

Bienestar subjetivo en ancianos: análisis por medio de series temporales breves

María VALDÉS DÍAZ
Juan Francisco RODRÍGUEZ TESTAL
Universidad de Sevilla

Resumen

Este trabajo de investigación muestra la utilidad de la recogida sistemática de información en personas de edad avanzada así como un procedimiento de análisis estadístico para la interpretación de la misma. Se presentan cuatro casos de ancianos institucionalizados y se analizan las puntuaciones obtenidas en bienestar subjetivo durante un periodo de entre un año y un año y medio. El análisis de series temporales muestra una tendencia descendente y significativa del bienestar subjetivo en dos de los cuatro casos y, concretamente, en el componente de la satisfacción en tres de ellos. Tal vez estos cambios resultan sutiles durante las exploraciones clínicas rutinarias, pero son demostrables desde un punto de vista estadístico. Además se analizó el papel desempeñado por varios sucesos estresantes sobre las medidas consideradas. En definitiva, un registro continuado del bienestar subjetivo y de sus componentes puede revelar información valiosa acerca de lo que sucede en la evolución emocional de personas de edad avanzada y complementar adecuadamente la exploración clínica.

Palabras clave: bienestar subjetivo, satisfacción, series temporales, vejez, estrés.

Abstract

This research proves the usefulness of systematic collection of information on aging people. It's also pointed out a statistical analysis procedure to interpret this one. Four cases of institutionalized elderly people are presented and the scores obtained on subjective well-being for a period between a year and a year and a half are analysed. Time-series analysis shows significant downward trend of subjective well-being in two of the cases and the same tendency on the satisfaction in three of them, maybe subtle for routine clinical checup, but yet provable statistically speaking. Several stressing events'rol about some data considered is also analysed. Definitively, a well-being and its components continuos register can disclose valuable information about situations and progress in the evolution of elderly people's mood and it can also complement the clinical exploration

Key words: subjective well-being, satisfaction, time series, old age, stress.

Dirección de los autores: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla. c/ Camilo José Cela s/n. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* mvaldes@us.es, testal@us.es

La investigación acerca del bienestar subjetivo intenta explicar cómo y porqué las personas experimentan sus vidas en términos positivos (Diener, 1984; Montorio e Izal, 1997). Este constructo representa un conjunto de fenómenos que incluye las respuestas afectivas, el grado de satisfacción en determinadas áreas del funcionamiento sociopersonal y los juicios globales de satisfacción con la vida (Diener, Suh, Lucas y Smith, 1999). La mayoría de las teorías que intentan caracterizar dicho concepto vienen a sugerir que los individuos alcanzan un nivel similar de bienestar subjetivo de diferentes maneras (Heckhausen y Brim, 1997; Smith y Baltes, 1997; Staudinger, Marsiske y Baltes, 1995), destacándose el importante papel que desempeña sobre la calidad de vida y como un indicador de interés en la experiencia de envejecer.

Algunos estudios han intentado aportar cierta luz con relación a los determinantes más globales del bienestar subjetivo. Se acepta comúnmente que las variables sociodemográficas tienen una conexión limitada con el mismo (DeNeve y Cooper, 1998; Diener et al., 1999). Otra fuente de interés se ha dirigido a la heredabilidad de la capacidad para experimentar bienestar (Lykken y Tellegen, 1996). Se ha constatado que esta propensión es de grado bajo a moderado (Pedersen, 1996) y que son las experiencias vitales singulares las que explican en mayor medida el porcentaje de la varianza del bienestar subjetivo (Gatz y Smyer, 1992; McGue y Christensen 1997). En el caso de las personas de edad avanzada se ha destacado que el estado de salud (Argyle, 1997; DeNeve y Cooper, 1998; Okun, Stock, Haring y Witter, 1984), la personalidad o el estatus socioeconómico (combinación de nivel de estudios, ingresos económicos y situación laboral) como los predictores más consistentes del bienestar y especialmente de la felicidad (Willits y Crider, 1988).

Gran parte de los autores se han centrado en examinar factores más específicos relacionados con el bienestar subjetivo como la actividad social, el apoyo social, el estilo de afrontamiento, la consecución de metas, los eventos vitales o cotidianos y los recursos personales, por ejemplo (Berry y Hansen, 1996; DeNeve y Cooper, 1998; Diener, 1996; Diener et al., 1999; Diener y Fujita, 1995; Rodríguez-Testal, 1999; Watson, 1988; Watson, Clark, McIntyre y Hamaker, 1992). En esta perspectiva se encuadra el estudio que se presenta y que forma parte de una línea de investigación más amplia acerca de diferentes aspectos emocionales de los mayores. En concreto se considera la medida del bienestar subjetivo y sus componentes como un complemento adecuado para el estudio de variables clínicas como la sintomatología depresiva (Franco, Monforte y García, 2002; Rodríguez-Testal y Valdés, en prensa).

El objetivo principal que se pretende en este trabajo consiste en analizar la (in)estabilidad del bienestar subjetivo de los mayores y determinar si la presencia de un acontecimiento estresante (intervención quirúrgica para un caso, y traslado de residencia para los restantes) modifica o no el curso de la serie a lo largo del periodo en el que transcurren las observaciones llevadas a cabo. Para ello se recoge de forma sistemática y continua los criterios considerados en las personas objeto de estudio para, posteriormente, analizar estadísticamente la información recogida por medio de series temporales breves.

Aunque es habitual que los diseños de caso único utilicen el análisis de series temporales para la valoración de la eficacia de una intervención, se ha considerado que su aplicación en este trabajo permite establecer con precisión el curso natural de manifestaciones afectivas o emocionales (no necesariamente las de un trastorno), determinar la influencia de acontecimientos estresantes, seguir la sintomatología en un diseño prospectivo o centrarse en la evolución y curso de un trastorno, si fuese el caso. Un antecedente interesante es el trabajo de Brooks, Chmura, Decker y Yesavage (1993) y su modelo trilineal sobre el desarrollo y evolución del deterioro en la enfermedad de

Alzheimer. El presente trabajo se refiere al análisis de casos sin diagnóstico clínico formal por lo que se adopta una perspectiva dimensional. Se ha llevado a cabo con cuatro personas, con la ventaja de partir de un grupo reducido de observaciones, frente al exigido por el modelo ARIMA. Se considera que este procedimiento de trabajo puede acarrear grandes beneficios para la investigación, tanto etiológica como de curso o seguimiento y, por consiguiente, aplicable y útil en la clínica cotidiana.

Método

Participantes

Caso V. Mujer de 87 años, soltera, sin deterioro cognoscitivo significativo: primera medida SPMSQ (Pfeiffer, 1975) = 2; dos meses después, MMSE (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) = 24/30. Su padre falleció cuando ella tenía 4 años y parece haber algún antecedente de consumo de alcohol abusivo y ocasional en los comienzos de la adultez. Formación cultural escasa (sabe leer y escribir); desempeñó actividad laboral no especializada. Fue evaluada en una residencia para mayores en la que está interna desde hace 4 años (en el momento en el que se inicia la investigación). Decidió ingresar en la residencia porque se encontraba sola y torpe. Está encamada tras romperse la cadera en una caída. Tiene cataratas. El seguimiento del deterioro cognoscitivo con el SPMSQ indica, para un periodo de más de dos años -13 medidas-, oscilaciones entre 1 y 3 errores -promedio de 2-. El análisis cualitativo del deterioro mediante QED (Royall, Mahurin y Gray, 1992) = 13/15, indica una tendencia subcortical ligera sin que se observen signos neurológicos menores. Su situación en el momento de recogida de datos de este estudio se caracteriza por bajo apoyo social con contactos esporádicos (recibe visitas) del único hermano (de cuatro) que todavía vive. Es interesante subrayar dos aspectos de su comportamiento actual: por un lado, que tras la caída sufrida en la que se rompió la cadera experimenta un temor desproporcionado ante la posibilidad de volver a andar y caerse, motivo por el que prefiere permanecer encamada; así como, por otro lado, su tendencia a permanecer a oscuras durante horas con la intención de ahorrar luz para la residencia. Las primeras valoraciones de su estado anímico encuentran cierta sintomatología depresiva: GDS (Brink, Yesavage, Lum, Heersema, Adey y Rose, 1982) = 18, y, dos meses después, SDS (Zung, 1965) = 54 (directa), con predominio de síntomas cognitivos. Sin embargo, se desestima la posibilidad de un diagnóstico formal de trastorno del estado de ánimo (criterios DSM-IV, APA, 1995), por lo que se considera sintomatología subclínica.

Caso C. Mujer de 75 años, casada, sin hijos, con estudios primarios. No presenta deterioro cognoscitivo significativo: primera medida SPMSQ = 2; dos meses después, MMSE = 29/30. Desde que era niña presentó una salud delicada que acepta con resignación. No hay antecedentes psicopatológicos. Está institucionalizada desde hace 4 años y en la actualidad ayuda en la residencia como ama de casa (su actividad laboral anterior). Decide ingresar en la residencia junto con su marido (caso M) por sus problemas de salud. El seguimiento del deterioro cognoscitivo con el SPMSQ indica, para un periodo de un año (3 medidas), oscilaciones entre 1 y 2 errores (promedio de 1'6). El análisis cualitativo del deterioro (QED = 14/15) indica una tendencia subcortical no significativa. Se trata de una mujer activa socialmente y de estilo personal afable. Sus dificultades físicas le ocasionan una gran actividad encaminada a exploraciones médicas. Las dos primeras valoraciones de su estado anímico resultan

negativas (GDS = 10 y, dos meses después, SDS = 41 (directa), sin factores significativos).

Caso M. Varón de 81 años, casado, sin hijos, con estudios medios. No presenta deterioro cognoscitivo (primera medida SPMSQ = 0; un mes después, MMSE = 26/30). Desempeñó actividad laboral especializada de la que se retiró a los 65 años. Institucionalizado desde hace 4 años (en el momento de inicio de la investigación). Decidió ingresar en el centro porque se encontraba menos capaz y por la salud de su mujer (caso C). Carece de antecedentes psicopatológicos. El seguimiento del estado mental con el SPMSQ indica, para un periodo de un año (3 medidas), oscilaciones entre 0 y 1 errores (promedio de 0'3). El análisis cualitativo del deterioro (QED = 16/15) muestra una tendencia cortical no significativa. En el momento en que se comienza a recoger los datos de este trabajo su situación se caracteriza por una actividad física y social adecuadas. Le definen haber tenido siempre una salud física extraordinaria y un estilo personal rígido. Actualmente las diversas afecciones circulatorias que padece y sus tratamientos han ocasionado un incremento en las preocupaciones por su salud. Las primeras valoraciones de su estado anímico no detectan sintomatología depresiva significativa (GDS = 9 y, un mes después, SDS = 51 (directa), con predominio del factor de manifestaciones cognitivas).

Caso J. Varón de 80 años, casado, sin hijos, con estudios primarios. Sin deterioro cognoscitivo (primera medida SPMSQ = 0; cuatro meses después, MMSE = 29/30). Su madre falleció al poco de nacer él. Sin antecedentes psicopatológicos. Desempeñó actividad laboral con bajo grado de especialización de la que se retiró a los 65 años. Institucionalizado desde hace 10 meses (en el inicio de la investigación). Decidió ingresar en la residencia ante la enfermedad terminal de su mujer. El seguimiento del estado mental con el SPMSQ indica estabilidad y sin errores en un periodo de un año (3 medidas). El análisis cualitativo del deterioro (QED = 14/15) muestra una tendencia subcortical no significativa. En el comienzo de recogida de los primeros datos su situación se caracteriza por un nivel óptimo de actividad física y social. Es muy sociable y tiene un estilo personal ansioso. Presenta una afección circulatoria que no le ocasiona limitación funcional alguna. Las primeras valoraciones de su estado anímico no detectan sintomatología depresiva significativa (GDS = 9 y, cuatro meses después, SDS = 53 (directa), con predominio de manifestaciones físicas).

Diseño, variables y condiciones de control

Se ha utilizado para cada individuo, un diseño intrasujeto longitudinal de medidas repetidas con un análisis de series temporales breves (estadístico C de Young). Se observaron a los sujetos durante un periodo de un año. Las variables de medida tenidas en cuenta han sido la puntuación total de la escala de Bienestar Subjetivo (PGC) y cada uno de sus cuatro componentes que son: actitud hacia el envejecimiento, satisfacción, agitación y aprensión.

Instrumento

Escala de Bienestar Subjetivo de Filadelfia (PGC) (Lawton, 1972; 1975). Se fundamenta en la multidimensionalidad del bienestar subjetivo y está diseñada para la población anciana. Hay varias versiones (la original contaba 22 ítems), la más extendida presenta 17 ítems de respuesta dicotómica y evalúa tres dimensiones:

agitación, actitud hacia el envejecimiento y la insatisfacción que acompaña a la soledad. Es un instrumento muy recomendable para la evaluación del bienestar en personas mayores por su brevedad, lo que evita la fatiga y la desatención. Otras cualidades son: sencillez en la administración y comprensión, escrita u oralmente, incluso por personas deterioradas (Lawton, 1975; George, 1981; Kane y Kane, 1993; Ryden y Knopman, 1990; Sauer y Warland, 1982; Wenger, Davies y Shahtahmasebi, 1995); idónea con mayores institucionalizados (George, 1981) y aplicable también en pequeños grupos. Su aceptación y estabilidad son mayores que otros instrumentos de bienestar. Estas ventajas hacen que sea una de las pruebas más empleadas (Wenger, 1992; Wenger et al., 1995) y con utilidad clínica complementaria de los instrumentos de sintomatología depresiva (Franco et al., 2002).

Para dar respuesta al objetivo planteado se ha empleado la adaptación y validación de la escala PGC llevada a cabo por Montorio (1990) en España sobre población institucionalizada. Dicha versión la integran 16 cuestiones y cuatro factores:

- *Actitud hacia el envejecimiento.* Supone la valoración de la *inaceptación vs aceptación* del proceso de envejecer (Montorio, 1990; 1994). Es una dimensión estable, independiente y relevante del bienestar subjetivo.
- *Satisfacción.* Indica *insatisfacción vs satisfacción* o aceptación de la vida (Montorio e Izal, 1992), o bajo *vs* alto afecto positivo. A mayor puntuación mayor satisfacción.
- *Agitación.* Es la *inquietud e irritabilidad vs tranquilidad*, o alto *vs* bajo afecto negativo. A mayor puntuación mayor tranquilidad o menor agitación.
- *Aprensión.* Factor propuesto por Montorio (1990), representa elementos de *miedos, temor al futuro, falta energía, vs seguridad/energía*. Sería otro componente del alto *vs* bajo afecto negativo. A mayor puntuación más seguridad o menos aprensión.

La máxima puntuación es 16, variando el promedio del global (y de sus factores) según los contextos en donde se aplique; así se pueden encontrar valores medios entre 8'8 (3'7 d.t.) (Montorio, 1990; 1994) y 8'26 (3'9 d.t.) (Gago y Rodríguez-Testal, 2002) en residencias para ancianos válidos y de 7 puntos (3'7 d.t.) (Rodríguez-Testal, 1999) entre varios centros de ancianos asistidos y válidos. Puede hallarse una media superior (9'26, 3'4 d.t.) en los casos de administración en hogares de pensionistas (Rodríguez-Testal, 1999).

Procedimiento

Este trabajo se inició con el consentimiento de las personas objeto de estudio para ser evaluadas sistemáticamente en las residencias en las que se hallaban. Asimismo se dispuso del permiso por parte de la dirección de cada centro que conocía el estudio y su finalidad. A todos ellos se les explicó en líneas generales el objetivo de la investigación y el procedimiento a seguir. En el caso V (residencia 1) se acordó que la recogida de información se haría en encuentros periódicos en los que se aplicaría oralmente la escala PGC. En este mismo centro y con idéntico procedimiento de recogida de la información se contó inicialmente con otra interna de esta residencia: E, 85 años, viuda, con cuatro hijos, ama de casa, tuvo que abandonar los estudios por un problema de visión. Sin embargo, cuando se habían alcanzado 5 medidas rehusó continuar en el estudio. En los casos C, M y J (residencia 2) se les proporcionaría el instrumento cada 15 días para que lo rellenaran de forma autoaplicada a partir del día

siguiente al encuentro y se recogería el anterior ya cumplimentado. Se escogieron personas sin condición ni antecedentes psicopatológicos y sin deterioro cognoscitivo que hiciera sospechar del desarrollo de un cuadro demencial o que alterara la validez de los resultados.

En el caso V se obtuvieron un total de 24 medidas de bienestar subjetivo a lo largo de un periodo de 21 meses en total (intervalo de 15 días aproximadamente entre medidas). Se procuró establecer un día fijo de la semana para llevar a cabo la entrevista, si bien hubo algunos cambios inevitables. Durante el proceso de la entrevista se anotaban los sucesos que espontáneamente señalaba la residente acaecidos en los anteriores quince días tanto si eran positivos, negativos, duraderos u ocasionales. En los casos C y M se obtuvieron 22 medidas de bienestar subjetivo durante algo más de un año (un año y dos meses) también cada 15 días y 20 medidas en el caso J. En estos tres casos no pudo conseguirse de forma consistente el registro de los diferentes sucesos (positivos o negativos) que destacaban de los últimos 15 días. Sin embargo, dado que estaban internos en la misma institución, fue interesante considerar un suceso (obras en la residencia) que les obligó a desplazarse provisionalmente a otro centro y reubicarse posteriormente.

Para el análisis de las series se escogió el estadístico C que tiene la ventaja de operar con pocos datos sucesivos (al menos ocho observaciones), de obtenerse por medio de un cálculo fácil y de permitir la estimación de la autocorrelación (DeCarlo y Tryon, 1993; Tryon, 1982; 1984). Dado que en ninguno de los casos se trataba de la aplicación de un tratamiento, sino de estimar la posible influencia de un suceso estresante, el procedimiento estadístico consistió en dividir el total de las series a partir de la fecha de aparición del evento en cuestión, considerándose así A y B o primera y segunda parte, analizándose cada una de ellas por separado así como el total de las series.

En el caso V la medida de bienestar subjetivo y los factores de cada serie quedó constituida por 8 observaciones en la primera parte y 16 en la segunda (24 en total), en el caso C en 14 medidas en la primera parte y 8 en la segunda (22 en total), en el caso M las observaciones fueron 13 en la primera parte y 9 en la segunda (22 en total) y en el caso J la serie quedó en 12 observaciones para la primera parte y 8 en la segunda (20 en total). Si la aplicación del estadístico C no obtiene tendencia en ninguna de sus partes por separado (A o B) indicaría estabilidad en cada serie (Z observada $<$ Z teórica). Finalmente se vuelve a aplicar el estadístico C a toda la serie (A + B) de modo que: si el estadístico C vuelve a no ser significativo sugeriría que no hay cambio o tendencia, es decir, que a lo largo del tiempo el bienestar subjetivo se mantiene estable o sin modificaciones estadísticamente significativas. Por el contrario, si el estadístico C obtiene un resultado significativo ($Z_o > Z_t$) indicaría que hay un cambio en la tendencia. En este caso, la inspección visual y/u otro procedimiento estadístico puede indicar la recta que deriva de las puntuaciones y estimar así si hay incremento o descenso del criterio escogido.

El principal inconveniente que presenta la aplicación del estadístico C es cuando una sección de datos (por ejemplo la primera parte de una serie) es inestable, ya que puede sugerir una tendencia (nada se sabe de la dirección si no es por inspección visual) y se desconoce a qué atribuirlo con seguridad si en la segunda parte de la serie también hay tendencia o, por el contrario, ésta no se da. Tryon (1982) sugiere varias alternativas para solucionar esta dificultad, entre ellas, realizar una recta de regresión sobre los datos de la serie o, más sencillo, comparar los datos directos de las series (A con B). En ambos casos, al aplicarles nuevamente el estadístico C, un resultado significativo sugeriría cambio en la tendencia.

Los análisis de los resultados de este trabajo se llevaron a cabo para un nivel de confianza del 99% y se aceptó un resultado como estadísticamente significativo cuando $p < 0'01$.

También es importante señalar, para la interpretación correcta de los resultados, que los valores bajos en el criterio PGC indican descenso en el bienestar subjetivo (total o global de la escala), actitud negativa hacia el proceso de envejecer (factor de actitud) e insatisfacción (factor de satisfacción) pero, en el caso de los dos últimos factores, representa exactamente la etiqueta que los nomina, esto es, agitación y aprensión. Se ha respetado, por tanto, la denominación original de los factores. En el apartado de instrumentos se presentan los factores en dimensiones con la denominación más adecuada para cada polo.

Resultados

Caso V. El análisis de la serie completa del bienestar indica un cambio de tendencia estadísticamente significativo (Z observada superior a Z teórica de 2'27, 24 observaciones y $p < 0'01$) y, la inspección visual de los valores, sugiere una caída en el criterio con el paso del tiempo (gráfica 1).

INSERTAR AQUÍ GRÁFICA 1 Y TABLA 1

Si se consideran los *diversos sucesos* que V destacaba, no es posible decantarse por la influencia decisiva de uno o varios estresores (unos son beneficiosos como el taller de gimnasia, visita de un familiar mientras otros parecieron muy molestos para V, como el hecho de tener que compartir habitación con otra residente con la que no se llevaba bien) (gráfica 1). Dado que la interna era bastante reticente a volver a andar tras la caída con consecuencia de fractura, se toma como referencia la actuación terapéutica que se inició para recuperar su actividad motora como un posible factor estresante (números 9 y 10, gráfica 1). Entonces se vuelve a aplicar el estadístico C, dividiendo las series entre la observación 8 y 9. Como se aprecia en el resultado alcanzado del bienestar global, las Z teóricas en la primera parte de la serie ($Z_t = 2'17$, 8 medidas, $p > 0'01$) y en la segunda ($Z_t = 2'24$, 16 medidas, $p > 0'01$) son superiores a sus respectivas Z observadas (tabla 1), por lo que ambas series siguen siendo estables y no resulta apropiado conceder a este suceso la posibilidad del cambio final. Dicho producto se pone de manifiesto igualmente para tres de los cuatro factores de la PGC, actitud hacia el envejecimiento, agitación y aprensión, que no se ven afectados por la influencia del estresor en ninguna de las secciones analizadas por separado: $Z_o < Z_t$ de 2'17, 8 medidas, $p > 0'01$ y $Z_o < Z_t$ de 2'24, 16 medidas, $p > 0'01$ (tabla 1). No sucede lo mismo con el factor satisfacción que se muestra inestable en la primera parte de las observaciones ($Z_o > Z_t = 2'17$, 8 medidas, $p < 0'01$) y estable en la segunda parte ($Z_t = 2'24$, 16 medidas, $p > 0'01$). Tal vez otros acontecimientos o variables no detectadas, y no el escogido como referencia, hayan sido los causantes de inestabilizar el criterio en la primera parte de la serie y del cambio final en el mismo. Cabe también la posibilidad, desde un punto de vista estadístico, que esa primera parte de la serie se inestabilizara simplemente por un número insuficiente de observaciones para continuar con la tendencia anterior de los datos.

Un segundo suceso, valorado como relevante por V, fue la inclusión de una nueva compañera en su habitación. El análisis no puede ser completado con garantías ya que esto sucede entre la observación 19 y 20, ocasionando que no queden suficientes

medidas en la segunda parte de la serie (el mínimo debe ser de 8). Sin embargo es interesante señalar que el análisis de la primera parte de la serie hasta la aparición del estresor no exhibe tendencia alguna ($Z_0 = 1'39$, 19 medidas, $p > 0'01$), por lo que cabe especular con la posibilidad de que ciertamente dicho estresor (u otro factor no detectado) pudieran ser responsables de la desestabilización final de la serie.

Caso C. El análisis de los datos con el estadístico C en el global de las observaciones indica estabilidad en las puntuaciones del bienestar ($Z_t = 2'26$ para el total de la serie, 22 medidas, $p > 0'01$) (tabla 2) aunque la inspección visual sugiera un descenso en dicho criterio (gráfica 2).

INSERTAR AQUÍ GRÁFICA 2 Y TABLA 2

Cuando se lleva a cabo el análisis teniendo en cuenta el *suceso estresante* del traslado de residencia (observaciones 14 y 15), no se obtienen diferencias estadísticamente significativas en la medida global de bienestar dado que la Z_t ($2'23$, 14 medidas, $p > 0'01$) de la primera y la Z_t ($2'17$, 8 medidas, $p > 0'01$) de la segunda parte de la serie son superiores a las Z_0 ($-0'62$ y $1'46$, respectivamente) (tabla 2). Por tanto, los cambios observados en los valores del criterio tras el suceso estresante no han sido suficientes para inestabilizar la serie. Dicho evento tampoco parece haber afectado (o inestabilizado) al resto de los componentes de la PGC: Z_t (primera parte, $2'23$, 14 medidas, $p > 0'01$ y, segunda parte Z_t de $2'17$, 8 medidas, $p > 0'01$) (tabla 2).

Caso M. En el tercer participante los resultados obtenidos en el global de la escala PGC son similares al caso V. Se producen cambios estadísticamente significativos o tendencia en el conjunto de las observaciones ($Z_0 = 3'17 > Z_t = 2'26$, $p < 0'01$) (tabla 3). En la gráfica 2 se observa el descenso paulatino del bienestar.

INSERTAR AQUÍ TABLA 3

M se lesionó en la espalda mientras ayudaba en el traslado de la residencia y tuvo que guardar reposo. Cuando se estudia la posibilidad de que dicho desplazamiento sea el causante de la inestabilidad en las puntuaciones de bienestar subjetivo (PGC), se observa que, cada parte de la serie por separado (entre las observaciones 13 y 14, gráfica 2), continúa siendo estable (Z_t de $2'22$ para la primera sección, 13 medidas, $p > 0'01$ y Z_t de $2'18$ en la segunda parte, 9 medidas, $p > 0'01$) (tabla 3). En definitiva, a pesar de las consecuencias físicas que tuvo para M este acontecimiento, no parece que dicho suceso sea el generador de la inestabilidad de toda la serie.

Asimismo, cuando se analiza la posibilidad de que dicho estresor afecte a algunos de los componentes de la PGC, observamos que tan sólo el factor aprensión (tabla 3) muestra inestabilidad en la primera parte de la serie (Z_t de $2'22$, 13 medidas, $p < 0'01$) y estabilidad en la segunda (Z_t de $2'18$, 9 medidas, $p > 0'01$). Por lo tanto, no parece que este acontecimiento pueda explicar el cambio de tendencia puesto de manifiesto en la primera sección. Quizá se trate de otro suceso no considerado el favorecedor de la inestabilidad de la primera parte de la serie. Los factores actitud hacia el envejecimiento, agitación y aprensión se mantienen estables al tomar el acontecimiento como divisor de las series: primera parte, Z_t de $2'22$, 13 medidas, $p > 0'01$; segunda parte, Z_t de $2'18$, 9 medidas, $p > 0'01$ (tabla 3).

Caso J. Las observaciones obtenidas en este caso se asemejan en resultado a las del caso C. Se recogieron 20 observaciones en lugar de 24 (esto incrementa ligeramente el error). El global de la serie indica que no hay una tendencia estadísticamente significativa (Z_t de 2'26, 20 medidas, $p > 0'01$) (tabla 4). La gráfica evidencia que las puntuaciones se mantienen bastante estables a lo largo del periodo observado, a diferencia de los casos C y M, dando como resultado en la tendencia para J, una recta casi horizontal.

INSERTAR AQUÍ TABLA 4

Cuando se analizan las puntuaciones del bienestar subjetivo en función del estresor en común con los anteriores dos casos (entre las observaciones 12 y 13), tampoco se ponen de manifiesto superioridad de la Z_o sobre la $Z_t = 2'22$ de la primera parte de la serie (12 medidas, $p > 0'01$) ni de la Z_o sobre la $Z_t = 2'17$ de la segunda sección de la serie (8 medidas, $p > 0'01$). No parece que el traslado de la residencia haya influido de forma estadísticamente significativa en las variaciones de las puntuaciones en bienestar subjetivo de este participante (tabla 4 y gráfica 2).

Algo similar podría decirse con relación a los diferentes factores de la PGC en función del estresor (tabla 4): primera parte de la serie, $Z_t = 2'22$, 12 medidas, $p > 0'01$ y segunda parte de la serie, $Z_t = 2'17$, 8 observaciones, $p > 0'01$. Es interesante destacar al factor satisfacción, pues con independencia de manifestarse estable en las partes y el total de la serie, presenta puntuaciones muy bajas con respecto a las de los otros participantes, si bien no parece ser deberse al estresor analizado.

Discusión

Este trabajo de investigación muestra la utilidad de la recogida prolongada y sistemática de información en personas de edad avanzada y detalla un procedimiento de análisis estadístico para la interpretación de la misma. Los casos que se presentan, desde una perspectiva clínica, no ofrecen indicios que sugirieran la presencia de trastornos del estado de ánimo, es más, durante periodos de tiempo considerable el estado afectivo se mantuvo en apariencia estable. Sin embargo, el análisis estadístico de las puntuaciones obtenidas en el bienestar subjetivo y sus factores (principalmente la satisfacción), en un periodo de entre un año y algo más de un año y medio, muestra un cambio a la baja en la tendencia, tal vez sutil para exploraciones clínicas rutinarias, pero demostrable desde un punto de vista estadístico en los casos M y V. Complementariamente, en el caso C, la impresión de la representación gráfica de sus puntuaciones es la de un descenso en el bienestar subjetivo. Al contrario que antes, el análisis estadístico refleja, al menos hasta donde se han recogido los datos, que no hay una tendencia estadísticamente significativa en los mismos (sí en el caso del factor de satisfacción). Se ha de considerar, por tanto, que este procedimiento puede revelar información valiosa acerca de lo que sucede en la evolución anímica de una persona de edad avanzada, sea como preludio de una alteración del humor, como cambios inespecíficos de sintomatología o como un desarrollo anímico natural en la persona objeto de estudio. Con ello podrían obtenerse mejores resultados preventivos y terapéuticos que moderen el impacto de las manifestaciones anímicas, habitualmente no detectadas entre los mayores (Schonfeld, Verboncoeur, Fifer, Lipschutz, Lubeck, y Buesching, 1997).

Los resultados alcanzados en este trabajo no coinciden plenamente con la idea aceptada de la estabilidad del bienestar subjetivo durante la edad adulta y la vejez

(Diener y Suh, 1998; Kunzmann, Little y Smith, 2000), si bien ha de matizarse que las percepciones de bienestar son sensibles a las circunstancias de la vida y a la influencia de los eventos vitales (Diener y Fujita, 1995; Montorio, 1994). Este comentario es relevante pues, desde un punto de vista clínico y como ya se ha dicho, nada hacía sospechar que hubiera dificultades afectivas en los participantes. Precisamente por ello, si tan sólo se hubiese tenido en cuenta el análisis visual de las puntuaciones en los criterios podría haberse errado en las conclusiones por varios motivos: en primer lugar, porque la impresión de tres de los casos sería de descenso en el bienestar subjetivo; el análisis estadístico de los criterios señala un resultado significativo de descenso en dos de ellos (V y M). En segundo lugar, porque en el caso que parece exhibir estabilidad (caso J), no debe obviarse que ésta se fundamenta en guarismos muy bajos en dicha medida (estabilidad no significa idoneidad). En tercer lugar, al menos en los sucesos considerados en este trabajo, no parece que influyan claramente sobre la medida considerada. El caso C fue el único en el que algunos valores disminuyeron sensible pero puntualmente tras la presentación del estresor (traslado de la residencia) mientras las medidas anteriores en la PGC aparentaban ser bastante estables y horizontales.

Analizando los factores del bienestar subjetivo recogidos por medio de la escala PGC, se ha comprobado que el factor actitud hacia el envejecimiento, se mantiene estable en los cuatro casos estudiados, algo que hasta cierto punto era esperable y coincidente con la idea de que este componente cognoscitivo-afectivo es el más constante (Montorio, 1990; 1994), o el que se modifica más lentamente, cabría añadir ahora, incluso teniendo en cuenta la contribución de diversos estresores.

En el factor satisfacción, relacionado con el afecto positivo, los resultados son distintos con respecto a las otras dimensiones de la escala PGC y coincidentes en los casos V, M y C: se observa un descenso general, progresivo y significativo en sus medidas. Estos productos vienen a coincidir con las aseveraciones de Gatz (2000) quien asegura que lo que sucede entre las personas de edad avanzada es una caída del afecto positivo en mayor medida que un incremento del afecto negativo. Los resultados obtenidos con esta medida de bienestar subjetivo se asemejan a los hallados por Kunzmann et al. (2000), en el análisis longitudinal de los datos del *Berlin Aging Study*. Estos autores sólo observaron cambios a la baja en el afecto positivo cuando diferenciaron los mayores de los más vejetados en un periodo de 4 años. En este sentido, como en las personas objeto del presente estudio, también de edades muy avanzadas, se observó un declive en algunas dimensiones del bienestar (principalmente en el afecto positivo) mientras otras permanecían estables. Finalmente concluyeron que el declive del bienestar guardaba relación principalmente con las dificultades de salud.

En el caso J, las puntuaciones en el factor de satisfacción, se mantienen bastante horizontales y no manifiestan una tendencia significativa en la dirección que los casos anteriormente comentados. Con base en los valores tan bajos obtenidos a lo largo de las observaciones podemos pensar que se trata de una persona que no experimenta una satisfacción placentera ni grata con la vida, sino todo lo contrario. Tal vez era ya una persona con tendencia a experimentar emociones negativas, principalmente afecto negativo, lo que Diener (1984) denomina *teoría del top-down*, en la que se asume una tendencia general por parte del individuo, derivada de sus rasgos de personalidad, a experimentar las emociones de una forma polarizada, positiva o negativa (ya en la entrevista inicial se pudo observar claramente que era una persona ansiosa con tendencia a la preocupación). También podría especularse con el hecho de que el comienzo de estas emociones negativas se sitúa en el momento en que enferma su mujer y tiene que institucionalizarse con ella en una residencia (esto sucede antes de la

primera entrevista), lo que ocasiona el descenso generalizado pero estable de las medidas consideradas.

En cuanto a los resultados obtenidos por los participantes en el factor agitación, su análisis nos lleva a decir que, en general, se mantiene estable a lo largo del tiempo, excepto en el caso V donde se manifiesta cierta inestabilidad en la segunda parte de las observaciones pero después, curiosamente, recupera de nuevo la estabilidad. Estos hallazgos ofrecen cierta congruencia con el *modelo del equilibrio dinámico* planteada por Heady y Wearing (1989) quienes encontraron que las personas eventualmente reestablecen el equilibrio de sus afectos y su bienestar tras la ocurrencia de un evento positivo o negativo. Dicha teoría parte de la premisa que la personalidad determina los niveles de línea base de respuesta emocional. Los eventos pueden mover por encima o por debajo esta línea base, pero con el tiempo volverá al punto inicial y esto es lo que parece haberle ocurrido a V, representando el desequilibrio que manifiesta, una forma de ansiedad más reactiva y por tanto situacional aunque no se haya podido determinar cuál puede ser el suceso generador o desencadenante.

Finalmente, el factor aprensión, relacionado con la anergia y los miedos, se muestra estable para todos los participantes excepto para el caso M donde se da un cambio de tendencia en el global de la serie y en las primeras 11 observaciones. Esta progresión a la baja en las puntuaciones pone de manifiesto un incremento en los niveles de ansiedad y falta de energía que posiblemente repercuta en su visión de futuro, máxime cuando a todo esto le acompaña, como quedó anteriormente reseñado, una insatisfacción vital estadísticamente significativa. Quizás este participante sea el que haya dado muestras de mayor inestabilidad emocional. En el caso J parece que la caída en las puntuaciones (es decir, el aumento en la aprensión) era anterior en el tiempo y lo hace de forma estable.

El estudio de la contribución de determinados estresores considerados sobre el bienestar subjetivo no permite otorgarles un papel destacado. Un análisis basado únicamente en la inspección visual de las puntuaciones hubiese resultado engañoso y, tal vez, les hubiera concedido mayor protagonismo. Algunos sucesos eran supuestamente favorables (como recibir una visita) en el caso V. Otros, como el traslado entre residencias, se señala en la literatura por sus repercusiones negativas sobre la salud física (Mirotznik y Kamp, 2000). Este evento, que alteró visiblemente las puntuaciones en el caso C, se esperaba de consecuencias indeseables en M (además se lesionó durante el mismo). Sin embargo, los análisis estadísticos no avalaron esta impresión, posiblemente porque las oscilaciones en el criterio fueron poco duraderas en el caso C, y anteriores e insidiosas en M. En la participante V cabe la duda de si el último estresor analizado (nueva residente en la habitación) desempeñó algún papel significativo, pero faltaron observaciones que garantizaran la aplicación del estadístico. Incluso podría especularse con la posibilidad de un efecto acumulativo de sucesos.

Tal vez, como señalan diversos autores, la mayor vinculación de los eventos con el bienestar subjetivo procede del ámbito de la salud, más concretamente, la enfermedad crónica y la discapacidad (Gatz y Zarit, 1999; Livingston, Watkin, Milne, Manela y Katona, 2000; Schulz y Heckhausen, 1997; Zautra, Reich y Guarnaccia, 1990). En este sentido se puede considerar el papel destacado de los estresores relacionados con la salud física y ciertos factores de estilo personal y de afrontamiento en nuestros resultados, al menos desde un punto de vista interpretativo. Por ejemplo, en el caso V sobresale un estado de discapacidad, preferencia por el aislamiento y resistencia a volver a andar por temor a nuevas caídas (en un momento dado era capaz de hacerlo y se le potenció la superación de esta dificultad). Concretamente, en este caso, se trata de un estilo de propensión a la acomodación (Brandtstädter y Greve, 1994) probablemente

motivado por el declive físico y la pérdida de competencia personal. En definitiva es claramente factible que el descenso del bienestar subjetivo sea silente y ligado a dicho tipo de estresores junto con la pérdida de capacidad funcional, lo que encajaría principal y significativamente en los casos V y M.

Antes de concluir han de señalarse *algunas consideraciones acerca de este estudio*. En primer lugar, se trata de análisis de casos únicos, lo que reduce el margen de extrapolación de los resultados. En segundo lugar, las personas objeto de estudio estaban institucionalizadas, lo que limita las conclusiones aunque el procedimiento que se describe es aplicable a cualquier contexto. Además, tres de los participantes no sólo pertenecían al mismo contexto, sino que compartieron el mismo suceso estresante lo que permite hacer comparaciones entre sujetos. En tercer lugar, una crítica puede provenir del tipo de datos utilizado (respuestas a un cuestionario), sin embargo, se procuró obtener por medio de dos formatos distintos (auto y heteroaplicado) y, el análisis cualitativo de la consistencia en los ítemes realizados aparte de este estudio, muestra que no es una limitación. En cuarto lugar, en este tipo de diseños es difícil de determinar la influencia de ciertas variables (medicación o deterioro cognoscitivo, por ejemplo) aunque, al ser el sujeto su propio control, la información obtenida es segura y útil. No obstante, con respecto al deterioro cognoscitivo, en esta investigación se ha seguido su evolución por si se registraban cambios de relieve (una manera de tener en cuenta el posible influjo de un factor en una serie es conocer con exactitud el momento de aparición o comienzo, lo que se obtiene en una serie). En quinto lugar, según se desprende del análisis de estos casos, es posible que se requiera de un tiempo de observación más prolongado para estimar con más seguridad los cambios en la bienestar subjetivo y sus componentes (tanto para estabilizar como inestabilizar las series). En sexto lugar y, en función de los anteriores comentarios, se hace necesaria información sobre más casos para poder contrastar y generalizar conclusiones (por ejemplo, por medio de series temporales agrupadas o *pooled time series*). Finalmente, en séptimo lugar, se han comparado algunos resultados con estudios longitudinales (Kunzmann et al., 2000; Livingston et al., 2000). Esto ha de tomarse con cautela pues estas investigaciones trabajan con grupos, población no institucionalizada y medidas repetidas en intervalos de varios años pero no con series temporales. Sin embargo, se han considerado cotejables dado que ambos casos representan información obtenida a lo largo del tiempo que supera claramente a los diseños transversales.

En suma, se puede considerar que el registro sistemático y análisis de los criterios escogidos representa un procedimiento útil, de fácil aplicación y claramente fiable para poder llegar a conclusiones más definitivas sobre el bienestar subjetivo. El intervalo entre medidas ha sido de 15 días aproximadamente, pero puede acortarse o alargarse en función de las medidas escogidas. Este diseño puede proporcionar una base segura sobre la que desarrollar un adecuado estudio sobre las características emocionales de las personas de edad avanzada y, desde una perspectiva clínica, de la etiología, del curso de un trastorno así como en el proceso de una intervención para realizar un seguimiento preciso de los resultados alcanzados.

Referencias

- American Psychiatric Association (APA) (1995). *DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson (original en inglés: 1994).
- Argyle, M. (1997). Is Happiness a Cause of Health? *Psychology and Health*, 12, 769-781.

- Berry, D.S. y Hansen, J.S. (1996). Positive Affect, Negative Affect, and Social Interaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 796-809.
- Brandtstädter, J. y Greve, W. (1994). The Aging Self: Stabilizing and Protective Processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brink, T.L., Yesavage, J.A., Lum, O., Heersema, P.H., Adey, M. y Rose, T.L. (1982). Screening Tests form Geriatric Depression. *Clinical Gerontologist*, 1, 37-43.
- Brooks, J., Chmura, H., Decker, E. y Yesavage, J. (1993). The Methodology of Studying Decline in Alzheimer's Disease. *Journal of the American Geriatric Society*, 41, 623-628.
- DeCarlo, L.T. y Tryon, W.W. (1993). Estimating and Testing Autocorrelation with Small Samples: A Comparison of the C-Statistic to a Modified Estimator. *Behavior Research and Therapy*, 31, 781-788.
- DeNeve, K. y Cooper, H. (1998). The Happy Personality: A Meta-Analysis of 137 Personality Traits and Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95, 542-575.
- Diener, E. (1996). Traits Can be Powerful but are Not Enough: Lessons from Subjective Well-Being. *Journal of Research in Personality*, 30, 389-399.
- 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.
- 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. y Smith, H. L. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress. *Psychological Bulletin*, 125, 276-302.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. y McHugh, P.R. (1975). Mini-Mental State: A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189-198.
- Franco Martín, M.A., Monforte Porto, J.A. y García Mellado, J.A. (2002). Instrumentos de evaluación y exploración complementaria. En L., Agüera Ortiz, M., Martín Carrasco y J. Cervilla Ballesteros (Eds.), *Psiquiatría geriátrica* (págs. 123-169). Barcelona: Masson.
- Gago Herrera, C. y Rodríguez-Testal, J.F. (2002). Afrontamiento del estrés institucional en la vejez. *Geriatría*, 18, 179-196.
- Gatz, M. (2000). Variations on Depression in Later Life. En s.H. Qualls y N. Abeles (Eds.), *Psychology and the Aging Revolution. How to Adapt to Longer Life* (págs. 239-254). Washington. DC: APA.
- Gatz, M. y Zarit, S.H. (1999). A Good Old Age: Padox or Possibility. En V. L. Bengtson y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of Theories of Aging* (págs. 396-416). Nueva York: Springer Publishing Company.
- Gatz, M. y Smyer, M. A. (1992): The Mental Health System and Older Adults in the 1990s. *American Psychologist*, 47, 741-751.
- George, L.K. (1981). Subjective Well-Being: Conceptual and Methodological Issues. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2, 345-382.
- Headey, B. y Wearing, A. (1989). Personality, Life Events, and Subjective Well-Being: Toward a Dynamic Equilibrium Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 731-739.
- 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.

- Kane, R.A. y Kane, R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos. Guía práctica sobre los instrumentos de medición*. Barcelona: Fundación Caja Madrid. (Publicación original en inglés: 1981).
- Kunzmann, U., Little, T.D., y Smith, J. (2000). Is Age-Related Stability of Subjective Well-Being a Paradox? Cross-Sectional and Longitudinal Evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging, 15*, 511-526.
- Lawton, M.P. (1972) The Dimensions of Morale. En D.P. Kent, R. Kastenbaum y S. Sherwood (Eds.), *Research, Planning and Action for the Elderly* (págs. 114-165). Nueva York: Behavioral Publications.
- Lawton, M.P. (1975) The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A Revision. *Journal of Gerontology, 30*, 85-89.
- Livingston, G., Watkin, V., Milne, B., Manela, M.V. y Katona, C. (2000). Who becomes depressed? The Islington Community Study of Older People. *Journal of Affective Disorders, 58*, 125-133.
- Lykken, D. y Tellegen, A. (1996). Happiness is a Stochastic Phenomenon. *Psychological Science, 7*, 186-189.
- McGue, M. y Christensen, K. (1997). Genetic and Environmental Contributions to Depression Symptomatology: Evidence from Danish Twins 75 Years of Age and Older. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 439-448.
- Mirotnik, J. y Kamp, L.L. (2000). Cognitive Status and Relocation Stress: A Test of the Vulnerability Hypothesis. *The Gerontologist, 40*, 531-539.
- Montorio Cerrato, I. (1990). *Evaluación psicológica de la vejez: instrumentación desde un enfoque multidimensional*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Montorio Cerrato, I. (1994) *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Montorio Cerrato, I. e Izal, M. (1992). Bienestar psicológico en la vejez. *Revista de Gerontología, 3*, 145-154.
- Montorio Cerrato, I. e Izal, M. (1997). La vejez con éxito. Pero, ¿por qué las personas mayores no se deprimen más? *Intervención Psicosocial, 6*, 53-75.
- Okun, M. A., Stock, W.A., Haring, M. J. y Witter, R. A. (1984). Health and Subjective Well-Being: A Meta-Analysis. *Journal of Aging and Human Development, 19*, 111-132.
- Pedersen, N. L. (1996). Gerontological Behavior Genetics. En J.E. Birren y K.W. Schaie (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (4ª Ed.) (págs. 59-77). San Diego: Academic Press.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society, 23*, 433-441.
- Rodríguez Testal, J.F. (1999). *El estado afectivo de las personas mayores de 60 años institucionalizadas de la provincia de Sevilla: la influencia del motivo de ingreso en la residencia*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Sevilla.
- Rodríguez Testal, J.F. y Valdés Díaz, M. (2003). Brief-Time-Series Analysis of Elderly People's Depressive Symptomatology. *Spanish Journal of Psychology* (en prensa).
- Royall, D.R., Mahurin, R.K. y Gray, K.F. (1992). Bedside Assessment of Executive Cognitive Impairment: The Executive Interview. *Journal of the American Geriatric Society, 40*, 1221-1226.
- Ryden, M.B. y Knopman, D. (1990). Assess not Assume. Measuring the Morale of Cognitively Impaired Elderly. *Journal of Gerontological Nursing, 15*, 27-32.

- Sauer, W.J. y Warland, R. (1982). Morale and Life Satisfaction. En D. J. Mangen y W. A. Peterson, (Eds.), *Research Instruments in Social Gerontology: Clinical and Social Psychology* (Vol 1) (págs. 195-240). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Schonfeld, W.H., Verboncoeur, C.J., Fifer, S.K., Lipschutz, R.C., Lubeck, D.P. y Buesching, D.P. (1997). The Functioning and Well-Being of Patients with Unrecognized Anxiety Disorders and Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 43, 105-119.
- Schulz, R. y Heckhausen, J. (1997) Emotion and Control: a Life-Span Perspective. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 185-205.
- Smith, J. y Baltes, P.B. (1997): Profiles of Psychological Functioning in the Old and Oldest Old. *Psychology and Aging*, 12, 458-472.
- Staudinger, U. M., Marsiske, M. y Baltes, P. B. (1995): Resilience and Reserve Capacity in Later Adulthood: Potentials and Limits of Development Across the Life Span. En D. Cicchetti y D. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology. Risk, Disorder, and Adaptation* (Vol. 2). Nueva York: Wiley.
- Tryon, W.W. (1982). A Simplified Time-Series Analysis for Evaluating Treatment Interventions. *Journal of the Applied Behavior Analysis*, 15, 423-429.
- Tryon, W.W. (1984). A Simplified Time-Series Analysis for Evaluating Treatment Interventions Rejoinder to Blumberg. *Journal of the Applied Behavior Analysis*, 17, 543-544.
- Watson, D. (1988) Intraindividual and Interindividual Analyses of Positive and Negative Affect: Their Relation to Health Complaints, Perceived Stress and Daily Activities. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 1020-1030.
- Watson, D., Clark, L.A., McIntyre, C. W. y Hamaker, S. (1992). Affect, Personality, and Social Activity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 1011-1025.
- Wenger, G.C. (1992). Morale in Old Age: A Review of the Evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 7, 699-708.
- Wenger, G.C., Davies, R. y Shahtahmasebi, S. (1995). Morale in Old Age: Refining the Model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 10, 933-943.
- Willits, F. K. y Crider, D. M. (1988): Health Rating and Life Satisfaction in the Later Middle Years. *Journal of Gerontology*, 43, 172-176.
- Zautra, A. J., Reich, J.W. y Guarnaccia, C.A. (1990) The Everyday Consequences of Disability and Bereavement for Older Adults. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 550-561.
- Zung, W.W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.