



PATRONES Y ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EMPLEADAS EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS CON DETERIORO COGNITIVO

Parra-Rizo, M.A*

Faculty of Health Sciences, Valencian International University, -VIU-, Valencia, Spain. Department of Health Psychology, Faculty of Social and Health Sciences, Campus of Elche, Miguel Hernandez University (UMH), Elche, Spain.

Agustí, A.I.

Faculty of Health Sciences, Valencian International University, -VIU-, 46002, Valencia, Spain.

Guillem-Saiz, J.

Faculty of Health Sciences, Valencian International University, -VIU-, 46002, Valencia, Spain.

González-Moreno, J.

Faculty of Health Sciences, Valencian International University, -VIU-, 46002, Valencia, Spain.

Cantero-García, M

*Faculty of Health Sciences, Valencian International University, -VIU-, 46002, Valencia, Spain.
Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Universidad Pontificia de Comillas, Madrid, Spain.*

*Autor de correspondencia:

Dra. María Antonia Parra Rizo, Department of Health Psychology, Faculty of Social and Health Sciences, Campus of Elche, Miguel Hernandez University (UMH), 03202 Elche, Spain.

Email maria.parrar@umh.es

<https://orcid.org/0000-0002-1986-1148>

Resumen

Introducción. Son escasos los estudios científicos sobre los patrones cognitivos y estrategias empleadas en personas mayores con deterioro cognitivo (DC). **Objetivo.** El objetivo fue comparar 2 grupos de personas mayores, con DC y sin DC, la refocalización de planes, catastrofización, autculpa, refocalización positiva y reinterpretación positiva para observar diferencias y establecer patrones cognitivos adaptados al perfil para la mejora en la atención profesional. **Método.** Para ello en este estudio de corte transversal con diseño correlacional y muestreo no probabilístico por conveniencia se empleó el Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) y Geriatric Depression Scale (GDS) en 196 personas mayores de 60 años pertenecientes a centros de día y residencias (M= 75,95 DT= 10,08). **Resultados.** Se han obtenido resultados estadísticamente significativos en refocalización de planes ($p < .00$); catastrofización ($p = .00$); autculpa ($p < .00$); refocalización positiva ($p < .00$) reinterpretación positiva ($p < .00$). **Conclusiones.** Es uno de los escasos estudios de este campo que contribuye a enfatizar la necesidad de estudio de variables emocionales adaptativas o desadaptativas para la vida del adulto mayor con DC inexistentes en el ámbito científico, además, muestra diferentes patrones cognitivos y estrategias adaptativas empleadas en DC y sin DC. Su conocimiento ayudaría a personalizar intervenciones en función de los patrones cognitivos presentes en esta publicación.

Palabras clave: personas mayores; refocalización de planes; catastrofización; autculpa; refocalización positiva.

Abstract

Scientific studies on cognitive patterns and strategies used in older people with cognitive impairment (CD) are scarce. **Objective:** The objective was to compare 2 groups of older people, with CD and without CD, the refocusing of plans, catastrophizing, self-blame, positive refocusing and positive reinterpretation to observe differences and establish cognitive patterns adapted to the profile for the improvement in professional care. **Method:** For this, in this cross-sectional study with correlational design and probability sampling by not convenience, the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and Geriatric Depression Scale (GDS) were used in 196 people over 60 years old belonging to day centers and residences (M=75.95 SD= 10.08) **Results:** Statistically significant results have been obtained in refocusing plans ($p < .00$); catastrophizing ($p = .00$); self-blame ($p < .00$); positive refocusing ($p < .00$); positive reinterpretation ($p < .00$). **Conclusions:** It is one of the few studies in this field that contributes to emphasize the need to study adaptative or maladaptative emotional variables for the life of the elderly with CD that do not exist in the scientific field, in addition, it shows different cognitive patterns and adaptative strategies used in CD and without DC. Their knowledge would help to personalize interventions based on the cognitive patterns present in this publication.

Keywords: older people; refocusing of plans; catastrophizing; self-blame; positive refocusing.

Introducción

El proceso de envejecimiento conlleva cambios fisiológicos que repercuten en la vulnerabilidad y desarrollo de enfermedades físicas y mentales, por ello, una mejor condición física se asocia con mejoras en calidad de vida, bienestar y salud mental (Hemmeter & Ngamsri 2022). En la actualidad, la situación demográfica en auge representa una carga para la salud pública (Kushkestani et al. 2022). Ante este escenario, se hace necesario comprender las diferentes condiciones que afectan la calidad de vida de las personas mayores y que derivan en una mayor probabilidad de causar deterioro cognitivo. Definiendo el deterioro cognitivo (DC) como un síndrome clínico que consiste en la alteración de al menos un dominio cognitivo, a diferencia de su grupo normativo (Sáez et al. 2021).

En la actualidad, la necesidad por alcanzar un envejecimiento exitoso y feliz, forma parte de las prioridades para mejorar la calidad de vida, reduciendo al máximo la enfermedad y discapacidad. Siendo necesario el mantenimiento de la salud e independencia con tal de favorecer el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria y evitar las consecuencias emocionales negativas (Lara et al. 2020). Esta situación genera interés en las características de la enfermedad desde un enfoque biomédico, psicológico y social (Solé et al. 2019).

Al respecto de la importancia del estudio de las emociones en las personas mayores, autores como Vega et al. (2018) indican que la presencia de deterioro cognitivo está relacionada con una disminución del bienestar funcional, social y emocional, así como el incremento de la sintomatología depresiva. En cuanto a las diferencias entre personas con deterioro cognitivo y sin él, son las de más edad y las de más deterioro las que destacan en sintomatología depresiva.

En relación a lo anteriormente dicho, Nowlan, Wuthrich & Rapee (2016) indican que esta etapa de envejecimiento corresponde con una etapa de adaptación emocional y estrategias adaptativas, siendo la reevaluación positiva como una de las más estudiadas y empleadas cuando experimentan alguna situación adversa, reportando mayor bienestar psicológico (Schanowitz & Nicassio, 2006; Nowlan, et al. 2016), y, satisfacción vital (Windsor, 2009) así como menor sintomatología

depresiva (Kraaij, Pruyboom, & Garnefski, 2002). De hecho, Etxebarria (2016) observó en personas mayores SDC, que empleaban en menor medida las estrategias proactivas y la solución de problemas, y en mayor medida las pasivas como evitación, aceptación y supresión.

En esta línea, las estrategias de regulación emocional adaptativas permiten flexibilidad ante las situaciones, mientras que las desadaptativas obstaculizan las metas propuestas (Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer, 2010), siendo estas últimas las que mayor repercusión tienen en la salud emocional. En este sentido, las estrategias de regulación emocional desadaptativas como el catastrofismo, la evitación o la culpa son contraproducentes para determinados estados anímicos y emocionales como la depresión, ansiedad o desórdenes alimenticios (Aldao et al. 2010). La culpa también es otro sentimiento con el que puede identificarse el adulto mayor, sin embargo, existen muy pocos estudios que evalúen la culpa en personas mayores (Else-Quest, 2006; Jurkowitz, 1996; Valliant y Furac, 1993). Turner-Cobb, Michalaki & Osborn (2015) observaron más culpa en mujeres que en hombres, altos niveles de culpa y vergüenza, así como las relaciones entre culpa y autoevaluación negativa, y entre culpa y malestar físico. Asimismo, autores como Klooster et al. (2014) indicaron que las mujeres puntuaron más alto en culpa y vergüenza que los hombres. Por su parte, Orth, Robins & Soto (2010) indicaron que la culpa, la vergüenza y el orgullo aumentan con la edad hasta los 70 años y que después tiende a estabilizarse. En general las mujeres presentaban más culpa y vergüenza, y menos orgullo que los hombres, pero no en población CDC.

Por lo que respecta a las funciones ejecutivas en los adultos mayores, descritas como funciones metacognitivas y de autorregulación de la conducta, debemos tener en cuenta que la posibilidad de planificar, ejecutar tareas en la vida diaria, re-focalizar planes, capacidad de formar conceptos, la abstracción, la flexibilidad y la inhibición disminuyen con la edad. Esas funciones, están estrechamente relacionadas con el funcionamiento del lóbulo frontal, y otras áreas subcorticales que son especialmente vulnerables al envejecimiento, ya que si no se estimula adecuadamente se deteriora en primer lugar (Bravo, Pérez & Ucha, 2021).

Finalmente, Meltzer (2016), indica que son escasos los estudios que prestan atención al estudio

de las estrategias de regulación emocional en personas mayores, y, sobre todo, en menor medida en aquellas con deterioro cognitivo. Por tanto, y teniendo en cuenta la literatura anteriormente presentada, el presente estudio pretende investigar las emociones adaptativas o desadaptativas en una población mayor con deterioro cognitivo, sus patrones y estrategias cognitivas empleadas. En consecuencia, el objetivo del presente artículo es comparar los efectos del deterioro cognitivo en la refocalización de planes, catastrofización, autculpa, refocalización positiva y reinterpretación positiva en un grupo de personas mayores sin deterioro cognitivo (SDC) y otro con deterioro cognitivo (CDC).

Método

Diseño

El diseño se corresponde con un estudio corte transversal con diseño correlacional.

Participantes

La muestra final estuvo compuesta por 196 personas mayores de 60 años cuyas respuestas fueron recopiladas mediante una encuesta online, 15 personas no llegaron a completarla y fueron descartadas. Además, una persona no dio su consentimiento y no pudo continuar con la participación en este estudio. La encuesta fue distribuida online, mediante el método bola de nieve entre participantes y contactos, con la ayuda de los investigadores y con una media de edad de $M=75,95$, siendo la mínima de 61 años y la máxima de 99 años. En cuanto al estado civil, el 35,2% casados, 31,1 % viudos, 20,9 % solteros, 12,8 % divorciados.

Los criterios de inclusión de los participantes fueron: a) que tuvieran 60 años o más; b) que no tuvieran una enfermedad que les impidiera la entrevista; c) ausencia de deterioro cognitivo o presencia de este (el puntaje máximo para el grupo con CDC fue de 25 en el test MoCA). Los criterios de exclusión fueron: a) que estuvieran fuera del rango de personas mayores de 60 años o más; b) personas mayores que por sus circunstancias de salud no fuera posible la realización de la entrevista para su lectura o comprensión de la batería de cuestionarios presente en este estudio;

c) padecer enfermedad de Alzheimer; d) trastorno de la personalidad o trastornos conductuales, e) déficits sensoriales visuales, auditivos moderados o severos que dificulten la evaluación, f) padecer algún tipo de depresión moderada o grave (valorado mediante la escala GDS, excluyendo aquellos participantes con puntuación igual o superior a 8).

Instrumentos de evaluación

Se administró un cuestionario online con dos partes, la primera centrada en el estudio de los datos sociodemográficos, y la segunda, en la administración de tres cuestionarios sobre: deterioro cognitivo, depresión y regulación emocional.

Datos sociodemográficos

Se recogen datos generales, como sexo, estado civil, profesión, nivel socioeconómico, con quien vive, de hijos y/o nietos.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

Este instrumento es un test de screening para la detección del deterioro cognitivo leve, moderado y grave. Examina las siguientes habilidades: atención, concentración, funciones ejecutivas (incluyendo la capacidad de abstracción), memoria, lenguaje, capacidades visoconstructivas, cálculo y orientación (Nasreddine, et al. 2005). El tiempo de administración requerido es de aproximadamente diez minutos, cuyo propósito es detectar la presencia de DCL y diferenciarlo de alteraciones cognitivas consecuentes al envejecimiento normal. El puntaje máximo es de 30; un puntaje igual o superior a 26 se considera normal, con una consistencia interna de .772, fiabilidad inter-evaluador del .922 (Delgado, Araneda & Behens, 2019).

Geriatric Depression Scale (GDS)

Geriatric Depression Scale (Yesavage et al. 1982) evalúa la presencia de depresión. Consta de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) sobre la última semana. Los ítems abarcan sobre diferentes síntomas relacionados con afecto, inactividad, irritabilidad, aislamiento, pensamientos angustiosos o juicios negativos. Siendo los puntos de corte de 0-10 una puntuación normal; y de 11-

30 una posible depresión. En el presente estudio se ha empleado la versión abreviada 15 ítems de Martínez de la Iglesia et al. (2002). El cuestionario posee una consistencia interna de .99; una fiabilidad interobservador e intraobservador, medidas a través del índice Kappa ponderado de .65 y .95; una validez convergente de .618 y discriminante de .235; sensibilidad de 81.1% y especificidad de 76.7%. Este cuestionario se ha empleado para evaluar a personas mayores de 60 años en la actualidad (Abdi, Mirzaian & Abbasi, 2021).

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001) identifica las estrategias de afrontamiento de regulación cognitiva de las emociones en respuesta a un suceso vital importante. Consta de 36 ítems, con 9 escalas de 4 ítems cada una, aceptación, centrarse en lo positivo, focalización en la planificación, reevaluación positiva, puesta en perspectiva, autoculparse, rumiación, catastrofización, y culpar a otros. Las opciones de respuesta se miden en una escala tipo Likert, donde 1 indica "casi nunca" y 5 "casi siempre". La puntuación de cada una de las nueve escalas puede variar de 4 a 20 puntos, indicando las puntuaciones más altas una mayor frecuencia de uso de esa estrategia cognitiva específica. Según los datos obtenidos por Garnefski et al. (2001), presenta una alta consistencia interna (.92), una fiabilidad test-retest entre .62 y .64. En la actualidad, este instrumento es ampliamente empleado en la evaluación de la población mayor (Strutt et al. 2021).

Procedimiento

En primer lugar, se estableció contacto con el responsable de los centros de día y residencias. Se explicó el objetivo de la presente investigación, el procedimiento y que los participantes formarían parte de una investigación de forma voluntaria y anónima en una serie de batería de cuestionarios. Respetando el anonimato de los participantes quienes tuvieron pleno conocimiento de la finalidad del estudio, el cual se cumplió bajo el amparo de las disposiciones éticas en investigación de la Declaración de Helsinki. El proyecto fue aprobado por una comisión en cada centro participante (de donde se extrajo la muestra), esta comisión evaluó la adecuación del proyecto a la normativa legal

y normativa de los centros. Estas comisiones se conformaron con los directivos de los centros, familiares y usuarios que conforman el consejo rector de cada centro. Su aprobación vino determinada por un aval por escrito de su conformidad para aprobar el proyecto. Todos los participantes en la investigación recibieron información de los objetivos, finalidades de la investigación, compromiso de confidencialidad y firmaron el consentimiento informado.

Tras su aprobación, se convocó una reunión grupal con las personas mayores para explicar los objetivos de la investigación en los centros de día y residencias. En ella, se explicó el objetivo y procedimiento del mismo, ofreciendo información clara y comprensible a todos los participantes en colaborar, garantizando en todo momento el anonimato de los datos. También, se trasladó la información a los familiares para que también fueran informados de la investigación en la que los participantes o sus familiares mayores iban a colaborar.

Aquellos interesados en participar, recibieron la hoja de consentimiento informado y una fecha próxima para el pase de cuestionarios, que tendría lugar en el propio centro, garantizando un clima libre de distracciones y con descansos necesarios.

El pase de cuestionarios, se realizó mediante una entrevista individual de aproximadamente 15-20 minutos, donde tras establecerse un primer contacto y presentarse, se recogía la hoja de consentimiento informado, se informaban los objetivos de la investigación, y se indicaba que durante todo momento se garantizaría la confidencialidad de los datos con fines estrictamente científicos. También se comunicaba que, en caso de fatiga, malestar o preferencia personal, tenían la posibilidad de realizar la evaluación en 2 sesiones. Además, en cualquier momento que lo deseen, podían abandonar la investigación. Tras esto se procedía a la cumplimentación de los datos sociodemográficos mediante las preguntas del profesional a la persona participante, así como se llevaba a cabo cumplimentación de el test Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Geriatric Depression Scale (GDS) y Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). El pase de cuestionarios se llevó a cabo por colaboradores de la investigación con formación en psicogerontología.

La recogida de datos tuvo lugar de marzo a julio de 2021.

Análisis de datos

Para estudiar las diferencias entre los participantes según las estrategias de regulación emocional, según el cuestionario CERQ. Se utilizó una prueba t de student para muestras independientes, entre el grupo con deterioro cognitivo y el grupo sin deterioro cognitivo. El valor de significación establecido es $<.05$

Los análisis de datos se han realizado con el paquete estadístico SPSS, versión 25.0.

Resultados

El total de adultos mayores encuestados fue de 195, el 64,8 % eran mujeres, y el 34,7% hombres. De la muestra, los adultos mayores con deterioro cognitivo (CDC) fueron 84 (43,07%), y sin deterioro cognitivo (SDC) 111 (56,92%).

Para conocer los resultados estadísticos en referencia a la diferencia de medias entre grupos sobre los cuestionarios MoCA y GDS, se realizó una prueba t de Student entre los grupos CDC y SDC. Como se puede observar en la tabla 1, se encontraron diferencias entre grupos para el resultado total del MoCA, pero no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos para el GDS.

La comparación de estrategias de regulación emocional según el CERQ mediante la prueba t de Student reportó en los dos grupos (sin deterioro/ con deterioro) mostró que hubo una diferencia significativa en la estrategia de refocalización de planes, esto nos indica que el grupo SDC, utiliza la estrategia de refocalización de los planes, en

mayor medida que el grupo con DC. También hubo una diferencia estadísticamente significativa en la estrategia de catastrofización, entre el grupo CDC y el grupo SDC. Estos resultados, nos muestran que en el caso del grupo con DC se utiliza en mayor medida la catastrofización, como estrategia de regulación emocional que en el grupo SDC.

Las estrategias de autculpa y Refocalización positiva y reinterpretación positiva, también ofrecieron resultados estadísticamente significativos entre ambos grupos. Estos datos reflejan que se utiliza en mayor medida la estrategia de autculpa en el grupo de mayores con deterioro cognitivo que en mayores sin deterioro cognitivo, mostrando así, como el grupo con SDC utiliza en mayor medida la estrategia de Refocalización positiva que el grupo DC. Finalmente para la estrategia de Reinterpretación positiva, los datos fueron significativos para el grupo SDC y el grupo CDC. Estos últimos datos indicaron que el grupo sin deterioro cognitivo utiliza en mayor medida la reinterpretación positiva que el grupo DC tal y como se puede observar en la tabla 2.

Discusión

El objetivo del presente trabajo era evaluar las estrategias de regulación emocional en un grupo de adultos mayores sin deterioro y otro con deterioro cognitivo y mostrar evidencia científica “sobre las diferencias que acontece con el desarrollo del deterioro”.

En primer lugar, nuestros resultados muestran que en las personas sin deterioro cognitivo es característico la refocalización de planes, refocalización positiva y reinterpretación positiva. Al

Tabla 1. Media, desviación típica y t Student atendiendo a diferencias entre CDC y SDC de los participantes para el GDS y el MoCA

	CDC	SDC		
	M (DT)	M (DT)	Sig.	d
MoCA	28.12±1.13	19.31 ± 5.45	<.001	.93
GDS	4.59 ± 2.26	4.80± 2.86	.834	.53
n= 196 participantes CDC= Con deterioro cognitivo SDC= Sin deterioro cognitivo d = tamaño del efecto				

Tabla 2. Media, desviación típica y t Student atendiendo a diferencias entre CDC y SDC de los participantes para el CERQ

	CDC	SDC		
	M(DT)	M(DT)	Sig.	d
Refocalización de planes	12.3 ±3.20	15.78±.63	<.001	.87
Catastrofización	11.28±4.14	9.45±3.37	<.001	.63
Autoculpa	11.16±3.68	9.39±3.98	<.001	.62
Refocalización positiva	13.17±4.38	15.03±3.61	<.001	.63
Reinterpretación positiva	12.95±4.15	14.13±4.35	.05	.63
n= 196 participantes CDC= Con deterioro cognitivo SDC= Sin deterioro cognitivo d = tamaño del efecto				

respecto, estos resultados encontrados van en la misma línea que autores como Pérez-Fuentes et al. (2016) los cuales hacen alusión en su investigación a que el entrenamiento y enfrentamiento de las capacidades cognitivas y de las habilidades vinculadas con la inteligencia emocional presentan un efecto positivo en la valoración que hace la persona mayor de su salud y, por ende, la confrontación puede llevar a que se obtengan resultados más favorables. De este modo, se pone de manifiesto que la mejora de estas capacidades permite junto a la inteligencia emocional ser una estrategia eficaz para el desarrollo de nuevos programas de salud (Krawczyk et al. 2009).

En segundo lugar, en personas con DC nuestros resultados muestran mayor catastrofización y autoculpa. En esta línea, es importante resaltar los pocos estudios que evalúan la culpa en personas mayores haciendo hincapié en que tales emociones pueden ser consideradas como un factor de riesgo para obtener resultados negativos en la autopercepción, sobre todo, cuando hay un diagnóstico de patología. (Else-Quest, 2006).

Sin embargo, nuestros resultados van en línea del estudio de Turner-Cobb et al. (2015) el cual indica las relaciones entre la culpa y la autoevaluación negativa como percepción asociada al envejecimiento que ocasiona una falta de percepción de control y síntomas de depresión. Además, autores como Orth et al. (2010) indicaron que la culpa aumenta con la edad hasta los 70 años y que después tiende a estabilizarse, por ello es importante incluir estas variables en intervenciones para re-

ducir la sintomatología que generan en personas mayores.

Dada la escasez de literatura sobre las dimensiones evaluadas en esta población, como implicaciones prácticas a la sociedad estos datos suponen una evidencia para que en la práctica profesional se preste atención al cuidado del patrón cognitivo en las personas mayores.

Por otro lado, como implicaciones teóricas a la comunidad científica, este estudio supone un aporte a la escasa literatura científica en el ámbito del deterioro cognitivo y las emociones.

Para futuras investigaciones sería interesante analizar en profundidad diversos aspectos positivos de las dimensiones evaluadas y conocer la manera en la que potenciar diversos aspectos de la salud mental y la calidad de vida tratando como objetivo principal de la intervención aquellas dimensiones que no han sido estudiadas en la actualidad pero que sí muestran una relación negativa con el desarrollo emocional de nuestro adulto mayor. Además, sería necesario poder analizar diferentes subgrupos de edades, ya que como muestran los resultados a partir de los 70 años hay cambios en el estado emocional, al convertirse éste en más estable.

Si bien es cierto, la pérdida de determinados procesos como atención, percepción y memoria en dicha población puede mermar ciertas emociones (Abdi et al. 2021), sería interesante potenciar

estrategias más adaptativas en la población mayor con deterioro cognitivo para producir mejores intervenciones que mejoren al mayor.

Pese a este aporte, destacar una de las limitaciones del presente estudio, como es el corte transversal del mismo. Aun así, una de las futuras vías de actuación es profundizar sobre los patrones cognitivos y estrategias investigadas. De igual modo, sería necesario poder realizar un test- screening para poder identificar el DC. Su conocimiento nos ofrecerá mayor alcance en las intervenciones a realizar.

Conclusión

El hallazgo de este artículo nos muestra diferentes patrones cognitivos y estrategias adaptativas en población mayor con DC. En primer lugar, las personas sin deterioro cognitivo muestran una mayor refocalización de planes, refocalización positiva y reinterpretación positiva. Mientras que las personas con deterioro cognitivo muestran un patrón cognitivo de pensamiento característico como es la catastrofización como estrategia de afrontamiento y autoculpa, como pensamientos negativos que evitarán que podamos resolver un problema o pensando que es imposible de solucionar, así como al sentimiento de incumplir con lo establecido, fomentado el sentimiento de autoculpa ante el deber esperado.

Fuente de financiación

Esta investigación no recibió ninguna subvención específica de agencias de financiamiento en los sectores público, comercial o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses que pueda ser percibido como perjudicial para la imparcialidad de la investigación reportada.

Referencias

Abdi, S., Mirzaian, B., y Abbasi, G. (2021). The effectiveness of emotion efficacy on the level of depression and self-care ability of non-clinical depressed elderly. *Iranian Journal of Nursing Research*, 15(6), 65-74.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.11.004.

Bravo, O. L., Pérez, D. Z., & Ucha, F. G. (2021). Desarrollo de habilidades espacio temporales para favorecer la función ejecutiva en el adulto mayor desde una perspectiva ecológica. *Revista Inclusiones*, 09-32.

Delgado, C., Araneda, A., & Behrens, M. I. (2019). Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años. *Neurología*, 34(6), 376-385. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>

Else-Quest, N. M. (2006). The development of adaptive cognitions, guilt and shame in cancer patients. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 67(6), 3481.

Etxeberria, I. (2016). Estudio descriptivo de algunas variables emocionales en las personas mayores. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(2), 57-69. DOI: 10.1989/ejihpe.v6i2.159.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A. y Gruen, R.J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003.

Garnefski, N., Kraaij, V. y Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311-1327. DOI: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6.

Hemmeter, U. M.; Ngamsri, T. (2022). Physical activity and mental health in the elderly. *Praxis*, 110(4), 193-198. DOI 10.1024/1661-8157/a003853

Jurkowitz, S. W. (1996). Transgenerational transmission of depression, shame, and guilt in Holocaust families: An examination of three generations. *Dissertation Abstracts International: Section B. Sciences and Engineering*, 57(4), 2946

Klooster, P.M., Christenhusz, L., Tall, E., Eggel-

- meijer, F., Woerkom, J.M. y Rasker, M.J. (2014). Feelings of guilt and shame in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Rheumatology*, 33, 903-910.
- Kraaij, V., Pruyboom, E., y Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: a longitudinal study. *Aging & Mental Health*, 6(3), 275-281.
- Krawczyk, E., Llek, A., Mroz, S., Kamenczak, A., & Maj, J. C. (2009). Emotional identification and management disorders among benzodiazepine dependent patients as a factor leading towards interpersonal relations problems. *Przegląd Lekarski*, 66(6), 319-322
- Kushkestani, M.; Parvani, M.; Ghafari, M.; Avazpoor, Z. (2022). The role of exercise and physical activity on aging-related diseases and geriatric syndromes. *Sport TK-Rev.Eur. de Cien. del Dep.*, 11. <https://doi.org/10.6018/sportk.464401>
- Lara, R., Vázquez, M. L., Ogallar, A., y Godoy-Izquierdo, D. (2020). Psychosocial resources for hedonic balance, life satisfaction and happiness analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1-18. DOI: 10.3390/ijerph17165684
- Martínez de la Iglesia, J., Onís, M., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C., & Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medicina de Familia*, 12(10), 620-630.
- Meltzer, E. P. (2016). *Emotion regulation in relation to cognitive functioning in the preclinical stages of dementia* (tesis doctoral). Universidad de Nueva York, Nueva York.
- Ministerio de Sanidad. (2016). Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Informes. *Estudios e Investigación*, 1, 19.
- Naciones Unidas. (UN, 2017). *World Population Ageing*. Available online: www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699
- Nowlan, J. S., Wuthrich, V. M., y Rapee, R. M. (2016). The impact of positive reappraisal on positive (and negative) emotion among older adults. *International psychogeriatrics*, 28(4), 681-693. DOI: 10.1017/S1041610215002057.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Demencia. Datos y Cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS, 2015). *Ageing and health*. Available online: <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>
- Orth, U., Robins, R.W. y Soto, C. (2010). Tracking the trajectory of shame, guilt and pride across the life span. *Journal of Personality and Social Psychology*, 99, 6, 1061-1071.
- Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Molero, M.M., Martos, A., Barragán, A.B., y Simón, M.M. (2016). Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PECE-PM. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 11-23. Doi: 10.15517
- Sáez, C. Z., Espeso, E. R., Sánchez, L. H., & Jentoft, A. C. (2021). El deterioro cognitivo en los mayores. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 13(46), 2671-2687. <https://doi.org/10.1016/j.med.2021.12.002Get>
- Schanowitz, J. Y., y Nicassio, P. M. (2006). Predictors of positive psychosocial functioning of older adults in residential care facilities. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(2), 191-201.
- Solé, C., Cifré, I., Celdrán, M., Gaspar, M., y Rodríguez, L. (2019). Contribuciones de la estimulación multisensorial (Snoezelen) en personas mayores con demencia. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 311-321.
- Strutt, P., Johnco, C., Chen, J., Muir, C.,

Maurice, O., Dawes, P., Siette, J., Dias, C., Hillebrandt, H. y Wuthrich, V. (2021) Stress and Coping in Older Australians During COVID-19: Health, Service Utilization, Grandparenting, and Technology Use. *Clinical Gerontologist*, <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1884158>

Turner-Cobb, J., Michalaki, M. y Osborn, M. (2015). Self-conscious emotions in patients suffering from chronic musculoskeletal pain: a brief report. *Psychology and Health*, 3(4), 495-501.

Valliant, P. M. y Furac, C. J. (1993). Type of housing and emotional health of senior citizens. *Psychological Reports*, 73, 1347-1353.

Vega, T., Miralles, M., Mangas, J.M., Castrillejo, D., Rivas, A.I., Gil, M., López, A., Arrieta, E., Lozano, J.E. y Fragua, M. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), 491-498. DOI: 10.1016/j.nrl.2016.10.002.

Verdejo-García, A. y Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema*, 227-235.

Windsor, T. D. (2009). Persistence in goal striving and positive reappraisal as psychosocial resources for ageing well: A dyadic analysis. *Aging and Mental Health*, 13(6), 874-884.

World Health Organization. (2017). Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO ISBN 9789241513487 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., y Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. DOI: 10.1016/0022-3956(82)90033-4.