

INFORMES PORTAL MAYORES

Número 84

Lecciones de Gerontología

Coordinadores: Ignacio Montorio Cerrato, Gema Pérez Rojo

XVI. Emociones y envejecimiento

Autor: Márquez-González, María
Filiación: Universidad Autónoma de Madrid
Contacto: maria.marquez@uam.es
Fecha de creación: 25-03-2008

Para citar este documento:

MÁRQUEZ-GONZÁLEZ, María (2008). "Emociones y envejecimiento". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 84. Lecciones de Gerontología, XVI [Fecha de publicación: 14/05/2008]. <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>>

Una iniciativa del IMSERSO y del CSIC © 2003
ISSN: 1885-6780

Portal Mayores | <http://www.imsersomayores.csic.es>



ÍNDICE

Presentación del capítulo	3
Objetivos	3
1. La relevancia del estudio de las emociones en la vejez	5
2. Emociones como predictoras y mediadoras de salud en la vejez	5
3. Emociones como componentes del envejecimiento saludable y de la experiencia de bienestar en la vejez: diferencias asociadas a la edad.	7
3.1 Bienestar emocional	8
3.2 Experiencia emocional: componentes neurofisiológico, subjetivo y expresivo	9
3.3 Interacción entre emoción y cognición	11
3.4 Regulación emocional	12
4. De la investigación a la intervención sobre las emociones: el modelo ACERCAR como marco-guía para la actuación	13
Lecturas recomendadas	16
Referencias bibliográficas	16

Presentación del capítulo

Aunque el estudio científico de las emociones en gerontología es relativamente joven, las experiencias emocionales, su expresión y regulación, son consideradas actualmente como aspectos del funcionamiento humano cuyo análisis resulta fundamental de cara a comprender la conducta humana a lo largo del ciclo vital y, específicamente, en la vejez. Por otro lado, la práctica clínica y asistencial con las personas mayores de nuestro entorno revela la necesidad de incluir la reflexión sobre el funcionamiento emocional de forma más explícita en el diseño y administración de los servicios de atención al colectivo de las personas mayores.

En este trabajo se hace un recorrido por la investigación realizada hasta la fecha en el ámbito de estudio de las emociones en las personas mayores. Partiendo de una reflexión sobre la relevancia del estudio de las emociones en la vejez, se presentan los principales hallazgos empíricos de los estudios sobre emociones y envejecimiento realizados desde dos perspectivas: 1. Emociones como predictoras y mediadoras de salud en la vejez; y 2. Emociones como componentes del envejecimiento saludable y la experiencia de bienestar en la vejez: diferencias asociadas a la edad. Finalmente, se ofrecen pistas a los profesionales sobre vías de actuación para optimizar la experiencia y regulación emocional en la vejez.

Objetivos

Dada la relativa juventud de esta área de estudio, este documento pretende ofrecer a los lectores una síntesis de la investigación más importante realizada hasta la fecha en torno a la naturaleza de la experiencia y regulación emocional en la vejez. A partir de esta revisión, se procede a la deducción de áreas de necesidad o posibles objetivos de la intervención social y sanitaria, sugiriendo una serie de líneas de acción interesantes que pueden desarrollarse de cara a optimizar el funcionamiento afectivo en este colectivo.

1. La relevancia del estudio de las emociones en la vejez

La inclusión del análisis de la experiencia emocional en la vida adulta en general y, en particular, en la vejez, como área de investigación abordable a través del método científico ha sido tan reciente que actualmente se conoce muy poco sobre las diferencias asociadas a la edad en el funcionamiento emocional. Durante la mayor parte del siglo XX, esas experiencias que llamamos sentimientos y emociones han sido infravaloradas por los estudiosos del comportamiento humano, que las consideraban como simples productos del pensamiento y obstáculos que interferían en el procesamiento, racional y, supuestamente, frío y libre de afectos, de la información, rasgo considerado como el distintivo del ser humano durante la segunda mitad del siglo (Eich y Schooler, 2000). Como resultado, el cuerpo actual de evidencia empírica disponible revela una gran asimetría entre el conocimiento psicológico sobre cognición y emoción, la cual se manifiesta de manera especialmente evidente en el campo de la gerontología, ámbito en el que las emociones han sido tratadas como un dominio de estudio completamente separado del de los constructos relevantes para entender el envejecimiento. Así, una

búsqueda en la principal base de datos de investigaciones psicológicas (PsycINFO) de los estudios realizados en gerontología en los últimos 20 años, revela que el número de trabajos en los que se han analizado procesos cognitivos (atención, percepción, memoria, lenguaje, solución de problemas, razonamiento abstracto o inteligencia) representa más del doble que el de aquéllos interesados en el funcionamiento emocional (6.356 frente a 2.478). Afortunadamente, desde los años 90, la comunidad científica asume que las emociones son herramientas fundamentales de adaptación: proporcionan el requisito básico para el aprendizaje (la evaluación del significado de los estímulos) y activan cambios conductuales, fisiológicos y hormonales que se asocian con estilos cognitivos y conductuales idóneos para el afrontamiento de situaciones concretas (p.ej., el miedo prepara el organismo para la lucha o la huida) (Cosmides y Tooby, 2000).

De este modo, en el ámbito de la gerontología, al menos en el plano teórico y de la investigación, por fin se acepta que la experiencia y regulación de las emociones son aspectos básicos del funcionamiento humano que deben ser tenidas en cuenta necesariamente a la hora de entender y potenciar el bienestar y la calidad de vida de las personas que se enfrentan al proceso de cambios que constituye el envejecimiento. Así, de cara a adaptarse de forma adecuada al envejecimiento, las personas necesitan disponer no sólo de los recursos biológicos adecuados y de procesos cognitivos que funcionen de forma eficaz, sino también de la intervención efectiva de estructuras y procesos emocionales y motivacionales que favorezcan dicha adaptación.

Así pues, el estudio de las emociones en el envejecimiento tiene una enorme relevancia. Además de su íntima relación con la salud física y mental de las personas mayores, que es analizada más adelante, la emoción se encuentra en 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 (para una revisión, ver Eich y Schooler, 2000). Puesto que el envejecimiento se ha encontrado asociado a un declive en procesos de control cognitivo o funciones ejecutivas (atención selectiva, memoria operativa y control inhibitorio) implementados a nivel neural en el lóbulo prefrontal (McDowd, Oseas-Kreger y Filion, 1995), el análisis de las interrelaciones entre cognición y emoción en la vejez puede ofrecernos pistas de enorme valor para optimizar nuestra comprensión de la última etapa del ciclo vital y guiar la intervención con este colectivo. En este sentido, un área de gran potencial es la psicología positiva, ámbito en el que se está acumulando evidencia cada vez más sólida de que los estados de ánimo positivos llevan a la gente 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 o “enganche” en el desarrollo personal y logro de metas significativas, entre otros beneficios (Fredrickson, 2001; Lyubomirsky, King y Diener, 2005).

Por otro lado, las emociones proporcionan las bases para la interacción entre las personas. Las personas mayores que experimentan con mayor frecuencia emociones positivas realizan más actividades sociales, las cuales alimentan a su vez tales emociones en un ciclo de retroalimentación positivo (Okun, Stock, Haring y Witter, 1984). Las personas con tendencia a experimentar emociones positivas con frecuencia perciben y evalúan más positivamente el comportamiento de otras

personas, realizan atribuciones más indulgentes y se comportan de un modo más confiado, optimista y generoso en situaciones sociales (Forgas, 2002). Sentirse bien, por tanto, ayuda a pensar mejor y nos hace estar más dispuestos a interactuar con otras personas, elementos que forman parte fundamental del envejecimiento saludable.

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.

El estudio de las emociones en el envejecimiento puede ser enfocado de diferentes formas. Los dos principales enfoques en el estudio de las emociones, las analizan, respectivamente, como:

- a) Variables predictoras y mediadoras de la salud y la calidad de vida relacionada con la salud de las personas mayores;
- b) Variables de resultado o componentes de la experiencia de bienestar de las personas mayores, con características diferenciales con respecto a la experiencia emocional en otras edades;

A continuación, se abordan ambas perspectivas. Puesto que se asume que considerar las emociones aisladamente, como algo separado de los procesos cognitivos, no es válido, ya que emoción y cognición se encuentran en interacción constante, la separación de ambos procesos en este trabajo se realiza con objetivos heurísticos, esto es, de cara a facilitar el análisis y la discusión.

2. Emociones como predictoras y mediadoras de salud en la vejez

Desde este enfoque, interesa el papel de las emociones positivas y negativas, así como de su control y regulación, como variables que permiten predecir el envejecimiento saludable o como factores mediadores entre eventos estresantes y la obtención de resultados de salud. En este sentido, la investigación está clarificando de forma progresiva las implicaciones que tienen para la salud física de las personas de cualquier edad disposiciones emocionales como la frecuencia con que se suelen experimentar determinados estados emocionales positivos y negativos, el patrón de experiencia subjetiva y expresión emocional (p.ej., estilo represor de afrontamiento, alexitimia, supresión emocional, etc.) o las competencias emocionales (p.ej., atención a la emoción, claridad emocional, regulación emocional) en virtud, fundamentalmente, de su influencia primaria sobre los sistemas inmune, neuroendocrino (afectando a la producción de citoquinas proinflamatorias) y cardiovascular (favoreciendo la hiperreactividad del sistema ante estímulos estresantes), así como, indirectamente, por su asociación con hábitos de salud y adherencia terapéutica, están siendo progresivamente clarificadas por la investigación (Cano-Vindel y Miguel-Tobal, 2001; Fredrickson y Levenson, 1998; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002).

Por otro lado, los efectos de la activación fisiológica asociada a las emociones son más o menos disfuncionales en función de la capacidad del sistema somático para

manejar dicha activación (p.ej., Consedine y Magai, 2001). Así, aunque los estudios que analizan los efectos de las emociones sobre la salud específicamente en la población mayor son todavía escasos, existen indicios de que las relaciones entre la activación fisiológica asociada a las emociones y los resultados de salud encontradas en la población general podrían ser más estrechas a medida que las personas envejecemos. Con el envejecimiento, disminuye la eficiencia general del sistema inmune, así como la cantidad de recursos somáticos disponibles para tolerar niveles especialmente elevados de activación fisiológica y recuperar la homeostasis fisiológica cuando ésta se ha visto interferida por estados emocionales intensos (Timiras, 1994). Estos cambios hacen probable que la activación emocional se prolongue durante más tiempo, teniendo esta prolongación consecuencias especialmente disfuncionales para este grupo de edad.

Hallazgos empíricos relacionados con una mayor disrupción del sistema inmunológico y una mayor reactividad cardiovascular de las personas mayores, frente a las jóvenes, a consecuencia del estrés agudo y crónico (p.ej., en cuidadores de personas enfermas) avalan la hipótesis de que la activación emocional negativa elevada presenta sus efectos más perjudiciales en personas mayores (Kiecolt-Glaser y Glaser, 2001; Uchino, Holt-Lunstad, Bloor y Campo, 2005). Asimismo, diversos trabajos encuentran efectos adversos de la depresión sobre la salud de las personas mayores, tanto directos (p.ej., mayor riesgo de osteoporosis, cáncer y trastornos cardiovasculares) como indirectos (p.ej., peor adherencia terapéutica, dificultades en la rehabilitación y reducción del nivel de recuperación tras problemas agudos de salud y operaciones quirúrgicas, aumento de la fragilidad y la dependencia funcional por la inactividad asociada) (para una revisión, ver Blazer, 2003). Si bien el inicio de enfermedades limitantes de la capacidad funcional (p.ej., fractura de cadera) se asocia al inicio de cuadros depresivos en la vejez, la sintomatología depresiva se asocia a una amplificación de tales limitaciones funcionales, a un peor autocuidado y una mayor morbilidad y mortalidad relacionada con la enfermedad crónica (Blazer, 2003). Situaciones facilitadoras de emociones negativas, tales como la soledad, se asocian con peores hábitos de salud y factores de riesgo cardiovascular (mayor presión sistólica) en personas mayores de 50 años (Hawkey, Masi, Barry y Cacioppo, 2006). La conclusión principal que se desprende de los estudios revisados es que el envejecimiento parece interactuar con las emociones negativas como la depresión o el estrés para incrementar el riesgo de morbilidad y mortalidad en las personas mayores.

En la vertiente positiva, también comienza a acumularse evidencia de los efectos saludables de las emociones positivas sobre el funcionamiento cardiovascular e inmune, así como de su asociación positiva con la longevidad (p.ej., Danner, Snowdon y Friesen, 2001). La frecuencia con que las personas mayores experimentan emociones positivas ha demostrado ser un importante factor protector frente a los accidentes cerebrovasculares (Ostir, Markides, Peek y Godwin, 2001) y la fragilidad física (Ostir, Ottenbacher y Markides, 2004). Asimismo, el nivel de afecto positivo previo a la ocurrencia de eventos médicos agudos (p.ej., infartos de miocardio, fractura de cadera o accidentes cerebrovasculares) es un buen predictor de la recuperación del nivel funcional tras dichos eventos (Ostir y otros, 2002).

Además de las emociones positivas, actitudes positivas hacia el propio envejecimiento se asocian positivamente a la longevidad (Levy, Lee, Bagley, y

Lippman, 1988) y mantener un sentido de coherencia elevado se asocia con un mejor funcionamiento del sistema inmune (Lutgendorf, Vitaliano, Tripp-Reimer, Harvey y Lubaroff, 1999). Disponer de una adecuada red social también ha demostrado claramente su asociación con la salud cardiovascular en personas mayores (reducción de la reactividad cardiovascular y más rápida recuperación tras experiencias emocionales negativas (Ong y Allaire, 2005). La presencia de niveles elevados de participación social y de objetivos significativos en la vida se ha encontrado asociada con un mejor funcionamiento del sistema neuroendocrino, de la función inmune, del sistema cardiovascular, músculo-esquelético y con la calidad del sueño en mujeres mayores de 60 años (Ryff y Singer, 2003). Aunque los mecanismos que explican la asociación entre emociones positivas y salud todavía no han sido suficientemente clarificados, se ha sugerido que las emociones positivas “reparan” o evitan los efectos perjudiciales de la activación fisiológica, interrumpiendo o atenuando la cadena de reacciones neuroendocrinas y cardiovasculares perjudiciales asociada a éstas (Fredrickson y Levenson, 2001).

Además de la influencia sobre la salud física, las emociones también afectan a la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud. Así, existen datos que indican, por un lado, que las personas con mayor tendencia a experimentar emociones negativas perciben tener una peor calidad de vida relacionada con su salud, independientemente de sus condiciones de salud objetiva (Kressin, Spiro y Skinner, 2000), y, por otro lado, que las personas con niveles elevados de afecto positivo podrían tender a infravalorar y, por tanto, informar “a la baja” de sus síntomas de enfermedad (Cohen, Doyle, Turner, Alper, y Skoner, 2003).

3. Emociones como componentes del envejecimiento saludable y de la experiencia de bienestar en la vejez: diferencias asociadas a la edad.

Desde este enfoque, las emociones son consideradas como indicadores fundamentales de la calidad de vida de las personas mayores, esto es, como componentes principales de la experiencia del envejecimiento saludable. A pesar de que es obvio que las trayectorias evolutivas del funcionamiento emocional (cambio o estabilidad) a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital son múltiples y varían en función de las circunstancias y características de cada persona y su contexto, los investigadores se han interesado, entre otras cuestiones, por la existencia de diferencias asociadas a la edad en distintas facetas de la experiencia emocional en la edad adulta, tales como el bienestar emocional, la experiencia de la emoción (a nivel neurofisiológico, subjetivo y expresivo), la regulación emocional o la naturaleza de las relaciones entre procesos cognitivos y emocionales. Aunque la evidencia disponible es aún escasa y la ambigüedad e inconsistencia de resultados abundan todavía en esta área de estudio, dada la juventud del área de investigación, una revisión de la literatura permite apreciar ciertas diferencias entre jóvenes y mayores en cuanto a diversos aspectos de su experiencia emocional (Márquez, Izal, Montorio y Pérez-Rojo, 2004). A continuación, se presenta la evidencia empírica disponible hasta la fecha sobre las principales diferencias asociadas a la edad en la experiencia emocional y sus diversas facetas.

3.1. Bienestar emocional

Diversos estudios transversales y longitudinales han intentado esclarecer el fenómeno de la “paradoja del bienestar en la vejez”, referido a la presencia en estas personas de índices de bienestar bastante elevados a pesar de las dificultades, problemas o factores de riesgo habitualmente presentes en su contexto vital y que harían hipotetizar una mayor infelicidad en esta etapa vital (Mroczek y Kolarz, 1998; Zamarrón, 2006). En general los estudios revelan que el equilibrio entre las emociones positivas y negativas (balance afectivo) no sufre cambios significativos con la edad, así como tampoco lo hace la satisfacción con la vida. Si bien la frecuencia de emociones tanto negativas como positivas disminuye ligeramente a lo largo del ciclo vital, este declive es especialmente significativo en relación a las emociones de elevada activación (p.ej., energía, desesperación), lo que sugiere que las personas mayores experimentan con menos frecuencia emociones con un fuerte componente de activación fisiológica (Charles, Reynolds y Gatz, 2001; Lawton, Kleban, Rajagopal y Dean, 1992; Pinquart, 2001). Aunque el extenso metanálisis de Pinquart (2001) identifica un ligero incremento en la frecuencia de emociones negativas en la vejez avanzada, éste se atenúa o desaparece cuando se controlan los problemas de salud y funcionales presentes habitualmente en esta etapa tardía de la vejez (Kunzmann y Grün, 2005). En nuestro país, un reciente estudio transversal no identifica diferencias entre personas jóvenes y mayores en la frecuencia de emociones positivas y negativas y sí se encuentran, sin embargo, niveles inferiores de satisfacción vital en las personas mayores (Márquez-González, Izal, Montorio y Losada, en prensa).

En contraste con el optimismo predominante en la investigación gerontológica, la epidemiología psiquiátrica presenta el trastorno depresivo como el trastorno mental más relevante en la vejez, especialmente en población institucionalizada (Lobo, Ventura y Marco, 1990). Aunque resulta arriesgado hablar de epidemiología, debido a la variabilidad en la metodología y los datos ofrecidos por los distintos estudios, las tasas de prevalencia del cuadro depresivo en población mayor comunitaria oscilan entre el 8,9% y el 15%, alcanzando cifras tales como el 27% cuando se consideran los cuadros de sintomatología depresiva subclínica (p.ej., Koenig y Blazer, 1992). Si bien se ha tendido a señalar que las tasas de prevalencia de depresión son inferiores en la población mayor que en los jóvenes (Koenig y Blazer, 1992), datos más recientes ofrecidos por el INE (2005) en nuestro país revelan el patrón inverso. En este sentido, resulta ineludible el hecho de que gran cantidad de personas mayores en nuestro país, fundamentalmente mujeres, con diagnóstico de depresión clínica o subclínica o trastorno mixto de ansiedad-depresión permanecen durante años recibiendo exclusivamente tratamiento farmacológico, manifestando síntomas claros de malestar emocional que no responden adecuadamente a dicho tratamiento y sin recibir la atención psicológica adecuada. Esta situación es realmente alarmante y merece ser analizada y abordada de forma conveniente.

Menos estudiadas han sido las diferencias asociadas a la edad en el bienestar psicológico entendido en su sentido *eudaimónico*, esto es, como el resultado de estar implicado en un proceso de autorrealización y consecución de los valores personales que nos aportan significado y propósito en la vida (Ryan y Deci, 2001). En este sentido, algunos estudios han identificado que la generatividad o motivación por mostrar cuidados, atención y dedicación a las generaciones más jóvenes

presenta una importancia fundamental para el bienestar psicológico de las personas mayores (An y Cooney, 2006). Por su parte, Ryff (1989) encontró que las personas mayores mostraban niveles similares a las jóvenes y de mediana edad en autoaceptación, relaciones positivas con otras personas y control sobre su entorno, si bien su nivel de crecimiento personal y propósito en la vida era significativamente menor. Se ha señalado que el declive en estos componentes del bienestar podría ser un reflejo de un proceso de adaptación a la etapa de la vejez, en la que la limitación del horizonte temporal hace que la proyección hacia el futuro no sea tan adaptativa como la focalización en el presente y el disfrute de lo conseguido hasta el momento (Carstensen, 1995; Ryff, 1989; Villar, Triadó, Resano y Osuna, 2003).

3.2. Experiencia emocional: componentes neurofisiológico, subjetivo y expresivo

Las regiones cerebrales más implicadas en la experiencia emocional, a saber, el córtex prefrontal y el sistema límbico, exhiben distintas trayectorias evolutivas: mientras que el primero parece relativamente preservado de los efectos del envejecimiento en gran parte de sus áreas (amígdala y córtex entorrinal), el segundo experimenta un marcado declive (p.ej., reducción de la densidad sináptica y la arborización dendrítica) (para una revisión, ver Raz, 2000). En cuanto a los patrones psicofisiológicos, bastantes estudios han identificado una menor reactividad del sistema nervioso autónomo (cardiovascular y electrodérmica) ante estímulos emocionales en las personas mayores (para una revisión, ver Cacioppo, Berntson, Klein, y Poehlmann, 1997), lo que haría que las emociones en la vejez sean menos intensas a nivel psicofisiológico. Sin embargo, cuando se emplean estímulos emocionales relevantes para las personas mayores, no se encuentran tales diferencias asociadas a la edad (Kunzman y Grünh, 2005) e incluso otros estudios que analizan la reactividad cardiovascular en situaciones de estrés interpersonal han encontrado que ésta es mayor en las personas mayores que en las jóvenes (Uchino y otros, 2005). En este sentido, la respuesta de activación del eje hipotálamo-hipofisario ante estresores, con la consiguiente liberación de cortisol, parece ser más prolongada en las personas mayores, de modo que éstas tardan más en recuperar los niveles hormonales previos a la experiencia de estrés, estando así expuestas al exceso de cortisol durante más tiempo, con el riesgo que esto supone para la salud física (p.ej., inmune y cardiovascular) y mental (Otte y otros, 2005).

En cuanto a la experiencia emocional a nivel subjetivo, diversos estudios basados en la metodología del autoinforme retrospectivo encuentran, en la línea del metanálisis de Pinquart (2001), que las emociones de las personas mayores son menos intensas a nivel subjetivo, experimentando estas personas con menos frecuencia que las jóvenes estados emocionales con un fuerte componente de activación fisiológica (p.ej., “estar apasionado”, “fascinado”, “radiante de felicidad” “desesperado”) y siendo más característicos de esta etapa estados emocionales de intensidad más “moderada” (p.ej., “sentir cariño” “estar interesado”, “satisfecho”, “disgustado”) (Diener, Sandvik y Larsen, 1985; Gross, Carstensen, Tsai, Göttestam-Skorpen y Hsu, 1997; Lawton, Kleban, Rajagopal, y Dean, 1992). Cuando la intensidad emocional se evalúa en el momento de estar experimentando las emociones, sin embargo, las diferencias entre personas jóvenes y mayores desaparecen (p.ej., Levenson, Carstensen, Friesen y Ekman, 1991) o incluso la intensidad es mayor en los mayores (Kunzmann y Grünh, 2005). Ante esta

inconsistencia, se ha hipotetizado que la relación entre envejecimiento e intensidad emocional podría ser distinta para cada emoción específica y que la intensidad emocional es más compleja y diferenciada en las personas mayores (Kunzmann y Gröhn, 2005; Lawton y otros, 1992). En esta misma línea, algunos estudios norteamericanos sugieren que la experiencia emocional de las personas mayores podría presentar una naturaleza distinta a la de las personas más jóvenes, siendo más compleja, más mixta o “agridulce” (integrando simultáneamente aspectos emocionales positivos y negativos) (Carstensen, Pasupathi, Mayr, y Nesselroade, 2000; Ong y Bergeman, 2004).

En cuanto a la expresión de las emociones, algunos estudios tanto internacionales como nacionales han encontrado que las personas mayores, en comparación con personas jóvenes, inhiben más la expresión (verbal o facial) de sus emociones (Diener y otros, 1985; Márquez-González y otros, en prensa; McConatha y Huba, 1999), si bien existen datos que sugieren una disminución asociada a la edad en esta tendencia (John y Gross, 2004). La inhibición de la expresión de las emociones, también llamada supresión emocional, 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).

La menor tendencia de las personas mayores a expresar sus emociones podría explicarse atendiendo a distintos factores. Por un lado, podríamos aludir al déficit evidente en muchas personas mayores en la capacidad para hacer introspección, discriminar las emociones que están sintiendo y darles nombre, habilidades relacionadas con la metacognición de las emociones. En la práctica profesional con personas mayores, esto puede constatarse con frecuencia en, por ejemplo, el limitado vocabulario que éstas suelen emplear para referirse a sus estados emocionales. Así, es bastante común que las personas mayores, ante la pregunta de “¿Cómo se siente?”, contesten “estoy bien/estoy mal”, sin emplear otros términos para designar matices o variaciones en sus estados emocionales. Y es que la generación actual de personas mayores de nuestra sociedad creció en un entorno sociocultural que no favorecía el aprendizaje de la introspección psicológica o análisis de los propios pensamientos y emociones. Es fácil suponer que el no haber aprendido a analizar o reflexionar sobre sus emociones, a atenderlas y a etiquetarlas puede estar relacionado con una mayor dificultad para expresarlas. Por otro lado, dicho contexto sociocultural presentaba diferentes normas de expresión emocional, relacionadas con valores morales y religiosos particulares, que pueden contribuir a explicar por qué las personas mayores emplean tanto la supresión emocional. Así, hasta hace relativamente poco el “hacer de tripas corazón” y “tragarse” las emociones negativas era considerado en nuestra sociedad como una virtud, más que como algo a cambiar, creencias que interfieren claramente con la expresión de las emociones negativas por su parte. También se ha planteado la posibilidad de que exista una mayor presión social para la inhibición de la expresión de las emociones por parte de las personas mayores (Labouvie-Vief, Hakim-Larson, DeVoe y Schoeberlein, 1989). En relación con esto, las personas mayores han podido aprender que expresar sus emociones, fundamentalmente, las negativas, presenta implicaciones desadaptativas. En este sentido, Márquez-González (2005) encontró que bastantes mujeres justificaron su empleo de la supresión emocional aduciendo razones tales como “si me ven llorando en casa, se hunde la familia” o “si mi marido o mis hijos notan algún indicio de que me estoy hundiendo, mi familia se

derrumbaría”. El papel de la mujer como pilar de la unidad familiar y baluarte de su resistencia, tan potenciado en nuestra cultura, tiene sin duda relación con este fenómeno.

Es necesario señalar que tendencias de respuesta como la deseabilidad social o presentación de una imagen de uno mismo socialmente aceptable, parecen ser mayores en las personas mayores (Ray, 1988; Stöber, 2001). Igualmente, algunos datos sugieren, por un lado, que las personas mayores son menos capaces de percibir y reconocer emociones negativas en sí mismas y en otras personas (Davies, Sieber y Hunt, 1994) y, por otro lado, que podrían estar menos dispuestas a reconocer emociones negativas debido a su interés en presentar una imagen positiva de sí mismas ante los evaluadores (Martin, Leary y Rejeski, 2000). Indudablemente, estos sesgos limitarían en gran medida la fiabilidad del autoinforme emocional de las personas mayores.

A modo de conclusión de lo expuesto en esta sección, puede afirmarse que las peculiaridades de la experiencia emocional de las personas mayores hacen necesario cuestionar abiertamente la validez de la práctica común de aplicar a la población mayor los modelos teóricos, los instrumentos de evaluación de las emociones e incluso los constructos psicológicos sobre la experiencia emocional actualmente disponibles, en su gran mayoría desarrollados con población adulta joven.

3.3. Interacción entre emoción y cognición

A medida que envejecemos, parece aumentar la relevancia del material afectivo o emocional en el procesamiento de la información: las personas mayores recuerdan mejor y en mayor proporción información relativa a emociones (Carstensen y Turk-Charles, 1994). En estudios que incluyen estímulos emocionales como distractores para la tarea, las personas mayores se muestran más vulnerables que las jóvenes a la interferencia de dichos estímulos, como si tendiesen a no inhibir la información afectiva y personal en sus procesos de atención y/o memoria (p.ej., Hashtroudi, Johnson, y Chrosniak, 1990). Algunos estudios han encontrado que esta preferencia por la información emocional parece darse específicamente para la información emocionalmente gratificante o positiva, habiéndose identificado este sesgo de positividad tanto a nivel atencional (Mather y Carstensen, 2005) (p.ej., Stroop emocional, recuerdo de información factual) como de memoria (Charles, Mather y Carstensen, 2003). También en el 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 (p.ej., Bertson y Rubin, 2002). La positividad de las personas mayores parece manifestarse incluso a nivel neuroanatómico: la amígdala de las personas mayores se activa menos ante la visión de 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 y otros, 2004).

Aunque el sesgo de positividad en el procesamiento de la información se ha interpretado como el resultado de la mayor importancia que tiene la regulación emocional para las mayores, que ponen en marcha mecanismos de control cognitivo que potencian la experiencia emocional positiva y reducen la negativa, todavía es

pronto para sacar conclusiones sobre su significado, existiendo estudios que encuentran una relación inversa entre dicho sesgo y el bienestar emocional (Márquez y otros, 2005).

3.4. Regulación emocional

Los estudios sobre diferencias asociadas a la edad en el control emocional percibido en personas mayores, en su mayoría basados en la metodología del autoinforme, son bastante consistentes en indicar que esta capacidad parece mejorar a medida que envejecemos. Las personas mayores perciben tener un mayor control de sus emociones negativas y una mayor estabilidad y madurez emocional que los jóvenes (p.ej., Gross y otros, 1997; Lawton y otros, 1992; Márquez-González y otros, en prensa; McConatha y Huba, 1999). Hay indicios de que los estados emocionales negativos de las personas mayores son menos duraderos y los positivos se mantienen durante más tiempo (Carstensen y otros, 2000).

En cuanto a los mecanismos concretos de *regulación emocional*, diversos estudios han encontrado indicios de que las personas mayores podrían haberse especializado en el empleo de mecanismos regulatorios de tipo preventivo, centrados en la modificación de los *antecedentes* de las emociones, prefiriendo este tipo de estrategias frente a las dirigidas a modificar la propia respuesta emocional una vez que ésta se ha desarrollado (Gross y otros, 1997). Así, las personas mayores seleccionan en mayor medida las situaciones a las que se enfrentan y las relaciones sociales que tienen (Carstensen, 1995) y emplean más frecuentemente la reevaluación cognitiva o “ver las cosas de un modo que les hace sentirse menos mal” (p. ej., aplicando la comparación social positiva: compararse con personas que están en peores circunstancias que ellas) (John y Gross, 2004).

En general, la investigación revisada apoya la hipótesis de la *madurez emocional* asociada al envejecimiento, que postula que las personas mayores presentan una mayor capacidad para regular sus emociones y optimizar su experiencia emocional, evitando las sobrecargas emocionales, debido a la experiencia acumulada a lo largo de su vida (Lawton y otros, 1992). En esta línea se sitúa también la Teoría de la Selectividad Socioemocional (Carstensen, 1995), según la cual con el envejecimiento se produce un cambio motivacional que coloca la optimización de la experiencia emocional y la obtención de significado en el primer lugar de la jerarquía de metas de las personas, convirtiendo a la regulación emocional efectiva, fundamentalmente de tipo “preventivo” (selección de relaciones interpersonales y situaciones a las que se enfrentan), en una característica de la edad avanzada. Sin embargo, se han propuesto otras líneas explicativas para interpretar la evidencia encontrada. Desde una perspectiva psicológica menos optimista, se ha propuesto la hipótesis de que la mayor eficacia en la regulación preventiva y el sesgo de positividad asociados al envejecimiento podrían ser el reflejo de un mecanismo compensatorio por el cual la menor complejidad cognitivo-afectiva asociada al envejecimiento (esquemas emocionales más simples) sería contrarrestada por una mayor pericia para optimizar la experiencia emocional (p.ej., Labouvie-Vief y Márquez, 2004). Por otro lado, desde una posición ambientalista, se defiende que la reducción asociada al envejecimiento en la frecuencia de estresores cotidianos (p.ej., estresores laborales o relacionados con el cuidado de los hijos) contribuye a la reducción en el afecto negativo y el incremento en la percepción de control

emocional (Folkman, Lazarus, Pimley y Novacek, 1987). Por otro lado, se ha planteado la hipótesis *madurativa* para explicar estos datos, según la cual la reducción asociada a la edad en la reactividad fisiológica ante los eventos vitales y estresores, comentada anteriormente, haría que las reacciones emocionales fueran más fáciles de controlar (p.ej, Lawton y otros, 1992).

En cualquier caso, aunque nuestro conocimiento sobre las diferencias asociadas a la edad en la experiencia y regulación emocional es progresivamente mayor, los datos disponibles, además de resultar en muchas ocasiones inconsistentes, en gran parte debido a la variabilidad en la metodología empleada, provienen casi de forma exclusiva de estudios realizados con población estadounidense. Puesto que los factores contextuales, históricos y culturales influyen en gran medida sobre el comportamiento humano en general, sería un error generalizar estos hallazgos a nuestra población.

4. De la investigación a la intervención sobre las emociones: el modelo ACERCAR como marco-guía para la actuación.

La reflexión y análisis sobre las propias emociones es una conquista relativamente reciente de nuestra sociedad, la cual parece encontrarse actualmente en los umbrales de *la era de las emociones*. En un momento en el que la “inteligencia emocional” está presente en muchas de las reflexiones sobre el comportamiento humano y en las intervenciones para moldearlo en todos sus ámbitos (social, sanitario e incluso laboral) e incluso se intenta dotar de emociones a los robots, surge inevitablemente una pregunta: ¿cómo podemos los profesionales aprovechar este conocimiento sobre las emociones de cara a optimizar la vida emocional de las personas mayores? Tras la revisión realizada sobre las emociones en las personas mayores, se constatan varias cosas:

- Por un lado, la vejez puede ser una etapa de crecimiento emocional: la experiencia a lo largo del ciclo vital puede facilitar que las personas vayan desarrollando y perfeccionando su repertorio de habilidades para gestionar de manera eficaz sus emociones. Así, el estudio de la emoción en la vejez abre una ventana al optimismo y lleva a la reflexión sobre la necesidad de continuar potenciando en nuestra sociedad una mirada a las personas mayores desde el respeto y reconocimiento de los frutos positivos de la edad, que complemente a la mirada de corte asistencial y paternalista más habitual (“¿qué necesitan los mayores de nosotros los jóvenes?”). Esta nueva mirada de “aprendices de los mayores” (¿qué puedo aprender de las personas mayores?) contribuirá sin duda a reforzar su capacidad de control y autoeficacia y su papel en nuestra sociedad como agentes de enseñanza de valores y sabiduría, tal y como se recomendaba explícitamente en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (ONU, 2002).

- Por otro lado, tras la revisión realizada, 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. Actualmente, de entre las múltiples actividades ofertadas a las personas mayores en las distintas comunidades de nuestro país, únicamente un porcentaje mínimo está orientado al desarrollo o potenciación de la experiencia y/o las competencias emocionales. En consonancia con otro de los principios de las Naciones Unidas para las personas mayores (2002), el principio de

auto-realización, según el cual las personas mayores tienen derecho a buscar oportunidades para fortalecer sus capacidades, mediante educación, capacitación, etc., es preciso ampliar la oferta de servicios e incluir actuaciones dirigidas a facilitar el desarrollo emocional de este colectivo.

Respecto a cómo actuar para potenciar la experiencia y el funcionamiento emocional en la vejez, 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. A continuación, se propone un modelo que pretende servir como guía para el diseño y desarrollo de actuaciones encaminadas a potenciar la vida emocional de las personas mayores.

Figura 1.

Modelo ACERCAR para la actuación sobre las emociones de las personas mayores



El modelo ACERCAR (ver Figura 1) propone las siguientes líneas de actuación:

1. **Alfabetización emocional:** entrenamiento en habilidades de introspección que incrementen la atención a las propias emociones y su conciencia emocional, aprendiendo a distinguir entre distintas emociones y entre éstas y otras experiencias internas (discriminación emocional), a reconocerlas en uno mismo y en los demás y darles nombre (etiquetado emocional).

2. **La comprensión emocional:** entender qué son las emociones, cómo y por qué surgen y, en relación con esto, cuáles pueden ser sus causas o antecedentes (pensamientos, situaciones, estados fisiológicos, motivaciones, metas, actividades, etc.) y sus consecuencias. También aquí puede trabajarse la facilitación emocional o habilidad para emplear las emociones como elementos facilitadores del pensamiento, que lo complementan y lo informan, facilitando el razonamiento, el juicio y la memoria. Esto parece especialmente relevante en la vejez, ya que, además de permitir potenciar las capacidades cognitivas, ayuda a reducir la influencia negativa que pueden tener en ocasiones las emociones sobre los procesos de razonamiento y toma de decisiones en esta etapa del ciclo vital.

3. **Experimentar y expresar emociones:** el eslogan “úsalo o piérdelo”, válido para la movilidad o para procesos cognitivos como la memoria, también es válido para las emociones. Las personas no sólo nos beneficiamos del ejercicio físico, sino también del emocional. La potenciación de la experiencia de emociones positivas y de la obtención de significado a través de la optimización de las relaciones sociales gratificantes, el ocio y las actividades significativas (p.ej., las relacionadas con metas de generatividad como el voluntariado), es un paso fundamental en este sentido. En cuanto a la expresión, puede intervenir para facilitar que las personas

mayores conozcan los beneficios de la expresión emocional y proporcionar contextos para la expresión de emociones positivas y negativas, así como el entrenamiento en habilidades para la expresión adaptativa de emociones.

4. Regulación emocional y afrontamiento: potenciar la reflexión sobre los propios mecanismos de regulación emocional, conocer los principales mecanismos regulatorios (distracción, selección o modificación de situaciones, rumiación, reevaluación positiva, relajación, etc.), así como sus virtudes y/o limitaciones, y entrenar a las personas mayores en estrategias de regulación adaptativas.

5. Control: la vida emocional se encuentra en íntima relación con la percepción de control o capacidad de influir en la propia vida de la forma deseada. En este sentido, otro gran pilar de actuación será facilitar que las personas mayores realicen un reajuste adaptativo de sus metas y roles significativos, sustituyendo los que ya no son alcanzables (p.ej., rol laboral) o son poco realistas por otros alcanzables, de modo que sigan activos y “enganchados” a la vida, manteniendo objetivos y roles significativos. Obviamente, esto pasa por el fomento de medidas que faciliten más espacio en nuestra sociedad para las personas mayores, de modo que éstas puedan ocupar roles más reconocidos socialmente y vean incrementada su capacidad para influir, participar y actuar con autonomía.

6. Autoestima y autoconcepto: es fundamental trabajar el autoconcepto y la autoestima de las personas mayores, los cuáles se encuentran en íntima relación con las metas, actividades y roles significativos y pueden verse afectados por los cambios biológicos, cognitivos y sociales asociados al envejecimiento.

7. Relaciones interpersonales: al vivir en constante interacción con otras personas, el contexto interpersonal es esencial para potenciar una vida emocional sana. Por ello, facilitar que las personas mayores potencien sus habilidades para la comunicación interpersonal o la interacción social resulta de enorme importancia.

Muchas de las líneas de actuación propuestas podrían cristalizarse en forma de programas de intervención que puedan ofrecerse a las personas mayores desde los órganos comunitarios (p.ej., Soldevila, Ribes, Filella y Agulló 2005). No obstante, para que la consideración explícita de las emociones en el diseño y administración de la política social y sanitaria dirigida a las personas mayores sea un hecho es completamente necesario que exista pleno convencimiento por parte de los administradores de dicha política de la importancia fundamental del funcionamiento afectivo. Esperemos que reflexiones como la realizada en este trabajo contribuyan a este lograr este objetivo.

Conclusiones

El análisis de la trayectoria evolutiva de las emociones revela que, en contraste con lo que ocurre en el plano biológico y cognitivo, el funcionamiento afectivo se encuentra en gran medida preservado de los efectos adversos del envejecimiento, estando caracterizado fundamentalmente por la estabilidad e incluso las ganancias. No obstante, todavía quedan bastantes cuestiones abiertas y es pronto para extraer conclusiones definitivas sobre la experiencia y regulación emocional en las personas mayores, especialmente en nuestro contexto cultural, donde este ámbito de

investigación apenas comienza a desarrollarse. Resulta claramente necesario potenciar la investigación en nuestro país, ya que los resultados de los escasos estudios disponibles hasta la fecha en nuestro contexto apuntan hacia la presencia de importantes diferencias con respecto a la investigación internacional.

A pesar de las ganancias asociadas a la edad en el funcionamiento afectivo, muchas personas mayores podrían beneficiarse en gran medida de intervenciones dirigidas a potenciar su desarrollo y competencias emocionales. En este trabajo se ha destacado la necesidad de ofrecer este tipo de intervenciones, apenas desarrolladas en la actualidad de nuestra sociedad, y se han ofrecido algunas pistas de cómo se puede trabajar para potenciar el desarrollo del área emocional de las personas mayores.

Lecturas recomendadas

Schaie, K.W. y Lawton, M.P. (Eds.) (1997). Annual review of gerontology and geriatrics. Vol. 17: Focus on emotion and adult development. New York, US: Springer.

En este volumen, investigadores de prestigio ofrecen un panorama muy completo sobre las relaciones entre emociones y envejecimiento, abordando temas de gran interés como el contexto social de las emociones o los cambios asociados al envejecimiento en la psicofisiología de la emoción, la comprensión de las emociones, la intensidad emocional, el bienestar subjetivo o la percepción de control.

Charles, S.T. y Carstensen, L.L. (2007). Emotion regulation and aging. En J.J. Gross (Ed.), Handbook of Emotion Regulation. New York: Guilford Press.

En este capítulo se revisa la investigación internacional más reciente sobre regulación emocional y envejecimiento.

Referencias Bibliográficas

An, J.S., y Cooney, T.M. (2006). Psychological well-being in mid to late life: The role of generativity development and parent-child relationships across the lifespan. *International Journal of Behavioral Development*, 30(5), 410-421.

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.

Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 58A(3), pp. 249-265.

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.

Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (2001). Emoción y Salud. Monografía de Ansiedad y Estrés. Murcia: Compobell.

Carstensen, L.L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4, 151-156.

Carstensen, L.L. y Turk-Charles, S. (1994). The salience of emotion across the adult life course. *Psychology and Aging*. 9, 259-264.

- 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
- Cohen, S., Doyle, W.J., Turner, R.B., Alper, C.M. y Skoner, D.P. (2003) Emotional style and susceptibility to the common cold. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 652-7.
- Consedine, N.S. y Magai, C. (2002). The uncharted waters of emotion: ethnicity, trait emotion and emotion expression in older adults. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 17, 71-100.
- 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.
- 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., Reynolds, C.A. y Gatz, M (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80 (1), 136-151.
- Danner, D. D., Snowdon, D. A., 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, R. M., Sieber, K. O., y Hunt, S. L. (1994). Age-cohort differences in treating symptoms of mental illness: A process approach. *Psychology and Aging*, 9(3), 446-453.
- Diener, E., Sandvik, E. y Larsen, RJ (1985). Age and sex effects for emotional intensity. *Developmental Psychology*, 21, 542-546.
- Eich, E. y Schooler, J.W. (2000). Cognition and Emotion Interactions. En E. Eich, J.F.Kihlstrom; G.H.Bower, J.P.Forgas, P.M. Niedenthal (eds.). *Cognition and Emotion* (pp.3-29). Nueva York: Oxford University Press.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional Intelligence as Predictor of Mental, Social, and Physical Health in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 45-51.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Pimley, D., y Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, 2, 171-184.
- Forgas, J.P. (2002) Feeling and doing: Affective influences on interpersonal behavior. *Psychological Inquiry*, 13 (1), 1-28.
- 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. y Levenson, R.G. (1998). Positive emotions speed recovery from cardiovascular sequelae of negative emotions. *Cognition and Emotion*, 12(2), 191-220.
- Gross, J., Carstensen, L.L., Pasupathi, M. Tsai, J. y Göttestam Skorpen, C. y Hsu, A. (1997). Emotion and aging: Experience, expression and control. *Psychology and Aging*, 12, 590-599.
- Hashtroudi, S., Johnson, M.K. y Chrosniak, L.D. (1990). Aging and qualitative characteristics of memories for perceived and imagined complex events. *Psychology and Aging*, 5, 119-126.

- Hawkey, L.C., Masi, C., Berry, J.D., y Cacioppo, J.T. (2006). Loneliness Is a Unique Predictor of Age-Related Differences in Systolic Blood Pressure. *Psychology and Aging*, 21(1), pp. 152-164
- Instituto Nacional de Estadística (2005): Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud. Informe general. Madrid: INE.
- 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.
- Kiecolt-Glaser, J.K. y Glaser, R. (2001). Stress and immunity: age enhances the risks. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 18–21.
- Kiecolt-Glaser, J.K., McGuire, L., Robles, T.F. y Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 53, 83–107.
- Koenig, H. G., y Blazer, D.G. (1992). Mood disorders and suicide. En J. E. Birren, R. B. Sloane, y G. D. Cohen (eds.), *Handbook of mental health and aging* (2nd. Edit., pp. 379-407). San Diego, CA: Academic Press.
- Kressin, N.R., Spiro, A. y Skinner, K.M. (2000). Negative Affectivity and Health-Related Quality of Life. *Medical Care*, 38 (8), 858-867.
- Kunzmann, U., y Grühn, D. (2005). Age differences in emotional reactivity: The sample case of sadness. *Psychology and Aging*, 20, 47-59.
- Labouvie-Vief, G., Hakim-Larson, J., DeVoe, M. y Schoeberlein, S. (1989). Emotions and self-regulation: A life span view. *Human Development*, 32, 279-299.
- 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.
- 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.
- Levenson, R.W., Carstensen, L. L., Friesen, W.V., Ekman, P. (1991) Emotion, physiology and expression in old age. *Psychology y Aging*, 6 (1), 28-35.
- Levy, S. M., Lee, J., Bagley, C., y Lippman, M. (1988). Survival hazard analysis in first recurrent breast cancer patients: Seven-year follow-up. *Psychosomatic Medicine*, 50, 520–528.
- Lobo, A., Ventura, T., y Marco, C. (1990). Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorders and validity of screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, pp. 83-91.
- Lutgendorf, S. K., Vitaliano, P. P., Tripp-Reimer, T., Harvey, J. H., y Lubaroff, D. M. (1999). Sense of coherence moderates the relationship between life stress and natural killer cell activity in health older adults. *Psychology and Aging*, 14, 552–563.
- 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.
- Márquez-González, M. (2005). Diferencias asociadas a la edad en la regulación emocional y el control emocional percibido. Tesis doctoral no publicada.
- Márquez, M., Izal, M., Montorio, I. y Pérez-Rojo, G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de la vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 39 (3), 44-51.

- 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-González, M., Izal, M., Montorio, I. y Losada, A. (en prensa). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema*.
- Martin, K. A., Leary, M. R., y Rejeski, W. J. (2000). Self-presentational concerns in older adults: Implications for health and well-being. *Journal of Applied Social Psychology*, 22, 169-179.
- Mather, M., Canli, T., English, T., Whitfield, S., Wais, P., Ochsner, K., y otros. (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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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, 1333-49.
- Oatley, K. y Glouberman, S. (2002). Emotions and Human Health. *Encyclopedia Of Life Support Systems (EOLSS)*. Oxford, U.K., Eolss Publishers.
- Ong, A. y Allaire, J. C. (2005). Cardiovascular Intraindividual Variability in Later Life: The Influence of Social Connectedness and Positive Emotions. *Psychology and Aging*, 476-485.
- Ong, A. y Bergeman, C. S. (2004). Emotional complexity in later life. *Journal of Gerontology*, 59, 117-122.
- 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.
- Organización de Naciones Unidas (2002). Informe de la II Asamblea Mundial sobre envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002. Madrid: ONU.
- Ostir, G.V., Goodwin, J.S., Markides, K.S., Ottenbacher, K.J. Balfour, J. y Guralnik, J.M. (2002). Differential effects of premorbid physical and emotional health on recovery from acute events. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50 (4), 713-718.

- Ostir, G.V., Markides, K.S., Peek, M.K. y Goodwin, J.S. (2001). The association between emotional well-being and the incidence of stroke in older adults. *Psychosomatic Medicine*, 63(2), 210-215.
- Ostir, G.V., Ottenbacher, K.J., y Markides, K.S. (2004). Onset of Frailty in Older Adults and the Protective Role of Positive Affect. *Psychology y Aging*, 19(3), 402-408.
- Otte, C., Hart, S., Neylan, T.C., Marmar, C.R., Yaffe, K. y Mohr, D.C. (2005). A meta-analysis of cortisol response to challenge in human aging: importance of gender. *Psychoneuroendocrinology*, 30, 80–91.
- 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.
- 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.
- Ray, J.J. (1988). Lie scales and the elderly. *Personality and Individual Differences*, 9, 417–418.
- Ryan, R.M. y Deci, E.L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic wellbeing. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-66.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ryff, C.D., y Singer, B. (2003). The role of emotion on pathways to positive health. En R.J. Davidson, K.R. Scherer y H.H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences*. New York: Oxford University Press.
- Shepperd, J.A., Maroto, J.J. y Pbert, L.A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.
- Soldevila, A., Ribes, R., Filella, G. y Agulló, M.J. (2002). Objetivos y contenidos de un programa de educación emocional para personas mayores. *Emociona't. Revista Iberoamericana de Educación*, 37 (5), 1-12
- Stöber, J. (2001). The Social Desirability Scale-17 (SDS-17). Convergent Validity, Discriminant Validity, and Relationship with Age. *European Journal of Psychological Assessment*, 17(3), 222–232.
- Timiras, P.S (1994). *Physiological basis of aging and geriatrics*. Boca Raton, FL: CRC Press Inc.
- 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.
- Villar, F., Triadó, C., Resano, C.S. y Osuna, M.J. (2003). Bienestar, adaptación y envejecimiento: cuando la estabilidad significa cambio. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(3), 152-162.
- Zamarrón, M.D. (2006). El bienestar subjetivo en la vejez. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 52. Lecciones de Gerontología, II.