

Bienestar y Emociones: Análisis Comparativo Del Discurso de Adultos Mayores de México y Del Uruguay

Well-being and Emotions: Comparative Analysis of the Discourse of Older Adults in Mexico and Uruguay

Everardo Camacho Gutiérrez, Margarita Maldonado Saucedo y Luis Hernando Silva Castillo
Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Occidente (ITESO)

Correspondencia:

Luis Hernando Silva Castillo

Departamento de Psicología Educación y Salud (DPES), Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente (ITESO). Anillo Periférico. Sur Manuel Gómez Morín 8585, Santa María Tequepexpan, 45604 San Pedro Tlaquepaque, Jalisco, México. Teléfono: +52 33 3669 3434 -3222. Email: luissilva@iteso.mx

Recibido: 7 de diciembre 2021; Aceptado: 10 de junio 2022

Resumen

Objetivos: Caracterizar y cuantificar las expresiones emocionales tanto positivas como negativas y valorar su diferencia como índice de bienestar emocional en adultos mayores de México y el Uruguay en condiciones institucionales y no institucionales, y establecer un análisis comparativo entre dicha variable y la salud reportada por los mismos participantes estudiados. **Método:** El método fue cuantitativo transversal comparativo entre dos condiciones (institucionalizado y no institucionalizado) en dos diferentes países. **Resultados:** Se reportaron más las experiencias positivas que negativas en los participantes de México y se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos países mostrando niveles de bienestar superiores en México respecto al Uruguay. Aunque no hubo diferencias significativas entre institucionalizados y no institucionalizados (asistentes a centros de día), siendo este último grupo el que mostró mayor número de emociones positivas, sin embargo, las diferencias no fueron significativas. **Conclusiones:** Es posible que las diferencias socioculturales expliquen la diferencia entre países con respecto al bienestar emocional expresado, y que los no institucionalizados, al asistir a Centros de Día se asemejen en su condición a los adultos institucionalizados. Hay una tendencia a tener una mayor diferencia con predominio de expresiones positivas en la condición de salud con respecto a los adultos mayores que reportaron alguna enfermedad.

Palabras clave: Emociones positivas, emociones negativas, bienestar emocional, adultos mayores, diferencias culturales, salud.

Abstract

Objectives: Qualify and quantify both positive and negative emotional expressions and assess their difference as an index of emotional well-being of older adults in Mexico and Uruguay in institutional and non-institutional conditions and to establish a comparative analysis between this variable and the health reported by the same older adults studied. **Method:** The method used in this study was quantitative comparative. **Results:** positive than negative experiences were reported in the participants from Mexico and statistically significant differences were found between the two countries, showing higher levels of well-being in Mexico. Although there were no significant differences between institutionalized and non-institutionalized (day center attendees), the latter group being the one that showed the greatest number of positive emotions, however, the differences were not significant. **Conclusions:** It is possible that sociocultural differences explain the difference between countries with respect to expressed emotional well-being, and that non-institutionalized, when attending Day Centers, resemble institutionalized adults in their condition. There is a tendency to have a greater difference with predominance of positive expressions in the health condition with respect to older adults who reported some disease.

Keywords: Positive emotions, negative emotions, emotional well-being, older adults, cultural differences, health.

Todos quisiéramos tener una larga vida y con buena calidad, no obstante, la complejidad de eventos que determinan estos aspectos lleva a reconocer que no se han identificado las variables determinantes que permitan implementar procedimientos estandarizados para el logro de estas metas (Vega-Michel y Camacho, 2014). Matarazzo (1983 con base en Belloc, 1973) acuñó el término de inmunógenos conductuales para referirse a los estilos de vida sanos que promueven mayor longevidad y mejor calidad de vida. Dichos estilos involucran un régimen regular de ingesta, un número adecuado de horas de sueño, la realización de actividad física, y la ausencia de actividades como fumar o consumir alcohol en exceso (Belloc, 1973).

Por otra parte, Danner, et al. (2001), realizaron un estudio con un grupo de religiosas y encontraron una correlación positiva entre la cantidad de referencias a emociones positivas que escribieron en un texto el día de sus votos perpetuos y la longevidad que tuvieron. Se analizaron textos de 180 monjas que se clasificaron de acuerdo con el número de afirmaciones con emociones positivas; posteriormente se realizó seguimiento longitudinal. Los autores encontraron que el 90% del grupo identificado con más emociones positivas estaba vivo a los 85 años y solamente el 34% del grupo que expresó menos emociones positivas. A los 94 años, el 54% del grupo con más emociones positivas expresadas estaba aún vivo y solamente el 11% del grupo con menos emociones positivas. A pesar de que en este estudio no se hizo referencia al estado de salud de las participantes, es un buen antecedente para hipotetizar sobre la relación entre las emociones positivas no solamente vinculado a la longevidad, sino con la salud durante el periodo de vida.

En la misma línea, se destaca el estudio de Harker y Keltner (2001) quienes analizaron fotografías de graduación de 141 mujeres mediante un sistema de codificación facial (i.e., Ekman y Friensen, 1978). En la investigación se evaluó la composición facial con base en la activación de diferentes músculos del rostro para determinar si las sonrisas eran naturales o fingidas (los fotógrafos son expertos en discriminar sonrisas en fotografías), posteriormente, se dio seguimiento longitudinal a las participantes a los 21, 27, 43 y 52 años. Los autores reportaron correlaciones positivas y significativas entre la expresión en las fotos de los anuarios y las puntuaciones posteriores en filiación, satisfacción marital y bienestar en general medidas mediante autoreporte. Es decir, que una mujer que había sonreído de forma genuina tenía más probabilidades de reportar ser feliz en su matrimonio y en la vida en general, años después.

Estos estudios no permiten sugerir de forma simplista, que un registro textual o de imagen de las emociones de una persona, aumentan la longevidad o la satisfacción marital, debido a que no son las únicas variables existentes y la naturaleza de los estudios correlacionales no permite evaluar la causalidad, pues existen diversas razones por las que pueden aparecer tales correlaciones.

Una posibilidad para explicar las relaciones encontradas es que las muestras de comportamiento (el texto en el estudio de las monjas y el sonreír naturalmente), sean indicadores de un estilo de comportamiento consistente en el tiempo. Esta consistencia, entendida como un comportamiento que se repite, puede impactar en el ámbito de la salud y de las relaciones con otros, de forma que hubiera algún vínculo entre estas variables. Es decir, es posible que estas relaciones sean explicadas por rasgos de personalidad que tienden a maximizar las experiencias gratificantes y a minimizar las experiencias negativas.

Maruta, et al. (2000) aplicaron la escala Optimismo-Pesimismo (derivada del Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota) a 839 pacientes, y clasificaron a los participantes como pesimistas (<1 D.E), mixtos (Entre -1 y 1 D.E) u optimistas (>1 D.E) con base a su distancia respecto a la media. Después de un seguimiento de treinta años, los autores asociaron la puntuación de pesimismo con la tasa de mortalidad mediante un modelo de regresión multinivel y encontraron que, por cada desviación estándar en dirección hacia el pesimismo, el riesgo de muerte aumentaba un 19 por ciento.

De manera semejante, Brummett, et al., (2006) reportaron una relación entre optimismo-pesimismo y longevidad. En este estudio participaron 7.007 estudiantes de la universidad de Carolina del Norte a quienes se les aplicó una escala de optimismo-pesimismo, y se les dio seguimiento por 40 años. Los autores encontraron que aquellos que se encontraban en el tercio más alto de la escala (en dirección al pesimismo) mostraban un decremento en la longevidad comparado con el grupo del tercio inferior.

Es importante también mencionar el estudio longitudinal de Vaillant (2000) que aún continúa y en el que se compararon 268 participantes de generaciones de 1939 y 1943 de Harvard y 483 individuos de los barrios pobres de Boston y sus descendientes. En este estudio se encontró que el envejecimiento exitoso (autonomía y bienestar subjetivo) estuvo vinculado a nivel de ingresos, salud física y alegría de vivir. Esto último, probablemente posibilitado por el tener relaciones sociales afectivas y significativas con otros. Es decir, relaciones que son fuentes de gratificación más o menos continua.

Es importante considerar que son múltiples las variables que se relacionan con un envejecimiento exitoso y el bienestar, entre ellas parece destacar los hábitos saludables y los estilos de personalidad (optimistas vs. pesimistas). Adicionalmente, se conoce que el apoyo social promueve el bienestar (Chen & Felley, 2014) y que los vínculos sociales previenen los riesgos de enfermedad y de mortalidad por cualquier causa (Steptoe, et al., 2013).

Como contraparte, el aislamiento y la soledad producen costos significativos a la salud de las personas (Cacioppo, et al., 2015). Se considera que los adultos mayores institucionalizados tienen mayor aislamiento y relaciones más pobres que los adultos que conviven con sus familiares y por

lo tanto el envejecimiento exitoso sería menor en este grupo de personas que experimentan una condición de aislamiento.

Por otra parte, se puede considerar que las expresiones verbales escritas u orales registradas durante entrevistas y autoinformes, expresan emocionalidad, entendida como el estado afectivo producto de la interacción del participante con su medio (Millenson, 1977). Las referencias de esos estados emocionales pueden ser valorados como emociones positivas (alegría, gozo, optimismo, gusto, aprecio y agradecimiento) o negativas (miedo, ira, tristeza, irritabilidad, disgusto, desdén) en función de si son acompañadas por placer o dolor (Elster, 2001; Seligman, 2014).

Dicha referencia verbal, denominada como sentimientos, es aprendida por los individuos en el contexto de su cultura. En este sentido, la dimensión cultural es entendida como las prácticas compartidas de una grupalidad y expresada como costumbres que son construidas socialmente (Elster, 2001; Parkinson, 1996). Se pueden caracterizar culturas en función de sus prácticas lingüísticas, e incluso en función de la estructura del idioma mediante el cual se expresan sus ideas y se referencian estados emocionales. En consecuencia, podemos aventurar la hipótesis de que hay modos diferenciados de experimentar el proceso del envejecimiento en diferentes contextos socioculturales y estos modos diferentes están fuertemente influidos por las costumbres verbales de las comunidades y por las condiciones actuales experimentadas por un sujeto.

En este orden de ideas, otro factor relevante de las expresiones verbales emocionales es su proporcionalidad como lo plantea Seligman (2005, 2014). Es decir, la cantidad de expresiones emocionales positivas en comparación con las negativas, lo que se traducirá en un nivel de bienestar y calidad de vida (Frederickson & Losada, 2005). A dicha proporción (tres expresiones positivas por una negativa), se le refiere como proporción Losada, en reconocimiento del investigador chileno que colaboró en el equipo de Seligman y propuso esta proporción como el umbral para que emerja el bienestar subjetivo (Seligman, 2014). Losada y su equipo plantean que dicho umbral caracteriza a lo que denominan florecimiento de las personas (Seligman, 2014). Es importante destacar que la proporción propuesta que involucra el registro tanto de las emociones positivas como negativas y no tanto el análisis exclusivo de las emociones positivas como han sido estudiadas por otros autores (e.g., Cohn, et al., 2009, Alexander, et al. 2021; Vecina Jiménez, 2006).

Por su parte, la psicología positiva, como perspectiva contraria a las intervenciones psicológicas orientadas a inhibir o eliminar el comportamiento patológico, ha sido un recurso para la atención de las personas mayores que se basa en la estimulación de experiencias positivas, con el propósito de reducir estados patológicos de forma indirecta. Existen programas que favorecen el bienestar psicológico que están enfocados a que las personas aprendan a expresar sentimientos de agradecimiento, optimismo, gusto, aprecio, a partir de la referencia de experiencias concretas.

Las dimensiones del bienestar psicológico en las personas mayores incluyen: autoaceptación, reacciones positivas, dominio del ambiente, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal. Así mismo, se ha definido que para favorecer el bienestar psicológico es importante experimentar emociones positivas, participar en espacios de socialización, ejercitar la concentración y la autoeficacia, entre otros factores (González-Valarezo, et al., 2020).

Respecto a las emociones positivas, Fredrickson (1998; Barragán-Estrada & Morales-Martínez, 2014) menciona cuatro tipos: alegría, el interés, el amor y la satisfacción. La experimentación de éstas, a su vez, contribuye a la calidad de vida de los individuos, previenen enfermedades y disminuyen los estados de ansiedad (Barragán-Estrada & Morales-Martínez, 2014).

Aunado a lo anterior el envejecimiento es un proceso en el que surgen cambios en las funciones cognitivas, conductuales y afectivas. En relación con estas últimas, se genera una serie de situaciones como la soledad o la acumulación de pérdidas afectivas (por fallecimiento de las personas con las que se tienen vínculos afectivos) que producen reacciones afectivas negativas, que pueden resultar en un estado de depresión (Sarabia, 2009; Morrison & Benett, 2008). En consecuencia, surge la necesidad de lograr un estado de bienestar y calidad de vida, lograr esto depende de factores tanto personales como socioambientales, como son: la referencia emocional de las experiencias vividas, el estado de salud en donde aparece cierto deterioro y limitaciones, el incremento del tiempo en soledad, la pérdida de personas significativas, el espaciamiento en la interacción con amigos o familiares, el cambio de residencia en el caso de los adultos mayores institucionalizados, entre otros (Seligman, 2005, Sarabia, 2009, Maldonado, 2019).

Teniendo como objetivo lograr un bienestar subjetivo en las personas mayores, han surgido estudios cuyo énfasis se orienta a que los adultos mayores aprendan a percibir y expresar emociones positivas que experimentan en su vida cotidiana y que de esta forma favorezcan la ampliación del pensamiento y estrategias para enfrentar situaciones de vida (González-Valarezo, et al., 2020).

Finalmente, estudios muestran que los adultos mayores mantienen altos niveles de bienestar afectivo a pesar del declive biológico, pérdidas a nivel psicológico y social (Scheibe & Cartensen, 2010; citado en Lombardo, 2013). Al respecto, Lombardo (2013) menciona que los sujetos a lo largo de la vida construyen reservas emocionales, cognitivas, sociales y morales que en su etapa de vejez les sirve de capital psíquico, esto se ha demostrado en estudios sobre la felicidad en los que las personas mayores han manifestado mejores niveles de felicidad que los jóvenes o adultos de mediana edad. Las personas mayores muestran emociones positivas y negativas simultáneamente, y dichos sentimientos van acompañados de una eficacia en la regulación de éstos, dentro de un eje que es el equilibrio emocional.

Adicional a los cambios propios del envejecimiento es importante considerar las condiciones de interacción que permiten o no desarrollar un conjunto de acciones que acercan o no a las personas al bienestar. Es por ello importante considerar también, que los escenarios de estudios poseen características propias que pueden alterar la percepción de bienestar.

Respecto a este tipo de escenarios para el adulto mayor, tanto Uruguay como México cuentan con centros de atención para ancianos de larga estancia (institucionalizados) y centros que brindan servicios sin la necesidad de institucionalización (no institucionalizados). Por su parte, en Uruguay los residenciales para ancianos de larga estadía son de naturaleza privadas y son centros sociosanitarios donde se ofrece atención integral y servicios personales, para personas con pérdida de autonomía. De manera semejante, las instituciones asilares en México (en la Zona Metropolitana de Guadalajara), son de carácter privado y únicamente dos pertenecen al Gobierno del Estado.

Respecto a los servicios que ofrecen, los centros de ambos países proporcionan los cuidados básicos personales y la asistencia en actividades básicas de la vida, en un entorno seguro y protegido, con atención de enfermería, medicación, supervisión para personas adultas mayores que ya no pueden vivir en su hogar, por su alta dependencia del cuidado de otros. En el caso de México, existe un rango amplio sobre la calidad de dichas instituciones, desde aquellas gratuitas, como es el caso del asilo del Padre Bernal, que trabaja con adultos mayores indigentes y aquellas que atienden adultos mayores que pueden pagar personal de enfermería, psicología, nutrición y cuidadoras de día y noche, pero con un costo oneroso.

Tanto en Uruguay como en México existen los centros de apoyo a personas mayores sin involucrar institucionalización de los adultos. Por su parte, Uruguay cuenta con los Centro de Día mientras que México posee los Centros de Desarrollo Comunitarios que tienen el objetivo de brindar cuidados integrales a las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia leve o moderada, es decir, que viven en sus hogares, pero presentan ciertas dificultades para la realización de las actividades de la vida diaria, mientras los segundos ofrecen servicios integrales y de inclusión para todos los adultos mayores; ya sea de prevención, atención o formación.

A diferencia de los centros de día de Uruguay, en México los asistentes no presentan limitaciones físicas ni mentales, aunque sí pueden padecer alguna enfermedad crónica (como hipertensión, diabetes, entre otras). Y el objetivo de las personas mayores para asistir al centro es principalmente lúdico, cultural y/o de condición física.

Con base en lo anterior se formularon las siguientes hipótesis: 1) A nivel general, el nivel de bienestar emocional difiere entre adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados; siendo menor en adultos institucionalizados y 2)

el nivel de bienestar emocional difiere entre adultos mayores residentes en Uruguay y México y 3) la frecuencia de expresiones emocionales está correlacionada positivamente con la auto-percepción de salud de los adultos mayores.

Método

Participantes

Se entrevistaron 53 personas mayores tanto de Uruguay (n=18) como de México (n=35) con una edad promedio de 77 años (60 - 94) [Uruguay de 67 a 94 años, México de 60 a 94]. Las personas entrevistadas en Uruguay se subdividen en aquellas personas que viven en dos residenciales privados para ancianos de larga estadía (institucionalizados, n=5 y n=9) y personas que asisten a un centro diurno público (no institucionalizado, n=4), donde acuden a realizar actividades como manualidades, cultivos, juegos de mesa, entre otros. Respecto a la muestra de México, las personas mayores entrevistadas, a su vez, están subdivididas en institucionalizadas (Conjunto residencial privado "70 y más", n=14) y no institucionalizadas (Centro de día DIF Bugambillas, n=19), además de quienes asisten a una Organización de la Sociedad Civil con predominio de población adulta mayor (no institucionalizados) (n=2).

Diseño

El presente estudio se clasifica como una investigación cuantitativa transversal con comparación de cuatro grupos de análisis: Adultos mayores de México institucionalizados, Adultos mayores de México no institucionalizados, Adultos mayores del Uruguay institucionalizados y Adultos mayores del Uruguay no institucionalizados. El muestreo fue por accesibilidad por lo que se considera una muestra no representativa y los datos solamente sugerirán diferencias posibles y relaciones potenciales entre variables.

Instrumentos

Se aplicó un cuestionario en el marco de una entrevista extensa e individual que evaluó diferentes dimensiones, dicha entrevista fue audiograbada para su posterior transcripción. Las dimensiones que evaluó el instrumento fueron a) Temporalidad y desplazamiento (dentro y fuera del lugar donde viven); b) Actividades que realizan en las instituciones (Asilares o Centros de Día); c) Percepción sobre las instituciones (Asilares o Centros de Día); d) Significados sobre esta etapa de la vida; e) Salud y bienestar subjetivo; f) Dimensiones del cuidado y sentimientos generados respecto al cuidado recibido; g) Preferencias en el cuidado; h) Regímenes de bienestar social y i) Derechos humanos y personas mayores.

Procedimiento

Previo a la realización de las entrevistas se realizó la gestión con las autoridades de la institución correspondiente, ya fuera estancia de día o casa de descanso, para entrevistar a los adultos mayores que se encontraban en dichas instituciones. Se realizaron las citas correspondientes con los adultos mayores y la mayor parte de las entrevistas se realizaron en una sesión de 90 minutos, a excepción de los casos en que el adulto mayor reportara cansancio, caso en el que se programó una sesión posterior.

Se aplicó un consentimiento informado en el que se señaló que se respetaría la confidencialidad de la información y que se reportarían solamente los contenidos de grupo y viñetas de las entrevistas sin vincularlas a ningún individuo en particular. Se proporcionaron los datos de la persona responsable de la investigación y se informó que en cualquier momento se podía suspender la entrevista y salir sin tener que justificarlo.

Las entrevistas fueron realizadas, audio grabadas, transcritas y codificadas. En ellas se identificaron las enfermedades reportadas, así como también las emociones positivas y negativas expresadas, las cuales posteriormente se cuantificaron.

Análisis de datos

Se realizó un análisis de las respuestas de las personas a lo largo de la entrevista y se identificaron las respuestas que reflejaban emociones positivas y negativas. Se consideró como emoción cualquier autoreferencia al estado afectivo del individuo que pudiera estar vinculado o no a alguna experiencia en particular. Las emociones positivas fueron aquellas en las que predominó la valencia del placer o bienestar (Diener, et al., 2003) y las emociones negativas las referencias a displacer o dolor (Elster, 2001).

Se elaboró un vaciado de los textos correspondientes en cada una de las categorías determinadas: Enfermedades crónicas que padece (diabetes, hipertensión, obesidad, cáncer, artritis, visión, audición y otros), y frecuencias de emociones positivas (alegría, gozo, optimismo, gusto, aprecio y agradecimiento) o emociones negativas (miedo, ira, tristeza, irritabilidad, disgusto, desdén) de los sujetos entrevistados. Posteriormente, se obtuvo confiabilidad de la asignación de los registros de los textos a las categorías de emociones positivas y negativas con base en la comparación de dos observadores en varias muestras al azar que correspondieron al 10% de los registros realizados a la muestra estudiada, obteniendo un índice de 93% de acuerdo entre observadores.

Con base en las mismas categorías se hizo un análisis comparativo de la frecuencia de las respuestas de expresiones positivas y negativas de los sujetos entrevistados. Adicionalmente, se calculó un índice de bienestar que resultó de tomar el número de afirmaciones positivas menos el número de afirmaciones negativas. Este índice se calculó

porque mostraba distribución normal en la muestra (Shapiro-Wilk = 0.96, $p=0.14$) y porque podía fácilmente sugerir si el contenido de la entrevista estaba cargado de emociones negativas (valores negativos del índice), positivas (valores positivos), o estaba equilibrado (índice cercano a cero).

Considerando las diferentes fuentes de variación se calculó un ANOVA para comparación de grupos en función de la pertenencia a una institución (institucionalizado vs. No institucionalizado) y la nacionalidad (México-Uruguay). Las comparaciones de pares se realizó una prueba t y dado que no se encontraron diferencias significativas no se usaron correcciones del valor de alfa. Todos los procedimientos estadísticos fueron realizados en el software JASP 0.16.1. (JASP Team, 2020) usando un 90% de confianza al considerar que el tamaño reducido de la muestra está asociado a niveles bajos de potencia estadística.

Entre las expresiones que se consideran referencia de emociones positivas se encuentran los siguientes ejemplos en los que se usan seudónimos:

- *“Alegre, contenta, el que, el que este, cómo te dijera, el que tengo seguridad en casa, que yo vivo con mi hija y yo me siento, vivo con ellos y yo me siento segura, yo me siento segura porque este, ellos, lo que yo necesito”* (Victoria, 74 años, Institucionalizada- México).
- *“Bueno, ver a la gente a mi alrededor que está feliz, no, eso sí me deja contento”* (Mauro, 70 años, Institucionalizada -Uruguay).
- *“Con una, entonces me río, soy feliz, me quiero a mí misma y eso me da eh, pienso una vejez que es la recompensa de la vida, estarse tranquila con una hija ya establecida, con un lugar donde puedo compartir con compañeros que somos pares y podemos hablar distintos temas, nadie se horroriza de nada este, chiqueamos, nos reímos de nosotros mismos, eh, contamos nuestras anécdotas y cosas que nos pasan, creo que estoy feliz”* (Dora, 71 años, Institucionalizada -Uruguay).

Entre las expresiones que se consideran referencia de emociones negativas, se encuentran los siguientes ejemplos:

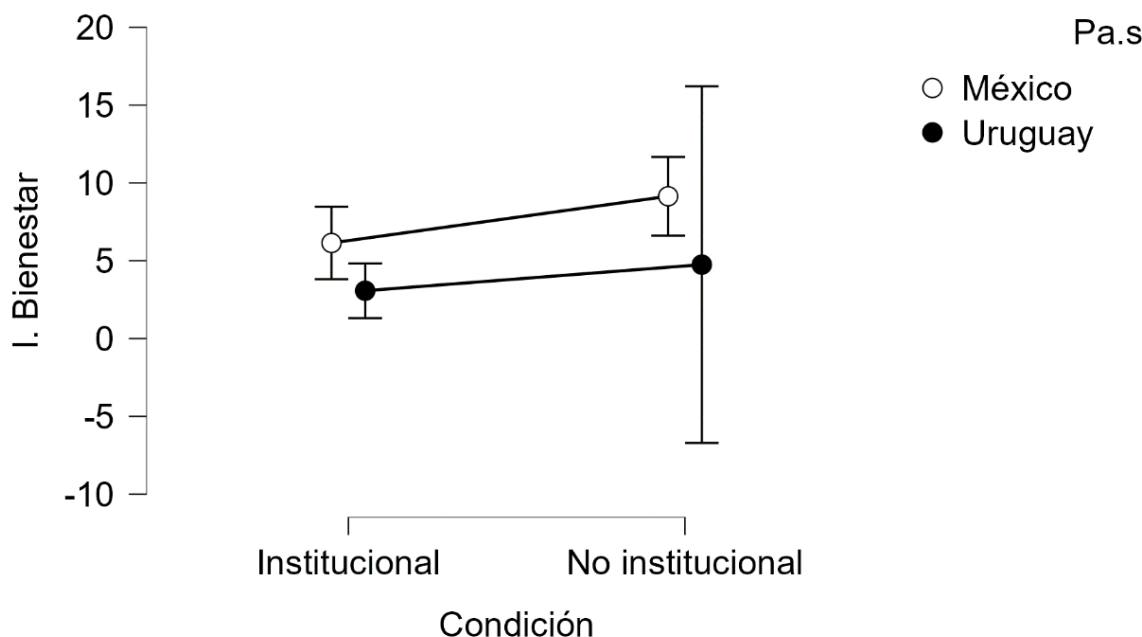
- *“Me he ido, así como deprimiendo como desanimando”* (Cecy, 70 años, Institucionalizada, México).
- *“Es difícil uno solo, no pues me aventé 10 años solo”* (Fede, 76 años No institucionalizado, México).
- *“Me pone triste que esté enfermo el nene, o yo qué sé”* (Lala, 83 años, Institucionalizado, Uruguay).
- *“De tremenda tristeza, pero la culpa no la tiene los de acá, los de acá no, de mi vida misma, mi vida misma”* (Jesús, 84 años, Institucionalizado, Uruguay).
- *“Perdí muchas cosas en tres meses, perdí mi casa, perdí mi esposo, mis dos perritas que tenía, es bravo pasarlo, no, uno dice, me dicen -no te desanimes- yo, soy de ánimos fuerte, pero hoy estoy desanimada”* (Perry, 85 años, Institucionalizado, Uruguay).

Resultados

Se encontró que, de los 53 sujetos, únicamente 4 (7.5%) expresaron más emociones negativas que positivas, en contraste 46 (86.7%) expresaron más positivas que negativas y finalmente 3 (5,6%) expresaron el mismo número de positivas y negativas. Lo anterior nos indica que en términos generales las personas mayores expresan más lo positivo que lo negativo.

Una vez que se calculó el índice de bienestar, restando las emociones negativas a las positivas para cada participante, se comparó el índice de entre grupos. En la Figura 1 se observa el índice en función de los factores país y condición de institucionalización. Un análisis de varianza de dos factores revela efectos del factor país ($F_{1,49} = 3.6, p = .06$) y ausencia de efecto de la condición de institucionalización ($F_{1,49} = 1.4, p=0.23$), sin efectos de interacción ($F_{1,49} = 0.11, p=0.73$).

Figura 1. Índice de bienestar promedio en función del país y la institucionalización. Las barras de error representan el intervalo de confianza al 95%.



Se puede observar un mayor índice de bienestar en la muestra de México con respecto a la muestra de Uruguay, pero no se observan diferencias estadísticamente significativas entre los adultos mayores no institucionalizados con respecto a los institucionalizados en ambos países. Los valores específicos para cada grupo se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Diferencia de bienestar emocional entre países y condición de institucionalización.

País/condición	n	Promedio
Uruguay institucionalizado	14	3.70
Uruguay no Institucionalizado	4	9.47
México Institucionalizado	14	6.50
México no Institucionalizado	21	8.90

Se realizó un análisis descriptivo en la Tabla 2 y se encontró un mayor número de afirmaciones positivas en los centros de día tanto en los participantes de México (Centro de día = 16.2; Institucionalización= 13.1), como de Uruguay (Centro de día = 14; Institucionalización= 5.6). En general, se encuentran mayor número de afirmaciones positivas en la muestra mexicana tanto en las condiciones de institucionalización (México = 13.1, Uruguay=5.6) como las de no institucionalización (México = 16.2, Uruguay= 14).

En general, en condiciones de institucionalización la muestra mexicana tiene un conteo mayor en emociones negativas (México = 7.1, Uruguay=2.5), y en condiciones de no institucionalización Uruguay presenta mayor número de emociones negativa (México = 7.38, Uruguay=9.2).

Tabla 2. Comparaciones entre país e institucionalización por tipo de expresión emocional.

Contenido	País /Institucionalizado y Centro de día	Promedio (D.E)
Positivo	México institucionalizado (n=14)	13.14 (6.6)
	México Centro de día (n=21)	16.29 (3.4)
	Uruguay Institucionalizado (n=14)	5.64 (6.8)
	Uruguay Centro de día (n=4)	14.00 (7.3)
Negativo	México institucionalizado (n=14)	7.13 (6.2)
	México Centro de día (n=21)	7.38 (3.0)
	Uruguay institucionalizado (n=14)	2.57 (2.1)
	Uruguay Centro de día (n=4)	9.25 (3.4)

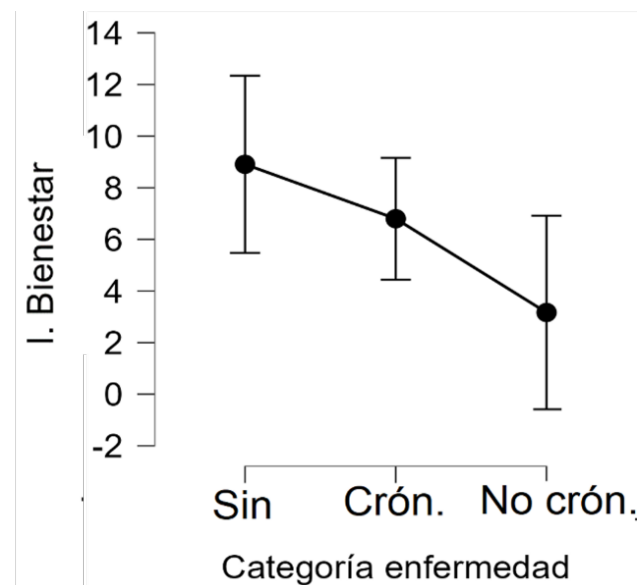
Considerando que la expresión de emociones puede estar relacionada con el estado de salud, se calculó cuantos sujetos tenían una o más enfermedades (presencia enfermedad) y cuantos participantes no reportaban enfermedad alguna (ausencia de enfermedad). Se encontró que 42 tenían una o más enfermedades (79.2%) mientras que 11 no presentaban enfermedades (20.75%). Estos grupos presentaron valores semejantes en el índice de bienestar (ausencia de enfermedad=8.9, presencia de enfermedad=5.76) y estos no diferían estadísticamente ($t_{51} = 1.56, p=0.13$). Se creó la Tabla 3 la cual muestra que tener o no alguna enfermedad no representa diferencias en el número de afirmaciones positivas ($t_{51} = -1.59, p= 0.11$) ni negativas ($t_{51} = 0.31, p= 0.75$).

Tabla 3. Análisis comparativo entre ausencia y presencia de enfermedad por tipo de emoción.

Contenido	Ausencia o presencia de enfermedad	Promedio (D.E)
Positivo	Ausencia de enfermedad (n=11)	13.09 (7.3)
	Presencia de enfermedad (n=42)	12.31 (7.4)
Negativo	Ausencia de enfermedad (n=11)	4.18 (2.6)
	Presencia de enfermedad (n=42)	6.55 (4.7)

Finalmente, en la Figura 2 se hace un comparativo del promedio del índice de bienestar para el grupo de personas que reportaron no tener enfermedad en comparación con los grupos que reportaron tener enfermedad crónica o no crónica. Los adultos mayores sin enfermedad reportan un mayor índice de bienestar (Promedio = 8.8, D.E. = 7.3) seguidos de aquellos que reportan tener enfermedad crónica (Promedio = 6.8, D.E. = 6.3). Mientras que los adultos mayores con

enfermedades no crónicas reportan el nivel más bajo en el índice (Promedio = 3.16, D.E. = 5.9). Es importante señalar que 11 de los adultos mayores de los 53 entrevistados son los que reportaron ausencia de enfermedad. Es decir, que solamente un poco menos del 21% de la muestra estudiada reportó no tener enfermedades contra un 79% que si reportó enfermedades. La prueba de ANOVA confirma las diferencias significativas entre los grupos ($F_{2,50} = 2.76, p = 0.073$).

Figura 2. Índice de bienestar en adultos mayores que reportaron estado de salud sin enfermedad en comparación con adultos mayores que si reportaron alguna crónica o no crónica.

Nota: Las barras de error representan intervalos de confianza de la media al 95%. Sin = Sin enfermedad; Crón. = Con enfermedad crónica; No crón.= Con enfermedad no crónica.

Discusión

Esta investigación se realizó para describir la diferencia entre la frecuencia de expresiones emocionales positivas y negativas en adultos mayores de México y el Uruguay en condiciones institucionales y no institucionales, y buscó evaluar la relación entre bienestar emocional y la salud reportada por los mismos adultos mayores estudiados.

Los resultados muestran que la mayoría de los adultos mayores reportan una mayor cantidad de emociones positivas con respecto a las negativas. Por su parte, el índice de bienestar es diferente en función del país de origen, pero independiente de la condición de institucionalización.

A pesar de que se considera que existe semejanza cultural que permea los estilos verbales de la autoreferencia de emociones y que éstas promueven formas de responder semejantes a un cuestionamiento; el hecho de que los participantes pertenecen a países hispanohablantes y compartir una cultura semejante como lo es la latinoamericana pudiera explicar semejanzas en las formas de realizar reportes de los estados emocionales (De la Mata y Cubero, 2003).

No obstante, en la comparación entre México y Uruguay, los resultados muestran una mayor cantidad de expresiones verbales positivas de los adultos mayores índices de bienestar entrevistados de México con respecto del Uruguay tanto en las condiciones de institucionalización como de no institucionalización lo que genera un mayor índice de bienestar en México respecto a Uruguay. Aquí es relevante, primeramente, el considerar el factor sociocultural de cada país y cómo viven el envejecimiento en cada uno. Así mismo, habrá que tomar en cuenta la dimensión poblacional de cada país. Por ejemplo, en México el número de habitantes es de 126,014,024 millones (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, [INEGI], 2020), mientras que en Uruguay son 3,473,727 millones (Uruguay: economía y demografía, 2021), donde la mayoría de las habitantes son de clase media y se cuenta con un ministerio del cuidado, por ende, las personas mayores en pobreza son limitadas. En contraste en México los niveles de pobreza alcanzan el 43.9 % de la población, afectando significativamente a las personas mayores (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, [CONEVAL], 2021). Resulta paradójico que aparentemente las personas mayores de Uruguay muestran mejores condiciones de vida, por ende, se esperaría que reportaran mayor número de emociones positivas que las personas mayores de México. Sin embargo, los resultados muestran lo opuesto, lo que se puede explicar si se consideran las características propias de la muestra. En Uruguay cuando la persona mayor ingresa a una institución es porque ya presenta limitaciones físicas y/o mentales relevantes, que no necesariamente es la situación de los institucionalizados en México. De igual forma los uruguayos que asisten a Centros de día, también presentan algún tipo de limitación principalmente cognitiva, a diferencia de en México, donde asistir

a un Centro de Día es esperado en personas que buscan actividades lúdicas principalmente y no muestran ningún tipo de limitación física o cognitiva.

Otra posibilidad para la diferencia encontrada entre países, es la existencia de características culturales en los estilos que caracterizan a las comunidades verbales de los países de origen de los participantes, que en el caso de los uruguayos, han tenido sucesos sociales difíciles como las dictaduras prolongadas y la migración de los jóvenes fuera del país, con lo que se permiten expresar con mayor frecuencia, la autoreferencia de estados emocionales negativos mientras que la cultura mexicana, se ha caracterizado por disfrutar la fiesta y la compañía de los otros, particularmente la familia (Flores Galaz, et al., 2013; Florescano & Santana Rocha, 2006), que probablemente incide en que tengan una mayor frecuencia de autoreferencia de emociones y experiencias positivas y agradables en contraste con las negativas o desagradables. Esto pudiera explicar la diferencia entre los datos obtenidos en la comparación entre países de origen de los adultos mayores estudiados.

Con respecto al resultado entre los institucionalizados y los no institucionalizados, en el índice de bienestar (expresiones positivas menos expresiones negativas) no hay diferencias significativas estadísticamente. Una inferencia explicativa de dicha diferencia se sitúa, en que independientemente de que estén en condición de institucionalización o no, la cantidad de aislamiento y contactos sociales es semejante, por el hecho de que los que asisten a Centros de Día, tienen también interacción con empleados capacitados para relacionarse con adultos mayores y, por lo tanto, la proporción de inducción de estados emocionales tanto positivos como negativos por dichas interacciones es parecida, aun cuando es mayor en el caso de los no institucionalizados, por tener como un elemento extra la interacción con sus familiares. Es importante para explicar las diferencias considerar las dimensiones del bienestar psicológico presente en cada ambiente, entre ellos es importante evaluar el dominio del bienestar que incluyen dominio del ambiente, autonomía, propósito en la vida y crecimiento personal, así como el grado de experimentación de emociones positivas, la participación en espacios de socialización, y la autoeficacia. Futuros estudios se podrán enfocar en evaluar estas dimensiones en diferentes espacios ocupados por el adulto mayor y el número de expresiones verbales positivas, así como también será importante incorporar un grupo de adultos mayores no institucionalizados que no asistan a ningún Centro de Día.

Finalmente, un dato relevante, fue la superioridad de afirmaciones negativas en las personas con enfermedad, se observa una superioridad en el bienestar emocional de los adultos mayores que no reportaron enfermedades ni crónicas ni de otro tipo. El valor de probabilidad obtenido sugiere diferencia entre los grupos, sin embargo es importante en futuras investigaciones replicar este hallazgo. Además, llama la atención que los adultos mayores con enfermedades

crónicas también reportaron un mayor bienestar emocional con respecto a los que reportaron otro tipo de enfermedades. Una posible explicación implica que la cronicidad, dada su extensión en el tiempo, posibilita que las personas se adapten a su condición particular, a diferencia de aquellos que pueden tener una enfermedad corta, pero intensa en dolor, por ejemplo, lo cual promueve el malestar emocional también. Estos datos confirman lo sugerido por Cacioppo (2015), en el sentido de que el comportamiento (incluido el verbal) se relaciona con el grado de salud/enfermedad y como los estilos de vida poco saludable generan mayor enfermedad como plantea el estudio longitudinal de Zanninoto, et al. (2019) y un menor bienestar al incrementar la frecuencia de expresiones emocionales negativas en contraste con los adultos mayores con ausencia de enfermedad y que tienen una menor frecuencia de expresión de emociones negativas.

Recordamos al lector que es importante ser cautelosos, atender a las limitaciones del estudio e interpretar los resultados como relaciones potenciales entre variables que permitirán realizar nuevos estudios que puedan ser confirmatorios con una muestra mayor. Es importante considerar que el tamaño de la muestra y el tipo de muestreo dificultan afirmar que las relaciones encontradas en el presente estudio se puedan generalizar a la población de los adultos mayores de los países cuyo origen se comparó. Por otra parte, las explicaciones planteadas en la discusión son hipótesis, y en su naturaleza, tentativas, y tendrían que ser ratificadas en posteriores estudios, en los que también, el tamaño de la muestra estudiada sea representativa considerando un segmento poblacional de los países bajo comparación.

A nivel conceptual, el parámetro de diferencia entre las referencias de estados emocionales positivos menos los estados emocionales negativos, se considera que puede ser un indicador complementario al registro de frecuencia de expresiones emocionales positivas y negativas desde una perspectiva cuantitativa adecuada que se vincule con la noción de bienestar de los adultos mayores.

Por último, una potencial implicación aplicada tiene ver con el desarrollo de intervenciones que modifiquen el comportamiento verbal, incrementando la diferencia analizada en el presente estudio (incrementando la frecuencia de referencia a estados emocionales positivos o minimizando la frecuencia de referencias de estados emocionales negativos o ambos), podría posibilitar que las personas aprendan a generar un mayor bienestar emocional y a autorregular sus estados emocionales independientemente de sus experiencias o vivencias. Mayor investigación en este sentido nos podrá ofrecer en el futuro, evidencia al respecto.

Referencias

- Alexander, R., Aragón, O. R., Bookwala, J., Cherbuin, N., Gatt, J. M., Kahrilas, I. J., Kästner, N., Lawrence, A., Lowe, L., Morrison, R. G., Mueller, S. C., Nusslock, R., Papadelis, C., Polnaszek, K. L., Helene Richter, S., Siltan, R. L. & Styliadis, C. (2021). The neuroscience of positive emotions and affect: Implications for cultivating happiness and wellbeing, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 121, 220-249. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.12.002>.
- Barragán-Estrada A. & Morales-Martínez, C. (2014). Psicología de las emociones positivas: generalidades y beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 19 (1), 103-118.
- Belloc, N.B. (1973). Relationship of health practices and mortality. *Preventive Medicine*, 2(1), 67-81. [https://doi.org/10.1016/0091-7435\(73\)90009-1](https://doi.org/10.1016/0091-7435(73)90009-1)
- Brummett, B. H., Helms, M. J., Dahlstrom, W. G., & 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(12), 1541-1544. <https://doi.org/10.4065/81.12.1541>
- Cacioppo, S., Grippo, A. J., London, S., Goossens, L., & Cacioppo, J. T. (2015). Loneliness: clinical import and interventions. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science*, 10(2), 238-249. <https://doi.org/10.1177/1745691615570616>
- Chen, Y., & Feeley, T. H. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(2), 141-161. <https://doi.org/10.1177/0265407513488728>
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion (Washington, D.C.)*, 9(3), 361-368. <https://doi.org/10.1037/a0015952>.
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) (2021). Comunicado no. 9. Recuperado de CONEVAL Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social | CONEVAL
- Danner, D., Snowdown, D. & Friesen, W. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 804-813. doi: 10.1037//0022-3514.80.5.804
- De la Mata, M & Cubero, M. (2003). Psicología Cultural: aproximaciones al estudio de la relación entre mente y cultura. *Infancia y Aprendizaje*, 26 (2), 181-199. <https://doi.org/10.1174/021037003321827777>

- Diener, E., Larsen, J. & Lucas, R. (2003). Measuring positive emotions. En S. J. Lopez & C. R. Snyder (Eds.): Positive psychological assessment: A handbook of models and measures (pp. 201-218). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Elster, J. (2001). *Sobre las pasiones: Emoción, adicción y conducta humana*. Paidós Ibérica.
- Flores Galaz, M., Cortés Ayala, L., & Rivera Aragón, S. (2013). Familismo y funcionamiento familiar. En A. García & R. Díaz-Loving (Eds.) *Relações familiares: Estudos Latinoamericanos*, (pp. 44 -60). Centro Internacional de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal -CIPRI/UFES. doi:10.13140/2.1.2687.9681
- Florescano, E. & Santana Rocha, B. Coordinadores (2006). *La fiesta mexicana. Tomo I*. Fondo de Cultura Económica.
- Frederickson, B.L. & Losada, M.F. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60, 678-686. doi: 10.1037/0003-066X.60.7.678
- Fredrickson, B.L. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2(3), 300-319. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.300
- González-Valarezo, M., Piza-Brugos, N., & Sánchez-Cabezas, P. (2020). La psicología positiva como recurso en la atención del adulto mayor. *Revista Conrado*, 16 (72), 109-115.
- Harker, L. & Keltner, D. (2001). Expressions of positive emotion in women's college yearbook pictures and their relationship to personality and life outcomes across adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 112-114. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.1.112>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2020). Censo de población y vivienda. Recuperado de Censo Población y Vivienda 2020 (inegi.org.mx)
- JASP Team (2020). JASP (Version 0.14.1)[Computer software].
- Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*. 13, 47-60. <https://doi.org/10.18682/pd.v13i0.361>
- Maruta, T., Colligan, R. C., Malinchoc, M., & Offord, K. P. (2000). Optimists vs pessimists: survival rate among medical patients over a 30-year period. *Mayo Clinic Proceedings*, 75(2), 140-143 doi:<https://doi.org/10.4065/75.2.140>
- Matarazzo, J. (1983). Behavioral Immunogens and Pathogens. En B. Hammonds & J. Scheiner (Eds.). *Health and Illness. In Psychology and Health: Master Lecture Series*. American Psychological Association.
- Maldonado, M. (2019). Factores relacionados con el bienestar subjetivo en ancianos que viven en situación de pobreza semiurbana (pp. 27-56). En: M. Maldonado, R. Rosas & E. Camacho (Coordinadores). *Vejez y Envejecimiento: Una aproximación interdisciplinaria*. México: ITESO.
- Millenson, J.R. (1977). *Principios de Análisis Conductual*. Trillas.
- Morrison, V. & Benett, P. (2008). *Psicología de la Salud*. Pearson Educación.
- Parkinson, B. (1996). Emotions are social. *British Journal of Psychology*, 87(4), 663-683. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8295.1996.tb02615.x>
- Sarabia, C.M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174.
- Seligman, M. (2005). *La auténtica felicidad*. Vergara.
- Seligman, M. (2014). *Florece: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Océano.
- Stephoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., & Wardle, J. (2013). Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 110(15), 5797-5801. <https://doi.org/10.1073/pnas.1219686110>
- Uruguay economía y demografía (2021). Datos macro expansión. Recuperado de Uruguay: Economía y demografía 2021 | datosmacro.com (expansion.com)
- Vaillant, G. (2000). Adaptive mental mechanisms: their role in Positive Psychology. *American Psychologist*, 55(1), 89-98. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.89>
- Vecina Jiménez, M.L. (2006). Emociones positivas. *Papeles del Psicólogo*, vol. 27, núm. 1, enero-abril, pp. 9-17.
- Vega-Michel, C. & Camacho, E (2014). Introducción En: E. Camacho y C. Vega (Coords). *Autocuidado de la Salud*. (pp. 11-16). ITESO.