

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico

I



TESIS DOCTORAL

**Bienestar subjetivo, sentido del humor y sentimiento de culpa en
personas mayores**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Laura Rojas-Marcos

Directores

**Isabel Calonge Romano
Rosario Martínez-Arias**

Madrid, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico I



TESIS DOCTORAL

**Bienestar Subjetivo, Sentido del Humor y Sentimiento de Culpa
en Personas Mayores**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Laura Rojas-Marcos

Directores:

Prof. Dra. Isabel Calonge Romano

Prof. Dra. Rosario Martínez-Árias

Madrid, 2015

A Isabel Martínez Torralba

“El niño de ayer es el adulto de hoy, y será el anciano de mañana”.

Organización Mundial de la Salud (2002), p. 79

AGRADECIMIENTOS

Ante todo quiero dar las gracias a mis directoras de tesis doctoral Dra. Isabel Calonge Romano y Dra. Rosario Martínez-Arias por su tiempo, disponibilidad, interés, paciencia, confianza y positividad. Sin su ayuda y actitud cooperadora este trabajo no hubiera sido posible.

De igual modo quiero dar las gracias a Daniel Vázquez por su ayuda, apoyo y colaboración durante el proceso de análisis estadístico. Su capacidad de trabajo, su nivel de compromiso, su buena disposición y su actitud positiva han sido claves en este estudio.

También quiero dar las gracias a Isabel Martínez Torralba, a quien dedico esta investigación. Isabel ha sido una persona muy especial e importante para mí desde que me vine a vivir a Madrid en 2002. Es una persona a quien respeto y admiro profundamente por su inteligencia, su capacidad para ser líder y gestionar equipos, por su dedicación durante años a ayudar a las personas (mayores y jóvenes) y por siempre mostrar un gran interés en el bienestar de las personas que le rodean. Como Directora del Departamento Educativo y Social de la Fundación la Caixa me introdujo en el campo de la gerontología y cambió mi vida profesional cuando me ofreció mi primer trabajo en España (2002) durante un momento emocionalmente difícil tras los atentados del 11-S de Nueva York. Isabel confió en mí y me dio la oportunidad de formar parte del gran equipo que creó e implementó el programa de salud integral para personas mayores “La vida es cambio. El cambio es vida”, con el fin de ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas mayores, o como decía ella con cariño: “nuestros abuelos”. Gracias a esa oportunidad que ella me dio aprendí muchísimo sobre el proceso de envejecimiento y sobre los diferentes efectos que ello tiene a nivel individual, familiar, emocional y relacional. Para mí fue una de las experiencias

más enriquecedoras y determinantes de mi carrera profesional y lo que me llevó a querer investigar el tema que abordo en este trabajo.

También doy las gracias a la Fundación la Caixa por su colaboración en este estudio, a los participantes, y en especial a Mar Barón, Directora de EspacioCaixa por su apoyo, tiempo, cooperación, buena disposición y ayuda con este estudio doctoral. Su colaboración ha sido clave en la primera parte de la investigación.

De igual modo agradezco a Rocío de la Calle por haberme puesto en contacto con el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

Del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales quiero dar las gracias a Carlos Blanco, Pilar Serrano y a Raquel Horno de la dirección del área de Mayores y Atención Social por su colaboración y por facilitar el proceso de la investigación. Asimismo, quiero dar las gracias a los directores, coordinadores y participantes de los centros de mayores Remonta, Pamplona, Guindalera, Tierno Galván y Maestro Alonso por su cooperación. En especial a Tanit Díaz de los centros Remonta y Pamplona por su ayuda y colaboración durante la recogida de datos.

Doy las gracias a mis compañeros y amigos del doctorado (2009-2010) con quien he compartido tantos momentos especiales e inolvidables desde que nos conocimos en aquel mes de octubre de 2009 en la Complutense. Muchas gracias a Iris Bello, María José Tenorio, Antonio Ortega, Mario Nervi, Ángela Ulloa, y en especial a Carolina Ángel, quién ha jugado un papel muy importante desde el principio del proceso de elaboración de esta tesis. Su continua ayuda, apoyo y ánimos han sido clave, especialmente cuando me sentía desbordada.

También quiero dar las gracias a aquellos amigos y familiares que durante el proceso de elaboración de este trabajo de investigación me han apoyado incondicionalmente, han sido pacientes y comprensivos conmigo cuando no he podido participar, acompañar o estar disponible. Siempre agradeceré sus palabras de ánimos y cariño.

Pero en especial quiero dar las gracias a mis padres, Leonor y Luis, por estar ahí siempre dándome ánimos, confianza, cariño y apoyo incondicional.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	7
RESUMEN	17
1. INTRODUCCIÓN	27
1.1. El aumento de la población y la longevidad.....	28
2. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO	35
2.1. El envejecimiento activo: concepto y justificación	35
2.2. El objetivo del envejecimiento activo	38
2.3. Determinantes del envejecimiento activo	39
2.4. Envejecimiento activo desde el punto de vista de los mayores	44
3. SALUD Y ENVEJECIMIENTO	49
3.1. La salud en las personas mayores	50
3.1.1. La salud mental de las personas mayores: factores determinantes	51
3.2. La salud subjetiva	53
4. EL BIENESTAR EN LAS PERSONAS MAYORES.....	57
4.1. Definición y concepto de bienestar subjetivo.....	58
4.2. Variables ambientales que influyen sobre el bienestar subjetivo	66
4.3. Antecedentes y estado de la cuestión sobre el bienestar subjetivo	68
4.4. El bienestar subjetivo en el marco de la Psicología Positiva.....	72
4.5. La clasificación de las virtudes y las fortalezas la Psicología Positiva.....	74
4.6. La relación entre el bienestar subjetivo, la salud y la longevidad	77
4.7. El bienestar subjetivo en las personas mayores	79
4.8. Instrumentos de evaluación para medir el bienestar subjetivo en personas mayores	82
4.9. Estudios recientes sobre el bienestar subjetivo en personas mayores.....	83
5. EL SENTIDO DEL HUMOR.....	89

5.1. Etimología del humor: origen y evolución.....	91
5.2. Concepto y definición del humor.....	93
5.3. Las teorías principales sobre el humor.....	97
5.4. Estilos básicos del uso del humor.....	98
5.5. Las funciones psicológicas del humor.....	101
5.6. La psicología del sentido del humor: una perspectiva integradora y multidimensional.....	103
5.7. Los elementos del sentido del humor.....	105
5.8. El papel del sentido del humor en la salud y el bienestar psicológico.....	108
5.9. Sentido del humor: edad y sexo.....	112
5.10. El sentido del humor como estrategia de afrontamiento y modulador del bienestar emocional en las personas mayores.....	115
5.11. Instrumentos de evaluación utilizados para medir el sentido del humor ...	119
5.12. Estudios sobre el sentido del humor.....	123
6. EL SENTIMIENTO DE CULPA.....	129
6.1. Definición y concepto sobre el sentimiento de culpa.....	131
6.2. La diferenciación entre las emociones autoconscientes culpa y vergüenza .	138
6.2.1. Las funciones y las características básicas de la culpa y la vergüenza .	143
6.2.2. Culpa y vergüenza: diferencias entre hombres y mujeres.....	145
6.3. Relación culpa y depresión.....	146
6.3.1. Sintomatología depresiva en personas mayores: diferencias entre hombres y mujeres.....	149
6.4. Instrumentos de evaluación para medir el sentimiento de culpa.....	152
6.5. Estudios que miden el constructo culpa en personas mayores.....	157
7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	163
7.1. Objetivos.....	163
7.1.1. Objetivo general.....	163
7.1.2. Objetivos específicos.....	163

7.2. Hipótesis	164
8. MÉTODO.....	165
8.1. Participantes.....	165
8.2. Diseño de investigación.....	172
8.3. Variables e Instrumentos de medida	172
8.4. Procedimiento	180
8.5. Análisis de datos	185
9. RESULTADOS	187
9.1. Validación de los instrumentos: Analisis Factoriales Confirmatorios	187
9.2. Predicción Bienestar Subjetivo: Correlaciones y Regresiones	195
9.1. Diferencias entre grupos	204
10. DISCUSIÓN.....	209
11. CONCLUSIONES	221
12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	227
13. ANEXOS	257

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Esperanza de vida en años	29
Figura 1.2. Tasa de longevidad de la población mundial.....	30
Figura 1.3. Proyección de la población española	31
Figura 2.1. Los determinantes del envejecimiento activo	40
Figura 3.1. Defunción según la causa y el grupo de edad en España 2011.....	51
Figura 9.1. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Satisfacción con la Vida (PGCMS).....	191
Figura 9.2. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS).....	193
Figura 9.3. Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Sentimientos Personales (PFQ-2).....	195
Figura 9.4. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS).....	197

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1 Estudios sobre la percepción del concepto Envejecimiento Activo desde el punto de vista de las personas mayores	45
Tabla 4.1. Países en los que se ha evaluado el bienestar subjetivo	71
Tabla 4.2. Virtudes.....	76
Tabla 4.3. Virtudes con sus fortalezas correspondientes	76
Tabla 4.4. Instrumentos de evaluación para medir el bienestar subjetivo de personas mayores	83
Tabla 4.5. Estudios sobre el bienestar subjetivo en los últimos 5 años que incluyen en su muestra personas mayores de 60 años.	85

Tabla 5.1. Estilos básicos de la utilización del humor.....	99
Tabla 5.2. Procesos de relación entre Humor y Salud.	102
Tabla 5.3. Tabla instrumentos para medir el sentido del humor	121
Tabla 5.4. Estudios sobre el Sentido del Humor que incluyen personas mayores de 60 años	124
Tabla 6.1. Codificación de las definiciones teóricas del constructo culpa.....	132
Tabla 6.2. Diferencias entre culpa y vergüenza.....	141
Tabla 6.3. Sintomatología del Trastorno de Depresión Mayor	146
Tabla 6.4. Instrumentos de Evaluación del constructo culpa	155
Tabla 6.5. Estudios que miden culpa en personas mayores de 60 años.....	158
Tabla 6.6. Estudios sobre el constructo culpa que incluyen personas mayores de 60 años	159
Tabla 8.1. Distribución de la muestra en función a la edad de los participantes.....	165
Tabla 8.2. Frecuencias según los centros de mayores participantes	166
Tabla 8.3. Sexo de los participantes.....	167
Tabla 8.4. Estado civil de los participantes	167
Tabla 8.5. Participantes que viven acompañados	167
Tabla 8.6. Personas con las que viven los participantes	168
Tabla 8.7. Existencia de hijos	168
Tabla 8.8. Existencia de nietos	168
Tabla 8.9. Nivel de estudios de los participantes.....	169
Tabla 8.10. Profesión de los participantes.....	169
Tabla 8.11. Nivel de ingresos mensuales	170
Tabla 8.12. Frecuencias de creencias religiosas	170
Tabla 8.13. Hábitos de práctica de religión.....	170
Tabla 8.14. Salud subjetiva de los participantes.....	171
Tabla 8.15. Salud subjetiva en función del sexo	171
Tabla 9.1. Índice de ajuste de la Escala de Satisfacción con la Vida (PGCMS).....	188
Tabla 9.2. Índice de fiabilidad del PGCMS	189

Tabla 9.3. Índice de ajuste de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS)	190
Tabla 9.4. Índice de fiabilidad del MSHS	191
Tabla 9.5. Índice de ajuste del Cuestionario de Sentimientos Personales (PFQ-2).....	192
Tabla 9.6. Índice de fiabilidad de PFQ-2	193
Tabla 9.7. Índice de ajuste de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)	194
Tabla 9.8. Índice de fiabilidad del GDS-15.....	195
Tabla 9.9. Correlaciones de los factores de la Escala de Satisfacción con la vida (PCGMS)	196
Tabla 9.10. Correlaciones de los factores de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS)	197
Tabla 9.11. Correlaciones de los factores del Cuestionario de Sentimientos Personales (PFQ-2)	197
Tabla 9.12. Correlación entre edad y factores del Sentido del Humor, Satisfacción con la vida y Sentimientos Personales	198
Tabla 9.13. Correlación entre Nivel de Ingresos, Salud Subjetiva, Depresión Geriátrica y Factores Sentido del Humor, Satisfacción con la vida y Sentimientos Personales	199
Tabla 9.14. Distribución de frecuencias de los sujetos de la muestra en el Índice de depresión geriátrica.....	200
Tabla 9.15. Correlación entre Sexo y Depresión Geriátrica	200
Tabla 9.16. Modelo de regresión jerárquica para Baja Ansiedad.....	201
Tabla 9.17. Modelo de regresión jerárquica para actitud positiva hacia el propio envejecimiento.....	202
Tabla 9.18. Modelo de regresión jerárquica para Satisfacción	204
Tabla 9.19. Pruebas t entre sexos.....	205
Tabla 9.20. Pruebas t por creencias religiosas.....	206
Tabla 9.21. Pruebas t según si vive solo	207

RESUMEN

En los últimos veinte años se ha generado un interés especial por la investigación relacionada con el envejecimiento. Esto se debe en gran medida al aumento de la expectativa de vida de la población, especialmente en los países más desarrollados. Sugiriendo así la necesidad de obtener conocimientos sobre la calidad de vida de las personas mayores.

Este trabajo de investigación de diseño no experimental descriptivo analítico intenta contribuir al campo de la investigación aportando datos empíricos asociados al fenómeno del envejecimiento y ofrecer información que pueda servir de instrumento de debate en el contexto de las intervenciones y atenciones socio-sanitarias en el campo de la gerontología.

El objetivo principal de este trabajo es analizar el bienestar subjetivo de las personas mayores y determinar si la presencia de sentido del humor y el sentimiento de culpa influyen en el mismo. Para ello se recogieron de forma sistemática y por medio de cuestionarios estandarizados los criterios considerados en seis centros de día para personas mayores del centro de Madrid. En un principio participaron, anónima y voluntariamente, un total de 420 personas, 99 hombres (23.6%) y 321 mujeres (76.4%) con edades comprendidas entre 60 y 92 años. Sin embargo, después de aplicar los criterios de exclusión la muestra quedó en 378 personas, 92 hombres (24.3%) y 286 mujeres (75.7%)

Los pasos de esta investigación incluyen, en primer lugar, realizar una revisión sobre el estado de la cuestión de las personas mayores a nivel mundial. En segundo lugar, revisar los conceptos asociados al envejecimiento, el bienestar subjetivo, sentido del humor y sentimiento de culpa. En tercer lugar, presentar los resultados de la investigación

efectuada e intentar dar sentido a los mismos. En cuarto lugar, relacionar los resultados con estudios empíricos ya existentes con el objetivo de ofrecer información para poder continuar investigaciones en el futuro sobre las personas mayores y el proceso de envejecimiento.

El bienestar subjetivo es una noción multidimensional que está asociada a la calidad de vida e incluye tres elementos fundamentales: la satisfacción con la vida, el afecto positivo y los niveles bajos de afecto negativo (Diener, Oishi y Lucas, 2015; Diener, 1984, Diener y Suh, 1998; Seligman, 2003; Vázquez y Hervás, 2014a y 2014b). No obstante, cabe destacar que la salud mental también tiene un papel esencial en el bienestar subjetivo, pues es uno de los principales determinantes de éste al estar influido por la interacción del estado psicológico de la persona y su entorno. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2002, 2011, 2015), la depresión es la cuarta causa de incapacidad en la población activa y cada vez afecta más a las personas mayores; en la actualidad una de cada cinco personas mayores de 64 años presenta síntomas depresivos afectando negativamente su calidad de vida y bienestar.

El sentido del humor es intrínseco del ser humano y es un tema que ha suscitado interés tanto en investigadores como en pensadores del campo de la filosofía, medicina y psicología. Es un constructo multidimensional al que se atribuyen multitud de beneficios psicológicos y físicos, y de bienestar emocional. Puede activar el sistema inmunológico y favorecer las relaciones sociales, hasta considerarse una estrategia para afrontar el estrés y la adversidad. El término humor se asocia a lo divertido, cómico y a la risa. No obstante, a nivel científico todavía existen lagunas sobre cómo definirlo y medirlo. Aún así, la comunidad científica está ampliando los estudios y profundizando en el conocimiento de esta capacidad humana que está adquiriendo cada vez más importancia a nivel educacional,

social y psicoterapéutico (Carbelo, 2006; Carbelo y Jauregui, 2006; Greengross, 2013; Martin, 2000, 2001, 2003, 2010; Ruch, Proyer, Weber, 2010; Roewecklein, 2002; Seligman, 2003; Vázquez y Hervás, 2014)

El sentimiento de culpa es una emoción autoconsciente que puede afectar al bienestar y provocar malestar emocional. La culpa se puede sentir con mayor o menor frecuencia e intensidad, y los eventos que la provocan pueden ser muy variados. Puede surgir a partir de la aceptación de la responsabilidad de ciertas acciones reales o imaginarias, y está asociado a los sentimientos de remordimiento, arrepentimiento y desilusión por haber actuado mal o por haber causado algún daño (Breggin, 2015; Else-Quest, Allison, Higgins y Morton, 2012; Etxebarria, Isasi y Pérez, 2002; Kugler y Jones, 1992; Tangney, 1991; Tangney y Dearing, 2002a; Tangney y Dearing 2002b;; Tilghaman-Osborne, Cole y Felton, 2010).

Para la realización de este estudio se seleccionaron los siguientes instrumentos: SPMSQ. Escala Breve de Estado Mental de Pfeiffer, *Short Portable Mental State Questionnaire*, (Pfeiffer, 1975). Adaptación española: Martínez de la Iglesia, Dueñas, Onis, Aguado, Albert y Luque (2001); PGCMS Escala Geriátrica de Filadelfia, *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, (Lawton, 1975). Adaptación española: Montorio (1994); MSHS Escala Multidimensional del Sentido del Humor, *Multidimensional Sense of Humor Scale* (Thorson y Powell, 1991). Adaptación española: Carbelo (2006); PFQ-2 Cuestionario de Sentimientos Personales version 2, *Personal Feelings Questionnaire-2*, (Harder & Zalma, 1990). Adaptación española: Popa y Martínez-Árias (2013); GDS Escala de Depresión Geriátrica Abreviada- 15 ítems, *Geriatric Depression Scale 15 items*, (Yesavage 1986). Adaptación española: Martínez de la Iglesia, Onis, Dueñas, Albert y Aguado (2002).

Para el análisis de los resultados se realizaron análisis descriptivos, análisis de correlaciones, pruebas T, ANOVA y análisis factoriales confirmatorios. Además se asesoró la validez de constructo de los instrumentos y se calcularon índices de fiabilidad de los test.

De acuerdo con los resultados del estudio se puede concluir que los factores sociodemográficos pueden tener un papel significativo en el bienestar subjetivo y la salud subjetiva de las personas mayores. De igual modo, tener una actitud positiva hacia el propio envejecimiento puede influir favorablemente en el bienestar subjetivo al encontrarse que tiene una relación significativa negativa con sentimientos de insatisfacción, ansiedad, culpa, vergüenza y sintomatología depresiva. De igual modo utilizar el humor como estrategia de afrontamiento puede ser una herramienta útil para hacer frente a posibles sentimientos negativos como la ansiedad y la vergüenza. Las personas que utilizan el humor como estrategia de afrontamiento puede que tiendan a generar humor de forma proactiva para regular emociones negativas. Existe una relación negativa y muy significativa entre los factores correspondientes a la variable bienestar subjetivo (Baja Ansiedad, Actitud positiva hacia el propio envejecimiento y Satisfacción) y sintomatología depresiva, culpa y vergüenza. Finalmente, a partir de los resultados de la presente investigación se puede concluir que la salud subjetiva tiene igualmente un papel muy significativo en la valoración del bienestar subjetivo, en el sentimiento de vergüenza y posible sintomatología depresiva.

SUMMARY

In the last twenty years there has been a special interest in research related to the process of aging. This is due largely to the increase in life expectancy of the population, especially in more developed countries.

The present study is an analytical descriptive non-experimental research that aims to provide information that can serve as a tool for discussion in the context of interventions and socio-sanitary attention in the field of gerontology. In addition, it will try to explore matters affecting the wellbeing of the elderly, and provide data that may be useful for future research.

The main objective of this paper is to analyze subjective well-being of older persons and to determine whether it is influenced by the presence of humor and feelings of guilt. The process of obtaining data was carried out systematically through standardized questionnaires obtained from six day care centers for elderly people in central Madrid. All 420 participants, 99 men (23.6%) and 321 women (76.4%) aged between 60 and 92 years collaborated voluntarily and anonymously. However, after applying the exclusion criteria the sample was 378 people, 92 men (24.3%) and 286 women (75.7%). The first step in this research was to review the concepts associated with aging, subjective well-being, sense of humor and sense of guilt. After analyzing the data, it was compared to other existing empirical.

Subjective Wellbeing is a multidimensional concept that is associated with mental health, quality of life and it includes three basic elements: life satisfaction, positive affect and low levels of negative affect (Diener, Oishi, and Lucas, 2015; Diener, 1984 Diener and Suh, 1998; Seligman, 2003; Vazquez and Hervas, 2014th and 2014b). According to the

World Health Organization (2002, 2011, 2015), depression is the fourth leading cause of disability in the workforce and increasingly affects older people more; today one in five people over 64 suffers from depressive symptoms.

Sense of humor is intrinsic to the human being and is a concept that has attracted attention to researchers in the fields of philosophy, medicine and psychology. It is a multidimensional construct that can have positive psychological and physical benefits. It can help the immune system and social relations, as well as it can be considered a tool in order to cope with stress. However, there are still gaps on how to define and measure sense of humor. Still, the scientific community is expanding and deepening studies on knowledge of this human characteristic (Carbelo, 2006; Carbelo and Jauregui, 2006; Greengross, 2013; Martin, 2000, 2001, 2003, 2010; Ruch, Proyer, Weber, 2010; Roewecklein, 2002; Seligman, 2003; Vazquez and Hervas, 2014).

Guilt is a self-conscious emotion that can affect wellbeing negatively and cause emotional distress. Guilt can vary in frequency and intensity, and it may arise for different reasons. It is often associated to feelings of remorse, regret and wrongdoing (Breggin, 2015, Else-Quest, Allison, Higgins and Morton, 2012; Etxebarria, Isasi and Perez, 2002; Kugler and Jones, 1992; Tangney, 1991; Tangney and Dearing, 2002a; 2002b Tangney and Dearing; Tilghaman-Osborne, Cole and Felton, 2010).

To carry out this study, the following instruments were selected: SPMSQ, *Short Portable Mental State Questionnaire*, (Pfeiffer, 1976). Adaptation: Martinez de la Iglesia (2001); PGCMS, *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, (Lawton, 1975). Adaptation: Montorio (1994); MSHS, *Multidimensional Sense of Humor Scale* (Thorson and Powell, 1991). Adaptation: Carbelo (2006); PFQ-2, *Personal Feelings Questionnaire-2*, (Harder and Zalma, 1990). Adaptation: Popa and Martínez-Árias (2013); GDS-15,

Geriatric Depression Scale 15 items, (Yesavage 1986). Adaptation: Martínez de la Iglesia et al. (2002).

Correlation analysis, T tests, ANOVA and confirmatory factor analysis were performed, in addition to the construct validity of the instruments. According to the results one can conclude that socio-demographic factors can have a significant role in subjective well-being and subjective health. Similarly, having a positive attitude toward aging itself may influence subjective well-being positively. Moreover, according to the results there is a significant negative relationship with feelings of dissatisfaction, anxiety, guilt, shame and depressive symptoms. On the other hand, humor as a coping strategy can be a useful tool to deal with possible negative feelings such as anxiety and shame. People who use humor as a coping strategy may tend to generate humor proactively to regulate negative emotions. Finally, from the results of the present study one can conclude that subjective health also has a very significant role in the assessment of subjective well-being.

Primera Parte

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los mayores logros del siglo XX ha sido el notable aumento de la expectativa de vida a nivel mundial, especialmente en España, Italia, Estados Unidos, Japón, Canadá, Australia y Nueva Zelanda. Por ejemplo, mientras que en España en 1900 la esperanza de vida era de 34.8 años, en el siglo XXI es de 82.1 años. Este cambio ha sucedido gracias al avance de la medicina, del sistema sanitario, a las mejoras de los servicios sociales y al desarrollo de las nuevas tecnologías (Organización Mundial de la Salud, 2011, 2014, 2015).

En la actualidad, las personas mayores entre los 70 y 100 años han aumentado considerablemente y se han convertido en un grupo mayoritario en nuestra sociedad. Se calcula que muchos niños nacidos en los países más desarrollados en el año 2000 podrán llegar a cumplir los 100 años con relativa facilidad. Incluso se empieza a utilizar términos como “supercentenarios” para referirse a personas de 110 años o más; un concepto sociodemográfico sin precedentes. Por lo tanto, investigar los diferentes factores que influyen durante el proceso del envejecimiento puede ayudar, no sólo a entender mejor cómo afrontar estos cambios sociodemográficos a nivel global y sus efectos socioeconómicos, sino también puede ofrecer un mejor entendimiento sobre las necesidades y el estado de bienestar de nuestros mayores (Christensen, Doblhammer, Rau, Vaupel, 2009; Consejo Superior de Investigaciones Científicas, 2013; McCormack, 2000; OMS, 2011, 2014, 2015; Naciones Unidas, 2012, 2013a, 2013b; Nosraty, Jylha, Raittila, Lumme-Sandt, 2015; Steptoe, Deaton y Stone, 2015).

En la última década se han publicado numerosas investigaciones sobre aspectos del bienestar de las personas. Sin embargo, estos estudios se han centrado primordialmente en niños, adolescentes y adultos de mediana edad, y menos en personas de edad avanzada. Si bien las investigaciones sobre el estado de bienestar y los factores que influyen en la misma durante el envejecimiento han ido en aumento, aún existen vacíos en el campo científico y muchas preguntas asociadas al estado emocional y las estrategias emocionales que influyen en la salud emocional de los mayores (Mella, González, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida y Diaz, 2004; OMS, 2013; Prieto-Flores, Fernández-Mayoralas, Rojo-Pérez, Lardiés-Bosque, Rodríguez-Rodríguez, Ahmed-Mohamed et al., 2005, Steptoe et al., 2015; Veehoven, 2008; Zamarrón, 2006).

Como señala las OMS (2011, 2014, 2015), la vejez es una etapa del ciclo vital del ser humano que está asociada a la dependencia, al aumento de las enfermedades crónicas y al cambio de calidad de vida. Por lo tanto, en este estudio se propone investigar aspectos que pueden influir en su bienestar como el sentido del humor, las emociones autoconscientes como la culpa y la presencia de sintomatología depresiva, con el fin de aportar información empírica acerca del estado psicológico y el bienestar de este sector de la población cada día más numeroso.

1.1. El aumento de la población y la longevidad

Según la OMS (2002, 2011, 2015) y las Naciones Unidas (2001,2012, 2013b), se está viviendo a nivel mundial una revolución demográfica en la que la población de personas de más de 60 años aumenta a gran velocidad, incluso más que cualquier otro grupo de edad; hay un envejecimiento general de la población. Se estima que para el año

2025 unos 120 países tendrán unas tasas de fertilidad por debajo de la tasa de sustitución, la cual se encuentra en la actualidad en 2.1 niños por mujer. Por ejemplo, mientras que en 1975 sólo 22 países tenían una tasa de fertilidad inferior o igual a la tasa de sustitución, en el 2002 la cifra aumentó a 70 países (Véase la Figura 1.1).

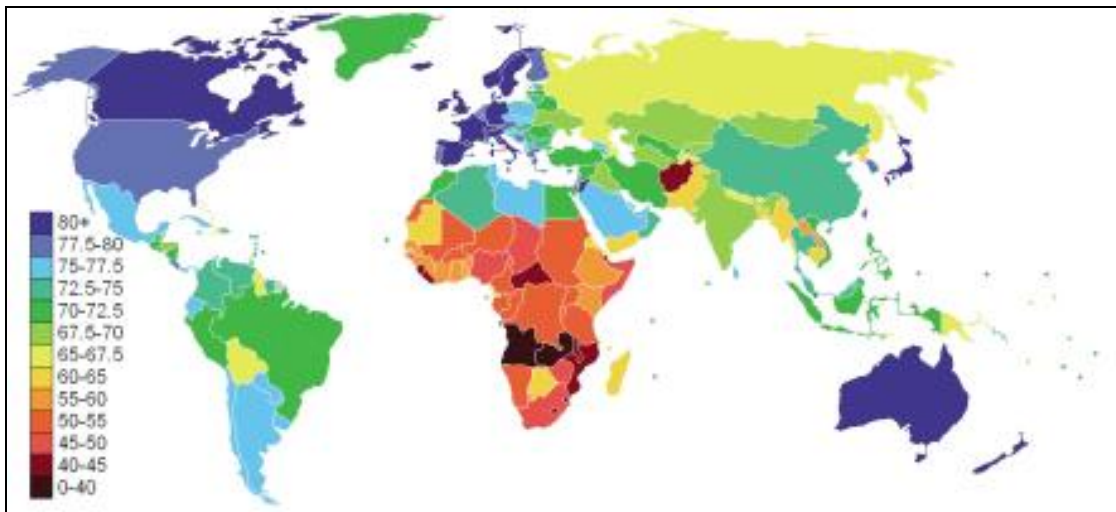


Figura 1.1. Esperanza de vida en años (Tomado del IMSERSO, 2011, p. 5)

Según los cálculos de las Naciones Unidas (2013a y 2013b) en 2013 había 841 millones de personas de 60 o más años, y se espera que en el año 2050 haya dos mil millones. Por primera vez en la historia de la humanidad, se espera que para el año 2047 vivan más personas mayores que niños. Como consecuencia de estos cambios, la pirámide de la población que hasta ahora ha tenido una forma triangular será sustituida en el 2050 por una forma cilíndrica (Véase la Figura 1.2).

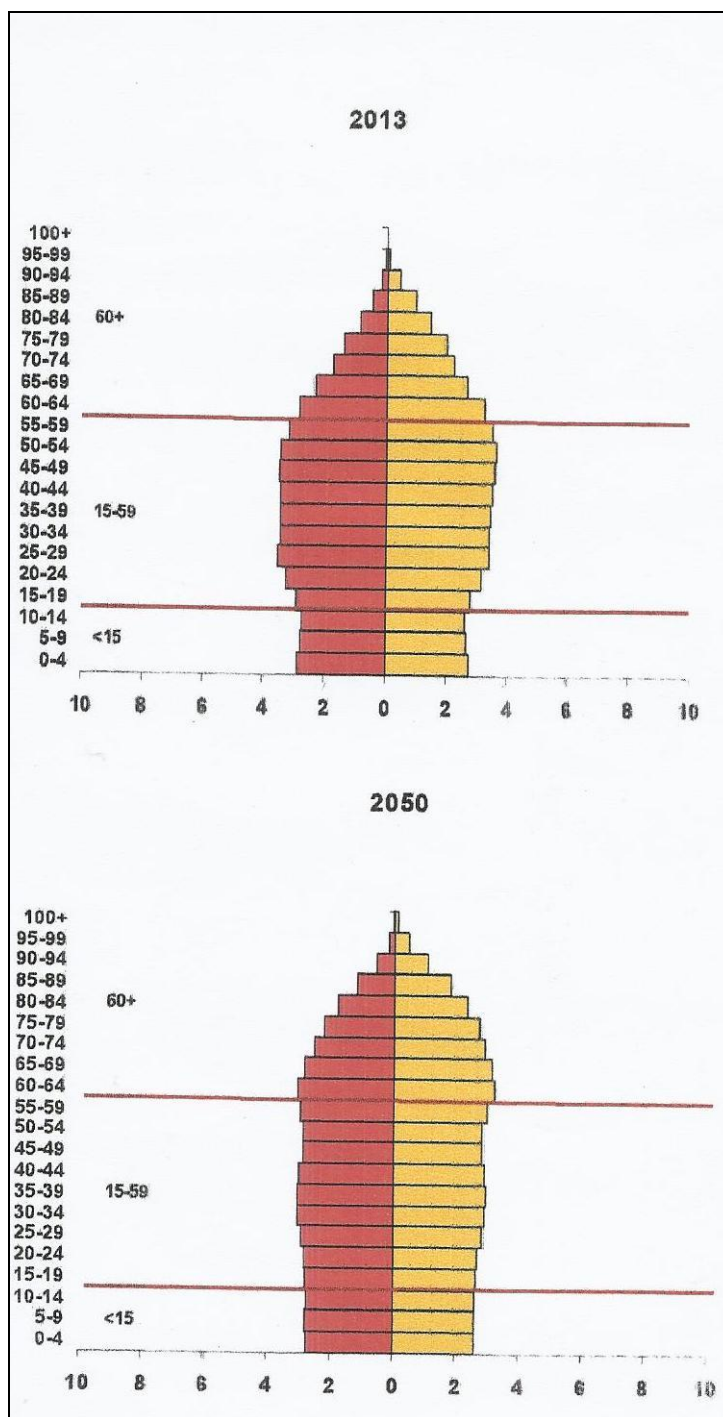


Figura 1.2. Tasa de longevidad de la población mundial (Tomado de Naciones Unidas, 2013, p. 10)

De acuerdo con las Naciones Unidas (2012, 2013a), las mujeres viven más que los hombres y calcula que el 21 por ciento de las personas mayores a nivel mundial viven en Europa. Además destaca que a nivel global el 40% de los mayores viven principalmente de

forma independiente con sus parejas o solos. Se calcula que para el 2050 una de cada cinco personas serán mayores de 60 años y será la primera vez en la historia en la que el número de mayores superará el de niños entre las edades de 0-14 años. Igualmente estiman que en 2015 el 20 por ciento de la población serán mayores de 80 años y que para el 2050 vivirán 392 millones de ancianos de 80 o más años y 3.2 millones de personas de centenarias.

De acuerdo con la OMS (2015), la población española en el 2013 era de 46.927 millones con una media de edad de 41 años. Del total de la población, el 23% eran de 60 o más años. Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) (2014, 2015), la proyección de la población general española está descendiendo y se calcula que en los próximos 15 años, España perderá 1.022.852 habitantes (2.2%), y estima que en 2024 la población disminuya a 45.8 millones (véase la Figura 1.3).

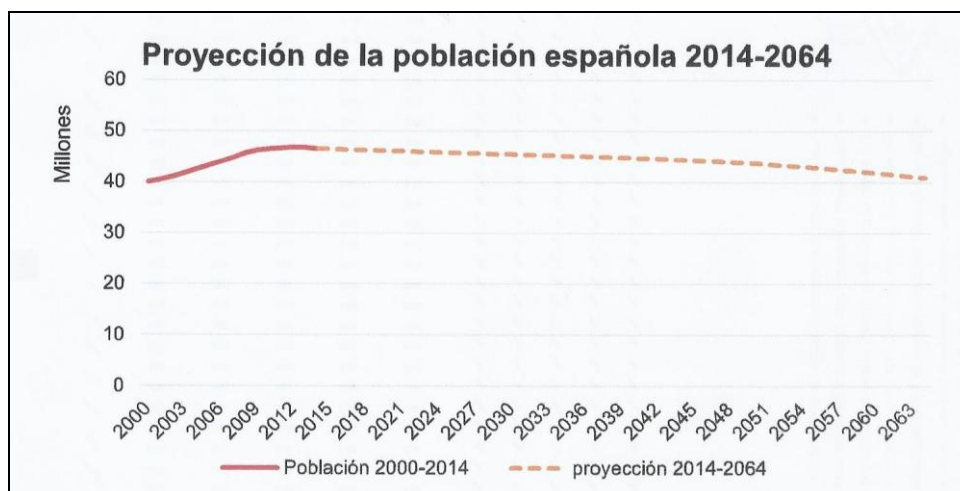


Figura 1.3. Proyección de la población española (Tomado del INE, 2014, p.1)

A raíz del cambio sociodemográfico de la población, tanto las personas mayores como la sociedad en general se enfrentan a varios desafíos, como por ejemplo, el aumento de enfermedades crónicas y su impacto en el sistema sanitario, el aumento de personas dependientes y de los costes económicos que supone mantener a una población jubilada, así como los cambios de la estructura social relacionada con la vivienda. A partir de estos

retos, la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) (2013) destaca que es esencial entender que el aumento de la esperanza de vida no supone tener calidad de vida; son conceptos independientes. Mientras que el aumento de la esperanza de vida implica vivir más años, la calidad de vida está relacionada con la salud mental y física, el bienestar, la seguridad, el acceso a los servicios sanitarios, los recursos económicos y con la ausencia de enfermedades degenerativas y crónicas. De forma que una persona mayor puede tener una edad muy avanzada pero no necesariamente tener una buena calidad de vida.

Kim y Jazwinski (2015) explican en su estudio sobre las medidas cuantitativas del envejecimiento saludable y la edad biológica, que en los últimos años en el campo de la investigación científica ha surgido un gran interés en los estudios asociados a la esperanza de vida (*life span*) y la esperanza de salud (*health span*). Explican que mientras que la esperanza de vida se refiere al número probable de años que una persona se espera que viva según la tasa de mortalidad de su área geográfica, la esperanza de salud se define como el periodo de tiempo que una persona vive con una salud relativamente buena, libre de enfermedades. La noción sobre la esperanza de salud trae consigo la necesidad de cuantificar la salud durante el envejecimiento con el objetivo de entender las variables que contribuyen a la esperanza de salud. Sin embargo, los investigadores explican que cuantificar la salud ha sido, y sigue siendo, un gran desafío. A pesar de las numerosas investigaciones realizadas en el campo de la biología del envejecimiento y la genética, aún falta información y estudios que aborden el proceso de envejecimiento desde un punto de vista heterogéneo y holístico, además de genético y biológico. Por ejemplo, la OMS (2002) recalca que es importante medir el grado de dificultad que las personas mayores experimentan a la hora de llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como ir al baño, andar por el dormitorio, bañarse o comer, así como medir las actividades

instrumentales de la vida diaria (AIVD), que incluyen hacer tareas domésticas, preparar la comida o ir a la compra. Explica que las ABVD y las AIVD generalmente se asocian a la salud del mayor y al estado de bienestar y autonomía, por lo tanto, estudiar estos factores ayudará a identificar y comprender el estado de bienestar y de salud de esta población. Como señalan Kim y Jazwinski (2015), los estudios sobre el envejecimiento intentan, entre muchas otras cosas, cuantificar la esperanza de salud además de estudiar la esperanza de vida y los factores que influyen en la calidad de vida de las personas.

2. EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento es un fenómeno biológico natural que forma parte del ciclo vital del ser humano. Envejecer supone cambiar y sobrellevar los cambios físicos, emocionales y sociales. Para algunas personas el concepto de envejecer tiene una connotación negativa; se asocia a la pérdida, a la enfermedad, al aislamiento, al deterioro y al sufrimiento. Sin embargo, para otras, se trata de una etapa más de la vida con aspectos positivos y negativos a la que hay que adaptarse (OMS, 2011, 2014, 2015).

2.1. El envejecimiento activo: concepto y justificación

El concepto de envejecer positivamente y con una actitud proactiva es relativamente reciente. Como señalan Fernández-Ballesteros, Zamarrón, López, Molina, Díez, Montero et al. (2010): “En la literatura científica anglosajona se suele utilizar el término *successful aging*, mientras que en la literatura española se utilizan diferentes términos considerados sinónimos para referirse a esta noción: “envejecimiento activo”, “productivo”, “saludable”, “óptimo” o “positivo”, y todos han sido explicados en base a factores bio-psicosociales, estilos de vida y salud” (p.641). Sin embargo, con el fin de mantener una consistencia lingüística, a partir de este momento se utilizará

primordialmente el término “envejecimiento activo” (y ocasionalmente el término “envejecimiento saludable” para evitar redundancias) para referirse al concepto de *successful aging*.

En la literatura científica existe un acuerdo generalizado que para tener un envejecimiento activo es esencial llevar a cabo una vida física y cognitivamente activa, así como participar en actividades sociales para evitar el aislamiento. De igual modo, existe un acuerdo general sobre la importancia de no haber tenido un historial de abuso de sustancias, haber recibido una educación académica y tener habilidades personales como el sentido del humor, que ayuden a afrontar la adversidad (Christensen et al., 2009; Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón, Caprara, 2009; Fernández-Ballesteros et al., 2010; Fernández-Mayoralas, Rojo-Pérez, Martínez-Martín, Prieto-Flores, Rodríguez-Blázquez, Martín-García et al., 2015; Foster y Walker, 2014; Rowe y Kahn, 1987; Seligman, 2008; Valliant, 2004).

De acuerdo con Depp, Vahia y Jeste (2010), el término envejecimiento activo (*successful aging*) se utilizó por primera vez en la literatura biomédica en 1961 en la primera edición de la revista *Gerontologist*, con la publicación de uno de los primeros estudios longitudinales sobre el envejecimiento (*Kansas City Studies of Adult Life*) realizado por Havighurst (1961). A partir de este momento se desarrollaron las primeras teorías sobre el envejecimiento que incluyen: la Teoría del Distanciamiento de Cumming y Henry (1961), la cual se apoya en la idea de que durante la tercera edad los mayores están presionados para que reduzcan su participación en la sociedad; la Teoría de la Actividad de Lemon et al. (1972), que se centra en la participación continua de los ancianos en los centros y residencias de personas mayores y, la Teoría de la Continuidad de Atchley y

Ryff (1982), que analiza la tendencia de las personas mayores a querer mantener el papel que tienen en su entorno y analizan las actividades que realizan para conseguir este fin.

Empero, según la *Gerontological Society of America* (2015) y el estudio de revisión de Ouwehand, Ridder y Bensing (2007), el concepto de envejecimiento activo se asentó con solidez en el campo de la gerontología, principalmente a raíz de los estudios de Rowe y Khan (1987), Ryff (1989) y Baltes y Baltes (1990). Rowe y Khan propusieron que el envejecimiento se puede dividir en tres tipos: “usual”, “patológico” y “con éxito”. Estos tipos dependían de la existencia o no de enfermedades y discapacidad, el funcionamiento físico y mental, y las relaciones sociales. En base a este concepto, se consideró que el envejecimiento activo constituía una variable categórica, de manera que sería interesante estudiar tanto la prevalencia, como los factores y determinantes que influyen en el proceso de envejecimiento. Según los estudios de Ryff, el envejecimiento implica crecimiento, progreso y destaca la importancia de la satisfacción con la propia vida. Su concepto de envejecimiento activo incluye seis dimensiones de funcionamiento positivo: autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, control del propio entorno, sentido de la vida y crecimiento personal. Finalmente, los gerontólogos Baltes y Baltes propusieron el modelo Selección, Optimización y Compensación (SOC), uno de los primeros modelos que describieron el envejecimiento activo como un proceso continuo en el tiempo. Su teoría se apoya en la noción de que el envejecimiento se puede conceptualizar como un proceso de cambios en el que el individuo intenta mantener el equilibrio entre los beneficios y las pérdidas que surgen durante el mismo. El modelo SOC sostiene que las personas seleccionan aspectos de la vida que son importantes para ellas, optimizan los recursos y las ayudas que facilitan estos aspectos importantes y compensan las pérdidas con el fin de adaptarse a los cambios biológicos, psicológicos y socioeconómicos, para crear un entorno agradable y continuar su crecimiento personal.

En los años noventa la OMS utilizó el término “envejecimiento activo” con el fin de reconocer y resaltar los factores que influyen en la forma de envejecer, así como transmitir un mensaje positivo asociado al proceso del envejecimiento (OMS, 2002). Envejecimiento activo se definió como “un concepto multidimensional que comprende factores bio-psico-sociales asociados al proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.” (OMS, 2002, p.79). Sin embargo, cabe señalar que a pesar de que la definición de la OMS es la más utilizada en los estudios de investigación y en la que se basará el presente estudio, aún no existe un consenso en el campo de la gerontología respecto a la definición de envejecimiento activo. Como señalan Cosco, Prina, Perales, Stephan y Brayne (2014) esta falta de acuerdo conceptual lleva a que surjan generalizaciones y a confundir descriptores, lo que puede explicar la heterogeneidad de los resultados de los estudios de prevalencia.

2.2. El objetivo del envejecimiento activo

Según la OMS (2002, 2011), el objetivo del envejecimiento activo es ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida, así como mantener la autonomía y la independencia durante el proceso de envejecimiento. El envejecimiento activo se aplica a nivel individual y grupal, y reconoce que las personas tienen el derecho a realizar su potencial de bienestar mental, físico y social a lo largo de su vida, así como a participar en la sociedad según sus necesidades, capacidades y deseos de forma segura y recibiendo los cuidados y asistencias necesarias. La OMS explica que el término “activo” se refiere a que las personas mayores participen y contribuyan activamente en los sectores sociales, culturales, económicos, espirituales y cívicos de la comunidad. Igualmente destaca la

importancia de tener la posibilidad de dar y recibir en las relaciones personales, sean éstas de la misma generación o no. A partir de esta premisa, se debe apuntar que la solidaridad intergeneracional es un pilar básico del envejecimiento activo dado que, “el niño de ayer es el adulto de hoy y será el anciano de mañana. Y la calidad de vida que las personas disfrutarán como ancianos dependerá en gran parte de los riesgos y de las oportunidades que experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soportes mutuos cuando sean necesarios” (OMS, 2002, p. 79).

2.3. Determinantes del envejecimiento activo

De acuerdo con la OMS (2002, 2011, 2012) existe una serie de determinantes que influyen en el proceso del envejecimiento activo: cultura y sexo, factores conductuales, sanidad y servicios sociales, económicos, sociales, físicos y personales. Estos determinantes son relevantes para la salud y a la calidad de vida de las personas de diferentes grupos de edades, desde los más jóvenes hasta los más mayores. No obstante, destaca que a pesar de que no se les puede atribuir una causalidad directa a ninguno de ellos, si pueden considerarse predictores de la salud y el bienestar. Aún así, es importante subrayar que es fundamental continuar investigando sobre estos determinantes con el fin de clarificar, concretar y refinar la información respecto a cada determinante y las posibles relaciones entre ellos. Esta información puede ayudar a entender mejor qué, cómo y cuándo los diferentes determinantes afectan y en qué momentos se puede o se debe realizar acciones para prevenir y optimizar la salud y la calidad de vida.

Los determinantes que forman parte del envejecimiento activo según la OMS (2002) son (véase la Figura 2.1):

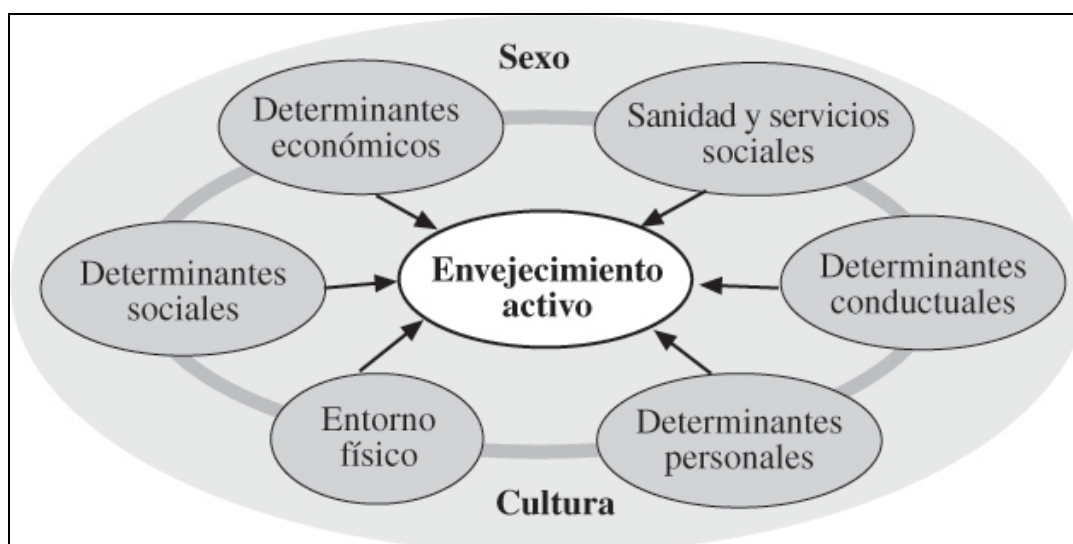


Figura 2.1. Los determinantes del envejecimiento activo (Tomado de OMS, 2002, p. 82)

Determinantes transversales: cultura y sexo

La cultura y el sexo son un importante determinante transversal dentro del marco de envejecimiento activo. Por un lado, existe una gran diversidad cultural a nivel mundial y todas ellas están determinadas por sus propios valores, normas, principios y tradiciones. Éstos valores culturales influyen directamente en la forma de envejecer, de manera que dependiendo de la percepción que se tenga sobre las personas mayores y la salud de las mismas en una cultura determinada, se proporcionarán mejores o peores servicios de prevención y se invertirá más o menos recursos en el sistema sanitario para atender y proporcionar las atenciones necesarias. Por otro lado, el sexo es un determinante del envejecimiento activo dependiendo de la percepción y la consideración que tengan las personas y las culturas sobre el papel que juega el hombre y la mujer en la sociedad. Por ejemplo, es importante tener en cuenta que en muchas culturas las mujeres se encuentran en una situación de inferioridad respecto a los hombres en cuanto a nutrición, educación, oportunidades, trabajo y libertad, por lo que su salud y su calidad de vida durante su ciclo vital puede ser afectada negativamente.

Determinantes asociados a los sistemas sanitarios y servicios sociales

La existencia y la calidad del sistema sanitario y de los servicios sociales tienen un papel esencial en el envejecimiento activo al ser los sistemas donde se centralizan los servicios y el estudio de la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud. Los servicios sociales y sanitarios contribuyen no sólo a disminuir el riesgo de enfermedades, sino también a curarlas. Cabe señalar que con el aumento global de la población de personas mayores también se incrementa la demanda de medicamentos y tratamientos para enfermedades físicas y mentales agudas y crónicas. En el caso de los servicios de salud mental, es fundamental prestar atención a la prevalencia de enfermedades mentales diagnosticadas, como por ejemplo la depresión, ya que se ha identificado un aumento de personas mayores diagnosticadas con esta enfermedad.

Determinantes conductuales

Llevar un estilo de vida saludable y participar activamente en el cuidado de la propia salud son conductas que influyen significativamente en el envejecimiento activo. Las personas que se cuidan tienen más probabilidades de vivir más y mejor, así como de sufrir menos enfermedades y sentirse bien anímica y físicamente. Algunas conductas saludables incluyen: la actividad física, no fumar, la alimentación saludable, la salud bucal, el no consumo de alcohol, el consumo correcto de los medicamentos y el cumplimiento terapéutico.

Determinantes asociados a factores personales

La trayectoria de vida y de la salud de una persona, así como el desarrollo de enfermedades es el resultado de una combinación entre la genética y factores psicológicos. Por un lado, existe un acuerdo general en el campo científico de que la longevidad tiende a ser parecida entre los miembros de la misma familia. En resumen, desde el punto de vista

genético la influencia de la herencia genética está asociada a actividades y conductas como el consumo de alcohol, drogas o tabaquismo y al desarrollo de ciertas enfermedades como el Alzheimer, determinados cánceres, cardiopatías y diabetes. Por otro lado, los factores psicológicos (inteligencia y capacidad cognitiva) pueden ser igualmente predictores de la longevidad y del envejecimiento activo. A pesar de que algunas capacidades como la memoria o la facilidad para aprender tienden a disminuir con la edad, estas pérdidas pueden compensarse con la experiencia y los conocimientos. Cabe señalar que el declive cognitivo también puede estar causado por el desuso o falta de práctica, así como por enfermedades físicas o mentales como la depresión, el consumo de medicamentos, la soledad y el aislamiento social. La opinión más compartida es que la trayectoria de vida y la salud física y mental son el resultado de una combinación de genética, estilo de vida, nutrición y medio ambiente.

Determinantes relacionados con el entorno físico

El entorno físico puede determinar la dependencia o independencia de las personas mayores. El entorno físico, sea rural o urbano, puede influir en la alta o baja posibilidad de que existan lesiones a raíz de accidentes, caídas o incendios tanto en el hogar como fuera del mismo. Por ejemplo, las caídas y las lesiones por accidentes caseros son causa frecuente de dependencia en muchos mayores, y en algunos casos son el motivo de que permanezcan hospitalizados o en rehabilitación durante largos periodos de tiempo. Asimismo, que la vivienda sea o no segura y que se adapte a las necesidades de cada individuo va a influir dramáticamente en su sentimiento de bienestar y calidad de vida.

Determinantes asociados al entorno social

El apoyo social es un elemento esencial en el envejecimiento activo. Evitar que el mayor se aisle es un factor elemental, ya que el aislamiento social no sólo influye

negativamente en la salud física sino también en la salud mental. Las personas mayores que están aisladas socialmente y que viven solas son consideradas más susceptibles de ser víctimas de agresiones como delitos o asaltos, así como de cualquier tipo de abuso.

Determinantes económicos: ingresos, trabajo y protección social

Los indicadores económicos más significativos del envejecimiento activo son los ingresos, el trabajo y la protección social. Muchas personas al llegar a la tercera edad dejan de trabajar y se jubilan, lo que provoca un cambio importante respecto a su situación económica; a muchos les disminuye los ingresos, afectando no sólo a su la calidad de vida, sino a la posibilidad de tener una buena alimentación y una vivienda apropiada. La inestabilidad económica puede afectar a la capacidad para conservar un nivel de funcionalidad y de salud adecuado, como resultado aumenta la probabilidad de que los mayores sean más vulnerables a las enfermedades y los problemas de salud. Cabe señalar que en los países desarrollados las personas mayores suelen jubilarse entre los 60 y 65 años de edad, pero dado que la esperanza de vida ha aumentado, estas personas pueden llegar a pasar más de 20 años de su vida jubiladas.

Algunas personas mayores experimentan la jubilación como algo positivo, un cambio en la vida que les permite dedicar más tiempo a sus intereses, a la familia o a actividades de ocio; aparte de tener más tiempo libre para ellos mismos. Sin embargo, para otras, la jubilación no es una etapa de bienestar. A éstas la jubilación les puede afectar negativamente a la autoestima, a la salud emocional y a la salud mental al representar la pérdida del estatus social, un cambio de identidad en su círculo social, una desorganización en la gestión del tiempo o una disminución en sus relaciones. Algunas personas tras la jubilación sufren incluso un deterioro de su salud física, su capacidad funcional, su estabilidad económica e incluso de un sentido de pertenencia. Ciertamente, no faltan

mayores que asocian la jubilación con la pérdida de autonomía y con el temor a convertirse en dependientes. Todo esto apunta a la necesidad de implementar políticas de envejecimiento activo con el fin de prevenir o tratar las dificultades asociadas a esta nueva etapa en la vida (Lang, ReschHofer, Braddick y Gabilondo, 2010).

2.4. Envejecimiento activo desde el punto de vista de los mayores

Para comprender el concepto del envejecimiento activo es esencial tener en cuenta la percepción que tienen los propios mayores sobre el mismo. A partir de esta noción, Troutman y Staples (2014) realizaron un estudio con este fin. Para ello se basaron en los datos de dos estudios anteriores realizados por Flood (2006) y Troutman, Nies, Small y Bates (2011) en el que 311 participantes, sanos y activos, fueron preguntados de forma abierta: “¿Qué significa para usted envejecimiento activo?”. En este estudio no se preguntó a los mayores que evaluaran su propio envejecimiento, sino únicamente lo que para ellos significaba este concepto. Según los resultados, surgieron diferentes tipos de respuestas asociadas a nociones que incluían: tener una perspectiva y estrategias de afrontamientos positivas (36.66%), independencia (28.94%), salud (26.05%), relaciones sociales (22.83%), libertad (17.68%), contribuir/hacer voluntariado (9.97%), relación con Dios (7.07%), y recursos para cubrir necesidades básicas (4.5%)

Troutman y Staples (2014) compararon sus resultados con otros estudios en los que también se preguntó la opinión y percepción de los participantes mayores sobre el concepto envejecimiento activo (véase la Tabla 2.1), y de acuerdo con sus resultados se encontraron numerosas similitudes en las respuestas de los participantes con su estudio.

Tabla 2.1. Estudios sobre la percepción del concepto Envejecimiento Activo desde el punto de vista de las personas mayores (Tomado de Troutman y Staples, 2014, p. 91)

Autor/año	Muestra	Pregunta	Respuestas
Bassett, Bourbonnais y McDowell (2007)	n=2.783; 1048 hombres; 1.735 mujeres; edad: 71-104 años	¿Qué cree que influye en que las personas vivan mucho y bien?	Factores personales, relaciones personales, el entorno
Bowling (2006)	n=854; 47% hombres, 53% mujeres; edad: 50-74 años	¿Qué cosas cree que están asociadas al envejecimiento activo?	Salud/funcionalidad, salud psicológica, actividades y papel social, situación económica, circunstancias vitales, relaciones sociales, comunidad, los vecinos, trabajo, independencia /autonomía
Corwin, Laditka, Laditka, Wilcox y Liu (2009)	n=83 mujeres, media de edad: 67,3 años	Coméntenos sobre alguien que usted considera que está envejeciendo bien.	Vida social, espiritual, salud mental, salud física, actividades de ocio, actividades físicas, independencia
Duay y Bryan (2006)	n=18, 7 hombres, 11 mujeres; edad: 60-86 años	Piense en alguien que usted sepa que está envejeciendo con éxito. Describa algunas de las cosas que contribuyen a su envejecimiento positivo	Relaciones sociales, capacidad para adaptarse a los cambios, mantener una salud, física, mental y económica
Laditka et al. (2009)	n=396; 25.1% hombres, 74.9% mujeres; edad media 71.0 años	Coméntenos sobre alguien que usted considera que está envejeciendo bien.	Vida social, interacción con los demás, actitud mental, capacidades cognitivas, salud física, espiritualidad
Mortimer, Ward y Winefield (2008)	n=14 mujeres; edad: 60-89 años	¿Qué significa envejecimiento con éxito para usted?	Calidad de vida y muerte, autonomía personal, valores sociales
Reichstadt et al. (2007)	n=72; 47% hombres 53% mujeres; edad: 60-99 años	¿Cómo definiría envejecimiento con éxito? ¿Cuáles son los componentes necesarios para un envejecimiento con éxito?	Buena actitud y capacidad adaptativa, seguridad y estabilidad, salud y bienestar, relaciones sociales y estímulos
Reichstadt, Sengupta, Depp, Palinkas y Jeste (2010)	n=22; 41% hombres, 59% mujeres; edad 64-96	¿Cómo definiría envejecimiento con éxito? ¿Qué es importante para	Aceptarse a uno mismo, buen estado de ánimo, estar comprometido con la vida, crecimiento personal

Tabla 2.1. Estudios sobre la percepción del concepto Envejecimiento Activo desde el punto de vista de las personas mayores (Tomado de Troutman y Staples, 2014, p. 91)

Autor/año	Muestra	Pregunta	Respuestas
		envejecer saludablemente?	
Rossen, Knafl y Flood (2008)	n= 31 mujeres; edad: 61-90 años	¿Cómo describiría a una mujer que está envejeciendo saludablemente?	Aceptación, compromiso, conducta
Torres y Hammarstrom (2009)	n=16; 7 hombres, 9 mujeres; edad 77-86	Comparte tus reflexiones sobre lo que significa para ti envejecer bien y lo que se necesita para ello	Recursos físicos, mentales y psicosociales, espiritualidad, medios económicos, buena actitud y visión del futuro positiva

De acuerdo con el estudio meta-analítico de Westerhof, Miche, Bothers, Barrett, Diehl, Montepare, et al. (2014), es importante considerar la percepción sobre el propio envejecimiento o envejecimiento subjetivo a la hora de estudiar el bienestar en las personas mayores, al estar asociado a la salud subjetiva, al comportamiento y a la longevidad. Explican que la percepción que una persona puede tener de su propio proceso de envejecimiento y capacidad funcional puede influir en sus conductas y sus decisiones, y como resultado puede afectar tanto positiva como negativamente en la salud mental y física. Según los análisis de Westerhof et al. (2014), las personas que tienen un concepto positivo sobre su propio envejecimiento presentan conductas adaptativas y constructivas en su vida diaria; son más activas. Sin embargo, aquellas que tienen una percepción negativa sobre su envejecimiento presentan conductas desadaptativas y son más sedentarios.

Como conclusión, el envejecimiento activo, como concepto multidimensional, abarca no sólo la calidad de vida y la salud del mayor, sino un amplio conjunto de factores biológicos, sociales y psicológicos, así como enfermedades y discapacidades que minan el

bienestar y la autonomía. En la actualidad es posible encontrar en la literatura científica numerosos estudios sobre el envejecimiento, sus efectos y los diferentes factores y determinantes que influyen en el bienestar objetivo y subjetivo de los mayores. No obstante, cabe señalar que a la hora de estudiar el envejecimiento activo algunos investigadores se centran en la discapacidad y en el funcionamiento físico y mental, mientras otros resaltan la importancia de la percepción o la valoración subjetiva, de la actividad y la productividad social del individuo (Depp et al., 2010; Harmell, Jeste y Depp, 2014; McKee y Schüz, 2015). El presente trabajo de investigación se centrará en los aspectos asociados a éste último.

3. SALUD Y ENVEJECIMIENTO

La salud de las personas mayores es un tema de gran interés social, económico y humanitario. Al estudiar aspectos que favorecen la salud también se profundiza en aquellos factores que favorecen el envejecimiento activo, lo que supone maximizar los beneficios personales y sociales con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar subjetivo, mientras se minimizan los costes económicos asociados a los cuidados de las personas y al sistema sanitario (OMS, 2002, 2011, 2014, 2015; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2010).

Como señala el Boletín sobre el Envejecimiento publicado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2010), el aumento de la población anciana supone un incremento en el número de personas con problemas de salud física y mental, así como un aumento en la cantidad de mayores dependientes que necesitarán servicios sociales, sanitarios y profesionales. De igual modo explica que estos cambios demográficos también están influyendo en la composición de la estructura familiar; concretamente están incrementando los hogares de una sola persona, en especial entre la población mayor femenina. A partir de esta noción destaca que aunque en los países del sur de Europa es más habitual que los mayores vivan con sus familiares, se percibe un claro incremento de aquellos que viven solos o que se han ido a vivir a residencias o instituciones de la tercera edad al necesitar asistencia y cuidados personalizados. Asimismo señala que al aumentar la tasa de ancianos de más de 80 años, también se incrementa el

número de personas que necesitan cuidados frecuentes e incluso a diario, lo que obliga a las familias y a los servicios profesionales y sanitarios a adaptarse a las nuevas necesidades de esta población.

3.1. La salud en las personas mayores

Tener una buena salud durante el envejecimiento significa tener mayor autonomía, independencia y bienestar. De acuerdo con la OMS (2014), las enfermedades no transmisibles (ENT) son la causa principal de discapacidad, morbilidad y mortalidad de las personas mayores a nivel mundial y van en aumento. Las ENT se conocen como las enfermedades no contagiosas que se caracterizan por ser crónicas, por evolucionar progresivamente y por ser de larga duración. Se identifican cuatro tipos de ENT básicos: cardiovasculares, el cáncer, enfermedades respiratorias y la diabetes. Estas enfermedades pueden afectar a personas de diferentes grupos de edad, sin embargo, se suelen asociar principalmente a mayores de 60 años.

Las ENT tienen un impacto significativo no sólo en la calidad de vida de los mayores, sino también en sus familias y el sistema de salud pública; suponen grandes costes humanos y de recursos sociales (OMS, 2002, 2011). En España, de acuerdo con los resultados obtenidos por los estudios realizados en 2007 por el IMSERSO (2011), el 47% de las personas de más de 65 años manifiesta haber necesitado asistencia de manera regular o cuidados de larga duración en sus últimos diez años de vida por razones de salud. De igual modo, el CSIC (2013) destacó en su informe sobre la salud de los mayores en España, que el 40.7% de las altas hospitalarias corresponden a personas de 65 años y que el 84.1% de los fallecimientos de la población general son ancianos. Asimismo, apuntó que

las causas principales de muerte de los mayores están relacionadas principalmente a problemas circulatorios (107.995) y al cáncer (81.650) (véase la Figura 3.1).

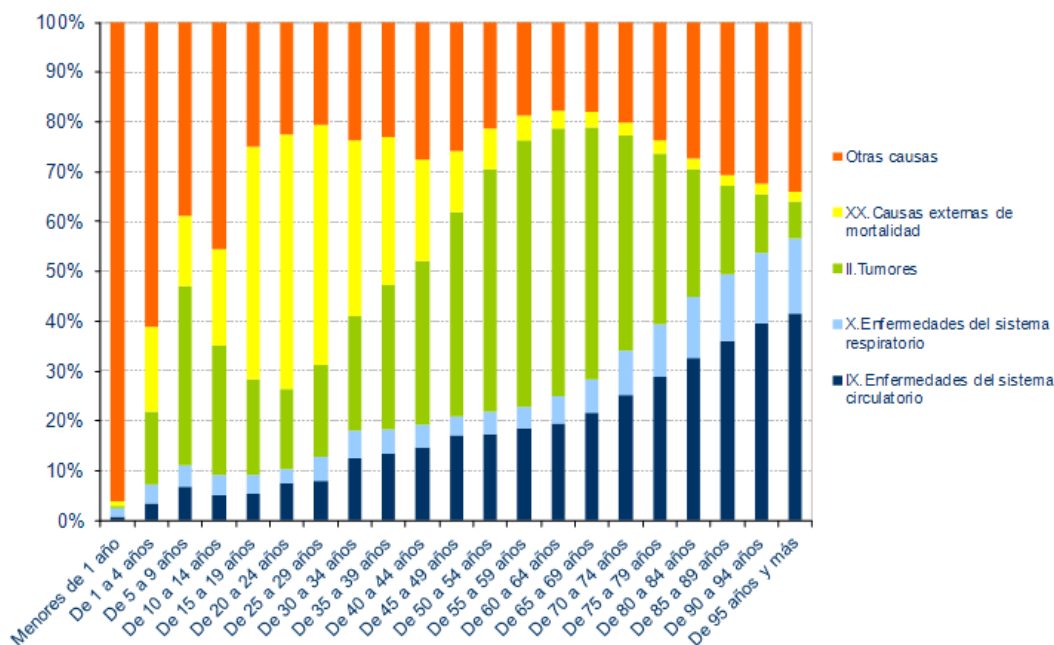


Figura 3.1. Defunción según la causa y el grupo de edad en España 2011 (Tomado del CSIC, 2013, p. 14)

A partir de los datos encontrados se puede concluir que es esencial adoptar medidas sociales, políticas y económicas a nivel global que aseguren una buena salud y bienestar físico, psicológico y social de los mayores.

3.1.1. La salud mental de las personas mayores: factores determinantes

De acuerdo con Volkert, Schulz, Härter, Wlodarczyk y Andreas (2013) y Lang et al. (2010), la depresión y la ansiedad son algunos de los trastornos mentales más habituales afectando entre un 2% y un 25% de las personas mayores de 65 años. Según el estudio meta-analítico de Volkert et al. (2013), tanto la depresión como la ansiedad son un factor

de riesgo al hacerlas más susceptibles de padecer enfermedades crónicas y a ingresar en un centro o residencia. Asimismo, apuntan que uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrentan es la exclusión y el aislamiento, especialmente aquellas que viven solas y tienen problemas de salud o de movilidad. El aislamiento y la exclusión a menudo están asociados a sentimientos de soledad, tienen un impacto negativo en la salud mental y predisponen a la depresión.

Según la OMS (2002, 2011, 2014), dado que la salud mental del mayor está directamente asociada al estilo de vida saludable, identifican los siguientes factores como los principales que determinan una buena salud mental:

Tener un estilo de vida saludable:

Son esenciales llevar a cabo una dieta equilibrada, actividad física y mental, una buena calidad de sueño, así como el tener un consumo moderado de alcohol y el uso apropiado de las medicinas.

Vivir en un medio ambiente seguro:

Un requisito básico de la salud mental y el bienestar es vivir en un espacio adecuado y cómodo; el hogar es un punto de referencia de seguridad. Evitar barreras arquitectónicas y que las necesidades básicas sean cubiertas en el propio entorno en el que se reside (se viva en el propio hogar, en el familiar o en una residencia o institución). Tener acceso a los servicios de salud es igualmente un pilar fundamental para que los mayores se sientan seguros.

Construir redes sociales y participar activamente en la comunidad:

Participar en actividades sociales, como hacer voluntariado, favorece el bienestar de las personas mayores. Aquellas que construyen y mantienen redes sociales tienden a tener

una mejor salud mental que las que están aisladas y carecen de relaciones, pues reciben más apoyo social y sufren menos estrés. Formar parte de actividades y redes sociales ayuda a las personas a sobrellevar y superar momentos difíciles como la viudedad, las pérdidas y las enfermedades. Son medios muy eficaces para disminuir la soledad y el sufrimiento.

Recibir cuidados y apoyo de cuidadores y familiares

Recibir apoyo y ayuda en el caso de que se necesite es un factor importante para la salud mental. La asistencia personalizada, sea a domicilio o en el centro en el que reside favorecerá la calidad de vida, incluso cuando el mayor está convaleciente: sentirse cuidado, seguro y protegido son factores fundamentales para la salud integral del mayor.

3.2. La salud subjetiva

La salud se puede valorar principalmente de dos formas: la salud objetiva y la salud subjetiva. La salud objetiva es la valoración de la salud a partir de los resultados de evaluaciones, pruebas, análisis y diagnósticos médicos respecto a la presencia o ausencia de enfermedades físicas o psicológicas, mientras que la salud subjetiva representa la percepción que una persona tiene respecto su propia salud. Generalmente basa su valoración en su sensación de bienestar o malestar físico y emocional, en la existencia o ausencia de dolor físico y en su conocimiento de alguna enfermedad (CSIC, 2013; Cutler y Grams, 1988, Pinguart, 2001).

La evaluación de la propia salud o salud subjetiva es un tema central en el campo de la gerontología. No sólo está relacionada con las capacidades funcionales y la salud objetiva de las personas mayores, sino también está asociada al uso de los servicios sanitarios y al deterioro funcional físico de los mayores. En el campo de la investigación

científica se considera que valorar la salud subjetiva es una forma rápida, útil y práctica de identificar el estado de salud, así como un método fiable para predecir los posibles problemas de funcionalidad, de discapacidad e incluso de mortalidad en las personas mayores (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He, Muntner, 2005; Leinonen, Heikkinen y Jylha, 2001; Pinguart, 2001). De acuerdo con los estudios de la OCDE (2013), entre el 35-40% de las personas mayores de 65 años declaran que tienen buena salud, una cifra que disminuye en la población femenina.

En el caso de la salud subjetiva de los mayores españoles, el CSIC (2013) destaca en uno de sus informes más recientes sobre el perfil de esta población, que la percepción negativa sobre la propia salud aumenta con la edad y señala que en España existe una diferencia significativa entre la salud subjetiva de las personas mayores y menores de 65 años. Subraya que el 34.3% de mayores de 65 años percibe su salud como buena o muy buena, mientras que el 79.1% de menores de 65 años perciben su salud como buena o muy buena. De igual modo destaca que el sexo es igualmente un factor diferenciador de la salud subjetiva y que los datos señalan que el 39.7% de los hombres valora su salud como buena o muy buena, mientras que el 30.6% de las mujeres considera su salud como buena o muy buena.

Según DeSalvo et al. (2005), existen numerosos estudios que utilizan un solo ítem para valorar la salud subjetiva. Este ítem generalmente consiste en pedir a las personas que valoren su estado de salud general para que respondan entre las siguientes opciones: “muy buena”, “buena”, “regular”, “mala” y “muy mala”. Sin embargo, a pesar de que existen evidencias de que utilizar un solo ítem para valorar la salud subjetiva es fiable, es posible que en ocasiones las personas valoren su salud de forma más negativa de lo que es en realidad. Como señala el estudio meta-analítico de Pinguart (2001), a pesar de que existe

una hipótesis generalizada en las investigaciones que asocian el envejecimiento y la salud negativamente, es decir, que tienen como hipótesis que a mayor edad peor se valora la propia salud, los resultados presentan resultado inconsistentes y heterogéneos. En su análisis explica que es posible que la heterogeneidad esté influida por los criterios en los que se basan las personas a la hora de valorar positiva o negativamente su propia salud. Pinquart identifica cinco criterios básicos:

1) La percepción de la propia salud no está exclusivamente determinada por la salud objetiva, con la edad las personas pueden redefinir su criterio a la hora de evaluar su estado de salud. Por ejemplo, las personas a menudo se comparan con los demás y por tanto su percepción puede estar influida por la salud de otras personas.

2) Las personas mayores pueden atribuir sus problemas físicos a la edad en vez de a problemas de salud.

3) Los mayores pueden compensar algunos problemas de salud, como la pérdida de visión u oído, utilizando medios (gafas o audífonos) disminuyendo la importancia del problema de salud.

4) El instinto de supervivencia puede reducir la percepción de los problemas de salud; aquellas personas con rasgos de la personalidad positivos tienden a percibir su salud de forma más positiva que aquellos que son pesimistas.

5) Las personas con problemas de salud participan menos en las investigaciones gerontológicas, de forma que los resultados estén sesgados.

Las mujeres tienden a valorar su salud más negativamente que los hombres (CSIC, 2013; Pinquart, 2001). Sin embargo, a pesar de que las mujeres suelen padecer más problemas de salud crónicos y tienen una mayor prevalencia de discapacidad que los

hombres, su esperanza de vida es más alta (Leinonen et al., 2001; Spiers, Jagger, Clarke y Arthur, 2003; Oksuzyan, Juel, Vaupel, Christensen, 2008; Wang, Iwasaki, Otani, Hayashi, Miyazaki, Xiao et al., 2005). Por otro lado, cabe destacar que a pesar de que los hombres presentan una salud subjetiva más alta que las mujeres, los estudios indican que las mujeres que valoran positivamente su salud tienen una mejor salud objetiva que los hombres y menos tendencia a sufrir enfermedades crónicas graves en el futuro (Oksuzyan et al., 2008; Spiers et al., 2003).

Según Wang et al. (2005), existe una relación entre el sexo, las características socioeconómicas y la salud subjetiva. Según sus estudios, tanto la disminución de los ingresos económicos para los hombres, como el aislamiento y la falta de apoyo social para las mujeres son factores asociados a una valoración baja de la salud subjetiva. Sin embargo, respecto a la posible relación entre la salud subjetiva y la formación académica, Wang et al. no encontraron una asociación significativa entre las variables. Por otro lado, en la literatura científica a menudo se hace referencia al estudio realizado por Knesebeck, Verde y Dragano (2006). Este estudio exploró la relación entre la educación académica y la salud en 22 países europeos y contaron con una muestra de 36.263 participantes. De acuerdo con los resultados la formación académica es una forma de medir la estratificación social de las personas, pero también podría considerarse un predictor de la salud, bienestar y la calidad de vida; siempre que se encuentre un ajuste entre la ocupación y los ingresos. Igualmente inciden que existen evidencias que confirman la hipótesis de que las diferencias socioeconómicas están asociadas a la morbilidad y la mortalidad. Sin embargo, también explican que esta relación varía dependiendo de cada país y apuntan que es necesario seguir investigando esta temática.

4. EL BIENESTAR EN LAS PERSONAS MAYORES

La felicidad es uno de temas más tratados, estudiados y analizados en el campo de la psicología. Identificar y entender los pilares en los que se apoya el concepto de felicidad o bienestar es beneficioso porque no sólo ayuda a saber qué factores influyen en el buen desarrollo emocional, sino también a entender cuales influyen en la buena salud física, la forma de ser y los rasgos de personalidad, la forma de percibir la vida, cómo y por qué se toman determinadas decisiones, cómo afectan a las relaciones sociales y, el efecto que puede tener en el rendimiento laboral y académico. Entender qué es y qué significa sentir bienestar ayuda a comprender los procesos, las dinámicas y los factores influyentes por los cuales las personas consiguen ser felices. Es decir, dependiendo de si una persona se considera a sí misma feliz y satisfecha con su vida en general o no, existirá o no un efecto determinado, tanto a nivel individual como a nivel grupal, en sus pensamientos, sentimientos y en su comportamiento (Argyle, 2011; Diener et al., 2015; García Martín, 2002; Hervás y Vázquez, 2013; Luhmann, Hofmann, Eid y Lucas, 2012; Shankar, Rafnsson y Steptoe, 2015; Stanton, 2007; Seligman, 2003; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Vázquez y Hervás, 2014a y 2014b).

A la hora de investigar la felicidad es conveniente especificar y definir lo mejor posible los conceptos estudiados, y tener en cuenta que el concepto de felicidad o bienestar

tiene varias acepciones y puede ser a veces un concepto ambiguo. De manera que cuando la felicidad es objeto de investigaciones científicas es posible que sea más conveniente concretar algunos términos para disminuir o evitar posibles malinterpretaciones respecto al componente que se está estudiando. Como señalan Vázquez y Hervás (2014a), utilizar términos como bienestar subjetivo o bienestar psicológico o niveles de satisfacción con la vida en general en vez de felicidad puede que ayude a disminuir algunas controversias, a pesar de que en la actualidad aún sigue habiendo muchos debates sobre el término que se debe utilizar en el campo científico. De manera que a partir de este momento en el presente trabajo de investigación se utilizarán términos como bienestar o bienestar subjetivo en vez de felicidad.

4.1. Definición y concepto de bienestar subjetivo

El bienestar es un concepto que empezó siendo estudiado en el campo de la filosofía desde la época de la antigüedad. Fueron las reflexiones y teorías de Sócrates, Platón y Aristóteles las que más influyeron en el concepto que existe hoy día. Por ejemplo, Aristóteles, se refería a esta noción como el “bien supremo” y la finalidad primordial del ser humano. Consideraba el bienestar como lo más deseado y que el ser humano actuaba principalmente con el fin de conseguirlo. Su visión, desarrollada en su obra *Ética a Nicómaco* en 350 A.C., sostiene que el bienestar se genera a través de las acciones y no de las posesiones, y pensaba que las personas satisfechas con su vida en general vivían mejor. Para la mayoría de los filósofos de la antigüedad el bienestar era aquello a lo que aspiraban las personas y estaba asociada a la moralidad, al buen carácter y al desarrollo de las virtudes humanas. Sin embargo, con el tiempo y la influencia de la religión judeocristiana, esta percepción fue cambiando. Se consideró que el bienestar no sólo estaba influido por

los rasgos y las virtudes propias del ser humano, sino también por la capacidad para seguir y obedecer las normas divinas impuestas (García Martín, 2002; Stanton, 2007).

En la actualidad, en el campo de la psicología, el concepto de bienestar tiene dos perspectivas básicas: la hedónica (afectiva) y la eudaimónica (cognitiva). La hedónica se interesa por el estudio de la satisfacción con la vida, el balance de afectos positivos y negativos, y el bienestar subjetivo. En cambio, la eudaimónica se interesa por los factores que influyen en la persona a la hora de afrontar los retos vitales y conseguir sus objetivos; se centra principalmente en el desarrollo personal y el sentido de autonomía desde un punto de vista cognitivo (Dolan, Layard y Metcalfe, 2011; Hervás y Vázquez, 2013; Ryan y Deci, 2001; Shankar et al. 2015; Waterman, 2008). A partir de esta premisa, los estudios sostienen que cuando una persona experimenta un alto nivel de bienestar desde un punto de vista eudaimónico, generalmente éste va acompañado de un estado de bienestar hedónico, sin embargo, es posible que lo contrario no ocurra. Por lo tanto, a la hora de medir el bienestar es imprescindible que, por un lado, se identifique previamente si existe algún deterioro o enfermedad mental, y por otro, incluir valoraciones que midan aspectos hedónicos y eudaimónicos (Hervás y Vázquez, 2013; Ryan y Huta, 2009; Waterman, 2008).

En el campo de la psicología, la literatura científica destaca el trabajo de Argyle (1993, 1996, 2011) como uno de los principales teóricos sobre el bienestar subjetivo. Según Argyle, es esencial estudiar el bienestar subjetivo a partir de la noción de que este constructo tiene el papel más importante en el estudio de la calidad de vida: “Son varios los movimientos que han estado relacionando el bienestar subjetivo con la calidad de vida. Por ejemplo, los economistas del desarrollo miden la calidad de vida de los países en vías de desarrollo por su renta per cápita, porcentaje de empleados, longevidad y educación. La psicología puede añadir otra medida, el bienestar subjetivo. No es “puedo hacer a las

personas más ricas”, si no ¿qué las hace más felices?” (Argyle, 1993, p.5). Sin embargo, señala que para estudiar este constructo, antes es esencial definir bienestar subjetivo y los factores que influyen en el mismo.

Existen numerosas teorías y conceptualizaciones que intentan definir el bienestar subjetivo. Para algunos teóricos este concepto comprende diferentes elementos asociados al ámbito afectivo y evaluativo, mientras que para otros se define como la suma de momentos agradables y la evitación del dolor (Bradburn, 1969; Diener, 1984; Faruk, 2008; Kahneman, Diener y Schwarz, 1999; Peterson y Seligman, 2005; Ryan y Deci, 2001; Seligman, 2003; Vázquez y Hervás, 2014a). A pesar de que el bienestar subjetivo se ha intentado definir a lo largo de los años y no se encuentran en la literatura definiciones explícitas, la mayoría de los autores coinciden en que el bienestar subjetivo se define como el análisis y la evaluación que una persona hace de su propia vida tanto en términos emocionales como cognitivos (Seligman 1991, 2003; Diener y Diener, 1995; Diener, 2006; Luhmann et al., 2012; Veenhoven, 1984; Peterson y Seligman, 2005; Vázquez y Hervás, 2014). Por un lado, el componente cognitivo es la evaluación de la propia vida de acuerdo con los propios valores y esquemas. Por el otro, el componente emocional es el balance que se hace entre los afectos positivos y negativos sobre la propia vida. Esta definición se tomará como pilar principal del concepto de bienestar subjetivo para este trabajo de investigación, y a partir de la cual se presentarán a continuación las conceptualizaciones definidas originalmente por Diener (2006) y resumidas en el trabajo de Vázquez y Hervás (2014a, p. 18):

1. Bienestar subjetivo: Término general que incluye tanto elementos reflexivos o valorativos, como reacciones y estados emocionales (tristeza, gozo) experimentados en la vida.

2. **Satisfacción con la vida:** Representa un juicio sobre cómo se considera la propia vida en su totalidad. Es una medida fundamentalmente cognitiva o evaluativa. Muchos estudios transculturales utilizan este tipo de indicador para hacer comparaciones de “satisfacción vital” entre países.
3. **Áreas de satisfacción:** Además de satisfacción con la vida, se puede utilizar medidas específicas sobre la satisfacción en diversas áreas (salud, familia, relaciones sociales, etc.), pues pueden tener valoraciones distintas.
4. **Afecto positivo:** Incluye estados de ánimo y emociones diversas con un contenido subjetivo agradable (alegría, cariño, gozo, etc.) al reflejar reacciones ante condiciones o sucesos que informan positivamente sobre la vida. Las diferentes clasificaciones de los estados anímicos y el afecto positivo incluyen estados de baja activación (sentirse contento), activación moderada (placer) y activación elevada (euforia). También pueden clasificarse en función de si constituyen reacciones positivas ante los demás (cariño), ante determinadas actividades (interés, dedicación) o de reacciones o estados de ánimo positivos generales (alegría).
5. **Afecto negativo:** Incluye emociones y estados de ánimo con un contenido subjetivo desagradable (ira, tristeza, etc.) y expresan reacciones negativas de las personas sobre sus vidas, otras personas o circunstancias. A pesar de cumplir una función importante, una intensidad, duración o frecuencia elevadas pueden ser una señal de que la vida no marcha bien y comprometer el bienestar.
6. **Placer:** Estado subjetivo agradable (saciedad, gratificación) que normalmente produce una recompensa automática y que suele corregir una necesidad del organismo (sed, frío). A menudo se acompaña de emociones positivas.

7. Emociones positivas: Tendencias de respuesta con múltiples componentes (experiencia subjetiva placentera, expresión facial, cambios fisiológicos) que suelen desarrollarse durante una ventana temporal limitada. Casi siempre incluyen algún tipo de valoración, consciente o no, de algún suceso antecedente, lo que desencadena esa serie de componentes que son bastante efímeros.
8. Estados de ánimo positivo: A diferencia de las emociones, son menos transitorios y menos intensos (carecen de componentes experienciales y psicofisiológicos marcados) y no suelen estar ligados a ninguna circunstancia concreta con significado personal, sino que están más incorporados a la experiencia rutinaria y configuran una especie de telón de fondo afectivo de nuestra vida cotidiana.
9. Calidad de vida: Es un término más cercano a la Economía y a la Medicina. Hace referencia al grado en que una persona considera su vida como deseable o no y habitualmente se emplea en estudios que hacen referencia a condiciones externas (vivienda, ingresos económicos, acceso a infraestructuras, urbanismo, salud, etc.). No obstante, con frecuencia, los indicadores y las medidas modernas de calidad de vida suelen incluir aspectos psicológicos (percepción de las condiciones de vida, satisfacción vital, etc.).

Los estudios que se centran en identificar los determinantes más generales del bienestar subjetivo han encontrado que las variables sociodemográficas tienen igualmente un papel muy importante a la hora de valorar el propio bienestar (Diener, 1984; Heckhausen y Brim, 1997; Luhmann et al., 2012; Montorio e Izal 1992; Seligman, 2003; Smith y Baltes, 1997). Por ejemplo, en el caso de las personas mayores se ha identificado que tanto el estado socioeconómico como el estado de salud, la forma de ser, el nivel de

estudios y la situación laboral pueden ser uno de los predictores más consistentes a la hora de valorar el bienestar (Argyle, 1997; DeNeve y Cooper, 1998; Diener et al., 1999; Diener et al., 2015; Valdes y Rodríguez, 2003; Willits y Crider, 1988). De igual modo, los investigadores se han interesado en las últimas décadas en estudiar algunos componentes más concretos asociados al bienestar subjetivo como el apoyo y la actividad social, los recursos personales, las estrategias de afrontamientos, los acontecimientos cotidianos y los cambios vitales (DeNeve y Cooper, 1998; Diener, 1996; Diener, 2006; Diener y Fujita, 1995; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). Por ejemplo, Luhmann et al. (2012) realizaron un estudio meta-analítico sobre el efecto que pueden tener los acontecimientos vitales en el bienestar subjetivo, y según sus análisis, se pueden encontrar estudios en la literatura científica que indican que tener experiencias como contraer matrimonio, divorciarse, perder el trabajo o encontrar uno, pueden tener un importante efecto en el bienestar de las personas. Sin embargo, apuntan que éstos tienen un efecto temporal en el bienestar subjetivo, ya que con el paso del tiempo las personas se adaptan a sus nuevas circunstancias y vuelven a su estado natural de bienestar general. A raíz de los resultados, Luhmann et al. consideraron importante explorar si los acontecimientos relevantes de la vida tienen un efecto diferente en el bienestar subjetivo a nivel afectivo y cognitivo.

De acuerdo con Luhmann et al (2012), el bienestar subjetivo está asociado a qué piensan y cómo se sienten las personas con respecto a su propia vida. Este concepto es muy amplio y puede dividirse en dos componentes básicos: El bienestar subjetivo afectivo y el bienestar subjetivo cognitivo. Por un lado, el bienestar afectivo se refiere a la presencia de afectos placenteros y positivos, así como a la ausencia de afectos negativos. Por otro lado, el bienestar cognitivo, hace referencia a la evaluación cognitiva de la vida en general (la satisfacción con la vida en general). Ambos constructos son diferentes y varían en su estabilidad y variabilidad en el tiempo. Por ejemplo, de acuerdo con los estudios

analizados por estos investigadores, la asociación entre los ingresos económicos y el bienestar afectivo es menos significativa que la asociación entre los ingresos y el bienestar cognitivo. Por lo tanto, es posible concluir que las diferentes circunstancias en la vida tienen efectos diferentes en el bienestar afectivo y cognitivo, ya que el bienestar afectivo puede considerarse como un sistema que monitoriza las emociones frente a los objetivos de la vida; es un mecanismo adaptativo que favorece la adaptación a nuevas circunstancias vitales, mientras que el bienestar cognitivo es un sistema evaluativo y automático. De manera que la persona que ha perdido su empleo puede tener un bienestar subjetivo cognitivo bajo, mientras que su bienestar afectivo en el día a día no varía de manera significativa.

Para su estudio meta-analítico, Luhmann et al. (2012) revisaron 188 publicaciones con 313 muestras que incluían un total de 65,911 participantes. Identificaron reacciones y procesos adaptativos de diferentes acontecimientos vitales asociados a la vida familiar (matrimonio, divorcio, duelo y nacimiento de un hijo), así como las reacciones y procesos adaptativos a experiencias vitales asociadas a la vida laboral (desempleo, empleo, jubilación y relocalización/migración). De acuerdo con su análisis la mayoría de los estudios transversales apoyaban la noción de que los acontecimientos vitales no tienen un efecto duradero en el bienestar subjetivo. Sin embargo, destacaron que en los estudios longitudinales los resultados son diferentes. En éstos encontraron que los acontecimientos vitales sí pueden tener un efecto a largo plazo y que el efecto variaba según la experiencia vital. Por ejemplo, encontraron que la reacción inicial al matrimonio era positiva, pero que con el tiempo y al cabo de dos años aproximadamente, las personas se adaptaban al cambio de vida (pasar de estar soltero a estar casado) y su reacción inicial volvía a un estado de homeostasis. En cambio, el proceso de adaptación para eventos negativos como viudedad o divorcio era más lento. Por otro lado, también explicaron que en los casos de desempleo,

las personas que perdían el trabajo puntuaban por debajo del nivel de referencia en bienestar subjetivo incluso al poco tiempo de encontrar un nuevo empleo, concluyendo que el estado de desempleo a largo plazo o la pérdida del empleo recurrente afectaban al bienestar subjetivo. Por lo tanto, Luhmann et al. concluyeron que los acontecimientos vitales sí pueden tener un fuerte impacto en el bienestar subjetivo cognitivo y afectivo ya que sus efectos dependen de las experiencias vividas a lo largo de la vida.

Con todo, Hervás y Vázquez (2013) señalan que a pesar del acuerdo general en la literatura científica de que es esencial tener en cuenta los aspectos hedónicos y eudaimónicos a la hora de medir el bienestar, también es importante tener en cuenta si en el momento de evaluar el bienestar las personas valoran este constructo en base a recuerdos del pasado o a su estado de bienestar en el presente. Declaran que “la mayoría de los instrumentos que miden bienestar se centran en aspectos del pasado, en los recuerdos, y aunque aporta información útil y relevante sobre el bienestar del individuo, es posible que existan sesgos respecto a la memoria, personalidad, cultura y otras condiciones personales” (2013, p.2). Por lo tanto, además de analizar el “bienestar recordado” (*remembered well-being*), sugieren explorar igualmente el “bienestar experimentado” (*experienced well-being*), el cual evalúa el estado afectivo de las personas en tiempo real o en el presente. De esta forma explican que se puede estudiar el bienestar de las personas a pesar de las diferencias culturales o personales. Como ejemplo, Hervás y Vázquez destacan el estudio transcultural de Oishi (2002), en el que comparó los informes sobre el bienestar entre americanos, asiáticos y europeos y encontró, que a pesar de no haber diferencias culturales en bienestar experimentado, si encontró diferencias significativas respecto al bienestar recordado. Luego, el bienestar experimentado y el recordado se complementan a la hora de medir el bienestar en las personas.

En conclusión, como señala Hervás y Vázquez (2013), sentirse satisfecho con la vida puede estar determinado por el momento situacional en la que se encuentra una persona, por los rasgos de la personalidad, el sistema de creencias y condiciones de la vida. De igual modo puede estar determinado por la valoración personal positiva de la propia vida en general, desde estar conforme y contento con la historia personal pasada, así como estar conforme y satisfecho con la situación actual y la visión del futuro; ambas implican una valoración autobiográfica positiva.

4.2. Variables ambientales que influyen sobre el bienestar subjetivo

Las variables ambientales tienen un gran peso sobre el sentimiento de bienestar de las personas. Es importante estudiarlas e identificarlas porque en algunos casos pueden ser modificables. Es decir, que si se tratan, puede existir la posibilidad de crear sociedades más felices (Argyle, 2011; Diener, 1984; Diener, Sandvik, Seidlitz, Diener, 1993; Diener, 2006; Hervás y Vázquez (2013). Existen numerosos estudios empíricos y longitudinales (Carmel, 2015; Conradsson, Rosendahl, Littbrand, Gustafson, Olofson y Lövheim, 2013; Fuller-Iglesias, 2015; Jivraj, Nazroo, Vanhouette y Chandola, 2014; Ramsey y Gentzler, 2014; Rouch, Achour, Roche, Castro, Laurent, Ntougou et al. 2014; Sadler, Miller, Christensen y McGue, 2011; Shankar et al., 2015; St.John, Mackenzie y Menec, 2015; Von Humoldt, Leal y Pimenta, 2014; Vahía, Meeks, Thompson, Depp, Ziolkowski, Blachnio y Pachalska, 2015; Zisook, Allison, Judd y Jeste, 2010) que han investigado sobre los factores ambientales que influyen en el bienestar subjetivo y que han encontrado una relación entre las variables: trabajo, empleo, ocio, relaciones sociales, el dinero, el nivel socioeconómico y, los acontecimientos y experiencias vitales. A continuación se explican de forma resumida dichos factores ambientales según el estudio de Argyle (2011):

1. El trabajo:

Las personas con trabajo sienten más bienestar que aquellas sin trabajo, aunque éstas últimas reciban de forma regular un ingreso o no tengan dificultades económicas. Sentir satisfacción en el trabajo depende en gran parte de las relaciones con los compañeros, del salario, la seguridad del empleo, las perspectivas de promoción, el tipo de trabajo que se lleva a cabo, de que se reciba o no reconocimiento por el trabajo realizado y del interés que se tenga en el mismo si éstas han elegido voluntariamente jubilarse, tienen buena salud y una buena situación económica, así como llevan a cabo actividades de su interés o forman parte de grupos de ocio o voluntariado, el hecho de no trabajar no es necesariamente un motivo de malestar psicológico o bajo nivel de bienestar subjetivo.

2. El ocio:

El bienestar está relacionado con el nivel de satisfacción en las actividades de ocio asociadas a hacer algún tipo de ejercicio físico, leer, ir al cine o cualquier actividad que suponga pasar un rato agradable y produzca sentimientos positivos. Las personas que tienen la posibilidad de dedicar parte de su tiempo a actividades de ocio, se sienten mejor que aquellas que no tienen tiempo para ello. En el caso de las personas jubiladas el ocio es un factor importante ya que éstos tienen más tiempo para sí mismos que aquellas que no están jubiladas. Sin embargo, cabe destacar que la actividad elegida está asociada a la capacidad física y a la movilidad, por lo tanto para las personas mayores estos factores determinarán igualmente el bienestar.

3. Las relaciones sociales:

Una importante fuente de bienestar son las relaciones sociales, especialmente aquellas asociadas a las relaciones afectivas más cercanas como las familiares, de pareja y de amistad.

4. El dinero y el nivel socioeconómico:

En relación a la situación económica existe una tendencia la clasificación de las personas según la educación académica recibida, el lugar de residencia, el status profesional, el sueldo y el estilo de vida. Los ingresos y el nivel socioeconómico tienen un efecto importante en el bienestar de las personas, especialmente en aquellas que tienden a compararse con los demás o que sufren dificultades económicas.

5. Los acontecimientos y las experiencias vitales:

A partir de la premisa de que los acontecimientos negativos y estresantes están asociados al sentimiento de malestar, y los positivos influyen y pueden producir sentimientos agradables y de bienestar, la frecuencia de los momentos positivos tiene una relación más significativa con los afectos positivos, que la intensidad del sentimiento positivo respecto al acontecimiento. En otras palabras, la intensidad no tiene tanto efecto sobre el bienestar como la frecuencia de la experiencia positiva.

4.3. Antecedentes y estado de la cuestión sobre el bienestar subjetivo

Según Stanton (2007), uno de los primeros estudios que se hicieron con un enfoque científico para medir el bienestar subjetivo fue realizado por el Instituto de Investigación para el Desarrollo Social de las Naciones Unidas en 1966. En este estudio se investigó el índice de nivel de vida de veinte países que incluía variables asociadas a las necesidades físicas como la alimentación, la salud y vivienda, así como el ingreso económico y las necesidades culturales relacionadas con la formación académica y el ocio. Después, en 1976, la Organización Internacional del Trabajo comenzó a publicar trabajos sobre la importancia de las necesidades básicas en el desarrollo de la humanidad y su influencia en

el bienestar de las personas. Fue a partir del interés que suscitaron estos estudios que se introdujo en el campo de la psicología el término Abstractos Psicológicos Internacionales (*Psychological Abstracts International*) para describir el concepto de bienestar. Sin embargo, dado que este término tenía un carácter confuso y connotaciones filosóficas se optó por un término diferente y más claro: “bien-estar personal” (*well-being*) o “satisfacción con la vida”. Según García Martín (2002), fueron Andrews y Withey (1976) y Lawton (1983) quienes se centraron en la satisfacción con la vida y la calidad de vida con un enfoque psicológico. Pero después fue Lawton quien incidió en que el bienestar psicológico comprende factores como tener una buena salud mental y física, tener relaciones interpersonales positivas, conseguir los propios objetivos vitales, tener un buen estado de ánimo y sentirse útil y satisfecho con la familia, los amigos, el trabajo y con uno mismo.

En un principio, las investigaciones sobre el bienestar personal se centraron en aspectos externos a la persona y se analizaban los factores que favorecían el bienestar objetivo (*welfare*) adoptando el término “nivel de vida” para referirse a factores centrados en los aspectos exclusivamente económicos y teniendo como marco de referencia el *estado de bienestar* (*Welfare State*). El concepto de estado de bienestar dio lugar en la década de los setenta al estudio de lo que después se denominó “calidad de vida”, y no fue hasta 1974 que se creó la Revista especializada en el estudio del bienestar personal y calidad de vida *Social Indicators Research*, que en un principio tenía una orientación principalmente económica. A partir de este momento se realizaron estudios a nivel global en diferentes países en el que se pasaban encuestas de forma periódica, como por ejemplo, la Encuesta Social General en los Estados Unidos o el semestral Eurobarómetro, creando informes socioeconómicos que además de incluir el estado económico y las condiciones del entorno de las personas, también incluyeron indicadores de calidad de vida asociados a la salud, al

empleo y a la vivienda. Fue a partir de estos estudios que el concepto de calidad de vida se relacionó con los conceptos de bienestar social y el bienestar económico (Duncan, 1969; Fuentes y Rojas, 2001; García Martín, 2002).

En 1990 las Naciones Unidas creó el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas (*The United Nations Development Program*) que se dedicaba a medir y analizar el desarrollo, la evolución y el progreso del bienestar humano a nivel global. Para ello creó el Índice de Desarrollo Humano (*Human Development Index*) que tiene como objetivo intentar averiguar y comprender qué factores influyen en el bienestar de las personas. Este índice aporta información y datos específicos asociados a indicadores sobre el bienestar de las personas, además de instrumentos utilizados por los diferentes gobiernos e investigadores para medir y comparar este constructo (McGillivray y Noorbakhsh, 2004; Stanton, 2007). Pero no ha sido hasta hace algunos años que se ha estudiado el concepto de bienestar personal de manera sistemática (Stanton, 2007).

De acuerdo con los estudios de Diener et al. (2015), García Martín (2002) y Steptoe (2015), en la literatura se puede encontrar estudios en los que se analizan las variables asociadas con el bienestar humano y los correlatos demográficos, llevando a investigar factores como la edad, el sexo, el estado civil, el nivel económico y la salud. Por ejemplo, según Diener et al. en el 2000 Diener propuso realizar un estudio a nivel global en el que se evaluara el bienestar subjetivo de los distintos países con el fin de proporcionar información a los diferentes sistemas gubernamentales respecto al estado de bienestar y la calidad de vida de sus ciudadanos. Y a partir de su estudio, en 2006 publicó una guía con pautas e indicadores para evaluar el bienestar de la población (*Guidelines for National Indicators of Subjective Well-Being and Ill-Being*). En 2009 el Programa de Desarrollo de las Naciones Unidas incluyó un informe sobre el bienestar subjetivo en el mundo y en

2013 la Academia Nacional de las Ciencias de los Estados Unidos emitió un informe aprobando la evaluación del bienestar subjetivo. En ese mismo año la OCDE emitió una guía oficial para implementar las medidas evaluativas para medir el bienestar subjetivo a nivel nacional, un paso muy importante dado que la OECD ayuda a colaborar y publicar datos estadísticos en la mayoría de los países desarrollados (Diener et al. 2015).

De acuerdo con Diener et al. (2015), en la actualidad se están llevando a cabo estudios socioeconómicos y demográficos en diferentes países y a nivel nacional que incluyen evaluar el bienestar subjetivo de las personas (Véase la Tabla 4.1). Según explica, con base en los resultados de las investigaciones empíricas realizadas en los últimos años, algunas características que predicen altos niveles de bienestar subjetivo en los países incluyen: tener un sistema político, económico, sanitario, laboral y social estable, fiable, seguro, efectivo y democrático.

Tabla 4.1. Países en los que se ha evaluado el bienestar subjetivo (Adaptado de Diener et al. 2015, p.235).

Australia	Estonia	Lituania
Austria	España	Luxemburgo
Bélgica	Eslovaquia	Malta
Finlandia	Eslovenia	Méjico
Iceland	Francia	Nueva Zelanda
Bhutan	Alemania	Polonia
Bulgaria	Hungría	Suiza
Canadá	Irlanda	Suecia
Chile	Italia	Portugal
China	Japón	Reino Unido
Croacia	Latvia	República Checa
Chipre	Lichtenstein	Rumanía
Corea del Sur	Holanda	USA
Dinamarca	Noruega	

Por otro lado, la literatura a menudo hace referencia a un estudio de gran relevancia que se está llevando a cabo en la actualidad denominado el Índice de Bienestar de Gallup (*Gallup-Healthways Wellbeing Index Poll*). Éste publicó en 2015 sus últimos resultados sobre el bienestar a nivel mundial (Gallup-Healthways, 2015). Este estudio incluye más de 146.000 encuestas en 145 países a personas a partir de los 15 años de edad y estudia distintos ámbitos: sociales, económicos, físicos, comunitarios y objetivos personales. La encuesta para el estudio se realizó telefónicamente y personalmente entre el 1 de enero de 2014 hasta el 31 de diciembre del mismo año. De acuerdo con los resultados también se encontró que las personas con un nivel de bienestar alto tienden a ser más productivos y resilientes frente a la adversidad, a contribuir con el éxito de sus comunidades y organizaciones, y a efectuar menos gastos en el sistema sanitario. Asimismo señaló que el país con el mayor nivel de bienestar era Panamá y el de menor nivel era Afganistán. En cuanto al bienestar de la población española, los resultados del estudio indicaron que España se encuentra en la posición 55 de los 145 países participantes.

Como conclusión, medir el bienestar subjetivo no sólo proporciona información sobre el estado de bienestar y económico de las personas. Además, está relacionada con la productividad laboral, las relaciones sociales, la salud y la longevidad (Diener et al., 2015; Steptoe et al., 2015).

4.4. El bienestar subjetivo en el marco de la Psicología Positiva

A lo largo de la historia de la psicología, las investigaciones se han centrado más en los trastornos mentales y dificultades de las personas en vez de potenciar sus características positivas y fortalezas. En otras palabras, se ha estudiado más las emociones negativas

como la ansiedad y la depresión, que las habilidades y aspectos positivos como las fortalezas personales que ayudan a las personas a conseguir sus objetivos (Diener et al., 2015; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, 2003; Vázquez y Hervás, 2014).

No fue hasta finales del siglo XX cuando Martin Seligman (1991, 1994), uno de los fundadores de la Psicología Positiva, propuso centrar los estudios de psicología en el constructo optimismo y las cualidades humanas que ayudaban a las personas a afrontar la adversidad, los conflictos y los cambios de la vida. De ahí surgió la Psicología Positiva, que no sólo tiene como objetivo solucionar los problemas, sino también trabaja para intentar desarrollar y potenciar las habilidades y las virtudes de las personas para mejorar la calidad de vida y lograr un mayor bienestar (Vázquez y Hervás, 2014).

La psicología positiva ha tenido, y tiene, un papel muy importante en el campo de la investigación científica sobre el bienestar subjetivo, por lo tanto se considera esencial explicarlo brevemente. Como señala Seligman (1991, 2003), el bienestar surge a partir de la valoración subjetiva positiva de la calidad de vida. Es decir, una persona tiene un alto bienestar subjetivo cuando evalúa de manera positiva su vida en general. En cambio, cuando una persona siente que de forma global experimenta frecuentemente emociones negativas como depresión o ansiedad y, se siente insatisfecha con su vida en general, se considera que tiene un bajo nivel de bienestar subjetivo. En base a esta idea y a los estudios empíricos realizados en el campo de la psicología científica de la Psicología Positiva se creó el proyecto Valores en Acción (*Values in Action*, VIA).

El proyecto VIA fue creado en 1999 por un equipo que incluía a los investigadores Donald Clifton, Mihaly Csikszentmihalyi, Ed Diener, Kathleen Hall Jamieson, Robert Nozick, Daniel Robirson, Martín Seligman y George Vallient y al que se unieron posteriormente Christopher Peterson, Nansook Park y Katherine Dahlsgaard. De acuerdo

con sus estudios, el bienestar subjetivo se define como la evaluación y valoración global que hace una persona sobre su vida en general en términos cognitivos y emocionales. A partir de esta premisa, los investigadores señalaron que los rasgos de la personalidad (extroversión, sentido del humor, autoestima y optimismo) también juegan un papel muy importante en el bienestar subjetivo, así como la tendencia a atribuir los sucesos positivos o negativos de la vida como causas externas o internas del individuo; las personas que piensan que tienen control interno sobre los acontecimientos tienden a ser más felices que aquellas que sienten que no tienen control sobre sus circunstancias (Seligman, 2003, Vázquez y Hervás, 2014).

Desde la perspectiva de la Psicología Positiva, el bienestar subjetivo tiene un carácter global que se apoya sobre la valoración de la propia experiencia vital en todas las áreas de la vida (Bradburn, 1969; Diener, 1994; Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999; Seligman, 2003; Vázquez y Hervás, 2014a). Al hacer una valoración sobre el propio bienestar subjetivo, ésta influye en la predominación de los aspectos positivos sobre los negativos, así como en el bajo nivel o la ausencia de experiencias y aspectos negativos. Fue a partir de esta noción que Peterson y Seligman (2005) crearon la clasificación de las virtudes y las fortalezas con sus definiciones y conceptualizaciones correspondientes para que pudieran utilizarse como marco para investigar los rasgos positivos del ser humano.

4.5. La clasificación de las virtudes y las fortalezas la Psicología Positiva

Para la creación de la clasificación de las virtudes y las fortalezas Peterson y Seligman (2005) diseñaron medidas para realizar estudios transculturales. En 2004 lo que comenzó como una clasificación provisional, pasó a ser un trabajo monográfico en el que

se describía la clasificación de cada una de las virtudes y fortalezas del ser humano (Peterson, 2006; Park y Peterson 2006; Seligman, y Csikszentmihalyi, 2000; Vázquez y Hervás, 2014).

Según la psicología positiva, el bienestar subjetivo se fundamenta en seis virtudes fundamentales, de las cuales se identifican veinticuatro fortalezas del carácter. Para la clasificación de las virtudes y las fortalezas, primero se tuvieron que definir y entender los conceptos de virtud y carácter. Por un lado, se definió virtud como “una de las características más valoradas y consideradas universales del ser humano que comprende una predisposición a actuar, desear y sentir moralmente y lleva a la excelencia humana” (Vázquez y Hervás, 2014, p.185). Y por otro lado, se definió carácter, según la definición de Baumirnd de 1998, como “la personalidad evaluada y el conjunto completo de rasgos positivos que han emergido a través de las culturas y a través de la historia como importantes para la buena vida” (Vázquez y Hervás, 2014, p. 185). Las fortalezas del carácter son los componentes psicológicos que definen las virtudes, unos rasgos de la personalidad que tienen un valor moral. Por lo tanto, el buen carácter se define como una fortaleza que se manifiesta a través del comportamiento, los pensamientos y los sentimientos, que no sólo es cuantificables, sino también maleable e influenciabile (Peterson y Seligman, 2005; Vázquez y Hervás, 2014)

A continuación se identifican y se clasifican el conjunto de virtudes reconocidas en diferentes culturas a nivel global (véase la Tabla 4.2):

Tabla 4.2. Virtudes (Adaptado de Peterson y Seligman, 2005)

Sabiduría y conocimiento: Fortalezas cognitivas que se basan en la capacidad del individuo para adquirir y usar el conocimiento.

Coraje: Fortalezas emocionales que requieren el ejercicio de voluntad individual necesario para lograr metas a pesar de los obstáculos, ya sean éstos externos o internos.

Humanidad: Fortalezas interpersonales que se basan en el cuidar y hacerse cercano a los demás.

Justicia: Fortalezas cívicas que sustentan una vida social saludable entre los individuos.

Contención: Fortalezas que protegen al individuo frente a los excesos.

Trascendencia: Fortalezas que construyen conexiones con el universo que nos rodea y proporciona sentido a la vida individual.

Una vez identificadas las seis virtudes principales, Peterson y Seligman (2005) clasificaron cada una de las fortalezas en cada virtud correspondiente (véase la Tabla 4.3).

Tabla 4.3. Virtudes con sus fortalezas correspondientes (tomado de Vázquez y Hervás, 2014, p. 190)

Sabiduría y conocimiento

Creatividad: pensar en formas nuevas y productivas de hacer las cosas

Curiosidad: tener interés sobre todas las experiencias que están teniendo lugar

Apertura de mente: pensar en las cosas con profundidad y desde todos los ángulos

Amor al aprendizaje: buscar el desarrollo de nuevas destrezas, temas y cuerpos de conocimiento

Perspectiva: ser capaz de proporcionar sabios consejos para otros

Coraje

Autenticidad: decir la verdad y presentarse a uno mismo de una forma genuina

Valor: no amedrentarse ante la amenaza, el desafío, la dificultad o el dolor

Persistencia: finalizar lo que uno empieza

Vitalidad: acercarse a la vida con excitación y energía

Humanidad

Bondad: hacer favores y ayudar a los demás

Amor: valorar las relaciones cercanas con los demás

Inteligencia social: ser consciente de los motivos y sentimientos de uno mismo y los demás

Tabla 4.3. Virtudes con sus fortalezas correspondientes (tomado de Vázquez y Hervás, 2014, p. 190)

Justicia

Justicia: tratar a todo el mundo de la misma forma de acuerdo a las nociones de justicia y equidad

Liderazgo: organizar actividades de grupo y conseguir que sucedan

Trabajo en equipo: trabajar bien como miembro de un grupo o equipo

Contención

Capacidad de perdonar: perdonar a aquellos que nos han hecho daño

Modestia: dejar que los logros propios hablen por sí mismos

Decir cosas de las que luego uno se podría arrepentir

Autorregulación: regular lo que uno siente y hace

Trascendencia

Apreciación de la belleza y la excelencia: percibir y apreciar la belleza, la excelencia o la destreza en todos los ámbitos de la vida.

Gratitud: ser consciente y agradecido de las buenas cosas que suceden

Esperanza: esperar lo mejor y trabajar para lograrlo

Humor: gusto por la risa y la broma; generar sonrisas en los demás.

Religiosidad: tener creencias coherentes sobre un propósito más alto y un sentido de la vida.

4.6. La relación entre el bienestar subjetivo, la salud y la longevidad

Cuando a las personas se les pregunta qué características asocian a tener una buena vida generalmente tienden a incluir el bienestar subjetivo, la salud y la longevidad (Diener y Chan, 2011; Marques, Swift, Vauclair, Lima, Bratt y Abrams, 2015;). Sin embargo, según Diener y Chan (2011) cuando se estudia el bienestar subjetivo es difícil encontrar estudios que definan y analicen los diferentes tipos de bienestar subjetivo. Como resultado, puede dificultar determinar qué sentimientos en concreto relacionan bienestar subjetivo con la salud. No obstante, declaran que en la gran mayoría de los estudios se llega a la conclusión de que el bienestar subjetivo es un predictor de la salud y la longevidad. Un ejemplo de ello es el estudio longitudinal realizado por Brummett, Helms, Dahlstrom y Siegler, (2006) con una muestra de 4.989 estudiantes que completaron un cuestionario sobre optimismo al entrar en la universidad en 1964-1966 y tuvieron un seguimiento durante 40 años. En este estudio se encontró que las personas pesimistas puntuaron más

bajo en longevidad, mientras que las personas optimistas puntuaron más alto. En otro estudio, Tindle, Chang, Kuller, Manson, Robinson y Rosal (2009) hicieron un seguimiento durante 8 años a 97.253 mujeres participantes del programa *Women's Health Initiative* que inicialmente no padecían cáncer o problemas de corazón y encontraron que las que puntuaron alto en bienestar subjetivo y eran optimistas tenían una tasa de mortalidad más baja por cáncer y problemas cardiovasculares que las que habían puntuado alto en cinismo y hostilidad. De igual modo, en otro estudio longitudinal realizado por Xu y Roberts (2010) en los Estados Unidos se hizo un seguimiento durante 28 años (1966-1993) a 6.856 participantes adultos con el fin de medir y evaluar la relación entre el bienestar subjetivo, satisfacción con la vida y sentimientos positivos para predecir el riesgo de enfermedades y mortalidad por causas naturales. Los resultados mostraron no sólo que puntuar alto en bienestar subjetivo reducía el riesgo de problemas cardiovasculares, sino también se encontró una relación significativa entre un alto bienestar subjetivo y un bajo riesgo de mortalidad asociados al suicidio, drogodependencia y enfermedades hepáticas. Sin embargo, cabe destacar que en ninguno de estos estudios se encontró una asociación entre los sentimientos negativos y el nivel de mortalidad.

Según Diener y Chan (2011), Marques et al. (2015) y Steptoe et al. (2015), se puede encontrar numerosos estudios que evidencian que existe una relación entre el bienestar subjetivo y la salud y los cambios fisiológicos provocados por cambios del estado de ánimo que están asociados a la salud. Es decir, para muchos investigadores el bienestar subjetivo puede ser un predictor relevante de la salud. Sin embargo, también destacan que la salud subjetiva no sólo es un predictor de la salud en el futuro, sino que dependiendo de que la evaluación haya sido positiva o negativa, ésta puede influir también en la frecuencia de las visitas médicas y la utilización de los servicios de salud. Sin embargo, Diener y Chan y Steptoe et al explican que a pesar de que los sentimientos positivos y el optimismo

ayudan a sobrellevar o afrontar mejor los problemas de salud, éstos no son suficientes para curar enfermedades. Es decir, independientemente del grado de positividad de una persona, no existen pruebas de que los sentimientos positivos puedan curar o hacer que las enfermedades desaparezcan (Diener y Chan, 2011). A pesar de ello, estudios de gran envergadura como el de Grant, Wardle y Steptoe (2009) realizados en 21 países, sostienen que se ha encontrado suficiente evidencia empírica que existe una relación entre personas con un alto nivel de satisfacción con la vida y llevar a cabo conductas saludables (ejercicio físico, dieta saludable, utilizar protección solar y tener un bajo nivel de tabaquismo).

4.7. El bienestar subjetivo en las personas mayores

El interés por temas asociados al bienestar de las personas mayores ha propiciado realizar investigaciones con el objetivo de aprender, comprender y analizar en profundidad los diferentes factores que influyen en las personas durante el proceso del envejecimiento. Estos estudios pretenden identificar las necesidades y los diferentes componentes que afectan a su bienestar (Read, Grundy y Foverskov, 2015; Steptoe et al., 2015). Sin embargo, existen diferencias a nivel individual sobre la percepción del bienestar subjetivo en la vejez. De acuerdo con Steptoe et al. (2015), para algunos investigadores la edad está asociada a la insatisfacción (a mayor edad, mayor insatisfacción), mientras otros consideran que aunque esta relación puede ser real para algunas personas, consideran que sólo es una pequeña parte de la varianza en el grado de bienestar de la persona. Estos últimos destacan que son factores como la depresión, la dependencia, el aislamiento o los problemas de salud física y mental las que tienen una mayor influencia en el bienestar subjetivo del mayor (Mella et al., 2004; Steptoe et al., 2015).

Independientemente de la percepción positiva o negativa a la que se asocia la edad, este concepto se considera una variable básica a la hora de medir el bienestar subjetivo porque a medida que la persona envejece surgen cambios evolutivos. Estos cambios pueden estar asociados a las capacidades físicas como la movilidad, por lo tanto, dependiendo de las circunstancias mentales y físicas es posible que el mayor se vea obligado a reajustar sus metas y objetivos. Como consecuencia, la percepción que tiene sobre el control de sus circunstancias puede verse afectada y necesitará aplicar sus estrategias de afrontamiento para hacer frente al estrés producido por el cambio, así como para aceptar su nueva realidad (Cho, Martin, Poon, 2015; Marques et al., 2015; Menéndez, Tomás y Navarro, 2008; Pinquart, 2001).

Read et al. (2015) realizaron una revisión de 71 artículos científicos entre los años 1995 y 2013 que investigaron satisfacción con la vida, calidad de vida y salud subjetiva en las personas mayores utilizando diferentes instrumentos que tenían desde uno a varios ítems. Según sus resultados la mayoría de los estudios analizados identificaron una asociación entre la salud subjetiva, el bienestar subjetivo y la condición económica. Encontraron que el 58% de los estudios que exploraban la relación entre la salud subjetiva y la economía personal eran heterogéneos, y que existía una relación significativa entre estas variables. Sin embargo, cabe destacar que también encontraron que a medida que las personas envejecían esta significancia se debilitaba. De igual modo señalaron que aproximadamente el 88% de los estudios analizados encontraron una asociación entre la salud subjetiva y la formación académica, que el 56% de los estudios encontraron una asociación entre la calidad de vida y la formación académica, y que el 50% de los estudios encontraron una relación significativa entre la economía y la calidad de vida. Sin embargo, respecto a la relación significativa entre satisfacción con la vida y la situación económica los resultados eran inconsistentes. Aún así, el 67% identificaron una asociación entre la

situación económica y la satisfacción con la vida. Finalmente, en cuanto a la relación entre los factores socioeconómicos, la salud y el sexo, los análisis de los resultados eran inconsistentes; algunos identifican un mayor bienestar en hombres y otros identificaban un mayor bienestar en las mujeres.

Como conclusión, según la revisión de Read et al. (2015), los resultados de los estudios analizados variaban según los instrumentos utilizados y entre las subescalas de los mismos, sin embargo incidieron que existía suficiente evidencia que apoyaba la relación significativa entre el bienestar subjetivo, la salud subjetiva y la situación económica personal de los mayores.

La vejez es una etapa en la que se debe hacer mucho esfuerzo para adaptarse a los cambios en diferentes ámbitos de la vida. Existe un acuerdo general en la literatura científica de que el bienestar emocional de las personas mayores declina con niveles más bajos de ejercicio y salud física, y que hay una fuerte correlación entre sintomatología depresiva, problemas de salud y limitaciones físicas (dificultad para realizar actividades básicas como bañarse, vestirse, salir a caminar, preparar alimentos, etc.). Bajo estas premisas, de acuerdo con los estudios de Golant (2014) y Prieto-Flores et al. (2005) sobre el estudio de factores sociodemográficos y bienestar emocional como dominio de calidad de vida en personas mayores, la calidad de vida es un concepto multidimensional que depende de la interacción entre los factores personales y el entorno. Explican que el proceso de envejecimiento implica tantos cambios en la vida que es frecuente encontrar que éstos tengan un impacto en el estado emocional y como resultado, en el bienestar subjetivo. De manera que la forma en la que la persona mayor experimenta las diferentes situaciones vitales y los cambios dependerá principalmente de los diferentes recursos individuales (cognitivos, físicos, emocionales, sociales y materiales) para conseguir los propios objetivos y para poder afrontar las posibles pérdidas asociadas al envejecimiento.

De igual modo Golant y Prieto-Flores et al. inciden en la importancia de las estrategias de afrontamiento, ya que influyen tanto en la autoestima, el sentimiento de control en la propia vida y en las aptitudes para gestionar las dificultades, como la percepción sobre uno mismo y su capacidad para ser eficaz y resolutivo frente a las situaciones estresantes. Como apunta Golant, los tres factores básicos que influyen en la forma en la que las personas mayores valoran su capacidad adaptativa y de afrontamiento al entorno durante el envejecimiento son: 1) tener una forma de ser adaptativa, resolutiva y resiliente; 2) vivir en un entorno que facilita la autonomía personal y la posibilidad de superar los posibles retos que surjan; 3) poder tomar sus propias decisiones.

4.8. Instrumentos de evaluación para medir el bienestar subjetivo en personas mayores

Según Diener (2006), la experiencia del bienestar es interna de la persona y puede ser observada objetivamente. Los métodos más utilizados son a través de la aplicación de cuestionarios, entrevistas o autoinformes. Estos instrumentos de medida empleados para medir el bienestar subjetivo pueden estar compuestos de uno o varios ítems expresados en forma de preguntas o afirmaciones. En la actualidad se pueden encontrar una gran variedad de instrumentos para medir y analizar el bienestar subjetivo. Como señala Veenhoven (2009), la mayoría de los instrumentos examinan las competencias y funcionamientos mentales básicos, la capacidad del individuo para afrontar la adversidad y las capacidades asociadas al sentido de autonomía y la actitud positiva frente a éstos.

Los instrumentos de medida descritos a continuación son los más utilizados en los estudios de investigación y evalúan la satisfacción con la vida y el bienestar subjetivo (véase la Tabla 4.4).

Tabla 4.4. Instrumentos de evaluación para medir el bienestar subjetivo de personas mayores (Adaptación de Fernández-Ballesteros, Kruse, Zamarrón y Caprara, 2009).

Instrumento	Autor	Descripción
LSQ (Life Satisfaction Questionnaire)	Reig, 1991	8 ítems. Respuesta: (verdadero/no sé/falso). Tiene por objeto medir el constructo de satisfacción en la vida. Mide 6 factores: calidad de relaciones familiares, calidad de relaciones de amistad, síntomas físicos, enfermedad, calidad de vida, situación socioeconómica. Propiedades Psicométricas: α de Cronbach: (0.75-0.92) (Carlsson, Hamrin y Lindqvist, 1999)
LSI (Life Satisfaction Index)	Havinghurst, Neugarten y Tobin, 1961	20 ítems (las versiones LSI-Z de Wood y LSI de Bigot son los más utilizados). Mide la satisfacción con la vida independientemente de la actividad o participación social. Tiene 5 dominios de satisfacción: disfrutar, fortaleza, congruencia entre los objetivos conseguidos y deseados y autoconcepto. Propiedades Psicométricas: α de Cronbach (0.85-0.92) (Dahrlup, Ekström, Nordell, Elmstahl, 2015)
MLQ (Meaning in Life Questionnaire)	Steger, Frazier, Oishi y Kaler (2006)	10 ítems. Mide el bienestar eudaimónico sobre el sentido de la vida (satisfacción con la vida, emociones positivas y religiosidad. Escala de Likert. α de Cronbach (0.85-0.75) (Schulenberg, Strack y Buchanan, 2011)
PGCMS (Philadelphia Geriatric Moral Scale)	Lawton, 1972	22 ítems dicotómicos (la versión con 17 ítems es la más utilizada). Abordan 3 factores: ansiedad, actitud hacia el propio envejecimiento e insatisfacción con la soledad. PGC Moral Scale. Específico para población anciana. α de Cronbach (0.80 puntuación total)
PWBS (Psychological Well-being Scale)	Ryff (1995)	39 ítems que mide seis dimensiones positivas del bienestar psicológico: autoaceptación, propósito en la vida, autonomía, dominio del entorno, relaciones positivas y crecimiento personal. α de Cronbach (0.84-0.70)
SWBS (Social Well-being Scale)	Keys (1998)	33 ítems (versiones de 15 y 25 ítems). Mide la percepción que las personas tienen sobre su entorno social y que facilitan su bienestar psicológico. Analiza cinco dimensiones: aceptación social, actualización social, contribución social, coherencia social e integración social. Escala de Likert. α de Cronbach (0.68 a 0.83)
SWLS (Satisfaction with Life Scale)	Diener, Emmons, Larsen y Griffin (1985)	5 ítems para evaluar juicios cognitivos sobre satisfacción con la vida en la población general (jóvenes, adultos y personas mayores). Escala Likert. α de Cronbach (0.85-0.88) (Atienza, 2002; Vázquez, Duque y Hervás, 2012)

4.9. Estudios recientes sobre el bienestar subjetivo en personas mayores

De acuerdo con los estudios de revisión de Diener et al. (2015), Read et al. (2015), Steptoe et al. (2015) sobre el bienestar subjetivo en las personas mayores, la relación entre

los factores socioeconómicos, la salud y el sexo son heterogéneos. Explican que en algunos casos se identifica un mayor bienestar en los hombres y en otros casos se identifica un mayor bienestar en las mujeres. De acuerdo con sus análisis, esta inconsistencia en las relaciones pueden deberse a los instrumentos utilizados. No obstante, independientemente de estas diferencias, declaran que existe un acuerdo generalizado que sostiene que se puede encontrar una relación significativa entre el bienestar subjetivo, la salud subjetiva y la situación económica personal de los mayores (véase la Tabla 4.5).

Tabla 4.5. Estudios sobre el bienestar subjetivo en los últimos 5 años que incluyen en su muestra personas mayores de 60 años.

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Shankar, Rafnson, Steptoe (2015)	n= 4.058 Mujeres: 55.2% Hombres: 44.8% Edad: 50+ años Edad media: 66 años	UCLALS CASP, SWLS	Este estudio longitudinal sobre el envejecimiento ELSA señaló que los niveles de bienestar aumentan con la edad. Los bajos niveles de bienestar estaban correlacionados negativamente con altos niveles de soledad y asilamiento.
Carmel (2015)	n= 863 Mujeres: 46% Edad: 75+ años Edad media: 83.9 años	PGCMS, SWLS HS, GDS, LS	Las personas con una mayor puntuación en satisfacción con la vida y salud subjetiva presentaron menores niveles de soledad y depresión.
Fuller-Iglesias (2015)	n= 416 Mujeres: 292 (70.2%) Hombres: 123 (29%) Edad: 60-100 años	SWR, PSS GDS, LSS	Existe una correlación positiva entre satisfacción con la vida y relaciones sociales. Las personas que mantienen relaciones sociales puntuaron más bajo en depresión y estrés que las personas con un bajo nivel de relaciones sociales.
Ziólkowski, Blachnio y Pachalska (2015)	n=463 Mujeres: 233 Hombres: 230 Edad: 16-83 años	LSQ	Existe una correlación entre satisfacción con la vida y salud subjetiva. No se encontraron diferencias significativas entre salud subjetiva y sexo. Los resultados mostraron que a mayor edad menor puntuación en salud subjetiva. Las personas mayores que indicaron padecer dolor físico puntuaron más bajo en satisfacción con la vida y salud subjetiva.
Smith y Hollinger (2015)	N=164 Mujeres: 74% Edad: 55-90 años	PWI, CES-D SHS, ROAS, SBI	Las personas con mayor satisfacción con la vida puntuaron más alto en experiencias positivas en la vida y resiliencia y puntuaron más bajo en depresión. Se encontró una correlación positiva entre satisfacción con la vida y resiliencia
St. John, Mackenzie y Menec (2015)	n=1751 Mujeres: 58.5% Edad: 65+ años	SRH OARS TDS	Existe una correlación positiva entre bienestar subjetivo, salud física, formación académica, seguridad en el hogar y realizar actividades de ocio con longevidad. No se encontraron correlaciones asociadas a las finanzas y religiosidad. Los hombres puntuaron más bajo en salud subjetiva que las mujeres.

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Rouch, Achour, Roche, Castro, Laurent, Ntougou, Gonthier, Barthelemy y Trombert (2014)	n=895 Mujeres: 397 (60.4%) Edad media: 65.6 años	SRH PLS QD2A	El Estudio PROOF encontró una correlación significativa entre el bienestar subjetivo y la salud subjetiva y objetiva. Las personas con depresión y ansiedad puntuaron más bajo en satisfacción con la vida y salud subjetiva.
Jivraj, Nazroo, Vanhoutte y Chandola (2014)	n=10.331 Mujeres: 63.5% Hombres: 46.5% Edad: 50+ años	CASP SWLS CES-D	Se encontró una correlación significativa entre la edad y depresión. Las personas de mayor edad puntúan más alto en depresión que las personas más jóvenes. Las personas viudas y con enfermedades físicas presentaron una puntuación más baja en satisfacción con la vida.
Olsson, Hurtig-Wennlöf y Nilson (2014)	n=389 Mujeres: 262 Hombres: 127 Edad: 69-79	PGWB IPAQ	Existe una correlación significativa positiva entre bienestar subjetivo y actividad física y salud subjetiva. Se encontró una correlación negativa entre bienestar subjetivo y depresión, así como entre salud subjetiva y depresión.
Ramsey y Gentzler (2014)	n= 218 Mujeres: 128 Hombres: 90 Edad: 18-77 años	SHS, SWLS, FTPS CES-D-R , SBI PEARS-A, WOSC	Las mujeres presentaron mayor bienestar subjetivo que los hombres. Se encontró una correlación significativa entre depresión e ingresos económicos con bienestar subjetivo. Se encontraron correlaciones significativas entre edad y bienestar subjetivo. Las personas mayores de 60 años presentaron los niveles de bienestar subjetivo más altos.
Von Humboldt, Leal y Pimenta (2014)	n=1258 Mujeres: 732; Hombres: 536 Edad: 75-102	SWLS PANAS SOC	Existe una correlación significativa entre el bienestar subjetivo y el apoyo social, salud subjetiva, lugar de vivienda y espiritualidad. De igual modo las personas que tienen una formación académica presentaron mayores niveles de bienestar.
Hubbard, Goodwin, Llewellyn, Warmoth y Lang (2014)	n=3225 Mujeres: 52.3% Edad: 65-79 Edad media: 71.0	CASP FI	Existe una correlación significativa entre la satisfacción con la vida y la edad, así como la salud física y la fragilidad. Las personas con un nivel económico más bajo puntuaron más bajo en satisfacción con la vida.

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Whithall, Stathi, Davis, Coulson, Thompson y Fox (2014)	N=228 Mujeres: 111 Hombres: 117 Edad: 70-96 Edad Media: 78 años	SPPB, SF12, SLS, AWP	Se encontró una correlación negativa entre satisfacción con la vida y problemas de salud física y mental. Las personas que llevan a cabo ejercicio físico con más frecuencia puntuaron más alto en satisfacción con la vida y salud subjetiva. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre las personas sedentarias y bajos niveles de satisfacción con la vida.
Conradsson, Rosendahl, Littbrand, Gustafson, Olofsson y Lövheim (2013)	n=671 Mujeres: 70% Edad 85+ años Edad Media: 90.2 años	GDS-15, PGCMS MMSE, BI, OBSS	La correlación entre la satisfacción con la vida y depresión fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre los sexos y el grupo de edad. Se encontró que el deterioro cognitivo aumenta con la edad.
Cramm, Van Dijk, Nieboer (2013)	n=945 Mujeres: 57% Edad: 70-101 años Edad Media: 77.5	SPF-IL	Se encontró una correlación significativa entre el bienestar subjetivo y formación académica, ingresos, seguridad del entorno y vivienda y cohesión social. Sin embargo, no se encontraron asociaciones significativas entre el bienestar y el sexo, edad y el estado civil estar casado.
Sadler, Miller, Christensen y McGue (2011)	n=3.966 hermanos gemelos de 70+ años	CAMDEX Un ítem para evaluar satisfacción con la vida	En este Estudio Longitudinal Danés (Longitudinal Study of Aging Danish Twins (LSADT) se encontró que existe una asociación muy significativa entre el bienestar subjetivo y longevidad. Las personas que presentaron mayores niveles de satisfacción con la vida presentaron mayores niveles de longevidad.
Vahia, Meeks, Thompson, Depp, Zisook, Allison, Judd, Jeste (2010)	n=1.979. Mujeres: 67% Edad: 60+ años	PGCMS, CESD, Escala SF-36, PMS, SES, LOS, CD-RISC CFQ, CAST, BSI	En este estudio de SAGE (Successful Aging Evaluation) se encontró que las mujeres puntuaban más bajo en bienestar subjetivo que los hombres. El 20.2% de las mujeres presentaban síntomas de depresión. Aquellas con depresión puntuaban más bajo en envejecimiento saludable y más alto en ansiedad que aquellas que no presentaban síntomas de depresión.
Deng, Hu, Wu, Dong y Wu (2010)	n= 732 Mujeres: 67% Edad: 90+años Edad media 93.7 años	PGCMS, PSMS, ADL, MMSE APGAR, SSRS	Las personas con mayor satisfacción en la vida identificaron recibir más apoyo social que las personas con menos satisfacción. Existe una correlación significativa entre las capacidades cognitivas y la edad. Las personas más satisfechas puntuaron más alto en capacidad para realizar actividades diarias que las personas con una baja puntuación en satisfacción con la vida.

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Tse, Lo, Cheng, Chan, Chan, Chung (2010)	n=70 Mujeres: 38 Hombres: 32 Edad: 60-92años	SHS UCLALS, LSI-A CVRS	Existe una correlación positiva entre la satisfacción con la vida, el humor y la salud subjetiva. Las personas activas puntuaron más alto en bienestar subjetivo que las personas sedentarias. Se encontró que los hombres puntuaron más alto que las mujeres en satisfacción con la vida. Los resultados indicaron que el humor favorece la reducción del dolor físico y el sentimiento de soledad, y aumenta el bienestar y la satisfacción con la vida en personas mayores.
García, Sarabia, Fusari, Villarino, Ellgring, Molina (2010)	n=80 Mujeres: 39 Hombres: 41 Edad media: 69 años	PGCMS, MMSE SCT WMS-III-R TOH, CSP	La satisfacción con la vida disminuye con la edad. Las personas que se mantienen activas presentaron niveles más altos de satisfacción, habilidades cognitivas y capacidades para afrontar los problemas. En cuanto a la relación entre las funciones cognitivas y el bienestar personal, las personas que mostraron tener mejor atención, memoria y capacidad de planificación se sentían más satisfechos con su vida personal

ADL: Activities of Daily Living, (Zhang, 2001); APGAR: Family Adaptation, Partnership, Growth, Affection and Resolve (Zhang, 2001); AWP: Ageing Well Profile (Stathi y Fox, 2004); BI: Barthel Index (Mahoney y Barthel, 1965); BSI: Brief Symptom Inventory (Derogatis, 1993); CAMDEX : Cambridge Mental Disorders in Elderly (Roth et al. 1986); CASP: Quality of Life Scale (Hyde, Wiggins, Higgs y Blane, 2003); CAST: Cognitive Assessment Screening Test (Drachman, Swearer, Kane, Osgood, O Toole y Moonis, 1996); CD-RISC: Connor-Davidson Resilience Scale (Conner y Davidson, 2003); CES-D Center for Epidemiological Studies-DS Depression Scale, (Radloff, 1977); CESD-R, Center for Epidemiological Studies for Depression Scale Revised (Van Dam y Earleywine, 2011); CFQ: Cognitive Failure Questionnaire (Boradben, Cooper, Fitzgerald y Parkes, 1982); FI: Frailty Index (Searle, Mitnitski, Gahubauer, Gill and Rockwood, 2008); FTFS, Future Perspective Scale (Cate y John, 2007); GDS: Geriatric Depression Scale (Yesavage et al., 1983); HS: Happiness Scale (Lyubomirsky y Lepper, 1999); IPAQ-E: International Physical Activity Questionnaire for the Elderly (Hurtig-Wennlöf, Hagströmer y Olsson, 2010); LOS: Life Orientation Scale (Scheier et al. 1994); LS: Loneliness Scale (Hughes, Waite, Hawkey y Cacioppo, 2004); LSI-A: Life Satisfaction Index, (Havinghurst y Neugarten, 1961); LSQ: Life Satisfaction Questionnaire (Reig, 1991); LSS: Life Satisfaction Scale (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985); MMSE: Mini-Mental State Examination (Folstein et al. 1995); OARS: The Older Americans Resource Survey (Fillenbaum, 1988); OBS: Organic Brain Syndrome Scale (Gustafson, 1985); PANAS: Positive and Negative Affect Scale (Watson y Clark, 1994); PGCMS: Philadelphia Geriatric Moral Scale, (Lawton, 1972); PGWB: Psychological General Well-Being Index (Dupuy, 1984); PLS: Perceived Life Satisfaction (Van Lanschot, Stalmeier, Van Sandick, 2004); PMS: Personal Mastery Scale (Pearlin, Li y Schooler, 1978); PSMS: Physical Self-Maintenance Scale (Powel y Brody, 1969); PSS: Perceived Stress Scale (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983); PWI: Personal Well-Being Index 8 International Wellbeing Group, 2013); QD2A: Questionnaire de Dépression Abrégé (Pichot y Brum, 1984); ROAS: Resilience in Older Adults Survey (Hollinger-Smith, 2014); SBI: Savoring Beliefs Inventory (Bryant, 2003); SCT: Stroop Cart Test (Stroop, 1935); SES: Self Efficacy Scale (Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice, Rogers, 1982); SF-12: Short Form Health Survey (Ware, Kosinski y Keller, 1996); SF-36: Health Survey (Medical Outcomes Trust, 1995); SHS: Subjective Happiness Scale, (Lyubomirsky y Lepper, 1999); SLS: Satisfaction with Life Scale (Diener et al. 1994); SRH: Self Rated Health (DeSalvo, Bloser, Reynolds, He y Muntner, 2006); SOC: Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1993); SPF-IL: Social Production Function Instrument for the Level of Well-being (Nieboer, Lindenberg, Boomsma y Van Bruggen, 2005); SPPB: Short Physical Performance Battery (Guralnik et al., 1994); SSRS: Social Support Requirement Scale (Xiao, 1999); SWLS: Satisfaction with life Scale (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985); SWR: Satisfaction with Relationships (Krause et al, 1989); TDS: The Terrible-Delightful Scale (Andrews y Withey, 1976; Michalos, 1980); TOH: Tower of Hanoi (Lezak, 1995); UCLA-LS: UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996); WMS-III-R: Wechsler Memory Scale-III-Revised (Wechsler, 1991).

5. EL SENTIDO DEL HUMOR

Para la mayoría de las personas el sentido del humor es un rasgo positivo de la personalidad que aporta numerosos beneficios psicológicos, físicos y sociales, y puede influir en todos los ámbitos de la vida a nivel individual y grupal. El sentido del humor generalmente afecta positivamente al bienestar emocional, favorece los estados de ánimo positivos y a las relaciones interpersonales, así como puede ayudar a afrontar la adversidad (Czikszenmihalyi, 1997; Carbelo, 2006; Falkenberg, Jarmuzek, Bartels y Wild, 2011; Greengross, 2013; Martin, 2001, 2003, 2010; Martin, Pohlik-Dodris, Larsen, Grey, Weir, 2003; Ruch et al., 2010; Seligman, 2003; Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Thorson, Powell, Sarmay-Schuller, Hampes, 1997; Perlmutter, 2000; Proyer, 2014).

El sentido del humor se ha relacionado con la salud mental y física, relaciones interpersonales, rasgos de la personalidad positivas, aptitud creativa y comunicativa, capacidad organizativa y resolutive y estrés (Cann, Stilwell y Taku, 2010; Edwards y Martin, 2010; Lynch, 2010; Marziali, McDonald y Donahue, 2008; Proyer, Ruch y Müller, 2010; Ruch et al., 2010; Seligman, 2003; Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Wanzer et al., 2009). No obstante, es un concepto amplio y ambiguo, y aún no hay un acuerdo general en el campo científico respecto a la definición del mismo. Esto dificulta y hace más complejo poder investigar el sentido del humor, ya que para medirlo es fundamental tener previamente una idea clara de qué es y cómo evaluarlo. A esta dificultad se le añade el problema de que el humor tiene también un papel diferente

en las distintas funciones psicológicas. Como resultado, se le ha considerado una característica de la personalidad, una forma de percibir la vida, una actitud, un mecanismo de afrontamiento, una habilidad personal, una virtud y una fortaleza. Sin embargo, a pesar de que es necesario realizar más investigaciones sobre el constructo sentido del humor para comprender en más profundidad este concepto y sus efectos, y a pesar de que aún se plantean muchas preguntas sobre el papel del sentido del humor en la vida de las personas, lo cierto es que se pueden encontrar algunas investigaciones relevantes en las que uno puede apoyarse para estudiar este tema (Atkinson, Lipton, Baughman, Schermer, Harris y Vernon, 2015; Bokarius, Ha, Poland, Bokarius, Rapaport y Ishak, 2011; Carbelo y Jáuregui, 2006, Martin, 2010; Ruch et al., 2010; Proyer, Ruch y Müller, 2010; Seligman, 2003). Por ejemplo, Ruch (1998), Ruch et al. (2010), Martin (2001, 2010), Martin et al. (2003), Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Thorson et al. (1997) mostraron un gran interés por averiguar la utilidad del constructo sentido del humor, sus características y las diferencias individuales, y propusieron desarrollar modelos teóricos para poder predecir estas diferencias individuales y explorar la naturaleza de las dimensiones del sentido del humor para luego desarrollar instrumentos de medida (Carbelo y Jáuregui, 2006; Berrios-Martos, 2012; Martin, 2010; Ruch et al. 2010; Seligman, 2003; Thorson y Powell, 1993a, 1993b).

El sentido del humor es de naturaleza multifacética, por lo tanto ha sido conceptualizado y definido de distintas maneras. Para estudiarlo, es esencial especificar la conceptualización teórica de partida, ya que ello es lo que va a marcar el diseño y el método de medida del estudio en cuestión (Martin et al., 2010; Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Thorson et al., 1997, Perlmutter, 2000). De manera que en el presente trabajo de investigación se intentará enmarcar el sentido del humor en un modelo

multidimensional que integre información variada y que aporte una teoría integradora al proporcionar un marco de trabajo útil para su estudio. Aunque no se puede capturar todo lo que el constructo del sentido del humor significa y representa, se intentará ofrecer una idea general para poder comprender e integrar los resultados de la investigación presente.

5.1. Etimología del humor: origen y evolución

El término *humor* tiene su origen del latín y significa líquido o fluido. A partir de esta noción, Hipócrates (460-377 a.c.) desarrolló la Teoría de los Cuatro Humores que consistía en que el temperamento del ser humano está determinado por el equilibrio entre las cuatro sustancias líquidas: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra (Carbelo, 2006; Perlmutter, 2000; Roeckelin, 2002). Esta teoría se utilizó en el campo de la filosofía y la medicina durante siglos hasta el desarrollo de la medicina moderna para describir el estado de ánimo o el temperamento de las personas. En aquel momento, el concepto del humor no estaba vinculado al concepto de ser divertido, entretenido o humorista como sucede en la actualidad. Entonces, la hipótesis sostenía que la predominancia de un determinado fluido corporal predisponía a que el individuo tuviera un estado afectivo u otro. De forma que el humor del individuo tendría únicamente una predisposición a ser positivo o negativo afectivamente dependiendo de los mismos (Carbelo, 2006; Mooney, 2000; Perlmutter, 2000; Roeckelin, 2002; Ruch, 1998).

Perlmutter (2000) y Ruch (1998) explican que no fue hasta el siglo XVII que el término humor se asoció a lo cómico y a la risa. Se consideraba una persona cómica aquella que tenía la capacidad para hacer reír a otras personas; se percibía como una característica personal exclusivamente positiva. Después Spencer (1820-1903)

desarrolló la teoría de la liberación de la tensión, y percibió el humor en términos de alivio físico. Según su teoría, las personas están expuestas a continuos esfuerzos y tensiones alterando el sistema nervioso. Esta excitación provoca la necesidad de canalizar y descargar la tensión del organismo a través de movimientos musculares, provocando la risa. Como consecuencia, se produce un alivio físico y psíquico que resulta en una sensación de equilibrio a nivel interno y externo. Por ejemplo, Ruch et al. (2010) explican que de acuerdo con la teoría de la liberación de la tensión, cuando existe tensión en un grupo, el uso del humor, como hacer una broma, a menudo alivia dicha tensión en las personas.

La literatura científica señala que los estudios sobre el humor están especialmente influidos por Bergson (1859-1941) y Freud (1856-1939) (Billing, 2002; Carbelo, 2006; Carretero, Pérez y Buela, 2006; Mooney, 2000; Roeckelein, 2002; Perlmutter, 2000; Polimeni, y Reiss, 2006, Ruch, 1998). Estos autores explican que por un lado, en el caso de Bergson, quién estudió la concepción social de la risa, sostenía que la risa actúa como una estrategia que las personas utilizan cuando tienen dificultades para adaptarse a una situación determinada. Por otro lado, Freud propuso que existe una base común en los chistes y el placer que producen. Su teoría sostiene la idea de que el placer corresponde al ahorro del esfuerzo psíquico, es decir, que la energía utilizada para reprimir determinados pensamientos, se canaliza a través de las bromas o los chistes; son la válvula de escape para esos pensamientos y sentimientos que están siendo reprimidos. Por lo tanto, al hacer bromas o contar chistes la energía destinada a reprimir se libera en forma de risa produciendo placer.

No fue hasta principios del siglo XX que el concepto humor se introdujo en el campo de la psicología con más profundidad (Perlmutter, 2000). Según Carbelo (2006),

fueron trabajos como el publicado por la revista *American Journal of Psychology* de Kline en 1907 titulado *The psychology of humor* lo que despertaron un gran interés en la psicología del humor, sin embargo, no se profundizó en este constructo hasta 80 años más tarde. Después, a finales del siglo XX este concepto cambió y se empezó a hablar de situaciones de humor adecuadas e inadecuadas utilizando los términos: *buen humor* y *mal humor*. De igual modo se hizo una distinción entre los momentos que se consideraban apropiados utilizar el humor y aquellos que no lo eran. Además, surgió un interés por identificar las razones por las que se utilizaba el humor y se asoció a un valor social; se empezó a utilizar la expresión “tener buen humor” como la capacidad para exponerse al humor de otras personas, la habilidad para reírse de uno mismo y salir “airoso” (Carbelo, 2006; Carretero, 2005; Ruch, 1998, Perlmutter, 2000). Desde este momento de la historia hasta el presente, el sentido del humor se ha relacionado a personas con una disposición afectiva positiva, a situaciones divertidas y humorísticas. En la actualidad, el sentido del humor se entiende como un concepto global en el que se pueden distinguir el buen y el mal humor con connotaciones positivas y negativas, lo que hace que resulte complicado definirlo con exactitud para posteriormente evaluarlo y medirlo. Como señalan Carretero et al. (2006), Ruch (1998) y Ruch et al. (2010), ninguna de las clasificaciones y teorías existentes sobre el humor es satisfactoria, no obstante, todas han servido para conocer el constructo humor y han contribuido a sentar las bases para estudiarlo desde distintos puntos de vista.

5.2. Concepto y definición del humor

Desde una perspectiva psicológica, el término humor tiene diferentes significaciones y acepciones que incluyen aspectos cognitivos, emocionales

conductuales, sociales y psicofisiológicas (Billing, 2002; Carbelo y Jáuregui, 2006; Berrios-Martos, Pulido-Martos, Augusto-Landa, López-Zafra, 2012; Martin, 2000, 2010; Ruch et al., 2010; Seligman, 2003). Por lo tanto, se considera oportuno señalar que en este trabajo se evitará la utilización de la palabra “humor” asociado al estado de ánimo, como cuando se usan expresiones como “estar de buen o mal humor” como sinónimos de estar contento, tranquilo o irritado o serio. Es a partir de esta premisa que se intentará definir el humor.

En la literatura científica, la gran mayoría de las investigaciones definen el sentido del humor como la capacidad para percibir, apreciar, generar e interpretar determinadas situaciones desde una perspectiva humorística, así como de disfrutar de lo cómico y divertido (Billing, 2002, Carbelo, 2006; Carretero et al., 2006; Berrios-Martos et al., 2010; Martin, 2000, 2001, Ruch, 1998; Ruch et al., 2010; Seligman, 2003; Perlmutter, 2000; Roেকেlein, 2000; Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Thorson et al., 1997).

Algunas de las conceptualizaciones sobre el humor más relevantes encontradas en la literatura científica en los últimos veinticinco años fueron propuestas por Thorson y Powell (1991), Chapman y Foot (1996), Freedman, Kaplan y Sadock (1997), Ruch (1998), Martin (2010), así como en el campo de la Psicología Positiva. Thorson y Powell (1991) proponen que el sentido del humor es un concepto multidimensional que incluye cuatro dimensiones básicas: la generación del humor, el uso del humor como estrategia de afrontamiento para hacer frente a la adversidad, la capacidad para reconocer y apreciar el humor y la actitud hacia el humor en situaciones sociales. Chapman y Foot (1996) analizan las diferentes teorías y estudios sobre la aplicación del sentido del humor, y la asocia a la capacidad creativa de generar humor. Según su

teoría, el humor se puede dividir en dos tipos básicos: el pasivo y el activo. El humor pasivo hace referencia a la capacidad de una persona de apreciar, valorar y disfrutar del humor de otros sin presentar conductas de humor, mientras que el humor activo se refiere a la capacidad para crearlo. Freedman et al. (1997) consideraban el humor como una forma de expresión de sentimientos que produce bienestar en el individuo sin producir efectos negativos en los demás; permite sobrellevar, soportar y aceptar sentimientos negativos o inaceptables en otros contextos. Ruch (1998), propone que el humor es un concepto multidisciplinar con características principalmente positivas y no agresivas. Martin (2010), propuso la teoría de los diferentes tipos de estilo de humor (intrapersonal e interpersonal). De igual modo sostuvo que el humor se pueden clasificar en tres categorías básicas: 1) los chistes, los cuales consisten en pequeñas historias con un final humorista inesperado; 2) el humor espontáneo e ingenioso que surge en una conversación o interacción social en un contexto determinado. Este tipo de humor puede basarse en hacer comentarios bromistas, con doble sentido, irónicos, sarcásticos, satíricos, etc., 3) el humor accidental y sin intención o propósito de ser humorísticos. Éste puede surgir por ejemplo, a raíz de una mala pronunciación, confusiones o errores de lógica o una utilización incorrecta de una palabra. De las tres categorías descritas el humor más habitual en la vida diaria es el que surge de forma espontánea durante las interacciones sociales. Y finalmente, desde la perspectiva de la psicología positiva el sentido del humor se percibe principalmente como una fortaleza; una característica positiva que ayuda a las personas a afrontar las dificultades (Véase la Tabla 4, p. 75) (Czikszentmihalyi, 1997; Carbelo y Jaúregui, 2006; Berrios et al., 2012; Martin, 2010; Ruth et al., 2010; Peterson y Seligman, 2005, Seligman, 2003; Vázquez y Hervás, 2014a, Wilkings y Eisenbraun, 2009).

Cabe destacar que en el campo de la psicología positiva, cuando se habla de sentido del humor, los estudios se refieren a la capacidad para estimular o experimentar una reacción positiva como la risa, con el fin de mantener un estado de ánimo positivo. Se entiende la risa como una reacción psicofisiológica asociada a una emoción positiva que se relaciona con el gozo (Reiss, Mobbs, Greicius, Eiman y Menon, 2003; Carbelo, y Jauregui, 2006, Martin, 2001, 2010; Seligman, 2003). La psicología positiva considera el sentido del humor como una de las veinticuatro fortalezas que forman parte de la clasificación de las virtudes humanas (Véase la Tabla 4, p. 75). Es una virtud que además de ayudar a superar los momentos difíciles de la vida o a sobrellevar una enfermedad, también fomenta un mayor bienestar y disfrute, e incluso, el crecimiento hacia una mayor humanidad y plenitud (Berríos et al., 2012; Peterson y Seligman, 2004; Seligman, 2003, Vázquez y Hervás, 2014a y 2014b). Como apunta Carbelo: “el sentido del humor es un rasgo positivo que aporta beneficios psicológicos, físicos y sociales que incluyen: sensaciones de bienestar, satisfacción y alegría, reducción de estrés y prevención de la depresión, así como activa el sistema inmunológico, ayuda a tolerar el dolor y facilita la comunicación y la conexión emocional con otras personas” (2006, p. 9).

El sentido del humor se valora en muchas culturas y es considerado como una de las fortalezas humanas más importantes, así como un factor asociado al bienestar psicológico, físico y social. En este sentido es interesante anotar que diversas culturas consideran que el sentido del humor positivo es el resultado y la causa de un elevado nivel de sabiduría o “madurez emocional” (Berríos-Martos et al., 2012; Carbelo y Jáuregui, 2006; Martin, 2010; Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b). Sin embargo, cabe señalar que la mayoría de los trabajos empíricos se han centrado en estudiar los aspectos positivos del humor, y no han explorado las funciones negativas que pueden

tener. No obstante, se debe aclarar que en este trabajo de investigación se explorará el sentido del humor únicamente desde una perspectiva positiva.

5.3. Las teorías principales sobre el humor

Existen numerosas teorías sobre el sentido del humor, sin embargo, en la literatura científica hay un acuerdo general sobre clasificarlas en tres categorías principales: la teoría de la superioridad, la teoría de la incongruencia y la teoría de la descarga o liberación de la tensión (Carbelo, 2006; Carretero et al., 2006; Goldstein y McGee, 1972; Martín, 2000, 2001, 2010; Perlutter, 2000; Polimeni, y Reiss, 2006); Wilkins y Eisenbraun, 2009)

a) Teoría de la superioridad/denigración: es la teoría más antigua sobre el humor, iniciada por Platón y Aristóteles y determina que la respuesta de humor aflora de los errores, defectos o de las meteduras de pata propias o de otras personas. Es el humor que se basa en el acto de juzgar y considerar cómico el fracaso de otra persona, provocando un sentimiento de superioridad frente al fracasado. En ocasiones puede haber incluso una intención de humillar o de corregir al prójimo.

b) Teoría de la incongruencia: es la teoría sobre el humor más común. Según Polimeni y Reiss (2006) fue propuesta en un inicio por Suls (1972) y desarrollada por Veatch (1998). Esta teoría establece que el humor surge por la asociación de ideas o circunstancias incongruentes; las ideas no tienen relación de forma lógica. Es decir, existe una disociación entre la forma y la función donde la realidad no concuerda con lo pensado. Como resultado, al haber un cambio inesperado e incongruente surge como respuesta la risa.

c) Teoría de la descarga o liberación de la tensión (alivio/descarga): es una teoría propuesta por Spencer (1820-1903) que se centra en la noción de que el humor y la risa son una forma de liberar tensión física y psicológica para sentir alivio. Por ejemplo, en el caso de una situación estresante, hacer una broma o un comentario humorístico puede producir una sensación de alivio.

5.4. Estilos básicos del uso del humor

De acuerdo con el estudio meta-analítico realizado por Mendiburo-Seguel, Páez y Martínez-Sánchez (2015), en el que analizaron la relación entre los diferentes estilos de humor y los rasgos de la personalidad, el humor se puede entender como una tendencia estable asociada a la personalidad del individuo. Es decir, dependiendo de los rasgos de la personalidad, las personas utilizan el humor de una u otra forma influyendo en su comportamiento, en su habilidad para utilizarlo como estrategia de afrontamiento, y en su capacidad para producir humor y para apreciarlo. De forma que el concepto de rasgo de la personalidad implica que las personas tienden a presentar su sentido del humor en base a sus emociones y a su forma de reaccionar ante un estímulo humorístico.

De acuerdo con Mendiburo-Seguel et al. (2015), Berrios-Martos et al. (2012) y Hampes (2012) a pesar de haber numerosos estudios que analizan la relación entre sentido del humor y rasgos de personalidad, fueron los estudios de Martín et al. (2003) los que más influyeron en este campo al desarrollar el Cuestionario de Estilos de Humor (*Humor Styles Questionnaire*); un instrumento para identificar los diferentes estilos de

humor que comprendían funcionamientos psicológicos positivos y negativos a la hora de utilizar el humor.

De acuerdo con Martin et al. (2003), los estilos del humor pueden dividirse en dos tipos básicos, un modelo asociado al humor centrado en uno mismo (humor intrapersonal) y otro modelo asociado al humor centrado en otras personas (humor interpersonal). Ambos modelos se pueden dividir en humor positivo y negativo. De manera que al final se pueden identificar cuatro estilos de humor. Por un lado, se encuentran los positivos, considerados saludables y adaptativos (humor de afiliación y autoafirmación) y por otro lado el humor insano y potencialmente perjudicial (humor agresivo y autodemoledor) (véase la Tabla 5.1).

Tabla 5.1. Estilos básicos de la utilización del humor (adaptado de Martin et al., 2003; Mendiburo-Seguel et al., 2015)

Humor de afiliación: la tendencia a decir cosas graciosas como contar chistes y recurrir a bromas ingeniosas con el objetivo de divertir a los demás, facilitar las relaciones sociales y reducir tensiones interpersonales.

Humor de autoafirmación: la tendencia a divertirse frecuentemente con las incongruencias de la vida, mantener una mirada humorística incluso en las situaciones de estrés o adversidad hacia la vida y usar el humor como mecanismo regulador de emociones.

Humor agresivo: la tendencia a usar el humor con el propósito de criticar o manipular a otros, utilizando el sarcasmo, la burla, la ridiculización, la irrisión o el humor despectivo, así como el humor potencialmente ofensivo. También incluye la expresión compulsiva del humor incluso cuando es socialmente inapropiado.

Humor autodemoledor: la tendencia a usar el humor para congraciarse con otros, intentar divertir a los demás al hacer cosas graciosas a expensas de uno mismo, el humor excesivamente autodespectivo y reírse con los demás al ser ridiculizado o menospreciado.

De acuerdo con Martin et al. (2003), diferenciar entre el humor positivo y negativo es esencial ya que dependiendo del humor utilizado surgirán unas u otras emociones; las emociones positivas están asociadas al humor afiliativo y de autoafirmación mientras que las negativas están asociadas a ansiedad y depresión. A

partir de los estudios de Martin et al. (2003) sobre los diferentes estilos de humor, Hampes (2013) analizó diferentes investigaciones realizadas sobre la relación que existe entre la forma de recordar las experiencias pasadas y el estilo de humor utilizado. De acuerdo con su análisis, las personas que utilizan el humor afiliativo y autoafirmante tienden a recordar experiencias del pasado más positivamente que las personas que utilizan el humor autodemoledor. De igual modo, su análisis encontró que el humor autodemoledor se correlacionaba positivamente con la percepción negativa de uno mismo y con expectativas de uno mismo exageradas. Este estudio se puede relacionar al realizado por Vaughan, Seigler-Hill y Arnau (2014) sobre la relación que existe entre el estilo de humor y la estabilidad de la autoestima. Según sus datos, el nivel de autoestima (alto o bajo) influye en el estilo de humor utilizado. De manera que las personas con una autoestima alta presentan los niveles más altos de humor de afiliación y los niveles más bajo de humor agresivo y autodemoledor, y sugieren que dependiendo del nivel de autoestima las personas emplean diferentes estilos de humor.

Finalmente, en relación a los estudios de Martin (2003), Hampes (2013) y Vaughan et al. (2014), cabe destacar un estudio realizado por Kuiper y McHale (2009) que examina la relación entre el estilo de humor, los procesos auto-evaluativos y la depresión, y encontraron que cuando las personas llevan a cabo valoraciones positivas de sí mismas éstas suelen utilizar más el humor afiliativo, favoreciendo las relaciones sociales y disminuyendo los niveles de depresión. Mientras que las personas que realizaban valoraciones negativas de sí mismas tienden a utilizar el humor autodemoledor, resultando en bajos niveles de autoestima, relaciones sociales destructivas y un aumento de los niveles de depresión. En conclusión, el estilo de humor utilizado no sólo puede afectar significativamente al bienestar psicológico del individuo,

sino también la percepción que tiene de sí mismo, las emociones y sus relaciones interpersonales.

5.5. Las funciones psicológicas del humor

De acuerdo con la revisión de Greengross (2013), el humor es a menudo considerado un medio para afrontar el estrés y la adversidad. De igual modo señala que en la literatura científica es común encontrar estudios que apoyan la idea de que la generación de humor y la exposición a la misma favorece el bienestar. Según Wanzer et al. (2009), los estudios sobre el humor destacan que exponerse al humor y producirlo ayuda a las personas no sólo a afrontar el estrés, sino también a mejorar las relaciones interpersonales, aumenta la actitud solidaria y mejora el bienestar personal. Por ejemplo, de acuerdo con el estudio de revisión de McCreaddie y Wiggins (2008), el humor tiene un papel esencial en el ámbito de la salud, especialmente a la hora de cuidar de enfermos. Para su análisis, los autores revisaron un total de 1630 estudios sobre la relación entre sentido del humor y la salud, así como la utilización del humor en la relación profesional de la salud y el paciente. Encontraron numerosos estudios empíricos y teóricos que apoyan la noción de que el humor tiene una función positiva en el ámbito de la salud y que es altamente recomendable utilizarlo. De igual modo resaltan los trabajos de Martin y Lefcourt (2004) utilizados con frecuencia como referencia en los estudios analizados que apoyan la idea de que existe una relación significativa entre el humor y la salud. De acuerdo con Martin y Lefcourt esta relación significativa y positiva entre el humor y la salud puede ocurrir a través de cuatro procesos en base a relaciones directas o indirectas (véase la Tabla 5.2):

Tabla 5.2. Procesos de relación entre Humor y Salud (Adaptado de Martin y Lefcourt, 2006).

Relaciones directas	Relaciones indirectas
La risa provoca cambios fisiológicos positivos que favorecen la salud	El sentido del humor o la risa pueden moderar el estrés a través de la percepción cognitiva del individuo favoreciendo su capacidad para afrontar el problema de salud en cuestión.
El sentido del humor y la risa pueden favorecer estados de ánimo positivos influyendo en la salud	El sentido del humor favorece las relaciones interpersonales y propicia el apoyo social.

De acuerdo con los estudios (Gervais y Wilson, 2005; Gildberg, Bradley, Paaske y Hounsgaard, 2014; Greengross, 2013; Lyubomirsky, King y Diener, 2005; Martin, 2003, 2010; Martin y Lefcourt, 2006), las funciones psicológicas del humor se pueden clasificar en tres categorías: 1) percibir el humor como un beneficio cognitivo y social a raíz de las emociones positivas, 2) utilizar el humor como un medio para comunicarse con otras personas, y 3) el humor como un medio para afrontar las dificultades y aliviar el estrés. Desde el punto de vista cognitivo, las investigaciones destacan que el uso del humor puede mejorar las habilidades cognitivas al favorecer la creatividad, la efectividad cognitiva, la capacidad de planificación y la capacidad para resolver problemas. Mientras que desde el punto de vista social, favorece el comportamiento social, influye positivamente en la actitud respecto a los demás, tiene un papel regulador en las relaciones interpersonales, propicia la generosidad, la comunicación y la búsqueda de conexión con otras personas. De igual modo señalan que a nivel social el humor puede influir tanto en el proceso de identificación de posibles compañeros o relaciones futuras, como en el desarrollo y el mantenimiento de relaciones presentes,

pero también puede influir a la hora de colaborar con otras personas en un proyecto u objetivo. Finalmente, en cuanto a los beneficios psicológicos del humor como un medio para afrontar la adversidad, los estudios apuntan que se han encontrado numerosas evidencias que sostienen que el humor tiene un papel muy importante como estrategia de afrontamiento al presentar un problema o una situación adversa desde una perspectiva diferente, en ocasiones más cómica al relativizar sobre aquello que produce estrés.

5.6. La psicología del sentido del humor: una perspectiva integradora y multidimensional

Los estudios de Martin (2000, 2001, 2010) y Thorson y Powell (1993a, 1993b) sobre el sentido humor son un referente en la literatura científica desde un punto de vista integrador y multidimensional. Explican que el humor ha sido estudiado desde hace varias décadas en diferentes ramas de la psicología. Por ejemplo, la psicología cognitiva se ha centrado en estudiar los procesos mentales que comprenden la creación, la percepción, la apreciación y la comprensión del humor, mientras que la psicología social se ha centrado en aspectos interpersonales del humor. La psicología de la personalidad han centrado sus estudios del humor en los rasgos, las características y el comportamiento a nivel individual, y la psicología del desarrollo se ha interesado en la forma en la que el humor y la risa se desarrollan en las diferentes etapas de la vida. Finalmente, la psicología biológica se ha centrado en las bases fisiológicas del humor y en los posibles efectos que tiene en la salud mental. Pero independiente del área de la psicología en la que se estudia el humor, existe un acuerdo general en la actualidad de que el humor tiene un papel importante y multidimensional en la condición humana y

que es un tema de interés en el campo de la investigación de la psicología. Los estudios de Martin (2000, 2001, 2010) y Thorson y Powell (1993a, 1993b) señalan que a pesar de que el humor tiene un papel genético en el ser humano, y que no sólo está influido por factores culturales y personales, también está asociado a la forma en la que las personas se relacionan y se comunican entre sí; evoluciona en el tiempo y en las diferentes etapas de la vida.

Martin (2010) explica que desde el campo de la psicología, la capacidad para generar y percibir el humor, así como las respuestas afectivas asociadas al mismo se puede dividir en cuatro componentes esenciales: 1) el contexto social; 2) el proceso de percepción cognitiva; 3) la respuesta emocional y; 4) la risa como expresión vocal y conductual. De acuerdo con su postura, el humor es principalmente un fenómeno social y generalmente surge cuando las personas están acompañadas de otras personas.

Según Martín (2010) y Thorson y Powell, (1993a, 1993b), el humor puede considerarse una forma recreativa de comunicarse con los demás, puede utilizarse a través de juego de palabras y mensajes con diferentes sentidos y significados. Sin embargo, para generar humor las personas necesitan procesar cognitivamente la información de una forma creativa. Sostienen que el humor implica una idea (imagen, texto o acontecimiento) que tiene un sentido incongruente o inesperado, lo denominado por Gervais y Wilson (2005) como una “incongruencia social no-seria” que incluye bromas, tomar el pelo, mofarse, proverbios, ingenio o entretenimiento. Pero el humor no es sólo una respuesta cognitiva, sino también provoca emociones. Estas emociones pueden ser positivas o negativas dependiendo del contexto, la percepción, la interpretación del mensaje humorístico y el estilo básico del humor (Martin, 2010).

De acuerdo con Martin (2010) y Szabo (2003), cuando el humor se aplica en un contexto positivo y apropiado se producen emociones positivas y placenteras; aumenta la sensación de bienestar al activarse una parte del sistema límbico del cerebro asociado a sensaciones de placer. Como sucede con algunas actividades como comer, escuchar música o tener relaciones sexuales, el humor produce cambios fisiológicos y emocionales que favorece el bienestar en general. Esta sensación de bienestar puede describirse como: alegría, hilaridad, diversión, entretenimiento, ameno o jovial. Sin embargo, no existe un acuerdo general sobre cómo definir la emoción asociada al humor. No obstante, de acuerdo con Martin (2003, 2010) en la actualidad, alegría o hilaridad son algunos de los términos más utilizados para explicar las emociones relacionadas al humor.

5.7. Los elementos del sentido del humor

Desde el punto de vista de Thorson y Powell (1993a, 1993b), el sentido del humor influye en la forma en la que uno se percibe a sí mismo, las relaciones personales y el mundo que le rodea; es una forma de vida y puede ser un medio de autoprotección por el cual una persona se defiende de la conducta agresiva de otra, así como puede ser una forma de transmitir amabilidad. Es decir, consideran que el sentido del humor puede ser un medio para acercarse, relacionarse y conectar con otro ser humano.

Thorson y Powell (1993a, 1993b) explican que los elementos del sentido del humor difieren de los elementos del humor. Desde su punto de vista, a nivel individual el sentido del humor está hecho de distintos elementos de humor; pequeñas piezas del constructo humor forman parte del mapa cognitivo del sentido del humor de una persona. Por ejemplo, mientras que unas utilizan el humor de una forma agresiva hacia

otras, algunos utilizan el humor de forma autodestructiva pensando que así podrán evitar las agresiones de otros. Por lo tanto, cada individuo tiene su propio patrón y forma de utilizar su sentido del humor; es diferente a la hora de usar su sentido del humor y los diferentes elementos del humor. Puede que unos sean más potentes en algunas áreas, mientras que en otras no lo sean tanto. Estas diferencias individuales sobre la utilización del humor están determinadas por factores personales como: rasgos de la personalidad, las circunstancias o el grado de importancia que se le otorga a una situación determinada.

De acuerdo con Thorson y Powell (1993a, 1993b), los elementos que forman parte del sentido del humor son las siguientes:

1. Reconocer el sentido del humor en uno mismo

Cada persona tiene distintos niveles de motivación humorística que influyen en el desarrollo de su sentido del humor dependiendo de la percepción que tiene de sí misma y de los propios éxitos y fracasos. Sin embargo, también influye la opinión y percepción que tienen éstas de su entorno. Por lo tanto, uno tiende a reconocerse como alguien con sentido del humor cuando otros también le perciben como tal.

2. Reconocer el sentido del humor en otras personas

Identificar el sentido del humor de otros también es una forma de reconocer el propio y una forma de conectar con ellas. De forma que estar motivado e interesado en conectar con otros e intentar entender su humor es una manera de favorecer las relaciones.

3. La apreciación del humor:

La apreciación del humor está relacionada con la actitud que tienen las personas respecto al sentido del humor de otros y respecto al propio. Por ejemplo, cuando no se aprecia el sentido del humor o el comentario humorístico de otra persona al considerarse inapropiado o fuera de lugar y uno tiene una respuesta seria al respecto, esta reacción es un reflejo de las propias características, es decir, de su forma de ser, de pensar o de sentir.

4. La risa:

Las personas pueden tener una respuesta conductual determinada frente a situaciones de humor. La risa es un ejemplo de respuesta común, así como lo es la sonrisa. Lo cierto es que algunas personas se ríen más que otras como reacción a una situación de humor. Sin embargo, cabe señalar que la tendencia a reírse no tiene por qué estar directamente relacionada con el sentido del humor, ya que hay algunos con un gran sentido del humor que no responden con frecuencia ni necesariamente con la risa.

5. La percepción del humor

Cada individuo tiene su propio punto de vista asociado al sentido del humor; la perspectiva de cada uno puede ser una forma de manejar una situación determinada. Por ejemplo, algunos en vez de responder con enfado, se ríen y utilizan el humor como mecanismo de afrontamiento. Dependiendo de la perspectiva que se tenga se manifestará aspectos del individuo como la flexibilidad, la tolerancia, o la capacidad de no tomarse las cosas muy a pecho o demasiado personales.

6. El humor como estrategia de afrontamiento

El humor como respuesta para aceptar o sobrellevar situaciones determinadas es considerado una estrategia de afrontamiento que utilizan muchas personas, especialmente durante momentos de tensión o frente a la adversidad. Por ejemplo,

algunas responden con una risa nerviosa cuando se sienten estresados o asustados, o utilizan el humor en una situación social tensa con el fin de reducir la misma.

5.8. El papel del sentido del humor en la salud y el bienestar psicológico

Durante años en la literatura científica se ha asociado tener sentido del humor con tener una buena salud, así como se ha considerado que las personas que tienen sentido del humor ríen con más frecuencia. Dado que la risa se relaciona con beneficios fisiológicos que incluyen la producción de endorfinas y una disminución de hormonas relacionadas con el estrés, entre otros, como resultado consideran que es posible que las personas con un alto sentido del humor tengan más beneficios fisiológicos que las personas con un bajo nivel (Martin, 2001; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000; Svebak, Martin y Holmen, 2004). Por ejemplo, desde el punto de vista del campo de la Psicología Positiva, la cual tiene como objetivo mejorar la calidad de vida de las personas basándose en la construcción de competencias, el sentido del humor y el bienestar están relacionados, es decir, ambos conceptos se asocian a las emociones positivas, la satisfacción, la salud personal, la calidad de vida, la salud y el bienestar subjetivo, así como en la ausencia de emociones negativas y factores estresantes (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). Por lo tanto, consideran que estudiar en profundidad la relación que existe entre el sentido del humor y la salud puede contribuir a mejorar la calidad de vida.

Según Seligman (2003), las personas optimistas tienden a tener mejor sentido del humor, son más perseverantes y exitosos, y suelen tener una mejor salud física que las personas pesimistas. Destaca entre los estudios analizados, uno de carácter longitudinal que llevó a cabo Danner, Snowdon y Friesen (2001) con un grupo de monjas. En este estudio se pudo demostrar que aquellas que eran más optimistas y

expresaron emociones positivas presentaron una longevidad superior en 10 años, a las monjas que expresaron menos emociones positivas o eran más pesimistas.

El humor y la risa están asociados a efectos positivos en la salud desde un punto de vista fisiológico y pueden considerarse agentes liberadores de tensión emocional. De acuerdo con Carbelo (2006) y Mora-Ripoll y Ubal-López (2011) la risa se entiende como una reacción psicofisiológica caracterizada por efectos externos e internos en el individuo. A nivel externo las características de la risa se identifican por vocalizaciones repetitivas, una expresión facial, generalmente reconocible por la fisionomía de la cara y los sonidos, así como por los movimientos característicos de los hombros, el abdomen y la cabeza. A nivel interno las características de la risa se identifican por cambios en los procesos neurofisiológicos asociados a los cambios respiratorios, circulatorios y a factores neuroquímicos. De igual modo, la risa produce una sensación, en mayor o menor grado, de placer subjetivo que habitualmente desencadena una emoción positiva como alegría o gozo. Y en algunos casos incluso se ha señalado que ha ayudado a sobrellevar el dolor físico.

De acuerdo con Carbelo y Jáuregui (2006), en la actualidad existe un gran interés en las intervenciones clínicas y los sistemas terapéuticos que se asocian al humor. Aunque no existen muchas pruebas empíricas, si se puede decir que existen indicios del valor terapéutico que se atribuye al humor. No obstante, aún es necesario realizar estudios empíricos que analicen los mecanismos biopsicofisiológicos sobre los efectos del humor en la salud, así como los efectos terapéuticos que el humor pueda tener a nivel físico y psicológico, para tener una mayor comprensión sobre la relación que existe entre ellos. Por ejemplo, Lunenfeld (2008), realizó un estudio en el que se examinaron las asociaciones entre el humor como estrategia de afrontamiento y otros factores personales y sociales y la salud de un grupo de personas mayores. Los

resultados indicaron que el sentido del humor juega un papel importante en temas asociado a la salud y que no sólo puede considerarse como una estrategia de afrontamiento, sino que además está significativamente asociado a depresión y ansiedad, así como al hecho de recibir apoyo social, es decir, las personas con mayor sentido del humor tienden a recibir más ayuda, compañía y apoyo de las personas del entorno.

De acuerdo con Kuiper, Grimshaw, Leite y Kirsh (2004) y Kuiper y Nicholls (2004) hay estudios que intentan encontrar asociaciones respecto a las interacciones entre el sentido del humor y otras variables de los rasgos de la personalidad. De igual modo explican que los investigadores también están tratando de diferenciar los diferentes tipos de humor de las personas. Por ejemplo, en un estudio realizado por Bokarius et al. (2011), se propuso estudiar las medidas de correlación que existen entre la tendencia al humor y el nivel de depresión. El objetivo de su investigación era estudiar la disposición de personas con depresión a participar en tratamientos con humor. Este estudio se desarrolló con una muestra de 200 personas diagnosticadas con depresión. Se evaluó su sentido del humor y su actitud hacia el humor utilizando el Cuestionario de Humor de Svebak (1993, 1996) y el Inventario de Sintomatología Depresiva versión breve aplicada de Ruch (2003) (QIDS-SR) (*Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report*). Según los resultados no se encontró una correlación significativa entre el grado de depresión y el sentido del humor. Sin embargo, sí se encontró una relación entre la disposición hacia el humor y la depresión en personas de 70 o más años. Los investigadores concluyeron que a pesar de las limitaciones del estudio, los datos aportan información preliminar que apoya la posibilidad de que utilizar tratamientos con un enfoque en el humor puede formar parte de las intervenciones para tratar síntomas de depresión. En otro estudio realizado por

Falkenberg et al. (2011) en el que se investiga la influencia de la depresión en diferentes aspectos del humor que incluyen: sentido del humor y apreciación del humor (chistes) en dos grupos. El primer grupo estaba compuesto por 19 personas diagnosticadas con depresión y el grupo control estaba compuesto por personas que no tenían un diagnóstico depresivo. De acuerdo con los resultados, no se encontraron diferencias respecto a las preferencias del tipo de humor a la hora de evaluar el material presentado como humorístico o no humorístico. Sin embargo, si se encontró que las personas con depresión reaccionaban menos (reían menos) a estímulos humorísticos y utilizaban el humor con menos frecuencia como estrategia de afrontamiento que las personas sin depresión.

Por otro lado, en otro estudio realizado Boyle, Joss-Reid (2004) se investigó la relación entre el humor y la salud en una población de 504 personas. La muestra se dividió en tres grupos: el primer grupo estaba compuesto por 300 personas sin ninguna condición médica, el segundo grupo consistía en 103 personas con una condición médica y el tercer grupo estaba compuesto por 101 personas con y sin condiciones médicas. Basándose en la noción de que la salud es un constructo multidimensional que incluye la salud física, psicológica y social, el objetivo de la investigación era averiguar si las personas con un mayor sentido del humor presentaban niveles más altos de salud que aquellas personas que presentaban un menor sentido del humor. De acuerdo con los resultados no se encontraron diferencias significativas respecto al sexo, la salud y sentido del humor, sin embargo, al comparar el grupo de personas con una condición médica y el resto de la muestra, se encontró una significancia multivariante. A partir de los resultados se concluyó que el humor se utiliza como un mecanismo de afrontamiento en situaciones difíciles. Y aunque también se observó que el humor y el grado de salud

no están relacionados, sí encontraron que las personas con alguna enfermedad tienden a utilizar el humor de forma diferente que aquellas que no la tienen.

5.9. Sentido del humor: edad y sexo

Como se ha señalado previamente, numerosos estudios señalan que el humor tiene un papel esencial en el bienestar de las personas a nivel individual y relacional, y que es un indicador de vitalidad y salud, (Greengross, 2013; Hone, Hurwitz y Lieberman, 2015; Mora-Ripoll y Ubal-López, 2011; Svebak et al., 2004). Sin embargo, en la literatura científica también existe un gran interés en estudiar las posibles diferencias entre el humor asociado a la edad y al sexo.

De acuerdo con la revisión realizada por Greengross (2013), existen numerosos estudios en la literatura científica que encuentran que a medida que las personas van envejeciendo aumentan su apreciación del humor. Sin embargo, también destacan que a partir de los 60 años aproximadamente la capacidad para disfrutar del humor disminuye con la edad, así como la capacidad para comprender el humor. Parece ser que llega un momento en el que para algunas personas mayores les puede resultar difícil entender cognitivamente algunos comentarios humorísticos, resultando en una posible disminución de apreciación del humor. A pesar de que hay estudios que señalan que las personas mayores disfrutan más del humor que las personas jóvenes, éstas apuntan que el acto de la risa disminuye con la edad en ambos sexo; la frecuencia de la risa estaba correlacionada negativamente con la edad y esta disminución era más prominente en las mujeres que los hombres. Sin embargo, esta correlación negativa es mayor en mujeres que en hombres. Greengross explica que las mujeres menores de 24 años ríen una media de 22.7 veces al día, mientras que las mujeres mayores de 60 años ríen una media de 11.7 veces al día. Asimismo, señala que de acuerdo con los resultados

de algunas investigaciones, las personas mayores puntúan más bajo en humor afiliativo, (estilo de humor que ayuda a promover vínculos sociales) que los más jóvenes. Sin embargo, igualmente destaca que las mujeres tienden a usar más un humor de autoafirmación (estilo de humor en el que se intenta ver el lado humorístico de la vida en momentos adversos y estresantes) para animarse a sí mismas que los hombres. Finalmente, según Greengross las personas mayores tienden a utilizar el humor agresivo con menos frecuencia que las más jóvenes.

Una investigación que a menudo aparece como referencia en la literatura científica es la elaborada por Svebak et al. (2004), en la cual se examina la relación entre el sentido del humor, la salud (objetiva y subjetiva), la edad y el sexo con una muestra de 65,333 personas con una edad mínima de 20 años. Para este estudio los rangos de edad se dividieron en intervalos de diez años. Asimismo, se evaluó la salud subjetiva y se realizaron pruebas médicas básicas con profesionales de la salud especializados con el fin de evaluar la salud objetiva. De acuerdo con los resultados del estudio, las personas mayores de 70 años presentaron las puntuaciones más bajas en sentido del humor y las personas en el rango de edad entre 20 y 30 años presentaron las puntuaciones más altas. De igual modo, se encontraron diferencias significativas entre los sexos, en la que los hombres puntuaron más alto que las mujeres tanto en sentido del humor como en salud subjetiva. De igual modo encontraron una correlación positiva significativa entre el aumento de la edad y los problemas de salud objetiva. Como conclusión, los investigadores señalan que desde un punto de vista de salud pública, independientemente de las bajas correlaciones entre el sentido del humor y la salud subjetiva, se puede considerar esta asociación como un factor interesante para estudiar con más profundidad.

En otro estudio desarrollado por Hone et al. (2015), se estudiaron las diferencias existentes entre los sexos respecto a las preferencias del tipo de humor asociadas a la producción y apreciación del mismo. De acuerdo con los resultados las mujeres consideran más importante que los hombres la producción del humor. Sin embargo, no se encontraron diferencias entre los sexos respecto a la importancia de la receptividad del propio humor en los demás, especialmente la pareja, este rasgo es similar en los hombres y las mujeres. Por otro lado, Mora-Ripoll y Ubal-López (2011) destacan de sus estudios que las mujeres ríen más que los hombres, aunque no han encontrado diferencias significativas entre los sexos respecto a la frecuencia de la risa diaria. Según explican, los hombres utilizan más el humor cuando hablan sobre temas asociados a la salud, mientras que las mujeres utilizan más el humor para afrontar situaciones estresantes.

Como apunta Greengross (2013), aún se tiene poca información respecto a los mecanismos que influyen sobre los procesos cognitivos que afectan a las personas mayores respecto al humor, la edad y el sexo. Sin embargo, cuando se habla de la importancia del envejecimiento saludable, independientemente de la edad y del sexo, la mayoría de las personas señalan que el sentido del humor tiene un papel importante en este proceso, por lo tanto se recomienda continuar realizando investigaciones empíricas para aprender en más profundidad sobre las diferencias.

5.10. El sentido del humor como estrategia de afrontamiento y modulador del bienestar emocional en las personas mayores

El humor a menudo se percibe como una estrategia de afrontamiento y un factor protector frente a la adversidad y las emociones negativas (Marziali et al., 2008; Ruch et al., 2010; Thorson y Powell, 1993a, 1993b; Martin, 2007; Proyer, 2014; Wanzer et al., 2009). Sin embargo, como señala Greengross (2013) se pueden encontrar estudios, que por un lado, presentan resultados positivos y significativos respecto al efecto que puede tener el humor en las emociones, pero también hay otros estudios que no han encontrado correlaciones significativas. A raíz de estas diferencias en los resultados los investigadores sostienen que es posible que los resultados sean inconcluyentes porque existen diferentes procesos adaptativos dependiendo del tipo de humor utilizado (Atkinson et al., 2015; Celso, Ebener y Burkead, 2003; Greengross, 2013; Martin y Lefcourt, 1983; Samson y Gross, 2012; Wanzer et al., 2009).

Samson y Gross (2012) apuntan que aunque muchos estudios consideran el humor como un estilo de afrontamiento positivo y constructivo, es posible que el humor también tenga un papel como regulador de las emociones desde las siguientes perspectivas: 1) que tenga una función de distracción de las emociones negativas, 2) que las emociones positivas que están asociadas al humor permiten poner distancia emocional de las situaciones negativas, de forma que las emociones positivas se superponen a las negativas, 3) que influye en el cambio de visión o perspectiva respecto a situaciones negativas, de manera que el humor cambia la forma en la que la persona evalúa una experiencia estresante o negativa, y como resultado cambia el significado que tiene para ella, 4) que ayuda a disminuir las emociones negativas respecto a las

experiencias negativas al provocar una reevaluación de la situación de forma que también cambia la visión de la experiencia negativa.

El sentido del humor es una característica que está presente en aquellas personas mayores que han envejecido positivamente. Ayuda a hacer frente a los avatares y a las situaciones difíciles que producen ansiedad y sentimientos de malestar. No obstante, no sería adecuado percibir el sentido del humor como un concepto simple, ya que tiene muchos componentes diferentes que forman parte de este constructo (Celso et al., 2003; Harm, Vieillard y Didierjean, 2013; Kruse y Prazak, 2006; Martin y Lefcourt, 1983; Marziali, McDonald y Donahue, 2008; Poon, Martin, Clayton, Messner, Noble y Jonhson, 1992; Proyer, 2014; Ruch et al., 2010; Thorson y Powell, 1993; Wanzer et al., 2009). Por ejemplo, Thorson y Powell (1988), señalaron en sus investigaciones que aquellos mayores que se acercaban al momento de su propia muerte a menudo utilizaban el humor como estrategia para afrontar su ansiedad. Esto les llevó a deducir que existía la posibilidad de que el humor pudiera influir positivamente y como un modulador (*buffer*) a la hora de mantener una estabilidad emocional ante un acontecimiento desagradable que produzca sentimientos negativos. Sin embargo, también consideraron que los instrumentos utilizados para medir el humor hasta el momento eran unidimensionales, por lo tanto decidieron desarrollar el MSHS, la escala multidimensional para medirlo.

Según Harm et al. (2013), la edad y el sentido del humor están relacionados. Mientras que unos estudios (Jose, Parreira, Throson y Allwandt, 2007; Proyer et al., 2010; Ruch et al., 2010) apoyan la idea de que con la edad aumenta el sentido del humor, otros consideran lo contrario, que disminuye con la edad (Wanzer et al., 2009). De acuerdo con Harm et al. estas posturas se pueden explicar a partir de la teoría de la

Selectividad Socioemocional (*Socioemotional Selectivity Theory*) de Carstensen y Charles (2009), que sostiene que los cambios emocionales en la vejez son el resultado de un cambio respecto a los objetivos a raíz de una concienciación de los límites de tiempo restante de vida; cambios que no suceden en las personas jóvenes. Por lo tanto, las personas mayores que se centran en buscar emociones positivas durante el tiempo restante de su vida tienden a experimentar mayor bienestar.

Estudios más recientes (Greengross, 2013; Harm et al., 2013; Marziali et al. 2008; Ruch et al. 2010), también apoyan la idea de que existe una asociación entre el sentido del humor y el bienestar en las personas mayores. Señalan que es posible que el humor no solo sea un mecanismo con el cual las personas tratan las adversidades, sino también les ayude a moderar, e incluso a prevenir, emociones negativas como el estrés, evitando que la calidad de vida se vea drásticamente afectada. En palabras de Ruch et al. (2010): “Uno podría afirmar que el humor puede determinar cómo las personas afrontan las adversidades que están asociadas a la edad. Por lo tanto, el humor puede ser un amortiguador que prevenga estresores que puedan reducir la calidad de vida de la persona.” (2010, p.9). Sin embargo, como señala el estudio de Harm et al. (2013), a pesar de que existe evidencia empírica de que el humor influye en la regulación de las emociones y que se puede asociar a la edad, sin embargo, apunta que no se encuentran estudios que examinan la relación entre el efecto del humor y emociones específicas como la tristeza, la ira o la culpa. Explican que el sentido del humor suele estudiarse en relación al estrés o lo denominado “emociones negativas” o “malestar emocional”; resultando en estudios que analizan la relación entre el humor y satisfacción con la vida.

Un estudio considerado de mayor relevancia que asocia el humor y la satisfacción con la vida es el Ruch et al. (2010). Este estudio compuesto por una

muestra de 42,964 personas dividieron la muestra en siete grupos diferentes basándose en la edad de los participantes para luego computar las posibles correlaciones entre el sentido del humor y la satisfacción con la vida. Participaron un total de 3959 personas con edades comprendidas entre 61 y 70 años. Los resultados del total de la muestra señalaron que el sentido del humor tenía una correlación más alta con la satisfacción con la vida que en el resto de los grupos de la investigación. Sin embargo, también se pudo observar que a pesar de que no había mucha variedad entre los coeficientes de los grupos, si encontraron que las personas con las edades comprendidas entre 61 y 70 años y el grupo de los mayores de 70 años eran los más bajos. No obstante, los resultados del estudio indicaron que el humor es uno de los principales predictores de satisfacción con la vida. Asimismo, los investigadores señalaron que aunque la correlación no demuestra causalidad, ya que para ello se tendría que desarrollar un entrenamiento en humor y estudiar si la satisfacción con la vida incrementa a posteriori, los datos del estudio sí indicaron que el humor es por lo menos un indicador de satisfacción con la vida.

Según Ruch et al. (2010), las personas que se caracterizan por ser individuos que buscan placer y diversión tienden más a afrontar la vida con humor y a incorporarlo más a menudo en su día a día, que aquellas personas que no tienden a buscar placer. Por lo tanto, bajo el punto de vista de estos investigadores, la relación entre el humor y la satisfacción con la vida puede que vaya más allá de la perspectiva hedonística, la cual se basa en buscar el placer. Es decir, apuntan que es posible que el humor tenga un efecto en la satisfacción con la vida más allá que el solo propósito de buscar placer. Asimismo, se podría pensar que las personas con sentido del humor suelen tener más amistades y tienden a participar en más actividades sociales que aquellas que no lo tienen. También es posible pensar que las personas con un alto sentido del humor tienden a valorar más alto su satisfacción con la vida y su bienestar, que aquellas personas que tienen un nivel

más bajo. A esta idea, los autores concluyen que es posible que tener sentido del humor facilite las relaciones interpersonales e influya positivamente en el bienestar y la salud.

Como señala Greengross (2013), numerosos estudios proponen la idea de que es posible que el humor no sólo tenga un efecto positivo en la salud, sino que el sentido del humor tenga un papel de amortiguador que influye en el bienestar y que la risa tenga un papel de “protector para el dolor” (*pain killer*). Por lo tanto, estos investigadores sugieren que para tener una mayor comprensión sobre el papel del humor en las personas mayores, es necesario no sólo estudiar el humor como una fortaleza, sino también explorar qué aspectos subyacen en la propia experiencia del humor y qué efectos tiene en las relaciones sociales. De igual modo sugieren estudiar el papel que tiene el humor en el entorno de las personas, al considerar que éste influye en la forma de valorar el lugar y el entorno en el se vive habitualmente, como por ejemplo sucede en los centros, residencias e instituciones que acogen a personas mayores (Callaghan, 2005; Celso et al., 2003; Martin y Lefcourt, 1983; Marziali et al., 2008; Ruch et al., 2010).

5.11. Instrumentos de evaluación utilizados para medir el sentido del humor

De acuerdo con Ruch (1998, citado en Ruch, 2001), en el campo de la psicología se ha percibido el sentido del humor como una característica fundamental de los rasgos de personalidad, por lo tanto se considera un constructo que puede aportar información importante sobre el individuo. Al evaluar el sentido del humor de una persona se puede estudiar diferentes dimensiones de la forma de ser de las personas que incluyen la creatividad, la extroversión o su capacidad social, etc., y establecer teorías y taxonomías

sobre el humor. Establecer teorías y categorías del humor favorece la creación de instrumentos para medir las mismas, así como para evaluar emociones y reacciones frente al humor.

Según Köler y Ruch (1996), se pueden distinguir en tres tipos de instrumentos que evalúan la apreciación y la creación del humor: 1) escalas de humor que incorporan elementos que definen el humor, 2) escalas que miden el constructo de humor asociados a la forma de ser del individuo y, 3) escalas que miden la creación del constructo humor. Por ejemplo, explican que el cuestionario SHRQ de Martin y Lefcourt (1984) y el MSHS de Thorson y Powell (1993), corresponden a la primera categoría de tipos de instrumentos, mientras que el SHQZ de Ziv (1981) y el MSHS corresponden a la segunda categoría. Respecto a los instrumentos que miden la creación del humor, la tercera categoría, identifican el Cuestionario de Sentido del Humor (SHQ-3) de Svebak (1993) y el MSHS de Thorson y Powell (1993).

Según los estudios (Carbelo y Jáuregui, 2006; Carretero et al., 2006; Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b), no es fácil construir instrumentos adecuados para poder medir el sentido del humor. Explican que cuando se evalúa, los estudios suelen centrarse en la dimensión de la relación con rasgos de la personalidad o desde la dimensión apreciación del humor, la cual hace referencia al grado de diversión que experimenta el individuo como respuesta ante un estilo humorístico. Sin embargo, en el presente estudio el sentido el humor se abordará desde una perspectiva multidimensional propuesta por Thorson y Powell (1993a y 1993b), creadores de la MSHS.

Thorson y Powell (1993a), proponen una teoría en la que consideran el humor como un constructo multidimensional en el que la apreciación del humor es sólo uno de

los elementos que forman parte del mismo. Para ello crearon el MSHS con el fin de poder estudiar diferentes dimensiones del sentido del humor que incluyen evaluar: 1) la habilidad para generar, crear o producir humor (habilidad creativa); 2) El uso del humor como estrategia de afrontamiento; 3) la capacidad para reconocer/apreciar el humor; 4) la actitud hacia el humor en situaciones sociales.

Los instrumentos más habituales para medir el constructo sentido del humor que se han encontrado en la literatura científica son (véase la Tabla 5.3):

Tabla 5.3. Tabla instrumentos para medir el sentido del humor

Instrumento	Autor	Descripción
CASH (Cuestionario de Autoevaluación del Sentido del Humor)	García Larrauri, Monjas, Román, Cuetos, Polo y Muñoz (2005).	8 ítems. Escala Likert. Valora el humor desde varias dimensiones: creación o generación de humor, describiendo así a una persona creativa en este sentido, así como una persona que le gusta reír y no pierde la ocasión de hacerlo, utilizando estrategias y habilidades para distinguir relaciones originales y compartirlas con el fin de provocar la risa. Apreciación del humor y disfrute de la vida. Afrontamiento optimista y establecimiento de relaciones positivas. α de Cronbach (0.72- 0.80)
CHS (Coping Humor Scale)	Martín y Lefcourt (1983)	7 ítems. Mide el humor individual como respuesta adaptativa a los sucesos estresantes de la vida. Contiene afirmaciones que se puntúan en la escala de Likert de 4 puntos. α de Cronbach (0.60-0.70)
CQH (Categorization Questionnaire of Humor)	Bressler (2006)	14 ítems que miden la importancia y el valor que tiene para el sujeto que su pareja tenga sentido del humor, y la receptividad del propio humor y generación del humor. Escala Likert 7 puntos. α de Cronbach (0.54-63)
EAHU (Escala de Apreciación del Humor)	Carretero (2005)	28 ítems. Batería que evalúa el grado de apreciación del humor. Compuesta de dos escalas: diversión hacia el estímulo y grado de rechazo hacia el mismo. Los estímulos están clasificados: 2 categorías referentes a estímulos humorísticos sin contenido específico y presentan una estructura interna distinta en función del proceso cognitivo que provocan Incongruencia-Resolución frente a Incongruencia sin Resolución o Sin Sentido, y otras 3 categorías que se centran en contenido del material humorístico (Humor Sexual, negó y Denigración. Escala de Likert. α de Cronbach (0.72-0.89)
HIS (Humor Initiation Scale)	Bell (1986)	6 ítems en una escala de Likert de 5 puntos que mide la frecuencia de la iniciación del humor. α de Cronbach (.84)
HOS (Humor)	Booth-Butterfield,	17 ítems. Autoinforme que mide la predisposición para utilizar

Tabla 5.3. Tabla instrumentos para medir el sentido del humor

Instrumento	Autor	Descripción
Orientation Scale)	(1991)	el humor en situaciones sociales. Escala Likert 5 puntos.
HSQ (Humor Style Questionnaire)	(Martin et al. 2003)	32 ítems. Mide cuatro estilos de humor: humor social (affiliative humor), realizarse a uno mismo (self-enhancing humor), humor agresivo y auto-denigración (self-defeating humor). Escala de Likert de 7 puntos. Hay 8 ítems para cada estilo. α de Cronbach (0.77-0.81)
IPAT (Humor Test of Personality)	Cattel y Tollefson (1966)	El humor se clasifica en 12 factores que ofrecen diferentes perfiles de humor y dimensiones temperamentales. Es un instrumento compuesto en 2 partes: La primera parte consiste en diferentes chistes con 104 ítems y la segunda parte tiene 130 ítems. En la actualidad, es una prueba considerada obsoleta, no obstante, ha sido una importante referencia durante la construcción de instrumentos más actuales.
MSHS (Multidimensional Sense of Humor Scale)	Thorson y Powell (1993)	24 ítems en una escala de Likert de 5 puntos. Mide 4 dimensiones del humor: 1) la habilidad para generar humor; 2) Humor como estrategia de afrontamiento; 3) Apreciación/reconocimiento del humor; 4) Actitudes hacia el humor en situaciones sociales. α de Cronbach (0.93) (puntuación global)
SHQ (Sense of Humor Questionnaire)	Svebak (1974, 1993, 1996)	21 ítems que pretende medir 3 elementos del humor: la habilidad para percibir el humor, la capacidad para disfrutar del humor y la tendencia del individuo a expresar sus emociones. Consta de afirmaciones autodescriptivas, cuyas respuestas se puntúan sobre escala de Likert de 5 puntos, α de Cronbach (0.85) (puntuación global; SHQ-6, 2010)
SHQ-3 (1993) SHQ-6 (1996)		
SHQZ (Sense of Humor Questionnaire Ziv)	Ziv (1979, 1981)	14 ítems en forma de pregunta. Respuestas en escala de Likert de 7 puntos. Tomó como base la existencia de dos dimensiones del humor: creación y apreciación, α de Cronbach (0.56-0.71)
SHRQ (Situational Humor Response Questionnaire)	Martin y Lefcourt (1984)	21 ítems. Describe situaciones placenteras y desagradables (7 ítems describen situaciones agradables, 11 ítems describen situaciones desagradable y 3 ítems identifican respuestas de risa y grado de de entretenimiento. Se trata de averiguar la frecuencia con la que el sujeto se ríe o sonrío y se divierte en distintas situaciones de la vida diaria. También intenta medir la forma en que el sujeto expresa y utiliza el humor para afrontar estímulos estresantes. Mide las respuestas de risa/sonrisa ante 21 situaciones hipotéticas que se pueden dar y en la que se pide al sujeto recordar cuál sería su respuesta en dicha situación. α de Cronbach (0.83)
SHS (Sense of Humor Scale)	McGhee (1996,2010)	40 ítems en Escala de Likert de 7 puntos. Evalúa 3 dimensiones del sentido del humor: 1) humor como juego versus una actitud seria, 2) sentido del humor y 3) estado de ánimo positivo y negativo, α de Cronbach (0.90) (puntuación global)
VIA-IS (Humor)	Peterson, Park,	10 ítems. Escala de Likert 5 puntos. Mide el humor como

Tabla 5.3. Tabla instrumentos para medir el sentido del humor

Instrumento	Autor	Descripción
Scale de Values in Action Inventory of Strengths)	Seligman (2005)	fortaleza, α de Cronbach > 0.70 en todas las escalas
3WD Humor Test	Ruch y Hehl (1998)	Instrumento para medir la apreciación del humor. Se presentan imágenes y el sujeto debe identificar las cómicas, α de Cronbach (0.81-0.91)

5.12. Estudios sobre el sentido del humor

Después de realizar en profundidad una búsqueda en la literatura científica sobre la utilización del MSHS se ha encontrado que a pesar de ser un instrumento que se utiliza con frecuencia en investigaciones anglosajonas y en países latinoamericanos, en España no se encuentran estudios con escalas que valoren el constructo sentido del humor desde un marco multidimensional (véase la Tabla 5.4).

Tabla 5.4. Estudios sobre el Sentido del Humor que incluyen personas mayores de 60 años

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Atkinson, Lipton, Baughman, Schermer, Harris y Vernon (2015)	n=216 hermanos MZ (154 mujeres y 62 hombres parejas) n= 45 hermanos DZ (24 mujeres y 21 hombres parejas) Edad: 18-89 años	HSQ TAS-20	El humor afiliativo y el humor autoafirmativo se correlacionan positivamente con relaciones sociales positivas. Se encontró una correlación negativa entre el sentido del humor agresivo y buenas relaciones sociales.
Stanley, Lohani y Isaacowitz (2014)	n= 81 Mujeres:69 Hombres:12 Edad: 17-84años	MMSE HSQ	Se encontró que las personas mayores presentan menor sentido del humor que los más jóvenes. Las personas mayores utilizan menos humor afiliativo y humor agresivo que los más jóvenes. De acuerdo con los resultados las personas mayores utilizan menos el humor (reírse de otros) que los más jóvenes y optan más por utilizar el humor autoafirmativo y como estrategia de afrontamiento.
Proyer (2014)	n=195 Mujeres: 91 Hombres:104 Edad: 18-97 años	SHS PIA SMAP	Los resultados indicaron que el humor se utiliza como estrategia de afrontamiento. Se encontró una correlación positiva entre humor y satisfacción con la vida. De igual modo se encontró una correlación entre el sentido del humor y tener un estado de ánimo positivo.
Leist y Müller (2012)	n=342 Mujeres: 218 (71.6%) Hombres: 124 (28.4%) Edad: 15-73 años	SWLS, HSQ RSES, TEN	Según los resultados, no se encontraron diferencias significativas entre edad y sentido del humor. Sin embargo, sí se encontró que las personas tienden a utilizar más el humor afiliativo y el humor autoafirmación. Se encontraron correlaciones positivas entre la satisfacción con la vida y el humor afiliativo y el humor autoafimación.
Bokarius, Ha, Poland, Bokarius, Rapaport y Ishak (2011)	n=200 Mujeres: 124 (62%) Hombres: 76 (38%). Edad: 20- 82 años	SHQ QIDS	Los resultados indicaron que había una correlación débil entre el sentido del humor y la edad y el sexo. No se encontraron correlaciones significativas entre el sentido del humor y depresión. Las personas mayores de 70 años presentaron una alta predisposición a utilizar el humor como estrategia de afrontamiento, incluso aquellas que presentaron niveles de depresión.

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Falkenberg, Jarmuzek, Bartels y Wild (2011)	n=33 Mujeres: 17 Hombres:20 Edad: 25-70 años Edad Media: 46.3	BDI CHS 3 WD	No se encontraron diferencias significativas entre el sentido del humor y la edad y la educación académica. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas entre los estilos humorísticos, bienestar, mal humor, seriedad y depresión. Las personas sin depresión utilizan el humor con más frecuencia como estrategia de afrontamiento que las personas deprimidas. Las personas deprimidas puntuaron más alto en seriedad y mal humor, y más bajo en alegría y respuestas a estímulos humorísticos. Mientras que las personas sin depresión puntuaron más alto en sentido del humor y estado de ánimo alto.
Tse, Lo, Cheng, Chan, Chan, Chung (2010)	n=70 Mujeres: 38 Hombres: 32 Edad: 65-95años	SHS UCLALS, LSI-A CVRS	Los resultados indicaron que el humor se utiliza como estrategia de afrontamiento. De igual modo se encontró el humor favorece la reducción del dolor físico y el sentimiento de soledad, y aumenta el bienestar y la satisfacción con la vida en personas mayores
Ruch, Proyer y Weber (2010)	n=42,964 Mujeres: 69% Hombres: 31% Edad: 17-84 años	HS, SWLS OHS	El sentido del humor como fortaleza mostró una correlación positiva y significativa con satisfacción con la vida. Los hombres puntuaron más alto en humor que las mujeres. Las personas con menos de 50 años presentaron los niveles más bajo en sentido del humor, sin embargo, los hombres con edades comprendidas entre 51-62 años presentaron las puntuaciones más altas.
Proyer, Ruch y Müller (2010)	n=979 Mujeres: 823 Hombres:154 Edad: 50-84 años	SHS IWI	Se encontraron diferencias significativas entre la edad y el sentido del humor: a mayor edad mayor era el sentido del humor, especialmente en aquellas personas mayores de 60 años. No se encontraron diferencias significativas entre el sentido del humor y las personas casadas o solteras, en practicar o no una religión y nivel de formación académica. Sin embargo, se encontró que las personas que socializaban por lo menos una vez por semana con amigos o familiares puntuaron más alto en sentido del humor que aquellas que no socializaban con sus amigos y familiares.
Svebak, Romundstad y Holmen (2010)	N=53.546 Edad: 20-79 años	SHQ	Se encontró una correlación significativa entre el sentido del humor y la salud. A mayores problemas de salud física menor era la puntuación en sentido del humor. Los hombres presentaron una mayor puntuación en sentido del humor. Se encontró una correlación significativa entre sentido del humor, y la edad: el sentido del humor aumenta a partir de los 65 años.

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Veselka, Schermer, Martin y Vernon (2010)	n= 201 Parejas de hermanos (152 MZ y 49 DZ) Edad: 17-92 años	HSQ MT48	El humor se utiliza como estrategia de afrontamiento. Se encontraron correlaciones positivas entre el humor autoafirmativo y fortaleza mental, así como entre humor autoafirmativo y control emocional. De igual modo se encontraron correlaciones positivas entre humor agresivo y confianza interpersonal. Por otro lado, no se encontraron correlaciones positivas entre el humor afiliativo y el sentimiento de control sobre la propia vida.
Wanzer, Sparks y Frymier (2009)	n=205 Mujeres: 170 Hombres: 35 Edad: 40-80 años	HOS, CES, LSI 1 ítem: “utilizo el humor para afrontar situaciones difíciles” 1 ítem: Salud subjetiva	Existe una relación entre el humor, la satisfacción con la vida y el humor como estrategia de afrontamiento. Las personas con sentido del humor presentaron una mayor capacidad de afrontamiento ante las dificultades, aumentando su satisfacción con la vida. Las personas más jóvenes de la muestra puntuaron más alto en humor que los más mayores. Existen diferencias en el tipo de humor utilizado dependiendo de la edad, las personas mayores utilizan menos chistes y bromas que los más jóvenes. Además, se encontró una correlación significativa entre el humor, la salud subjetiva y satisfacción con la vida.
Marziali, McDonald y Donahue (2008)	n=73 Mujeres: 61 Hombres: 12 Edad: 65-95 años	CHS , MSPSS, HSQ, CES-D , SAS SIBS	Se encontraron correlaciones significativas respecto a la relación entre el humor como estrategia de afrontamiento y apoyo social. Asimismo se encontraron importantes correlaciones entre el humor como estrategia de afrontamiento y depresión y ansiedad, que apuntan que el humor es un medio para afrontar la adversidad. Sin embargo, no se encontraron correlaciones significativas entre el humor como estrategia de afrontamiento, depresión y ansiedad con religiosidad/espiritualidad.
Kruse y Prazak (2006)	n=130 Mujeres: 74.6% Hombres: 25.4% Edad:50-80 años	CHS, SS, FACIT-SP, STAI Item: ¿Qué te hace reír?	Los resultados apoyan la noción de que el humor es una experiencia subjetiva y que es altamente apreciado por las personas mayores. Por otro lado, no se encontraron correlaciones significativas entre la edad y las respuestas de humor así como entre la edad y la forma de reírse. Sin embargo, si se encontraron diferencias significativas entre los grupos de edad y aquello que se considera humorístico.
Carbelo (2006)	n=: 539 Mujeres: 399 Hombres:140 Edad: 14 y 85 años.	MBI MSHS	Los resultados indican que existen diferencias significativas entre el sentido del humor y la edad. A mayor edad menor sentido del humor

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Celso, Ebener y Burkhead (2003)	n=211 Mujeres: 68.7% Hombres: 16.6% Edad media:80.7 años	CHS, LSI-A, OARS	Se encontró una correlación débil entre el humor como estrategia de afrontamiento y satisfacción con la vida. Sin embargo, si se encontró una relación significativa entre el humor como estrategia de afrontamiento y la variable salud y bienestar.

3WD: 3 Joke Dimension Humor Test (Ruch, 1992); BDI: Beck Depression Inventory (Beck 1996); CES: Coping Effectiveness Scale (Wanzer et al, 2005); CES-D: Center for Epidemiological Scale of Depression (Radolff, 1977); CHS: Coping Humor Scale (Martin y Lefcourt, 1983); FACIT-SP: Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being (Cella et al. 1993); HOS: Humor Orientation Scale (Booth-Butterfield, 1991); HSQ: Humor Styles Questionnaire (Martin et al. 2003); HS: Humor Scale (VIA-IS, 2006); IWI: International Well-being Index (Cummins et al. 2003); LSI, LSI-A: Life Satisfaction Index (Neurgarten, Havinghurst y Tobin, 1961); MBI: Malach Burnout Inventory (Malach, 1981); MMSE: MiniMental State Exam (Folstein, Folstein y McHugh, 1975); MSHS: Multidimensional Sense of Humor Scale (Thorson y Powell, 1993); MSPSS: Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Simet, Dahlem, Simet and Farley, 1988); MT48: Mental Toughness (Clough et al., 2001); OARS: Multidimensional Functional Assessment Questionnaire (Pheiffer, 1975); OHS: Orientation to Happiness Scale (Peterson et al. 2005); PIA: Playful Incidents in Adults (Proyer, 2012) ; QIDS-SR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report (Ruch et al. 2003); RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale (Ferring y Filip, 1996); SHS: Sense of Humor Scale (McGhee, 1996,2010); SHQ: Sense of Humor Questionnaire (Svebak, 1996); SIBS: Spiritual Involvement and Beliefs Scale (Hatch, Burg, Naberhaus y Hellmich, 1998); SWLS: Satisfaction with Life Scale (Diener et al. 1985); SMAP: Short Measure of Adult Playfulness (Proyer, 2012); SS: The Serenity Scale (Roberts y Aspy, 1993); STAI: State Trait Anxiety Inventory (Marteau y Bekker, 1992); SWLS: Satisfaction with Life Scale (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985); TAS-20: Toronto Alexithymia Scale-20 (Bagby, Parker y Taylor, 1994); TEN: Tenacious Goal Pursuit (brandtstädter y Renner, 1990); UCLALS: UCLA Loneliness Scale (Russell, 1996).

6. EL SENTIMIENTO DE CULPA

El sentimiento de culpa a menudo se asocia a emociones relacionadas con la ética y la moral. Los teóricos se refieren a ella como una emoción autoconsciente (*self-conscious emotion*) que se caracteriza por ser un sentimiento desagradable asociado a arrepentimiento, remordimiento y malestar emocional, así como tiene un componente adaptativo y desadaptativo que motiva a las persona a adherirse a las normas sociales y principios morales (Castonguay, Pila, Wrosch, Sabiston, 2015; Conroy, Ram, Pincus y Rebar, 2015; Else-Quest, Allison, Higgins y Morton, 2012; Fayard, Roberts, Robins y Watson, 2012; Jankowski y Takahashi, 2014; Kim, Thibodeau, Jorgensen, 2011; Muris y Meesters, 2014; Tangney, Stuewig y Mashek, 2007; Tilghaman-Osborne, Cole y Felton, 2010). En la literatura científica a menudo se sugiere que las personas adquieren la capacidad para sentir emociones autoconscientes (culpa, vergüenza, orgullo) con el fin de gestionar las propias conductas y favorecer la cooperación social (Else-Quest et al., 2012, Castonguay et al., 2015; Conroy et al., 2015).

El estudio de la culpa es un tema de gran interés en el campo de la psicología, ya que no sólo puede influir en el comportamiento del individuo, sino también puede afectar a su forma de pensar y de actuar, en el proceso de tomar decisiones y en la forma de relacionarse con los demás y consigo mismo. Asimismo, en los estudios empíricos a menudo se asocia a rasgos de la personalidad, al sentimiento de vergüenza, al sentimiento de responsabilidad e incluso a trastornos psicopatológicos como la

depresión (APA, 2000, 2013; Else-Quest et al., 2012; Etxebarria, 2003; Haji, 2010; Harder, Cutler y Rockart, 1992; Kim et al., 2011; Pulcu, Zahan, Elliott, 2013; Zahan, Oliveira-Souza y Moll, 2012). A partir de esta noción, existe un acuerdo general de que la experiencia de la culpa tiene generalmente un *locus* interno, que se asocia al incumplimiento de las expectativas morales internas, y además se la considera como uno de los síntomas claves de depresión (APA, 2013; Else-Quest et al., 2012; Berrios, Bulbena, Bakshi, Denning, Jenaway, Markar et al., 1992; Harder et al., 1992; Tangney, Wagner, Gramzow, 1992; O'Conner, Berry Weiss, Gilbert, 2002; Pulcu et al., 2013; Seligman, Abramson, Semmel, Baeyer, 1979). Sin embargo, la culpa también ha sido motivo de numerosas discrepancias respecto a las teorías y factores asociados. Esta dificultad para ponerse de acuerdo surge a raíz de las distintas definiciones, conceptos e instrumentos utilizados para medirla.

Algunos métodos para medir la culpa no corresponden con la definición propuesta o no consideran las diferencias existentes dependiendo del nivel de desarrollo del individuo (Conroy et al., 2015; Else-Quest et al., 2012; Tilghaman-Osborne et al., 2010). Por esta razón, se considerará el estudio meta-analítico de Tilghaman-Osborne et al. (2010) como el pilar principal en el que se apoyará este capítulo a la hora de definir y analizar el concepto culpa. Su trabajo es considerado uno de los más relevantes a la hora de estudiar el constructo culpa y teóricamente representa un punto de partida esencial. No sólo aporta aclaraciones y un mejor entendimiento sobre las razones por las que se hace difícil definir y estudiar este constructo, sino también intenta unificar las diferentes definiciones y conceptualizaciones sobre la culpa para facilitar el desarrollo de estudios futuros.

6.1. Definición y concepto sobre el sentimiento de culpa

Tilghaman-Osborne et al. (2010) realizaron un estudio meta-analítico en el que analizaron todos los estudios publicados sobre el constructo culpa. Una vez analizadas, identificaron las 23 definiciones teóricas más utilizadas en la literatura científica (16 fueron estudios en adultos y 7 fueron estudios en niños y adolescentes), para después agruparlas y codificarlas. Después identificaron los instrumentos de medida más utilizados para analizarlos e identificar las discrepancias y similitudes entre ellos. Sin embargo cabe destacar que en este capítulo sólo se hará referencia a los estudios realizado en adultos.

Para clasificar las definiciones, Tilghaman-Osborne et al. (2010) se centraron exclusivamente en artículos científicos que tenían una amplia conceptualización de la culpa y la medían en diferentes contextos. Es decir, excluyeron aquellos estudios que medían la culpa en situaciones muy específicas como por ejemplo el *Maternal Guilt Questionnaire de Kuhn y Carter* (2006), un instrumento que mide el sentimiento de culpa en padres con hijos autistas). Algunos de los artículos seleccionados para el análisis de Tilghaman-Osborne et al. incluyeron los trabajos de Alexander, Brewing Vearnals, Wolff y Leff (1999); Berrios et al. (1992); Caprara, Manzi, Perugini (1992); Harder y Greenwald (1999); Kugler y Jones (1992); O'Connor, Berry, Weiss, Bush y Samson, Bybee et al. (1995); Tangney (1991); Tangney et al. (1992).

Una vez que las definiciones teóricas fueron clasificadas Tilghaman-Osborne et al. (2010) las codificaron basándose en 18 características específicas (véase la Tabla 6.1):

Tabla 6.1. Codificación de las definiciones teóricas del constructo culpa (Adaptado de Tilghman-Oborne et al. (2010).

1	Nivel de desarrollo	Se refiere a la edad o la etapa de desarrollo de la población en la que se aplica la definición de culpa. Este código se designó para identificar el rango de edad
2	Transgresión moral	Representa la idea de que el sujeto siendo evaluado ha transgredido las normas morales respecto al sentido del bien y del mal.
3	Transgresión social	Representa la idea de que se ha realizado o se percibe que se han quebrantado determinadas normas sociales.
4	Self-focus	Se refiere a un componente de la culpa en el que uno siente que es el centro o foco de la experiencia de la culpa. Es decir, la experiencia de la culpa incluye a uno mismo (el yo), la propia imagen e identidad de forma que el individuo se auto-reprocha y tiene un sentimiento negativo hacía sí mismo.
5	No-self	Es un aspecto de la culpa en el que el individuo se excluye a sí mismo de la experiencia de la culpa. El sentimiento de culpa no se centra en el propio individuo
6	Publico/Otro	Corresponde al sentimiento de culpa asociada a la idea de que existen testigos (reales o imaginarios). Surge de la preocupación de lo que otras personas pueden pensar de ellos. Se perciben a sí mismos a través de la mirada de otros.
7	No Público/No Otro	Es el opuesto al código anterior Publico/Otro. La culpa es una experiencia personal e interna en el que no incluye a personas externas y sus opiniones.
8	Conducta/Actividad	La culpa se centra en la conducta, la actividad y las acciones o falta de ésta (no actuar frente a una situación determinada).
9	Adaptabilidad	Corresponde a la idea de que la culpa es un constructo positivo que lleva a resultados positivos. Incluye procesos que motiva al individuo a evitar transgredir en el futuro y se asocia a tener una conciencia saludable.
10	Desadaptabilidad	Se refiere a la idea de que la culpa es un constructo negativo que lleva a resultados negativos. Se considera un sentimiento que produce malestar en el individuo.

11 Remordimiento/Disculpas	Corresponde a la noción de que de la culpa surge la necesidad de pedir perdón, disculparse o confesarse. En este caso la culpa está afectada por el remordimiento y sentimientos de aflicción y pesadumbre.
12 Reparación	Se refiere a la necesidad y la motivación de reparar y arreglar el daño hecho y hacer las paces. Surge del deseo de deshacer el daño provocado
13 Culpa como rasgo	Se refiere a las personas que tienen una predisposición a sentir culpa; es un rasgo característico de la persona y está presente de forma constante e incluso crónica
14 Culpa como constructo específico	Corresponde a la culpa que surge en una situación determinada en el tiempo. Generalmente se describe como una experiencia momentánea asociada a una acción o comportamiento específico
15 Culpa como sentimiento doloroso	Se refiere a que la culpa es un sentimiento perturbador que produce malestar emocional y desazón.
16 Responsabilidad	Corresponde a la definición de culpa en la que el individuo se atribuye a sí mismo el sentido de la responsabilidad o la culpabilidad independiente de que sean o no objetivamente responsables del suceso o acto en cuestión.
17 Subtipos	Es una codificación utilizada cuando se refiere a una culpa específica. Los subtipos pueden incluir situaciones determinadas o rasgos de la personalidad como por ejemplo sucede en la culpa asociadas a la hostilidad, el sexo, la moralidad, la culpa del superviviente, o por ruptura de una relación interpersonal
18 Otras características específicas	Se refiere a características concretas asociadas a algunas definiciones de la culpa que sólo están incluidas en algunos documentos. Por ejemplo, de acuerdo con Caprara, Manzi y Perugini (1992) la culpa se puede asociar al miedo a ser castigado.

A continuación, Tilghman-Osborne et al. (2010) encontraron que a pesar de que éstas no convergían en un constructo común, el 81.2% compartían la noción de que la culpa implica transgresiones morales y sociales, y que dependiendo de la definición teórica utilizada, podía tener un componente adaptativo o desadaptativo. Es decir, en la literatura científica existen dos posturas básicas respecto al constructo culpa. Por un lado, está aquella que considera que la culpa es exclusivamente adaptativa al motivar a las personas a reparar daños y evitarlos en el futuro. Y por otro lado, está aquella que considera que la culpa puede considerarse desadaptativa, ya que entiende que a pesar de que puede motivar a las personas a evitar transgresiones en el futuro, se considera una fuente de malestar emocional con consecuencias negativas en la salud.

De acuerdo con Tilghman-Osborne et al. (2010), la discrepancia respecto a si la culpa es o no adaptativa surge cuando las definiciones teóricas intentan analizarla dependiendo de la etapa de desarrollo del individuo. Según sus análisis, la gran mayoría de los estudios están de acuerdo en que se la puede considerar un constructo adaptativo durante la infancia, sin embargo, señalan que cuando la culpa se estudia en la etapa adulta surgen discrepancias respecto a si es adaptativa o desadaptativa. A partir de esta noción, encontraron que en la literatura científica existen puntos de vistas totalmente opuestos sobre si existe una correlación positiva o negativa entre culpa-depresión. Por ejemplo, destacaron los estudios de Bybee y Williams (1995) Tangney (1991) y Tangney et al. (1992), como autores que consideran la culpa, no sólo como un constructo adaptativo que motiva a las personas a reparar el daño provocado, sino que además puede ayudar a reducir, o incluso a prevenir síntomas de depresión. Desde el punto de vista de estos investigadores existe una correlación negativa entre culpa y depresión. Esta teoría sostiene la idea de que las personas que sienten culpa generalmente suelen llevar a cabo acciones positivas y reparadoras, como pedir

disculpas o hablar sobre el propio sentimiento de culpa. Describen la culpa como una emoción que a pesar de producir malestar emocional, (generalmente soportable) tiene un fin constructivo, y sostienen que el hecho de poder llevar a cabo acciones reparadoras ayuda a subsanar el sentimiento de malestar interno. Por el contrario, desde el punto de vista de investigadores como Harder y Zalma (1990), Harder (1995) y Kugler y Jones (1992), la culpa es un constructo desadaptativo que produce sensaciones de malestar y desazón. Para estos científicos, la culpa es una muestra del dolor y de la tensión emocional producida a raíz de provocar daño a otros. Consideran que la culpa tiene consecuencias negativas en la estabilidad emocional del individuo y puede favorecer la depresión; sus estudios encuentran una correlación positiva entre culpa y depresión. Sin embargo, cabe destacar que hay estudios (Harder y Greenwald, 1999; O'Connor et al. (1997) que consideran que la culpa puede ser tanto adaptativa como desadaptativa dependiendo del contexto, la frecuencia y la intensidad.

Tilghman-Osborne et al. (2010) también encontraron discrepancias en sus análisis respecto a la relación entre la culpa y el grado de auto-impugnación. Mientras que algunas definiciones como las de Alexander et al. (1999) y Harder y Greenwald (1999) ponen énfasis en la idea de que centrar la culpa en uno mismo es denigrarse a sí mismo y, por lo tanto, es preferible que la culpa se relacione con la conducta, otros teóricos como Watson y Clark (1991) y Hobitzelle (1987) rechazan esta idea, y consideran que la culpa debe centrarse en el propio ser (*self*), en los rasgos de la personalidad y en la percepción que uno tiene de sí mismo y el mundo que le rodea. Por último, Tilghman-Osborne et al. (2010) señalan que algunos estudios como por ejemplo el de O'Connor et al. (1997) dividen las definiciones de la culpa en subtipos (hostilidad, sexo...etc.), mientras que otras no lo hacen. Aquellos que sí hicieron subtipos, convirtieron éstos en subescalas en los instrumentos de medida Sin embargo, al analizar

los mismos, Tilghman-Osborne et al. (2010) no encontraron método alguno que integrasen los diferentes subtipos de la culpa.

A pesar de las controversias entre las definiciones y las teorías sobre la culpa, Tilghman-Osborne et al. (2010) señalan que se han podido identificar otros aspectos comunes sobre este constructo. Además de asociarla a una transgresión moral que puede presentarse en casi todas las etapas de desarrollo del individuo. También hay un acuerdo general de que cuando se incluyen sentimientos como la ansiedad, la preocupación, la depresión, la tristeza, la vergüenza, el miedo, la ira y el estrés en la propia definición del sentimiento de culpa puede surgir confusión en los resultados en las investigaciones. Consideran que al incluir estos sentimientos en la definición es posible que los resultados se inflen o parezca que existe una relación entre culpa y estos otros constructos. Por ejemplo, Tilghman-Osborne et al. proponen que es posible que esto ya haya ocurrido en estudios en los que se ha encontrado una correlación positiva entre culpa y depresión o culpa y ansiedad o culpa y vergüenza. Por lo tanto, sugieren que cuando se estudie el sentimiento de culpa, se haga una clara diferencia entre los constructos, especialmente entre culpa y vergüenza, ya que a menudo éstos se confunden. Por lo tanto, cuando se examine la culpa, se recomienda que ésta se asocie a una acción o inacción determinada (acción/inacción), mientras que cuando se examine la vergüenza, ésta se asocie a la auto-culpación.

A partir de la idea general de que la culpa es un sentimiento negativo que está relacionada principalmente con el acto de hacer daño a otros, con el remordimiento y con sentido de responsabilidad, Tilghman-Osborne et al. (2010) destacan que, existan o no conductas de reparación, el sentimiento de culpa es un concepto independiente, ya que las conductas de reparación pueden estar influidas por características de la

personalidad y circunstancias que moderan el grado de culpa experimentado. Dado que las características individuales y las circunstancias específicas que pueden dar lugar al sentimiento de culpa no son universales, sugieren que a la hora de definir la culpa se tenga en cuenta que este sentimiento puede nacer a partir de un conjunto de pensamientos y sentimientos que surgen como respuesta a unas circunstancias específicas. Por lo tanto, tras analizar las diferentes definiciones y conceptualizaciones sobre el constructo culpa, Tilghman-Osborne et al. llegan a las siguientes deducciones en su trabajo meta-analítico: 1) El sentimiento de culpa puede producir remordimiento y motivar a las personas a desear reparar el daño provocado. Incluso el deseo de evitar sentir culpa puede influir en la conducta de las personas. No obstante, se sugiere explorar en profundidad si estas características deben formar parte de la definición y de las medidas de la culpa, o si deben ser abordadas como un constructo independiente de la culpa. 2) Para algunos investigadores el auto-reproche y la auto-recriminación es una parte central del sentimiento de culpa, mientras que para otros no lo es al estar más asociado a la sentimiento de vergüenza. 3) Sólo una tercera parte de las teorías consideran la culpa como un posible rasgo de la persona.

A partir de los análisis realizados sobre los diferentes estudios e instrumentos de medida sobre la culpa, Tilghman-Osborne et al. (2010) proponen la siguiente definición de culpa: “La culpa es un sentimiento de malestar y un constructo complejo que desde su núcleo tiene componentes afectivos y cognitivos. Es un sentimiento que se asocia a sentimientos de arrepentimiento y responsabilidad por las transgresiones morales (reales o imaginarias); las personas creen que sus acciones o inacciones contribuyen a un resultado negativo.” (p. 544)

6.2. La diferenciación entre las emociones autoconscientes culpa y vergüenza

En la literatura científica, cuando se analiza la culpa a menudo se vincula al constructo vergüenza, por lo tanto se considera importante analizar esta asociación brevemente para identificar algunas características comunes y diferenciales. Como se ha señalado previamente, el sentimiento de culpa y la vergüenza están asociadas a aspectos de moralidad, así como a emociones en las que las personas se responsabilizan a sí mismas de alguna acción (Averill, Diefenbach, Stanley, Breckenridge y Lusby, 2002; Carnì, Petrocchi, Del Miglio, Mancini, Couyoumdjian, 2013; Else-Quest et al., 2012; Etxebarria, 2003; Kim, Thibodeau y Jorgensen, 2011; Klooster, Christenhusz, Taal, Eggelmeijer, Woerkom y Rasker, 2014; Orth, Robins y Soto, 2010; Tangney, 2002a, Tangney et al., 2007; Tilghman-Osberne, 2010; Turner-Cobb, Michalaki y Osborn, 2015; Pulcu et al., 2013).

De acuerdo con Tangney et al. (2007), las emociones autoconscientes como la culpa y la vergüenza representan un elemento esencial en el sistema moral del ser humano que pueden influir tanto en sus criterios e intenciones, como en sus decisiones y comportamientos morales. Por lo tanto, para entender determinadas conductas es fundamental comprender qué normas y convenciones morales se han internalizado. Explican que los criterios morales están determinados principalmente por dos elementos básicos: las reglas morales universales (por ejemplo: no matar) y las normas socioculturales. Luego, las emociones morales como la culpa o la vergüenza pueden ser un importante indicador respecto a la presencia o la falta de adherencia entre los criterios y las conductas morales de una persona. Es decir, las emociones morales tienen

una función motivacional en el comportamiento de las personas ya que éstas actuarán o no dependiendo de que pueda surgir o no culpa o vergüenza.

La culpa y la vergüenza son emociones que pueden surgir “cuando se produce una valoración positiva o negativa de uno mismo en relación con una serie de criterios acerca de lo que constituye una actuación adecuada o inapropiada en diversos ámbitos. Estas emociones no tienen por qué ser explícitas ni consistentes, sin embargo si tienen como antecedentes algún tipo de juicio, positivo o negativo, de la persona sobre sus propias acciones” (Etxebarría, 2003, p. 4) Sin embargo, estudiar las emociones autoconscientes es un proceso difícil porque, por un lado, resulta difícil identificarlas a través de la observación de las expresiones faciales como sucede con el miedo, la ira o la tristeza, y por el otro, a menudo puede resultar difícil distinguirlas conceptualmente entre sí, dificultando la creación de instrumentos para medirlas (Else-Quest et al., 2012; Etxebarría, 2003; Kim et al., 2011; Tangney y Dearing, 2002, Tangney et al., 2007).

De acuerdo con el estudio meta-analítico de Else-Quest et al. (2012) las investigaciones que relacionan la culpa y la vergüenza destacan algunas características en común entre ambos constructos. Por un lado, apuntan que la culpa y la vergüenza tienen en común que son emociones sociales y morales al estar asociadas a contextos interpersonales, especialmente en el caso de la vergüenza. Por otro, señalan que son emociones consideradas secundarias o complejas, al surgir a raíz de emociones básicas, sin embargo apuntan que la vergüenza se considera una emoción más primaria que la culpa. En palabras de Etxebarría: “la culpa y la vergüenza son emociones complejas al requerir el desarrollo previo de ciertas habilidades cognitivas asociadas a una cierta noción del yo como separado de los demás. Por lo tanto, no pueden aparecer hasta que el individuo no se haya desarrollado mínimamente a nivel cognitivo” (2003, p. 6). En relación a los aspectos en común entre la culpa y la vergüenza se pueden destacar los

estudios de Baumeister, Reis y Delespaul (1995), Else-Quest et al. (2012), Etxebarria (2003), Kim et al. (2011), Orth et al. (2010), Pulcu et al. (2013) y Tangney et al. (2007), quienes sostienen la idea de que tanto la culpa como la vergüenza favorecen la preservación de las relaciones personales al ofrecer la posibilidad de anticipar un posible sentimiento de culpa o vergüenza y que actúan como un factor inhibitor de determinados comportamientos que pueden considerarse inmorales o inapropiados.

Con todo, independientemente de los rasgos comunes que tienen la culpa y la vergüenza, estas emociones autoconscientes también se pueden diferenciar entre sí. De acuerdo con Tangney et al. (2007), para diferenciar estos constructos se recomienda analizarlos en base a tres principios: 1) identificar la situación que propicia la emoción moral, 2) distinguir la emoción en base a la naturaleza privada o pública de la transgresión, y 3) hacer una distinción en base al grado en el que la persona identifica la emoción y la situación que propicia la misma como un acto fallido, erróneo o de fracaso. Es decir, identificar la experiencia subjetiva de la situación en la que se llevó a cabo la transgresión. Bajo esta premisa, Lewis (2007) sostiene que diferenciar la culpa y la vergüenza es esencial ya que permite realizar una evaluación de la conducta, pensamiento o sentimiento como una acción positiva (éxito) o negativa (fracaso/fallo), y además ayuda a entender el tipo de atribución asociada a la emoción moral y a identificar si la atribución del éxito o del fracaso es interna, externa, global o específica. Al entender el proceso de evaluación y de atribución se podrá identificar con mayor claridad las diferencias entre la culpa y la vergüenza. Por ejemplo, Kim et al. (2011), analizaron y resumieron algunas de las diferencias más significativas entre la culpa y la vergüenza para tener una mayor comprensión de cada constructo y facilitar estudios futuros (véase la Tabla 6.2):

Tabla 6.2. Diferencias entre culpa y vergüenza (Adaptado de Kim et al., 2011, p. 71)

Dimensión	Culpa	Vergüenza
Auto-evaluación negativa	Conducta específica	Total del ser (<i>global self</i>)
Atribución de la evaluación negativa (locus de control)	Externo (remordimiento, arrepentimiento)	Interno (sentimiento de inferioridad, indefensión, impotencia)
Tendencia conductual (Acción/inacción)	Enmendar, reparar, confesar, disculparse	Evitación, ocultación, escapar, deseo de desaparecer
Emociones relacionadas	Tristeza, empatía	Ansiedad, ira, auto-desprecio
Patrones atributivos	Interno, inestable, específico y controlable	Interno, inestable, global e incontrolable
Función	Reparar daño, enmendar dolor provocado a otros, reparar relación	Reparar la propia reputación
Orígenes evolutivos	Se origina a partir del afecto hacia otros y capacidad para cuidar	Se origina a partir del estatus social

De acuerdo con los estudios (Else-Quest et al., 2012; Kim et al., 2011; Jankowski y Takahashi, 2014; Lewis, 2007; Tangney y Dearing, 2002; Tilghman-Osborne et al., 2010; Tracy y Robins, 2004; Tracy, Robins y Tangney, 2007), la vergüenza es una emoción desagradable que surge cuando una persona no consigue cumplir las expectativas propias y sociales respecto al nivel de competencia y moralidad. Esta emoción implica sentir que uno no está a la altura de lo esperado y como resultado se pierde el estatus social. A menudo, las personas sienten vergüenza cuando atribuyen su falta de competencia a causas internas, estables e incontrolables (por ejemplo: “soy malo”). Sin embargo, la culpa, a pesar de ser también una emoción negativa, generalmente se diferencia de la vergüenza al surgir cuando no se cumplen las expectativas sociales a nivel interno y se lleva a cabo una transgresión moral que se

centra en atribuciones internas, inestables y causas controlables (por ejemplo: “he actuado mal”). Es decir, mientras que la culpa refleja una evaluación negativa del propio comportamiento, la vergüenza refleja una evaluación negativa del propio yo. En esta misma línea, estos estudios también señalan que cuando una persona experimenta vergüenza le surge la necesidad de esconderse o de “desaparecer”, el cuerpo a menudo se encorva y se sonroja. Sin embargo, cuando se experimenta culpa el individuo generalmente siente malestar emocional consigo mismo respecto a una acción, pero a nivel físico no se observan cambios fisiológicos como sonrojarse, sino un cierto nerviosismo en su comportamiento. La culpa suele estar asociada a una acción concreta y la persona que siente culpa intenta liberarse de ella a través de una acción restauradora, sin embargo, cuando se siente vergüenza no es posible dicha reparación dado que la acción, generalmente realizada públicamente, se atribuye a la persona de forma global y a una forma de ser (Else-Quest et al., 2012; Etchevarría, 2003; Lewis, 2007), Kim et al., 2011).

Como conclusión, Else-Quest et al. (2012), Kim et al. (2011) y Tangney et al. (2007), explican que tanto la culpa como la vergüenza dependen fundamentalmente de factores culturales, criterios personales, la experiencia subjetiva y la percepción que tiene cada persona de sí mismo y su entorno. Sin embargo, destacan que la clave para poder distinguirlas es identificar si la transgresión tiene un componente de naturaleza público o privado. Desde esta perspectiva, a pesar de que ambas emociones pueden estar influidas por ambos componentes y tienen sus funciones correspondientes, la vergüenza está más asociada al componente público, mientras que la culpa está más relacionada al privado.

6.2.1. Las funciones y las características básicas de la culpa y la vergüenza

De acuerdo con la revisión de Breggin (2015) sobre las funciones de la culpa y la vergüenza, los estudios analizados apoyan la noción de que estas emociones, a pesar de producir malestar emocional, tienen un papel esencial en la evolución biológica de selección natural con el fin de favorecer las relaciones sociales, controlar la propia conducta y los impulsos agresivos. Sostienen que dado que el ser humano es de naturaleza agresiva, las emociones como la culpa y la vergüenza pueden considerarse reguladores del comportamiento: “las emociones negativas como la culpa y la vergüenza son emociones primitivas que inhiben, reprimen y redirigen la forma en la que expresamos nuestras emociones y nuestro instinto violento hacia otras personas, por lo tanto tienen una función de freno y regulador conductual esencial en nuestras relaciones interpersonales” (Breggin, 2015, p.18)

De acuerdo con el estudio de Tangney et al. (2007) sobre las emociones autoconscientes y morales culpa y vergüenza, éstas tienen las siguientes funciones y características:

1. Ocultación versus enmendar: la vergüenza se caracteriza por el intento de esconder, negar o escapar de una situación vergonzosa, mientras que la culpa propicia actos de reparación, pedir disculpas o enmendar
2. Auto-aflicción versus empatía hacia otros: la vergüenza influye negativamente en la capacidad para desarrollar conexiones empáticas con otros, mientras que la culpa está más asociada a la empatía respecto a otras personas. De acuerdo con los estudios existe una correlación más significativa entre la empatía y el sentimiento de culpa, que entre la empatía y la vergüenza.

3. Reacciones de ira constructivas versus reacciones de ira destructiva: existe una mayor correlación entre la vergüenza y la ira, que entre la culpa y la ira. Las personas con tendencia a sentir vergüenza tienen una mayor predisposición a externalizar la culpa y a expresar su ira de una forma más destructiva (verbal o físicamente), que las personas que tienen tendencia a sentir culpa. Es decir, las personas con tendencia a sentir culpa suelen expresar su ira con menos frecuencia que las personas que tienden a sentir vergüenza.
4. Síntomas psicológicos: La culpa es una emoción más adaptativa que la vergüenza y suele propiciar con más frecuencia acciones de reparación que la vergüenza. Sin embargo, cuando estas emociones son crónicas e intensas, ambas pueden presentar síntomas psicológicos asociados a depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, estrés postraumático e ideas suicida.
5. Conectar emociones morales a conductas de riesgo, ilegales o destructivas: La culpa y la vergüenza como emociones negativas pueden tener como función motivar a las personas a evitar conductas destructivas; tienen un papel protector. Sin embargo, algunos estudios apuntan que es posible encontrar una correlación entre la tendencia a sentir culpa y vergüenza con conductas destructivas. Explican que es posible que en algunos casos estas personas lleven a cabo conductas de riesgo (consumo de drogas o alcohol, correr en exceso con el coche) cuando sienten culpa o vergüenza, y como resultado, llevan a cabo conductas autodestructivas con el fin de apaciguarlas o hacerlas desaparecer. No obstante, la culpa tiene un papel más adaptativo

que la vergüenza a la hora de tomar decisiones o llevar a cabo una conducta determinada.

6.2.2. Culpa y vergüenza: diferencias entre hombres y mujeres

De acuerdo con el estudio meta-analítico de Else-Quest et al. (2012) y el estudio de Orth et al. (2010), las investigaciones a menudo identifican diferencias entre los hombres y las mujeres respecto la tendencia a sentir determinadas emociones. Explican que a nivel social existe la idea de que las mujeres son más emocionales que los hombres y que tienden a sentir con más intensidad miedo, estrés, culpa y vergüenza, mientras que los hombres sienten más ira y orgullo. Sin embargo, Barret y Bliss-Moreau (2009) y LoConte, Else-Quest, Eickhoff, Hyde y Schiller (2008) apuntan que los resultados de los estudios empíricos sobre las diferencias entre los hombres y las mujeres a sentir culpa o vergüenza no son claros y pueden variar. Sostienen que esta falta de claridad puede ser el resultado de que las mujeres tienden a expresar con más facilidad sus emociones y la intensidad de las mismas en comparación con los hombres. Según Barret y Bliss-Moreau, aunque es posible que existan diferencias entre los sexos respecto a cómo describen y expresan sus emociones, destacan que no han encontrado diferencias significativas entre los hombres y mujeres respecto a la presencia de culpa y vergüenza en un momento determinado. Es decir, durante un mismo acontecimiento (hacer daño a otro o hacer el ridículo) ambos sexos identifican una misma emoción, por lo tanto, ser hombre o mujer no tiene por qué considerarse necesariamente una variable diferencial a la hora de identificar culpa o vergüenza en una situación específica. Como resultado, Barret y Bliss-Moreau sugieren prestar especial atención y asegurarse de que

los instrumentos utilizados tengan claramente identificadas, definidas y diferenciadas culpa y vergüenza a la hora de medirlas.

6.3. Relación culpa y depresión

Como se ha señalado previamente, el sentimiento de culpa tiene un papel importante en la salud mental. Por lo tanto, estudiar la culpa puede ayudar a comprender mejor patologías como la depresión, ya que es considerada como uno de los síntomas más significativos de la misma (Bryan, Sannerud, Morrow y Etienne, 2013; Else-Quest et al., 2012; Etxebarria y Pérez, 2003; Fergus, Valentine, McGrath, Jencious, 2010; Hegeman, Kok, Van der Mast y Giltay, 2012; Kim et al., 2011, Sarro, Ferrer, Rando, Formiga y Rojas, 2013).

La depresión se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo bajo que afecta negativamente a la persona a nivel emocional y cognitivo. Asimismo, incluye síntomas asociados a falta de energía, interés, sentimientos de ineptitud, incapacidad y desesperanza de forma persistente. Pero además, como señala la Asociación Americana de Psiquiatría (2013), la culpa (excesiva o inapropiada) es uno de los síntomas más habituales en la depresión (véase la Tabla 6.3).

Tabla 6.3. Sintomatología del Trastorno de Depresión Mayor (Tomado de la Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos de DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 104)

-
- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. (Nota: no incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica).

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
 8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco. (Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios del tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.)

Nota: Los criterios A-C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debida a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

A partir de la idea de que la culpa está asociada al sentido de la responsabilidad, existe un acuerdo general de que la culpa es considerada inapropiada cuando surge una atribución excesiva de responsabilidad sobre una situación o acontecimiento en la que la persona tiene poco o ningún tipo de control (Tilghman-Osborne et al., 2010; Pulcu et al., (2013). De acuerdo con la APA (2000), la culpa excesiva e inapropiada incluye “preocupaciones o rumia sobre errores o fracasos insignificantes y se asumen una responsabilidad excesiva o exagerada al respecto” (DSM-IV TR, APA 2000, p. 350). De igual modo, existe un acuerdo general que sostiene que aquellas personas que sufren de depresión además de sentir culpa excesiva tienden a infravalorarse y a tener una baja autoestima, y tienden a atribuir los sucesos negativos a factores internos en vez de externos; se culpan a sí mismos en vez de a los demás (Kim et al., 2011; Harder y Zalma, 1990).

Numerosas investigaciones han encontrado una relación entre el sentimiento de culpa y el trastorno por depresión (Pulcu et al., 2013; Gournellis, Oulis y Howard, 2014, Hegeman et al., 2012). De acuerdo con el estudio meta-analítico de Kim et al. (2011) sobre la asociación entre los constructos culpa, vergüenza y sintomatología depresiva, la culpa tiene un papel muy significativo en los trastornos depresivos, sin embargo, encuentran que la vergüenza es más significativa que la culpa. En su estudio analizaron 108 estudios con una muestra total de 22.411 participantes y encontraron que la vergüenza y los síntomas depresivos tiene una asociación más significativa ($r=.43$) que la culpa y los síntomas depresivos ($r=.28$). En su análisis sostienen que es posible que exista esta diferencia por distintas razones que incluyen, la idea de que el rechazo y la exclusión social, así como el bajo estatus social, determinantes característicos de la vergüenza, están más estrechamente asociados a depresión al considerarse una amenaza a la necesidad básica evolutiva, afectiva y de supervivencia del individuo, mientras que

la culpa no representa esta amenaza. De igual modo, explican que la diferencia puede ser resultado de las diferencias existentes respecto a la percepción negativa del propio ser. Es decir, mientras que en la culpa existe la posibilidad de enmendar y restaurar una acción (existe la posibilidad de controlar la situación), en la vergüenza esta posibilidad no existe ya que uno no puede cambiar su esencia (no existe la posibilidad de controlar la situación). Por lo tanto, se puede concluir que las diferencias existentes respecto a la experiencia de la culpa y la vergüenza son factores a tener en cuenta a la hora de analizar y evaluar la sintomatología depresiva.

6.3.1. Sintomatología depresiva en personas mayores: diferencias entre hombres y mujeres

La depresión es, junto a la demencia, una de las enfermedades mentales más comunes en las personas mayores de 60 años (OMS, 2013; Steel, Marnane, Iranpour, Chey, Jackson, Patel et al., 2014; Volkert et al., 2013). De acuerdo con la OMS (2013), la sintomatología depresiva en las personas mayores se asocia, además de a los síntomas descritos en el DSM-5 (APA, 2014), a cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, osteoporosis y una mala percepción de la salud. Sin embargo, también destaca que estas asociaciones físicas aún no están claras y necesitan ser investigadas en más profundidad.

Según Kronfly, Rivilla, Ortega, Villanueva, Beltran, Comellas et al. (2015) a veces resulta difícil detectar la sintomatología depresiva en los mayores porque hay una alta probabilidad de que exista un enmascaramiento de síntomas, mayor somatización y confusión con situaciones de cambios frecuentes de la vida durante la vejez (duelos, pérdida de capacidades físicas y cognitivas, cambios de domicilio). Estos investigadores

explican que a menudo la depresión en las personas mayores surge en el contexto de problemas físicos y sociales, lo que dificulta ser diagnosticada al no existir una herramienta diagnóstica que mida la depresión desde una prueba biológica. Sin embargo, señalan que existe un acuerdo general en el campo de la medicina y de la investigación científica que algunos de los factores de riesgo principales de la depresión en las personas mayores están asociados a los cambios vitales relacionados con el deterioro cognitivo, la discapacidad y la institucionalización. A partir de esta premisa, la OMS (2013) apunta que las consecuencias psicológicas y sociales de la depresión en las personas mayores son numerosas y pueden incluir: el aislamiento, la posibilidad de desarrollar trastornos mentales o de alimentación, y que la persona mayor deprimida no busque la atención médica adecuada, resultando en el desarrollo o en el aumento de sus incapacidades físicas o enfermedades crónicas.

Los estudios de prevalencia de la depresión en personas mayores pueden variar mucho entre unos y otros dependiendo del instrumento y de la edad de la población estudiada. Sin embargo, como señala Volkert et al. (2013) en su estudio meta-analítico, existe un acuerdo general en el campo científico de que los datos, a pesar de ser heterogéneos, indican que la prevalencia de depresión mayor en personas mayores de 65 años varía entre el 2% y el 25% y aumenta con la edad. Por ejemplo, en el caso de estudios en población española, Kronfly et al. (2015) señalan que las cifras de prevalencia de depresión en el anciano en los estudios realizados en España presentan valores entre el 2 y el 28%. De igual modo Urbina, Flores, García y Torres, (2007) explican que en España la depresión afecta cada vez más a personas mayores y que la mayor tasa de suicidios por edad se produce en mayores de 70 años. Sin embargo, según García Solano (2001), la depresión se diagnostica poco en esta población y apunta que

hay un grado de subdiagnóstico del 32-50% y de infratratamiento del 37-50%, lo que puede resultar en un aumento del riesgo de fallecimiento y suicidio.

En la literatura científica es frecuente encontrar estudios en los que existe una mayor prevalencia de síntomas depresivos entre las mujeres que entre los hombres; hay un consenso general y a nivel mundial de que las mujeres son más vulnerables a la depresión que los hombres (Escobar, Botigué, Jürschik, Nuin y Blanco, 2013; Gournellis et al., 2014; OMS, 2013; Piccinelli y Wilkinson, 2000; Steel et al., 2014; Volkert et al., 2013). De acuerdo con estos estudios, existen diferentes teorías sobre los posibles factores existentes que influyen en esta diferencia entre los sexos, como factores sociales, económicos, biológicos o la condición social. Incluso algunos investigadores sostienen la hipótesis de que es posible que estas diferencias entre los hombres y las mujeres puedan estar sesgadas al considerar que las mujeres generalmente tienen una mayor disposición a reconocer y expresar mejor sus emociones que los hombres. Sin embargo, aún no queda claro las razones de estas diferencias y a menudo se hacen referencia a la validez de los instrumentos de medida.

De acuerdo con Ezquiaga, García, Huerta y Pico (2011) y Volkert et al. (2013), los estudios sobre depresión en personas mayores han sido uno de los objetivos principales de estudio de prevalencia de trastornos afectivos en atención primaria. Sin embargo, consideran que el término y el concepto de depresión utilizados son imprecisos y no están siempre fundamentados en criterios diagnósticos operativos, sino en escalas de cribado, por lo tanto, sólo se identifican a personas o casos desde un criterio epidemiológico. Ezquiaga et al. explican que los cuestionarios de cribado a menudo miden los síntomas asociados con reacciones emocionales y con algunos rasgos del carácter más que con estructuras morbosas, y como resultado es frecuente encontrar un elevado número de falsos positivos. Sin embargo, también señalan que a pesar del

reto existente a la hora de medir la depresión y la variabilidad en la metodología, existe un acuerdo general de que los síntomas depresivos en personas mayores están asociados a una mayor demanda de los servicios de salud médicos, la utilización de fármacos, servicios ambulatorios y de urgencia, y que por lo tanto se considera necesario poner una especial atención en la importancia de diagnosticar correctamente la sintomatología depresiva para poder ofrecer el tratamiento adecuado.

6.4. Instrumentos de evaluación para medir el sentimiento de culpa

Según Else-Quest et al. (2012), crear instrumentos para medir las emociones no es una labor fácil. Para ello a menudo se intenta tener en cuenta, entre otras cosas, el lenguaje corporal, los cambios fisiológicos y las experiencias subjetivas. Por ejemplo, medir el constructo culpa ha sido dificultoso, ya que a menudo los investigadores dan por hecho que el sujeto puede identificar la culpa, y no siempre es así. Por otro lado, también explican que numerosos instrumentos de medida asocian la experiencia de la culpa a una situación o a un contexto específico, así como a una acción o inacción concreta, lo que a veces puede llevar a confundir culpa con vergüenza. De acuerdo con Else-Quest et al. (2012), se pueden identificar cuatro tipos básicos de instrumentos para medir el constructo culpa:

1. Instrumentos que se basan en un hipotético escenario (*scenario-based items*) en la que el participante debe describir cómo actuaría, pensaría o sentiría ante un momento determinado (Por ejemplo el TOSCA-3 de Tangney, Dearing, Wagner y Gramsow, 2000).

2. Instrumentos que se basan en una situación determinada al leer distintas viñetas (*situation-based items*). Éstos se diferencian del sistema anterior (escenario) en que las situaciones descritas son seleccionadas porque se espera que provoquen una emoción determinada y los participantes responderían la intensidad de la emoción.
3. Instrumentos que se basan en afirmaciones (*statement-based items*) en la que los participantes indican en qué medida están de acuerdo o no con una afirmación sobre la emoción autoconsciente (por ejemplo, el *State Shame Guilt Scale* de Marschall, Sanfter y Tangney, 1994)
4. Instrumentos basados en adjetivos (*adjective-based items*) en el que se pregunta al participante la frecuencia con la que experimenta la emoción (Por ejemplo el *Personal Feelings Questionnaire-2* de Hardner y Zalma, 1990)

De acuerdo con el estudio meta-analítico de Tilghaman-Oborne et al. (2010), para medir la culpa es esencial tener en cuenta la existencia de variaciones culturales y personales respecto a constructo culpa, así como la edad y la etapa de desarrollo. Los autores hacen tres recomendaciones básicas a la hora de investigar este constructo: 1) Evitar utilizar instrumentos que evalúan otros constructos y que utilizan términos como “triste”, “deprimido” y “ansioso”. De igual modo, evitar términos asociados a reparar, empatía y compensación (expiación). 2) Utilizar métodos de medidas explícitas con preguntas que incluyan “¿Cómo de culpable te sientes?” de manera que permite que el sujeto responda desde su percepción de culpa. 3) Medir la culpa en un contexto, de forma que cada pregunta debe explorar la experiencia de la culpa en una situación

específica (el tipo de contexto debe reflejar el dominio que el investigador desea investigar).

En su estudio, Tilghaman-Osborne et al. (2010) analizaron los diferentes instrumentos de medida del constructo culpa (véase Tabla 6.4) y pudieron observar cinco características importantes en los mismos:

1. Había poca superposición de los contenidos en los instrumentos de medida. En el análisis se encontró que las medidas de la culpa eran heterogéneas y compartían sólo un 60.1% de los mismos códigos.
2. Al examinar las similitudes existentes de los códigos, se observó que independientemente de la heterogeneidad, existen dos conceptualizaciones principales sobre el constructo culpa. Por un lado, se encontraron cinco instrumentos que contenían preguntas asociadas a rasgos de culpa y aspectos específicos de la culpa, así como preguntas asociadas a transgresiones morales o sociales. Estos instrumentos preguntaban sobre conductas específicas y excluían de su evaluación sentimientos de culpa que dependían de la presencia de personas externas. Por otro lado, se encontraron cuatro instrumentos que medían transgresiones morales y sociales, componentes asociados a rasgos del individuo y su comportamiento/actividad, remordimiento o necesidad de reparación, así como sentimientos de responsabilidad. De estos últimos 4 instrumentos se encontraron que 3 de ellos consideraban la culpa como un constructo adaptativo.
3. Algunos códigos eran utilizados con más frecuencia que otros, lo que puede sugerir que existen características comunes en la experiencia de la culpa. Sin embargo, otros códigos apenas se usaban, lo que puede significar que los investigadores no los consideraban una parte central de la definición de la culpa.

4. El contenido de la culpa en los instrumentos cambia con la edad y las etapas de desarrollo. Se encontró que los instrumentos que miden la culpa en niños y adolescentes reflejaban la culpa como un constructo adaptativo, mientras que en los instrumentos de miden la culpa en adultos reflejaban la culpa como un constructo desadaptativo.
5. Muchos de los instrumentos evalúan otros constructos además de la culpa lo que puede afectar no sólo la validación de los instrumentos sino también los resultados finales de los estudios realizados.

Tabla 6.4. Instrumentos de Evaluación del constructo culpa (Adaptado de Tighaman-Osborne et al., 2010 y Gangemi y Mancini, 2011)

Instrumento	Autor	Descripción
ASGS (Adapted Shame/Guilt Scale)	(Hoblizelle (1997).	22 ítems. Se presentan 12 ítems asociados a culpa y 10 ítems asociados a vergüenza. Escala de Likert de 7 puntos, α de Cronbach (0.86-0.90)
CGQ (Caregiver Guilt Questionnaire)	Losada et. al (2010)	22 ítems. Mide culpa del cuidador, emociones negativas asociadas al enfermo, evaluación sobre la calidad del cuidado del enfermo, sentimientos negativos asociados al auto-cuidado y sentimientos negativos respecto al cuidado que otros proporcionan a enfermos. Escala de Likert, α de Cronbach (0.88) (puntuación global)
DES (Differential Emotions Scale)	Izard (1977)	10 ítems. Mide la frecuencia de emociones: de culpa, timidez, tristeza, miedo, interés, ira, sorpresa, alegría y asco. Escala de Likert de 5 puntos.
ESC (Escala del sentimiento de culpa.	Berrios et al. (1992)	7 ítems. Mide el sentimiento de culpa en la depresión cognitiva y afectiva.
FCGI (Forces-Choice Guilt Inventory)	Mosher, (1966)	79 ítems. Instrumento compuesto por frases incompletas y seguidas de dos tipos de respuestas de las que una debe ser seleccionado. Tiene 3 subescalas: culpa/hostil (29 ítems), Culpa/Sexo (28 ítems) y Moralidad (22 ítems). α de Cronbach (0.90) (puntuación global)
GASP (Guilt and Shame Proneness	Cohen et al. (2011)	16 ítems. Mide rasgos de culpa y vergüenza, y tendencia conductual tras la transgresión. Escala de Likert. La escala tiene 4 subescalas: Culpa-Evaluación Negativa de la Conducta (G-NBE), Culpa-Reparación (GR), Vergüenza-Auto-Evaluación Negativa (S-NSE) y Vergüenza-

Tabla 6.4. Instrumentos de Evaluación del constructo culpa (Adaptado de Tighaman-Osborne et al., 2010 y Gangemi y Mancini, 2011)

Instrumento	Autor	Descripción
Scale)		Retraerse (SW). α de Cronbach (0.63-0.71)
GI (Guilt Inventory)	Kugler y Jones (1992)	45 ítems. Mide tres dominios: rasgos de culpa, estado de culpa y moralidad. Escala de Likert de 5 puntos. α de Cronbach (0.81-0.89)
HCGSS (Hogan and Cheek Guilt and Shame Scales)	Hogan y Cheek (1983)	10 ítems. Presenta distintos escenarios que evocan culpa y vergüenza para que el sujeto identifique sus sentimientos. α de Cronbach (0.70) (puntuación global)
HPIGS (Hogan Personality Inventory Guilt Scale)	Hogan (1985)	6 ítems. Mide la culpa describiendo el sentimiento y no situaciones. α de Cronbach (0.45-0.86)
IGQ-67 (Interpersonal Guilt Questionnaire)	O'Connor, Berry, Weiss, Bush y Sampson (1997)	67 ítems. Mide las diferentes variedades de la culpa desadaptativa en diferentes contextos (culpa del superviviente, culpa excesiva). α de Cronbach (0.82-0.87)
MGI (Mosher Guilt Inventory)	Mosher (1988)	114 ítems. Escala de Likert 7 puntos. Comprende 3 subescalas: culpa-sexo, culpa-hostilidad y culpa-conciencia. α de Cronbach (0.90) (puntuación Total)
PANAS (Positive and Negative Affect Schedule)	Watson y Clark (1994)	20 ítems. Se utiliza para medir estados de ánimo positivos y negativos, incluyendo estados y rasgos de culpa. Escala de Likert de 5 puntos. α de Cronbach (0.86-0.90)
PFQ-2 (Personal Feelings-Questionnaire-2)	Harder y Zalma (1990)	21 ítems. Mide la frecuencia de sentimientos de culpa y vergüenza. Se pide al sujeto señalar la frecuencia con la que siente una emoción como vergüenza y culpa. α de Cronbach (0.81-0.85)
PGI (Perceived Guilt Index)	Otterbacher y Munz (1973)	11 ítems. Mide rasgos de culpa, estado y sentimiento. Consiste en 11 adjetivos que miden la intensidad de la culpa que van desde el grado de no culpa (1) hasta culpa grave e inolvidable (11).
SC-35 (Escala sentimiento de culpa)	Zabalegui (1993)	35 ítems. Tendencia a experimentar sentimientos de culpa. α de Cronbach (0.88) (puntuación Global)
SSGS (State Shame and Guilt Scale)	Marschall, Sanfter y Tangney, 1994)	15 ítems. Tiene 3 subescalas que miden vergüenza en la culpa y orgullo en el presente. α de Cronbach (0.82-0.89)
TOSCA-3 (Test of Self-Conscious)	Tangney et al. (2000)	Presenta 16 diferentes escenarios y contextos para el que sujeto se imagine en diferentes situaciones en el que se

Tabla 6.4. Instrumentos de Evaluación del constructo culpa (Adaptado de Tighaman-Osborne et al., 2010 y Gangemi y Mancini, 2011)

Instrumento	Autor	Descripción
Affect)		encuentra en su vida diaria. α de Cronbach (0.80-0.84)
TRGI (Trauma-Related Guilt Inventory)	Kubany (1996).	32 ítems que miden culpa global, estrés y pensamientos de culpabilidad. Tiene 3 subescalas: Responsabilidad, falta de justificación y actuar mal (<i>wrongdoing</i>) α de Cronbach (0.73-0.91)

Según el meta-análisis de Pulcu et al. (2013), la literatura científica señala que existen pocos instrumentos que evalúan la culpa inapropiada y excesiva asociada a la depresión, y si lo hacen, incluyen pocas preguntas al respecto. Pese a ello, destaca el Cuestionario de Sentimientos Personales-2 de Harder y Zalma (1992) como uno de los pocos instrumentos que evalúa la intensidad de la culpa. Sin embargo, también subraya que esta medida no especifica qué aspectos comprenden el concepto de excesivo o inapropiado, únicamente pregunta al sujeto identificar “culpa leve” y “culpa intensa”.

6.5. Estudios que miden el constructo culpa en personas mayores

De acuerdo con el estudio meta-analítico de Else-Quest et al. (2012), existen muy pocos estudios que midan culpa en personas mayores de 60 años. En su revisión de los estudios publicados entre los años 1967 y 2010 se identificaron sólo 4 estudios (Else-Quest, 2006; Jurkowitz, 1996; Losada, Márquez-González, Peñacoba y Romero Moreno, 2010; Vallient y Furac, 1993) de los 360 analizados que incluían mayores de 60 años y de los cuales dos de ellos (Else-Quest, 2006; Jurkowitz, 1996) son tesis doctorales sobre los que no se ha encontrado publicación en las bases de datos

PQDOPEN, ProQuest Dissertations & Theses Global, Pubmed y Google Academics (véase la Tabla 6.5).

Tabla 6.5. Estudios que miden culpa en personas mayores de 60 años identificados en estudio meta-analítico de Else-Quest et al. (2012, p. 953-957).

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Losada et al. (2010)	n=228 Mujeres : 79% Hombres:20.8% Edad:29-87 años	CGQ , ZBI RMBP , BI LTSM, PSQ CES-D , TAS	Las mujeres cuidadores puntuaron más alto que los hombres respecto al sentimiento de culpa por sentir que no cuidan lo suficiente al enfermo, así como puntuaron más alto respecto a tener pensamientos negativos hacia otras personas. Los cuidadores de parejas presentaron sentir menos culpa que los cuidadores de padres.
Vallient y Furac (1993)	n=85 Mujeres: 48 Hombres: 36 Edad: 50-90 años	CSEI MMPI IPAT	Existen diferencias significativas asociadas al sexo. Las mujeres tienden a sentir más culpa que los hombres.

BI: Barthel Index (Mahoney y Barthel, 1965); CES-D Center for Epidemiological Studies-DS Depression Scale, (Radloff, 1977); CGQ: Caregiver Guilt Questionnaire (Losada et al, 2010); CSEI: Coopersmith Self-Esteem Inventory (Coopersmith, 1981); LTSM: Leisure Time Satisfaction Measure (Stevens et al. (2004); MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory Depression Scale (Dahlstrom, Welsh y Dahlstrom, 1979); IPAT: Anxiety Scale Questionnaire (Cattel y Scheier, 1963); RMBP: Revised Memory and Behavior Problems Checklist, (Teri et al, 1992); TAS: Tension-Anxiety Subscale del POMS (McNair et al, 1971); ZBI: Zarit Burden Interview de Zarit et al, (1980)

A partir de los resultados encontrados por Else-Quest et al. (2012) se realizó una revisión exhaustiva en distintas bases de datos Medline, Pubmed, PsycINFO Sciencedirect con el fin de identificar investigaciones recientes que evalúan el sentimiento de culpa que incluyan como parte de la muestra personas mayores de 60 años (véase la Tabla 6.6).

Tabla 6.6. Estudios sobre el constructo culpa que incluyen personas mayores de 60 años

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Turner-Cobb, Michalaki y Osborn (2015)	n=127 Mujeres: 59% Hombres:41% Edad: 18-75 años	TOSCA-3 RMDQ SFMPQ FNEB PSPS	Se encontraron correlaciones significativas entre altos niveles de culpa y vergüenza, así como entre culpa y autoevaluación negativa, y entre culpa y malestar físico. No se encontraron diferencias significativas entre la culpa, edad y sexo. Las personas que presentaron malestar físico puntuaron más alto en culpa que aquellas que no padecen de malestar.
Klooster, Christenhusz, Taal, Eggelmeijer, Woerkom y Rasker (2014)	n= 152 Mujeres: 108 Hombres:34 Edad: 51-73	TOSCA-3 ESS AIMS2-SF CERQ	Los resultados indicaron que en general no se encontraron diferencias significativas respecto a la culpa y la vergüenza. Sin embargo, las mujeres puntuaron más alto en culpa y vergüenza que los hombres, así como las mujeres más jóvenes puntuaron más alto en culpa y vergüenza que las mujeres más mayores.
Orth, Robins y Soto (2010)	n= 2.611 Mujeres: 61% Hombres: 31% Edad: 13-89	TOSCA-3 CES-D	Se estudiaron las diferencias de edades respecto a las emociones autoevaluativas. La culpa, la vergüenza y el orgullo aumentan con la edad hasta los 70 años, después se estabiliza. En general las mujeres presentaban más culpa y vergüenza, y menos orgullo que los hombres. Las emociones autoconscientes presentaron una correlación estable con el bienestar subjetivo, aunque la vergüenza presentó correlaciones con malestar psicológico. En este estudio se encontró que la vergüenza es una emoción desadaptativa.
Fergus, Valentine, McGrath, Jencius (2010)	n=127 Mujeres: 68 (54%) Hombres: 59 (46%) Edad: 13-77 años	TOSCA OCI-R, SIAS PAS, PSWQ BDI	Se encontraron correlaciones significativas entre la tendencia a sentir culpa y ansiedad, así como entre la culpa y conductas obsesivas compulsivas. Se encontró una correlación significativa entre culpa y síntomas depresivos.
Averill, Diefnabach, Stanley, Breckenridge y Lusby (2002)	n=82 Mujeres: 40 Hombres: 42 Edad: 18-69 años	PFQ-2 TOSCA SCL-90-R BDI, STAI	No se encontraron diferencias significativas entre el sexo y la culpa y la vergüenza. en los instrumentos que miden culpa. Se encontró que la culpa y la vergüenza se correlacionaban positivamente con depresión y ansiedad.

AIMS2-SF: Arthritis Impact Measurement Scales 2 (Guillemin, Coste, Pouchot y Ghézail, 1997); BDI: Beck's Depression Inventory, (Beck Ward, Mendelsohn, Mock y Erbaugh, 1961); BI: Barthel Index (Mahoney y Barthel, 1965); CERQ: Cognitive Emotions Regulation Questionnaire, CES-D Center for Epidemiological Studies-DS Depression Scale, (Radloff, 1977); ESS: Experience of Shame Scale (Andrews, Quian y Val, 2002); FNEB: Brief Fear of Negative Evaluation Scale, (Leary, 1983); HAM-D-17: Hamilton Depression Scale, (Hamilton, 1997); INQ: (Interpersonal needs questionnaire, (Van Orden et al, 2012; OCI-R: Obsessive Compulsive Inventory Revised (Foa et al. 2002); PAS: Panic and Agoraphobia Scale, (Bandelow, 1999); PCL:Posttraumatic Stress Disorder Checklist, (Weathers et al., 1993); PFQ-2: Personal Feelings Questionnaire-2, (Harder et al., 1993); RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire, (Roland y Morris, 1983); RSE: Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965); SCL-90-R: Hopkins Symptoms Checklist-90 Revisado (Derogatis, Lipman y Covi, 1973); SFMPQ: Short Form McGill Pain Questionnaire (Melzack, 1987); SIAS: Social Interaction Anxiety Scale, (Mattick and Clark, 1998); SITBI: Self-injurious thoughts and behaviors interview, (Nock et al., 2007); SSGS: State Shame and Guilt Scale,(Marshall, Sanfter y Tangney, 1994); STAI: State-Trait Anxiety Inventory, (Spielberger, Goruch, Lushene,Vagg y Jacobs, 1983); ; TOSCA: Self-Conscious Affect Scale, Tangney, 1990, Tangney et al, 1989); TOSCA-3, (Tangney y Dearing, 2002)

Segunda Parte

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

7. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

En el presente capítulo se abordan los aspectos metodológicos de la investigación realizada.

7.1. Objetivos

A continuación se presentan los objetivos, tanto general como específicos de este trabajo de investigación:

7.1.1. Objetivo general

El objetivo general de este estudio es ofrecer información que pueda dar algunas respuestas sobre los aspectos que influyen en el bienestar de las personas mayores al analizar y determinar si la presencia de sentido del humor y el sentimiento de culpa influye en el bienestar subjetivo.

7.1.2. Objetivos específicos

1. Realizar un estudio no experimental descriptivo analítico para averiguar la relación que existe entre el bienestar subjetivo, el sentido del humor y el sentimiento de culpa de las personas mayores.
2. Detectar la presencia de la tendencia a sentir culpa, sentido del humor y bienestar subjetivo, y sintomatología depresiva en las personas mayores.

3. Determinar si el sentido del humor y el sentimiento de culpa influyen en la evaluación del bienestar subjetivo.

7.2. Hipótesis

En relación a los objetivos expuestos, se plantean las siguientes hipótesis:

Hipótesis de investigación: Existe una relación entre el bienestar subjetivo, el sentido del humor y el sentimiento de culpa en las personas mayores.

Hipótesis 1: Los hombres presentan mayores niveles de bienestar subjetivo que las mujeres.

Hipótesis 2: Las personas con una actitud positiva hacia el envejecimiento tendrán menos probabilidad de padecer sintomatología depresiva.

Hipótesis 3: Existe una relación entre la edad y el sentido del humor.

Hipótesis 4: Los hombres utilizan más el humor como estrategia de afrontamiento que las mujeres.

Hipótesis 5: En las mujeres se encontrará mayores niveles de sentimiento de culpa que en los hombres.

Hipótesis 6: Los hombres presentan mayores niveles de salud subjetiva que las mujeres.

8. MÉTODO

8.1. Participantes

La muestra del presente estudio es incidental. Inicialmente participaron un total de 420 personas, asistentes regulares de los centros de día para personas mayores del área metropolitana de Madrid con edades comprendidas entre 60 y 92 años. Pero después de aplicar los criterios de exclusión la muestra final quedó en 378, de los cuales 92 eran hombres y 286 eran mujeres. Los criterios de exclusión fueron ser menor de 65 años y tener un posible deterioro cognitivo. Fueron excluidos un total de 25 personas por tener menos de 65 años y 17 personas por presentar un posible deterioro cognitivo. Los centros de día que participaron en el estudio fueron: EspacioCaixa, Pamplona, Tierno Galván, Remonta y Guindalera. Todos los centros excepto Espacio Caixa pertenecen al Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.

Como se puede observar (véase la Tabla 8.1), el rango de edad del total de la muestra (N=420) en el momento de la evaluación fue de 60 a 92 años. El rango de edad mayoritario fueron las personas entre 65 y 75 años (66.3%).

Tabla 8.1. Distribución de la muestra en función a la edad de los participantes (N=420)

Años	Frecuencia	Porcentaje %	Años	Frecuencia	Porcentaje %
60	1	,2%	76	14	3,3%
61	8	1,9%	77	8	1,9%
62	5	1,2%	78	16	3,8%
63	6	1,4%	79	15	3,6%
64	5	1,2%	80	14	3,3%
65	40	9,5%	81	12	2,9%

Años	Frecuencia	Porcentaje %	Años	Frecuencia	Porcentaje %
66	26	6,2%	82	5	1,2%
67	32	7,6%	83	6	1,4%
68	32	7,6%	84	11	2,6%
69	32	7,6%	85	3	,7%
70	29	6,9%	86	5	1,2%
71	21	5,0%	87	2	,5%
72	14	3,3%	88	2	,5%
73	20	4,8%	89	1	,2%
74	11	2,6%	90	1	,2%
75	22	5,2%	92	1	,2%

En las siguientes tablas se plasmarán los estadísticos descriptivos referentes a los participantes del estudio que cumplieron con los criterios de inclusión (n=378). En la Tabla 8.2 se pueden observar los resultados del análisis de frecuencias según el centro de recogida de muestra; la mayoría de los sujetos provenían del centro CM La Caixa (76.7%).

Tabla 8.2. Frecuencias según los centros de mayores participantes

	Lugar de recogida de datos	
	Frecuencia	Porcentaje
CM La Caixa	290	76,7
CM Pamplona	6	1,6
CM Tierno Galván	17	4,5
CM Remonta	4	1,1
CM Guindalera	43	11,4
*Otros	18	4,7
Total	378	

*Mayores de 65 años muestreo bola de nieve

La mayoría de los sujetos del estudio fueron mujeres (75,7%) (véase la Tabla 8.3).

Tabla 8.3. Sexo de los participantes (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hombre	92	24,3	24,3
Mujer	286	75,7	100,0
Total	378		

En cuanto al estado civil (véase la Tabla 8.4), se puede observar que la mayoría de los sujetos estaban casados (41,8%).

Tabla 8.4. Estado civil de los participantes (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje válido
Soltero	84	22,2
Casado	159	41,8
Separado	13	3,5
Divorciado	34	8,9
Viudo	88	23,5
Total	378	

También se pudo observar que en la mayoría de los casos (54,2%), los sujetos declararon vivir acompañados (véase la Tabla 8.5).

Tabla 8.5. Participantes que viven acompañados (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	205	54,2
No	173	45,8
Total	378	

De las personas que informaron vivir acompañadas, la mayoría (61.1%) viven con sus parejas (véase la Tabla 8.6).

Tabla 8.6. Personas con las que viven los participantes (n=205)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Pareja	126	61,1	61,1
Hijo	20	9,9	70,9
Hija	15	7,4	78,3
Pareja + HIJOS	17	8,4	86,7
Otros familiares	23	11,3	98,0
Amigos	3	1,5	99,5
Cuidador/a	1	0,5	100,0
Total	205		

En la Tabla 8.7, se puede observar que la mayoría de los sujetos tienen hijos (70,9%).

Tabla 8.7. Existencia de hijos

	Frecuencia	Porcentaje
No	110	29,1
Sí	268	70,9
Total	378	

En la Tabla 8.8 se puede observar que el 55.3% de los participantes informaron tener nietos.

Tabla 8.8. Existencia de nietos (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje
No	169	44,7
Sí	209	55,3
Total	378	

Para el estudio también se tuvo en cuenta el nivel de estudios (véase la Tabla 8.9). De acuerdo con los resultados el grupo mayoritario de la muestra son personas que poseen un título equivalente a un grado universitario de nivel superior completo (24,1%).

Tabla 8.9. Nivel de estudios de los participantes (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	7	1,9
Estudios primarios	70	18,5
Bachiller Inferior	72	19,0
Bachiller superior	59	15,6
Universitario grado medio incompleto	11	2,9
Universitario grado medio completo	57	15,1
Universitario grado superior incompleto	11	2,9
Universitario grado superior completo	91	24,1
Total	378	

En la tabla 8.10 se puede observar que la mayoría de los sujetos indicaron haber tenido una profesión relacionada con una función administrativa (25,1%).

Tabla 8.10. Profesión de los participantes (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje
Sin Profesión	41	10,8
Administrativo	95	25,1
Ama de casa	68	18
Artista	2	,5
Educación	59	15,6
Oficio	36	9,5
Profesión liberal	36	9,5
Salud	41	10,8
Total	378	

También se analizó el nivel de ingresos (véase la Tabla 8.11). Como se puede observar, el 33.5% de los participantes tienen unos ingresos inferiores a 1000€ mientras que el 66.6% declararon tener unos ingresos mayores de 1000€ mensuales. De éstos últimos el 44% indicaron tener unos ingresos mayores de 1500€ mensuales.

Tabla 8.11. Nivel de ingresos mensuales (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Menos de 400	8	2,1	2,3
400-600	23	6,1	6,6
600-800	36	9,5	10,3
800-1000	50	13,2	14,3
1000-1500	79	20,9	22,6
Más de 1500	154	40,7	44,0
No Respuesta	28	7,5	
Total	378		

Las creencias religiosas también fueron analizadas (véase la Tabla 8.12) y de acuerdo con los resultados el 88.1% de los participantes se declararon creyentes.

Tabla 8.12. Frecuencias de creencias religiosas

	Frecuencia	Porcentaje válido
No	45	11,9
Sí	333	88,1
Total	378	

En la Tabla 8.13 se pueden observar los análisis descriptivos relacionados con la práctica de religión. De acuerdo con los resultados el 82.2% se declara practicante, y de éstos el 39% indicaron ser bastante practicante.

Tabla 8.13. Hábitos de práctica de religión

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
No o nada	67	17,8	17,8
Algo	129	34,1	52,0
Bastante	148	39,1	91,0
Mucho	34	9,0	100,0
Total	378		

Por último, también se analizó la salud subjetiva. En la Tabla 8.14, se puede observar que la mayoría de los participantes indicaron tener una buena y muy buena salud (78.1%).

Tabla 8.14. Salud subjetiva de los participantes (n=378)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Muy buena	83	22,0	23,0	23,0
Buena	199	52,6	55,1	78,1
Regular	67	17,7	18,6	96,7
Mala	9	2,4	2,5	99,2
Muy mala	3	,8	,8	100,0
No Respuesta	17	4.5		
Total	378			

De acuerdo con la Tabla 8.15 el 84.5% de los hombres presentan una salud subjetiva muy buena y buena, mientras que las mujeres presentan un 76.2%.

Tabla 8.15. Salud subjetiva en función del sexo

Sexo	Frecuencia	Porcentaje dentro de Salud Subjetiva	Porcentaje dentro de Sexo
Hombre	Muy buena	19 ^a	22,9
	Buena	52 ^a	26,1
	Regular	11 ^a	16,4
	Mala	1 ^a	11,1
	Muy mala	1 ^a	33,3
	Total	84	23,3
Mujer	Muy buena	64 ^a	77,1
	Buena	147 ^a	73,9
	Regular	56 ^a	83,6
	Mala	8 ^a	88,9
	Muy mala	2 ^a	66,7
	Total	277	76,7

$$X^2(4,461)=3.6p=.46$$

Cada letra del subíndice denota un subconjunto de Sexo categorías cuyas proporciones de columna no difieren de forma significativa entre si en el nivel .05.

8.2. Diseño de investigación

Teniendo en cuenta los objetivos planteados, para el presente estudio se empleó un diseño no experimental descriptivo analítico utilizando una muestra incidental con el fin de estudiar la asociación existente entre el bienestar subjetivo, sentido del humor y sentimiento de culpa.

8.3. Variables e instrumentos de medida

Para comprobar cada una de las hipótesis planteadas del estudio se consideraron las siguientes variables:

Variable predictor: Bienestar subjetivo

Variable moderadora: Sentido del humor

Variable criterio: Sentimiento de culpa

En la presente investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

1. PGCMS Escala de Satisfacción con la Vida del Centro Geriátrico de Filadelfia, *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*, (Lawton, 1975). Adaptación española: Montorio (1994)
2. MSHS Escala Multidimensional del Sentido del Humor, *Multidimensional Sense of Humor Scale* (Thorson y Powell, 1991). Adaptación española: Carbelo (2006)
3. PFQ-2 Cuestionario de Sentimientos Personales version 2, *Personal Feelings Questionnaire-2*, (Harder & Zalma, 1990). Adaptación española: Popa y Martínez-Árias (2013).

4. GDS Escala de Depresión Geriátrica Abreviada- 15 ítems, *Geriatric Depression Scale 15 items*, (Yesavage 1986). Adaptación española: Martínez de la Iglesia et al. (2002)

1. PGCMS. Escala de Satisfacción con la Vida del Centro Geriátrico de Filadelfia (*Philadelphia Geriatric Center Morale Scale*) (Lawton, 1975). Adaptación española: Montorio (1994).

La PGCMS (Lawton, 1975) fue originalmente elaborada por Lawton en 1972 y revisada en 1975 con el fin de evaluar el bienestar subjetivo en las personas mayores en su situación actual. Evalúa la satisfacción con la vida utilizando ítems positivos y negativos. A mayor puntuación, mayor índice de satisfacción. De acuerdo con las instrucciones de puntuación por cada ítem con una respuesta asociada a satisfacción con la vida positiva se enumera un punto, mientras que las que indican insatisfacción o no se obtuvo respuesta se puntúa con un cero. De acuerdo con los rangos de satisfacción del 0-8 indica baja satisfacción, del 9-12 una satisfacción media y de 13-17 indica una alta satisfacción (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1999). En un principio, la PGCMS contenía 22 ítems de los que se derivaban seis factores. Pero en sucesivas readaptaciones se eliminaron 5 ítems. Como resultado, se elaboró la escala final con 17 ítems de respuesta dicotómicas (SI/NO), que miden tres factores: Ansiedad, actitud hacia el propio envejecimiento e insatisfacción que acompaña a la soledad (Véase Anexo 1). Sin embargo, cabe destacar que en el presente estudio se invirtieron los factores de este instrumento de manera que el factor Ansiedad pasó a ser “Baja Ansiedad”, Actitud hacia el propio envejecimiento pasó a ser “Actitud positiva hacia el propio envejecimiento” y el factor Insatisfacción pasó a ser “Satisfacción”.

Para la elaboración de la escala Lawton (1975) utilizó una muestra de 1086 personas mayores de 65 años que vivían en residencia de ancianos y en la comunidad. En cuanto a la validez del instrumento, Lawton correlacionó la escala original y obtuvo unos coeficientes de 0.43 y 0.53. De igual modo obtuvo una validez convergente con el índice de Satisfacción con la Vida de Neugarten, Havighrust y Tobin (1961) (*Life Satisfaction Index*) de 0.57. El coeficiente de fiabilidad es de 0.74 y el coeficiente de consistencia interna es de 0.81 y los coeficientes de fiabilidad test-retest varían entre 0.75 y 0.91 (según el periodo de tiempo). Lawton igualmente estudió la posible validez predictiva de la escala y encontró que aquellas personas que tenían puntuaciones altas correlacionaban fuertemente con variables que podrían ser predictores de satisfacción (Lawton, 1975; Von Heideken, Rönmark, Rosendahl, Lundin-Olsson, Gustavsson y Nygren, 2005)

La PGCMS es un instrumento que puede ser autoadministrado o puede aplicarse mediante entrevista. La PGCMS fue adaptada y validada con población española por Montorio (1994) quien encontró que al analizar la adaptación, el ítem: “Ve a menudo a sus familiares y amigos” no tenía validez por lo tanto se eliminó resultando en un cuestionario de 16 ítems. Montorio (1994) obtuvo un índice de consistencia interna $\alpha=0.79$, una fiabilidad de 0.78, y una fiabilidad test-retest con un intervalo de un mes (N=100) de $r=0.85$.

El PGCMS es considerado un instrumento altamente recomendable para la evaluación del bienestar en personas mayores, en concreto por su brevedad y al no provocar cansancio en el mayor. De igual modo es un instrumento muy útil por su sencillez en la administración y comprensión (escrita u oral). Tiene unas propiedades psicométricas aceptables, además de una gran aceptación en los estudios empíricos sobre bienestar y es una de las pruebas más utilizadas por su utilidad clínica complementaria

(Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1999; Lawton, 1975; Scult, Haime, Jackquart, Takahashi, Moscowits y Webster, 2015; Conradsson et al., 2013; Vahia et al., 2010).

2. MSHS Escala Multidimensional del Sentido del Humor, *Multidimensional Sense of Humor Scale* (Thorson y Powell, 1991). Adaptación: Carbelo (2006)

El MSHS se desarrolló por Thorson y Powell (1991) inicialmente a partir de un repertorio de 70 ítems con el fin de evaluar los diferentes elementos del humor que incluyen: 1) la habilidad para generar humor (habilidad creativa); 2) la capacidad para disfrutar (*playfulness*); 3) la actitud hacia el humor en situaciones sociales; 4) la capacidad de reconocer el humor; 5) la capacidad para apreciar el humor; 6) la utilización del humor como estrategia de afrontamiento. A raíz de los análisis dimensionales y factoriales los ítems se fueron depurando hasta dejar un cuestionario con 24 ítems (véase Anexo 2). De los 24 ítems, 18 ítems (1,2,3,5,6,7,9,10,12,14,15,16,18,19,21,22,23,24) están redactados positivamente y 6 ítems (4,8,11,13,17,20) están redactados negativamente con el fin de reducir el sesgo de respuestas fijas. Los ítems positivos se califican con una escala tipo Likert de cinco puntos que va de muy en desacuerdo (0) a muy de acuerdo (4). Sin embargo, los ítems negativos al revés, desde muy en desacuerdo (4) a muy de acuerdo (0). El humor se determina a partir de la suma de las puntuaciones obtenidas, siendo la menor puntuación 1 y la mayor 96 (Carbelo, 2006; Thorson y Powell, 1991)

Los 24 ítems del MSHS miden cuatro factores que intentan unificar aspectos generales del humor:

- 1) Generar/crear humor
- 2) El uso del humor como estrategia de afrontamiento

3) Reconocimiento y apreciación del humor

4) Actitudes hacia el humor y su uso en situaciones sociales

Para la creación del MSHS, Thorson y Powell (1991) aplicaron la escala en una primera fase del estudio a 264 sujetos. El alfa de Cronbach fue 0.89. Los resultados del estudio incluyeron un primer factor con nueve ítems generación del humor, un segundo factor con seis ítems afrontamiento del humor, un tercer factor con dos ítems que incluye reconocimiento y apreciación del humor, y un cuarto factor con cinco ítems actitudes ante el humor y su uso en situaciones sociales. Posteriormente, se realizó un segundo estudio con 426 sujetos. Las puntuaciones del estudio variaron entre 31 y 96 puntos, con un valor medio de 71.8. El coeficiente alfa de la muestra fue $\alpha = 0.91$ con un 61.5% de varianza explicada para las cuatro dimensiones. En el estudio no se identificaron diferencias significativas por sexo y edad (Carbelo, Alonso-Rodriguez, Valero-Garcés y Thorson, 2006; Thorson y Powell, 1993a).

La adaptación española del MSHS fue realizado por Carbelo (2006). Se llevó a cabo una traducción-retrotraducción y una prueba piloto. Para ello se validó con una muestra de 539 participantes y obtuvo un alfa de Cronbach de 0.88 (estandarizado) de acuerdo con los estadísticos descriptivos obtenidos en el estudio, la puntuación media fue de 64.45 con una desviación típica de 11.83. El análisis estadístico señaló que las medias de las respuestas a los ítems presentan una diferencia significativa según el test de Hotelling, la cual contrasta la hipótesis de que las medias son iguales.

De acuerdo con Carbelo (2006), cuando se comparó los cuatro factores de la escala original de Thorson y Powell (1991) con los encontrados en la versión española, la mayor coincidencia se encontró en el primer factor (habilidad para generar humor). Después de

comparar ambos instrumentos, el original y el adaptado, se ajustaron los componentes principales con el fin de ajustar la adaptación española a tres factores. Según sus cargas factoriales, la adaptación de Carbelo presentó tres factores y no cuatro como Thorson y Powell. Los ítems quedaron organizados de la siguiente manera:

1. Habilidad para generar humor: ítems 1,3,5,6,7,9,12,15,18,21,23,24
2. El humor como estrategia de afrontamiento: ítems: 2, 10, 14, 16, 19, 20, 22
3. Actitudes y valoración social del humor: 4, 8, 11, 13, 17

PFQ-2. Cuestionario de Sentimientos Personales versión 2. *Personal Feelings Questionnaire-2* (Harder & Zalma, 1990). Adaptación: Popa y Martínez-Árias (2013)

Inicialmente el PFQ fue desarrollado por Harder y Lewis en 1987 con el fin de medir la frecuencia de la culpa y vergüenza, dos emociones autoconscientes difícil de distinguir empíricamente. El cuestionario PFQ tiene dos escalas exclusivamente: culpa y vergüenza. La versión original contenía once ítems de los cuales tres ítems medían la culpa y cinco ítems medían la vergüenza. Sin embargo, en 1990 Harder y Zalma crearon el PFQ-2, en el que se incrementaron los ítems del instrumento a 22, de los cuales seis ítems miden culpa y 10 ítems miden vergüenza. Los ítems restantes (tristeza, euforia, depresión, ira y placer) son considerados rellenos y no se puntúan. La aplicación del PFQ-2 consiste en que el sujeto indique la frecuencia con la que experimenta culpa y vergüenza en una escala de Likert de 0-4 puntos (0=Nunca; 1=Pocas veces; 2=Algunas veces; 3=Bastantes veces; 4=Muchas veces). Los ítems asociados a la culpa son: (ítem 2) culpabilidad leve; (ítem 4) preocupación por hacer sufrir o hacer daño a alguien; (ítem 8) culpabilidad intensa; (ítem 11) arrepentimiento; (ítem 16) merecedor de críticas por lo

que hiciste y (ítem 21) remordimiento. Los ítems asociados a la vergüenza son: (ítem 1) vergüenza; (ítem 3) sensación de ridículo; (ítem 6) retraimiento; (ítem 7) humillación; (ítem 10) sensación de ser tonto; (ítem 12) ser pueril, infantil; (ítem 13) indefenso-bloqueado; (ítem 15) ruborizado-sonrojado; (ítem 17) ridículo; (ítem 20) caer mal a los demás (Harder y Zalma, 1990). Se realizó un test-retest y los análisis obtuvieron un Conbach alfa de 0.72 para la culpa y 0.78 para la vergüenza (Popa y Martínez-Árias, 2013).

La adaptación española del PFQ-2 fue realizada por Popa y Martínez-Árias (2013) y tiene 21 ítems (véase Anexo 3). Para ello se validó con una muestra de 2816 sujetos .participantes y obtuvo un alfa de Cronbach 0.82 para el factor culpa y 0.83 para el factor vergüenza. De acuerdo los resultados la versión española es conceptualmente equivalente al original.

El PFQ-2 es un instrumento que utiliza términos breves y comunes y es uno de los más utilizados para medir la frecuencia de los sentimientos de culpa y vergüenza en adultos al ser fácilmente comprensible (Averill et al., 2002; Cacciatore, 2008; Dezutter, Soenens, Hutsebaut, 2006). Según los investigadores (Harder y Lewis, 1987; Harder y Zalma, 1990) el PFQ-2 presentó unos niveles satisfactorios de consistencia interna para culpa y vergüenza y obtuvo un Conbach alfa de 0.78 para vergüenza y 0.72 para culpa. La fiabilidad test-retest también fue alta con 0.91 para vergüenza y .85 para culpa. El PFQ-2 presenta una consistencia interna adecuada y una estabilidad test-retest (Harder y Zalma, 1990).

4. GDS-15. Escala de Depresión Geriátrica Abreviada- 15 ítems, *Geriatric Depression Scale 15 items* (Yesavage, 1986). Adaptación: Martínez de la Iglesia et al. (2002)

La GDS es un instrumento que fue desarrollado originalmente por Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose (1982) compuesto por 30 ítems para detectar sintomatología depresiva en la persona mayor; diferencia ancianos deprimidos de no deprimidos a pesar de posibles enfermedades físicas, dado que no incluye ítems somáticos que en personas mayores pueden ser respondidos afirmativamente debido a causas somáticas no asociadas a depresión. El GDS es un autoinforme que es fácil de responder (Cabañero-Martínez, Cabrero-García, Richart-Martínez, Muñoz-Mendoza y Reig-Ferrer, 2007; Conradsson et al., 2013)

La GDS-30 mide afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos y juicios negativos. El tiempo requerido para completarlo es de aproximadamente 10-15 minutos. El sujeto responde SÍ o NO a cada pregunta en función de cómo se ha sentido durante la semana precedente. La consistencia interna de la escala GDS es elevada con un alfa de Cronbach entre 0.80 y 0.99. La confiabilidad test-retest oscila entre 0.85 y 0.98 en un intervalo de una semana y 12 días respectivamente (Conradsson et al., 2013; Cabañero-Martínez et al., 2007). La versión del GDS de 30 ítems adaptada y validada al castellano por Izal y Montorio (1996) y después por Martínez de la Iglesia (2002)

A partir del GDS de 30 ítems se desarrollaron versiones más cortas que incluían 15 y 5 ítems, siendo la de Yesavage (1986) de 15 ítems la más utilizada. La versión GDS-15 más utilizada es la de Martínez de la Iglesia et al. (2002), quien realizó la adaptación a partir de la versión original, llevando a cabo una retrotraducción al inglés de la adaptación al castellano (véase Anexo 4). Para la adaptación se llevó a cabo un estudio con 249

personas con una media de edad de 74.3 años. La fiabilidad interobservador e intraobservador a través del índice de Kappa ponderado obtuvo valores de 0.65 y 0.95. Según sus datos, la consistencia interna alcanzó un valor de 0.99. En cuanto a la validez convergente se obtuvo un coeficiente de correlación de Spearman de 0.61 ($p < 0.001$) al comparar el GDS con los resultados del cuestionario de Montgomery Asberg. El tiempo requerido de aplicación es entre 5-7 minutos. Respecto a la puntuación de 0 a 4 significa sin depresión, de 5-9 puntos indica depresión leve y de 10-15 depresión establecida. La GDS-15 ha demostrado tener buena validez, fiabilidad y sensibilidad. La versión de 15-ítems está validada en múltiples estudios y ha demostrado ser tan útil como las versiones largas. La GDS-15 es considerada uno de los instrumentos de mayor calidad y sobre la que se informa de la realización de un adecuado proceso de adaptación transcultural. La GDS-15 se considera una herramienta útil para el cribado de depresión en personas mayores (Martínez de la Iglesia et al., 2002; Cabañero-Martínez et al., 2007).

8.4. Procedimiento

La búsqueda de la literatura científica fue realizada en las bases de datos PubMed, PsycINFO, MEDLINE y Web of Knowledge y en el buscador de Google Scholar. Se realizó una búsqueda de estudios teóricos y empíricos con un intervalo temporal de diez años. A partir del análisis de los estudios se obtuvieron artículos de gran impacto a años anteriores. Para la búsqueda de la información se utilizaron los términos: successful aging, healthy aging, active aging, well-being, subjective wellbeing, subjective health, elderly, depression in the elderly, guilt, humor, sense of humor.

El presente trabajo de investigación supuso, en primer lugar seleccionar los instrumentos de medida entre las directoras del estudio y la doctoranda. A continuación se realizó una prueba piloto con 18 participantes voluntarios con el fin de comprobar la comprensión de los instrumentos y verificar el tiempo empleado en la cumplimentación del mismo con el fin de anticipar posibles dudas y dificultades en el momento de aplicar los instrumentos a nivel grupal. Después, la doctoranda contactó con La Obra Social de La Caixa y el Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid con el objetivo de presentar el proyecto de investigación, proponer participar en el estudio y solicitar permiso para acceder a sus centros de día de personas mayores de Madrid. Cada reunión se llevó a cabo de forma independiente, no obstante, a ambas entidades se les explicó los objetivos del estudio, las pautas y se entregó una copia de los instrumentos diseñados para medir la presencia de deterioro cognitivo (SPMSQ de Pfeffer, 1997), bienestar subjetivo (PGCMS de Lawton, 1972), sentido del humor (MSHS de Thorson y Powell, 1991), sentimiento de culpa (PFQ-2 de Harder y Zalma, 1990) y depresión (GDS-15 de Yesavage, 1986) (véase Anexo 6).

El estudio se inició con el permiso y el consentimiento de la dirección de la Obra Social de la Caixa y de la directora del centro EspacioCaixa de Madrid, así como de la dirección General de Mayores y Atención Social del Área de Gobierno de Familia y Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid y de los directores de cada uno de los centros participantes. En el caso de los centros pertenecientes al Ayuntamiento de Madrid, el coordinador de los centros de día de la dirección general de Mayores y Atención Social contactó con aproximadamente 25 directores de los centros para proponer participar de forma voluntaria y anónima en el estudio e identificar aquellos interesados en colaborar en la investigación. Finalmente cuatro centros se ofrecieron para

colaborar en la investigación: Centro Remonta, Centro Guindalera, Centro Tierno Galván y Centro Pamplona.

Una vez identificados los centros interesados en participar en el estudio, a continuación se procedió a coordinar con la dirección de cada centro distintas fechas con el fin de proceder a la aplicación colectiva de los instrumentos y llevar a cabo la recogida de datos. Las fechas se establecieron entre los meses de marzo y mayo del 2014 de acuerdo con la disponibilidad de cada centro. El día de la aplicación, previo a repartir los cuestionarios a los participantes, tanto el director como la doctoranda explicaron verbalmente y en términos generales los objetivos y procedimientos del estudio. Igualmente, a los sujetos se les informó que la participación en el estudio era voluntaria y anónima, y que los datos recogidos serían evaluados sistemáticamente. De igual modo, se incluyó una explicación informativa por escrito en el paquete de los cuestionarios (véase Anexo 6). Las personas que decidieron no participar se marcharon de la sala y aquellas que optaron por abandonar el proceso de recogida de la información, a pesar de no haber terminado de completar los cuestionarios, pudieron hacerlo en cualquier momento. Finalmente, se explicó que en el caso de que alguna persona quisiera dejar de colaborar por sentir algún tipo de malestar tenían a su disposición apoyo en el mismo centro. En todos los centros se realizó el mismo procedimiento de recogida de la información.

El paquete que se entregó a los participantes estaba contenía preguntas sobre datos sociodemográficos, la Escala Breve de Estado Mental de Pfeiffer (1976), la Escala de Satisfacción con la Vida del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton (1975), la Escala Multidimensional del Sentido del Humor de Thorson y Powell (1991), el Cuestionario de Sentimientos Personales (segunda versión) de Harder y Zalma (1990) y la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de quince ítems de Yesavage (1986) (Véase Anexo 6)

Dado que uno de los criterios de exclusión era tener un posible deterioro cognitivo, se utilizó la adaptación española del Cuestionario Breve y de Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ), *Short Portable Mental State Questionnaire*, (Pfeiffer, 1976) realizada por Martínez de la Iglesia et al. (2001) (véase Anexo 5). El SPQMS está compuesto por 10 ítems, sin embargo, con el fin de proteger el anonimato de los participantes se excluyeron 2 ítems: “el número de teléfono” y el “apellido de la madre”. A partir de esta eliminación de los dos ítems se hizo una distribución de frecuencia y se identificó como punto de corte 5 puntos para detectar un posible deterioro cognitivo.

El SPMSQ es un instrumento creado por Pfeiffer en 1975, con el fin de detectar un posible deterioro cognitivo en personas mayores a partir de 65 años. El SPMSQ se puede usar en personas con deficiencias sensoriales severas y analfabetas. Es una de las escalas más utilizadas, especialmente en Atención Primaria, por su fácil aplicación y su brevedad (2 minutos). Se puede administrar a cualquier persona adulta que requiera una valoración de su capacidad cognitiva. Su principal limitación es que no detecta cambios en la evolución del sujeto, así como pequeños deterioros existentes. El SPMSQ es un instrumento que puede ser administrado por personal sanitario no especializado en neuropsicología y no es necesario un entrenamiento especial previo. Los ítems valoran funciones básicas: memoria a corto y largo plazo, atención, orientación, el tiempo, lugar, información sobre hechos cotidianos y actuales (día de la semana, lugar en el que se realiza la prueba, número de teléfono, fecha de nacimiento, edad, nombre del presidente de gobierno actual y pasado, el apellido de la madre) y un ejercicio de cálculo en el que se resta a 3 a partir del número 20. Al finalizar el ejercicio se contabilizan los errores en un rango de 0 a 10. El SPMSQ se aplica preguntando al sujeto los ítems correspondientes y registrando todas las respuestas. Se registra cada ítem incorrecto con 1 punto. Se introduce una corrección dependiendo del nivel de escolarización, permitiéndose un error

más si el sujeto no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores. Con base en la estandarización original y dependiendo del número de errores, es posible clasificar al cliente como: “sin deterioro cognitivo” (0-2 errores), “con deterioro cognitivo leve” (3-4 errores), con deterioro cognitivo “moderado” (5-7 errores) y con deterioro cognitivo “severo” (8-10 errores). Si las puntuaciones son extremas no surgen dudas del estado cognitivo. Sin embargo, si las puntuaciones son intermedias, pueden considerarse dudosas y precisan confirmación. Los resultados estadísticos presentaron que este instrumento tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%. Para la adaptación española, Fernández-Ballesteros y Guerrero tradujeron y adaptaron el SPMSQ al castellano en 1984. Después de llevar a cabo los estudios de validación, encontraron que el instrumento se ajusta aceptablemente bien a las categorías de Pfeiffer A continuación, Martínez de la Iglesia et al. (2002) también revisaron y validaron el SPMSQ y encontraron que era un instrumento aceptable para medir el deterioro cognitivo en personas mayores. De acuerdo con Martínez de la Iglesia et al. (2002), la fiabilidad inter e intraobservador validez convergente fue del 0.74 y 0.92, alcanzando una consistencia interna de 0.82, con una sensibilidad y especificidad de 85.7 y 79.3 respectivamente para un punto de corte de 3 o más errores, observándose variaciones según el nivel de formación académica y edad. El SPMSQ es considerado actualmente uno de los cuestionarios de rastreo más adecuados para su aplicación en personas mayores (Pfeiffer, 1975; León, Salas, Ayala, Blaya, Ávila, Rodríguez, Rojo et al., 2014; Malhotra, Chan, Matchar, Seow, Chou, Kyung, 2013; Martínez de la Iglesia et al., 2001; Stein, Prvu, Sicklick, Hedeman, Magdon-Ismail, Schwamm, 2015).

Una vez realizada la aplicación colectiva de los instrumentos se introdujeron los datos en la base de datos SPSS 22. Después, se utilizó el sistema informático para identificar a los participantes que cumplieran con los criterios de exclusión (deterioro

cognitivo y con edades menores de 65 años). Se identificaron 17 personas con deterioro cognitivo y 25 personas con menos de 65 años. Una vez excluidos aquellos participantes que cumplían con los criterios de exclusión se realizaron los análisis de datos correspondientes.

Respecto a la puntuación de la escala PGCMS de Lawton (1975) cabe recordar que sus tres factores originales: Ansiedad, actitud hacia el propio envejecimiento y la insatisfacción que acompaña a la soledad fueron invertidas, por lo tanto, el factor Ansiedad pasó a ser “Baja Ansiedad”, Actitud hacia el propio envejecimiento pasó a ser “Actitud positiva hacia el propio envejecimiento” y el factor Insatisfacción pasó a ser “Satisfacción”. Finalmente se llevó a cabo diferentes análisis de los datos y se prosiguió a analizar los resultados.

8.5. Análisis de datos

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de las variables de interés. A continuación, se realizaron análisis de correlaciones, pruebas T y ANOVA según la adecuación a la naturaleza de las variables del estudio para poner a prueba las hipótesis previamente enunciadas. Todos estos análisis se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS 22.0 para Windows (IBM Corp., 2011).

En segundo lugar, se llevaron a cabo análisis factoriales confirmatorios (AFC) para asesorar la validez de constructo de los instrumentos utilizados. Además, se calcularon índices de fiabilidad de los test. Estos últimos análisis fueron realizados en R (RDevelopmentCore Team, 2015) utilizando el paquete Psych (Revelle, 2015) y el paquete Lavaan (Rosseel, 2012).

9. RESULTADOS

En este capítulo se presenta una descripción de los resultados obtenidos en el presente estudio respecto a los objetivos planteados e hipótesis correspondientes. Se explicarán los análisis confirmatorios de la validación de los instrumentos y los resultados que se obtienen mediante los análisis de datos. En base a los factores, se expondrá un análisis de la relación entre las variables y se explorarán las relaciones entre bienestar subjetivo, sentido del humor y culpa con las variables sociodemográficas como edad y sexo.

9.1. Validación de los instrumentos: Analisis Factoriales Confirmatorios

Modelos de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la Escala de Satisfacción con la Vida del Centro Geriátrico de Filadelfia (PGCMS).

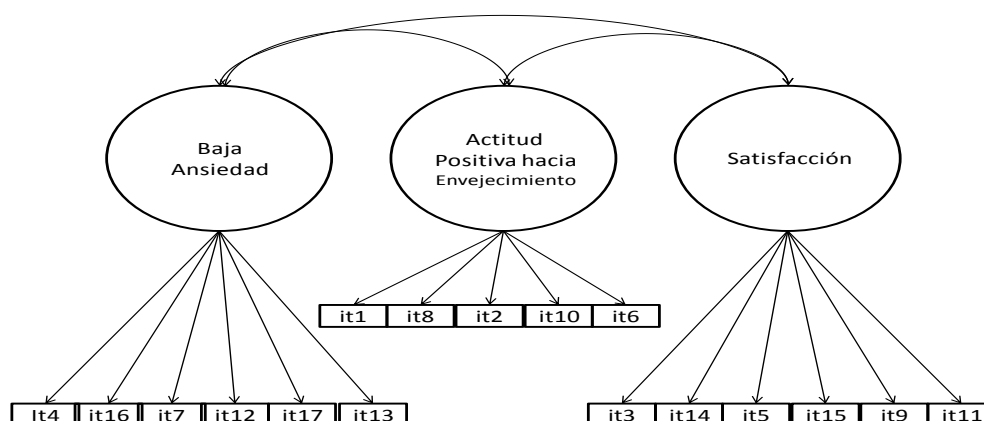


Figura 9.1. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala de Satisfacción con la Vida (PGCMS).

Para evaluar la validez de constructo del instrumento se realizó un AFC y se calcularon los siguientes índices de bondad de ajuste: el estadístico ji-cuadrado (χ^2), el Comparative Fit Index (CFI), el Tucker-Lewis Index (TLI) y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). En la Tabla 9.1 se presentan los distintos índices de bondad de ajuste para la Satisfacción con la Vida y los valores para cada uno de ellos. Se utilizó el paquete Lavaan (Rosseel, 2012) del entorno R con el estimador WLSMV (estimador robusto basado en Weighted Least Squares) para la realización de los cálculos.

Tabla 9.1. Índice de ajuste de la Escala de Satisfacción con la Vida (PGCMS)

Índice	Valores obtenidos	Valores aceptables
χ^2	275,491	
CFI	0,928	> 0,90
TLI	0,916	> 0,90
RMSEA	0,057	< 0,05/<0,10
P-value RMSEA $\leq 0,05$	0,083	

La mayoría los índices de ajuste calculados son buenos. Tanto CFI como TLI superan el valor de 0,90 mientras que el RMSEA se encuentra en un valor en torno a 0,50. Estos índices parecen indicar, pues, un buen ajuste a la estructura original del instrumento.

FIABILIDAD

La fiabilidad del instrumento se evaluó calculando el índice Omega de McDonald para cada una de las subescalas del PGCMS, ya que este índice presenta mejor precisión que otros índices de fiabilidad en las circunstancias presentes de ordinalidad de las variables (ver revisión Zinbarg, Revelle, Yovel y Li (2005)). También se calculó el índice

Alpha de Cronbach con el único propósito de proporcionar unos valores comparables con aquellos obtenidos por otros estudios.

Como se puede observar en la Tabla 9.2, los valores de Omega encontrados para cada una de las subescalas son buenos ya que oscilan entre 0,78-0,81. El instrumento estudiado parece, por lo tanto, presentar una buena fiabilidad. También se puede ver que los valores de Alpha son ligeramente inferiores a los de Omega (0,76-0,81). El índice Alpha de Cronbach parece, por lo tanto, subestimar la fiabilidad del instrumento aunque presenta valores muy similares.

Tabla 9.2. Índice de fiabilidad del PGCMS

Índice	Omega de McDonald (ω)	Alpha de Cronbach (α)
Baja Ansiedad	0,78	0,76
Actitud positiva hacia propio envejecimiento	0,79	0,77
Satisfacción	0,81	0,81
TOTAL		

Modelo de Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS).

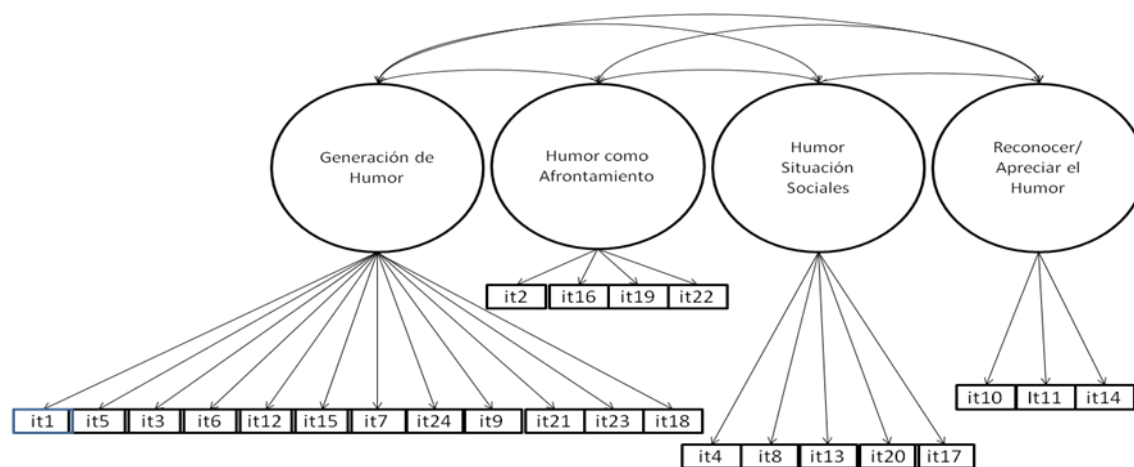


Figura 9.2. Análisis Factorial Confirmatorio de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS)

En este caso también se calcularon los siguientes índices de bondad de ajuste para el modelo de AFC: el estadístico ji-cuadrado (χ^2), el Comparative Fit Index (CFI), el Tucker-Lewis Index (TLI) y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). En la Tabla 9.3 se presentan los distintos índices de bondad de ajuste del modelo Sentido del Humor y los valores aceptables para cada uno de ellos. De forma similar al anterior AFC se utilizó el paquete Lavaan (Rosseel, 2012) del entorno R con el estimador WLSMV (estimador robusto basado en Weighted Least Squares) para realizar los análisis.

Tabla 9.3. Índice de ajuste de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS)

Índice	Valores obtenidos	Valores aceptables
χ^2	1049,163	
CFI	0,934	> 0,90
TLI	0,925	> 0,90
RMSEA	0,088	< 0,05/<0,10
P-value RMSEA $\leq 0,05$	<0,001	

La mayoría los índices de ajuste calculados son buenos. Tanto CFI como TLI superan el valor de 0,90 mientras que el RMSEA se encuentra en un valor menor de 0,10. Estos índices parecen indicar un buen ajuste a la estructura factorial planteada.

FIABILIDAD

Con el fin de analizar la fiabilidad del instrumento se calculó el índice Omega de McDonald para cada subescala del MSHS por las razones expuestas anteriormente. También se calculó el índice Alpha de Cronbach para tener una referencia comparable con otros estudios.

Como se puede observar en la Tabla 9.4, los valores de Omega encontrados para cada una de las subescalas son buenos ya que oscilan entre 0,63-0,95. El MSHS parece

presentar, por lo tanto, una buena fiabilidad. La subescala Generación del humor presenta un índice Omega muy bueno (0,95) mientras que las escalas de Actitud hacia el humor en situaciones sociales (0,63) y Reconocer/Apreciar el Humor (0,63) presentan una fiabilidad mucho más pobre.

También se puede ver que los valores de Alpha (0,50-0,95) son ligeramente inferiores a los de Omega, presentando la subescala Reconocer/Apreciar el Humor (0,50) un valor muy modesto.

Tabla 9.4. Índice de fiabilidad del MSHS

Índices	Omega de McDonald (ω)	Alpha de Cronbach (α)
Generación del humor	0,95	0,95
Humor como Afrontamiento	0,85	0,85
Actitud Humor Situaciones Sociales	0,63	0,61
Reconocer/Apreciar el Humor	0,63	0,50
TOTAL		

Modelo Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) del Cuestionario de Sentimientos

Personales (PFQ-2)

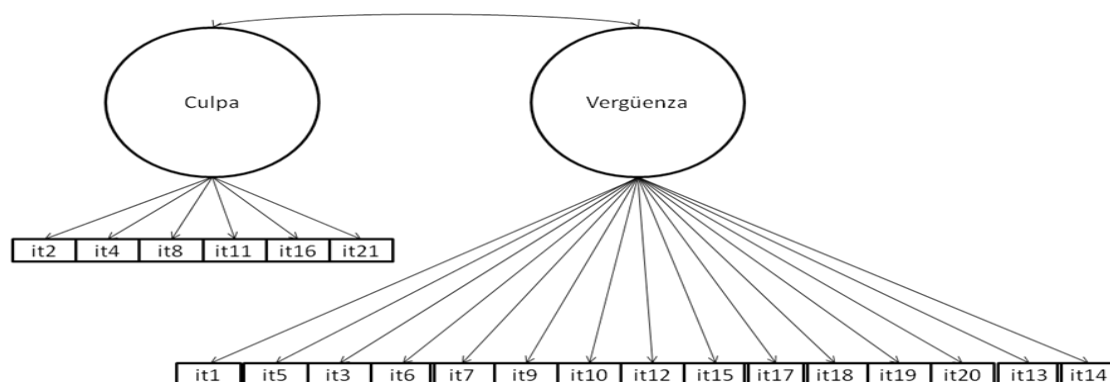


Figura 9.3. Análisis Factorial Confirmatorio del Cuestionario de Sentimientos Personales (PFQ-2).

Como se realizó previamente, para los análisis factoriales confirmatorias se calcularon los siguientes índices de bondad de ajuste para el PFQ-2: el estadístico ji-cuadrado (χ^2), el Comparative Fit Index (CFI), el Tucker-Lewis Index (TLI) y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). En la Tabla 9.5 se presentan los distintos valores obtenidos para cada índice y los valores aceptables para cada uno de ellos. Para realizar estos análisis, se utilizó el paquete Lavaan (Rossee, 2012) del entorno R con el estimador WLSMV (estimador robusto basado en Weighted Least Squares)

Tabla 9.5. Índice de ajuste del Cuestionario de Sentimientos Personales (PFQ-2).

Índices	Valores obtenidos	Valores aceptables
χ^2	1268,66	
CFI	0,953	> 0,90
TLI	0,948	> 0,90
RMSEA	0,117	< 0,05/<0,10
P-value RMSEA $\leq 0,05$	<0,001	

Los índices de ajuste calculados son generalmente buenos, aunque el RMSEA presenta un valor un poco alto. Tanto CFI como TLI superan el valor de 0,90 pero el RMSEA se encuentra en un valor de 0,117. Estos índices nos indican que podemos aceptar esta estructura para el instrumento aunque el RMSEA sea alto.

FIABILIDAD

Con el fin de analizar la fiabilidad del instrumento se calculó el índice Omega de McDonald para cada una de las subescalas del PFQ-2. También se calculó el índice Alpha de Cronbach con el único propósito de comparar los resultados obtenidos en esta muestra con los índices de fiabilidad señalados por otros investigadores.

Como se puede observar en la Tabla 9.6, los valores de Omega encontrados para cada subescala son buenos ya que oscilan entre 0,85-0,88. Los índices Alpha de Cronbach nos indican valores similares.

Tabla 9.6. Índice de fiabilidad de PFQ-2.

Índice	Omega de McDonald (ω)	Alpha de Cronbach (α)
Culpa	0,85	0,85
Vergüenza	0,88	0,87
TOTAL		

Modelo Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

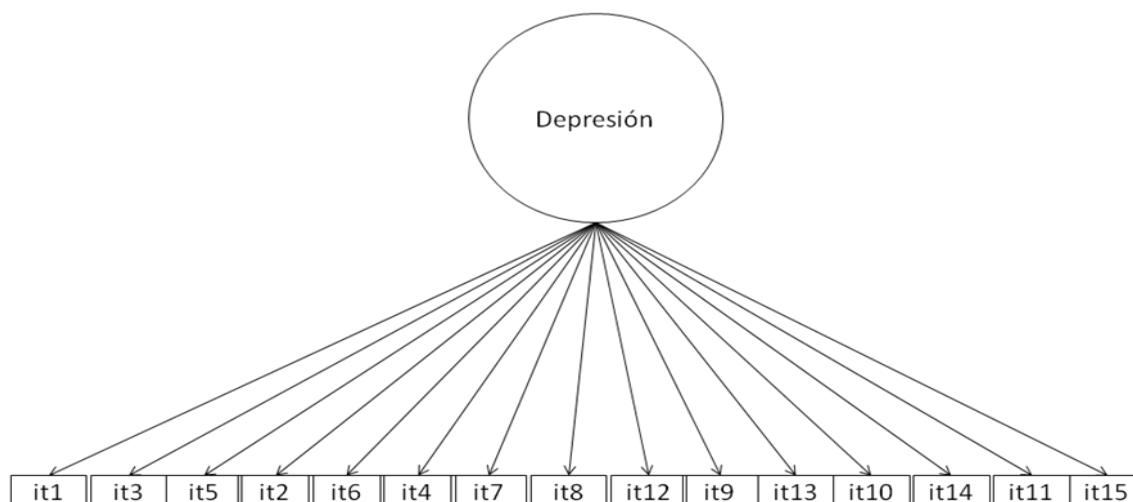


Figura 9.4. Análisis Factoriales Confirmatorios de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15)

Para el AFC de la GDS-15, se calcularon los siguientes índices de bondad de ajuste: el estadístico ji-cuadrado (χ^2), el Comparative Fit Index (CFI), el Tucker-Lewis Index (TLI) y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). En la Tabla 9.7 se presentan los valores estimados para cada índice y los valores aceptables para cada uno

de ellos. Para realizar estos análisis, se utilizó el paquete Lavaan (Rosseel, 2012) del entorno R con el estimador WLSMV (estimador robusto basado en Weighted Least Squares).

Tabla 9.7. Índice de ajuste de la Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15).

Índices	Valores obtenidos	Valores aceptables
χ^2	243,128	
CFI	0,940	> 0,90
TLI	0,939	> 0,90
RMSEA	0,064	< 0,05/<0,10
P-value RMSEA $\leq 0,05$	<0,001	

Los índices de ajuste obtenidos para el modelo son buenos. CFI y TLI presentan valores por encima de 0,90. RMSEA, en cambio, presenta un valor ligeramente superior a 0,50 pero se mantiene por debajo de 0,10. Estos índices parecen indicarnos un buen ajuste al modelo original de los autores del instrumento.

FIABILIDAD

Con el fin de analizar la fiabilidad del instrumento se calculó el índice Omega de McDonald para el instrumento. También se calculó el índice Alpha de Cronbach para obtener un valor comparable con otros estudios.

Como se puede observar en la Tabla 9.8 el valor de Omega obtenido es muy bueno, por encima de 0,90. El índice Alpha de Cronbach nos indica un valor similar (0,92) por lo que ambas vías nos parecen reflejar una buena fiabilidad del instrumento.

Tabla 9.8. Índice de fiabilidad del GDS-15.

Índice	Omega de McDonald (ω)	Alpha de Cronbach (α)
Depresión Geriátrica	0,93	0,92
TOTAL		

9.2. Predicción Bienestar Subjetivo: Correlaciones y Regresiones

Los resultados obtenidos de los análisis de correlaciones se presentan a continuación.

A continuación se puede observar que la variable Baja Ansiedad correlaciona negativamente con Culpa ($r=-,296$) y Vergüenza ($r=-,357$) (Véase la Tabla 9.9). De igual modo la Actitud positiva frente al envejecimiento correlaciona negativamente con Culpa ($r=-,195$) y Vergüenza ($r=-,263$). También, se puede observar que los análisis de correlaciones reflejaron relaciones negativas entre Satisfacción, Culpa ($r=-,231$) y Vergüenza ($r=-,335$). La variable Baja Ansiedad correlaciona positivamente con Humor como afrontamiento ($r=,129$), Actitud positiva frente al envejecimiento ($r=,366$) y Satisfacción ($r=,568$) (véase la Tabla 43). Además, la variable Actitud positiva hacia el propio envejecimiento correlaciona positivamente con Humor como afrontamiento ($r=,151$) y Satisfacción ($r=,562$). Además, podemos ver que la variable Satisfacción correlaciona positivamente con Baja Ansiedad ($r=,568$) y Actitud positiva frente al envejecimiento ($r=,562$).

Tabla 9.9. Correlaciones de los factores de la Escala de Satisfacción con la vida (PCGMS)

	Baja Ansiedad	Actitud positiva propio envejecimiento	Satisfacción
Generación del humor	,053	,078	,055
Humor como afrontamiento	,129*	,151**	,077
Actitud humor situaciones sociales	,081	,046	,023
Reconocer el humor	,050	,044	,050
Baja Ansiedad	-	,366**	,568**
Actitud positiva propio envejecimiento	,366**	-	,562**
Satisfacción	,568**	,562**	-
Culpa	-,296**	-,195**	-,231**
Vergüenza	-,357**	-,263**	-,335**

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

En la Tabla 9.10 se puede observar que la variable Generación de humor correlaciona positivamente con Humor como afrontamiento ($r = ,709$). De igual modo, el Humor como afrontamiento correlaciona positivamente con Actitud humor en situaciones sociales ($r = ,231$), Reconocer/Apreciar el humor ($r = ,169$), Baja Ansiedad ($r = ,129$) y Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r = ,151$). Además, la Actitud humor en situaciones sociales correlaciona positivamente con Humor como afrontamiento ($r = ,231$) y Reconocer/Apreciar el humor ($r = ,240$), y negativamente con Vergüenza ($r = ,126$). Asimismo, Reconocer/Apreciar el humor correlaciona positivamente con Actitud humor en situaciones sociales ($r = ,240$). Finalmente, los resultados indican que la culpa no correlaciona con ninguno de los factores del sentido del humor.

Tabla 9.10. Correlaciones de los factores de la Escala Multidimensional del Sentido del Humor (MSHS)

	Generación del humor	Humor como afrontamiento	Actitud humor situaciones sociales	Reconocer/Apreciar humor
Generación del humor	-	,709**	-,015	,071
Humor como afrontamiento	,709**	-	,231**	,169**
Actitud humor situaciones sociales	-,015	,231**	-	,240**
Reconocer/Apreciar humor	,071	,169**	,240**	-
Baja Ansiedad	,053	,129*	,081	,050
Actitud positiva propio envejecimiento	,078	,151**	,046	,044
Satisfacción	,055	,077	,023	,050
Culpa	,016	,031	,053	,052
Vergüenza	-,008	,017	-,126*	,027

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

En la Tabla 9.11 se puede observar que la Culpa correlaciona negativamente con Baja ansiedad ($r = -,298$), Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r = -,195$) y Satisfacción ($r = -,231$). Por otro lado la Vergüenza correlaciona negativamente con Actitud del humor en situaciones sociales ($r = -,126$), Baja ansiedad ($r = -,357$), Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r = -,263$) y Satisfacción ($r = -,335$). Finalmente, únicamente existe una correlación positiva entre culpa y vergüenza ($r = ,645$).

Tabla 9.11. Correlaciones de los factores del Cuestionario de Sentimientos Personales (PFQ-2)

	Culpa	Vergüenza
Generación del humor	,016	-,008
Humor como afrontamiento	,031	,017
Actitud humor situaciones sociales	,053	-,126*
Reconocer/Apreciar humor	,052	,027
Baja Ansiedad	-,298**	-,357**
Actitud positiva propio envejecimiento	-,195**	-,263**
Satisfacción	-,231**	-,335**
Culpa	-	,645**
Vergüenza	,645**	-

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

En la Tabla 9.12, se puede observar que la Edad correlaciona negativamente con Actitud frente al envejecimiento ($r=-,189$), Culpa ($r=-,127$) y Vergüenza ($r=-,138$), positivamente con Depresión geriátrica ($r=,133$). Sin embargo, no se ha encontrado una correlación significativa entre la edad y ninguno de los factores del sentido del humor

Tabla 9.12. Correlación entre edad y factores del Sentido del Humor, Satisfacción con la vida y Sentimientos Personales

	Edad
Generación del humor	-,032
Humor como afrontamiento	-,079
Actitud humor situaciones sociales	-,028
Reconocer/Apreciar humor	,053
Baja Ansiedad	,007
Actitud positiva propio envejecimiento	-,189**
Satisfacción	-,090
Depresión geriátrica	,133**
Culpa	-,127*
Vergüenza	-,138**

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

En la Tabla 9.13 se puede observar que el nivel de ingresos correlaciona positivamente con Humor como afrontamiento ($r=,120$), Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r=,161$), Satisfacción ($r=,139$) y negativamente con Depresión Geriátrica ($r=-,173$). En cuanto a Salud Subjetiva, los resultados presentan una correlación positiva con Baja Ansiedad ($r=,328$), Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r=,425$) y Satisfacción ($r=,360$), y una correlación negativa con Culpa ($r=-,480$), Vergüenza ($r=-,250$). Respecto a la Depresión Geriátrica, se obtiene una correlación positiva con culpa ($r=,281$) y vergüenza ($r=,411$), y una correlación negativa con Generación del humor ($r= -.129$), Humor como afrontamiento ($r= -.202$), Actitud humor en situaciones sociales ($r= -.120$), Baja Ansiedad ($r= -.559$), Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r= -.573$) y Satisfacción ($r= -.724$). Se puede observar que con el único

factor con el que no se ha encontrado una correlación significativa es con Reconocer/Apreciar Humor ($r = -.053$).

Tabla 9.13. Correlación entre Nivel de Ingresos, Salud Subjetiva, Depresión Geriátrica y Factores Sentido del Humor, Satisfacción con la vida y Sentimientos Personales

		Nivel de ingresos	Salud subjetiva	Depresión Geriátrica
Rho de Spearman	Generación del humor	,066	,047	-,129*
	Humor como afrontamiento	,120*	,044	-,202**
	Actitud humor situaciones sociales	,086	,084	-,120*
	Reconocer/Apreciar humor	,077	,046	-,053
	Baja Ansiedad	,060	,328**	-,559**
	Actitud positiva propio envejecimiento	,161**	,425**	-,573**
	Satisfacción	,139**	,360**	-,724**
	Depresión geriátrica	-,173**	-,480**	-
	Culpa	,051	-,096	,281**
	Vergüenza	-,036	-,250**	,411**

* $p < .05$, ** $p < .001$

En la Tabla 9.14 se puede observar que de acuerdo con los resultados, la mayoría de los sujetos no presentan sintomatología depresiva (71.2%) y sólo el 4.8% presenta sintomatología depresiva establecida. Esta clasificación se hizo teniendo en cuenta los puntos de corte proporcionados por los autores del instrumento (Yesavage, 1986) que son los siguientes: 0-4 (Sin depresión); 5-9 (depresión leve) y 10-15 (depresión establecida).

Tabla 9.14. Distribución de frecuencias de los sujetos y depresión geriátrica

Puntuación	Depresión geriátrica		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	84	22,2	22,2
1	64	16,9	39,2
2	52	13,8	52,9
3	39	10,3	63,2
4	30	7,9	71,2
5	30	7,9	79,1
6	18	4,8	83,9
7	21	5,6	89,4
8	6	1,6	91,0
9	6	1,6	92,6
10	10	2,6	95,2
11	7	1,9	97,1
12	8	2,1	99,2
13	2	,5	99,7
14	1	,3	100,0
Total	378		

En la Tabla 9.15 se puede observar que mujeres presentan una puntuación más alta que los hombres en sintomatología depresiva, sin embargo, no se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre el sexo y la depresión geriátrica.

Tabla 9.15. Correlación entre Sexo y Depresión Geriátrica.

	Sexo	Media	Desviación típica	Error típico de la media	gl	t
Depresión geriátrica	Hombre	1,96	,71	,078	59	-,901
	Mujer	2,05	,78	,047		

Los análisis de regresiones jerárquicas o por bloques fueron realizados para los tres factores de Bienestar subjetivo: Baja Ansiedad, Actitud positiva hacia el propio envejecimiento y Satisfacción. Se establecieron para cada uno cuatro bloques: un primero con las variables Sexo y Edad, un segundo añadiendo la Salud subjetiva de los sujetos, un tercero con las escalas relacionadas con humor y, por último, un cuarto bloque con los

sentimientos de Culpa y Vergüenza. No se introdujo la depresión geriátrica por no ser una variable objetivo del estudio. Todos los modelos presentaron ser estadísticamente significativos ($p < ,05$). Se calcularon los coeficientes B, los errores típicos de B, los coeficientes estandarizados Beta, el R^2 y los cambios en R^2 con respecto al bloque anterior.

Para la variable Baja ansiedad en la Tabla 9.16, se observa que los coeficientes B significativos son aquellos de la Salud Subjetiva, el Humor como afrontamiento, la Culpa y la Vergüenza. Teniendo en cuenta el último bloque, vemos que el modelo presenta un valor de $R^2 = ,209$ con un cambio significativo frente al bloque anterior.

El modelo final quedaría reflejado por:

$$\text{Baja Ansiedad} = 5,940 + ,528 (\text{Salud Subjetiva}) + ,053 (\text{Humor como afrontamiento}) - ,054 (\text{Culpa}) - ,064 (\text{Vergüenza})$$

Tabla 9.16. Modelo de regresión jerárquica para Baja Ansiedad.

Variable	B	ET.B	Beta	R^2	ΔR^2
Paso 1				,002	,002
(Constante)	4,042**	1,152			
Sexo	-,175	,219	-,042		
Edad	-,004	,015	-,015		
Paso 2				,097	,095**
(Constante)	4,948**	1,107			
Sexo	-,106	,209	-,026		
Edad	,002	,015	,007		
Salud subjetiva	,706**	,115	-,310		
Paso 3				,112	,014
(Constante)	3,840**	1,291			
Sexo	-,067	,212	-,016		
Edad	,005	,015	,015		
Salud subjetiva	,698**	,115	,307		
Generación del humor	,014	,014	,074		
Humor como afrontamiento	,043**	,022	,152		
Actitud humor situaciones sociales	,014	,032	,023		
Reconocer/Apreciar humor	,012	,053	-,012		

Variable	B	ET.B	Beta	R ²	Δ R ²
Paso 4				,209	,097**
(Constante)	5,940**	1,263			
Sexo	-,039	,203	-,009		
Edad	-,010	,014	-,036		
Salud subjetiva	,528**	,114	,232		
Generación del humor	,018	,013	,097		
Humor como afrontamiento	,053**	,021	,187		
Actitud humor situaciones sociales	,015	,031	-,025		
Reconocer/Apreciar humor	,014	,051	,014		
Culpa	-,054**	,025	-,137		
Vergüenza	-,064**	,019	-,221		

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

Para la variable Actitud positiva hacia el propio envejecimiento se observa que los coeficientes B significativos (véase la Tabla 9.17) son aquellos de la Constante, Edad, Salud Subjetiva, Humor como afrontamiento y la Vergüenza. Teniendo en cuenta el último bloque, vemos que el modelo presenta un $R^2 = ,263$ con un cambio significativo frente al bloque anterior.

El modelo final quedaría reflejado por:

$$\text{Actitud positiva hacia el propio envejecimiento} = 7,644 - ,049 (\text{Edad}) + ,690 (\text{Salud Subjetiva}) + ,056 (\text{Humor como afrontamiento}) - ,049 (\text{Vergüenza})$$

Tabla 9.17. Modelo de regresión jerárquica para actitud positiva hacia el propio envejecimiento.

Variable	B	ET.B	Beta	R ²	Δ R ²
Paso 1				,033	,033*
(Constante)	6,047**	1,041			
Sexo	-,090	,198	-,024		
Edad	-,049*	,014	-,182		
Paso 2				,186	,153**
(Constante)	7,099**	,965			
Sexo	-,010	,182	-,003		
Edad	-,041*	,013	-,153		

Variable	B	ET.B	Beta	R ²	Δ R ²
Salud subjetiva	,820**	,100	,393		
Paso 3				,206	,020
(Constante)	6,173**	1,120			
Sexo	,039	,184	,010		
Edad	-,038*	,013	-,143		
Salud subjetiva	,815**	,100	,390		
Generación del humor	,011	,012	,063		
Humor como afrontamiento	,049*	,019	,188		
Actitud humor situaciones sociales	,016	,028	,029		
Reconocer/Apreciar humor	-,005	,046	,006		
Paso 4				,263	,057**
(Constante)	7,644**	1,118			
Sexo	,053	,179	,014		
Edad	,049**	,013	,183		
Salud subjetiva	,690**	,101	,331		
Generación del humor	,014	,012	,080		
Humor como afrontamiento	,056*	,018	,215		
Actitud humor situaciones sociales	,036	,027	,067		
Reconocer/Apreciar humor	,013	,045	,014		
Culpa	-,033	,022	-,090		
Vergüenza	-,049*	,017	-,183		

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

Para la variable Satisfacción, se puede observar en la Tabla 9.18 que los coeficientes B estadísticamente significativos son aquellos de la Constante, Edad, Salud Subjetiva y la Vergüenza. Teniendo en cuenta el último bloque, vemos que el modelo presenta un $R^2 = ,235$ con un cambio significativo frente al bloque anterior.

El modelo final quedaría reflejado por:

$$\text{Satisfacción} = 8,775 - ,027 (\text{Edad}) + ,605 (\text{Salud Subjetiva}) - ,070 (\text{Vergüenza})$$

Tabla 9.18. Modelo de regresión jerárquica para Satisfacción.

Variable	B	ET.B	Beta	R ²	Δ R ²
Paso 1				,012	0,012
(Constante)	6,196**	1,056			
Sexo	-,300	,201	-,079		
Edad	-,022	,014	-,082		
Paso 2				,146	,134**
(Constante)	7,186**	,992			
Sexo	-,224	,187	-,059		
Edad	-,015	,013	-,056		
Salud subjetiva	,771**	,103	,368		
Paso 3				,147	,001
(Constante)	6,988**	1,165			
Sexo	-,209	,192	-,055		
Edad	-,014	,013	-,054		
Salud subjetiva	,770**	,104	,367		
Generación del humor	,000	,013	,003		
Humor como afrontamiento	,010	,020	,039		
Actitud humor situaciones sociales	,007	,029	,013		
Reconocer/Apreciar humor	,001	,048	,001		
Paso 4				,235	0,087**
(Constante)	8,775**	1,145			
Sexo	-,207	,184	-,054		
Edad	-,027*	,013	-,101		
Salud subjetiva	,605**	,103	,289		
Generación del humor	,004	,012	,026		
Humor como afrontamiento	,019	,019	,072		
Actitud humor situaciones sociales	,034	,028	,063		
Apreciar/Reconocer humor	,024	,046	,025		
Culpa	-,025	,023	-,068		
Vergüenza	-,070**	,017	-,264		

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

9.1. Diferencias entre grupos

PRUEBAS T

Diferentes pruebas t de Student fueron realizadas para ver si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables objetivo por Sexo, Creencias religiosas y Convivencia.

En la Tabla 9.19 se presentan los resultados de la prueba t de Student por Sexo en las variables objetivos y se puede observar que parecen existir diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la Generación de humor ($t=3,598$, $gl= 376$) y el Humor como afrontamiento ($t=2,866$, $gl= 376$) en la que los hombres parecen tener mayor puntuación en ambas variables.

Tabla 9.19. Pruebas t entre sexos.

	Sexo	Media	Desviación típica	Error típico de la medida	gl	t	η^2
Depresión geriátrica	Hombre	3,05	3,01	,31	376	-,633	.001
	Mujer	3,30	3,31	,19			
Baja Ansiedad	Hombre	3,76	1,76	,18	376	1,147	.003
	Mujer	3,52	1,73	,10			
Actitud positiva envejecimiento	Hombre	2,38	1,66	,17	376	-,149	.000
	Mujer	2,40	1,58	,09			
Satisfacción	Hombre	4,54	1,59	,16	376	1,433	.005
	Mujer	4,26	1,59	,09			
Generación del humor	Hombre	27,62	9,20	,95	376	3,598**	.033
	Mujer	23,63	9,24	,54			
Humor como afrontamiento	Hombre	26,87	5,94	,61	376	2,866**	.021
	Mujer	24,77	6,14	,36			
Actitud humor situaciones sociales	Hombre	16,24	3,05	,31	376	1,083	.003
	Mujer	15,85	2,93	,17			
Reconocer/Apreciar humor	Hombre	7,70	1,61	,16	376	,533	.001
	Mujer	7,59	1,78	,10			
Culpa	Hombre	9,31	4,68	,48	376	-1,536	.006
	Mujer	10,13	4,39	,25			
Vergüenza	Hombre	11,28	5,61	,58	376	-,507	.001
	Mujer	11,64	6,15	,36			

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

En la Tabla 9.20 se puede observar que no se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa entre creyentes y no creyentes.

Tabla 9.20. Pruebas t por creencias religiosas.

	Es usted creyente/ religioso?	Media	Desviación típica	Error típico		
				de la medida	gl	t
Depresión geriátrica	No	3,51	3,92	,58	51,934	,497
	Sí	3,20	3,14	,17		
Ansiedad/Agitación	No	3,80	1,89	,28	375	,886
	Sí	3,55	1,72	,09		
Actitud envejecimiento	No	2,60	1,67	,24	375	,875
	Sí	2,37	1,59	,08		
Insatisfacción	No	4,17	1,61	,24	375	-,710
	Sí	4,35	1,60	,08		
Generación del humor	No	24,60	9,89	1,47	375	-,034
	Sí	24,65	9,30	,51		
Humor como afrontamiento	No	25,57	6,72	1,00	375	,336
	Sí	25,24	6,09	,33		
Actitud humor situaciones sociales	No	16,34	3,06	,45	375	,987
	Sí	15,88	2,94	,16		
Apreciar/Reconocer humor	No	7,57	1,76	,26	375	-,157
	Sí	7,62	1,73	,09		
Culpa	No	9,55	4,12	,61	375	-,620
	Sí	9,99	4,52	,24		
Vergüenza	No	10,81	5,69	,84	375	-,899
	Sí	11,67	6,07	,33		

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

Por último, en la Tabla 9.21 se pueden observar los resultados de las pruebas t de Student realizadas entre los sujetos que viven solos y los que no. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($t=2,236$, $gl= 376$) y Satisfacción ($t=2,876$, $gl= 376$). Aquellos sujetos que viven acompañados parecen presentar una mayor puntuación que los que viven solos.

Tabla 9.21. Pruebas t según si vive solo.

	Vive solo	Media	Desviación típica	Error típico de la medida	gl	t	η^2																																																																																																								
Depresión geriátrica	No	3,00	3,11	,21	376	-1,510	,006																																																																																																								
	Sí	3,51	3,37	,25				Baja Ansiedad	No	3,62	1,76	,12	376	,605	,001	Sí	3,52	1,72	,13	Actitud positiva propio envejecimiento	No	2,57	1,62	,11	376	2,236*	,013	Sí	2,20	1,56	,11	Satisfacción	No	4,55	1,49	,10	376	2,876*	,022	Sí	4,08	1,68	,12	Generación del humor	No	25,13	9,66	,67	376	1,185	,004	Sí	23,98	9,03	,68	Humor como afrontamiento	No	25,83	6,09	,42	376	1,903	,010	Sí	24,63	6,18	,46	Actitud humor situaciones sociales	No	16,00	2,94	,20	376	,382	,000	Sí	15,88	3,00	,22	Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007	Sí	7,46	1,81	,13	Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001
Baja Ansiedad	No	3,62	1,76	,12	376	,605	,001																																																																																																								
	Sí	3,52	1,72	,13				Actitud positiva propio envejecimiento	No	2,57	1,62	,11	376	2,236*	,013	Sí	2,20	1,56	,11	Satisfacción	No	4,55	1,49	,10	376	2,876*	,022	Sí	4,08	1,68	,12	Generación del humor	No	25,13	9,66	,67	376	1,185	,004	Sí	23,98	9,03	,68	Humor como afrontamiento	No	25,83	6,09	,42	376	1,903	,010	Sí	24,63	6,18	,46	Actitud humor situaciones sociales	No	16,00	2,94	,20	376	,382	,000	Sí	15,88	3,00	,22	Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007	Sí	7,46	1,81	,13	Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46								
Actitud positiva propio envejecimiento	No	2,57	1,62	,11	376	2,236*	,013																																																																																																								
	Sí	2,20	1,56	,11				Satisfacción	No	4,55	1,49	,10	376	2,876*	,022	Sí	4,08	1,68	,12	Generación del humor	No	25,13	9,66	,67	376	1,185	,004	Sí	23,98	9,03	,68	Humor como afrontamiento	No	25,83	6,09	,42	376	1,903	,010	Sí	24,63	6,18	,46	Actitud humor situaciones sociales	No	16,00	2,94	,20	376	,382	,000	Sí	15,88	3,00	,22	Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007	Sí	7,46	1,81	,13	Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46																				
Satisfacción	No	4,55	1,49	,10	376	2,876*	,022																																																																																																								
	Sí	4,08	1,68	,12				Generación del humor	No	25,13	9,66	,67	376	1,185	,004	Sí	23,98	9,03	,68	Humor como afrontamiento	No	25,83	6,09	,42	376	1,903	,010	Sí	24,63	6,18	,46	Actitud humor situaciones sociales	No	16,00	2,94	,20	376	,382	,000	Sí	15,88	3,00	,22	Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007	Sí	7,46	1,81	,13	Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46																																
Generación del humor	No	25,13	9,66	,67	376	1,185	,004																																																																																																								
	Sí	23,98	9,03	,68				Humor como afrontamiento	No	25,83	6,09	,42	376	1,903	,010	Sí	24,63	6,18	,46	Actitud humor situaciones sociales	No	16,00	2,94	,20	376	,382	,000	Sí	15,88	3,00	,22	Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007	Sí	7,46	1,81	,13	Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46																																												
Humor como afrontamiento	No	25,83	6,09	,42	376	1,903	,010																																																																																																								
	Sí	24,63	6,18	,46				Actitud humor situaciones sociales	No	16,00	2,94	,20	376	,382	,000	Sí	15,88	3,00	,22	Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007	Sí	7,46	1,81	,13	Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46																																																								
Actitud humor situaciones sociales	No	16,00	2,94	,20	376	,382	,000																																																																																																								
	Sí	15,88	3,00	,22				Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007	Sí	7,46	1,81	,13	Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46																																																																				
Reconocer/Apreciar humor	No	7,75	1,67	,11	376	1,654	,007																																																																																																								
	Sí	7,46	1,81	,13				Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000	Sí	9,95	4,83	,36	Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46																																																																																
Culpa	No	9,91	4,15	,29	341,475	-,076	,000																																																																																																								
	Sí	9,95	4,83	,36				Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001	Sí	11,32	6,15	,46																																																																																												
Vergüenza	No	11,75	5,91	,41	376	,687	,001																																																																																																								
	Sí	11,32	6,15	,46																																																																																																											

* $p < ,05$, ** $p < ,001$

10. DISCUSIÓN

A continuación se presenta la discusión a partir de los resultados de este trabajo de investigación haciendo referencia a los objetivos específicos e hipótesis planteadas.

A partir de los determinantes propuestos por la OMS (2002, 2011, 2012) sobre los factores que influyen en el envejecimiento activo, Diener et al. (2015), Read et al. (2015) y Steptoe et al. (2015) señalan que es esencial que en los estudios con personas mayores se tengan en cuenta las variables sociodemográficas que incluyen el nivel socioeconómico, nivel de estudios, vivir acompañado, estar casado y tener (haber tenido) una actividad laboral. Del mismo modo destacan la importancia de tener relaciones sociales positivas y valorar positivamente la propia salud, dado que pueden ser algunos de los factores predictores más consistentes a la hora de valorar el bienestar en esta población.

Desde el concepto de bienestar subjetivo, el cual se define como el análisis y la evaluación que una persona hace de su propia vida, tanto en términos emocionales como en términos cognitivos, los estudios indican que existe una relación entre el bienestar subjetivo, las variables sociodemográficas, la salud subjetiva y la depresión geriátrica (Argyle, 1997; Carmel, 2015; Conradsson et al., 2013; Diener et al., 2015; Fuller-Iglesias, 2015; Jivraj et al., 2014; Knesebeck et al., 2006; Luhmann et al., 2012; Montorio e Izal, 1997; Peterson y Seligman, 2005; Prieto-Flores et al., 2008; Ramsey y Gentzler, 2014;

Read et al., 2015; Rouch et al., 2014; St. John et al., 2015; Seligman, 2003; Shankar et al., 2015; Steptoe et al., 2015; Vázquez y Hervás, 2014; Von Humoldt et al., 2014; Zilokowski et al., 2015). Por lo tanto, a partir de la premisa de que los factores del instrumento utilizado para medir el bienestar subjetivo (PGCMS de Lawton, 1975) están invertidos en este estudio y se han descrito como: Baja ansiedad, Actitud positiva hacia el propio envejecimiento y Satisfacción, se podría pensar que los resultados encontrados en este estudio respecto a la correlación negativa significativa entre la depresión geriátrica y las variables Baja ansiedad ($r = -.559$), Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r = -.573$), Satisfacción ($r = -.724$), y la correlación positiva entre depresión geriátrica y Culpa ($r = -.281$) y Vergüenza ($r = -.411$) indican que las personas que no presentan sintomatología depresiva tienden a tener un bajo nivel de ansiedad, una actitud hacia el envejecimiento más positiva y menos sentimientos de culpa y vergüenza, es decir, una mayor satisfacción con su vida; datos coherentes con los descritos por la literatura general.

En cuanto a los resultados sociodemográficos encontrados en el presente estudio se puede observar que la mayoría de los sujetos (66.6%) tienen unos ingresos mayores de 1000€, viven acompañados (54.2%), están casados (41.8), han completado un nivel de estudios universitario de nivel de grado medio y superior (39.2), han ejercido una profesión (71%). Según los estudios previamente mencionados, se podría pensar que es posible que existe una relación entre las características sociodemográficas encontradas de este estudio, considerablemente favorables, y que la mayoría de los sujetos de la muestra (71.2%) no presente sintomatología depresiva. Además, se podría concluir que existe una coherencia con los datos de las Naciones Unidas (2012, 2013) respecto a que la mayoría de las personas mayores suelen acompañados de sus parejas o solos. Como se puede

observar en este estudio el 54.2% de los sujetos vive acompañado, y de éstos el 61.1% viven en pareja, mientras que el 45.8% declaró que vive solo.

Respecto al concepto salud subjetiva, siguiendo la misma línea del estudio de DeSalvo (2005), en el presente estudio se ha utilizado un solo ítem para valorar la salud subjetiva: “Considera que su estado de salud para su edad es”, para que el sujeto indicara una de las posibles respuestas entre “muy buena”, “buena”, “regular”, “mala” y “muy mala”. Según los estudios de la OCDE (2013) y el CSIC (2013) entre el 35-40% de las personas mayores de 65 años declaran tener una buena salud. Sin embargo, en el presente estudio se ha encontrado que el 78.1% de los sujetos declararon tener una buena y muy buena salud, una cifra bastante superior a la propuesta por la OCDE (2013) y CSIC (2013). Esta diferencia se puede deber a la posible influencia de las características sociodemográficas favorables previamente mencionadas. A partir de esta noción, por ejemplo, Knesebek et al., 2006 y Wang et al., (2005) apuntan que existe una relación entre las características socioeconómicas y la salud subjetiva. Según el estudio de Wang et al., los ingresos económicos bajos son un factor asociado a una valoración baja de la salud subjetiva. Esto puede considerarse en línea a los resultados de este estudio al encontrar que el 78.1 declararon tener una buena o muy buena salud y que el 66.6% de los participantes tienen unos ingresos mensuales de un mínimo de 1000€, de los cuales el 44% tienen unos ingresos superior a 1500€, un nivel económico que según el CSIC (2013) y el informe sobre el perfil de las personas mayores en España elaborado por Abellán-García y Puijol-Rodríguez (2013), se encuentra por encima de la media de la población general. De acuerdo con el CSIC (2013), el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales informó que el importe medio de pensiones por jubilación en España es de 972.2€ al mes.

En cuanto a la valoración de la salud subjetiva y las diferencias entre hombres y mujeres, los resultados de este estudio señalan que el 84.5% de los hombres y el 86.1% de las mujeres valoraron su propia salud como buena o muy buena. A diferencia de los estudios del CSIC (2013) y Pinquart (2001), quienes apuntan que los hombres suelen valorar más positivamente su salud que las mujeres, en este estudio, a pesar de no existir diferencias estadísticamente significativas, se ha encontrado lo opuesto. De acuerdo con Wang et al. (2005), en el caso de los hombres la valoración de la salud subjetiva está influida por la disminución de los ingresos económicos mientras que en las mujeres influye especialmente el aislamiento y la falta de apoyo social. Como señala Volkert et al. (2013), algunos de los retos más habituales a los que se enfrentan los mayores es a la exclusión y al aislamiento social, así como a los problemas de salud y una alta predisposición a sufrir depresión. Por lo tanto, uno podría considerar que la mayoría de las mujeres de este estudio no se encuentran excluidas o aisladas.

En cuanto a la depresión geriátrica existe un acuerdo general en el campo de la investigación científica que los datos, aunque heterogéneos, indican que la prevalencia de sintomatología depresiva en personas mayores de 65 años varía entre el 2% y el 28%. Como se puede observar, en el presente estudio existe un bajo nivel de sintomatología depresiva establecida (4.8%). Este resultado puede estar asociado a que los participantes de este estudio son asistentes regulares de centros de día donde realizan actividades que favorecen la salud y las relaciones personales. Además, también habría que tener en cuenta que en este estudio el 54.2% de los mayores viven acompañados y el 66.6% tiene unos ingresos mayores de 1000€, así como tienen hijos (70.9%) y nietos (55.3%), pudiendo concluir que existe la posibilidad de que tanto el estilo de vida y los factores sociodemográficos influyan no sólo en el bienestar de los participantes, sino que pueden favorecer la prevención de sintomatología depresiva. Sin embargo, cabe destacar que a la

hora de explorar la sintomatología depresiva quizá es conveniente tener en cuenta los estudios de Kronfly et al. (2015), Urbina et al. (2007) y Volkert et al. (2013), quienes señalan que a veces puede resultar difícil detectar sintomatología depresiva en las personas mayores, porque puede existir un enmascaramiento de síntomas o se puede confundir con determinados cambios vitales como duelos, pérdidas de capacidades físicas y cognitivas.

En el presente estudio se ha encontrado que existe una relación significativa entre depresión geriátrica y sexo, indicando que las mujeres tienden a presentar más sintomatología depresiva que los hombres, resultados afines a los estudios de Escobar et al. (2013), Gournellis et al. (2014), Piccineli y Wolkinson (2000), Steel et al. (2014) y Volkert et al. (2013). Por otro lado, en concordancia con el trabajo de Von Heideken et al. (2005), en este estudio los resultados indican que las personas que viven solas puntúan más alto en sintomatología depresiva que las personas que viven acompañadas. Asimismo, se ha encontrado que las personas que viven acompañadas presentan una mayor puntuación en el factor Baja ansiedad, sin embargo, cabe destacar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

De acuerdo con la literatura general, las emociones autoconscientes culpa y vergüenza pueden ser desadaptativas y tener consecuencias negativas en el bienestar y la estabilidad emocional de las personas; existe una correlación positiva entre culpa, vergüenza y sintomatología depresiva y una correlación negativa con bienestar subjetivo (Carni et al., 2013; Conroy et al., 2015; Else-Quest et al., 2012; Kim et al., 2011; Turner-Cob et al., 2015; Volkert et al., 2013). De acuerdo con los resultados del presente estudio, tanto la culpa como la vergüenza tienen una relación significativa negativa con los diferentes factores que evalúan el bienestar subjetivo (Baja ansiedad, Actitud positiva hacia el propio envejecimiento y Satisfacción), resultados coherentes con los presentados

en la literatura general. Sin embargo, no se ha encontrado ninguna relación significativa entre culpa y vergüenza y la mayoría de los factores del sentido del humor, excepto Actitud hacia el humor en situaciones sociales. Es posible que se haya encontrado una correlación significativa entre estas dos variables dado el componente de exposición social que tiene la utilización del humor en un entorno con varias personas puede influir en el sentimiento de vergüenza en casos en los que surja sentimientos asociados a hacer el ridículo públicamente.

Por otro lado, cabe destacar que a pesar de que en el presente estudio se ha encontrado que la culpa y la vergüenza tienen una relación significativa con depresión geriátrica, la vergüenza presenta una mayor relación que la culpa. Estos resultados son coherentes con el estudio de Kim et al. (2011), que sostienen que a pesar de que existen evidencias de que las emociones autoconscientes culpa y vergüenza tienen un papel muy significativo en los trastornos depresivos, destacan que la vergüenza parece tener una relación significativa mayor que la culpa. Sin embargo, cabe destacar que los estudios (Else-Quest et al., 2012; Etxebarria, 2003; Kim et al., 2011, Tangney y Dearing, 2002; y Tangney et al., 2007) también apuntan que estudiar las emociones autoconscientes no es una labor fácil porque, por un lado, la culpa y la vergüenza tienen algunas características en común al ser emociones sociales y morales asociadas a contextos interpersonales y puede ser difícil detectarlas, y por otro, a menudo resulta difícil distinguir la culpa y la vergüenza conceptualmente a la hora de aplicar los instrumentos.

A partir de la definición del sentido del humor como la capacidad para percibir, apreciar, generar e interpretar determinadas situaciones desde una perspectiva humorística, así como la capacidad de disfrutar de lo cómico y divertido (Billing, 2002; Carbelo, 2006; Carretero et al., 2006; Berrios-Martos et al., 2010; Martin, 2000, 2011;

Ruch et al., 2010; Seligman, 2003; Perlmutter, 2000; Roewecklein, 2000; Thorson y Powell, 1991, 1993a, 1993b; Thorson et al., 1997), en el presente estudio sólo se ha encontrado una correlación positiva entre el Humor como estrategia de Afrontamiento y Baja Ansiedad ($r=.129$) y Actitud positiva hacia el propio envejecimiento ($r=.151$). Este resultado puede considerarse coherente con los estudios de Kuiper y Borowics-Sibenik (2005), al señalar que a pesar de que existe una noción generalizada en la literatura de que el sentido del humor favorece el bienestar y puede tener una función reguladora en las emociones, existen estudios como el de Kuiper y Martin (1998) que no han encontrado una relación significativa entre el sentido del humor y el bienestar, así como no han encontrado una relación significativa negativa entre el sentido del humor y depresión. Concluyendo, que no siempre se puede asociar el sentido del humor con un mayor nivel de optimismo, autoaceptación o bienestar. De acuerdo con el estudio de Kuiper y Borowics-Sibenik (2005), es posible que la razón por la que no se encuentre una relación significativa entre el bienestar y el sentido del humor sea porque determinados rasgos de la personalidad asociados a la sociabilidad, la asertividad, la autodeterminación y la actitud cooperadora o individualista pueden influir en la valoración del bienestar subjetivo. De acuerdo con sus estudios, las personas sociables, asertivas, cooperadoras e independientes suelen puntuar más alto en bienestar subjetivo que aquellas que son dependientes, poco sociables, asertivas y cooperadoras ya que tienden a ser más flexibles, adaptativos y resilientes ante situaciones vitales estresantes. Y como resultado, a pesar de que el sentido del humor favorece el bienestar, Kuiper y Borowics-Sibenik apuntan que es posible que no tenga un papel significativo y determinante en su bienestar, al ser personas que ya poseen diversos recursos personales que favorecen su estado de bienestar. Los resultados de su estudio les llevó a concluir que sólo se encontró una relación significativa entre el sentido del humor y el bienestar subjetivo en aquellas

personas que puntuaron alto en rasgos de personalidad asociados a dependencia, baja asertividad, baja sociabilidad y baja actitud cooperadora.

Por otro lado, en el presente estudio no se ha encontrado una correlación estadísticamente significativa entre el sentido del humor y la edad, datos en coherencia con los estudios de Leist y Müller (2012) y Falkenberg (2011). Sin embargo, en los estudios de Proyer et al., (2012), Svebak (2010) y Carbelo (2006) sí se encontraron diferencias significativas en las que apuntan que el sentido del humor aumenta con la edad, probablemente debido a la inclusión en la muestra de un rango amplio de edades. Estas diferencias significativas son coherentes con la revisión de Greengross (2013), donde apunta que en la literatura se pueden encontrar resultados heterogéneos en los que algunos si encuentran relaciones significativas mientras que otros no.

En cuanto a las diferencias entre el sentido del humor y el sexo, los resultados de este estudio encontraron que sí existe una diferencia significativa entre los factores Generación del humor, el Humor como estrategia de afrontamiento y Reconocer/Apreciar, donde los hombres presentan una mayor puntuación que a las mujeres. Estos resultados son coherentes con los estudios de Bokarius et al. (2011), Ruch et al. (2010) y Svebak et al. (2004) quienes también encontraron una diferencia significativa en el mismo sentido. Sin embargo, en el estudio de Jose et al. (2007) y Mora-Ripoli y Ubal-López (2011) no se encontraron diferencias significativas entre los sexos. Como señala el estudio de Mora-Ripolí y Ubal-López (2011) a pesar de que las mujeres se ríen más que los hombres, es posible que el humor se utilice de forma diferente dependiendo del sexo. Sugieren que los hombres utilizan más el humor cuando hablan sobre temas asociados a la salud, mientras que las mujeres utilizan más el humor para afrontar situaciones estresantes.

Respecto al humor como estrategia de afrontamiento, en el presente estudio se ha encontrado una relación significativa con Generación del humor, Actitud hacia el humor en situaciones sociales, Reconocer/Apreciar el humor, Baja Ansiedad, Actitud positiva frente al propio envejecimiento y Depresión geriátrica. Estos resultados son coherentes con el estudio de Lunenfeld (2008), quien encontró que el sentido del humor como estrategia de afrontamiento juega un papel importante en la salud, la depresión y la ansiedad. Asimismo, en el estudio de Falkenberg et al. (2011) se encontró que existe una correlación significativa entre la depresión y la reacción a estilos humorísticos. Según explica, las personas con depresión tienden a reaccionar menos (reírse menos) ante los estímulos humorísticos y encontró que éstas tienden a utilizar más el humor como estrategia de afrontamiento que las personas que no padecen depresión. De igual modo el estudio de Boyle y Joss-Reid (2004) encontró que el humor como estrategia de afrontamiento tiene un papel importante en situaciones vitales difíciles. Sin embargo, cabe destacar que en su estudio no se encontró relación significativa entre el sentido del humor y la salud, aunque sí señaló que sus resultados indicaron que las personas con alguna enfermedad tienden a utilizar el humor de forma diferente que aquellas que no lo padecen. Por otro lado, a pesar de que en este estudio se encontró una relación significativa entre depresión y sentido del humor, los estudios de Bokarius et al. (2011) no encontraron una correlación significativa. Sin embargo, si destacaron que encontraron una relación entre la predisposición hacia el humor y la depresión en personas de 70 o más años indicando que a medida que las personas aumentan de edad, aumenta la predisposición al humor. Sin embargo, en los estudios de Ruch et al. (2010) al comparar el sentido del humor con la edad encontraron que a partir de los 60 años el sentido del humor disminuye. No obstante, sus resultados indicaron que el sentido del humor se puede considerar un predictor de satisfacción con la vida y apuntaron que a pesar de que

esta relación no demuestra causalidad, los resultados del estudio indicaron que existe una relación entre estas variables.

De acuerdo con Thorson y Powell (1988) el humor tiene un papel importante durante el envejecimiento ya que al acercarse al momento de la muerte el sentido del humor puede tener una función como modulador e influir positivamente en su bienestar. De igual modo, Greengross (2013), Harm et al. (2013), Marziali et al. (2008) y Ruch et al. (2010), señalan que es posible que el humor no sólo sea un medio por el cual las personas afrontan las adversidades, sino también puede favorecer el bienestar al moderar o incluso al ayudar a regular emociones negativas como el estrés. Es decir, en base a los resultados de este estudio, se podría considerar como una posibilidad que las personas que aprecian el humor tienden a reconocerlo con más facilidad, o incluso puede generarlo proactivamente con el fin de utilizarlo como estrategia de afrontamiento para disminuir sentimientos negativos como la ansiedad y vergüenza.

No obstante, como señala Harm et al. (2013), es difícil encontrar investigaciones que estudien la relación entre el humor y emociones específicas como la ira, la tristeza y la culpa. En el caso de la presente investigación se ha encontrado que existe una relación significativa entre el sentido del humor y la vergüenza, pero no se ha encontrado ninguna relación con la culpa o satisfacción. Como apuntan Martin y Puhlik-Doris (2003), es posible que no se encuentre una relación estadísticamente significativa entre el humor y la culpa al no estar estudiando el humor destructivo, autodespreciativo o con características hostiles; el humor negativo. Según explican, el MSHS mide diferentes dimensiones del humor asociadas a la generación del humor, el humor como estrategia de afrontamiento, la capacidad para reconocer y apreciar el humor y la actitud frente al humor en situaciones sociales, sin embargo, no se evalúa el humor que pueda estar asociado al

sentimiento de culpa. De acuerdo con Martín (2003) un instrumento que podría aplicarse para medir la relación entre la culpa y el humor es el Cuestionario de Estilos de Humor (*Humor Styles Questionnaire*) de Martín, (2003), ya que este último mide el humor agresivo y autodenigrante, además del humor social y autoafirmativo.

Finalmente a vista general, los resultados sugieren que el PCGMS, el MSHS, el PFQ-2 y el GDS poseen buenas propiedades psicométricas. Es decir, que los instrumentos utilizados para este estudio de investigación presentan valores aceptables para medir la el bienestar subjetivo, el sentido del humor, el sentimiento de culpa y la sintomatología depresiva. De igual modo como se puede observar en los resultados de este estudio se ha construido un modelo de regresión jerárquica que permite predecir los valores en la variable ansiedad/agitación. La proporción de la varianza explicada ($R^2=.209$) indica que las variables Salud Subjetiva, Humor como Afrontamiento, Culpa y Vergüenza son variables predictivas. De igual modo se realizó un modelo de regresión jerárquica que permite predecir los valores en la variable Actitud hacia el Envejecimiento. La proporción de la varianza explicada ($R^2=.263$) indica que las variables Edad, Salud Subjetiva, Humor como Afrontamiento y Vergüenza son variables predictivas significativas. Finalmente se llevó a cabo un modelo de regresión jerárquica que permite predecir los valores den la variable Insatisfacción. La proporción de la varianza explicada ($R^2 =.235$) indica que las variables Edad, Salud Subjetiva y Vergüenza son variables predictivas significativas.

11. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones, las debilidades y fortalezas del estudio y las propuestas para futuras investigaciones a partir de los resultados obtenidos.

A raíz del aumento de la expectativa de vida y del aumento de la demanda de los servicios sociales y médicos ha surgido un gran interés a nivel mundial por el estado físico, mental y emocional de las personas mayores al tener un gran impacto en los sistemas socioeconómicos, políticos y de salud. Con estos cambios sociodemográficos han surgido nuevas necesidades a nivel individual y comunitario, que requieren un mayor entendimiento sobre el proceso del envejecimiento y los factores positivos y negativos que pueden influir en ello (CISC, 2013; Fernández-Ballesteros et al. 2009; Fernández-Mayoralas et al. 2015; OMS, 2013; Prieto-Flores et al. 2005, Steptoe et al. 2015; Zamarrón, 2006; Veehoven, 2008).

El envejecimiento de la población es un gran triunfo en el desarrollo de la humanidad, pero también es un gran desafío, al exigir cambios y ajustes económicos y sociales (OMS, 2011, 2015). De igual modo, genera muchas dudas y preguntas a nivel político, económico y social. Algunas incluyen: ¿qué significa para las personas envejecer en el mundo actual? ¿Cuáles son sus necesidades básicas? ¿Qué necesitan para tener una buena calidad de vida? ¿Con qué recursos pueden contar? ¿Cómo afecta a su bienestar y calidad de vida? ¿Cómo se puede ayudar a las personas mayores a mantener su autonomía e independencia? ¿Qué iniciativas políticas y económicas hay que implementar para proteger y ayudar a las personas mayores?

Los programas de prevención y las políticas enfocadas en el envejecimiento activo brindan la posibilidad de afrontar muchos de los problemas a los que se enfrentan las personas mayores. Al apoyar e invertir tiempo, energía y dinero en programas de envejecimiento activo habrá, por un lado, menos discapacidades relacionadas con ENT y muertes prematuras, y por otro, habrá una mayor contribución social y económica en los diferentes sistemas sociales, económicos y políticos; menos gastos médicos y una mayor calidad de vida positiva.

En cuanto a este estudio uno puede concluir que los factores sociodemográficos y económicos pueden tener un papel muy importante en el bienestar subjetivo de las personas mayores. Tener seguridad económica, vivir acompañado, recibir una formación académica son algunos de los factores sociodemográficos más influyentes en el bienestar subjetivo. De igual modo, valorar positivamente la propia salud y tener una actitud positiva hacia el propio envejecimiento puede favorecer el bienestar y la satisfacción. En cuanto a la diferencia entre hombres y mujeres, se puede concluir que cuando los factores sociodemográficos son favorables no existen diferencias significativas entre los sexos en el ámbito del bienestar.

A partir de los resultados del presente estudio también se puede concluir que las personas que tienen una actitud positiva hacia su propio envejecimiento tienden a presentar bajos niveles de ansiedad y sintomatología depresiva. En cambio, las personas que presentan sintomatología depresiva tienden a padecer altos niveles de ansiedad e insatisfacción, así como presentan mayores niveles de culpa y vergüenza que aquellos que no presentan sintomatología depresiva. Asimismo, se puede concluir que a pesar de que la vergüenza y la culpa tienen una relación significativa con la depresión, la vergüenza tiene una relación más significativa que la culpa. De igual modo se puede

concluir que las mujeres tienden a presentar mayores niveles de sintomatología depresiva que los hombres, así como mayores niveles de culpa y vergüenza.

Respecto al constructo sentido del humor, a pesar de que en los estudios no siempre se encuentra una correlación significativa entre el bienestar subjetivo y el sentido del humor, a partir de los resultados del presente estudio se puede concluir que el humor puede tener un papel regulador en las emociones. En el caso del presente estudio se ha encontrado que independientemente de la edad, las personas que utilizan el humor como estrategia de afrontamiento y tienen una actitud positiva frente a su propio envejecimiento presentan niveles de ansiedad más bajos así como menos sintomatología depresiva. De igual modo se puede concluir que las personas que utilizan el humor como estrategia de afrontamiento tienen a generar humor con más frecuencia. Además, a partir de presente estudio los hombres tienden a utilizar el humor como estrategia de afrontamiento más que las mujeres. Finalmente, en base a la relación significativa que existe entre el sentido del humor y la vergüenza y ninguna con la culpa, se podría concluir que el humor puede ayudar a regular emociones asociadas a la vergüenza pero no con la culpa.

En cuanto a las posibles limitaciones del presente estudio, una podría ser que al aplicar el SPQMS de forma diferente a su uso habitual, de forma colectiva y por escrito en vez de tipo entrevista, para detectar posible deterioro cognitivo, que alguna persona sin deterioro cognitivo se excluyera de la muestra o al revés. Por otro lado, otra limitación del estudio podría ser que fuera posible que la muestra, a pesar de ser homogénea, no represente a la población general de personas mayores al ser personas que en su mayoría son personas funcionales y autónomas, que se valen por sí mismos. Además, se pueden considerar que son personas que se encuentran por encima de la media a nivel socioeconómico y académico. Por lo tanto, se podría concluir que puede existir un sesgo

positivo al no incluir en la muestra a personas mayores que no acuden a centros de día, que están aisladas o no cuentan con un lugar donde tienen la oportunidad de relacionarse con otras personas, o que padecen de alguna enfermedad que les limite la movilidad y que lleven una vida activa. Al evaluar a personas que asisten a centros de mayores se puede pensar que estas personas son más activas socialmente y físicamente y presentan un nivel de bienestar subjetivo y una actitud positiva hacia su propio envejecimiento mayor. Es decir, los participantes pueden presentar características que se consideran afín a los determinantes del Envejecimiento Activo presentados por la OMS (2002, 2011, 2012), que a pesar de que a éstos no se les puede atribuir una causalidad directa, si pueden considerarse predictores de la salud y el bienestar. En cuanto a una posible fortaleza del estudio reside en que se ha podido obtener información sociodemográficas y sobre el estado de bienestar de las personas mayores de de una muestra aceptable.

En cuanto a futuras líneas de investigación, dado que la mayoría de los trabajos empíricos se han centrado en estudiar el humor desde una perspectiva positiva, quizás para futuras líneas de investigación se podría considerar explorar, por un lado, las funciones negativas del humor, así como profundizar en la relación que existe entre el sentido del humor y los rasgos de personalidad apoyándose en el estudio de Kuiper y Borowicz-Sibenik (2005). De igual modo quizá podría ser interesante estudiar la relación entre el sentido del humor negativo y el sentimiento de culpa utilizando el cuestionario Estilos de Humor y el MSHS simultáneamente para comparar posibles diferencias y relaciones. Asimismo,

se podría considerar como posible estudio en el futuro seguir desarrollando esta escala y su validez y relacionar la variable humor con otras variables que afectan positiva o negativamente el sentido del humor.

Por otra parte, cabe destacar que en la literatura científica es frecuente encontrar estudios en los que existe una mayor prevalencia de síntomas depresivos en las mujeres que en los hombres; hay un consenso general y a nivel mundial de que las mujeres son más vulnerables a la depresión que los hombres (Escobar, Botigué, Jürschik, Nuin y Blanco, 2013; Gournellis, Oulis y Howard, 2014; OMS, 2013; Piccinelli, Wilkinson, 2000; Steel et al., 2014; Volkert et al., 2013). Existen diferentes teorías sobre los posibles factores que influyen en esta diferencia entre los sexos, que incluyen factores sociales, económicos, biológicos o la condición social. Incluso algunos investigadores sostienen la hipótesis de que es posible que estas diferencias entre los hombres y las mujeres puedan estar sesgadas al considerar que las mujeres generalmente tienen una mayor disposición a reconocer y expresar mejor sus emociones que los hombres. Sin embargo, aún no queda claro las razones de estas diferencias y a menudo se hacen referencia a la validez de los instrumentos de medida. Quizá, podría considerarse como una línea de estudio futura estudiar estas diferencias en profundidad para poder tener un mejor entendimiento sobre por qué las mujeres tienen una mayor predisposición a sufrir de depresión. Finalmente, podría considerarse interesante explorar los factores que influyen en la relación entre el bienestar físico, mental y emocional de personas mayores centenarias dado que en la historia de la humanidad no hay precedentes.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adams, K.B., Leibbrandt, S. y Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and wellbeing in later life. *Ageing and Society*, 31, 683-712.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Arlington: American Psychiatric Publishing.

Andrews, F.M. y Withey, S.B. (1976). *Social indicators of well-being: America's perception of life quality*. Nueva York, En Vázquez, C. y Hervás (2014). *La Ciencia del Bienestar. Fundamentos de una Psicología Positiva*. Alianza Editorial. Madrid.

Argyle, M. (1993). Psicología y la calidad de vida. *Intervención Psicosocial*, 2 (6), 5-15.

Argyle, M. (1996). *The Social Psychology of Leisure*. London: Penguin.

Argyle, M. (1997). Is Happiness a Cause of Health? *Psychology and Health*, 12, 769-781.

Argyle, M. (2011). El efecto de las variables ambientales sobre la felicidad. (Traducido por Benôit Giroux). (publicado 28/02/2011) <http://www.fun-humanismo-ciencia.es/felicidad/sociedad/sociedad28.htm>

Aristóteles (2008 [350 a.c.]). *Ética a Nicómaco*. Alianza Editorial. Madrid. (p. 50-62).

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.

Atkinson, B., Lipton, D., Baughman, H., Schermer, J., Harris, J. y Vernon, P. (2015). How do emotional restrictions affect the use of humor? A behavior genetic analysis of alexithymia and humor styles. *Twin Research and Human Genetics*, Vol. 18, nº2, 138-141.

Averill, P., Diefenbach, G., Stanley, M., Breckenridge, J. y Lusby, B. (2002). Assessment of shame and guilt in a psychiatric sample: A comparison of two measures. *Personality and Individual Differences*, 32 (8), 1365-1376.

Baltes, P. y Baltes, M. (1990). *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Press Syndicate of the University of Cambridge. The European Science Foundation.

Barret, L.F. y Bliss-Moreau, E. (2009). She's emotional. He's having a bad day: attributional explanations for emotion stereotypes. *Emotion*, 9(5), 649-658.

Baumeister, R.F., Reis, H.T. y Delespaul, P. (1995). Subjective and experiential correlates of guilt in daily life. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21 (12), 1256-1268.

Berrios-Martos, GE, Bulbena A, Bakshi N, Denning TR, Jenaway A, Markar H. et al. (1992). Feelings of guilt in major depression— conceptual and psychometric aspects. *British Journal of Psychiatry*; 160, 781–787.

Berrios-Martos, M.P. Pulido-Martos, M., Augusto-Landa, J.M., López-Zafra, E. (2012). La inteligencia emocional y el sentido del humor como variables predictoras del bienestar subjetivo. *Behavioral Psychology*, Vol.20, nº 1, 211-227.

Billing, M. (2002). Freud and the language of humour. *The Psychologist*, 15, 452-455.

Bokarius, A., Ha, K., Poland, R., Bokarius, V., Rapaport, M. y Ishak, W. (2011). Attitud toward humor in patients experiencing depressive symptoms. *Innovative Clinical Neuroscience*, 8(9), 20-23.

Boyle, G. y Joss-Reid, J.M. (2004). Relationship of humor to health: A psychometric investigation. *British Journal of Health Psychology*, 9, 51-66.

Bradburn, N. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. Chicago: Aldine.

Brink, T.L, Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. y Rose, T.L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.

Breggin, P. (2015). The biological evolution of guilt, shame and anxiety: A new theory of negative legacy emotions. *Medical Hypotheses*, 85(1), 17-24.

Brummett, B.H., Helms, M.J. Dahlstrom, W.G. y Siegler, I.C. (2006). Prediction of all-cause mortality by the Minnesota Multiphasic Personality Inventory Optimism-Pessimism Scale scores: Study of a college sample during a 40-year follow-up period. *Mayo Clinic Proceedings*, 81, 1541-1544.

Bryan, C., Sannerud, Morrow y Etienne (2013). Guilt, shame and suicidal ideation in a military outpatient clinical sample. *Journal of Depression and Anxiety*, vol. 30, nº 1, 55-60.

Bybee, J., Williams, C. Unpublished manuscript. 1995. Why is guilt adaptive? Relationships to prosocial academic and social strivings, and mental health. (Documento no publicado) En Tilghman-Osborne, C., Cole, D. y Felton, J. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 536-546.

Cabañero-Martínez, M.J., Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M. Muñoz-Mendoza, C.L. y Reig-Ferrer, A. (2007). Revisión estructurada de las escalas de depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and health Psychology*, Vol. 7, nº3, 823-846.

Cacciatore, J. (2008). Problematic emotions and maternal grief. *Omega*, 56(4), 331-348.

Callaghan, D. (2005). Healthy behaviors, self-efficacy, self-care and basic conditioning factors in older adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22(3), 169-178.

Cann, A., Stilwell, K. y Taku, K. (2010). Humor styles, positive personality and health, *Europe's Journal of Psychology*, Vol 11, nº, 3, 213-235.

Caprara GV, Manzi J, Perugini M. Investigating guilt in relation to emotionality and aggression. *Personality and Individual Differences*. 1992; 13:519–532. En Tilghman-Osborne, C., Cole, D. y Felton, J. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychol Rev.* 30(5), 536-546.

Carbelo, B. (2006). Estudio del sentido del humor. Validación de un instrumento para medir el sentido del humor, análisis del cuestionario y su relación con el estrés. Fundación Dialnet. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=1590> (Obtenido el 7 de marzo, 2011).

Carbelo, B. y Jaúregui, E. (2006). Emociones positivas: humor positivo. *Papeles del Psicólogo*, 27, 18-30.

Carbelo-Baquero, B., Alonso-Rodríguez, M. C., Valero-Garcés, C., & Thorson, J. A. (2006). A study of sense of humor in Spanish and American samples. *North American Journal of Psychology*, 8(3), 447-454.

Carmel, S. (2015). The will-to live scale: development, validation and significance for elderly people. *Aging and Mental Health*, 1, 1-8.

Carnì, S., Petrocchi, N., Del Miglio, C., Mancini, F. y Couyoumdjian, A. (2013). Intrapyschic and interpersonal Guilt: a critical review of the recent literature. *Cognitive Process*, 14, 333-346.

Carretero, H. (2005). Sentido del humor: Construcción de la Escala de Apreciación del Humor (EAHU). (Tesis Doctoral). Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Departamento de Psicología Social y Metodología de las ciencias del comportamiento.

Carretero, H., Pérez, C. y Buela, G. (2006). Dimensiones de la apreciación del humor. *Psicothema*. Vol 18, nº3, 465-470.

Castonguay, A., Pila, E. Wrosch, C. y Sabiston, C. (2015). Body-related self-conscious emotions relate to physical activity motivation and behavior in men. *American Journal of Men's Health*, Vol. 9(3), 209-221.

Celso, B.G. Ebener, D.J. y Burkhead, E.J. (2003). Humor coping, health status and life satisfaction among older adults residing in assisted living facilities. *Aging and Mental Health*, 7(6), 438-445.

Chapman, A. y Foot, H. (1996). *Humor and Laughter. Theory, Research and Applications*. Ed. Transaction Publishers. New Brunswick and London.

Charles, S.T. y Carstensen, L.L. (2009). Socioemotional selectivity theory. En Harm, J., Vieillard, S. y Didierjean, A. (2013). Using humour as an extrinsic source of emotion regulation in young and older adults. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 67(10), 1985-1909.

Cho, J., Martin, P., Poon, L. (2015). Successful Aging and Subjective Well-Being among oldest-old adults. *The Gerontologist*, 5 (1), 132-143.

Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., Vaupel, J. (2009). Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 374 (9696), 1196-1208.

Conradson, M., Rosendahl, E. Littbrand, H, Gustafson, Y., Olofsson, B. y Lövheim, H. (2013). Usefulness of the Geriatric Depression Scale 15-item version among very old people with and without cognitive impairment. *Aging and Mental Health*, Vol. 17(5), 638-645.

Conroy, D.E., Ram, N., Pincus, A. y Rebar, A. (2015). Bursts of self-conscious emotions in the daily lives of emerging adults. *Self Identity*, 14(3), 290-313.

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (2013). Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos. Informes envejecimiento en red, Julio 2013. <http://digital.csic.es/bitstream/10261/101816/1/enred-indicadoresbasicos13.pdf> (Obtenido el 8 de enero, 2014)

Cosco, T., Prina, M., Perales, J., Stephan, B. y Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 26:3, 373-381.

Cramm, J., VanDijk, H.M. y Nieboer, A. (2013). The importance of neighborhood social cohesion and social capital for the well-being of older adults in the community. *The Gerontologist*, 53 (1), 142-150.

Cutler, D. (2001). Declining disability among the elderly. *Health Affairs*, 10, 11-27.

Cutler, S. J. y Grams, A.E. (1988). Correlates of self-reported everyday memory problemas. *Journal of Gerontology*, 43, 82-90.

Czikszenmihalyi, M. (1997). *Fluir: Una Psicología de la Felicidad*. Barcelona: Kairós.

Dahlrup, B., Ekström, H., Nordell, E., Elmstahl, S. (2015). Coping as a caregiver: A question of strain and its consequences on life satisfaction and health related quality of life. *Arch. Gerontological Geriatrics*, 61(2), 261-70.

Danner, D.D., Sowdon, 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.

De Neve, K. y Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 124, 1997-229.

Deng, J., Hu, J., Wu, W., Dong, B. y Wu, H. (2010) Subjective well-being, social support and age-related functioning among the very old in China. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 25, N° 7, 697-703.

Depp, C., Vahia, I. y Jeste, D. (2010). Successful Aging: Focus on cognitive and emotional health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 527-50.

DeSalvo, K., Bloser, N., Reynolds, K., Jiang, H. y Muntner, P. (2005). Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-análisis. *Journal of General Internal Medicine*, 20: 267-275.

Dezutter, J., Soenens, B. y Hutsebaut, D. (2006). Religiosity and mental health: A further exploration of the relative importance of religious behaviors versus religious attitude. *Personality and Individual Differences*, 40(4), 807-818.

Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.

Diener, E. (2006). Guidelines for national indicators of subjective well-being and Ill-being. *Applied Research in Quality of Life*, 1, 151-157.

Diener, E. y Chan, M. (2011). Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 3(1), 1-43.

Diener, E. y Diener, M. (1995). Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653-663.

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 49, nº 1, 71-75

Diener, E. y Fujita, F. (1995). Resources, Personal Strivings, and Subjective Well-Being: A Nomothetic and Idiographic Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 926-935.

Dolan, P., Layard, R. y Metcalfe, R. (2011). *Measuring subjective well-being for public policy* (Special Paper N° 23). London: Center for Economic Performance, London School of Economics and Political Science.

Diener, E., Oishi, S. y Lucas, R. (2015). National accounts of subjective well-being. *American Psychologist*, vol. 70, nº 3, 234-242.

Diener, E., Ng, W., Harter, J. y Arora, R. (2010). Wealth and happiness across the world: Material prosperity predicts life evaluation, whereas psychological prosperity predicts positive feeling. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 99, Nº. 1, 52-61.

Diener, S., Sandvik, E., Seidlitz, L. y Diener, M. (1993). The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicator Research*, 28, 195-223.

Diener, E. y Suh, E. (1998). Age and Subjective Well-Being: An international análisis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., Smith, H.L. (1999). Subjective Well-Being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. Vol. 125, nº 2, 276-302.

Duncan, D. (1969). *Towards social reporting: Next steps*. Nueva York: Russell Sage Foundation.

Edwards, K.R. y Martin, R.A. (2010). Humor creation ability and mental health: are funny people more psychologically healthy? *European Journal of Psychology*, 3: 192-212.

Eibach, R.P., Mock, S.E., Courtney, E.A. (2010). Having a “senior moment”: Induced aging phenomenology, subjective age, and susceptibility to ageist stereotypes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 46, 643-649.

Else-Quest, N.M. (2006). The development of adaptive cognitions, guilt and shame in cancer patients. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 67(6), 3481. En Else-Quest et al. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, (13885), 947-981.

Else-Quest, N.M., Higgins, A., Allison, C., Morton, L.C. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(5), 947-1081.

Escobar, M.A., Botigué, T., Jürschik, P., Nuin, C. y Blanco, J. (2013). Sintomatología depresiva en ancianos. La influencia del género. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(2), 59-64.

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

Etxebarria, I. Isasi, X. y Pérez, J. (2002). The interpersonal nature of guilt-producing events: age and gender differences. *Psicothema*, Vol 14, nº4, 783-787.

Etxebarria, I. y Pérez, J. (2003). ¿Qué nos hace sentir culpa? Categorías de eventos en adolescentes y adultos de uno y otro sexo. *Estudios de Psicología* 24(2), 241-252.

Ezquiaga, E., García, A., Huerta, R. y Pico, A. (2011). Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Medicina Clínica (Barc)*, 137(13), 612-615.

Falkenberg, I., Jarmuzek, J., Bartels, M. y Wild, B. (2011). Do depressed patients lose their sense of humor? *Psychopathology*, 44, 98-105.

Faruck, O. (2009). Happiness Revisited: Ontological well-being as a theory-based construct of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 10, 505-522.

Fayard, J., Roberts, B. Robins, R. y Watson, D. (2012). Uncovering the affective core of conscientiousness: The role of self-conscious emotions. *Journal of Personality*, 80(1), 1-32.

Fergus, T., Valentiner, D., McGrath, P. y Jencius, S. (2010). Shame and Guilt proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, Vol 24, nº 8, 811-815.

Fernández-Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, D. y Caprara, M. (2009). *Calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento positivo. PsicoGerontología: Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Ed. Pirámide. Madrid

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*, 10(3), 245-266.

Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., López, M.D., Molina, M.A., Díez, J., Montero, P. et al. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, Vol. 22, nº 4, 641-647.

Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Martínez-Martín, P., Prieto-Flores, M.E., Rodríguez-Blázquez, C., Martín-García, S. et al. (2015). Active ageing and quality of life: factors associated with participation in leisure activities among institutionalized older

adults, with and without dementia. *Aging and Mental Health*. Publisher: Rutledge. Taylor and Francis: 1-12.

Flood, M. (2006). Exploring the relationship between creativity, depression and successful aging. *Activities, Adaptation and Aging*, 31(1), 55-71.

Foster, L. y Walker, A. (2014). Active and successful aging: A European policy perspective. *The Gerontologist*, Vol 00, N°00, 1-8. (Special Issue)

Freedman, A.M., Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1997). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Salvat

Fuentes, N. y Rojas, M. (2001). Economic theory and subjective well-being. Mexico. *Social Indicators Research*, 53(3), 289-314.

Fuller-Iglesias, H. (2015). Social ties and psychological well-being in late life: the mediating role of relationship satisfaction. *Aging and Mental Health*, 19 (12), 1103-1112.

Gallup-Healthways (23, Junio, 2015). State of global well-being. 2014 Country Well-being Ranking. Bajado el 4 de Julio, 2015. http://info.healthways.com/hubfs/Well-Being_Index/2014_Data/GallupHealthways_State_of_Global_WellBeing_2014_Country_Rankings.pdf?t=1435786053789

Gangemi y Mancini. (2011). *Guilt and Guilts. Re-Constructing Emotional Spaces: From Experience to Regulation*. Prague College of Psychosocial Studies Press.

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

García, M.A. y Gómez. (2003). Efectos de los talleres de ocio sobre el bienestar subjetivo y la soledad en las personas mayores. Fundación Infancia y Aprendizaje. *Revista del Psicología Social*, 18(1), 35-47.

García, B., Sarabia, C., Fusari, A., Villarino, A., Elgring, H. y Molina, J.A. (2010) Envejecimiento activo, capacidades cognitivas y bienestar personal. *Psicogeriatría*, 2(2), 113-123.

García Solano, F. (2001). Midiendo la prevalencia de la depresión. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36:127-30.

Gerontological Society of America (2015). Successful Aging: Contentious Past, Productive Future. *The Gerontologist Vol 55*, nº1, 1-4

Gervais, M. y Wilson, D.S. (2005). The evolution and functions of laughter and humor: A synthetic approach. *The Quartely Review of Biology, Vol. 80*, nº4, 395-430.

Gildberg, F.A. Bradley, S.K., Paaske, K.J. y Hounsgaard, L. (2014). The use of humor in forensic mental health staff-patient interactions. *Journal of Forensic Nursing, 10(2)*, 98-105.

Goldstein, J. y McGee, P. (1972). *The Psychology of Humor: Theoretical perspectives and empirical issues*. Academic Press Inc. London.

Gournellis, R., Oulis, P., Howard, R. (2014). Psychotic major depression in older people: a systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 29*, 784-796.

Grant, N., Wardle, J. y Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: A cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine, 16*, 259-268.

Greengross, G. (2013). Humor and Aging: A mini-review. *Gerontology, 59*: 448-453

Golant, S.M. (2014). Residential normalcy and the enriched coping repertoires of successfully aging older adults. *The Gerontologist, Vol. 00*, nº 00, 1-13.

Hackman, J.R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Haji, I. (2010). Psychopathy, ethical perceptions, and moral culpability. *Neuroethics, 3*, 135-150.

Hampes, W. (2013). A pilot study of the relation between humor styles and the past-positive and past-negative time perspectives. *Psychological Reports: Disability and Trauma, 113*, 1, 345-351.

Harder, D.W. (1995). Shame and guilt assessment and relationships of shame- and guilt- proneness to psychopathology. En Tilghman-Osborne, Cole, Felton (2010)

Definition and measurement of guilt: implications for clinical research and practice. *Cinical Psychological Review*, 30(5), 536-546.

Harder, D.W., Cutler, L. y Rockart, L. (1992). Assessment of shame and guilt and their relationship to psychopathology. *Journal of Personality Assessment*, 59, 584-604

Harder, D.W. y Greenwald, D.F. (1999). Further validation of the shame and guilt scales of the harder personal feelings questionnaire 2. *Psychological Reports*, 85, 271-281.

Harder, D.W. y Zalma, A. (1990). Two promising shame and Guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55, 729-745.

Harm, J., Vieillard, S. y Didierjean, A. (2013). Using humour as an extrinsic source of emotion regulation in young and older adults. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 67(10), 1985-1909

Harmell, A., Jeste, D. y Depp, C. (2014). *Strategies for Successful Aging. Curr. Psychiatry Report*, 16, 476.

Heckhausen, J. y Brim, O.G. (1997). Perceived problems of self and other: Self-protection by social downgrading throughout adulthood. *Psychology and Aging*, 12, 610-619.

Hegeman, J.M., Kok, M., Van der Mast, R.C, y Giltay, E.J. (2012). Phenomenology of depression in older compared with younger adults: a meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200, 275-281.

Hervás, G. y Vázquez, C. (2013). Construction and validation of a measure of integrative well-being in seven languages: The Pemberton Happiness Index. *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 66.

Hoblitzelle, W., (1987). Differentiating and measuring shame and guilt: The relation between shame and depression. In Tilghman-Osborne, Cole, D., y Felton, J., (2010) Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30, 536-546.

Hone, L., Hurwitz, W. y Lieberman, D. (2015). Sex differences in preferences for humor: A replication, modification and extension. *Evolutionary Psychology*, vol 13(1), 167-181.

Hubbard, R., Goodwin, V., Llewellyn, D., Warmoth, K. y Lang, I. (2014). Frailty, financial resources and subjective well-being in later life. *Archives of Gerontology and geriatrics* 58, 364-369.

IBM Corp. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows, versión 22.0*. Armonk, NY.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2010). “La salud mental y el bienestar de las personas mayores. Hacerlo posible”. *Boletín sobre el envejecimiento: Perfiles y Tendencias*, 46: 1-65. Documento de referencia y mensajes clave para la conferencia temática de la EU: Madrid 19 y 20 de abril de 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Autores: Lang, G., Resch, K., Hofer, K., Braddick, F. y Gabilondo (2010). Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older. Luxembourg: European Communities. European Communities, 2010.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2011). Estudio Longitudinal Envejecer en España. El proyecto ELES. *Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y Tendencias*, N° 50. Ed. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo; Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Madrid. Autores: Rodríguez, T., González Cabezas, J., Díaz Veiga, P; Rodríguez Rodríguez, V.

Instituto Nacional de Estadísticas. (2014). Proyección de la Población de España 2014-2064. Notas de Prensa (28 de octubre 2014). <http://www.ine.es/prensa/np870.pdf> (Obtenido el 17 de enero, 2015).

Instituto Nacional de Estadísticas. (2015). Indicadores Demográficos Básicos. Crecimiento y Estructura de la Población. (Obtenido el 17 de agosto, 2015) <http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2077&capsel=2081&L=0>

Izal, M. y Montorio, I. (1996) Adaptación en nuestro medio de la Escala de Depresión Geriátrica en distintos subgrupos: residentes en la comunidad y asistentes a hospitales de día. *Revista de Gerontología*, 6, 329-37.

Jankowski, K. y Takahashi, H. (2014). Cognitive neuroscience of social emotions and implications for psychopathology: Examining embarrassment, guilt, envy and schadenfreude. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68, 319-336.

Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B. y Chandola, T. (2014). Aging and subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*.

Jose, H., Parreira, P., Thorson, J. y Allwardt, D., (2007). *North American Journal of Psychology*, Vol.9, nº3, 595-610.

Jurkowitz, S.W. (1996). Transgenerational transmission of depression, shame, and guilt in Holocaust families: An examination of three generations. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 57(4), 2946 En Else-Quest et al. (2012). Gender differences in self-conscious emotional experience: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(5), 947-981.

Kahneman, D., Diener, E. y Schwarz, N. (1999). *Well-being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation. P. 353-373.

Kim, S., Thibodeau, R. y Jorgensen, R.S. (2011). Shame, guilt and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 137, 68.

Kim, S. y Jazwinski, M. (2015). Quantitative measures of healthy aging and biological age. *Healthy Aging Res.*, 4, 1-23.

Klooster, P.M., Christenhusz, L., Tall, E., Egelmeijer, f., Woerkom, J.M. y Rasker. (2014). Feelings of guilt and shame in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 33, 903-910.

Knesebeck, O., Verde, P. y Dragano, N. (2006). Education and health in 22 European countries. *Social Sciences and Medicine*, 63, 1344-1351.

Köhler, G. y Ruch, W. (1996). Sources of variance in current sense of humor inventories: How much substance, how much method variance? University of Düsseldorf. <http://www.humoursummerschool.org/01/articlesNhandouts/Koehler%26Ruch.pdf>.

Obtenido el 13 de Julio, 2015.

Kronfly, E., Rivilla, D., Ortega, I., Villanueva, M., Beltrán, E., Comellas, M. et al. (2015). Riesgo de depresión en personas de 75 años o más, valoración geriátrica integral y factores de vulnerabilidad asociados en Atención Primaria. *Atención Primaria* 1134, 1-10.

Kruse, B. y Prazak, M. (2006). Humor and Older Adults. What makes them laugh? *Journal of Hollistic Nursing*, vol 24, nº3, 188-193.

Kugler K, y Jones W.H. (1992) On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 62, 318–327.

Kuhn, J.C., Carter, A. S. (2006). Maternal self-efficacy and associated parenting cognitions among mothers of children with autism. *Journal of Orthopsychiatry* 76: 564-575 En Tilghman-Osborne, C. Cole, D.A. y Felton, J. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychol. Rev.* 30(5), 536-546.

Kuiper, N.A. y Borowicz-Sibenik, M. (2005). A good sense of humor doesn't always help: Agency and communion as moderators of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 38, 365-377.

Kuiper, N.A. y McHale, N. (2009). Humor styles as mediators of self-evaluative standards and psychological well-being. *Journal of Psychology*, 143(4), 359-376.

Kuiper, N.A. y Nicholls, S. (2004). Thoughts and feeling better? Sense of humor and physical health. *Humor: international Journal of Humor Research*, 17, 1-2.

Kuiper, N.A., Grimshaw, M., Leite, C. y Kirsh, G. (2004). Specific components of sense of humor and psychological wellbeing. *Humor: International Journal of Humor Research*, 17, 3-4.

Lang, G., Resch, K., Hofer, K., Braddick, F. y Gabilondo (2010) en IMSERSO (2010). *Background document for the Thematic Conference on Mental Health and Well-being among Older*. Luxembourg: European Communities. European Communities, 2010.

Lawton, M.P. (1975). The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale; A Revision. *Journal of Gerontology*, 30, 85-89.

Lawton, M.P. (1983). The varieties of well-being. *Experimental Aging Research*, 9, 65-72.

Leinonen, R., Heikkinen, E. y Jylha, M. (2001). Predictors of decline in self-assessments of health among older people: a 5 year longitudinal study. *Social Sciences Med*, 52: 1329-41.

Leist, A., y Müller, D., (2012). Humor types show different patterns of self-regulation, self-esteem and well-being. *Journal of Happiness Studies*, Vol. 14, nº2, 551-569.

León-Salas, B., Ayala, A., Blaya-Nováková, V., Ávila-Villanueva, M., Rodríguez-Blázquez, C., Rojo-Pérez, F. (2014). On behalf of the Spanish Research Group on Quality of Life and Aging. Quality of life across three groups of older adults differing in cognitive status and place of residence. *Geriatrics Gerontology International*. *Japan Geriatrics Society*. Medline Indexes: 1-9

Lewis, M. (2007). *Self-conscious emotional development*. En Tracy, R.W., Robins, W. y Tangney, J.P. (Eds) *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research* (pp. 134-149). New York, N.Y: Guilford Press.

LoConte, N., Else-Quest, N.M., Eickhoff, J.H. y Schiller, J. (2008). Assessment of guilt and shame in patients with non-small-cell lung cancer compared with patients with breast and prostate cancer. *Clinical Lung Cancer*, vol. 9, nº3, 171-178.

Losada, A., Márquez-González, M., Peñacoba, C. y Romero-Moreno, R. (2010). Development and validation of the Caregiver Guilt Questionnaire. *International Psychogeriatrics*, 22(4), 650-660.

Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M. y Lucas, R. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis on differences between cognitive and affective well-being. *Journal of Pers Soc. Psychology*, 102 (3), 592-615.

Lunenfeld, B. (2008). An aging world-demographics and challenges. *Gynecological Endocrinology*, Vol. 24, nº1, 1-3.

Lynch, O. (2010). Cooking with humor: in-group humor as a social organization. *Humor*. 23(2), 127-156.

Magrett, J., Hsieh, W., Heinz, M. y Martin, P. (2012). Cognitive status and change among iowa centenarians. *International Journal of Aging and Human Development*, Vol. 75 (4), 317-335.

Malhotra, C., Chan, A., Matchar, D., Seow, D., Chuo, A., Kyung Y. (2013), Diagnostic performance of Short Portable Mental Status Questionnaire for screening dementia among patients attending cognitive assessment clinics in singapore. *Annals Academy of Medicine* vol. 42, nº. 7.

Marques, S., Swift, H., Vauclair, C.M., Lima, M.L., Bratt, C. y Abrams, D. (2015). Being old and ill across different countries: social status, age identification and older people's subjective health. *Psychology and Health*, 30 (6), 699-714.

Martin, R. (2000). *Humor and Laughter*. En A.E. Kazdin (ed): Encyclopedia of Psychology; vol. 4. New York: Oxford University Press.

Martin, R. (2001). Humor, laughter and physical health: Methodological issues and research findings. *Psychological bulletin*, vol 127(4), 504-519.

Martin, R. (2010). *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Elsevier Academic Press. San Diego.

Martin, R. y Lefcourt, H. (1983). Sense of humor as a moderator of the relations between stressors and mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1313-1324.

Martin, R. y Lefcourt, H (2006). Sense of humor and physical health: theoretical issues recent findings, and future directions. *Humor 17(1)*, 1-20.

Martin, R., Puhlik-Dodris, P. Larsen, G., Gray. y Weir, K. (2003). Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: development of the humor styles questionnaire. *Journal of Research in Personality, 37*, 48-75

Martínez de la Iglesia, J., Dueñas, R., Onis, M.C., Aguado, C. T., Albert, C.C., Luque, R.L. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Revista de Medicina Clínica, Vol. 117 (4)*, 129-34.

Martínez de la Iglesia, J., Onis, M.C. Dueñas, R., Albert, C.C., Aguado, C.T. y Luque, L.R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Revista de Medicina Familiar y Comunitaria, 12*, 620-630.

Marziali, E., McDonald, L y Donahue, P. (2008). The role of coping humor in the physical and mental health of older adults. *Aging and Mental Health, vol. 12*, nº. 6, 713-718.

McCreddie, M. y Wiggins, S. (2008). The purpose and function of humour in health, health care and nursing: a narrative review. *Journal of Advanced Nursing 61(6)*: 586-595.

McGillivray, M. y Noorbakhsh, F. (2004). Composite index of human well-being: Paste, present and future. Research Paper, UNU-WIDER, United Nations University, World Institute for Development Economics Research. N° 2004/63, ISBN 9291906603.

McKee, K. y Schüz, B. (2015). Psychosocial factors in healthy ageing. *Psychology and Health, vol 30*, nº. 6, 607-626.

Mella, R., González, L., D'Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *PSYKHE, Vol. 13*, nº1, 79-89.

Mendiburo-Seguel, A., Páez, D. y Martínez-Sánchez, F. (2015). Humor styles and personality: A meta-analysis of the relation between humor styles and the Big Five personality traits. *Scandinavian Journal of Psychology*, Vol. 56, nº 3, 335-340.

Montorio, I. (1994). La persona mayor, guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid. INSERSO

Montorio, I. e Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología*, 3, 145-154.

Mooney, N.E. (2000). The therapeutic use of humor. *Orthopedic Nursing* 19, 88-92

Mora-Ripoll, R. y Ubal-López. (2011). La risa: diferencias según el género. *Revista Clínica Española*, Vol 211, nº 7, 360-366.

Muris, P. y Meesters, C. (2014). Small or big in the eyes of the other: on the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt and pride. *Clinical Child Family Psychological Review*, 17(1), 19-40.

Naciones Unidas (NN.UU.). (2001) *World Population Prospects: The 2000 Revision*

Naciones Unidas (NN.UU.). (2012). *Population Ageing and Development*. ST/ESA/SER.A/323. Sales Nº. E12. XIII.6. Printed at the United Nations. September. New York.

Naciones Unidas (NN.UU.). (2013a). Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects: The 2012 Revision*, DVD Editions <http://www.un.org/en/development/desa/population/index.shtml> (Obtenido 15 de junio de 2014).

Naciones Unidas (NN.UU.). (2013b). Department of Economic and Social Affairs. Population Division. *World Population Ageing 2013*. ST/ESA/SER.A/348. United Nations Publication. (Obtenido el 15 de junio de 2014).

Nosraty, L, Jylha, M., Raittila, T., Lumme-Sandt. (2015). Perceptions by the oldest old of successful aging, vitality 90+ Study. *Journal of Aging Studies*, 32, 50-58.

O'Connor, LE., Berry, J.W., Weiss, J., Bush, J., Sampson, H. (1997). Interpersonal guilt: The development of a new measure. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 73-89.

O'Connor LE, Berry JW, Weiss J, Gilbert P (2002). Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *Journal of Affective Disorder*, 71, 19–27.

Oishi, S. (2002). The experiencing and remembering of well-being: A cross cultural analysis. *Personality and Social Psychology*, 28, 1398-1406.

Oksuzyan, A., Juel., K., Vaupel, J. y Christensen, K. (2008). Men: Good health and high mortality. Sex differences in health and aging. *Aging Clinical and Experimental Research*, vol 20, nº 2, 91-102.

Olsson, L., Hurtig-Wennlöf, A. y Nilsson, T. (2014). Subjective well-being in Swedish active seniors and its relationship with physical activity and commonly available biomarkers. *Clinical Interventions in Aging*, 9,1233-1239.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). (2013). *Maintaining Prosperity in an Aging Society*. París.

Organización Mundial de la Salud. (2002). Envejecimiento Activo: un marco político. *Revista Especial de Geriatria y Gerontología*, 37 (S2). 74-105.

Organización Mundial de la Salud (2011). Global Health and Aging. National Institute of Ageing. National Institutes of Health. US. Department of Health and Human Services. http://www.nia.nih.gov/sites/default/files/global_health_and_aging.pdf (Obtenido el 14 de abril 2013).

Organización Mundial de la Salud. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. Departamento Enfermedades No Transmisibles. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1 (obtenido el 18 de marzo de 2015).

Organización Mundial de la Salud (2015). World Health Statistics http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1 (Obtenido el 23 de septiembre de 2015).

Orth, U., Robins, R.W. y Soto, C. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol 99, nº6, 1061-1071.

Ouwehand, C., Ridder, D. y Bensing, J. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884.

Park, N. y Peterson, C. (2006). Character strengths and happiness among young children: Content analysis of parental descriptions. *Journal of Happiness Studies*, 7, 323-341.

Perlmutter, D. (2000). Tracing the origin of humor. *Humor: International Journal of Humor Research*, 13, 457-468.

Peterson, C. (2006). *A Primer in Positive Psychology*. New York. Oxford University Press.

Peterson, C. y Seligman, M. (2005). *Character, Strengths and Virtues: A Handbook And Classifications*. APA. Washington, D.C.

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*. 23(10), 433-41.

Piccinelli, M. y Wilkinson, G. (2000) Gender differences in depression. Critical review. *British Journal of Psychiatry*.

Pinquart, M. (2001). Correlates of subjective health in older adults: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, Vol 16, nº3, 414-426.

Polimeni, J. y Reiss, J. (2006). The first joke: Exploring the evolutionary origins of humor. *Evolutionary Psychology*, 4, 347-366.

Poon, L.W., Martin, P., Clayton, G.M. Messner, S., Noble, C.A. and Johnson, M. A. (1992). The influences of cognitive resources on adaptation and old age. *International Journal of Aging and Human Development*, 24, 31-46.

Popa, A.E. y Martínez-Árias, R. (2013). Validation of the Personal Feelings Questionnaire-2 in a Spanish sample. TFP en Metodología de las Ciencias del Comportamiento y de la Salud. (Trabajo Final de Master no publicado). Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, España.

Prieto-Flores, M.E., Fernández-Mayoralas, G., Rojo-Pérez, F., Lardiés-Bosque, R., Rodríguez-Rodríguez, V., Ahmed-Mohamed, K. et al. (2008). Factores sociodemográficos y de salud en el bienestar emocional como dominio de calidad de vida de las personas mayores en la comunidad de Madrid, 2005. *Revista Española Salud Pública*, 82, 301-313.

Proyer, R.T., Ruch, W., Müller, L. (2010). Sense of humor among the elderly: findings using the German version of the SHS. *Z. Gerontological Geriatrics*, 43(1), 19-24.

Proyer, R. (2014). A psycho-linguistic approach for studying adult playfulness: A replication and extension towards relations with humor. *Journal of Psychology Interdisciplinary and Applied*, 148(6), 717-735.

Pulcu, E., Zahn, R. y Elliot, R. (2013). The role of self-blaming moral emotions in major depression and their impact in social-economical decision making. *Front. Psychology*, 4, 310.

R Development Core Team (2015). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing.

Ramsey, M. y Gentler, A. (2014). Age differences in subjective well-being across adulthood: The roles of savoring and future time perspective. *International Journal of Aging and Human Development*, Vol 78(1), 3-22.

Read, S., Grundy, E. y Foverskow, E. (2015). Socio-economic position and subjective health and well-being among older people in Europe: A systematic narrative review. *Aging and Mental Health*, Publicación digital (25 de marzo, 2015).

Reiss, A., Mobbs, D., Greicius, M., Eiman, A., Menon, V. (2003). Humor Modulates the Mesolimbic Reward Centers. *Neuron*, 40, 1041-1048.

Revelle, W. (2015). *Psych: Procedures for Personality and Psychological Research*, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. URL <http://CRAN.R-project.org/package=psych> Version=1.5.1.

Roeckelein, J.E. (2002). *The Psychology of Humor*. London: Greenwood Press.

Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R Package for Structural Equation Modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2), 1-36. URL <http://www.jstatsoft.org/v48/i02/>.

Rouch, I., Achour, E., Roche, F., Castro, C., Laurent, B., Ntougou, G., et al. (2014). Seven-year predictors of self-rated health and life satisfaction in the elderly: The PROOF study. *Journal of Nutrition Health aging*, 18(9), 840-847.

Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science* 237, 143-149.

Ruch, W. (1998). Sense of humor: A new look at an old concept. En W. Ruch (ed) (2001), *The sense of humor: Explorations of a personality characteristic* (pp. 3-14). Berlin: Mouton de Gruyter.

Ruch, W., Proyer, R.T. y Weber, M. (2010). Humor as a character strength among the elderly. Empirical findings on age-related changes and its contribution to satisfaction with life. *Z. Gerontol. Geriat.* 43, 13-18.

Ryan, R.M. y Deci, E. (2001). On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.

Ryan, R.M. y Huta, V. (2009). Wellness as a healthy functioning or wellness as happiness: the importance of eudaimonic thinking. *Journal of Positive Psychology*, 4: 202-204.

Ryff, C.D. (1989). Beyond Ponce de León and life satisfaction: New directions in quest of successful ageing. *International Journal of Behavioral Development*, 12, 35-55.

Sadler, M., Miller, C., Christensen, K. y McGue, M. (2011). Subjective Wellbeing and longevity: A co-twin control study. *Twin Research and Human Genetics*, Vol. 14. n°3, 249-256.

Samson, A. y Gross, J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humor. *Cognition and Emotion*, 26(2), 375-384.

Sarro, M., Ferrer, F.A., Rando, Y., Formiga, F. y Rojas, S.(2013). Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados. *Medicina de Familia Semergen*, 39(7), 354-360.

Schulenberg, S., Strack, K. y Buchanan, E.M. (2011). The meaning in life questionnaire: psychometric properties with individuals with serious mental illness in an inpatient setting. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 1210-1219.

Scult, M., Haime, V., Jackquart, J., Takahashi, J., Moscovits, B., Webster, A., et al. (2015). A healthy aging program for older adults: Effects on Self-Efficacy and Morale. *Adv. Mind body Med.*, 29(1), 26-33.

Seligman, M. (1991). *Learned Optimism*. NY: Knopf.

Seligman, M. (1994). *What You Can Change And What You Can't*. New York: Knopf.

Seligman, M. (2003). *La Auténtica Felicidad*. Barcelona: Vergara. Grupo Zeta.

Seligman, M. (2008). Positive Health. *Journal of Applied Psychology* 57, 3-18.

Seligman MEP, Abramson LY, Semmel A, Baeyer (1979) CV: Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.

Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.

Shankar, A., Rafnsson, S.B. y Steptoe, A. (2015). Longitudinal associations between social connections and subjective wellbeing in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychology and Health*, Vol. 30. nº.6, 686-698.

Smith, J. y Baltes, P.B. (1997). Profiles of Psychological Functioning in the Old and Oldest Old. *Psychology and Aging*, 12, 458-472.

Smith, J. y Hollinger, L. (2015). Savoring, resilience and psychological well-being in older adults. *Aging and Mental Health* 19(3), 192-200.

Spiers, N., Jagger, C., Clarke, M. y Arthur, A. (2003). Are gender differences in the relationship between self-rated health and mortality enduring? Results from three birth cohorts in Melton Mowbray, United Kingdom. *The Gerontologist*, Vol 43, nº3, 406-411.

St. John, P., Mackenzie, C. y Menec, V. (2015). Does life satisfaction predict five-year mortality in community-living older adults? *Aging and Mental Health*, 19(4), 363-370.

Stanton, E. (2007). The Human Development Index: A History. *Workingpaper Series, 127*. Political Economy Research Institute. University of Massachusetts Amherst.

Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J., Patel, V. et al. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 0, nº 0, 1-18.

Stein, J., Prvu, J., Sicklick, A., Hedeman, R., Magdon-Ismael, Z., Schwamm, L. (2015). Use of Standardized Assessment to Predict Rehabilitation Care After Acute Stroke. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 96, 210-7.

Stephoe, A., Deaton, A. y Stone, A. (2015). Psychological wellbeing, health and ageing. *Lancet*, 385 (9968), 640-648.

Suls, J.M. (1972). A two-stage model for the appreciation of jokes and cartoons: an information processing analysis. En Polimeni, J. y Reiss, J. (2006). The first joke: Exploring the evolutionary origins of humor. *Evolutionary Psychology*, 4: 347-366 .

Sun, W., Watanabe, M., Tanimoto, Y., Shibutani, T., Kono, R., Saito, M., et al. (2007). Factors associated with good self-rated health of non-disabled elderly living alone in Japan: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7: 297.

Svebak, Sven. (2010) The Sense of Humor Questionnaire: Conceptualization and review of 40 years of findings in empirical research. *Europe's Journal of Psychology*, Vol. 6 (3).

Svebak, S., Martin, R. y Holmen, J. (2004). The prevalence of sense of humor in a large, unselected county population in Norway: Relations with age, sex and some health indicators. *Humor* 17, 121-134.

Svebak, S., Romundstad, S. y Holmen, J. (2010). A 7-year prospective study of sense of humor and mortality in adult county population: The HUNT-2 study. *International Journal of Psychiatry Medicine*, 40(2), 125-46.

Szabo, A. (2003). The acute effects of humor and exerts on mood and anxiety. *Journal of Leisure Research*, Vol 35, nº 2, 152-162.

Tangney JP. (1991). Moral affect: The good, the bad, and the ugly. *Journal of Personality and Social Psychology*. 61:598–607.

Tangney, J.P. y Dearing, R.L. (2002a). *Shame and guilt*. New York, NY. Guilford Press.

Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002b). Our "Intrapersonal" Relationship: The Self in Shame and Guilt. En Tangney, J.P. Dearing, R.L. (2002) *Shame and Guilt* (pp. 52-77). New York: The Guilford Press.

Tangney, J.P. Stuewing, J. y Mashek, D. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual Revision Psychology*, 58, 345-372.

Tangney JP, Wagner P, Gramzow R (1992) Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *J Abnormal Psychology*, 10, 469–478.

Thorson, J. y Powell, F. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 691-701.

Thorson J. y Powell, F. (1991). Measurement of sense of humor. *Psychological Reports*, 69, 691-702.

Thorson, J. y Powell, F. (1993a). Development and Validation of a Multidimensional sense of Humor Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (1), 113-23.

Thorson, J. y Powell, F. (1993b). Sense of humor and dimensions of personality. *Journal of Clinical Psychology*, 49 (6), 799-809.

Thorson, J., Powell, F., Sarmay-Schuller, I. y Hampes, W.P. (1997). Psychological health and sense of humor. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 605-619.

Tilhman-Osborne, C., Cole, D., y Felton, J. (2010). Definition and measurement of guilt: Implications for clinical research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 536-546.

Tindle, H.A., Chang, Y, Kuller, L.H., Manson, J.E., Robinson, J.G., Rosal, M.C. (2009). Optimism, cynical hostility and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, 120, 656-662.

Tracy, J.L y Robins, R.W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.

Tracy, J.L. y Robins, R.W., y Tangney, J.P. (2007). *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*. New York, NY. Guilford Press.

Troutman, M. y Staples, J. (2014). Successful aging from the viewpoint of older adults. *Research and Theory for Nursing Practice*, Vol. 28, nº 1, 87-104.

Troutman, M., Nies, M., Small, S. y Bates, A. (2011). The development and testing of an instrument to measure successful aging. *Research in Gerontological Nursing*, 4(3): 221-232.

Tse, M.M., Lo, A.P., Cheng, T., Chan, E., Chan, A., Chung, H. (2010). Humor Therapy: Relieving chronic pain and enhancing happiness for older adults. *Journal of Aging Research*, vol. 2010, Art. ID 343574, 1-10.

Turner-Cobb, J., Michalaki, M. y Osborn (2015). Self-conscious emotions in patients suffering from chronic musculoskeletal pain: a brief report. *Psychology and Health*, 3(4), 495-501.

Urbina, J.R., Flores, J.M., García, M.P. y Torres, L. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores. Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 21(1), 37-42.

Vahia, I., Meeks, T., Thompson, W., Deep, C., Zisook, S., Allison, M., et al. (2010). Subthreshold depression and successful aging in older women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 3, 212-220.

Valdés, M. y Rodríguez, J.F. (2003). Bienestar subjetivo en ancianos: análisis por medio de series temporales breves. *Apuntes de Psicología*, Vol. 21, nº 1, 3.

Valliant, G. (2004). *Aging Well*. Little Brown, Boston

Valliant, P.M. y Furac, C.J. (1993). Type of housing and emotional health of senior citizens. *Psychological Reports*, 73, 1347-1353.

Vaughan, J., Zeigler-Hill, V. y Arnau, R.C. (2014). Self-esteem instability and humor styles: does the stability of self-esteem influence how people use humor? *Journal of Social Psychology*, 154(4), 299-310.

Vázquez, C., Duque, A. y Hervás, C. (2013). Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra representativa de españoles adultos: Validación y datos normativos. En prensa. Disponible en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2012-SWLS_Normative_data_copia.pdf (Obtenido el 9 de agosto, 2015)

Vázquez, C. y Hervás, G., (2014). *El Estudio Científico de las Fortalezas Humanas. La Ciencia del Bienestar; Fundamentos de una Psicología Positiva*. Ed. Alianza.

Veatch, T.C. (1998). A theory of humor. Humor. En Polimeni, J. y Reiss, J. (2006). The first joke: Exploring the evolutionary origins of humor. *Evolutionary Psychology*, 4, 347-366.

Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reidel.

Veehoven, R. (2008). Healthy happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of Happiness Studies*, 9, 449-469.

Veenhoven, R. (2009). Medidas de la Felicidad Nacional Bruta. *Intervención Psicosocial*, 18 (3), 279-299.

Veselka, L., Schermer, J.A., Martin, R.A. y Vernon, P. (2010). Relations between humor styles and the Dark Triad traits of personality. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 772-774.

Volkert, Schulz, Härter, Włodarczyk y Andreas (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries –A meta-analysis. *Ageing Research Reviews* 12, 339-353.

Von, Heideken, P., Rönmark, B., Rosendahl, E., Lundin-Olsson, L., Gustavsson, M.C., Nygren, B. et al. (2005). Morale in the oldest old: the Umea 85 + study. Age and Aging. *British Geriatrics Society*, 1-7.

Von Humboldt, S., Leal, I. y Pimenta, F. (2014). Sense of coherence, sociodemographic, lifestyle and health-related factors in older adults' subjective well-being. *International Journal of Gerontology*, 9, 15-19.

Wang, N., Iwasaki, M., Otani, T., Hayashi, R., Miyazaki, H., Xiao, L. et al. (2005). Perceived health as related to income, socio-economic status, lifestyle and social support factors in a middle aged Japanese. *Journal of Epidemiology*, 15(5), 155-162.

Wanzer, M.B., Sparks, L. y Frymier, A.B. (2009). Humorous communication within the lives of older adults: The relationships among humor, coping, efficacy, age and life satisfaction. *Health Communication*, 24, 128-136.

Waterman, A.S. (2008). Reconsidering happiness: A eudaimonist's perspective. *Journal of Positive Psychology*, 3, 234-252.

Watson, D., y Clark, L.A., (1991). Self-versus peer ratings of specific emotional traits: Evidence of convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 927-940.

Westerhof, G., Miche, M., Brothers, A., Barrett, A., Diehl, M., Montepare, J., et al. (2014). The influence of subjective aging on health and longevity. A meta-analysis of longitudinal data. *Psychology and Aging*, Vol. 29, nº 4, 793-802.

Wilkins, J. y Eisenbraun, J.A. (2009). Humor theories and the physiological benefits of laughter. *Holistic Nursing Practice*, 23(6), 349-354.

Willits, F.K. y Crider, D.M. (1988). Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years. *Journal of Gerontology*, 43, 172-176.

Whithall, J., Stathi, A., Davis, M., Coulson, J., Thompson, J. y Fox, K. (2014). Objective indicators of physical activity and sedentary time and associations with subjective well-being in adults aged 70 and over. *International Journal Environment Res. Public Health*, 11, 643-656.

Xu, J., y Roberts, R., The power of positive emotions: It's a matter of life or death. Subjective well-being and longevity over 28 years in a general population. *Health Psychology*, 29(1), 9-19.

Yesavage, J. (1986). *The use of self-rating depression scales in the elderly*. Handbook for clinical memory assessment of older adults, 213-217. Washington D.C. American Psychological Association.

Zahan, R., Oliveira-Souza, R. y Moll, J. (2012). *Moral Emotions*. *Handbook of Human Affective Neuroscience*. Cambridge University Press.

Zamarrón, M. D. (2006). "El bienestar subjetivo en la vejez". Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº 52. Lecciones de Gerontología, II. (Fecha de publicación: 09/06/2006).

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/zamarron-bienestar-01.pdf>

Zinbarg, R., Revelle, W., Yovel, I. y Li, W. (2005). Cronbach's α , Revelle's β , and McDonald's ω : Their Relations With Each Other And Two Alternative Conceptualizations Of Reliability. *Psychometrika*, 70, 1, 123-133.

Ziólkowski, A., Blachnio, A. y Pachalska, M. (2015). An evaluation of life satisfaction and health-Quality of life of senior citizens. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, Vol 22, nº 1, 147-151.

13. ANEXOS

ANEXO 1

PGCMS Escala Geriátrica de Satisfacción con la Vida de Filadelfia, *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (Lawton, 1972). Adaptación española: Montorio (1994)

Ítem	Puntuación
1. A medida que se va haciendo haciendo mayor, ¿se ponen las cosas peor para usted?	(NO)
2. ¿Tiene tanta energía como el año pasado?	(SI)
3. ¿Se siente usted solo?	(NO)
4. ¿Ve a familiares y amigos con frecuencia?	(SI)
5. ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes?	(NO)
6. ¿Siente que según se voy haciendo mayor es menos útil?	(NO)
7. ¿A veces está tan preocupado que no puede dormir?	(NO)
8. Según se va haciendo mayor ¿siente que las cosas son mejor que lo que usted pensó que serían?	(SI)
9. ¿A veces piensa que la vida no merece la pena ser vivida?	(NO)
10. ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era joven?	(SI)
11. ¿Tiene muchas razones por las que estar triste?	(NO)
12. ¿Tiene miedo a muchas cosas?	(NO)
13. ¿Se siente más irascible que antes?	(NO)
14. ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil?	(NO)
15. ¿Está satisfecho con su vida?	(SI)
16. ¿Se toma las cosas a pecho?	(NO)
17. ¿Se altera o disgusta fácilmente?	(NO)

ANEXO 2

MSHS Escala Multidimensional del Sentido del Humor, *Multidimensional Sense of Humor Scale* (Thorson y Powell, 1991). Adaptación española: Carbelo (2006)

Ítem	Puntuación
1. A veces invento chistes o historias graciosas	1 2 3 4 5
2. El uso de chistes o del humor me ayuda a dominar situaciones difíciles	1 2 3 4 5
3. Sé que puedo hacer reír a la gente	1 2 3 4 5
4. No me gustan las lecturas tipo “comics”	1 2 3 4 5
5. La gente dice que cuento cosas graciosas	1 2 3 4 5
6. Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones	1 2 3 4 5
7. Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso	1 2 3 4 5
8. La gente que cuenta chistes es insoportable	1 2 3 4 5
9. Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían	1 2 3 4 5
10. Me gusta un buen chiste	1 2 3 4 5
11. Denominar a alguien “cómico” es un insulto	1 2 3 4 5
12. Puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría	1 2 3 4 5
13. El humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida	1 2 3 4 5
14. Aprecio a la gente con humor	1 2 3 4 5
15. La gente espera que yo diga cosas graciosas	1 2 3 4 5
16. El humor me ayuda a hacer frente a la vida	1 2 3 4 5
17. No me siento bien cuando todo el mundo está contando chistes	1 2 3 4 5
18. Mis amigos me consideran chistoso	1 2 3 4 5
19. Hacer frente a la vida mediante el humor es una manera elegante de adaptarse	1 2 3 4 5
20. Tratar de dominar situaciones mediante el uso del humor es estúpido	1 2 3 4 5
21. En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste	1 2 3 4 5
22. Usar el humor me ayuda a relajarme	1 2 3 4 5
23. Uso el humor para entretener a mis amigos	1 2 3 4 5
24. Mis dichos graciosos entretienen a otras personas	1 2 3 4 5

ANEXO 3

PFQ-2 Cuestionario de Sentimientos Personales version 2, *Personal Feelings Questionnaire-2*, (Harder & Zalma, 1990). Adaptación española: Popa y Martínez-Árias (2013)

Sentimientos	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
1. Vergüenza	0	1	2	3	4
2. Culpabilidad leve	0	1	2	3	4
3. Sensación de ridículo	0	1	2	3	4
4. Preocupación por hacer sufrir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
5. Tristeza	0	1	2	3	4
6. Retraimiento	0	1	2	3	4
7. Humillación	0	1	2	3	4
8. Culpabilidad intensa	0	1	2	3	4
9. Euforia	0	1	2	3	4
10. Sensación de “ser tonto”	0	1	2	3	4
11. Arrepentimiento	0	1	2	3	4
12. Ser pueril o infantil	0	1	2	3	4
13. Indefenso, bloqueado	0	1	2	3	4
14. Depresión	0	1	2	3	4
15. Ruborizado, sonrojado	0	1	2	3	4
16. Merecedor/a de críticas por lo que hiciste	0	1	2	3	4
17. Ridículo	0	1	2	3	4
18. Ira	0	1	2	3	4
19. Placer	0	1	2	3	4
20. Caer mal a los demás	0	1	2	3	4
21. Remordimiento	0	1	2	3	4

Los ítems que indican culpa son: 2, 4,8, 11, 16, 21

Los ítems que indican vergüenza: 1,3,6,7,10,12,13,15,17,20

ANEXO 4

GDS Escala de Depresión Geriátrica Abreviada- 15 ítems, *Geriatric Depression*

Scale 15 items, (Yesavage 1986). Adaptación española: Martínez de la Iglesia et al. (2002)

Ítems	Puntuación
1. En general, ¿está satisfecho con su vida?	SI
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	NO
3. ¿Siente que su vida está vacía?	NO
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	NO
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	NO
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido?	NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	NO
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	SI
12. ¿Actualmente se siente un inútil?	NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	NO
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	NO

0-4 puntos sin depresión

5-9 puntos depresión leve

10-15 puntos depresión establecida

ANEXO 5

SPMSQ. Escala del Estado Mental de Pfeiffer, *Short Portable Mental State*

Questionnaire, (Pfeiffer, 1997). Adaptación española: Martínez de la Iglesia et al. (2001)

Ítem	Puntuación
1. ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)	1/0
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	1/0
3. ¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)	1/0
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tienen teléfono preguntar dirección)	1/0
5. ¿Cuántos años tiene?	1/0
6. ¿Cual es su fecha de nacimiento? (día, mes y año)	1/0
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	1/0
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	1/0
9. ¿Cuales son los dos apellidos de su madre?	1/0
10. Si a 20 le restamos 3 ¿quedan....? ¿Y si le restamos 3...?	1/0
Total de aciertos:..... Total de errores:.....	

los ítems: 4 y 9 no se incluyeron con el fin de proteger confidencialidad

ANEXO 6

Cuestionario entregado a los participantes

Estimado participante,

Me llamo Laura Rojas-Marcos y soy psicóloga. Estoy realizando un estudio para mi tesis doctoral en la Universidad Complutense sobre las personas mayores de nuestra comunidad. El objetivo es obtener información que pueda ofrecer un mejor entendimiento sobre las emociones y las necesidades de los mayores con el fin de trabajar para mejorar su calidad de vida. Por ello, le pedimos que sea lo más sincero posible a la hora de responder a las preguntas planteadas, porque de ello dependerá que lo que hagamos pueda ser útil en el futuro. El presente cuestionario es VOLUNTARIO Y ANÓNIMO y nadie tendrá acceso a la información excepto los investigadores. No hay respuestas correctas ni incorrectas, sino que es su propia respuesta la que nos vale e interesa. No piense mucho al responder, es mejor señalar lo primero que haya pensado al leer la pregunta. La duración será de unos 15-20 minutos. ¡MUCHÍSIMAS GRACIAS POR SU AYUDA!

FECHA DE HOY..... QUÉ DÍA DE LA SEMANA ES HOY.....

SEXO: H ___ M ___ EDAD:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....

¿EN QUÉ LUGAR ESTAMOS AHORA? (Centro, institución...):

NACIONALIDAD:.....ESTADO CIVIL (Casado, Soltero, Viudo, Divorciado):.....

¿CUÁL ERA EL SEGUNDO APELLIDO DE SU MADRE?

¿ES USTED CREYENTE/RELIGIOSO?: SI: ___ NO: ___, Si ha respondido SI por favor concrete si es practicante: Nada___ Algo___ Bastante___ Mucho___

¿VIVE SOLO? SI ___ NO___ Si vive acompañado por favor indique con quién_____

¿TIENE HIJOS?: SI___ NO___ Si ha marcado SI, indique la cantidad de hijos que tiene _____

¿TIENE NIETOS?: SI___ NO___ Si ha marcado SI, indique la cantidad de nietos que tiene _____

NIVEL DE ESTUDIOS: Marque la casilla con una (X) el nivel más alto de estudios completado.

Sin estudios (___) Estudios primarios (___) Bachiller inferior (___) Bachiller Superior (___)

Grado medio (magisterio, aparejador...) Completado (___) Incompleto(___)

Universitario

Grado superior (médico, arquitecto...) Completado (___) Incompleto (___)

OCUPACIÓN PROFESIONAL (Indique la profesión que realizó antes de jubilarse o que sigue realizando Ejm: Profesor, ama de casa, administrador, médico, enfermería...): _____

NIVEL ECONÓMICO: Marque con un círculo sus ingresos mensuales

Menos 400€ 400-600€ 600-800€ 800-1000€ 1000-1500€ Más de 1500€

CONSIDERA QUE SU ESTADO DE SALUD PARA SU EDAD ES:

Muy buena (___) Buena (___) Regular (___) Mala (___) Muy mala (___)

¿QUIÉN ES AHORA EL PRESIDENTE DEL GOBIERNO?.....

¿QUIÉN FUE EL ANTERIOR PRESIDENTE DEL GOBIERNO?.....

SI A 20 LE RESTAMOS 3 QUEDAN... Y SI LE RESTAMOS DE NUEVO 3?.....

- 1) A medida que se va haciendo mayor ¿se ponen las cosas peor para usted? SI__ NO__
- 2) ¿Tiene usted tanta energía como el año pasado? SI__ NO__
- 3) ¿Se siente usted solo? SI__ NO__
- 4) ¿Ve suficiente a sus amigos y familia? SI__NO__
- 5) ¿Le molestan ahora más las cosas pequeñas que antes? SI__ NO__
- 6) ¿Siente que conforme se va haciendo mayor es menos útil? SI__ NO__
- 7) ¿A veces esta tan preocupado que no puede dormir? SI__ NO__
- 8) Según se va haciendo mayor ¿siente que las cosas son mejor que lo que usted pensó que serían? SI__NO__
- 9) ¿A veces siente que la vida no merece la pena ser vivida? SI__ NO__
- 10) ¿Ahora es usted tan feliz como cuando era más joven? SI__ NO__
- 11) ¿Tiene muchas razones por las que estar triste? SI__ NO__
- 12) ¿Tiene miedo de muchas cosas? SI__ NO__
- 13) ¿Se siente más irascible que antes? SI__ NO__
- 14) ¿La mayor parte del tiempo la vida es dura y difícil? SI__ NO__
- 15) ¿Está satisfecho con su vida ahora? SI__ NO__
- 16) ¿Se toma las cosas a pecho? SI__ NO__
- 17) ¿Se altera o disgusta fácilmente? SI__ NO__

- 18) En general, ¿está satisfecho con su vida? SI__ NO__
- 19) ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? SI__ NO__
- 20) ¿Siente que su vida está vacía? SI__ NO__
- 21) ¿Se siente con frecuencia aburrido? SI__ NO__
- 22) ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? SI__ NO__
- 23) ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?SI__ NO__
- 24) ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo? SI__ NO__
- 25) ¿Con frecuencia se siente desamparado, desprotegido?SI__ NO__
- 26) ¿Prefiere quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? SI__ NO__
- 27) ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?SI__ NO__
- 28) ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?SI__ NO__
- 29) ¿Actualmente se siente un inútil? SI__ NO__
- 30) ¿Se siente lleno de energía? SI__ NO__
- 31) ¿Se siente sin esperanza en este momento? SI__ NO__
- 32) ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? SI__ NO__

Por favor evalúe las afirmaciones que se presentan a continuación con la siguiente escala si la frase se refiere a algo muy cierto o verdadero acerca de usted, marque uno de los números altos como el 4 o el 5. En cambio, si se refiere a algo que no es cierto ni verdadero sobre usted, marque un número bajo como el 1 o el 2. Si está indeciso y no es ni una cosa ni otra marque el número 3. Por ejemplo, si fuera muy cierto que “la lectura me ayuda a olvidar mis problemas” marque el número 5, pero si no fuera nada cierto marque el número 1.

Nada cierto 1	Algo cierto 2	Indeciso 3	Bastante cierto 4	Muy cierto 5
---------------------	---------------------	---------------	-------------------------	--------------------

- 33) A veces invento chistes o historias graciosas 1 2 3 4 5
- 34) El uso de chistes o del humor me ayuda a dominar
situaciones difíciles..... 1 2 3 4 5
- 35) Sé que puedo hacer reír a la gente..... 1 2 3 4 5
- 36) No me gustan las lecturas tipo “cómic”1 2 3 4 5
- 37) La gente dice que cuento cosas graciosas.....1 2 3 4 5
- 38) Puedo usar chistes para adaptarme a muchas situaciones..... 1 2 3 4 5
- 39) Puedo disminuir la tensión en ciertas situaciones al decir algo gracioso.. 1 2 3 4 5
- 40) La gente que cuenta chistes es insoportable.....1 2 3 4 5
- 41) Sé que puedo contar las cosas de tal modo que otras personas se rían 1 2 3 4 5
- 42) Me gusta un buen chiste.....1 2 3 4 5
- 43) Denominar a alguien “cómic” es un insulto.....1 2 3 4 5
- 44) Puedo decir las cosas de tal manera que la gente se ría.....1 2 3 4 5
- 45) El humor es un pobre mecanismo para hacer frente a la vida.....1 2 3 4 5
- 46) Aprecio a la gente con humor.....1 2 3 4 5
- 47) La gente espera que yo diga cosas graciosas..... 1 2 3 4 5
- 48) El humor me ayuda a hacer frente a la vida.....1 2 3 4 5
- 49) Me siento incómodo cuando todo el mundo está contando chistes... 1 2 3 4 5

Nada cierto	Algo cierto	Indeciso	Bastante cierto	Muy cierto
1	2	3	4	5

- 50) Mis amigos me consideran chistoso..... 1 2 3 4 5
- 51) Hacer frente a la vida mediante el humor es una manera elegante de adaptarse.....1 2 3 4 5
- 52) Tratar de dominar situaciones mediante el humor es estúpido..... 1 2 3 4 5
- 53) En un grupo puedo controlar la situación contando un chiste..... 1 2 3 4 5
- 54) Usar el humor me ayuda a relajarme.....1 2 3 4 5
- 55) Uso el humor para entretener a mis amigos..... 1 2 3 4 5
- 56) Mis dichos graciosos entretienen a otras personas..... 1 2 3 4 5

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
Vergüenza.....	0	1	2	3	4
Culpabilidad leve.....	0	1	2	3	4
Sensación de ridículo.....	0	1	2	3	4
Preocupación por hacer sufrir o hacer daño a alguien.....	0	1	2	3	4
Tristeza.....	0	1	2	3	4
Retraimiento	0	1	2	3	4
Humillación.....	0	1	2	3	4
Culpabilidad intensa.....	0	1	2	3	4
Euforia.....	0	1	2	3	4
Sensación de “ser tonto”.....	0	1	2	3	4
Arrepentimiento.....	0	1	2	3	4
Ser pueril, infantil.....	0	1	2	3	4

Indefenso, bloqueado.....	0	1	2	3	4
Depresión.....	0	1	2	3	4
Ruborizado, sonrojado.....	0	1	2	3	4
Merecedor/a de críticas por lo que hice.....	0	1	2	3	4
Ridículo.....	0	1	2	3	4
Ira.....	0	1	2	3	4
Placer.....	0	1	2	3	4
Caer mal a los demás.....	0	1	2	3	4
Remordimiento.....	0	1	2	3	4

¡MUCHAS GRACIAS!

