds.), *Estrategias familiares* (pp. 113-131). Madrid: Alianza.
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Klein, D.J., y Poehlmann, K. M. (1997). The psychophysiology of emotion across the lifespan. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 27-74.
- Campbell, S., Marriott, M., Nahmias, C. y McQueen, G. (2004). Menor volumen hipocampal en los pacientes que padecen depresión. *American Journal of Psychiatry* (Ed. Esp.) 7, 7, 383-392.
- Cao, A., Canales, I y Táboas, M. I. (2011). Calidad de vida percibida por las personas mayores. Consecuencias de un programa de estimulación cognitiva a través de la motricidad "Memoria en movimiento". *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 46 (2), 74-80.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health: Lectures on concept development*. New York: Behavioral Publications.
- Caprara, M. (2008). La promoción del envejecimiento activo. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (pp. 337-361). Madrid: Pirámide.
- Caro, F. G., y Sánchez, M. (2005). Envejecimiento productivo. Concepto y factores explicativos. En S. Pinazo, y M. Sánchez (Eds.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 457-488). Madrid: Pearson Prentice-Hall.
- Carral, J. M. C. (2001). *Influencia en la autopercepción del estado de salud tras un programa de fortalecimiento muscular en un colectivo de personas mayores de 65 años*. Tesis doctoral. Coruña: Universidad de la Coruña.
- Carrasco, A. F. (2008). Depresión en la tercera edad. *Congreso virtual de psiquiatría – Interpsiquis* (disponible en www.psiquiatria.com)
- Carrera, P. y Fernández-Dols, J.M. (1997) Conceptos cotidianos de emoción. En E. Garcia, M. Chóliz, F. Palmero y F. Martínez, *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. (pp 141-150). Madrid: Pirámide.
- Carstensen, L. L. (1990). Cambios relacionados con la edad en la actividad social. En L. L. Carstensen y B. A. Edelman, *Gerontología clínica. Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Carstensen, L. L. (1998). A life-span approach to social motivation. En J. Heckhausen, y C. S. Dweck (Eds.), *Motivation and self-regulation across the life-span* (pp. 341-364). Nueva York: Cambridge University Press.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., y Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165-181.
- Carstensen, L. L., Mikels, J., y Mather, M. (2006). Aging and the intersection of cognition, motivation and emotion. En J. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (6ª ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Carstensen, L. L., y Löckenhoff, C. E. (2004). Aging, emotion, and evolution: The bigger picture. In P. Ekman, J. J. Campos, R. J. Davidson, y F. B. M. de Waal (Eds.), *Emotions inside out: 130 years after Darwin's The Expression of the Emotions in Man and Animals*. New York: Annals of the New York Academy of Sciences.
- Carstensen, L.L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151–156.
- Carstensen, L.L., Pasupathi, M., Mayr, U., y Nesselroade, J. (2000). Emotional experience in everyday life across the adult life span.

Journal of Personality and Social Psychology, 79, 644-655.

- Carstensen, L.L., y Turk-Charles, S.** (1994). The salience of emotion across the adult life course. *Psychology and Aging*, 9, 259-264.
- Carus, F. A.** (1808). *Psychologie zweiter Theil: Specialpsychologie*. Leipzig: Borth.
- Carver, C.S., Harris, S.D., Lehman, J.M., Durel, L.A., Antoni, M.H., Spencer, S.M., y Pozo-Kaderman C.** (2000). How Important Is the Perception of Personal Control? Studies of Early Stage Breast Cancer Pa-tients. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(2), 139-149.
- Carver, C.S., Sheier, M.F., y Weintraub, J.K.** (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-83.
- Carver, C.S., y Scheier M.** (1981). *Attention and self-regulation: a control-theory approach to human behavior*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Carver, C.S., y Scheier M.A.** (1983). Control-theory model of normal behavior, and implications for problems in self-management. En P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (pp. 127-194) (Vol. 2). Nueva York: Academic Press.
- Casas, F. y Aymerich, M.** (2005). La calidad de vida de las personas mayores. En S. Pinazo y M. Sánchez (Dir). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid. Pearson Educación 117-144.
- Castejón, P. y Abellán, A.** (2009) *Estado de Salud*. En R. Díaz (Coord.), *Las Personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008, Vol I.* (pp. 67-132). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Catalina, M. L. y Castro, M. J.** (2011). Características especiales de los trastornos psiquiátricos en el anciano. *Medicine*, 10 (86), 5825-5834.
- Catanzaro, S. J., Wasch, H. H., Kirsch, I., y Mearns, J.** (2000). Coping-related expectancies and dispositions as prospective predictors of coping responses and symptoms. *Journal of Personality*, 68, 757-788.
- Catanzaro, S. J., y Greenwood, G.** (1994). Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *Journal of Counselling Psychology*, 41, 34-44.
- Cava, M. J., y Musitu, G.** (2000). Bienestar psicosocial en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (4), 215-221.
- Cfovinsky, K. E., Fortinsky, R. H., Palmer, R. M., et al.** (1997). Relación entre los síntomas de depresión y pronóstico del estado de salud en personas ancianas hospitalizadas por enfermedades agudas. *Annals of Internal Medicine*, 126, 417-425.
- Chaisson-Stewart, G. M.** (1985). An integrated theory of depression. En G. M. Chaisson-Stewart (Ed.), *Depression in the Elderly* (pp. 56,104). New York: Wiley.
- Champion, L.** (1990). The relationship between social vulnerability and the occurrence of severely threatening life events. *Psychological Medicine*, 20, 157-161.
- Charles, S. T., Mather, M., y Carstensen, L. L.** (2003). Aging and emotional memory: The forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132, 310-324.
- Charles, S. T., y Carstensen, L. L.** (2004). A life-span view of emotional functioning in adulthood and old age. En P. Costa (Ed.), *Advances in cell aging and gerontology series*. New York: Elsevier.
- Charles, S.T., y Carstensen, L.L.** (2007). Emotion regulation and aging, En J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Publications.
- Charles, S.T., y Piazza, J.R.** (2007). Memories of social interactions: Age differences in emotional intensity. *Psychology and Aging*, 22, 300-309.
- Cheng, T.** (1989). Symptomatology of minor psychiatric morbidity: A cross-cultural comparison. *Psychological Medicine*, 19, 667-708.
- Cherif, H., Tarry, J. L., Ozanne, S. E., y Hales, C. N.** (2003). Aging and telomeres: A study into organ- and gender- specific telomere shortening. *Nucleic Acids Research*, 31, 1576-1583.
- Chipperfield, J. G., Perry, R., P., y Weiner, B.** (2003). Discrete emotions in later life. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, 23-34.
- Chodzko-Zajko, W. J.** (1990). The influence of general health status on the relationship between chronological age and depressed mood state. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 13-22.
- Ciarrochi, J., Caputi, P. y Mayer, J. D.** (2003). The distinctiveness and utility of a measure of trait emotional awareness. *Personality and Individual Differences*, 34, 1477-1490.
- Ciarrochi, J., Forgas, J., y Mayer, J.** (Eds.) (2001). *Emotional intelligence in Everyday Life*. New York: Psychology Press.
- CIS-IMSERSO** (1998). *La soledad en las personas mayores. Estudio 2279*. Madrid: IMSERSO.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Claver, M. D.** (2002). Aspectos psicológicos del envejecimiento. En L. Agüera, M. Martín y J. Cervilla (Eds.), *Psiquiatría geriátrica* (15-61). Barcelona: Masson.
- Claver, M. D.** (2006). El envejecimiento desde la perspectiva psicológica. En L. Agüera, Cervilla, J., y Martín, M. (Eds.), *Psiquiatría Geriátrica* (2ª ed.) (pp. 25-80). Barcelona: Masson.
- Cohler, B. J., y Nakamura, J. E.** (1996). *Self and experience across the second half of life*. En J. Sadavoy, L. W. Lazarus, L. F. Jarvik, y J. T. Grossberg (Eds.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry-II*, 2ª ed. Washington: American Psychiatric Press.
- Cole, M.** (1990). The Prognosis of Depression in the Elderly. *Canadian Medical Association Journal*, 143, 633-639.
- Cole, M. G., Bellavance, F., y Mansour, A.** (1999). Prognosis of depression in elderly community and primary care populations: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1182-1189.
- Cole, M. y Bellavance, F.** (1997a). The prognosis of depression in old age. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 4-14.
- Cole, M. y Bellavance, F.** (1997b). Depression in elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcome. *Canadian Medical Association Journal*, 157, 1055-1060.
- Coleman, D., e Iso-Ahola, S.E.** (1993). Leisure and health: The role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25, 111-128.
- Coleman, P. G., y O'Hanlon, A.** (2004). *Ageing and development: Theories and research*. Londres: Arnold.
- Coleman, P.G.** (1999). Creating a life story: The task of reconciliation. *The Gerontologist*, 39, 133-139.
- Comblain, C., D'Argembeau, A., Van der Linden, M. y Aldenhoff, L.** (2004). The effect of aging on the recollection of emotional and neutral pictures. *Memory*, 12, 673-684.
- Comblain, C., D'Argembeau, A., y Van der Linden, M.** (2005). Phenomenal characteristics of autobiographical memories for emotional and neutral events in older and younger adults. *Experimental Aging Research*, 31, 173-189.
- Conde, J. L., y Jarne, A.** (2006). Trastornos mentales en la vejez. En C. Triadó, y F. Villar (Cords.), *Psicología de la vejez* (pp. 341-364). Madrid: Alianza Editorial.
- Conde, V., Esteban, T., y Useros, E.** (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Conde, V., y Useros, E.** (1975). Cuestionario de Beck. Adaptación española. *Revista de psiquiatría y psicología médica de Europa y América*, 12, 217-236.
- Conwell, Y., Rotenberg, M., y Caine, E. D.** (1990). Complete suicide at age 50 and over. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38, 640-644.
- Copeland, J. R. M., Chen, R., Dewey, M. E., et al.** (1999). Community-based case-control study of depression in older people. *British Journal of Psychiatry*, 175, 340-347.
- Copeland, J. R., y Wilson, K. C. M.** (1989). Rating Scales in Old Age Psychiatry. En C. Thompson (Comp.), *The Instruments of Psychiatric Research*. Nueva York: Wiley.
- Coryell, W., Endicott, J., y Keller, M. B.** (1991). Predictors of relapse into major depressive disorder in a nonclinical population. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1353-1358.
- Cosmides, L., y Tooby, J.** (2000). Evolutionary psychology and the emotions. En M. Lewis y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions*, 2nd Edition. (pp. 91-115). Nueva York: Guilford.
- Coullaut-Valera, J., Arbaiza-Díaz, I., Coullaut-Valera, R., y Ortíz, O.** (2007) Alteraciones de la onda P300 en el lóbulo occipital en pacientes depresivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (4), 243-248.
- Cozzens-Hebert, M.L.** (2002). Coping and depression in residentially placed female adolescents. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 63(1-B), 519.
- Craik, F. I. M., y Bialystok, E.** (2006). Cognition through the lifespan: mechanism of change. *Trends in Cognitive Science*, 10(3), 131-138.
- Crespo, D.** (2006a). El envejecimiento: definiciones y teorías. En D. Crespo (Ed.), *Biogerontología* (pp. 13-33). Santander: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cantabria.
- Crespo, J. M.** (2006b). Psicopatología de la afectividad. En J. Vallejo (Dir), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6ª ed.) (pp. 199-213). Barcelona: Masson-Elsevier.
- Crespo, M., y Cruzado, J. A.** (1997) La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 797-830.
- Cristofalo, V. J.** (1991). Overview of biological mechanism of aging. En V. J. Cristofalo, y M. P. Lawton (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, vol. 10, (pp. 1-22). Nueva York: Springer.

- Cristofalo, V. J., Tresini, M., Francis, M. K., Volker, C.** (1999). Biological theories of senescence. In V. L. Bengtson y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging* (pp. 99–112). New York: Springer.
- Crohan, S.E., y Antonucci, T. C.** (1989). *Friends as a source of social support in old age*, (compilado por Adams, R. G. y Blieszner, R.), *Older adult friendship: structure and process*. Londres: Sage.
- Crossett, J. H.** (2004). The best es yet to be: Preventing, detecting, and treating depression in older women. *Journal of the American Medical Women's Association*, 59, 210-215.
- Crowther, M. R., Parker, M. W., Achenbaum, W. A., Larimore, W. L. y Koenig, H. G.** (2002). Rowe and Kahn's Model of Successful Aging Revisited: Positive Spirituality--The Forgotten Factor. *Gerontologist* 42, 613-620.
- Cruz, A., Jara, M., y Rivera, D.** (2010). Estrategias de afrontamiento utilizadas por personas adultas mayores con trastornos depresivos. *Anales en Gerontología*, 6, 31-49.
- Cumming, E., y Henry, W. E.** (1961). *Growing Old; the Process of Disengagement*. Nueva York: Basic Books Inc.
- D'Haenen, H.** (1997). Brain imaging in depression. En A. Honig, y H. Van Praag (Dir.): *Depression: Neurobiological, Psychopathological and Therapeutic Advances*. Chichester: John Wiley y Sons.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., y Friesen, W. V.** (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804–813.
- Davies, A. D. M.,** (1996). Life events, health, adaptation and social support. En R. T. Woods (Ed.), *Handbook of the clinical psychology of ageing*. Chichester: John Wiley and Sons.
- De Alarcón, R. D.** (1964). Hypochondriasis and depression in the aged. *Gerontologic Clinics*, 6, 266-277.
- De la Serna de Pedro, I.** (2000). *Manual de psicogeriatría clínica* (director: J. Saiz). Barcelona: Masson.
- De Leo, D., y Diekstra, R. F. W.** (1990). *Depression and Suicide in Late Life*. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.
- Dean, A., y Ensel, W. M.** (1983). Socially Structured Depression in Men and Women. *Research in Community and Mental Health*, 3, 113-139.
- Del Barrio, E. y Abellán, A.** (2006) *Indicadores demográficos*, En M. Sancho (Coord.), *Informe 2006. Las Personas Mayores en España. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas, Vol 1* (pp. 33-71). Madrid: Ministerio de Trabajo y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Del Barrio, E. y Abellán, A.** (2009) *Indicadores demográficos*. En R. Díaz (Coord.), *Las Personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008, Vol 1.* (pp. 31-66). Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)
- Delgado, M.** (2001). ¿Por qué es tan baja la fecundidad española? En VV.AA., *Las claves demográficas del futuro de España* (pp. 135-157). Madrid: Fundación Cánovas del Castillo.
- Derouesne, C.** (2011). What is an emotion? An introduction to the study of emotions. *Geriatric et pshychologie neuropsychiatrie du vieillissement*, 9 (1), 69-81.
- Díaz, I. B.** (1999). *Calidad de vida. Una demanda del fin de siglo y un Reto para el nuevo milenio*. Conferencia Inagural, III Taller Internacional de Psicología Latinoamericana y Caribeña. Santiago de Cuba: Centro de Convenciones Heredia.
- Díaz-Veiga, P.** (1987). *El apoyo social en la vejez*, en (dir. Fernández-Ballesteros, R.) *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Diener, E., Sandvik, E. y Larsen, R. J.** (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21, 542-546.
- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E. y Smith, H.L** (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychology Bulletin*;125:276-302.
- Diener, E., y Suh, E.** (1998). Age and Subjective Well-Being: An International Análisis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Dik, M., Deeg, D. J., Visser, M., y Jonker, C.** (2003). Early life physical activity and cognition at old age. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 25(5), 643–653.
- DiMauro, S., Tanji, K., Bonilla, E., Palloti, F., y Schon, E. A.** (2002). Mitochondrial abnormalities in muscle and other aging cells: Classification, causes, and effects. *Muscle and Nerve*, 26, 597-607.
- Dixon, J.F., y Ahrens, A.H.** (1992). Stress and attributional style as predictor of selfreported depression in children. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 623-634.
- Dobson, K. S.** (1989). A meta-analysis of the efficacyof cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dohrenwend, B. P., y Dohrenwend, G. S.** (1982). Perspectives on the Past and Future of Psychiatric Epidemiology. *American Journal of Public Health*, 72, 1271-1279.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Domingo, A.** (2005). Bioética y envejecimiento. La gestión del cuidado en una sociedad liberal. En S. Pinazo, y M. Sánchez (Dir.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 541-562). Madrid: Pearson Educación.
- Donahue, M. J.** (1985). Intrinsic and extrinsic religiousness: review and meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(2), 400-419.
- Dosil, A.** (1993). La actitud ante la finitud de la existencia humana y la muerte. En Diputación Provincial de Jaén (Eds.), *Gerontología Social: Perspectivas teóricas y de intervención* (pp. 41-56). Jaén: Diputación Provincial.
- Dreher, G.** (1969). Adjustment to Retirement –a study of two occupational groups. *8th International Congress of Gerontology*, 2, 64.
- Dreher, G.** (1970). Auseinandersetzungen mit dem bevorstehenden Austritt aus dem Berufsleben. En R. Schubert (Dir.), *Geroprophylaxe, Infektions- und Herzkrankheiten, Rehabilitation und Sozialstatus im Alter*, 118-124.
- Driver, C., Georgiou, A., y Georgiou, G.** (2004). The contribution of mitochondrially induced oxidative damage to aging *Drosophila melanogaster*. *Biogerontology*, 5, 185-192.
- Dulcey-Ruiz, E., y Quintero, G.** (1999). Calidad de vida y Envejecimiento. En J. C. Rocabruno, *Tratado de gerontología y Geriatria Clínica* (pp. 128-136). La Habana: Editorial Academia.
- Dunn, K. S., y Horgas, A.L.** (2000). The prevalence of prayer as a spiritual self-care modality in elders. *Journal of Holistic Nursing*, 4(18), 337-351.
- Duval, F., Mokrani, M., Bailey, P., et al.** (2000). Serotonergic and noradrenergic function in depression: clinical correlates. *Dialogues in clinical Neuroscience* 2, 3, 300-308.
- Edwards, B.C., Lambert, M.J., Moran, P.W., McCully, T., Smith, K.C., y Ellingson, A.G.** (1984). A meta-analytic comparison of the Beck Depression Inventory and the Hamilton Rating Scale for Depression as measures of treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 93-99.
- Eich, E., y Schooler, J.W.** (2000). Cognition and Emotion Interactions. En E. Eich, J. F. Kihlstrom; G. H.Bower, J. P. Forgas, y P.M. Niedenthal (Eds.), *Cognition and Emotion* (pp.3-29). Nueva York: Oxford University Press.
- Elipe, P.** (2006). Condicionantes afectivos de la fragilidad en personas mayores. Tesis doctoral: Universidad de Granada.
- Elipe, P.** (2009). Afectividad y fragilidad: la importancia de la inteligencia emocional en la salud de las personas mayores. En J. M. Augusto (Dir. y Coord.), *Estudios en el ámbito de la inteligencia emocional* (pp. 119-141). Jaén: Universidad de Jaén.
- Elosua, P.** (2010). Valores subjetivos de las dimensiones de calidad de vida en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45, 67-71.
- Emmons, R. A., y Colby, P. M.** (1995). Emotional conflict and well-being: Relation to perceived availability, daily utilization, and observer reports of social support. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 947-959.
- Epstein, S.** (1998). *Constructive thinking: The key to emotional intelligence*. Westpoint, Connecticut: Praeger.
- Erikson, E. H.** (1963). *Childhood and society*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H.** (1968). *Identity: Youth and crisis*. Nueva York: Norton.
- Erikson, E. H.** (1985). *The life cycle completed*. Nueva York: Norton.
- Esser, S. R., y Vitaliano, P. P.** (1988). Depression, Dementia, and Social Supports. *International Journal of Aging and Human Development*, 26, 289-301.
- Etxeberria, I. et al.** (2011). Efectos del entrenamiento en estrategias de regulación emocional en el bienestar de cuidadores de enfermos de Alzheimer. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (4), 206-212.
- European Communities Council** (2007). *Joint Report on Social Inclusion and Social Protection. Countries Profiles*. Brussels: ECC.
- Evans, M. E., Copeland, J. R. M., y Dewey, M. E.** (1991). Depression in the Elderly in the Community: Effect of Physical Illness and Selected Social Factors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 6, 787-795.
- Extremera, N., Durán, M. A., y Rey, L.** (2005). La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la satisfacción vital, la felicidad subjetiva y el “engagement” en trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual. *Ansiedad y Estrés*, 11, 63-73.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P.** (2005) *Un análisis predictivo sobre los estilos de respuesta depresivos : la contribución de la inteligencia emocional percibida*. Trabajo presentado en 6º Congreso Virtual de Psiquiatria Interpsiquis. Extraído el 15 Agosto, 2010, de <http://www.interpsiquis.com/2005/>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P.** (2006a). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 45-51.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P.** (2006b). Validity and reliability of the Spanish versions of the Ruminative Response Scale- Short Form and the Distraction Responses Scale in a sample of high school and college students. *Psychological Reports*, 98, 141-150.

- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., y Cabello, R. (2006). Inteligencia Emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 191-205.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Durán, A. (2003). Inteligencia emocional y burnout en profesores. *Encuentros en Psicología Social*, 1, 260-265.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Report*, 91, 47-59.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2004). Inteligencia emocional, ansiedad y calidad de vida relacionada con la salud en adultos jóvenes. *Psicología virtual – Interpsiquis*. Extraído de <http://www.gruposparacrecer.com.ar/pdf/INV5a.pdf>
- Extremera, N., y Rueda, P. (2011). Emotional intelligence and its relationship with mood regulation strategies for changing a sad mood. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 46. Extraído el 22 de Noviembre, 2011, de <http://www.icci2011.org/>
- Falret, J. P. (1864). *Des maladies mentales*. Paris.
- Fehr, B., y Russell, J. (1984). Concept of emotions viewed from a prototype perspective. *Journal of Experimental Psychology General*, 113, 464-486.
- Feinson, M. C. (1985). Aging and Mental Health: Distinguishing Myth from Reality. *Research on Aging*, 7, 155-174.
- Felce, D., y Perry, J. (1995). Quality of life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.
- Feldner, M. T., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., y Spira, A. P. (2003). Emotional avoidance: an experimental test of individual differences and response suppression using biological challenge. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 403-411.
- Fernández-Ballesteros, R. (1986). Hacia una vejez competente. En M.Carretero, A. Marchesi, y J. Palacios (Eds.), *Psicología Evolutiva. Adolescencia, madurez y senectud*, vol. 3. Madrid: Alianza Editorial.
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG-Fundación Caja Madrid.
- Fernández-Ballesteros, R. (1993). Salud y estereotipos en torno a la vejez. En R. Herrera Rubio et al. (comp), *Gerontología social: perspectivas teóricas y de intervención*. Jaén: Diputación Provincial.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Calidad de vida en la vejez en diferentes contextos*. Madrid: INSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Vejez con éxito o vejez competente: un reto para todos. En *Ponencias en las IV Jornadas de la AMG: Envejecimiento y Prevención*. Barcelona: AMG.
- Fernández-Ballesteros, R. (2002). *Vivir con Vitalidad* (Dir.). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008a). La psicogerontología, una nueva disciplina de la psicología aplicada. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (pp. 19-34). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008b). *Active aging. Contribution of psychology*. Gottingen: Hogrefe y Huber. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo. Contribuciones de la psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., Izal, M., Montorio, I., González, J. L., y Díaz, P. (1992). *Evaluación e intervención psicológica en la vejez*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M.D., y Caprara, M. (2007). Quality of life, life satisfaction, and positive aging. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Geropsychology – European perspectives for an aging world* (pp. 197-223). Cambridge MA: Hogrefe y Huber.
- Fernández-Ballesteros, R., Moya, R., Íñiguez, J. y Zamarrón, M. (2007). *Qué es la psicología de la vejez*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., y Maciá, A. (1996). *Calidad de vida en distintos contextos de la vejez*. Madrid: INSERSO.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., Rudinger, G., y Schroots, H. J. J. et al. (2004). Assessing competence: the European Survey on Aging Protocol (ESAP). *Gerontology*, 50, 330-347.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N. y Pizarro, D. A. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4, 16-27.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N. S., y Orozco, F. (1999). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toco-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Extremera, N. (2001). Inteligencia Emocional, supresión crónica de pensamientos y ajuste psicológico. *Boletín de Psicología*, 70, 79-95.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N., y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*, 18, 91-107.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Ramos, N., y Extremera, N.** (1997). Cultura, inteligencia emocional percibida y ajuste emocional: un estudio preliminar. *Revista Electrónica de Emoción y Motivación*, 4, 8-9.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N.** (2006). Emotional intelligence: A theoretical and empirical overview of its first 15 years of history. *Psicothema*, 18, 7-12.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Abellán, A., y Rodríguez, V.** (2003). Envejecimiento y salud. Diez años de investigación en el CSIC. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*. 13, 43-46.
- Ferster, C. B.** (1965). Classification of behavior pathology. En U. Krasner (Ed.), *Research in Behavior Modification*. Nueva York: Holt, Rinehart and Winston.
- Ferster, C. B.** (1966). Animal behavior and mental illness. *Psychological Records*, 16, 345-346.
- Ferster, C. B.** (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Ferster, C. B.** (1974). Behavioral approaches to depression. En R. Friedman y M. Katz (Eds.), *The Psychology of Depression: Contemporary theory and research*. Nueva York: Winston and Sons.
- Ferster, C. B.** (1981). A functional analysis of behavior therapy. En L. P. Rehm (Ed.), *Behavior Therapy of Depression: Presents Status and Future Directions*. Nueva York: Academic Press.
- Fierro, A.** (1994). Propositiones y propuestas sobre el buen envejecer. En Buendía, J. (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Fierro, A.** (2002). Personalidad, persona, acción. Madrid: Alianza.
- Fierro, A.** (2006) La inteligencia emocional ¿se asocia a la felicidad? Un apunte provinciano. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2/3), 241-249.
- Finch, C. E.** (1977). Neuroendocrine and autonomic aspects of aging. En C. E. Finch, y L. Hayflick (Eds.), *Handbook of Biology and Aging*. Nueva York: Van Nostrand Reinhold.
- Finch, C. E., y Seeman, T. E.** (1999). Stress theories of aging. In V. L. Bengtson, y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of aging*. New York: Springer.
- Fischer, H., Sandblom, J., Gavazzeni, J., Fransson, P., Wright, C., y Bäckman, L.** (2005). Age differential patterns of brain activation during perception of angry faces. *Neuroscience Letters*, 386, 99-104.
- Fisher, B. J.** (1992). Successful Aging and Life Satisfaction: A Pilot Study for Conceptual Clarification. *Journal of Aging Studies*, 6, 191-202.
- Fisher, B. J.** (2002). Successful Aging and life satisfaction: A pilot study for conceptual clarification. *International Journal of Aging and Human Development*, 41, 239-250.
- Fleishman, R., y Shmueli, A.** (1984). Patterns of informal social support of the elderly: An international comparison. *The Gerontologist*, 24 (3), 303-312.
- Floyd, R. A., y Hensley, K.** (2002). Oxidative stress in brain aging. Implications for therapeutics of neurodegenerative diseases. *Neurobiology of Aging*, 23, 795-807.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R., y DeLongis, A.** (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-79.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, D., y Novacek, J.** (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Folkman, S., y Lazarus, R.S.** (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology* 95, 107-113.
- Font, A.** (1990) Estrategias de afrontamiento adaptación y calidad de vida. *Revista Comunicaciones. II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*, 90-96.
- Forgas, J. P.** (1995). Mood and judgment: The Affect Infusion Model (AIM). *Psychological Bulletin*, 11, 39-66.
- Franco, M. A., y Monforte, J. A.** (1996). ¿Cuál es la frecuencia de la depresión en el anciano?. En A. Calcedo (Ed.), *La depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales*. Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Frankl V.** (1986). *El hombre en busca del sentido*. Ed. Herder, Barcelona.
- Fredrickson, B.** (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L. y Losada, M.** (2005). Positive affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60 (7) 678-686.
- Freire de Oliveira, M.** (2007). Calidad de vida de mayores y sus aspectos bio-psico-sociales. Estudio comparativo de los instrumentos

WHOQOL-BREF y SF-36. *Tesis doctoral*. Universidad de Granada.

- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de Psicología*, 73, 31-42.
- Frerichs, R. R., Aneshensel, C. S., y Clarck, V. A. (1981). Prevalence of Depression in Los Angeles County. *American Journal of Epidemiology*, 113, 691-699.
- Fresco, D.M., Alloy, L.B. y Reilly-Harrington, N. (2006). Association of attributional style for negative and positive events and the occurrence of life events with depression and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 1140-1159
- Freund, A. M., y Baltes, P. B. (1998). Selection, optimization, and compensation as strategies of life-management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*, 13, 531-543.
- Freund, A. M., y Baltes, P. B. (2002). Life-management strategies of selection, optimization, and compensation: Measurement by self-report and construct validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 642-662.
- Fries, J. F. (1989). *Aging well*. Reading Mass: Addison-Wesley Pub. Co.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Fuentes, S. y Mérida, E. (2011). Protocolo terapéutico de la depresión en el anciano. *Medicine*, 10 (86), 5851-5854.
- Fung, H. y Carstensen, L.L. (2004) Motivational changes in response to blocked goals and foreshortened time: Testing alternatives to socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, 19(1), 68-78.
- Furnham, A., y Petrides, K. V. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality*, 31, 815-824.
- Furnham, A., y Rawles, R. (1995). Sex differences in the estimation of intelligence. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 10, 741-745.
- Galán Rodríguez, A., y Perona Garcelán, S. (2001). Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis. *Psicothema*, 13 (4), 563-70.
- Galdona, N., Martínez-Taboada, C., Etxeberria, I., Aldaz, E., y Urdaneta, E. (2011). Variables predictoras del bienestar subjetivo en personas mayores. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 180. Extraído el 23 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Gallagher, D., Breckenridge, J. N., Thompson, L. W., et al. (1982). Similarities and differences between normal grief and depression in older adults. *Essence*, 5, 127-140.
- Gallagher, D., y Thompson, L. W. (1983). Depression. En P. M. Lewinsohn, y L. Teri (Eds), *Clinical Geropsychology: New Directions in Assessment and Treatment*. Nueva York: Pergamon Press.
- Gallo, J. J., Cooper-Patrick, L., y Lesikar, S. (1998). Depressive symptoms of whites and African Americans aged 60 years older. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 53B, P277-P286.
- Ganzini, L., Smith, D. M., Fenn, D. S., y Lee, M. A. (1997). Depression and mortality in medically ill older adults. *The American Geriatrics Society*, 45, 307-312.
- García, B. (1998). Los mayores y el mundo rural. Documentación Social. *Revista de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada*, 112, 97-107.
- García, B., y Ellgring, H. (2004). *Los motivos y las emociones en la vejez*. Madrid: UNED.
- Gardner, H. (1993). *Frames of mind: The Theory of Multiple Intelligencies*. New York: Basic Books. (Trad. cast., Inteligencias múltiples. Barcelona: Paidós, 1995).
- Garlow, S., Musselman, D., y Nemeroff, Ch. (1999). The neurochemistry of mood disorder: clinical studies. En D. S. Charney, E. J. Nestler, y B. S. Bunney (Dir.), *Neurobiology of Mental Illness*. Nueva York: Oxford University Press.
- Garnefski, N., y Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Gatz, M., y Karel, M.J. (1993). Individual change in perceived control over 20 years. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 305-322.
- Gatz, M., y Smyer, M. A. (1992). The mental health system and older adults in the 1990s. *American Psychologist*, 47, 741-751.
- Gatz, M., y Smyer, M. A. (2001). Mental health and aging at the outset of the twenty first century. In J. E. Birren y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5^a ed.). San Diego, CA: Academic Press.
- Gaylord, S. A., y Zung, W. W. K. (1987). Affective disorders among the aging. En L. L. Carstensen y B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of Clinical Gerontology*. Pergamon Press.
- Gayoso, M. (2004). Epidemiología y clínica. En P. Gil y M. Martín, *Guía de buena práctica clínica en geriatría. Depresión y ansiedad* (pp. 13-32). Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología y Scientific Communication Management.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Gelder, M., Mayou, R., y Geddes, J. (2000). *Psiquiatría. Oxford Core Text* (2ª ed.). Oxford: Oxford University Press, Oxford Core-Texts (editado en España por Madrid: Marbán)
- Genova, M. L., Pich, M. M., Bernacchia, A., Bianchi, C., Biondi, A., Bovina, C., Falasca, A. I., Formiggini, G., Castelli, G. P., y Lenaz, G. (2004). The mitochondrial production of reactive oxygen species in relation to aging and pathology. *Annals of the New York Academy of Science*, 1011, 86-100.
- Gerner, R., y Jarvik, L. F. (1984). Antidepressant drug treatment in the elderly. In E. Friedman, F. Mann, y S. Gerson (Eds.), *Depression and antidepressants: Implications for consideration and treatment*. New York: Raven Press.
- Gerson, S. C., Plotkin, D. A., y Jarvik, L. F. (1988). Antidepressant drug studies, 1964 to 1986: empirical evidence for aging patients. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8, 311-322.
- Gibson, J. J. (1979). *The ecological approach to visual perception*. Hilldale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Gillespie, R. D. (1929). The clinical differentiation of types of depression. *Guys Hospital Reports*, 9, 306-344.
- Gillham, J.E.; Shatté, A.J.; Reivich, K.J. y Seligman, M.E.P. (2001). Optimism, pessimism, and explanatory style. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp.:53-75). Washington, DC: APA.
- Godoy, T., de Oliveira, L.M., de Medeiros, L.C., da Silva, R., de Sousa, A.N., Lira, C., Chaves, E.M. (2010). Apoyo social en ancianos: Un levantamiento de la producción científica reciente. *Congreso virtual de psiquiatría – Interpsiquis*. Extraído el 26 Junio, 2010, de www.psiquiatria.com
- Gogalons-Nicolet, M. (1994). Desarrollo, envejecimiento y realización personal. En: Buendía, J. (comp.) *Envejecimiento y Psicología de la salud* (pp. 35-50). Madrid: Siglo XXI de España. Madrid.
- Gohm, C. L., y Clore, G. L. (2002a). Affect as information: An individual differences approach. In L. Feldmann-Barrett and P. Salovey (Eds.), *The Wisdom of Feelings: Psychological Processes in Emotional Intelligence*. (pp. 89-113). New York: Guilford.
- Gohm, C.L., y Clore, G.L., (2002b). Four latent traits of emotional experience and their involvement in attributional style, coping and well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 495-518.
- Goldberg, E. L., Van Natta, P., y Comstock, G. W. (1985). Depressive symptoms, social networks and social support of elderly women. *American Journal of Epidemiology*, 121, 448-456.
- Goldman, S.L., Kraemer, D.T., y Salovey, P. (1996). Beliefs about mood moderate the relationship of stress to illness and symptom reporting. *Journal of Psychosomatic Research*, 41, 155-128.
- Goldsmith, R. E., y Heiens, R. A. (1992). Subjective age: a test of five hypotheses. *The Gerontologist*, 32, 312-317.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books. (Trad. cast., Kairós, 1996).
- Goleman, D. (1998). *Working with Emotional Intelligence*. New York: Bantam Books. (Trad. cast., Kairós, 1999).
- Gómez, A. (2007) La depresión en el anciano. *Offarm*, 26 (9).
- Gómez, M., Riquelme, A., y López, A. I. (2006). Implicaciones de la edad y el género respecto a la depresión en ancianos, *Rev Mult Gerontol* , 16(2), 75-78.
- Gómez-Vela, M., y Sabeh, E. (2001): Calidad de Vida. Evolución del Concepto y su influencia en la investigación y en la práctica. *Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca*. Extraído de <http://www3.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm>
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Gratz, K. (2003). Risk factors and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 192-205.
- Green, B. H., Copeland, J. R. M., Dewey, M. E., Sharma, V., y Davidson, I. A. (1994). Factors associated with recovery and recurrence of depression in older people: A prospective study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 789-795.
- Greenglass, E. R. (1993) The contribution of social support to coping strategies. *Applied Psychology: An International Review*, 42, 323-340.
- Greenglass, E. R. (2002) Proactive coping. En E. Frydenberg (Ed.), *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* (pp. 37-62). London: Oxford University Press.
- Greenglass, E. R., y Fiksenbaum, L. (2009). Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being: Testing for Mediation Using Path Analysis considerations. *European Psychologist*, 14(1), 29-39.
- Greenspan, S. I. (1989). Emotional intelligence. En K. Field, B. J. Cohler y G. Wool (Eds.), *Learning and education: Psychoanalytic perspectives* (pp. 209-243). Madison, CT: International Universities Press.
- Greenspan, S. I., y Benderly, B. L. (1997). *The Growth of the Mind and the Endangered Origins of Intelligence*. Boston: Addison-Wesley.
- Greenwald, B. S., y Kramer-Gensberg, E. (1988). Age at onset of geriatric depression: relationship to clinical variables. *Journal of*

Affective Disorders, 15, 61-68.

- Grewall, D. D., Brackett, M. y Salovey, P.** (2006). Emotional intelligence and the self-regulation of affect. En D. K. Snyder, J. A. Simpson, y J. N. Hughes (Eds.), *Emotion Regulation in Couples and Families* (pp. 37-55). USA: American Psychological Association.
- Griesinger, W.** (1867). *Mental pathology and therapeutics*. London: The New Sydenham Society.
- Gross, J., Carstensen, L. L., Pasupathi, M. Tsai, J., Göttestam Skorpen, C. y Hsu, A.** (1997). Emotion and aging: Experience, expression and control. *Psychology and Aging*, 12, 590-599.
- Grühn, D., Smith J., y Baltes, P.** (2005). No aging bias favoring memory for positive material: Evidence from a heterogeneity-homogeneity list paradigm using emotionally toned words. *Psychology and Aging*, 20, 579-588.
- Guijo, V., Carcedo, R., López, F., Ubillos, S., y Fernández Rouco, N.** (2011). Sentimientos de soledad y calidad de vida en personas ancianas. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 188. Extraído el 22 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Guijo, V., y Martins, R.** (2011). Promoción del bienestar en la tercera edad: taller de risoterapia. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 187. Extraído el 21 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Guiliani, M. F., y Arias, C.** (2010) Regulación emocional en la vejez. Estudio comparativo por Género, *11º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Extraído el 15 Junio, 2010, de <http://www.psiquitria.com>
- Gurland, B. J.** (1976). The comparative frequency and types of depression in various adult age groups. *Journal of Gerontology*, 31, 283-292.
- Gurland, B. J., Dean, L., Cross, P. S., y Golder, R.** (1980). The epidemiology of depression and dementia en the elderly: The use of multiple indicators of these conditions. En J. O. Cole, y J. E. Barrett (Eds.), *Psychopathology in the Aged* (pp. 37-62). Nueva York: Raven Press.
- Gurland, B., Copeland, J., Kuriansky, J., Kelleher, M., Sharpe, L., y Dean, L. L.** (1983). *The Mind and Mood of Aging: Mental Health Problems of the Community Elderly in New York and London*. Nueva York: Hawthorne Press.
- Haber, D., y Rhodes, D.** (2004). Health Contract With Sedentary Older Adults. *Gerontologist*, 44, 827-835.
- Hall, S.** (1922). *Senescence. The Last Half of Life*. Nueva York: Appleton.
- Hamarat, E., Thompson, D., Steele, D., Matheny, K. y Simons, C.** (2002). Age differences in coping resources and satisfaction with life among middle-aged, young-old, and oldest-old adults. *Journal of Genetic Psychology*, 163(3), 360-367.
- Hamarat, E., Thompson, D., Zabucky, K., Steele, D, Matheny, K., y Aysan, F.** (2001). Perceived stress and coping resource availability as predictors of life satisfaction in young, middle aged, and older adults. *Experimental Aging Research*. 27, 181-196.
- Hanaoka, H., y Okamura, H.** (2004). Study on the effects of life review activities on the quality of life of the elderly: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73, 302-311.
- Hankin, B.L. y Abramson, L.Y.** (2002). Measuring cognitive vulnerability in adolescence: Reliability, validity and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31, 491-504.
- Hankin, B.L., Abramson, L. Y., Moffitt, T. E., Silva, P. A., McGee, R., y Angell, K. E.** (1998). Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 128-140.
- Hankin, B.L., Abramson, L.Y. y Siler, M.** (2001). A prospective test of the hopelessness theory of depression in adolescence. *Cognitive Therapy and Research*, 25, 607-632.
- Hariri, A. R., Tessitore, A., Mattay, V. S., Fera, F., y Weinberger, D. R.** (2002). The amygdala response to emotional stimuli: a comparison of faces and scenes. *NeuroImage*, 17, 317-323.
- Harman, D.** (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11 (3), 298-300.
- Harris, A. H. S., Cronkite, R., y Moos, R.** (2006). Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93, 79-85.
- Harris, T., y Brown, G.** (1996). Social causes of depression. *Current Opinion in Psychiatry*, 9, 3-10.
- Hasegawa, K.** (1985). The epidemiology of depression in later life. *Journal of Affective Disorders, Suppl.* 1, 3-6.
- Hauck, S. J., y Bartke, A.** (2001). Free radical defenses in liver and kidney of human growth hormone transgenic mice. Possible mechanisms of early mortality. *Journals of Gerontology A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56, B153-B162.
- Havighurst, R.** (1961). Successful aging. *Gerontologist*, 1, 4-7.
- Havighurst, R.** (1963). Successful aging. En R. H. Williams, C. Tibbits y W. Donahue (Eds.), *Processes of aging*. Nueva York: Williams.
- Havighurst, R. J.** (1953). *Human development and education*. Nueva York: Longman.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Havighurst, R. J.** (1973). History of developmental psychology: Socialization and personality development through the life span. En P. B. Baltes, y K. W. Schaie (Eds.), *Life-span developmental psychology: Personality and socialization*. Nueva York: Academic Press.
- Havighurst, R. J., Neugarten, B., y Tobien, S. H.** (1964). Disengagement and Patterns of Aging. *Gerontologist*, 4, 24.
- Havighurst, R., y Albrecht, R.** (1953). *Older people*. London: Longmans, Green.
- Havighurst, S. S., Harley, A., y Prior, M.** (2004). Building Preschool Children's Emotional competence: A Parenting Program. *Early Education and Development. Special Issue: Prevention Interventions with Young Children*, 15(4), 423-447.
- Hawley, L. C., y Cacioppo, J. T.** (2004). Stress and the aging immune system. *Brain, Behavior, and Immunity*, 18, 114-119.
- Hayflick, L.** (1965). The limited in vitro lifetime of human diploid cell strains. *Experimental Cell Research*, 37, 614-636.
- Hayflick, L.** (1974). The strategy of senescence. *The Gerontologist*, 14, 37-45.
- Hayflick, L.** (1994). *How and Why We Age*. Ballantine Books, New York.
- Hayslip, B., y Panek, P. E.** (2002). *Adult development and aging*. Malabar, FL: Krieger Publ. Co.
- Heckhausen, J., y Schulz, R.** (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heikkinen, R. L., Berg, S., y Avlund, K.** (1995). Depressive symptoms in late life: Results from a study in three Nordic urban localities. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 10, 315-330.
- Heimpel, S. A., Wood, J. W., Marshall, M. A., y Brown, J. D.** (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 128-147.
- HelpAge International** (2002). *State of the world's older people 2002*. Londres: HelpAge International.
- Henderson, A. S., y Hasegawa, K.** (1992). The epidemiology of dementia and depression in later life. In M. Bergener, K. Hasegawa, S. I. Finkel, y Nishimura, T. (Eds.), *Aging and mental disorders: International perspectives* (pp. 65-79). New York: Springer Publishing Co.
- Hernández Meléndez, E. et. al.** (1996). *Calidad de vida después del trasplante cardiaco en Cuba*. Libro resumen. PsicoSalud 96. II Conferencia Psicología de la Salud. Ciudad Habana. Cuba. Pág. 143.
- Hernangómez, L., y Vázquez, C.** (2005). Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el Inventario de Afrontamiento de la Depresión (CID). *EuroPsikhé*, 4 (2), 149-178.
- Hervás, G.** (2006). *Regulación del estado de ánimo y vulnerabilidad a la depresión: el papel de la sensibilidad a la recompensa y al castigo*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Hervás, G. y Vázquez, C.** (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: el papel de la complejidad emocional y la inteligencia emocional. *Ansiedad y Estrés*, 59, 9-32.
- Hervás, G. y Vázquez, C.** (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, 11 (4), 881-895.
- Hervás, G., Hernangómez, L. y Vázquez, C.** (2004). *What else do you feel when you feel sad? Experiencing multiple emotions along with sadness and its relationship with ruminative styles*. Póster presentado en el 38th Annual Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
- Herzog, A.R., Franks, M.M., Markus, H.R. y Holmberg, D.** (1998). Activities and Well-Being in Older Age: Effects of Self-Concept and Educational Attainment. *Psychology and Aging*, 13, 179-185.
- Higgins, E.T., Grant, H., y Shah, J.** (1999). Self Regulation and quality of life: Emotional and non-emotional life experiences. En Kahneman, Diener y Schwarz (Eds.). *Well-being: the foundations of hedonic psychology*. New York : Russell Sage Foundation.
- Hilsman, R. y Garber, J.** (1995). A test the cognitive diathesis-stress model of depression in children: academic stressors, attributional style, perceived competence, and control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 370-380.
- Hinrichsen, G. A.** (1992). Recovery and relapse from major depressive disorder in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1574-1579.
- Holstein, M. B., y Minkler, M.** (2003). Self, society, and the new gerontology. *Gerontologist*, 43, 787-796.
- Horney, D. J., et al.** (2011). Associations between quality of life, coping styles, optimism, and anxiety and depression in pretreatment patients with head and neck cancer. *Head & Neck*, 33 (1), 65-71.
- Hughes, D. C., DeMalie, D., y Blazer, D. G.** (1993). Does age make a difference in the effects of physical health and social support on the outcome of the major depressive episode. *American Journal of Psychiatry*, 150, 728-733.
- Humanska, M. A., y Kedziora-Kornatowska, K.** (2009). Correlation among intensification of depressive states and the feeling of life quality in the elderly. *Psychogeriatrics Polska*, 6 (1).
- Husaini, B. A., Neff, J. A., y Stone, R. H.** (1979). Psychiatric Impairment in Rural Communities. *Journal of Community Psychology*, 7,

137-146.

- Hyer, L., y Blazer, D.G. (1982). Depressive symptoms: impact and problems in long term carefacilities. *International Journal of Behavioural Geriatrics*, 1(3), 33-44.
- Idler, E. L., Marc, A. M., Ellison, C. G., George, L. K., Krause, N., Ory, M. G., Pargament, K. I., Powell, L. H., Underwood, L. G., y Williams, D. R. (2003). Measuring Multiple Dimensions of Religion and Spirituality for Health Research. *Research on Aging*, 25(4), 327-365.
- IMSERSO (1982). *La investigación social sobre la tercera edad: análisis de la situación actual*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- IMSERSO (1990). *La tercera edad en España:., necesidades y demandas*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios Sociales.
- IMSERSO (2002). *Las personas mayores en España. Informe 2002*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Inglehart, R. (1990). *Culture shift in advanced industrial society*. Princeton: Princeton University Press.
- Institut National d'études Démographiques (INED) (2004). Population et Sociétés, 398. Paris.
- Instituto Nacional de Estadística (1999). Pirámides poblacionales. Extraído el 24 Febrero, 2009, de www.eumed.net/cursecon/2/piramides_de_poblacion.htm
- Instituto Nacional de Estadística (2002). Pirámide poblacional total y con discapacidad. Extraído el 24 Febrero, 2009, de www.discapnet.es/Discapnet/Castellano/Datos+Estadisticos/.
- Instituto Nacional de Estadística (2008). Notas de prensa. Movimiento natural de la población. Extraído el 11 Mayo, 2009, de <http://www.ine.es/prensa/np507.pdf>.
- Íñiguez, J. (2008). Evaluación e intervención psicogerontológica de los trastornos depresivos. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Psicología de la vejez. Una psicogerontología aplicada* (pp.137-155). Madrid: Pirámide.
- Iruzubieta, F. J. (2005). Género y educación sanitaria en el anciano. En J. Giró (Coord.), *Envejecimiento, salud y dependencia*, (pp. 99-118). Logroño: Universidad de La Rioja. Servicio de Publicaciones.
- Isaacowitz, D. M. (2005). An attentional perspective on successful socio-emotional aging: Theory and preliminary evidence. *Research in Human Development*, 2, 115, 132.
- Isaacowitz, D. M., Charles, S. T., y Carstensen, L. L. (2000). Emotion and cognition. En F. I. J. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *The handbook of aging and cognition* (pp. 593-631). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Isen, A. M., Shalker, T. E., Clark, M. y Karp, L. (1978). Affect, Accessibility of Material in Memory and Behavior: A Cognitive Loop? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1-12.
- Izal, M., y Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
- Izquierdo, A., y Martínez, R. (2001). La inmigración de extranjeros y el envejecimiento de la población. En AA. VV., *Los mayores activos* (pp. 227-252). Madrid: Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.
- Jarvik, L. F., y Perl, M. (1981). Overview of physiologic dysfunctions related to psychiatric problems in the elderly. In A. Levenson and R. C. W. Hall (Eds.), *Psychiatric management of psysical disease en the elderly*. New York: Raven Press.
- Jenike, M. A. (1989). *Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology: A Clinical Aproach*. Chicago: Year Book Medical Publishers.
- Jiménez, M. G. (2011). La resiliencia, el tesoro de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (2), 59-60.
- John, O. P., y Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Jopp, D., y Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization, and compensation (SOC). *Psychology and Aging*, 21, 253-265.
- Jorm, A. F. (1995). The epidemiology of depressive states in the elderly: implications for recognitoin, intervention and prevention. *Social Psychiatry and Psychiatry Epidemiology*, 30, 53-59.
- Kabanoff, B. (1982). Occupational and sex differences in leisure needs and leisure satisfaction. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 233-245.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N. J., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., y Lechner, C. (2005). Successful aging in the face of chronic disease. En M. L. Wykle, P. J. Whitehouse, y D. L. Norris, *Successful aging through the life span. Intergenerational Issues in health* (101-126). New York: Springer Pub. Co.
- Kahana, E., y Kahana, B. (1996). Conceptual and empirical advances in understanding well through proactive adaptation. In V. Bengtson (Ed.) *Adulthood and Aging: Research on Continuities and Discontinuities* (pp. 18-41). NewYork: Springer Publishing Company.
- Kahana, E., y Kahana, B. (2001). Conceptual and empirical advances in understanding aging well through proactive adaptation. En V.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Bergtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 18-41). New York: Springer Pub.
- Kahana, E., y Kahana, B.** (2003). Contextualizing successful aging: New direction: New direction in ag-old search. En R. Settersten, Jr. (Ed.), *Invitation to the life course. A new look at old age* (pp. 225-255). Amityville, NY: Baywood.
- Kalache A, y Kickbusch, I.** (1997). A global strategy for healthy ageing. *World Health*, 4, 4-5.
- Kane, R. A., y Kane, R. L.** (1981). *Assessing The Elderly: A practical guide to measurement*. Massachusetts: Lexington Books.
- Kanfer, F. H.** (1980). Self-management methods. En F. H. Kanfer, y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping People change*, 2ª ed. Nueva York: Pergamon Press.
- Kang, D., y Hamasaki, N.** (2003). Mitochondrial oxidative stress and mitochondrial DNA. *Clinical Chemistry and Biological Medicine*, 41, 1281-1288.
- Kaplan, H. I., Saddock, B. J., y Grebb, J. A.** (1996) *Sinopsis de psiquiatría* (7ª ed.). Buenos Aires: Panamericana.
- Kappas, A.** (2002). The science of emotion as a multidisciplinary research paradigm. *Behavioural Processes*, 60 (2), 85-98.
- Kart, C. S.** (1990). *The realities of aging: an introduction to gerontology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Kaszniak, A. W.** (1996). Techniques and instruments for assessment of the elderly. En S. H. Zarit y B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging. Effective clinical interventions in a life-stage context* (pp. 163-219). Washington, DC: American Psychological Association.
- Kato, T.** (2001). The relationship between flexibility of coping to stress and depression. *Japanese Journal of Psychology*, 72 (1), 57-63.
- Kaufman, S. R.** (1986). *The ageless self*. Nueva York: Meridian Books-New American Library.
- Keitner, G., y Miller, I.** (1990). Family functioning and major depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128-1137.
- Kelly, J.R. Steinkamp, M.W., y Kelly, J.R.** (1986). Later life leisure: How they play in Peoria. *The Gerontologist*, 26, 531-537.
- Keltner, D., y Gross, J. J.** (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition and Emotion*, 13 (5), 467-480.
- Kendell, R. E.** (1976). The classification of depressions: A review of contemporary confusion. *British Journal of Psychiatry*, 129, 15-28.
- Kennedy, Q., Mather, M., y Carstensen, L.L.** (2004) The role of motivation in the age-related positive bias in autobiographical memory. *Psychological Science*, 15(3), 208-214.
- Kessing, L. V.** (1998). Cognitive impairment in the euthymic phase of affective disorder. *Psychological Medicine*, 28, 1927-1938.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, R., Eshleman, S. et al.** (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R psychiatric disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Foster, C., Webster, P.S., y House, J.S.** (1992). The relationship between age and depressive symptoms in two national surveys. *Psychology and Aging*, 7, 119-126.
- Kielholz, P.** (1966). *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*. Munich. Lehmanns.
- Kimmel, D. C.** (1990). Cognition, memory, intelligence, and wisdom in adulthood. En D. C. Kimmel (Ed.), *Adulthood and aging*. New York: John Wiley y Sons.
- Kind, P.; Dolan, P.; Gudex, C., y Williams, A.** (1998): "Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey". *British Medical Journal*, 316, 736-741.
- Kirsch, I., Mearns, J., y Catanzaro, S. J.** (1990). Mood-regulation expectancies as determinants of dysphoria in college students. *Journal of Counselling Psychology*, 37, 306-312.
- Kirwood, T. B.** (1996). The evolution of ageing. *Review of Clinical Gerontology*, 5, 3-9.
- Kivelä, S. L., Köngas-Saviaro, P., Kesti, E., et al.** (1994). Five-years prognosis for depression in old age. *International Psychogeriatrics*, 6, 69-75.
- Kiyak, H. A., y Borson, S.** (1992). Coping with chronic illness and disability. En: M. G. Ory, R. P. Abeles, y P. D. Lipman (Eds), *Aging, health and behavior* (pp.141-173). London: Sage Publications.
- Klein, D. F.** (1974). Endogenomorphic depression. En J. Angst (Ed.), *Clasificación and prediction of outcome of depression*. Stuttgart: Schattauer.
- Kneebone, I.I. y Dunmore, E.** (2004). Attributional style and symptoms of depression in persons with multiple sclerosis. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11, 110-115.
- Koenig, H. G.** (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(5), 283-291.
- Koenig, H. G., y Blazer, D. G.** (1996). Depression. In J. E. Birren (Ed.), *Encyclopedia of gerontology* (Vol. 1). San Diego: Academic Press.
- Koenig, H.G., Cohen, H. J, Blazer, D. G., Pieper, C. et al.** (1992). Religious coping and depression among elderly, hospitalized medically ill men. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1693- 1700.
- Koenig, H.G., George, LK, Peterson, B. L.** (1998). Religiosity and remission of depression in medically ill older patients. *American*

Journal of Psychiatry. 155 (4), 536-542.

- Koenig, H.G., George, LK, Siegler, I. C.** (1988). The use of religion and other emotion-regulating coping strategies among older adults. *The Gerontologist*, 28(3), 303-310.
- Kohn, R. R.** (1985). Aging and age related diseases: Normal processes. En H. A. Johnson (Ed.), *Relations between normal aging and disease* (pp. 1-44). Nueva York: Raven.
- Kraepelin, E.** (1896). *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studenrende und Aerzte*. 5. Auflage, Leipzig, A. Abel.
- Krause, N. et al.** (1998). Financial Strain, Received Support, Anticipated Support and Depressive Symptoms in the People's Republic of China. *Psychology Aging*, 13, 58-68.
- Krause, N.** (2003). Religious meaning and subjective well-being in late life. *Journal of Gerontology: Social Science*, 58B, S160-S170.
- Krezmien, D., Monchietti, A., y Urquijo, S.** (2005). Afrontamiento activo y adaptacion al envejecimiento en mujeres de la ciudad de Mar del Plata: una revision de la estrategia de autodistraccion. *Interdisciplinaria* [online], 22(2) [citado 25-07-2010], pp. 183-210. Extraído de: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272005000200004&lng=es&nrm=iso .
- Krzemien, D.** (2005). Estilo de afrontamiento cognitivo frente al envejecimiento. Fuente: *Interpsiquis*. Extraído el 16 Marzo, 2009, de www.psiquiatria.com.
- Kunzman, U., y Grünh, D.** (2005). Age differences in emotional reactivity: The sample case of sadness. *Psychology and Aging*, 20, 47-59.
- Kunzmann, U., Little, T. D., y Smith, J.** (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.
- Kwon, P. y Laurenceau, J.P.** (2002). A longitudinal study of the hopelessness theory of depression: Testing the diathesis-stress model within a differential reactivity exposure framework. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1305-1321.
- Labouvie-Vief G., DeVoe, M., y Bulka, D.** (1989). Speaking about feelings: Conceptions of emotion across the life span. *Psychology and Aging*, 4, 425-437.
- Labouvie-Vief, G., y Diehl, M.** (2000). Cognitive complexity and maturity of coping. *Psychology of Aging*, 15(3), 490-504.
- Labouvie-Vief, G., y Márquez, M. G.** (2004). Dynamic integration: Affect optimization and differentiation in development. En D. Y. Dai y R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development* (pp. 237-272). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Laforest, J.** (1991). *Introducción a la gerontología. El arte de envejecer*. Barcelona: Herder.
- Lahuerta, C. et al.** (2005). La influencia de la red social en la salud mental de las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2), 83-91.
- Lamme, S., y Baars, J.** (1993). Including Social Factors in the Analysis of Reminiscence in Elderly Individuals. *International Journal of Aging and Human Development*, 37, 297-311.
- Lampinen, P., Heikkinen, R-L., Kauppinen, M., y Heikkinen, E.** (2006). Activity as predictor of mental well-being among older adults. *Aging and Mental Health*, 10, 454-466.
- Lang, F.R. y Carstensen, L.L.** (1994). Close emotional relationships in late life: Further support for proactive aging in the social domain. *Psychology and Aging*, 9, 315-324.
- Lange, J.** (1926). Über melancholie. *Zür Neurologische und Psychiatrische*, 101, 293-319.
- Lapid, M. I., Piderman, K. M., Ryan, S. M., Somers, K. J., Clark, M. M., y Rummans, T. A.** (2011). Improvement of quality of life in hospitalized depressed elderly. *International Psychogeriatric*, 23 (3), 485-495.
- Laurin, D., Verreault, R., Lindsay, J., MacPherson, K., y Rockwood, K.** (2001). Physical activity and risk of cognitive impairment and dementia in elderly persons. *Archives of Neurology*, 58(3), 498-504.
- Lawton, M. P.** (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *The Gerontology*, 13, 349-357.
- Lawton, M. P.** (2001). Emotion in later life. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 120-125.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D. y Dean, J.** (1992). The dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7, 171-84.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S.** (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S.** (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (orig. 1984).
- Lee D. J., y Markides K.S.** (1990). Activity and mortality among aged persons over an eight-year period. *Journals of Gerontology B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 45, S39-S42.
- Lehr, U.** (1969). Die Acceleration der Entwicklung als Biologisches und Sozialpsychologisches. *Problem. Ztschr. f. Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 1, 55-70.
- Lehr, U.** (2004). Calidad de vida, satisfacción con la vida, envejecimiento satisfactorio y bienestar subjetivo. *Revista Española de Geriatria*

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

y *Gerontología*, 39 (3), 2-7.

- Lehr, U., Seiler, E., y Thomae, H.** (2000). Aging in a cross-cultural perspective. En A. L. Comunian, y U. P. Gielen (Eds.), *International perspectives on human development* (pp. 571-589). Lengerich: Pabst Science Pub.
- Lehr, U. y Thomae, H.** (2003). Psicología de la Senectud. Proceso y aprendizaje del envejecimiento. Barcelona: Herder. (Orig. 2000).
- Leible, T. L., y Snell, W. E.** (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and individual differences*, 37, 393-404.
- Lemos, S.** (1994). Estilos de vida y salud en la vejez. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp.89-105). Madrid: Siglo XXI.
- Leonhard, K.** (1957). *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin: Akademik Verlag.
- Lerner, R.** (1995). Developing individual within changing contexts: Implications of developmental contextualism for human development, research, policy and programs. En T. A. Kindermann, y J. Valsiner (Eds.), *Development of person-context relations*. Hillsdale: NJ, Erlbaum.
- Lesser, I. M., Boone, K. B., Mehringer, C. M., Wohl, M. A., Miller, B. L., y Berman, N. C.** (1996). Cognition and white matter hyperintensities in older depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1280-1287.
- Leuchter, A., Cook, I., Vijdehaage, S., et al.** (1997). Brain structure and function and the outcomes of treatment for depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (16), 22-31.
- Leuner, B.** (1966). Emotinal intelligenz und emanzipation. [Emotional Intelligence and Emancipation.] *Praxis der kinderpsychologie und kinderpsychiatrie*, 15 (6), 196-203.
- Leung, K. F.** (2002). A Systemic model for Health- Related Quality of Life. *Newsletter for ISOQOL Members*, 7 (3), 2-3.
- Levenson, R.W., Carstensen, L. L., Friesen, W.V., y Ekman, P.** (1991) Emotion, physiology and expression in old age. *Psychology and Aging*, 6 (1), 28-35.
- Leventhal, H., Diefenbach, M., y Leventhal, E.A.** (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163.
- Levi, L.** (2001). Psycho-socio-economic determinants for stress and depression: A call for action. *Coping with stress and depression related problems in Europe. Final Report European Union Presidency, Brussels*, 17-20.
- Levit, E. E., y Lubin, B.** (1975). *Depression: Concepts, Controversies and Some New Facts*. Nueva York: Springer.
- Lewinsohn P. M., y Arconada, J.** (1981). Behavioral Treatment of Depression: A Social learning approach. En J. F. Clarkin, y H. I. Glazer (Eds.), *Depression*. Garland: STPM Press.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., y Zeiss, A. M.** (1976). Behavioral treatment of depression. En P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., y Zeiss, A. M.** (1978). *Control your depression*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Antonuccio, D. O., y Teri, L.** (1982). A behavioral group therapy approach to the treatment of depression. En D. Upper, y S. Roos (Eds.), *Handbook of behavioral group therapy*. Nueva York: Plenum.
- Lewinsohn, P. M., Steinmetz, J. L., Antonuccio, D., y Teri, L.** (1985). Group therapy for depression: The coping with depression course. *International Journal of Mental Health*, 13, 8-33.
- Lewis, A.** (1934). Melancholia: a clinical survey. *Journal Mental Sciences.*, 80, 277-375.
- Lima de Figueiredo, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Susana Queirós, P.** (2006) . Actividad física en la tercera edad: análisis de sus relaciones con la Inteligencia Emocional Percibida y los estilos de respuesta a la depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2/3), 293-303.
- Linehan, M.** (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Lischetzke, T. y Eid, M.** (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective wellbeing? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion* , 3, 361-377.
- Livi-Bacci, M.** (1999). *Historia mínima de la población mundial*. Barcelona: Ariel (original 1989).
- Livneh, H., y Wilson, L. M.** (2003). Coping strategies as predictors and mediators of disability-related variables and psychosocial adaptation: An ex-ploratory investigation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 46 (4), 194-208.
- Llorca, G.** (1994). *Cuadernos de Psiquiatría. La depresión*. Madrid: Jarpyo.
- Löckenhoff, C.E., y Carstensen, L.L.** (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: The increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72, 1305-1424.

- Longino, C. F., y Kart, C. S. (1982). Explicating activity theory: A Formal replication. *Journal of Gerontology*, 37 (6), 713-772.
- López Ibor, J. J. (1966). *Las neurosis como enfermedades del ánimo*. Madrid: Paz Montalvo.
- López, J. (2005). Siglo XXI, siglo de poblaciones que envejecen. En S. Pinazo, y M. Sánchez, *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 37-67). Madrid: Pearson Educación.
- López-Pérez, B., Fernández Pinto, I., y Márquez González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic journal of research in educational psychology*, 6 (15), 501-522.
- López Sánchez, J.L., Flórez Lozano, J.A., Valdez Sánchez, C.A., Martínez García, I. (2011). Efectos del ejercicio físico en el bienestar subjetivo del anciano. *Apunts de Medicina*, 171 (46), 151-152.
- Lorente, E., Ibáñez, M. I., Moro, M., y Ruipérez, M. A. (2002). Índice de Calidad de Vida: estandarización y características psicométricas en una muestra española. *Psiquiatría y Salud Integral*, 2, 45-50.
- Lubomudrow, S. (1987). Congressional perceptions of the elderly: The use of stereotypes in the legislative process. *Journal of Gerontology*, 27, 77-81.
- Lugo, J. Bacallao, y J. Rodríguez, G. (1998). Validez de contenido de un cuestionario para medir calidad de vida en pacientes con cáncer de mamas. *Revista Cubana Oncología*, 14 (2), 83-86.
- Lugones, M. (2002). Algunas consideraciones sobre la calidad de vida. *Revista Cubana Medicina General Integral*, 4.
- Luo, Y., y Waite, L. J. (2011). Mistreatment and psychological well-being among older adults: exploring the role of psychosocial resources and deficits. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66 (2), 217-229.
- Lynch, T.R., Mendelson T, Robins C.J., Krishnan K.R., George L.K., Johnson C.S., et al (1999). Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples: crosssectional and longitudinal analyses. *Journal of Affective Disorders*, 55, 159-170.
- Lyubomirsky, S., King, L. A., y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-855.
- Macías, J. A., y Blanco, P. (2007). Depresión en el anciano. En J. A. Macías, (Coord.), *Manual Básico de Psiquiatría Geriátrica* (pp.75-84). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- MacPherson, S., Phillips, L., y Della Sala, S. (2002). Age, executive function, and social decision making: A dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging. *Psychology and Aging*, 17, 598-609.
- Maddox, G. L. (1963). Activity and morale: A longitudinal study of selected subjects. *Social Forces*, 42, 195-204.
- Maddox, G. L. (1968). Persistence of life style among the elderly: A longitudinal study of patterns of social activity in relation to life satisfaction. En B. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Maddox, G. L. (1991). Aging with a difference. *Aging Well*, 1, 7-10.
- Maddox, G. L., y Eisdorfer, C. (1962). Some correlates of activity and morale among the elderly. *Social Forces*, 40, 254-260.
- Magai, C., Consedine, N. S., Krivoshekova, Y. S., Kudadjie-Gyamfi, E., y McPherson, R. (2006). Emotional Experience and Expression Across the Adult Life Span: Insights From a Multimodal Assessment Study. *Psychology and Aging*, 21, 303-317.
- Mandler, G. (1984). *Mind and body: Psychology of emotion and stress*. New York: Norton.
- Mannell, R.C., y Kleiber, D. A. (1997). *A Social Psychology of Leisure*. State College: Venture Publishing.
- Mapother, E. (1926). Discussion on manic-depressive psychosis. *British Medical Journal*, 2, 872-876.
- Márquez, M., Izal, M., Montorio, I., y Losada, A. (2005). Selectivity in older adults' cognitive processing: are attentional and memory biases towards emotionally gratifying stimuli really gratifying? *The Gerontologist*, 45 (special issue II), 461 [Proceedings of the 58th Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society of America, Orlando (Florida, USA)].
- Márquez, M., Montorio, I., Izal, M., y Losada, A. (2006). Predicción del nivel de ansiedad a partir de la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes en personas jóvenes y mayores. *Ansiedad y Estrés*, 12, 305-316.
- Márquez-González, M. (2008). Emociones y envejecimiento. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI*. Extraído el 4 Octubre, 2009, de <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>.
- Márquez-González, M., Izal, M., 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, 616-622.
- Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, M. M., y Baltes, P. B. (1995). Selective optimization with compensation: life-span perspectives on successful human development. En R. A. Dixon, y L. Bäckman (Eds.), *Compensation for psychological deficits and declines:*

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- managing losses and promoting gains* (pp. 35-79). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Martín-Carrasco, M. et al.** (2011a). Consenso de la SEPG sobre la depresión en el anciano. *Actas españolas de psiquiatría*, 39 (1), 20-31.
- Martín-Carrasco, M. et al.** (2011b). Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano. *Psicogeriatría*, 3 (2), 55-65.
- Martín-López, L. M. et al.** (2011). Guías y algoritmos clínicos de tratamiento de la depresión en atención primaria: ¿son todos iguales?. *Semergen*, 37 (2), 54-60.
- Martínez, F.** (2008). La emoción. En F. Palmero, y F. Martínez (Coords.), *Motivación y emoción* (pp. 27-67). Madrid: McGraw-Hill.
- Martínez, S., y Gómez, I.** (2005). El ocio y la intervención con personas mayores. En S. Pinazo, y M. Sánchez (Dirs.), *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.
- Martínez-Pons, M.** (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17, 3-13.
- Martínez-Vizcaíno, V., y Lozano Muñoz, A.** (1998). *Calidad de vida en ancianos*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.
- Maslow, A. H.** (1970). *Motivation and personality* (2ª ed.). Nueva York: Harper and Row.
- Mather, M., Canli, T., English, T., Whitfield, S., Wais, P., Ochsner, K., et al.** (2004). Amygdala responses to emotionally valenced stimuli in older and younger adults. *Psychological Science*, 15, 259-263.
- Mather, M., y Carstensen, L.L.** (2003). Aging and attentional biases for emotional faces. *Psychological Science*, 14, 409-415.
- Mather, M., y Carstensen, L.L.** (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9, 496-502.
- Mathews, G., Zeidner, M., y Roberts, R. D.** (2002). *Emotional intelligence: Science and myth*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Mauss, I. B., y Gross, J. J.** (2004). Emotion suppression and cardiovascular disease: Is hiding feelings bad for your heart? En L.R. Temoshok, I. Nyklicek, y A. Vingerhoets (Eds.), *Emotional expression and health: Advances in theory, assessment, and clinical applications* (pp. 62-81). New York: Brunner-Routledge.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T., y Salovey, P.** (1990). Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 102, 111.
- Mayer, J. D., Gaschke, Y.N., Braverman, D.L., y Evans, T.W.** (1992). Mood-congruent judgment is a general effect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 119-132.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D.** (2000a). Models of emotional intelligence. En R. J. Sternberg (Eds.), *Handbook of Intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D.** (2000b). Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as a mental ability. En R. Bar-On y D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp. 92-117). San Francisco: Jossey-Bass.
- Mayer, J. D., y Salovey, P.** (1988). Personality moderates the interaction of mood and cognition. En K.Fiedler, y J. Forgas (Eds.), *Affect, cognition, and social behavior: New evidence and integrative attempts* (pp. 87-99). Toronto: C.J. Hogrefe.
- Mayer, J. D., y Salovey, P.** (1993). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17, 433-442.
- Mayer, J. D., y Salovey, P.** (1995). Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*, 4 (3), 197-208.
- Mayer, J. D., y Salovey, P.** (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). New York: Basic Books.
- Mayer, J. D., y Salovey, P.** (2007). ¿Qué es inteligencia emocional? En J. M. Mestre, y P. Fernández-Berrocal (Coords.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 25-45). Madrid: Pirámide.
- Mayer, J. D., y Stevens, A. A.** (1994). An emerging understanding of the reflective (Meta-) experience of mood. *Journal of Research in Personality*, 28, 351-373.
- McAdams, D. P.** (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.
- McConatha, J. T., y Huba, H.M.** (1999). Primary, secondary, and emotional control across adulthood. *Current Psychology: Developmental, Learning, Personality, Social*, 18 (2), 164-170.
- McCormick, B. P., y McGuire, F.** (1996). Leisure in community life of older rural residents. *Leisure Sciences*, 18 (1), 77-93.
- McCrae, R.R., y Costa, P.T.** (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an old adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- McDowd, J. M., Oseas-Kreger, D. M., y Filion, D. L.** (1995). Inhibitory processes in selective attention and aging. En F. Dempster y C.

- Brainerd (Eds.), *Perspectives on Interference and Inhibition in Cognition* (pp. 363-400). San Diego, CA: Academic Press.
- McGrath, F., Keita, G. P., Strickland, R. R. y Russo, N. F. (Eds.) (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McNally, A. M., Palfai T. P., Levine, R. V., y Moore, B. M. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among young adults: The mediational role of coping motives. *Addictive Behaviors*, 28, 1115-1127.
- McNeil, J. K., y Harsany, M. (1989). An Age Difference View of Depression. *Canadian Psychology*, 30, 608-615.
- measuring the importance of the attributions and the impact of stressor. *Personality and Individual Differences*, 31, 205-214.
- Meats, P., Timol, M., y Jolley, D. (1991). Prognosis of depression in the elderly. *British Journal of Psychiatry*, 159, 659-663.
- Mederos, A., y Puente, A. (1996). *La Vejez*. Madrid: Acento Editorial.
- Menchón, J. M. (1996) *¿Existen diferencias clínicas entre la depresión del anciano y la del adulto joven?* En A. Calcedo Barba, *La Depresión en el anciano. Doce cuestiones fundamentales* (pp. 61-82). Madrid: Fundación Archivos de Neurobiología.
- Mendlewicz, J. (1976). The age factor in depressive illness: Some genetic considerations. *Journal of Gerontology*, 31, 300-303.
- Menninger, W. W. (1999). Adaptational challenges and coping in late life. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 63(2A), 4-15.
- Merry, B. J. (2004). Oxidative stress and mitochondrial function with aging-the effects of calorie restriction. *Aging Cell*, 3, 7-12.
- Mestre, J. M. (2003). *Validación empírica de una escala para medir la inteligencia emocional, desde un modelo mixto, en una muestra de estudiantes de la Bahía de Cádiz*. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.
- Mestre, J. M., Comunian, A. L., y Comunian, M. L. (2007). Inteligencia emocional: una revisión a sus primeros quince años y un acercamiento conceptual desde los procesos psicológicos. En J. M. Mestre, y P. Fernández-Berrocal (Coords.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 47-68). Madrid: Pirámide.
- Mestre, J. M., Guil, R., y Gil-Olarte, P. (2004). Inteligencia Emocional: Algunas respuestas empíricas y su papel en la adaptación escolar en una muestra de alumnos de secundaria. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, VII, 16. Extraído el 4 Mayo, 2009, de <http://reme.uji.es/articulos/avilj3022906105/texto.html> .
- Mestre, J. M., y Guil, R. (2003). Inteligencia emocional. En E. G. Fernández-Abascal, M. P. Jiménez, y M. D. Martín (Eds.), *Emoción y Emoción: La adaptación humana* (vol. 1) (pp. 397-426). Madrid: McGraw-Hill.
- Mestre, J. M., y Guil, R. (2006). Medidas de ejecución versus medidas de autoinformes de inteligencia emocional. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 413-425.
- Mestre, J. M., Márquez-Fernández, L., Guil, R., y González de la Torre, G. (2011). Mindfulness and emotion regulation for a healthy behaviour. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 75. Extraído el 22 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Metalsky, G.I., Joiner, T.E., Hardin, T.S. y Abramson, L.Y. (1993). Depressive reactions to failure in a naturalistic setting: A test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 101-109.
- Mezzich, J. E., Ruiperez, M. A., Perez, C., Yoon, G., Liu, J., y Mahmud, S. (2000). The Spanish version of the quality of life index: presentation and validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 301-305.
- Mikulincer, M. (1989). Causal attribution, coping strategies, and learned helplessness. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 565-582.
- Mineka, S., Pury, C.L. y Luten, A.G. (1995). Explanatory style in anxiety and depression. En G.M. Buchanan y M.E.P. Seligman (eds.), *Explanatory style* (pp.: 135-157). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Minois, G. (1987). *Historia de la Vejez*. Madrid: Nerea.
- Mira y López, E. (1961). *Hacia una vejez joven*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Mirowsky, J. y Ross, C. E. (1992). Age and depression. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 187-205.
- Mishara, B. L., y Riedel, R. G. (1984). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Morata (trad. 1986).
- Molero, C., Saiz, E., y Esteban, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia: una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 30, 11-30.
- Monedero, C. (1986). *Psicología evolutiva del ciclo vital*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Montepare, J. M., y Lachman, M. E. (1989). You're only as old as you feel: Self-perceptions of age, fears of aging, and life satisfaction from adolescence to old age. *Psychology and Aging*, 4, 73-78.
- Montet, P. (1964). *La vida cotidiana en Egipto en los tiempos de Ramsés*. Buenos Aires: Hachette.
- Montorio, I., e Izal, M. (2006). Cambios asociados al proceso de envejecimiento. En M. Izal y I. Montorio (Eds.), *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación* (pp. 33-66). Madrid: Síntesis.
- Montoya, J. (1992). *Cuadernos geriátricos (Vol. 3: Trastornos de la conducta en la tercera edad)*. Madrid: Lab. Delagrangue.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Moos, R. H.** (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluación Psicológica*, 4, 133-58.
- Moos, R. H., Brennan, P. L., Schutte, K. K., y Moos, B. S.** (2006). Older adults' coping with negative life events: common processes of managing health, interpersonal, and financial/work stressors. *International Journal of Aging and Human Development*, 62 (1), 39-59.
- Moos, R. H., y Schaefer, J.** (1993). Coping resources and processes: current concepts and measures. En L. Golberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). Nueva York: Kree Press.
- Moos, R. H., y Schaffer, J. A.** (1986). Life transitions and crises: A conceptual Overview. En R. H. Moos (Ed.), *Coping with life crises. An integrated approach*. New York: Plenum Press.
- Moos, R. H.; Holahan, C. J., y Beutler, L. E.** (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Introduction to the special issue. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1257-1259.
- Moraitou, D., y Efklides, A.** (2009). Afecto y emociones. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *PsicoGerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 127-152). Madrid: Pirámide.
- Moreno, B., y Ximénez, C.** (1996). Evaluación de la calidad de vida. En G. Buela et al. (Eds.), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 1045-1070). Madrid: Siglo XXI.
- Morgado, I.** (2010). Cómo sentimos las emociones. *National Geographic España* (Edición Especial), Cerebro y emociones, 6-15.
- Morganti, J.B., Nehrke, M.F., Hulicka, I.M., Cataldo, J.F.** (1988) Lifespan differences in life satisfaction, self-concept, and locus of control. *International Journal of Aging Human Development*; 26, 45-56.
- Moro, L.** (1997). Variables que influyen en la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 2(1),
- Moser, G., y Uzzell, D.** (2003). Environmental Psychology. En Millon, T., Lerner, M. (Eds.), *Handbook of Psychology: Personality and Social Psychology*, 5 (pp. 419-446). New Jersey: Wiley.
- Mroczek, D. K., y Kolarz, C. M.** (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developmental Perspective on Happiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1333-1349.
- Mulsant, B., Alexopoulos, G., Reynolds, C. R., et al.** (2001). Pharmacological treatment of depression in older primary care patients: the PROSPECT algorithm. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 585-592.
- Muñoz, J.** (2006a). Envejecimiento de la población y métodos de investigación en psicología del envejecimiento.. En J. Muñoz, *Psicología del envejecimiento* (pp. 29-40). Madrid: Pirámide.
- Muñoz, J.** (2006b). Depresión en personas mayores. En J. Muñoz, *Psicología del envejecimiento* (pp. 151-165). Madrid: Pirámide.
- Muñoz, R. F., y Ying, Y. W.** (Dir.) (1993). *The prevention of depression: Research and practice*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Muñoz, R. F., Ying, Y. W., Armas, R., Chan, F., y Guzza, R.** (1987). The San Francisco Depression Prevention Project: a randomized trial with medical outpatients. En R. F. Muñoz (Dir.), *Depression Prevention: Research directions*. Washington D. C.: Hemisphere.
- Murphy, E.** (1983). The prognosis of depression in old age. *British Journal of Psychiatry*, 142, 111-119.
- Murphy, E., Smith, R., Lindsay, J., y Slattery, J.** (1988). Increased Mortality Rates in Late-life Depression. *British Journal of Psychiatry*, 152, 347-353.
- Murrell, S. A., Himmerlfarb, S., y Wright, K.** (1983). Prevalence of Depression and its Correlates in Older Adults. *American Journal of Epidemiology*, 117, 173.
- Musetti, L., Perugi, G., Soriani, A., et al.** (1989). Depression before and after age 65: a reexamination. *British Journal of Psychiatry*, 155, 330-336.
- Nakano, K.** (1991). The role of coping strategies on psychological and physical well-being. *Japanese Psychological Research*, 33, 160-167.
- Nandrino, J., Massioui, F., y Everett, J.** (1996). Endogenous evoked potentials assessment in depression: a review. *European Psychiatry*, 11, 357-368.
- Navarro, A. B., Buz, J., Bueno, B., y Mayoral, P.** (2006). Jubilación y tiempo libre. En C. Triadó y F. Villar (coords), *Psicología de la vejez* (pp.287-310). Madrid: Alianza Editorial.
- Navarro, B., Latorre, J.M., Ros, L.** (2009). Inteligencia Emocional Autoinformada en la vejez, un estudio comparativo con el TMMS-24. En P. Fernández-Berrocal et al., *Avances en el Estudio de la Inteligencia Emocional*, I Congreso Internacional de Inteligencia Emocional. Santander: Fundación Marcelino Botín
- Navarro, M. J.** (1999). El tabú de la vejez. En S. Yubero, J. M. Latorre, J. Montañés, y E. Larrañaga (Coords.), *Envejecimiento, sociedad y salud*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha.

- Needles, D. y Abramson, L.Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 156-165.
- Neugarten, B. L. (1964). *Personality in middle and later life*. Nueva York: Atherton Press.
- Neugarten, B. L. (1968). Adult personality: Toward a psychology of the life cycle. En B. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Neugarten, B. L. (1973). Personality change in late life: A developmental perspective. En C. Eisdorfer, y M. P. Lawton (Eds.), *The psychology of adult developmental and aging*. Washington: American Psychological Association.
- Neugarten, B. L. (1999). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Newmann, J. P. (1989). Aging and Depression. *Psychology and Aging*, 4 (2), 150-165.
- Newmann, J. P., Engel, R. J., y Jensen, J. E. (1991). Age Differences in Depressive Symptoms Experiences. *Journal of Gerontology*, 46 (5), 224-235.
- Niedenthal, P.M., Barsalou, L.W., Winkelman, P., Krauth-Gruber, S., y Ric, F. (2005). Embodiment in attitudes, social perception, and emotion. *Personality and Social Psychology Review*, 9, 184-211.
- Niederehe, G. T. (1986). Depression and memory impairment in the aged. En L. W. Poon (Ed.), *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults* (pp.226-237). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Niederehe, G. T. (1994). Psychosocial therapies with depressed older adults. En L. S. Schneider, C. F. III., Reynolds, B. D. Lebowitz, et al. (Eds.), *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life* (pp. 293-315). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (1998). Ruminative coping with depression. En J. Heckhausen y C.S. Dweck (eds), *Motivation and self-regulation across the life-span* (pp. 237-256). New York: Cambridge University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. y Fredrickson, B. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Nolen-Hoeksema, S., y Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17, 116-124.
- Nolen-Hoeksema, S., y Davis, C. G. (1999). Thanks for sharing that: Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77 (4), 801-814.
- Nurnberger, J., y Gershon, E. (1992): Genetics. En E. Paykel (Dir.), *Handbook of Affective Disorders*. Edimburgo: Churchill Livignstone.
- O'Brien, J., Desmond, P., Ames, D., et al. (1996). A magnetic resonance imaging study of white matter lesions in depression and Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry*, 168, 477-485.
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., y Witter, R. A. (1984). The social activity/subjective well-being relation: A quantitative synthesis. *Research on Aging*, 6, 45-65.
- Okun, M.A., Stock, W.A. (1987) Correlates and components of subjective well-being among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 6, 95-112.
- Olav, S. (2009). Identidad y edad. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *PsicoGerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 65-86). Madrid: Pirámide.
- Old Age Depression Interest Group, (1993). How long should the elderly take antidepressants? A double blind placebo-controlled study of continuation/prophylaxis therapy with dothiepin. *British Journal of Psychiatry*, 162, 175-182.
- Oliveira Neto, M.F., Villaverde, C., Miranda, M.E.H. y Luna, J.G. (2006). Calidad de vida de ancianos de grupos de convivencia. *Revista multidisciplinar de Ciencias de la Salud*, 11, 27-38.
- Oliveros Cid, A., Oliveros Juste, A., y Cid López, M. A. (2005). Calidad de vida y discapacidad del anciano epiléptico. En J. A. Mauri Llerda y F. J. Vadillo Olmo, *Crisis y epilepsia en el anciano* (pp. 169-196). Barcelona: Viguera Editores.
- Olson, C. B. (1987). A review of why and how we age: A defense of multifactorial aging. *Mechanisms of Ageing and Development*, 41.
- OMS (1990). *Health and Aging*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002a). *Active Aging*. Ginebra: World Health Organization.
- OMS (2002b). *Envejecimiento activo, un marco político*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.
- Ortiz, T. (2000). Psicología de la vejez. *Revista multidisciplinar de gerontología*, 10 (2), 74-81.
- Osgood, N. J. (1991). Prevention of Suicide in the Elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, 293-306.
- Ostir, G. V., Markides, K. S., Black, S. A., y Goodwin, J. S. (2002). Emotional well-being predict subsequent functional independence and

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- survival. *Journal of American Geriatrics Society*, 48, 473-478.
- Otero, A., Zunzunegui, M. V., Béland, F., Rodríguez, A., y García de Yébenes, M. J. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Bilbao: Fundación BBVA.
- Oxman, T. E., Berkman, L. F., Kasi, S., Freeman, D., y Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. *American Journal of Epidemiology*, 135, 356-368.
- Páez Rovira, D. (1993). *Salud, expresión y represión social de las emociones*. Valencia: Promolibro.
- Palmer, B., Donaldson, C., y Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Palmore, E. (1979). Predictors of successful aging. *Gerontologist*, 19, 427-431.
- Palmore, E. (1981). *Social patterns in normal aging: Findings from the Duke Longitudinal Study*. Durham, NC: Duke University Press.
- Palmore, E. (1992). Knowledge about aging: What we know and need to know. *Gerontologist*, 32, 149-150.
- Palomera Martín, R., Gil-Olarte Márquez, P. y Brackett, M. A. (2006). ¿Se perciben con inteligencia emocional los docentes?. Posibles consecuencias sobre la calidad educativa. *Revista de Educación*, 341, 687-703.
- Palomino, B. y López, G. (1999). Reflexiones sobre calidad de vida y el desarrollo. *Región y Sociedad*, 11 (17), 171-185.
- Panza, F., Frisardi, V., Capurso, C., D'Introno, A., Colacicco, A.M., Imbimbo, B.P., Santamato, A., Vendemiale, G., Seripa, D., Pilotto, A., Capuso, A., y Solfrizzi, V. (2010). Late-Life depression, mild cognitive impairment, and dementia: Possible continuum? *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (2), 98-116.
- Papalia, D. E., y Olds, S. W. (1997). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Pargament, K. I., Koenig, H. G., Tarakeshwar, N., y Hahn, J. (2004). Religious coping methods as predictors of psychological, physical and spiritual outcomes among medically ill elderly patients: A two-year longitudinal study. *Journal of Health Psychology*, 9 (6), 713-730.
- Parikh, R. M., Robinson, R. G., Lipson, J. T., et al. (1990). The impact of post-stroke depression on recovery in activities of daily living over a two-year follow-up. *Archives of Neurology*, 47, 785-789.
- Parsons, P. A. (2003). From the stress theory of aging to energetic and evolutionary explanations for longevity. *Biogerontology*, 4, 63-73.
- Pascual García, B. et al. (2009) Estrategias de afrontamiento como factores predisponentes/protectores de depresión posparto. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 2. Extraído el 17 Enero, 2010, de <http://www.psiquiatria.com/articulos/depresion/45219/>
- Pastor, I. (2006). El papel de las emociones en la educación museística. XXV Seminario interuniversitario de teoría de la educación "las emociones y la formación de la identidad humana". Extraído el 31 Agosto, 2010, de <http://www.ucm.es/info/site/docu/25site/ad3pastor.pdf>
- Pasupathi, M., Carstensen, L. L., y Tsai, J. L. (1995). Ageism in interpersonal settings. In B. Lott y D. Maluso (Eds.), *The social psychology of interpersonal discrimination* (pp. 160-182). New York: Guilford Publications.
- Paterniti, S., Verdier-Taillefer, M.H., Dufoil, M.H.C., y Alperovitch, A. (2002). Depressive symptoms and cognitive decline in elderly people. *British Journal of Psychiatry*, 181, 406-410.
- Paúl, C. (2009). Los muy mayores: principales resultados actuales de la investigación y de la aportación europea. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Picogerontología. Perspectivas europeas para un mundo que envejece* (pp. 181-199). Madrid: Pirámide.
- Paúl, C., Ayes, S., y Ebrahim, S. (2006). Psychological distress loneliness and disability in old age. *Psychology Health and Medicine*, 11, 221-232.
- Payne, W.L. (1986). A study of emotion: developing emotional intelligence; self integration; relating to fear, pain and desire. *Dissertation Abstracts International*, 47, 203.
- Peason, J. L. y Brown, G.K. (2000). Suicide prevention in late life: directions for science and practice. *Clinical Psychology Review*, 20, 685-705.
- Peck, R. C. (1955). Psychological Developments in the Second half of Life. In J. E. Anderson, (Ed.), *Psychological Aspects of Aging*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Peck, R. C. (1968). Psychological developments in the second half of life. En B. L. Neugarten (Ed.), *Middle age and aging*. Chicago: University of Chicago Press.
- Pedrero G. E. (2001): La calidad de Vida y las personas mayores. *Monografía presentada a los seminarios de psicogerontología*. Extraído de <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/calidad.htm>
- Pelechano, V. (1999). Calidad de vida, familia y afrontamiento en la enfermedad crónica: datos y sugerencias para un modelo. En J. Buendía

- (comp.)- *Familia y psicología de la salud*. Madrid, Pirámide.
- Pelechano, V. (dir).** (1991). Habilidades interpersonales. *Teoría mínima y programas de intervención*. vol. III. Valencia: Promolibro.
- Penley, J.A. y Tomaka, J.** (2002). Associations among the Big Five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215-1228.
- Penninx, B. W. et al.** (1999). Exploring the Effect of Depression on Physical Disability: Longitudinal Evidence from The Established Populations for Epidemiologic Studies of the Elderly. *American Journal of Public Health*, 89, 1346-1352.
- Peñacoba, C., Velasco, L., González, J.L. y Garrosa, E.** (2005). Estrategias de afrontamiento y personalidad resistente en pacientes de cuidados paliativos. Un estudio preliminar. *Clinica y Salud*, 16, 65-89.
- Pérez, G.** (2004). Personas mayores y calidad de vida. En G. Pérez (Coord.), *Calidad de vida en personas mayores* (pp. 19-50). Madrid: Dykinson.
- Pérez, L.** (2002a). *Actividades, actitudes y valores*. En M. Sancho (Coord.), *Envejecer en España. II Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento*. Abril 2002. (pp. 83-100). Madrid: IMSERSO.
- Pérez, L.** (2002b). *Indicadores sociales*. En M. Sancho (Coord.), *Envejecer en España. II Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento*. Abril 2002. (pp. 63-82). Madrid: IMSERSO.
- Pérez-Díaz, J.** (2002). *La madurez de las masas*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Pérez-Serrano, J. M., et al.**, (2003). Deficit de los potenciales evocados cognitivos durante una tarea de memoria en pacientes con depresión mayor. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 31 (4), 177-181.
- Perona, S. y Galán, A.** (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: Conceptualización y resultados de la investigación. *Clinica y Salud*, 12, 145-178.
- Peset, V.** (1961). *La psiquiatría de un médico humanista*. Madrid.
- Peterson, C.** (1995). Explanatory style and health. En G. M. Buchanan y M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (pp. 233-246). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Peterson, C. y Bossio, L.M.** (2001). Optimism and physical well-being. En E.C. Chang (ed.), *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp.: 127-145). Washington, DC: APA.
- Petrides, K. V., y Furnham, A.** (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313-320.
- Petrides, K. V., y Furnham, A.** (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
- Phelan, E. A., Anderson, L. A., Lacroix, A. Z., y Larson, E. B.** (2004). Older Adult's Views of "Successful Aging". How Do they Compare with Researcher's Definitions? *Journal of American Geriatric Society*, 52, 211-216.
- Phillips, L., MacLean, R., y Allen, R.** (2002). Age and the understanding of emotions: Neuropsychological and sociocognitive perspectives. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 526-530.
- Phillips, L., y Allen, R.** (2004). Adult aging and the perceived intensity of emotions in faces and stories. *Aging Clinical and Experimental Research*, 16(3), 1-10.
- Piedras-Jorge, C., Meléndez-Moral, J.C., Tomás-Miguel, J.M.** (2010) Beneficios del ejercicio físico en población mayor institucionalizada. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45, 131-135.
- Pinazo, S.** (2005) *El apoyo social y las relaciones sociales de las personas mayores*, en S. Pinazo, y M. Sánchez, *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*, pp. 221-255. Madrid. Pearson Educación.
- Pinquart, M.** (2001). Age differences in perceived positive affect, negative affect, and affect balance in middle and old age. *Journal of Happiness Studies*, 2, 375-405.
- Piotrowski, C.** (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Reports*, 79, 873-874.
- Pollit, J.** (1965). *Depression and its treatment*. London: Heinemann.
- Poon, H. F., Calabrese, V., Scapagnini, G., y Butterfield, D. A.** (2004). Free Radicals in Brain Aging, *Clinical Geriatric Medicine*, 20, 329-359.
- Popper, K.** (1965). Time's arrow and entropy. *Nature*, 207, 233.
- Prada, A.** (2010). *Coplas a la muerte de su padre*. Jorge Manrique. Madrid: Casariego.
- Prados, M., y Muñoz, J.** (2006). La jubilación. En J. Muñoz, *Psicología del envejecimiento* (pp. 111-122). Madrid: Pirámide.
- Pressman, S. D., y Cohen, S.** (2005). Does positive affect influence health? *Psychological Bulletin*, 131, 925-971.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Prince, M., Harwood, R., Blizard, R., et al. (1997). Impairment, disability and handicap as risk factors for depression in old age. *Psychological Medicine*, 27, 311-321.
- Quételet, A. (1835). *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale*. París: Bachelier.
- Quintero, G., y González, U. (1997). Calidad de vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada. En J. Buendía (Ed.), *Gerontología y salud. Perspectivas actuales* (pp. 129-145). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Rabasa, B., y de Noriega, J. (2002). *Estudio del abandono del tratamiento antidepressivo en España*. Madrid: Organón.
- Rabheru, K. (2004). Special issues in the management of depression in older patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49 (1), S41-S50.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13, 164-171.
- Rafaelsen, O. J., y Mellerup, E. T. (1978). Afecciones maniaco-depresivas: los conceptos de temperamento maniaco-melancólico y de psicosis maniaco-depresiva. *Confrontaciones psiquiátricas*, 14, 2.
- Ravindran, A.V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z., y Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders* 71 (1-3), 121- 130.
- Raz, N. (2000). Aging of the brain and its impact on cognitive performance: Integration of structural and functional findings. En F. I. M. Craik y T. A. Salthouse (Eds.), *Handbook of Aging and Cognition - II*. (pp. 1-90). Mahwah, NJ : Erlbaum.
- Rehm, L. P. (1977). A Self-Control mode of depression. *Behavior therapy*, 8, 784-804.
- Rehm, L. P. (1981). *Behavior Therapy for Depression: Present Status and Future Directions*. Nueva York: Academic Press.
- Rehm, L. P., y Rokke, P. (1988). Self-ammagement therapies. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. Nueva York: The guilford Press.
- Reichard, S., Livson, F., y Peterson, P. G. (1962). *Aging and personality: A study of 87 older men*. Nueva York: John Wiley.
- Reig Ferrer, A. (2000). Psicología de la vejez. Comportamiento y adaptación. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Gerontología social*. Madrid: Pirámide.
- Reilley, S., Geers, A., Lindsay, D., Dereonde, L. y Dember, W. (2005). Convergence and predictive validity in measures of optimism and pessimism: Sequential studies. *Current Psychology*, 24, 43-59.
- Reischeis, F. M., y Neu, P. (2000). Comorbidity of mild cognitive disorder and depression a neuropsychological analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 250, 186-193.
- Requena, C., López, V., y Ortiz, T. (2009). Satisfacción con la vida en relación con la funcionalidad de las personas mayores activas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37 (2), 61-67.
- Reynolds, C. F., Frank, E., Perel, J. M., et al. (1992). Combined pharmacotherapy in the acute and continuation tratment of elderly patients with recurrent major depression. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1687-1692.
- Reynolds, C. F., Frank, E., Perel, J. M., et al. (1994). Treatment of consecutive episodes oj major depression in the elderly. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1740-1743.
- Richie, J.R. (1975). On the derivation of leisure activity types: A perceptual mapping approach. *Journal of Leisure Research*, 7, 128-140.
- Richman, L.S., Kubzansky, L., Maselko, J., Kawachi, I., Choo, P. y Bauer, M. (2005). Positive Emotion and Health: Going Beyond the Negative. *Health Psychology* 24(4), 422-429.
- Ricoeur, P. et al. (1979). *El tiempo y las filosofías*. Salamanca: Ediciones Sígueme.
- Riegel, K.F. (1975). Adult life crises: A dialectic interpretation of development. In N. Datan y L.H. Ginsberg (Eds.), *Life-span developmental psychology: Normative life crises*. New York: Academic Press.
- Riegel, K.F. (1976). The dialectics of human development. *American Psychologist*, 31, 689-699.
- Riethman H., Ambrosini A., Castaneda C., Finklestein J., Hu, X. L., Mudunuri, U. Y., y Wei J. (2004). Mapping and initial analysis of human subtelomeric sequence assemblies. *Genome Research*. 14(1), 18-28.
- Rivera-Ledesma, A., y Montero, M. (2005). Espiritualidad y religiosidad en adultos mayores mexicanos. *Salud Mental*, 28 (6), 51-58.
- Roberts, E. E., Kaplan, G. A., Shema, S. J., y Strawbridge, W. J. (1997). Prevalence and correlates of depression in an aging cohort: The Alameda Country Study. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(5), S252-S258.
- Robins, E., Muñoz, R. A., Martin, S., y Gentry, K. A. (1972). Primary and secondary affective disorders. En J. Zubin, y F. A. Freyhan (Eds.), *Disorders of mood*. Baltimore: John Hopkins Press.
- Robins, J., Pauker, S., y Thomas, J. (1984). Can Schizophrenia begin after age 44? *Comprehensive Psychiatry*, 25, 290-293.
- Robinson, D., David, J., Niles, A., Ravaris, C., y Sylvester, D. (1971). Relation and sex and aging to monoamine oxidase activity of human brain, plasma and platelets. *Archives of General Psychiatry*, 24, 536-539.

- Robinson, N., Garber, J. y Hilsman, R.** (1995). Cognitions and stress: Direct and moderating effects on depressive versus externalizing symptoms during the junior high school transition. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 453-463.
- Robinson, R. G., y Szetela, B.** (1981). Mood change following left hemisphere brain injury. *Annals of Neurology*, 9, 447-453.
- Robinson, R. G., Kubos, K. L., Starr, L. B., et al.** (1984). Mood disorders in stroke patients. Importance of location of lesion. *Brain*, 107, 81-93.
- Rodin, J., y Langer, E.** (1980). Aging labels: The decline of control and the fall of self-esteem. *Journal of Social Issues*, 36, 12-29.
- Rodríguez Parra, M. J., Esteve Zarazaga, R. M., y López Martínez, A. E.** (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12 (3), 339-45.
- Rodríguez, A.** (1994). Dimensiones psicosociales de la vejez. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (53-68). Madrid: Siglo XXI.
- Rodríguez, S.** (1989). *La vejez: Historia y actualidad*. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S.** (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349-372.
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Tilson, M., y Seeley, J.R.** (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 499-511.
- Rojas, E.** (2004). *Los lenguajes del deseo*. Madrid: Temas de hoy.
- Rojo, A.** (2007). La vejez, consideración y realidad histórica. En J. A. Macías (Coord.), *Manual básico de psiquiatría geriátrica* (pp. 15-26). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Rook, K. S.** (2000). The evolution of social relationships in later adulthood. S. Qualls y N. Abeles (Eds.), *Psychology and the aging revolution* (pp. 173-191). Washington, DC: American Psychological Association.
- Roth, M., Gurney, C., Garside, R. E, y Kerr, T. A.** (1972). Studies in the classification of affective disorders: The relationship between anxiety states and depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 121, 147-161.
- Rowe, J. W., y Kahn, L.** (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 233, 1771-1276.
- Rowe, J. W., y Kahn, L.** (1997). Successful Aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Rowe, J. W., y Kahn, L.** (1998). *Successful Aging*. Nueva York: Pantheon.
- Rubio, R.** (1991). La problemática de la adaptación en la adultez y senectud y la alternativa ofrecida por los modelos de la ecología de la maduración. *Revista Folia Neuropsiquiátrica del Sur y Este de España*, 26, 79-98.
- Rubio, R.** (1992). Indicadores de la adaptación con éxito en el ser humano. *Communio*, 25, 417-428.
- Rubio, R.** (1996). Modelos y teorías desde la perspectiva sociológica. En N. Sáez, R. Rubio y A. Dosil Maceira (Eds.), *Tratado de psicogerontología* (pp. 101-166). Valencia: Promolibro.
- Rubio, R.** (1998). *Temas de Gerontología*. Ed. Universitaria Granada.
- Rubio, R.** (2004a). La vejez con éxito, competente y otros modelos. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.236-255). Madrid: Pirámide.
- Rubio, R.** (2004b). Los estilos de vida en la vejez. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.285-299). Madrid: Pirámide.
- Rubio, R.** (2004c). Vejez y futuro. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.301-306). Madrid: Pirámide.
- Rubio, R., y Tapia, C.** (2004). La distribución del tiempo en la vejez. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.257-284). Madrid: Pirámide.
- Rude, S. S., y McCarthy, C. T.** (2003). Emotional functioning in depressed and depressionvulnerable college students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berocal, P., Cabello, R., Extremera, N.** (2005). *Inteligencia emocional y depresión en una muestra italiana*. Trabajo presentado en 6º Congreso Virtual de Psiquiatría Interpsiquis. Extraído el 11 Junio, 2008, de <http://www.interpsiquis.com/2005/>
- Rusting, C. L. y DeHart, T.** (2000). Retrieving Positive Memories to Regulate Negative Mood: Consequences for Mood-Congruent Memory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 737-752.
- Ruvalcaba, N. A. y Salazar, J. G.** (2011). Relación entre la inteligencia emocional percibida y los dominios para la calidad de vida considerados por la Organización Mundial de la Salud. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 29. Extraído el 20 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2002). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review Psychology*, 52, 141-166.
- Rybarczyk, B., De Marco, G., DeLa Cruz, M., y Lapidus, S. (1999). Comparing mind-body wellness interventions for older adults with chronic illness: classroom versus home instruction. *Behavioral medicine*, 24, 181-190.
- Sable, J. A., Dunn, L. B., y Zisook, S. (2002). How to identify its symptoms and provide effective treatment. *Geriatrics*, 57, 18-35.
- Sack, D. A., Rosenthal, N. E., Parry, B. L., et al. (1987). Biological rhythms in psychiatry, in *Psychopharmacology: The Third Generation of Progress*. Edited by Meltzer HY. New York, Raven.
- Sagrada Biblia Génesis (6,3). Antiguo Testamento. Madrid: Editorial Católica (1969 2ª ed.)
- Sagrada Biblia. Rom. 6, (4-6). A los romanos. Nuevo Testamento. Madrid: Editorial Católica (1969 2ª ed.)
- Sagrada Biblia. Génesis (5,5). Antiguo Testamento. Madrid: Editorial Católica (1969 2ª ed.)
- Salguero, J. M. e Irurriazaga, I. (2006). Relaciones entre Inteligencia Emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 207-221.
- Salovey, P. (2001). Applied emotional intelligence: Regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise. En J. Ciarrochi, J. P. Forgas y J. D. Mayer (Eds.), *Emotional Intelligence in Everyday Life* (pp. 168-184). New York: Psychology Press.
- Salovey, P. (2006). *Applied emotional intelligence: regulating emotions to become healthy, wealthy, and wise*. En J. Ciarrochi, J. Forgas y J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in every life* (pp. 229-248). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Salovey, P. y Sluyter, D. (1997) (Eds.), *Emocional development and emocional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). New York: Basic Books.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C., y Palfay, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). Washington DC: American Psychological Association.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J.B., y Steward, W. T. (2000). Emotional States and Physical Health. *American Psychologist*, 55, 110-121.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the Trait Meta-Mood Scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Salovey, P., y Birnbaum, D. (1989) Influence of mood on health-relevant conditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, (3), 539-551.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition y Personality*, 9, 185-211.
- Salzman, C., Wong, E., y Wright, B. (2002). Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. *Biological Psychiatry*, 52, 265-284.
- Sánchez López, M. P. (1997). El Estilo Psicológico como base del estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología*, 15(2), 223-252.
- Sánchez, J., y Ramos, F. (1982). *La vejez y sus mitos*. Barcelona: Salvat.
- Sanduvete, S. (2004). Calidad de vida en las personas mayores. *Apuntes de Psicología*, 22 (2), 277-288.
- Sanjuán, P. (2003). Postperformance attributions among depressive and no depressive subjects. Trabajo presentado en la *11th Biennial Meeting of the International Society for the Study of Individual Differences*. Graz (Austria).
- Sanjuán, P., Pérez García, A., Rueda, B. y Ruiz, M.A. (2006). Estilos explicativos y salud. *VI Semana de Investigación de la Facultad de Psicología*. Madrid: UNED.
- Sanjuán, P., y Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clinica y Salud*, 18 (1), 83-98.
- Santacreu, J. (1987). Evaluación conductual de la depresión. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. Carrobes (Eds.), *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- Santrock, J. W. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sanz, J., y Vázquez, C. (1999). Atención selectiva y depresión: una revisión crítica. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 191-216.
- Sapolsky, R. M. (1996). Why stress is bad for your brain? *Science*, 273, 749-750.
- Sargent, P. A., et al. (2000). Brain serotonin1A receptor binding measured by positron emission tomography with [11C]WAY-100635: effects of depression and antidepressant treatment. *Archives of General Psychiatry*, 57, 174-180.
- Satija, Y.K., Advani, G.B., y Nathawat, S.S. (1997). Is depression a result of faulty coping strategies? *Indian Journal of Clinical Psychology* 24 (1), 65-69.
- Sayetta, R. B., y Johnson, D. P. (1980). *Basic Data on Depressive Symptomatology: United States, 1974-75 (DHEW Publication PSH 80-*

1666). Washington, DC, US Government Printing Office.

- Schaffer, L. F., Gilmer, B., y Schoen, M. (1940). *Psychology*. New York: Harper y Brothers.
- Schaie, K. W. (2000). Unpublished review of J. W. Santrock's *Life-span development* (8^a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Schaie, K. W. y Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez* (5^a ed). Madrid: Pearson educación.
- Scheier M. F., y Carver C. S. (1988). A model of behavioral self-regulation: translating intention into action. En L. Berkowitz L. (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (pp.303-346) (Vol. 21). Nueva York: Academic Press.
- Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured? *Social Science Information*, 44(4), 695-729.
- Schick, A., y Cierpka, M. (2003). Evaluation of a curriculum to enhance social-emotional competente and prevent agresion in elementary schools. *Kindheit und Entwicklung. Special issue: Prävention von Verhaltensstörungen*, 12 (2), 100-110.
- Schmidt, R. M. (1994). Healthy aging into the 21st century. *Contemporary Gerontology*, 1, 3-6.
- Schopenhauer, A. (1955). *Parábolas, aforismos y comparaciones*. (Trad. de A. Sánchez Pascual) Barcelona: Edhasa (1995).
- Schulz, R., y Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., McKenley, J., y Hollander, S. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769-785.
- Schuyler, D. (1974). *The depressive spectrum*. New York: Jason Aronson.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Revista Ciencia y Enfermería* (on-line), 9 (2), 9-21. Extraído el 14 Abril, 2009, de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200002&script=sci_arttext
- Schwartzmann, L.; Olaizola, I. Guerra, A. et al. (1999). Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: Perfil de impacto de la enfermedad. *Revista Médica del Uruguay*, 15, 103-109.
- Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J., Ames, D. (2002) Is late onset depression a prodrome to dementia? . *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17 (11), 997-1005.
- Scogin, F., y McElteath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 69-74.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development an death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Seligman, M. E. P. (1981). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Sellers, R. y Peterson, C. (1993). Explanatory style and coping with controllable events by student-athletes. *Cognition and Emotion*, 7, 431-441.
- Serby, M., y Yu Mi, M. (2003). Overview: depression in the elderly. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 70 (1), 38-44.
- Serra, E., Dato, C., y Leal, C. (1988). *Jubilación y Nido Vacío. ¿Principio o fin? Un estudio evolutivo*. Nau Llibres.
- Serrani, D. (2008). Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en Adultos Mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. *Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14 (4), 42 -55.
- Shapiro, S., Skinner, E. A., Kessler, L. G., Von Korff, M., German, P. S., Tischler, G. L., Leaf, P. J., Benham, L., Cottler, L., y Regier, D. A. (1984). Utilization of Health and Mental Health Services: Three Epidemiologic Catchment Area Sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971-978.
- Sharpless, N. E., y DePinho, R. A. (2004). Telomeres, stem cells, senescence, and cancer. *Journal of Clinical Investigation*, 113, 160-168.
- Shay J. W., y Wright, W. E. (1999). Telomeres and Telomerase: Implications for Cancer and Aging. En V. A. Bohr, B. F. Clark, y T. Stevenser (Eds.), *Molecular biology of aging*. Copenhagen, Denmark: Munksgaard.
- Shay J. W., y Wright, W. E. (2002). Telomerase: A target for cancer therapeutics. *Cancer cell*, 2, 257-265.
- Shay J. W., y Wright, W. E. (2004). Telomeres are double-strand DNA breaks hidden from DNA damage responses. *Mollecular Cell*, 14, 420-421.
- Shay, J. W., y Wright, W. E. (2000). The use of telomerized cells for tissue engineering. *Nature Biotechnology*, 18, 22-23.
- Siguan, M. (1997). La vejez como objeto de estudio y como experiencia. *Anuario de psicología*, 73, 131-136.
- Silver, I. L. y Herrmann, N. (1996). Comprehensive psychiatric evaluation. En J. Sadavoy, L. W. Lazarus, L. F. Jarvik y G. T. Grossberg (Eds.), *Comprehensive review of geriatric psychiatry* (2^a ed.) (pp. 223-249). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Silverstone, P. H. (1990). Depression increases mortality and morbidity in acute life-threatening medical illness. *Journal of Pyschosomatic research*, 34, 651-657.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for clas-sifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269.
- Smith, S. M. y Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1092-1107.
- Smyer, M. A., y Downs, M. G.** (1992). Psychopharmacology: An essential element in educating clinical psychologists for working with older adults. In B. G. Knight, L. Teri, P. Wohlford, y J. Santos (Eds.), *Mental health services for older adults* (pp. 73-83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smyer, M. A., y Downs, M. G.** (1995). Psychopharmacology: An Essential Element in Educating Clinical Psychologists for Working With Older Adults. In B. G. Knight, L. Teri, P. Wohlford y J. Santos (Eds.) *Mental Health Services for Older Adults* (pp. 73-84). Washington, DC: American Psychological Association.
- Soldevila, A.** (2007). *Diseño, desarrollo y evaluación de un programa de educación emocional para personas mayores*. Lérida: Universidad de Lérida. Tesis doctoral inédita.
- Soldevila, A.** (2009a). Emociónate. Programa de educación emocional. Madrid: Pirámide.
- Soldevila, A.** (2009b). Investigar para diseñar un programa de educación emocional para personas mayores. En P. Fernández-Berrocal et al. (coords.), *Avances en el estudio de la inteligencia emocional. I Congreso Internacional de Inteligencia emocional* (pp. 495-500). Santander: Fundación Marcelino Botín.
- Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G., y Agulló, M.J.** (2002). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. Emocionate. *Revista Iberoamericana de educación*, 37 (5), 1-12.
- Sonoda, A. y Tonan, K.** (1999). Causal analysis of hopelessness theory: Effects of diathesis and proximal factor upon stress response. *Japanese Journal of Health Psychology*, 12, 1-16.
- Southall, D. y Roberts, J.** (2002). Attributional style and self-esteem in vulnerability to adolescence depressive symptoms following life stress: A 14-week prospective study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 563-579.
- Spar, J. E.** (1988). Principles of diagnosis and treatment in geriatric psychiatry. En L. W. Lazarus (Ed.), *Essentials of Geriatric Psychiatry* (pp. 102-113). New York: Springer.
- Spar, J. E., y La Rue, A.** (1999). *Guía de psiquiatría geriátrica*. Madrid: Editores Médicos.
- Staats, A. W.** (1975). *Social Behaviorism*. New York: Dorsey Press.
- Starobinski, J.** (1962). *Historia del tratamiento de la melancolía desde los orígenes hasta 1900*. Basilea: Acta Psychosomatica.
- Steer, R. A., Beck, A.T., y Garrison, B.** (1986). Applications of the Beck Depression Inventory. En Sartorius y T.A. Ban (Eds.), *Assessment of depression* (pp. 121-142). Berlín: Springer-Verlag.
- Steffens, D. C., Skoog, I., Norton, M. C., Hart, A. D., Tschanz, J. T., Plassman, B. L., et al.** (2000). Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Archives of General Psychiatry*, 57(6), 601-607.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T. F., van der Mast, R. C., y Westendorp, R. G. J.** (2005). Is Depression in Old Age Fatal Only When People Feel Lonely? *American Journal of Psychiatry*, 162, 178-180.
- Sternberg, R. J.** (1996). *Successful intelligence*. New York: Simon y Schuster.
- Sternberg, R. J., y Grigorenko, E. L.** (2000). Practical intelligence and its development. In Bar-On, R., y Parker, J. D. A. *The handbook of emotional intelligence* (pp. 215-243). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Stock, W. A., Okun, M. A., y Benin, M.** (1986). The structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and Aging*, 1, 91-102.
- Stoudemire, A., y Blazer, D. G.** (1985). Depresión in the Elderly. En E. E. Beckham, y W. R. Leber (1985), *Handbook of Depresión* (pp. 556-586). Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Stowell, J. R., Kiecolt-Glaser, J. K., y Glaser, R.** (2001). Perceived Stress and cellular immunity: When doping count. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 323-339.
- Strehler, B.** (1962). *Time, cells and aging*. New York: Academic Press.
- Stuck, A. E., Siu, A. L., Wieland, G. D., Adams, J., y Rubenstein, L. Z.** (1993). Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 342 (8878), 1032-1036.
- Surtees P.G. y Barkley C** (1994). Future imperfect: the long-term outcome of depression. *British Journal of Psychiatry* 164: 327-41.
- Sverko, D., y Busko, V.** (2011). Emotional intelligence and quality of life. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 105. Extraído el 17 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Swindells, S., Mohr, J., Justis, J.C., Berman, S., Squier, C., Wagener, M.M., y Singh, N.** (1999). Quality of life in patients with human immunodeficiency virus infection: impact of social support, coping style and hopelessness. *International Journal of STD y AIDS*, 10, 383-391.
- Tartler, R.** (1961). *Das alter in des modernen gessellchaft*. Stuttgart.

- Tauscher, J. et al.** (2001). Inverse relationship between serotonin 5-HT1A receptor binding and anxiety: A [11C]WAY-100635 PET investigation in healthy volunteers. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1326-1328.
- Tavris, C., y Offir, C.** (1977). *The longest war: Sex differences in perspective*. New York: Harcourt Brace Jovanovich.
- Taylor, S. E., Kemeny, M. E., Reed, G. M., Bowers, J. E., y Gruenewald, T. L.** (2000). Psychological Resources, Positive Illusions and Health. *American psychologist*, 55, 99-109.
- Teasdale, J. D.** (1999) Emotional processing, three modes of mind and the prevention of relapse of depression. *Behaviour Research & Therapy*, 37, S37-S77.
- Teri, L.** (1991). Behavioral assessment and treatment of depression in older adults. In P. 342, 1032-1036.A. Wisocki (Ed.), *Handbook of clinical behavior therapy with the elderly client* (pp. 225-244). New York: Plenum.
- Terry, D. J.** (1991) Stress, coping, and adaptation to new parenthood. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 527-547.
- Tetens, J. N.** (1977). *Philosophische Versuche über die menschliche Natur und ihre Entwicklung*. Leipzig: Weidmanns Erben und Reich.
- Thayer, J. F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E. y Johnsen, B. H.** (2003). Gender Differences in the Relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 349-364.
- Thomas, S. F., y Marks, D. F.** (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4, 231-237.
- Thompson, L. W.** (1986). Measurement of depression: Implications for assessment of cognitive function in the elderly. En L. W. Poon (Ed.), *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Thompson, L. W., Gallagher, D., y Breckenridge, J. S.** (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 385-390.
- Thompson, L. W., y Gallagher, D. E.** (1985). Treatment of depression in elderly outpatients. In G. Maletta (Ed.), *Advances in neurogerontology, Vol. 5: Treatment of the elderly neuropsychiatric patient*. New York: Praeger.
- Thorndike, R.K.** (1920). Intelligence and Its Uses. *Harper's Magazine*. 140, 227-235.
- Thorpe, L., Withney, D.K., Kutcher, S.P. et al** (2001). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders: VI, special populations. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46:6 3S-73S.
- Tinsley, H.E.** (1984). The psychological benefits of leisure counseling. *Society and Leisure*, 7, 125-140.
- Tobaruela, J. L.** (2006). El envejecimiento desde la perspectiva biológica. En L. Agüera, Cervilla, J., y Martín, M. (Eds.), *Psiquiatría Geriátrica* (2ª ed.) (pp. 3-24). Barcelona: Masson.
- Trapnell, P. D., y Campbell, J. D.** (1999). Private self-consciousness and the Five-Factor Model of Personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Triadó, C.** (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid: IMSERSO, Estudios I+D+I, nº 19. [Fecha de publicación: 13/06/2005].
- Triadó, C.** (2006). Cambios físicos en el envejecimiento. En C. Triadó, y Villar, F. (Cords.), *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Triadó, C., y Villar, F.** (2006). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos. En C. Triadó, y Villar, F. (Cords.), *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial.
- Trianes, M. V., Cardelle-Elawar, M., Blanca, M. J., y Muñoz, A. M.** (2003). Contexto social, género y competencia social autoevaluada en alumnos andaluces de 11-12 años. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 1 (2), 37-56.
- Troen, B. R.** (2003). The biology of aging. *The Mount Sinai journal of medicine*, 70, 3-22.
- Troll, L. E., y Skaff, M. M.** (1997). Perceived continuity of self in very old age. *Psychology and Aging*, 12, 162-169.
- Turk, C., y Turk, S.** (2005). Viewing injustice. Greater emotion heterogeneity with age. *Psychology and Aging*, 20, 159-164.
- Turpin, G., y Lader, M.** (1986). Life events and mental disorder: biological theories of their mode action. En H. Katschnig, (Dir.), *Life events and psychiatric disorders: Controversial issues*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Uchino, B. N., Holt-Lunstad, J., Bloor, L. E, y Campo, R. A.** (2005). Aging and cardiovascular reactivity to stress: Longitudinal evidence for changes in stress reactivity. *Psychology and Aging*, 20, 134-143.
- Unger, R. K.** (1979). *Female and male*. New York: Harper an Row.
- United Nations** (2002). *Second International Plan of Action on Aging*. Nueva York: United Nations.
- United States of America** (2006). *Bureau of the Census, International data base*. Washington DC: USA Pub.
- Urquijo, S., Monchiotti, A., y Krzemien, D.** (2008). Adaptación a la crisis vital del envejecimiento: Rol de los estilos de personalidad y de la apreciación cognitiva en adultas mayores. *Anales de psicología*, 24 (2), 299-311.
- Vadeboncoeur, J., y Bégin, H.** (2005), Analyse critique de l'efficacité des programmes de promotion des habiletés sociales s'adressant aux enfants e 5 à 12 ans. *Revue québécoise de psychologie*, 26, 145-163.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Vaillant, G. E. (2002). Adaptive mental mechanisms: Their role in positive psychology. *American Psychologist*, 55, 89-98.
- Vaillant, G. E., y Vaillant, C. O. (1990). Natural history of male psychology health, XII: A 45- year study of predictors of successful aging at age 65. *American Journal of Psychiatry*, 147(1), 31-37.
- Valenzuela, M. J., y Sachdev, P. (2006). Brain reserve and cognitive decline: a non-parametric systematic review. *Psychological Medicine*, 36, 1065-1073.
- Vallejo, J. (1993). Sueño y depresión. *Publicaciones de la III Reunión de la Sociedad Gallega de Psiquiatría*. Publicaciones de la diputación Provincial, Lugo.
- Vallejo, J. (2006). Trastornos depresivos. En J. Vallejo (Dir), *Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría* (6ª ed.) (pp. 485-512). Barcelona: Masson-Elsevier.
- Van Praag, H. M., Uleman, A. M., y Spitz, J. C. (1965). The vital syndrome interview: A structured standard interview for the recognition and registration of the vital depressive symptom complex. *Psychiatry, Neurology and Neurosurgery*, 68, 329-346.
- Vázquez, C. (1986). Escalas evaluadoras de la depresión: Limitaciones conceptuales y metodológicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 41, 101-103.
- Vázquez, C. (1990). Fundamentos teóricos del diagnóstico y la clasificación. En F. Fuentenebro y C. Vázquez (Comps.), *Psicología médica, Psicopatología y psiquiatría*. Madrid: MacGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1991). El objeto de la psicopatología: ¿Signos, síntomas o conductas?. En J. Buendía (Comp.), *Psicología clínica y salud: Desarrollos actuales*. Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de los trastornos depresivos y bipolares. En A. Roa (Ed.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. (2000). Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena, G. Berrios y P. Fernández de Larrinoa. (Eds), *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-446). Barcelona: Masson.
- Vázquez, C., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2003). Longevidad y emociones positivas. En L. Salvador-Carulla, A. Cano, y J. R. Cabo-Soler (Eds.), *Longevidad* (pp. 753-761). Madrid: Panamericana.
- Vázquez, C., Jiménez, F., Saura, F. Y Avia, M.D. (2001). The importance of "importance": A longitudinal-stress model of depression
- Vázquez, C., Nieto, M., Hernangómez, L., y Hervás, G. (2005). Tratamiento psicológico en un caso de depresión mayor. En J. P. Espada, J. Olivares, J. y F. X. Méndez (Eds.), *Terapia psicológica: Casos prácticos* (pp. 201-231).
- Vázquez, C., y Lozoya, G. (1994). Evaluación y diagnóstico diferencial de los trastornos depresivos en personas de edad. En J. Buendía (Comp.), *Envejecimiento y psicología de la salud* (pp. 247-279). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch, y E. Ibáñez (Comps.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2. (pp. 785-875). Valencia: Promolibro.
- Vega, J. L. (1990). *Psicología de la vejez*. Salamanca: Gráficas Varona.
- Vega, J. L., y Bueno, B. (1996). *Desarrollo adulto y envejecimiento. Psicología Evolutiva y de la Educación*. Madrid: Síntesis.
- Vega, J.L., y Bueno, B. (2000). *Desarrollo Adulto y envejecimiento*. Madrid: Síntesis.
- Vendette, K., y Marcotte, D. (2000). Le rôle modérateur du soutien social sur la relation entre les stratégies d'adaptation et la dépression à l'adolescence. *Science et Comportement*, 28 (2), 129-144.
- Vergara, A. I., Alonso, N., San Juan, C., Aldás, J., y Vozmediano, L. (2011). Inteligencia emocional percibida y bienestar subjetivo: Un modelo de ecuaciones estructurales para una mejor comprensión. *Book of Abstracts. III International Congress on Emotional Intelligence*, 198. Extraído el 22 de Noviembre, 2011, de <http://www.icei2011.org/>
- Vidal, D., (1999). Factores de riesgo suicida en el anciano. *ALCMEÓN, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 8 (2), 103-112.
- Videbech, P. (2000). PET measurements of brain glucose metabolism and blood flow in major depressive disorder: a critical review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 11-20.
- Villar, F. (1997). Estrategias para afrontar el envejecimiento y diferencias asociadas a la edad: una aproximación a través del análisis de contenido. *Anuario de Psicología*, 73, 57-69.
- Villar, F., (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo, y M. Sánchez, *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas* (pp. 147-181). Madrid: Pearson Educación.
- Villar, F., Triadó, C., Solé, C., Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multiple Gerontología*; 13(3), 152-162.
- Villar, F., y Triadó, C. (2006). Personalidad y adaptación. En C. Triadó, y Villar, F. (Cords.), *Psicología de la vejez* (pp. 193-229). Madrid: Alianza Editorial.

- Vitaliano, P. P., Russo, J., Paulsen, V. M., y Bailey, S. L.** (1995). Cardiovascular recovery from laboratory stress: biopsychosocial concomitants in older adults. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 361-377.
- Vollhardt, B.R., Bergener, M., y Hesse, C.** (1992). Psychotropics in the elderly. In M. Bergener, K. Hasegawa, S. I. Finkel, y T. Nishimura (Eds.), *Aging and mental disorders: International perspectives* (pp. 194-211). New York: Springer Publishing Co.
- Voyce, J.** (1997). An investigation of the relationships among attributional style, hardiness, gender, and depression as predictors of coping with real life events by chemical dependent inpatients. *Dissertation Abstracts International. Section A*, 57, 3407.
- Walker, A.** (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-12.
- Warheit, G. J., Holzer, C. E., y Schwab, J.** (1973). An Analysis of Social Class and Radical Differences in Depressive Symptomatology: A Community Study. *Journal of Health and Social Behavior*, 14, 291-299.
- Warr, P., Butcher, y V., Roberts, I.** (2004). Activity and Psychological well-being in older people. *Aging and Mental Health*, 8, 172-183.
- Watts, F. N.** (1992). Applications of current cognitive theories of the emotions to the conceptualization of emotional disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 153-167.
- Waxman, H. M., McCreary, G., Weinrit, R., y Carner, E.** (1985). A Comparison of Somatic Complaints among Depressed and Non-depressed Older Persons. *The Gerontologist*, 25, 501-507.
- Weingartner, H.** (1986). Automatic and effort-demanding cognitive processes in depression. En L. W. Poon (Ed.), *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Weiss, I. K., Nagel, C. L., y Aronson, M. K.** (1986). Applicability of Depression Scales to the Old Person. *JAGS*, 34, 215-218.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Bruce, M. L., y Florio, L.** (1988). The Epidemiology of Dysthymia in Five Communities: Rates Risks, Comorbidity, and Treatment. *American Journal of Psychiatry*, 145, 815-819.
- Weissman, M. M., y Myers, J. K.** (1978). Affective Disorders in a United States Community: the Use of RDC in an Epidemiological Survey. *Archives of General Psychiatry*, 35, 104-131.
- Wells, C. E.** (1979). Pseudodementia. NY: *American Journal of Psychiatry*, 136, 895-900.
- Whybrow, P., y Parlatore, A.** (1973). Melancholia, a model in madness: a discussion of recent psychobiological research into depressive illness. *Psychiatric Medicine*, 4, 351-378.
- Williams, D. R., Takeuchi, D. T., y Adair, R. K.** (1992). Marital status and psychiatric disorders among blacks and whites. *Journal of Health and Social Behavior*, 33, 140-157.
- Williams, R., y Wirth, C.** (1965). *Lives through the years*. Nueva York: Atherton Press.
- Wilson, K., Mottram, P., Sivananthan, A., et al** (2001) *Antidepressant versus placebo for depressed elderly (Cochrane Review)*. Oxford: Cochrane Library.
- Wirth, C.** (1997). La educación para el crecimiento personal o la mejora de sí mismo. *Aplicación de un programa educativo dirigido a personas ancianas*. Barcelona: Publicaciones UB.
- Wisocki, P. A.** (1984). Behavioral Approaches to Gerontology. En M. Gersen, R. M. Eisler, y P. M. Miller (comps.), *Progress in Behavior Modification*, vol. 16 (pp. 121- 157). Nueva York: Academic Press.
- Wrzesniewski, K. y Włodarczyk, D.** (2007). The role of cognitive appraisal in coping with stress after myocardial infraction: Selected theoretical and methodological issues. *Polish Psychological Bulletin* 32, 109-14.
- Yanguas, J. J.** (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Yela, M.** (1991). Personalidad y mundo en la vejez. En Consejería de Emigración y Acción Social (Ed.), *Actas de las Jornadas Anciano y Sociedad* (pp. 113-139). Mérida: Junta de Extremadura.
- Young, P. T.** (1936). *Motivation of behavior*. New York: John Wiley y Sons.
- Young, P. T.** (1943). *Emotion in man and animal: its nature and relation to attitude and motive*. New York: John Wiley y Sons.
- Yu, B. P., Lim, B.O., y Sugano, M.,** (2002). Dietary restriction downregulates free radical and lipid peroxide production: plausible mechanism for elongation of life span. *Journal of Nutritional Science, and Vitaminology*, 48, 257-284.
- Yuste, N.** (2004a). El final de la vida. Contexto social de la muerte. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.151-196). Madrid: Pirámide.
- Yuste, N.** (2004b). En pos de la noción de senectud. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.37-46). Madrid: Pirámide.
- Yuste, N.** (2004c). La problemática social de los cambios poblacionales. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.90-96). Madrid: Pirámide.

La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano

- Yuste, N.** (2004d). Hipótesis psicológicas, biológicas y sociales. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.47-87). Madrid: Pirámide.
- Yuste, N. y Rubio, R.** (2004). Prólogo. En N. Yuste, R. Rubio, y M. Aleixandre, *Introducción a la psicogerontología* (pp.21-22). Madrid: Pirámide.
- Zamora, F.** (1997). El futuro de la población española. En R. Puyol (Ed.), *Dinámica de la población en España* (pp. 357-388). Madrid: Síntesis.
- Zarit, S. H., y Zarit, J. M.** (1984). Depression in Later Life : Theory and Assessment. En J. P. Abrahams y V. J. Crooks (Comps.), *Geriatric Mental Health*. Orlando: Grune and Stratton.
- Zarragotia, I.** (2003). La depresión en la tercera edad. *Geriatranet.com* (<http://www.geriatranet.com>)
- Zhang, J., Ho, S., y Woo, J.** (2005). Assessing mental health and its association with income and resource utilization in the old-old Chinese in Hong Kong. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 236-243.
- Zilboorg, G., y Henry, G. W.** (1941). *A history of medical psychology*. New York: Norton.
- Zunzunegui et al.** (2004). Social Networks and Self-reported Health in Two French-speaking Canadian Community-Dwelling Populations over 65. *Social Science and Medicine*, 58, 2069-2081.
- Zunzunegui, M. V., Béland, F., y Gutiérrez-Cuadra, P.** (2001). Losses to Follow up in a Longitudinal Study of a Community Dwelling Elderly Population. *Journal of Clinical Epidemiology*, 54, 501.
- Zunzunegui, M. V., Béland, F., y Llácer, A.** (1998). Gender Differences in Depressive Symptomatology Among Spanish Elderly. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 195-205.
- Zunzunegui, M. V., Beland, F., y Otero, A.** (2001). Support from children, living arrangements, self-rated health and depressive symptoms of older people in Spain. *International Journal of Epidemiology*, 30, 1090-1099.
- Zunzunegui, M., Béland, F., y Otero, A.** (2005). Social Ties and Disability: Cross Cultural Comparisons in European Elderly Populations. *European Journal of Aging*, 2, 40-47.