Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata

Repositorio RPsico **http://rpsico.mdp.edu.ar**

Trabajos de Tesis Tesis de Grado

2019-11-08

Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la regulación emocional en adultos mayores

Andrei, Gaspar

http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/1201

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
REPUBLICA ARGENTINA

“Relación entre la presencia de síntomas depresivos y la regulación emocional en adultos mayores”

INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CORRESPONDIENTE AL REQUISITO CURRICULAR CONFORME O.C.S 553/09.

NOMBRE Y APELLIDO DE LOS ALUMNOS:

Andrei, Gaspar DNI 34.648.075

Bechara, Gabriel Mariano DNI 37.238.092

SUPERVISOR: Dr. Urquijo, Sebastián.

CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN: Psicología Cognitiva – IPSIBAT – CIMEPB. Facultad de Psicología UNMDP - CONICET.

FECHA DE PRESENTACIÓN:

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de los alumnos Andrei Gaspar y Bechara Gabriel Mariano, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de su autor.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por los alumnos Andrei Gaspar (DNI Nº 34.648.075) y Bechara Gabriel Mariano (DNI 37.238.092), conforme con los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los …..... días del mes de……. del año ……..

Firma del supervisor Aclaración

Informe de Evaluación del Supervisor

Dr. Sebastián Urquijo
Supervisor

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por los alumnos Gaspar Andrei, DNI Nº 34648 y Bechara Gabriel Mariano DNI 37.238.092.

Firma y aclaración de los miembros de la comisión asesora:

Fecha de aprobación:

Calificación:

ÍNDICE GENERAL

Carátula…….……Pág. 1

Página Preliminar: Plan de Trabajo/Consentimiento……Pág. 2

Página de Aprobación del Supervisor y/o Co-Supervisor…….……....Pág. 3

Informe de Evaluación del Supervisor y/o Co-Supervisor……...……..…Pág. 4

Evaluación de la Comisión Asesora……..Pág. 5

Anteproyecto……...……..Pág. 6

Descripción resumida……..……....…….....Pág. 8

Descripción detallada…….……...Pág. 9

Objetivo General……..……...…....Pág.29

Objetivos Particulares……..……..Pág.29

Hipótesis de Trabajo……..……...……....…Pág. 29

Metodología…….……...…….Pág. 29

Tipo de estudio……Pág. 29

Participantes…….……...……Pag. 29

Instrumentos.……...……Pág. 30

Procedimiento……..Pág. 31

Procesamiento de datos……...……...……..Pág. 32

Presentación de los Resultados…….…….....Pág. 33

Discusión de los resultados y conclusiones…..……...……Pág. 36

Referencias Bibliográficas……...……...…Pág. 40

Descripción resumida

El objeto de estudio es establecer la relación existente entre la ocurrencia de los síntomas depresivos y el tipo y la frecuencia de uso de estrategias de regulación emocional de adultos mayores residentes en la ciudad de Mar del Plata. Con base en la literatura científica, se parte del supuesto de que las personas con mayor cantidad e intensidad de síntomas depresivos mostrarán una tendencia a utilizar con menor frecuencia estrategias de reevaluación cognitiva y con mayor frecuencia estrategias de supresión de las emociones, y de que se observará una mayor cantidad de síntomas de depresión en mujeres que en hombres. Para ello, se trabaja con una muestra no probabilística, de conveniencia, de 100 adultos mayores, de ambos sexos, con edades entre 60 y 75 años, residentes de la ciudad de Mar del Plata. Se administra el Inventario de Depresión de Beck-II (DBI-II) y la adaptación al español de la forma TE (Tercera Edad) de la Escala Baptista de Depresión (EBADEP-ID), para evaluar la ocurrencia de los síntomas de depresión, y la versión en español del Cuestionario de Regulación Emocional –CRE.A- que permite analizar el uso de estrategias de regulación emocional. Para caracterizar y relacionar la ocurrencia de síntomas depresivos y el uso de estrategias de regulación emocional se aplican análisis estadísticos a los datos obtenidos. Entre los resultados más relevantes se ha encontrado, por un lado, que existen diferencias significativas en el uso de las estrategias de regulación emocional en la totalidad de la muestra (n=100). Por otro lado, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en relación a la ocurrencia de síntomas depresivos o a la regulación emocional. En cuanto a los resultados del análisis de correlación, existe una tendencia que indica que cuanto mayor es la puntuación de los síntomas de depresión, se utiliza con menor frecuencia la estrategia de reevaluación cognitiva como herramienta de autorregulación emocional.

PALABRAS CLAVES: Depresión – Estrategias de regulación emocional – Adultos mayores – Psicología.

Descripción detallada

Hernández, Rivera y Riveros (2007) entienden a la depresión como un «trastorno afectivo», siendo un desorden clínico frecuente en la población estudiada en general, y caracterizada por la presencia de una alteración de la capacidad afectiva, implicando la tristeza y la incapacidad de dar y recibir afecto. Según dichos autores, hasta el presente es posible encontrar clasificaciones de más de cien tipos depresivos con sus respectivas descripciones diferenciales. En la clasificación que ellos proponen, se destaca un mayor énfasis en aclarar si el síndrome depresivo se relaciona o no con otras entidades y si cumple o no con una serie de requisitos, por ejemplo síntomas, signos, gravedad y tiempo de solución. Por un lado se encuentran las depresiones secundarias (relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas), y por el otro las depresiones primarias (las que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica).

Son diversos los marcos conceptuales que parten de la práctica clínica y de los hallazgos de las investigaciones:

En primer lugar, para la Organización Mundial de la Salud (1992) la depresión es un trastorno que puede hacerse crónico o recurrente, y es caracterizado por

> *"(...) la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.(...)"*

Por otra parte, los autores Galicia Moyeda, Sánchez Velasco y Robles Ojeda (2009), en una de sus investigaciones, citan a la OMS (1992) la cual establece que la prevalencia de los trastornos mentales se aproxima a 851 millones de personas constituyendo alrededor del 15% de la carga mundial de enfermedad. Estos autores también citan a Pardo, Sandoval y Umbarita (2004), quienes destacan que estos números permiten una predicción estimada de la depresión mayor como segundo trastorno más frecuente hacia el 2020, el cual, a su vez, está asociado con problemáticas como el incremento de la mortalidad, la tasa de suicidios y homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas.

La Décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) ofrece un marco conceptual de la depresión encabezado bajo el rótulo de Trastornos del humor (afectivos), en donde se pueden encontrar distintos grados de episodios depresivos, yendo de aquellos más leves hasta los más graves y combinados con diferentes tipos de síntomas psicóticos. Entre las manifestaciones psicofísicas más recurrentes de estos episodios depresivos encontramos

la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo, también se presentan manifestaciones como, pérdida de confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil, así como una perspectiva sombría del futuro, entre otras.

Tomando el modelo cognitivo de la depresión propuesto por Beck (Camacho, 2003), el sustrato psicológico de la depresión se explica a través de tres conceptos: los esquemas, las distorsiones cognitivas y la tríada cognitiva. Entre los supuestos teóricos subyacentes en este modelo se encuentra que los correlatos del comportamiento de un individuo están intrínsecamente relacionados con su manera de estructurar el mundo en esquemas. Dichos esquemas están formados por cogniciones, eventos del porvenir (gráficos o verbales) desarrollados a partir de experiencias anteriores. A su vez, contamos con una compleja serie de esquemas en continuo cambio que nos permite por un lado, seleccionar, organizar y categorizar los estímulos de forma que sean accesibles y significativos para el sujeto; y por el otro hacer uso de diferentes estrategias cognitivas para afrontar los obstáculos que se presenten a lo largo de la vida. En este modelo, los esquemas se relacionan con los procesos cognitivos en tanto a partir de los primeros se lleva a cabo la atribución de sentido. Por otro lado, las creencias, todo aquello en lo que una persona cree, es decir, los mapas internos construidos y generalizados a partir de la experiencia que permiten interpretar y dar sentido al mundo, se relacionan con los resultados cognitivos del proceso dado entre la realidad y los esquemas, puesto que las creencias influyen en este proceso en tanto son los contenidos de los esquemas, siendo el producto de la interacción entre la realidad y los esquemas de la persona. Por su parte, la triada cognitiva está compuesta de tres patrones cognitivos principales que inducen a la persona a considerarse a sí misma, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa que tiene la persona acerca de si mismo, la cual no solo se considera incapaz y sin atributos de enfrentamiento para lograr la alegría y felicidad. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. No sólo se percibe sin valía, sino que sobreestima la dificultad de las tareas, lo cual genera una tendencia a buscar ayuda y seguridad en el exterior. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo la persona construye las situaciones en una dirección negativa, aun cuando podrían hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. Durante el procesamiento de la información

pueden ocurrir ciertas distorsiones cognitivas que muchas veces culminan en alteraciones en la interpretación que lleven a la persona a sacar conclusiones arbitrarias las cuales tienen de base una tergiversación de la realidad.

> *"(...) Las principales distorsiones cognitivas son:*
>
> *Inferencia arbitraria: es el proceso por el cual se adelanta una conclusión sin evidencia a favor que la sustente o cuando se sostienen ciertas afirmaciones incluso con evidencia contraria. (...)*
>
> *Maximización: consiste en agrandar ciertos aspectos o cualidades. (...)*
>
> *Minimización: se da cuando se subestiman o empequeñecen ciertos aspectos o cualidades. (...)*
>
> *Abstracción selectiva: consiste en centrarse en un aspecto, atributo o detalle sacándolo del contexto, dejando de lado características relevantes de la situación y a partir de allí elaborar ciertas conclusiones. (...)*
>
> *Generalización excesiva: se da cuando a partir de uno o varios hechos o situaciones aisladas se sacan reglas que se generalizan para otras situaciones. (...)*
>
> *Personalización: es la tendencia a autoatribuirse hechos y fenómenos externos que no tienen que ver con ellos mismos y sin evidencia que establezca dicha relación. (...)*
>
> *Pensamiento dicotómico: también llamado pensamiento absolutista, todo o nada, o blanco o negro. Consiste en la utilización de categorías polares para clasificar a situaciones o personas, sin poder ver matices o grados, todo se evalúa en extremos. (...)". (Camacho, 2003, págs. 10-11)*

El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro, su síntoma principal es la desesperanza la cual se traduce en una incapacidad de proyectar un porvenir de manera optimista. Siguiendo a Camacho (2003), el modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos, entre los cuales existe una percepción errónea de rechazo desde el exterior, provocando efectos negativos como tristeza o enfado, como si el rechazo fuese real.

Arrivillaga Quintero, Cortés García, Goicochea Jiménez y Lozano Ortiz (2003) señalan que la depresión constituye una de las principales afecciones (con una prevalencia estimada del 8 al 25% en la población mundial) y fuente de sufrimiento de gran parte de la población, independientemente de su género, edad y nivel socioeconómico, siendo la misma uno de los principales motivos de consulta clínica. Los autores destacan la existencia de factores genéticos y psicosociales que ejercen efectos desencadenantes y/o mantenedores de la depresión, actuando de forma interrelacionada, siendo variable la primacía del componente genético o de la configuración psicológica que tenga la persona.

Baptista (2004), por su parte, considera que la depresión se muestra como un trastorno de etiología multifactorial dentro del cual deben considerarse como fundamentales distintos grupos de variables como las biológicas, psicológicas y socioculturales. En su componente más biológico, Price (1972) asegura que la predisposición genética es un hecho corroborado, siendo que el riesgo de padecer depresión aumenta en los familiares de enfermos depresivos siendo un 23% mayor en gemelos dicigotos y 68% en gemelos monocigotos. Por otra parte, en el sentido endocrinológico, Benedetti, Halter, Prinz y Raskind (1979) aducen las causas de dicha predisposición al exceso de cortisol, el hipotiroidismo y el déficit de estrógenos.

Citados en la investigación de Losada y Strauch (2014), Agüera et al. (2009) afirman que la depresión es la enfermedad psiquiátrica y física más frecuente en ancianos, siendo para Calvo Aguirre (1989) una posible explicación que las especificidades de la vejez propician la aparición de síntomas depresivos. En este sentido, la depresión causa sufrimiento en el anciano, con una disminución de su calidad de vida, lo cual resulta ser un factor psicológico de riesgo potenciador del comportamiento suicida en la vejez. Siguiendo a Chong (2012), citado por las autoras, el envejecimiento debe ser comprendido como un fenómeno universal progresivo, implicando una compleja asociación de movimientos estructurales y funcionales entre lo biológico, lo psicológico y lo socioambiental, así como lo genético intrínseco y lo ambiental extrínseco. Retomando a Calvo Aguirre (1989), en

relación a lo psicológico, se refiere que existen una serie de hechos propios de la vejez que generan vivencias angustiantes, como la sensación de inseguridad, las dificultades económicas, restricciones sociales y aislamiento, muertes de seres cercanos, menor autonomía psicofísica, y que pueden traducirse en manifestaciones psicológicas, tales como la rigidez, la desconfianza, el dogmatismo, el egoísmo, etc. Los cambios en lo social en esta etapa de la vida tienen que ver con las relaciones conyugales, las relaciones padres-hijos, y las relaciones sociales en sentido general, lo cual implica una serie de procesos de adaptación que pueden traer dificultades, originando abatimiento psicológico, o una enfermedad depresiva, e incluso la cercanía a la muerte. Según este mismo autor, la depresión en los ancianos se expresa de diferentes maneras:

> *"(...) En el aspecto funcional, pueden reflejar abatimiento, tristeza, soledad, irritabilidad, llanto, miedo, ansiedad, pérdida de interés, etc. En el aspecto cognoscitivo, se pueden producir alucinaciones, falta de autoestima, pesimismo, ideas delirantes, pensamientos suicidas, duda de valores y creencias, mala memoria, dificultad de concentración, etc. En el aspecto físico, pueden referir anorexia, astenia, trastornos del sueño, adelgazamiento, estreñimiento, dolores, inquietud, etc. En el aspecto volitivo, pueden reflejar una pérdida de motivación o parálisis de la voluntad. Los movimientos son lentos y gesticulan poco. La marcha es lenta y torpe. En casos graves, pueden llegar al mutismo y al estupor. En ocasiones están agitados, se retuercen las manos, tienen lesiones de rascado en la piel y una marcha incesante. A veces el comportamiento se vuelve anormal y la persona presenta intentos de suicidio, negativismo, brotes de agresividad y caídas hacia atrás(...)". (Losada y Strauch, 2014, pág. 52).*

Como parte de la recopilación realizada en la tesis doctoral de Villar Fernández (2011), se citan a Eshleman et al. (1994) quienes afirman que la depresión es uno de los trastornos emocionales importantes que no es típico de la juventud, siendo, para Butler y Lewis (1982), de entre los distintos aspectos que conforman el funcionamiento afectivo en la vejez, el más frecuente. En consonancia con lo anterior, Blazer (2003) afirma que suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en esta última etapa, y que tras la pérdida de memoria, es el segundo síndrome más discapacitante dentro de la psiquiatría geriátrica

(Blazer, 2007). Villar Fernández remarca que, cuando nos interesamos por la relación entre el proceso de envejecimiento y la depresión acudiendo a las diferentes investigaciones, llama la atención la disparidad de los resultados obtenidos, y es que aún se mantiene la controversia sobre si la depresión aumenta o no con la edad. Si bien afirma que, en la población estudiada, las personas mayores sanas no son más propensas a deprimirse que el resto, remarca que también existe un sector de este grupo etáreo que representa el colectivo donde se dan las tasas más altas de sintomatología sin llegar al cuadro completo. Siguiendo con esta autora, se puede rescatar un dato importante acerca de la relación existente entre la depresión y el sexo, ya que existe una tendencia cultural global en las mujeres a padecerla dos veces más que los hombres, lo cual se debería, entre otros, a factores hormonales, al estrés, al temperamento, o a la mayor frecuencia de trastornos adaptativos.

Sin embargo, aunque se resalta que en la presencia de sintomatología depresiva suele haber mayor prevalencia en mujeres, según otras investigaciones (Flores Mayor, García Salazar, Torres Buisán, Torrubias Fernández, Urbina Torija, 2007; Arango, Cardona, Gómez, Maya, Molina y Restrepo, 2013) se ha encontrado que esta diferencia respecto al hombre disminuye con la edad, siendo que en estos estudios no se hallaron diferencias entre sexos en adultos mayores. Estos autores refieren una posible explicación a esta divergencia en los resultados asociados con la edad y el sexo en tanto puedan existir variaciones socioculturales de las poblaciones estudiadas, esto es, si los sujetos de las muestras están institucionalizados o no, o bien, a la ubicación demográfica de los mismos (urbana o rural).

Entre los factores de riesgo para la depresión en la vejez que recopilan Losada y Strauch (2014), se encuentran: la pertinencia a grupos de muy avanzada edad, situación económica desventajosa, bajo nivel educativo y la soledad y/o ausencia de cuidadores (López Oblaré, 2011); las autoras se van a detener en este último punto ya que se relaciona directamente con la dependencia extrema de los demás. En este sentido, citan a García Pintos (2005) quien enumera diferentes alternativas a las que puede recurrir el sujeto en su senectud a la hora de suplir esa soledad: conseguir alguien que conviva con él, o bien incorporarse al hogar de algún familiar, o a una residencia o institución.

Según Carmona Valdés (2015), con el advenimiento de la mayoría de edad ocurren diversos cambios a nivel social en la vida del sujeto. Por una parte, los vínculos personales y lazos sociales reducen su intensidad y número, y por otra, el sujeto se ve en la situación de abandonar determinados roles y cambiar otros, y esto en diferentes ámbitos (familiar, social, etc.). Es por ello, que la autora sostiene que existe una relación entre la disminución de la participación a nivel social del sujeto con el sentimiento de soledad que, a veces, constituye

parte del repertorio de los diferentes problemas que afectan a los mayores y repercuten en su bienestar. En este sentido, la actividad social, la integración y la pertenencia al grupo constituyen una necesidad social básica en los individuos a nivel interindividual, la cual brinda un reconocimiento y una aceptación del mismo por parte de los otros, así como también una autoconciencia de ser socialmente aceptado y sentirse incluido.

En su investigación, Aucapiña (2011) utiliza un enfoque sistémico para el estudio de la familia, y entiende a la depresión como uno de los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en adultos mayores, y que en particular la depresión crónica de uno o varios miembros de la familia parece asociarse con un funcionamiento familiar sostenido que resulta inadecuado. En tanto aparece un miembro de la familia que precisa de cuidados especiales, se generan cambios en la estructura familiar, así como en los roles y conductas de sus integrantes. Es por esto que dichos cambios pueden precipitar crisis que afecten a todos sus componentes, en especial al cuidador principal, quien soporta en mayor medida la sobrecarga física y emocional que implican los cuidados. En tanto la permanencia del anciano a su marco de vida resulta un factor beneficioso para su salud psicofísica, este modelo trabaja en y con la familia como un instrumento privilegiado. Además, la misma autora afirma que el estudio de la vida del anciano debe tener en cuenta múltiples aspectos simultáneamente (esferas biológica, psicológica y social), sin fragmentar la unidad debido a que si una de ellas se omite, esto provocará que se impida la integración del adulto mayor a la vida social.

Martínez Baquero, Moreno Heredia y Sánchez Velásquez (2014) establecen una relación de ciertos factores de riesgo con el trastorno depresivo en la vejez como pueden ser: la jubilación, una mala situación económica, la percepción de la "pérdida" de juventud, entre otros. Además, sostienen que existe una interrelación entre los procesos cognitivos y los trastornos de depresión de los adultos mayores, siendo que a mayor deterioro cognitivo mayor será también la probabilidad de padecer síntomas depresivos. Por otro lado, citan la investigación de García y Hervás (2005), quienes afirman que el deterioro cognitivo aumenta con la edad llevando a la aparición de ciertos signos de fragilidad en el sujeto como pueden ser un mayor índice de descuidos, caídas, etc. En base a lo anterior, las autoras deducen una relación directa entre los factores de riesgo en los adultos mayores con una mayor probabilidad de suicidios por parte de los mismos. A su vez, presentan como correlato del trastorno depresivo una serie de síntomas de afecto negativo como pueden ser la tristeza, el miedo y la ira; siendo el sentimiento que más directamente relacionado la soledad, en el marco de una exclusión por parte de sus familias, del Estado y de la sociedad.

En cuanto a la autorregulación emocional, la literatura especializada señala que un aspecto fundamental de las emociones que se ha desarrollado y estudiado en la actualidad hace referencia a la regulación de las mismas. Según Koole (2009), las personas generalmente evalúan sus emociones y recurren al uso de diferentes estrategias con el propósito de disminuir, mantener o ejercer algún tipo de dominio sobre las mismas para alcanzar las metas planteadas. Dichas estrategias no solo permiten modular la intensidad de la respuesta emocional, sino que incluso pueden producir cambios en el tipo o valencia de la emoción experimentada.

Según Arias y Giuliani (2010), con la reincorporación del enfoque evolucionista a las teorías psicológicas, las emociones han sufrido una reconceptualización. Si bien a lo largo del siglo XX se las tildaba como fenómenos irracionales y perjudiciales para la salud mental, a partir de los últimos 20 años se las considera de gran importancia para el comportamiento adaptativo al mundo social llegando a ser imprescindibles para los procesos básicos cognitivos como son la atención, la memoria, el pensamiento, entre otros. Mientras que las emociones llamadas "negativas" (como ira, odio, miedo) son de vital importancia para el logro de la supervivencia, ya que se disparan de manera automática ante estímulos amenazantes produciendo respuestas rápidas, las emociones positivas, por su parte, cumplen un rol a largo plazo en lo respectivo a fomentar sentimientos de felicidad o disminuir síntomas depresivos (entre otros). Un ejemplo de cómo se han recombinado las conceptualizaciones de emoción y cognición estos últimos años puede ser el concepto de Inteligencia Emocional (IE). Las autoras refieren al modelo de Salovey que se basa en cuatro dominios específicos de habilidades que componen la IE:

> *"(...) El primer dominio consiste en la capacidad de percibir las emociones propias y las de los otros, y de expresar las primeras. Este dominio es el más básico, ya que sin él resulta poco probable que las otras ramas se desarrollen adecuadamente. El segundo implica la habilidad de utilizar las emociones como facilitadoras de procesos cognitivos: selección de información importante, creatividad en la resolución de problemas, etc. El tercer dominio es la capacidad de comprender las emociones: poder referirse a ellas lingüísticamente, entender su dinámica, las relaciones entre diferentes emociones, así como sus causas y consecuencias. Por último, el cuarto dominio hace*

referencia a las habilidades de regular las emociones adaptativamente., es decir, de acuerdo al contexto(...)" (Arias y Giuliani, 2010, pág. 3)

Por otra parte, para comprender esta temática, Iacub (2013) recopila una serie de perspectivas teóricas sobre el desarrollo emocional, algunas de las cuales serán mencionadas para ampliar la explicación de la temática. Una de esas perspectivas es la de Labouvie-Vief, quien piensa la regulación emocional como una sofisticación cognitiva, que implica una serie de reestructuraciones cualitativas de las experiencias emocionales y una maduración en los procesos del yo, culminando en una experiencia cada vez más diferenciada e integrada sobre la emoción y su regulación. Es recién hacia la mediana edad donde más habitualmente emerge un nivel de integración intra-sistémico que permite al sujeto relativizar las reglas y normas de comportamiento, que dejan de ser absolutas, con la consecuente apertura para que la cognición y la conducta apelen a cada circunstancia particular, tomando al sí mismo como referencia, incrementando la autonomía. Esta integración puede derivar en algunas personas en un incremento de la tensión y de las reacciones defensivas, mientras que en otras en una mayor flexibilidad cognitiva que permite la expresión modulada de las emociones. Otra perspectiva teórica corresponde al modelo SOC de Baltes y Baltes, la cual intenta explicar las emociones desde un enfoque madurativo, haciendo énfasis en la capacidad del sujeto para adaptarse a las circunstancias, a partir de los procesos de selección, optimización y compensación, de modo que el comportamiento emocional se optimiza a través del aprendizaje y la práctica permanente, realizándose esfuerzos compensatorios con el fin de adaptarse a la decadencia de las capacidades psicofísicas. En la teoría de la selectividad socioemocional (TSS) de Powell Lawton y Carstensen, se afirma que tanto los factores de personalidad como la adaptación a los contextos cambiantes y a los eventos vitales resultan en los cambios a nivel emocional. Se destacan tres dimensiones de la experiencia afectiva que generan cambios de regulación emocional durante la última etapa del ciclo vital: la sensibilidad (o reactividad) a los estímulos emocionales; la dinámica afectiva (frecuencia, aumento del tiempo, duración e intensidad de las emociones); y los procesos de autorregulación. Esto explica por qué los adultos se inclinan más en buscar ambientes sociales que les permitan controlar la optimización afectiva.

Autores como Cole, Martin y Dennis (2004), cuando hablan de "regulación emocional" se refieren básicamente al proceso por el cual las emociones pueden ser reguladas. En tal sentido, se puede definir como la utilización de estrategias que los

individuos ponen en marcha para modificar el curso, intensidad, duración y expresión de las experiencias emocionales que poseen en pos del cumplimiento de objetivos individuales.

Thompson (1994), al teorizar sobre regulación emocional, alude a todos aquellos

> *"(...) procesos extrínsecos e intrínsecos responsables de monitorear, evaluar y modificar reacciones emocionales, especialmente sus características de intensidad y temporalidad, para alcanzar metas personales (...)" (Thompson, 1994, págs. 27-28)*

De acuerdo con esta definición, y según Andrés (2016), el concepto de regulación emocional es una categoría conceptual amplia para un numeroso conjunto de procesos regulatorios, como la regulación de las emociones por uno mismo, la regulación de las emociones a través de otro, la regulación de la emoción en sí misma o de alguna de sus características particulares, y se refiere a un amplio rango de procesos biológicos, sociales, comportamentales y cognitivos conscientes y/o automáticos por los cuales las personas redireccionan el curso espontáneo de sus emociones para responder de manera apropiada a las demandas del ambiente. En este punto, es considerable pensar que la actividad regulatoria que comienza de manera deliberada ocurra luego sin reflexión consciente. De este modo la regulación emocional puede extenderse en un continuo desde lo conciente, con esfuerzo, y controlado hasta lo inconsciente, sin esfuerzo y automático (Andrés, 2012).

Siguiendo con el lineamiento teórico de Andrés (2012), la investigación actual en regulación emocional plantea dos enfoques. El primero se basa en los estudios sobre estrés y afrontamiento, procesos de defensa psicológicos y teorías funcionalistas de la emoción. Esta aproximación se ve reflejada en el trabajo contemporáneo de teorías de personalidad que entienden la RE como un componente del funcionamiento de la personalidad y un predictor importante del ajuste psicológico y la competencia social. El segundo se basa en la teoría funcionalista de la emoción dentro de un contexto del desarrollo que toma en cuenta los fundamentos biológicos, constructivistas y relacionales del crecimiento emocional.

En un estudio, Giuliani (2012) refiere la regulación de las emociones como una

> *"(...) estrategia adaptativa al contexto en el que el sujeto está inmerso e implica un esfuerzo para modificar tanto emociones negativas como positivas, de acuerdo a los fines deseados.(...)" (Giuliani, 2012, pág. 3)*

Según esta misma autora, la adquisición y el desarrollo de estas estrategias se ven afectados por diversos factores que inciden en la regulación emocional. Por un lado, factores individuales, como el basamento psicobiológico y la experiencia acumulada a lo largo del ciclo vital, y por el otro factores sociales o culturales, donde cita a Ekermans (2009), quien explica que en los países más individualistas se acepta socialmente y se promueve la expresión de las emociones relacionadas con la propia perspectiva, las metas y los deseos, en los que la regulación de la ira no es requisito para una adaptación social, mientras que en los países colectivistas se aceptan y promueven la adherencia a las normas y la cohesión grupal, siendo en estos casos necesaria la regulación de la ira para no transgredir reglas sociales.

D'Acunha Maggi (2019), en su recopilación teórica, hace especial hincapié en las estrategias de regulación emocional de reevaluación cognitiva y de supresión emocional. La primera refiere a una modificación cognitiva, la cual conlleva a un aumento o disminución de emociones negativas o positivas (Alfert y Lazarus, 1964; Gross, 2013; Gross y John, 2003). Esta estrategia interviene antes de que la respuesta se haya consumado, por lo que la reevaluación cognitiva puede alterar el proceso que sigue la emoción posterior (Gross y John, 2003). La reevaluación cognitiva se relaciona con distintos niveles de sintomatología depresiva y ansiosa. (Barlow et al., 2006; Garnefski y Kraaij, 2006; Gross y John, 2003). Por otra parte, la estrategia de supresión emocional interviene al final del proceso de generación de la emoción en la cual se inhibe la expresión de la respuesta emocional (Gross, 1998; Gross y John, 2003; Gross, 2013). Siguiendo a Barlow et al. (2006), la supresión parecería no ser efectiva en la reducción de las emociones negativas a corto plazo y además parecería reducir la expresión emocional, más no las emociones negativas. Al igual que la reevaluación cognitiva, la supresión emocional está relacionada a la depresión y ansiedad como también con los trastornos de personalidad borderline (Cellucci, Chapman y Specht, 2005). Las relaciones entre la reevaluación cognitiva y la supresión emocional con la sintomatología depresiva se retoman más adelante.

Fernández Pinto, López Pérez y Márquez González (2008) realizan una recopilación sobre el tema, encontrando la existencia de diferencias entre algunas de las estrategias de regulación emocional, en función de sus correlatos de salud y bienestar psicofísico (Gross, 1998). Por un lado, las estrategias de mayor potencial desadaptativo (vertiente negativa) serían la supresión emocional (estilo represivo) la cual se ha asociado con efectos negativos sobre la salud física (Cano Vindel, Díaz Ovejero y Sirgo, 1999), y la rumiación ante estados de tristeza, que se ha asociado con la perpetuación de los estados depresivos (Nolen Hoeksema y Lyubomirsky, 1993). Por otro lado, las estrategias de mayor potencial

adaptativo (vertiente positiva) serían la reevaluación cognitiva y las técnicas de pensamiento racional (Vázquez, 2003), la expresión emocional a través de la escritura (Pennebaker, 1997), las técnicas de manejo del estrés (Fibla, Meichenbaum y Toro, 1987), y la relajación y el ejercicio físico (McClain, Newman y Thayer, 1994).

Garrido Rojas (2006), rescata la definición de Thompson (1994) quien entiende la regulación emocional como un proceso que implica iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, con el objetivo de alcanzar una meta. Esta definición supone que el proceso permite a la persona manejar sus estados emocionales utilizando distintas estrategias para dicho fin. En esta investigación de Garrido Rojas, se afirma que la elección de las estrategias para expresar y regular las emociones se relaciona con el estilo de apego de la persona, siendo que cada estilo privilegia ciertas estrategias particulares. En el estilo de apego seguro, se presentan emociones como confianza, alegría, placer, calma y tranquilidad, y se utilizan mayormente estrategias de búsqueda de proximidad, afiliación, exploración, al tiempo que se manifiesta un alto nivel de expresión de las emociones y búsqueda de apoyo social. En el estilo de apego evitativo, las emociones que se presentan son ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza, con tendencia a utilizar estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y de lo afectivo, exclusión de recuerdos y pensamientos dolorosos, inhibición de búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas y distanciamiento de los contextos de apego. En el estilo de apego ambivalente, se presentan emociones como preocupación, rabia, miedo, estrés y ansiedad, y se utilizan con mayor frecuencia estrategias de búsqueda de proximidad a las figuras de apego, hipervigilancia, rumiación y sobreactivación general del organismo, inhibición emocional, atención directa al estrés, acceso constante a recuerdos emocionales negativos, activación crónica y disfuncional del sistema de apego. La autora realiza un análisis de la relación entre la presencia de las distintas emociones en cada estilo de apego con los efectos en la salud física, encontrando que las emociones propias de los estilos ambivalente y evitativo, como la rabia, ansiedad, hostilidad y estrés, resultan dañinas para la salud física pudiendo afectar la probabilidad, inicio y progresión de enfermedades diversas, entre las que menciona las afecciones cardíacas, cáncer, artritis, SIDA, hipertensión arterial, entre otras, es decir, que esta mayor exposición a problemas de salud física se explica justamente por la presencia constante de las emociones que producen mayores daños. Por otra parte, según la autora las emociones propias del estilo de apego afectivo parecen ser protectoras y promotoras de una salud positiva, conduciendo a un mayor bienestar en la salud de la persona, ayudando al

crecimiento social, a la resiliencia psicológica, a la conexión social, a la ampliación del repertorio de acción y pensamiento, y al desasimiento de la persistencia de emociones negativas mejorando el bienestar emocional.

En la investigación de Amor, Delgado Egido, Domínguez Sánchez, Holgado Tello y Lasa Aristu (2019), se rescata el estudio de Lazarus y Folkman, de 1984, en el cual se abordan las estrategias de regulación emocional en diversos trastornos psicoemocionales (por ejemplo, ansiedad y depresión), obteniendo hallazgos en una amplia gama de grupos de edad, desde preadolescentes hasta adultos. Desde este punto de vista, el uso de estrategias más estrechamente asociadas con la patología, como la evitación o la supresión, junto con el hecho de no emplear estrategias de protección como la reevaluación o aceptación positiva, pueden tener un efecto notable en trastornos afectivos relacionados con la ansiedad y la depresión. En otras palabras, las estrategias de regulación de la emoción cognitiva revelan que los trastornos emocionales están relacionados con los tipos de estrategias de manera desigual. Más bien son las estrategias denominadas menos adaptativas las cuales se encuentran directamente relacionadas con los síntomas de depresión y ansiedad; por otro lado, las denominadas estrategias adaptativas, como la reevaluación positiva o la puesta en perspectiva, están inversamente relacionadas con dichos síntomas o rasgos.

D'Acunha Maggi (2019) realizó una investigación con adultos que realizan ejercicio físico, donde encuentra relaciones entre la sintomatología depresiva y diversas estrategias de regulación emocional. En correspondencia con otras investigaciones que recopila, la autora observa en los resultados que, por un lado, las estrategias de regulación emocional desadaptativas de culpar a otros, autoculparse, rumiación, catastrofización y supresión se relacionan de manera positiva con la sintomatología depresiva, es decir, que una mayor presencia de sintomatología depresiva se asocia con un mayor uso de dichas estrategias. Sobre todo con las estrategias culpar a otros, rumiación y catastrofización, cuya relación positiva con la sintomatología depresiva refiere que es aún más fuerte, lo cual explica, en tanto que estas estrategias se asocian con un enfoque repetitivo en los errores o características negativas de una situación, o de la persona en sí misma. Por otro lado, la investigadora encuentra relaciones inversas entre la sintomatología depresiva y las estrategias de aceptación y focalización positiva, es decir, que un mayor uso de estas dos estrategias se relaciona con una menor presencia de sintomatología depresiva, lo cual explica en base a los significados y emociones positivas que implican las mismas. Por último, encuentra que, a diferencia de otros estudios que menciona, no encontró relaciones significativas entre las estrategias adaptativas de poner en perspectiva, focalización en los

planes y reevaluación cognitiva, lo cual explica en tanto el uso de estrategias maladaptativas de regulación emocional genera una interferencia en el uso de estrategias adaptativas, debido a que las primeras implican una dificultad para correr el foco de atención de los estímulos negativos hacia el acceso a estrategias más adaptativas.

Fernández Pinto, López Pérez y Márquez González (2008) rescatan la definición de regulación emocional de Eisenberg et al. (2000), quienes la entienden como la habilidad que tienen las personas de influir en qué emociones tienen, y en cómo y cuándo las experimentan y expresan. En otra definición que citan (Gross, 1998) se la entiende como todo intento en modificar la ocurrencia, intensidad o duración, en alguna medida, de un estado emocional, tanto positivo como negativo, ya sea alterando uno de los factores que anteceden la emoción, o algún aspecto de la emoción en sí misma (por ejemplo la supresión de la respuesta), y además destaca que existen diferencias entre las estrategias de regulación emocional en cuanto a la correlación con la salud y el bienestar psicofísico. En este sentido, el estilo represivo o la supresión emocional (inhibición de la experiencia subjetiva) presenta efectos negativos sobre la salud física y psicológica, en esta última explica que ante estados de tristeza la rumiación parece perpetuar el estado depresivo. Por otra parte, la reevaluación cognitiva, las técnicas de pensamiento racional y del manejo del estrés, la relajación, el ejercicio físico y la expresión emocional a través de la escritura, son señaladas como estrategias regulatorias con mayor potencial adaptativo. En cuanto a la vejez, las autoras realizan una recopilación, señalando que en esta edad aumentan las dificultades para reconocer emociones negativas como la tristeza o el miedo (Louise y Vasiliki, 2008), mientras que disminuyen tanto la experimentación de la ira (Thomas, 2002), así como la optimización afectiva a partir de los 60 años (Diehl et al., 2007) y la habilidad para integrar cognición y emoción (Blanchard Fields y Heckman, 2008). Por otra parte, señalan que en la tercera edad las personas muestran mejores estrategias de reparación emocional que los adultos, y que si bien llevan a cabo más estrategias de regulación, éstas son más pasivas (Blanchard Fields y Heckman, 2008). Por último, en esta investigación de Fernández Pinto, López Pérez y Márquez González se plantean varias conclusiones, entre las cuales mencionan que, en la vejez, el trabajo psicológico tendrá que ver con hacer énfasis en el componente de atención emocional para mejorar el reconocimiento emocional, en la facilitación emocional para mejorar la integración entre lo cognitivo y lo emocional, y en la regulación emocional con el fin de promover el desarrollo de mecanismos más elaborados.

En una revisión de los estudios sobre las diferencias asociadas a la edad en la experiencia y la regulación emocional, Fernandez de Trocóniz, Losada, Marquez y Montorio

(2008) afirman que en este tema existe una inconsistencia en los resultados obtenidos, ya que una serie de características diferencian según la experiencia y la regulación en los adultos mayores, en comparación con los más jóvenes. En su recopilación de investigaciones, las características atribuidas a los adultos mayores serían, entre otras:

> *"(...) b) El nivel subjetivo de la experiencia emocional: una disminución en la frecuencia de las emociones negativas (Charles, Reynolds y Carstensen, 2001; Ryff, 1989) y una menor intensidad de la experiencia emocional (Lawton, Kleban, Rajagopal y Dean, 1992),*
>
> *c) la interacción entre emoción y cognición: aumenta la relevancia de los estímulos emocionales en el procesamiento de la información, apareciendo sesgos atencionales hacia la información emocional gratificante (Mather y Carstensen, 2005),*
>
> *d) el control emocional subjetivo: mayor control emocional percibido, mayor estabilidad y madurez emocional y mayor moderación del afecto positivo (Lawton et al., 1992),*
>
> *y e) los mecanismos de regulación emocional: las personas mayores emplean más mecanismos regulatorios de tipo «preventivo», centrados en los antecedentes de la emoción (por ejemplo, selección de situaciones), en detrimento de estrategias regulatorias centradas en la respuesta emocional (por ejemplo, supresión emocional) (Gross et al., 1997)(...)". (Fernandez de Trocóniz, Losada, Marquez y Montorio, 2008, pág. 617)*

Como resaltan en su análisis Fernandez de Trocóniz, Losada, Márquez y Montorio (2008), el estudio de la experiencia emocional y su regulación muestra que las emociones influyen tanto sobre procesos cognitivos (como la toma de decisiones) como sobre el funcionamiento de sistemas orgánicos (como el cardiovascular o el inmune). Los autores afirman que los mecanismos de regulación emocional tienen una influencia determinante sobre el bienestar subjetivo y la salud física, la cual se acentúa a medida que los individuos envejecen, dada la reducción de los recursos somáticos para afrontar las consecuencias de la

activación fisiológica asociada a las emociones. Entre los resultados de este mismo estudio comparativo, los autores han encontrado, por un lado, que los adultos mayores tienen un mayor control emocional percibido, una mayor moderación de su afecto positivo, una mayor madurez emocional y muestran un mayor empleo de estrategias de regulación emocional de tipos preventivas y paliativas, en comparación con los más jóvenes. Como afirman entre sus conclusiones:

> *"(...) lejos de ser una etapa de «desvinculación» y empobrecimiento de las emociones, como se afirmaba en el pasado, la última etapa de la vida puede caracterizarse por ganancias en el control y la regulación de las emociones. (...)". (Fernandez de Trocóniz, Losada, Marquez y Montorio, 2008, pág. 621).*

En su investigación, Feadda, Pavón y Polizzi (2013) demostraron que la puntuación del control cognitivo, entendido como una habilidad percibida sobre la capacidad de mantener las emociones bajo control, regulando de manera exitosa y deliberada las circunstancias provocadoras de emociones, aumenta significativamente en proporción positiva con la dimensión de la edad de los participantes. Dichos autores concluyen que los adultos mayores poseen mayor habilidad para la regulación de emociones que los jóvenes, así como la existencia de una correlación positiva entre mecanismos de regulación emocional como el control cognitivo, la madurez emocional y el bienestar psicológico (como medida global), entendiendo que en tanto la persona va adquiriendo más habilidades de control y regulación emocional, y de mejor calidad, las percepciones positivas sobre su vida aumentan.

Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) refieren la importante influencia que ejerce la regulación de las emociones en diversos fenómenos psicológicos y en el comportamiento de la vida humana. Por ejemplo, tras un proceso de regulación emocional deficiente, ya sea por el tipo de estrategia utilizada o como producto de una diferenciación afectiva poco desarrollada, pueden surgir procesos psicopatológicos (entre los cuales se puede encontrar sintomatología depresiva).

En su trabajo, Menéndez Álvarez-Dardet y Pérez Padilla (2016) describen dos aspectos que consideran relevantes en la vejez: el funcionamiento intraindividual, y las relaciones interpersonales. En cuanto al primero, los autores observan que en el envejecimiento se tiende a mantener los rasgos de personalidad estables, aunque no obstante, puede haber variaciones en torno a una mayor introversión, una menor apertura a la

experiencia, y un locus de control más externo. Las investigaciones de los autores arrojan resultados que permiten descartar que la depresión, el aumento de las emociones negativas, así como el deterioro de la autorregulación emocional, sean un problema de mayor prevalencia general durante la vejez (salvo en contextos residenciales y/o en situaciones vitales estresantes). En cuanto a las relaciones interpersonales, los resultados de la investigación de estos autores refieren que en esta última etapa de la vida suele suceder que el tamaño de la red social disminuye, así como la frecuencia de los contactos sociales, lo cual ocurre debido a las transiciones y los cambios que trae la vejez (jubilación, pérdida de la pareja, fallecimiento de familiares y amigos). No sucede lo mismo con la satisfacción encontrada en los contactos sociales que permanecen, la cual tiende a mantenerse estable y/o a incrementarse, lo cual obedece a la selectividad de los contactos sociales según la cercanía emocional con los mismos. También ocurre que la implicación en las relaciones interpersonales disminuye en aquellas que son valoradas como más superficiales, mientras que en aquellas que tengan una mayor carga emocional, la implicación se mantiene y/o intensifica.

Son diversas las evidencias empíricas que vislumbran una relación entre vejez y bienestar biopsicosocial, y es en este camino que Arias (2015) lleva a cabo un análisis acerca de los vínculos de apoyo social en la vejez. Citando a Sluzki (1996) define el concepto de red de apoyo social haciendo referencia a un conjunto de relaciones familiares y extra familiares que ofrecen uno o varios tipos de ayuda afectiva, práctica, económica, guía cognitiva, entre otras. Es así que el hecho de no contar con tal red puede contribuir a provocar situaciones de aislación social, sentimiento de soledad, depresión, entre otras patologías. En otro trabajo, Arias (2014) señala la interrelación entre los vínculos que brindan apoyo social y las emociones, tanto en la investigación como en la intervención con adultos mayores. La autora resalta la afirmación de que los vínculos propician la generación de experiencias emocionales tanto positivas como negativas en lo cotidiano (Carstensen & English, 2014), siendo los contextos interpersonales el lugar donde las habilidades de control y regulación emocional se ponen en práctica, en tanto se seleccionan qué emociones expresar y cuáles suprimir, teniendo en cuenta el impacto que generará en el otro (Arias & Iacub, 2013). También afirma que la presencia de vínculos de apoyo se asocia con mayores niveles de bienestar y con estados emocionales positivos, mientras que la ausencia de los mismos se relaciona con estados depresivos y afectividad negativa.

León Martínez, Évora Rubio y Troya Gutiérrez (2010) reafirman lo anterior a través de la evidencia que se desprende de su investigación comparativa realizada con adultos

mayores con respecto a dos tipos de grupos: unos incorporados a un círculo de abuelos, y los otros no incorporados a ningún grupo. Los resultados arrojaron que aquellos incorporados en el círculo de abuelos tenían una perspectiva positiva de sí mismos, del mundo y del futuro y a su vez mantenían buena calidad de vínculos interpersonales; lo cual los autores lo asocian al valor terapéutico que el círculo ofrece a sus integrantes. En cambio los adultos mayores que no pertenecían a ningún grupo, tenían una baja autoestima, sensación de desesperanza y una menor calidad en vínculos interpersonales. A su vez, los adultos mayores no incorporados al círculo manifestaron ansiedad y mayor tendencia al retraimiento.

Lombardo (2013) realizó un trabajo a partir de las intersecciones teóricas entre la Psicología Positiva y la Psicología de la vejez, donde explica que en las últimas décadas se hallaron valoraciones científicas positivas en torno a los cambios emocionales en el envejecimiento, lo cual estaría indicando, al menos hasta los 70 u 80 años de edad, que los altos niveles de bienestar y estabilidad emocional constituyen la norma. Siguiendo al autor, en la vejez la regulación emocional se caracteriza en parte por el incremento de la complejidad cognitivo afectiva, lo cual consiste en la realización de un balance entre los afectos, la tolerancia de las diferentes emociones y la implementación de estrategias de autorregulación emocional para permitirlo. Se destaca también que son considerables las diferencias interindividuales que explican el incremento de esta complejidad, que aparece como compensación, a partir de un declive que suele iniciar en la mediana edad. En suma, en la vejez aumenta la complejidad cognitiva, la cual está retroalimentada por mecanismos de control emocional. Este hecho hace que el envejecimiento no sea equiparado al deterioro, sino que además de una gran flexibilidad, presenta una serie de potencialidades y recursos que se encontraban ausentes en etapas anteriores.

Gago Herrera y Rodríguez Testal (2002), llevaron a cabo su investigación en una residencia para ancianos válidos, encontrando una relación entre las medidas de sintomatología depresiva y de bienestar subjetivo, con el uso de estrategias pasivas ligadas a la emoción, entre las cuales mencionan: centrarse en la emoción y desahogarse, negación, desconexión mental y conductual. En una de sus conclusiones, destacan que un afecto desagradable relevante producto de un gran esfuerzo cognitivo y de regulación emocional genera un impacto en la salud de los ancianos, pero no lo suficientemente grave como para desarrollar un cuadro depresivo completo o con toda su intensidad.

En la recopilación de su trabajo, Gázquez, Molero, Pérez Fuentes y Soler (2014), rescatan que los adultos mayores experimentan niveles altos de angustia que pueden resultar perjudiciales para su salud cuando se ven enfrentados a situaciones negativas inevitables

(Scheibe y Carstensen, 2010). Por otra parte, en una investigación realizada por Barclay et al. (2012), buscando en qué medida la inteligencia emocional podría predecir la depresión en adultos mayores, hallaron una correlación positiva entre ambas variables, lo cual implica que una mejora en la inteligencia emocional podría ser beneficiosa en la evolución de la sintomatología depresiva. En este sentido, Gázquez, Molero, Pérez Fuentes y Soler afirman que en circunstancias de depresión resulta importante contar con herramientas de regulación emocional efectivas.

En una investigación sobre el tema en adultos mayores, Pino Vela y Samaniego Zhuni (2019) entienden la autorregulación emocional como uno de los componentes de la inteligencia emocional, el cual

> *" (...) permite reflexionar y dominar los sentimientos o emociones, consiste en saber detectar las dinámicas emocionales, cuáles son breves y cuales son duraderas y adecuarlas al momento y las circunstancias (...)" (Pino Vela y Samaniego Zhuni, 2019, pág. 11)*

Al analizar este componente en adultos mayores, las autoras observan que se ha asociado esta edad con un mayor uso de la supresión emocional como estrategia de regulación, debido a que existe una mayor presión social para inhibir la expresión de las emociones, lo cual han asociado con la aparición de sintomatología depresiva. Sobre la misma, las investigadoras advierten las consecuencias desastrosas que puede tener que no se le dé la atención o importancia necesarias, teniendo en cuenta a la depresión como uno de los trastornos más frecuentes en la vejez. Asimismo, comprenden que bajos niveles de inteligencia emocional, para casos que utilizan estrategias desadaptativas de regulación como la supresión emocional, es un factor de riesgo para que el adulto mayor desarrolle sintomatología depresiva, mientras que un desarrollo más pleno de las habilidades emocionales previene la aparición de la depresión, y facilita su afrontamiento.

De lo descrito anteriormente, se desprende que la depresión es un aspecto a considerar en la vejez ya que son diversos autores los que afirman que es uno de los aspectos más frecuentes en el funcionamiento afectivo de adultos mayores (Agüera et al., 2009; Aucapiña, 2011; Butler y Lewis, 1982), así como la causa más frecuente de sufrimiento emocional en esta etapa (Blazer, 2003). Con respecto a la autorregulación emocional, se observan inconsistencias en los resultados de los estudios sobre las diferencias de edad. Por lo expuesto, el objetivo de este estudio será el de recolectar evidencia empírica que permita

contribuir al debate sobre las relaciones entre la depresión y la regulación emocional, además de los efectos de la edad, ya que es nula la literatura encontrada sobre la relación entre depresión y autorregulación emocional en adultos mayores investigada en nuestro país. Adicionalmente, permitirá obtener información sobre la ocurrencia de la depresión en la población de la tercera edad de la ciudad de Mar del Plata.

Objetivo general

Determinar las relaciones existentes entre los síntomas depresivos y las estrategias de regulación emocional en adultos mayores con edades entre 60 y 75 años residentes en la ciudad de Mar del Plata.

Objetivos particulares

1. Detectar y caracterizar la presencia y la intensidad de síntomas depresivos en adultos mayores con edades entre 60 y 75 años, residentes en la ciudad de Mar del Plata.
2. Detectar y caracterizar la frecuencia de uso y el tipo de estrategias de regulación emocional en adultos mayores con edades entre 60 y 75 años, residentes en la ciudad de Mar del Plata.
3. Establecer asociaciones entre el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de regulación emocional y la ocurrencia de síntomas depresivos en la población descrita.

Hipótesis de trabajo

Existe una relación entre la ocurrencia de los síntomas depresivos y las estrategias de regulación emocional utilizadas por personas con edades entre 60 y 75 años. Los sujetos con puntuaciones más altas en las escalas de depresión, EBADEP-ID y BDI-II, tenderán a utilizar con menor frecuencia estrategias de regulación emocional de forma general, y con mayor frecuencia estrategias de supresión de las emociones. Adicionalmente, se espera que las mujeres presenten un número mayor de síntomas depresivos que los hombres.

Metodología

Tipo de estudio:

Se trata de un estudio basado en un diseño ex post facto, de un grupo con múltiple medidas, transversal de tipo descriptivo-correlacional.

Participantes:

La población comprendida para este estudio fue de adultos con edades entre 60 y 75 años, residentes de la ciudad de Mar del Plata. Se seleccionó una muestra no probabilística de conveniencia de 100 adultos mayores de ambos sexos (61 de sexo femenino y 39 de sexo masculino) a quienes se les informaron los objetivos del estudio, que aceptaron participar voluntariamente, y a quienes se les solicitó un consentimiento por escrito antes de completar los inventarios. Los mismos fueron reclutados en el PUAM (Programa Universitario de

Adultos Mayores de la UNMDP), en el PAMI (Programa de Atención Médica Integral de Mar del Plata), Hogar de ancianos Eva Perón y en eventos en los que participaron grupos de adultos mayores viajantes.

Instrumentos:

1. Para evaluar la ocurrencia de sintomatología depresiva, se aplicó la adaptación al español (Sanz, García-Vera, Espinosa y Vázquez, 2005; Sánz & Vázquez, 2011) del BDI-II, Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer & Brown, 1996) y la adaptación al español de la Forma TE de la Escala Baptista de Depresión para la Tercera Edad EBADEP-ID (Baptista, 2011). El primero es un autoinforme clásico que proporciona una medida de la presencia y gravedad de la depresión de adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimiento de fracaso y culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnósticos de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 2013) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1992). Se le solicita en las instrucciones a las personas evaluadas que elijan las afirmaciones más características que cubren el marco temporal de las últimas dos semanas, incluida el día presente, para ser consistentes con los criterios del DSM-IV para la depresión mayor. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto de los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contiene 7 categorías. Las puntuaciones para los ítems van de 0 a 3 puntos, la puntuación total puede variar de 0 a 63 puntos. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Las 21 categorías que se evalúan son 1- tristeza 2-pesimismo 3-sentimiento de fracaso 4-perdida de placer 5-sentimiento de culpa 6- sentimiento de castigo 7-insatisfaccion con uno mismo 8-auto critica 9-pensamiento suicida 10- llanto 11-agitacion 12-perdida de interés 13-indecision 14- inutilidad 15-perdida de energía 16-cambios en el patrón de sueño. 17-irritablidad 18- cambios en el apetito 19-dificultades de concentración 20- cansancio o fatiga 21- perdida de interés en el sexo.

2. El EBADEP-ID es un instrumento cuya construcción tiene como base indicadores sintomáticos de depresión derivados de teorías sobre la depresión como la Cognitiva (Beck & cols., 1997), la Comportamental (Boren, Culbertson & Ferters, 1977); también dos

manuales internacionales de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría, DSM-IV y la Organización Mundial de la Salud, CID-10 (APA, 2002; OMS, 1993). La escala está constituida por 70 ítems. Cada ítem representa un indicador de sintomatología con frases de carácter negativo y positivo. Está estructurado en un formato con respuesta categorial por SI o por NO. Las puntuaciones de los ítems van de 0 (NO) a 1 (SI), la puntuación total puede variar de 0 a 70 puntos. Para su interpretación se considera que cuanto menor puntuación menor sintomatología de depresión. Tiene puntos de corte que permiten clasificar en cuatro niveles de depresión, de acuerdo a la gravedad: 0-30 sin síntomas o depresión mínima; 31-39, depresión leve; 40-57, depresión moderada y 58-70, depresión grave. Este instrumento se encuentra en proceso de adaptación al español por el grupo de Investigación dirigido por el Dr. Urquijo y se espera que este trabajo aporte datos para contribuir con ello.

3. Para evaluar la regulación emocional, se utilizó la versión en español (Rodríguez-Carvajal et. al, 2006) del Cuestionario de Regulación Emocional CRE-A (Gross y John, 2003). El mismo permite analizar el uso de las estrategias de regulación emocional. Se trata de un instrumento con 10 ítems donde las opciones de respuesta van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Dicho instrumento evalúa las diferencias individuales entre dos tipos de estrategias de regulación emocional, expresado en la escala como la evaluación de dos dimensiones: la supresión de la expresión emocional (CRE-ASupr) y la reevaluación cognitiva (CRE-AReev). De los 10 ítems, seis corresponden a la escala de reevaluación cognitiva (ítems 1, 3, 5, 7, 8 y 10) mientras que los otros cuatro corresponden a la escala de supresión (ítems 2, 4, 6 y 9). Las puntuaciones de cada ítem van de 1 a 7 puntos. Para la dimensión CRE-AReev, las puntuaciones pueden variar entre 6 y 42 puntos, mientras que para la dimensión CRE-ASupr, las puntuaciones varían entre 4 y 28 puntos. Para su interpretación, se considera que cuanto mayor sea la puntuación, existe un mayor uso de esa estrategia de regulación emocional. Para la dimensión CRE-AReev: puntuaciones bajas, entre 6 y 23; medias, entre 24 y 30; y altas, entre 31 y 42. Para la dimensión CRE-ASupr: puntuaciones bajas, entre 4 y 11; medias, entre 12 y 16; y altas, entre 17 y 28.

Procedimiento:

Inicialmente se contactó a los adultos mayores de entre 60 y 75 años residentes de la ciudad de Mar del Plata, en el PUAM, en el PAMI, Hogar de ancianos Eva Perón y en eventos en los que participaron grupos de adultos mayores viajantes. Se les informó sobre los objetivos y características del estudio y se solicitó su consentimiento por escrito. Luego les

fueron administrados los instrumentos de evaluación psicológica. Se buscó integrar la muestra de manera equilibrada en función del sexo. Posteriormente, se cargaron los resultados en una base de datos y se procedió a realizar análisis estadísticos y a establecer una vinculación de los mismos con la finalidad de poner a prueba las hipótesis propuestas.

En este estudio se respetaron los lineamientos para el comportamiento ético en las Ciencias Sociales y Humanidades del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de Argentina (CONICET, 2006), las normas de las actividades de investigación sobre procesos psicológicos en seres humanos de la American Psychological Association (APA, 2010), y se respetaron los principios éticos para la investigación con seres humanos estipulados por la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Se proporcionó a los adultos mayores la información necesaria para la comprensión de los objetivos del estudio, su propósito y procedimientos a implementar. Para el desarrollo de las actividades se solicitó en todos los casos el consentimiento informado. Fueron implementados todos los procedimientos orientados a mantener el anonimato de los participantes.

Procesamiento de datos:

Se realizaron análisis estadísticos descriptivos (medidas de tendencia central, desvíos, máximos y mínimos) para caracterizar la ocurrencia de sintomatología depresiva, y el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de autorregulación emocional de la muestra. Se aplicaron análisis de correlación bivariada para determinar las asociaciones entre la depresión y las estrategias de autorregulación emocional utilizadas, y pruebas t de diferencias de medias para determinar la existencia de diferencias de sexo.

Presentación de los Resultados

Con el objeto de establecer asociaciones entre el uso de las estrategias de regulación emocional y la ocurrencia de síntomas depresivos en la muestra del estudio, se aplicaron distintos análisis estadísticos a los resultados obtenidos.

En primer lugar, en la Tabla 1 se presentan estadísticos descriptivos de las puntuaciones del EBADEP-ID, BDI-II y CRE-A, que representan la ocurrencia de los síntomas depresivos y el uso de estrategias de regulación emocional, respectivamente.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones brutas de las escalas evaluadas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
EBADEP- Puntuación Total	100	0	54	29,76	11,704
BDI-II	100	0	38	10,07	8,470
CRE-AReev	100	9	42	31,98	7,680
CRE-ASupr	100	4	28	16,23	5,869

Según lo expuesto en la Tabla 1, en lo referido a la ocurrencia de sintomatología depresiva, los resultados de ambas escalas indican puntuaciones brutas promedio equivalentes a niveles de depresión mínima o sin síntomas. Con respecto al uso de estrategias de regulación emocional que los adultos mayores evaluados en la muestra utilizan, se observa que la media de la estrategia de reevaluación cognitiva (puntuación alta) es mayor a la media de la estrategia de supresión de las emociones (puntuación media), por lo que puede inferirse que hay diferencias significativas entre ambas en la totalidad de la muestra (n=100).

A fin de determinar si existen diferencias de sexo en la ocurrencia de síntomas depresivos y el uso de estrategias de regulación emocional, se realizó un análisis de comparación de medias en función del sexo.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones medias diferenciadas por sexo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	t
EBADEPT	F	61	29,05	11,781	-,758
	M	39	30,87	11,647	
BDI-II	F	61	9,26	7,690	-1,195
	M	39	11,33	9,532	
CREAReev	F	61	32,30	8,257	,511
	M	39	31,49	6,755	
CREASupr	F	61	15,90	6,087	-,698
	M	39	16,74	5,547	

En la Tabla 2 podemos observar que, en la totalidad de la muestra, no se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos sexos en relación a la ocurrencia de síntomas depresivos o a la regulación emocional.

Con la finalidad de determinar la existencia de relaciones entre la ocurrencia de los síntomas de depresión con la frecuencia de uso de estrategias de regulación emocional, se sometieron los datos a una prueba de correlación de Pearson. Los resultados se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 3. Resultados del análisis de correlación entre sintomatología depresiva y estrategias de autorregulación emocional

		EBADEPT	BDI-II	CREAReev	CREASupr
EBADEPT	Correlación de Pearson	1	,440(**)	-,218(*)	,051
	Sig. (unilateral)		,000	,015	,306
BDI-II	Correlación de Pearson	,440(**)	1	-,402(**)	,141

	Sig. (unilateral)	,000		,000	,080
CREAReev	Correlación de Pearson	-,218(*)	-,402(**)	1	,088
	Sig. (unilateral)	,015	,000		,193
CREASupr	Correlación de Pearson	,051	,141	,088	1
	Sig. (unilateral)	,306	,080	,193	

** La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

Los resultados del análisis de correlación, permiten confirmar que existen asociaciones estadísticamente significativas entre la ocurrencia de los síntomas de depresión y los niveles de uso de estrategias de regulación emocional. Si bien la magnitud de las asociaciones es entre media y pequeña, existe una tendencia que indica que cuanto mayor es la puntuación de los síntomas de depresión, se utiliza con menor frecuencia la estrategia de reevaluación cognitiva como herramienta de autorregulación. Los datos no muestran relación estadísticamente significativa entre la sintomatología depresiva y la supresión de las emociones.

Discusión de los Resultados y Conclusiones

La presente investigación se propuso como objetivo general determinar las relaciones existentes entre los síntomas depresivos y las estrategias de regulación emocional en adultos mayores con edades entre 60 y 75 años residentes en la ciudad de Mar del Plata. Para esto, se intentó detectar y caracterizar la ocurrencia de síntomas depresivos en los adultos mayores; detectar y caracterizar la frecuencia de uso y el tipo de estrategias de regulación emocional en los adultos mayores; y establecer asociaciones entre el tipo y la frecuencia de uso de las estrategias de regulación emocional y la ocurrencia de síntomas depresivos en la población descrita.

En cuanto al primer objetivo, el de detectar y caracterizar la ocurrencia de síntomas depresivos en los adultos mayores mencionados, se observó que los resultados de ambas escalas (EBADEPT y BDI-II) indican puntuaciones promedio equivalentes a niveles de ausencia de sintomatología depresiva o de sintomatología depresiva mínima. Esta lectura de las puntuaciones promedio pareciera no coincidir con las investigaciones de diversos autores los cuales refieren que la depresión suele ser la causa más frecuente de sufrimiento emocional en la vejez (Blazer, 2003), así como uno de los aspectos más frecuentes en el funcionamiento afectivo (Agüera et al., 2009; Aucapiña, 2011; Butler y Lewis, 1982) en la franja de edad comprendida en este trabajo. Si bien no se esperaba que la muestra seleccionada en el presente estudio (n=100) se comporte según las afirmación de los autores, en esta lectura debe tenerse en cuenta el acotado número de la muestra, lo cual podría explicar la ausencia de sintomatología depresiva en la puntuación promedio de la totalidad de la misma, así como las limitaciones metodológicas propias de los instrumentos autoadministrables que posteriormente se mencionan en el presente apartado. Este dato queda disponible como aporte para su comparación y ampliación en futuras investigaciones.

Sobre el segundo objetivo, el de detectar y caracterizar el tipo y la frecuencia de uso de estrategias de regulación emocional en la población descrita, en primer lugar, cabe destacar que, dentro de las estrategias que han sido abordadas por distintos autores (Gago Herrera y Rodríguez Testal, 2002; Fernández Pinto et al., 2008; Fernandez de Trocóniz et al., 2008; D'Acunha Maggi, 2019; Amor et al., 2019; Pino Vela y Samaniego Zhuni, 2019), en la presente investigación solo se tuvieron en cuenta las estrategias de reevaluación cognitiva y la de supresión de las emociones.

En cuanto a esto, el dato principal que se pudo extraer de los resultados es que, en la muestra general, se utiliza con mayor frecuencia la estrategia de reevaluación cognitiva que la supresión de la expresión emocional. Esto en base a la observación de que la media de la estrategia de reevaluación cognitiva (puntaje alto) es mayor a la media de la estrategia de supresión de las emociones (puntaje medio), por lo que se pudo inferir que hay diferencias significativas entre ambas en la totalidad de la muestra (n=100).

Se planteó la hipótesis de que existe una relación entre la ocurrencia de los síntomas depresivos y las estrategias de regulación emocional utilizadas por personas con edades entre 60 y 75 años. Se esperaba encontrar que los sujetos con puntuaciones más altas en las escalas de depresión tendieran a utilizar con menor frecuencia estrategias de regulación emocional de forma general, especialmente de reevaluación cognitiva y con mayor frecuencia estrategias de supresión de las emociones. Adicionalmente, se esperaba que las mujeres presentaran un número mayor de síntomas depresivos y con mayor intensidad que los hombres.

Los resultados permiten confirmar, en parte, la hipótesis propuesta. Esto es así debido a que se encontró una relación significativa entre la ocurrencia de los síntomas depresivos con los niveles de uso de las estrategias de regulación emocional. En base a esto, se demostró que existe una tendencia que indica que cuanto mayor es la ocurrencia de síntomas de depresión, se utiliza con menor frecuencia la estrategia de reevaluación cognitiva como herramienta de autorregulación.

Esto se condice con afirmado por los autores (Amor et al., 2019) quienes hallan una relación inversa entre la reevaluación positiva como estrategia de regulación emocional y la ocurrencia de síntomas o rasgos de depresión, para un amplio rango de edad, que no incluye los adultos mayores. No obstante, frente a la falta de información que relacione estas variables en adultos mayores, se remarca la importancia de seguir investigando al respecto.

Por otra parte, no se pudo establecer una relación estadísticamente significativa en cuanto a que a mayor ocurrencia de síntomas de depresión se utilice con mayor frecuencia la estrategia de supresión de la expresión emocional. Esto es inconsistente con la investigación de Pino Vela y Samaniego Zhuni (2019), las cuales establecen en sus resultados la asociación entre la aparición de sintomatología depresiva y un mayor uso en los adultos mayores de la supresión emocional como estrategia de regulación emocional, mayor uso que

explican en base a la existencia de una presión social ejercida en las personas de esta edad para inhibir la expresión de las emociones.

En cuanto a lo anterior, es posible que no se haya encontrado una relación estadísticamente significativa debido a que la muestra seleccionada para la presente investigación es acotada. A su vez, al tamaño de la muestra también puede atribuírsele la diferencia entre los resultados mencionados previamente. Frente a esto queda pendiente la contrastación de los datos en futuras investigaciones.

Otro aspecto a destacar es que no se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en el uso de ambas estrategias de regulación emocional, así como tampoco diferencias significativas en relación a la ocurrencia de síntomas depresivos. Esto último contrasta la previsión de la hipótesis, una mayor ocurrencia de síntomas depresivos en mujeres que en hombres, y tampoco se condice con los datos recopilados (Villar Fernández, 2011), los cuales afirman la existencia de una relación entre depresión y sexo, siendo las mujeres significativamente más proclives a padecerla. Sin embargo, en divergencia con las anteriores conclusiones, según otros autores (Flores Mayor, García Salazar, Torres Buisán, Torrubias Fernández, Urbina Torija, 2007; Arango, Cardona, Gómez, Maya, Molina y Restrepo, 2013) esta diferencia en la prevalencia de la sintomatología depresiva en mujeres respecto al hombre disminuye con la edad, siendo que en dichos estudios no se hallaron diferencias entre sexos en adultos mayores. Estos autores refieren una posible explicación a esta conclusión en tanto puedan existir variaciones socioculturales de las poblaciones estudiadas, esto es, si los sujetos de las muestras están institucionalizados o no, o bien, a la ubicación demográfica de los mismos (urbana o rural).

Es necesario mencionar algunos puntos importantes a tener en cuenta acerca de las limitaciones de nuestro estudio. La primera de ellas atañe directamente a la muestra seleccionada; esto es, la toma se realizó en 100 adultos mayores, en cuatro establecimientos distintos, por lo que la muestra es muy pequeña como para generalizar en “adultos mayores de entre 60 y 75 años residentes de la ciudad de Mar del Plata”. En cuanto al número de casos que conforman la muestra, se debe tener en cuenta la complejidad que implicó la administración de los test en los adultos mayores ya que, considerando las particularidades de esta franja etaria, se les dio la posibilidad de autoadministrarlos o de recibir nuestra ayuda con los mismos, eligiendo en su gran mayoría nuestra participación.

Por otro lado, se podría considerar también que nuestro estudio tiene limitaciones metodológicas con respecto a los instrumentos utilizados, lo cual se trasluce principalmente en la desventaja de los propios instrumentos autoadministrables: a la hora de cuantificar los datos pudo haber ítems que no se entendían o distorsiones por una incompleta lectura de la prueba.

En vista de la falta de información que relacione las dos variables abordadas en la presente investigación en adultos mayores, se remarca la importancia de seguir investigando. De esta manera, creemos que los resultados arrojados por el estudio permiten tener una visión más clara acerca de la sintomatología depresiva y las estrategias de regulación emocional en adultos mayores que otros estudios futuros podrían confirmar o ampliar.

Finalmente, se espera que los resultados obtenidos motiven nuevos estudios que permitan desarrollar nuevos conocimientos y herramientas susceptibles de ser implementados en políticas y estrategias que contribuyan a favorecer el bienestar psicológico de los adultos mayores de todo el país en materia de sintomatología depresiva y de salud mental en la población general.

Referencias bibliográficas

Agüera, L. L., García de Lózar, B. B., Osorio, R. R. & Ramos, I. I. (2009). Disfunción ejecutiva en pacientes con depresión de inicio tardío. *Actas españolas de psiquiatría*, vol. 37, n.º 4, pp. 196-199.

Alfert, E. & Lazarus, R. S. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, vol. 69, n.º 2, p. 195.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *DSM-V – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (5ª ed).* Porto Alegre: Artmed.

Amor, P. J., Delgado Egido, B., Domínguez Sánchez, F. J., Holgado Tello, F. P. & Lasa Aristu, A. (2019). Los perfiles de la regulación cognitiva de las emociones y su asociación con los rasgos emocionales. *Clínica y Salud*, vol. 30, nº. 1, pp. 33-39.

Andrés, M.L (2012). Regulación Emocional. Módulo 3. *Curso de Postgrado de Autorregulación Cognitiva y Emocional.* Mar del Plata, Argentina: Facultad de Psicología, UNMDP.

Andrés, M. L. (2016). *Efecto mediador de las estrategias cognitivas de regulación emocional en la relación entre los rasgos de personalidad y la ansiedad, depresión y felicidad en niños de 9 a 12 años de edad.* (Tesis doctoral). Facultad de Psicología, UNMDP, Mar del Plata, Argentina.

Arango, D. C., Cardona, Á. M. S., Gómez, J. J. O., Maya, L. M. C., Molina, J. O. & Restrepo, A. E. (2013). Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados. *Universitas psychologica*, vol. 12, n.º 1, pp. 81-94.

Arias, C. J. (2014). *Vínculos de apoyo y emociones en la vejez.* Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ricardo Iacub (comp.), 2016. LARNA Argentina, ISBN 978-987-42-1283-2, pp. 141-151.

Arias, C. J. (2015). La red de apoyo social. Cambios a lo largo del ciclo vital. *Revista Kairós Gerontologia*, ISSN 2176-901X, vol. 18, n.° 20, pp. 149-172.

Arias, C. J. & Giuliani, M. F. (2010). *Regulación emocional en la vejez. Estudio comparativo por género.* En: 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010.

Arias, C. J., & Iacub, R. (2013). Las emociones a través del curso vital y la Vejez. *Revista Kairós: Gerontologia*, vol. 16, n.º 4, pp. 1-5.

Arrivillaga Quintero, M., Cortés García, C., Goicochea Jiménez, V. L. & Lozano Ortiz, T. M. (2003). Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios. Pontificia Universidad Javeriana-Cali. Bogotá, Colombia. *Universitas Psychologica*, vol. 3, n° 1, pp. 17-25.

Aucapiña, C. (2011). *Funcionalidad familiar como factor de depresión en los ancianos del geriátrico Fundación Casa Plenitud* (tesis de maestría). Universidad del Azuay, Cuenca, Ecuador.

Baptista, M. N. (2004). Depressão: histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. En: M. N. Baptista. *Suicídio e depressão: atualizações*, pp. 35-49. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Baptista, M. N. (2011). Escala Baptista de Depressão (versão idosos)– EBADEP-ID. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco/Itatiba/SP.

Barclay, K., Chartrand, M. S., Fernandez, M. R., Lloyd, S. J. & Malek-Ahmadi, M. (2012). Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, vol. 55, n.º 3, pp. 570-573.

Barlow, D. H., Brown, T. A., Campbell-Sills, L. & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, vol. 6, n.º 4, pp. 587-595.

Beck, A.T., Brown, G.K. & Steer, R.A. (1996). *Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II).* USA: NCS Pearson, Inc.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1997). *Terapia da depressão*. Rio de Janeiro: Zahar.

Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. & Emery, G. (2003). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de Psicología. Madrid: Desclée De Brouwer.

Benedetti, C., Halter, J., Prinz, P. N. & Raskind, M. (1979). Circadian variation of plasma catecholamines in young and old men: relation to rapid eye movement and slow wave sleep. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, vol. 49, n.° 2, pp. 300-304.

Blanchard-Fields, F. & Heckman, A. (2008). Emotion Regulation in Interpersonal Problems: The Role of Cognitive–Emotional Complexity, Emotion Regulation Goals, and Expressivity. *Psychology and Aging*, vol. 23, n.º 1, pp. 39-51.

Boren, C.P., Culbertson, S. & Ferster, C.B. (1977). *Princípios do comportamento.* (Trad: M.I. Rocha e Silva, M.A. de Campos Rodrigues & M.B. Lima Pardo). São Paulo: Hucitec.

Calvo Aguirre, J. J. (1989). Depresión en la vejez. *Revista de servicios sociales*, n.º 7.

Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia cognitiva.* Buenos Aires.

Cano Vindel, A., Díaz Ovejero, M. B. & Sirgo, A. (1999). Control, defensa y expresión de emociones: relaciones con salud y enfermedad. *Emociones y Salud,* pp. 69-90. Madrid: Ariel.

Carmona Valdés, S. E. (2015). La contribución de la vida social al bienestar en la vejez. *Entreciencias: diálogos en la Sociedad del Conocimiento*, ISSN: 2007-8064, vol. 3, n.° 8, pp. 393-401.

Carstensen, L. L. & English, T. (2014). Selective narrowing of social networks across adulthood is associated with improved emotional experience in daily life. *International journal of behavioral development*, vol. 38, n.º 2, pp. 195-202.

Carstensen, L. L. & Scheibe, S. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B*, vol. 65, n.º 2, pp. 135-144.

Cellucci, T., Chapman, A. L. & Specht, M. W. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 35, n.º 4, pp. 388-399.

Chong Daniel, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Revista Cubana de medicina general integral*, vol. 28, n.º 2, pp. 79-86.

Cole, P. M., Martin, S. E. & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, vol. 75, n.º 2, pp. 317−333.

D'Acunha Maggi, D. P. (2019). *Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico* (Tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Diehl, M., Jain, E., Labouvie-Vief, G. & Zhang, F. (2007). Six-year change in affect optimization and affect complexity across the adult life span: A further examination. *Psychology and aging*, vol. 22, n.º 4, pp. 738-751.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. & Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal Personality and Social Psychology*, vol. 78, n.º 1, pp. 136-157.

Ekermans, G. (2009). Emotional intelligence across cultures: Theoretical and methodological considerations. *Assessing emotional intelligence*, pp. 259-290. Springer, Boston, MA.

Espinosa, R., García Vera, M., Sanz, J. & Vázquez C. (2005). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 3. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, vol. 16, n.° 2, pp. 121-142.

Faedda, L., Pavón, M. & Polizzi, L. (2013). Control Cognitivo. *Kairós Gerontologia. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde*, ISSN 2176-901X, vol. 16, n.° 4, pp. 119-142.

Fernandez de Trocóniz, M. I., Losada B. A., Márquez G. M. & Montorio C, I. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema 2008*, ISSN 0214, vol. 20, nº 4, pp. 616-622.

Fernandez de Trocóniz, M. I., Márquez G. M., Montorio C. I. & Pérez R. G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39 (Supl. 3), pp. 44-51.

Fernández Pinto, I., López Pérez, B. & Márquez González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Electronic journal of research in educational psychology*, vol. 6, n.° 15, pp. 501-522.

Fibla, J., Meichenbaum, D. & Toro, J. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. España: Martínez Roca.

Flores Mayor, J. M., García Salazar, M. P., Torres Buisán, L., Torrubias Fernández, R. M. & Urbina Torija, J. R. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, vol. 21, nº 1, pp. 37-42.

Gago Herrera, C. & Rodríguez Testal, J. F. (2002). Afrontamiento del estrés institucional en la vejez. *Geriátrika: Revista Iberoamericana de Geriatría y Gerontología*, vol. 18, n.° 6, pp. 17-31.

Galicia Moyeda, I. X., Robles Ojeda, F. J. & Sánchez Velasco, A. (2009). *Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar.* Facultad de Estudios Superiores, Iztacala. Universidad Nacional Autónoma de México. Murcia (España). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia, vol. 25, n° 2, pp. 227-240.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual differences*, vol. 40, n.º 8, pp. 1659-1669.

Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2001). Acontecimientos vitales negativos, la regulación emocional cognitiva y la depresión. *Personalidad y Diferencias Individuales,* n.º 30, pp. 1311-1327.

García, E. & Hervás, A. (2005). Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano: perspectiva desde un centro de salud. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, vol. 28, n.º 1, pp. 35-47.

García Pintos, C. (2005). *La familia del anciano también necesita sentido. Sobre la orientación psicogerontológica familiar*. Buenos Aires: San Pablo.

Garrido Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología,* vol. 38, n.° 3, pp. 493-507.

Gázquez, J. J., Molero, M. M., Pérez Fuentes, M. C. & Soler, F. J. (2014). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECI-PM. *European Journal of Investigation in Health,* ISSN 2254-9625, vol. 4, n.° 3, pp. 329-339.

Giuliani, M. F. (2012). Las emociones y su regulación en adultos mayores: un recorrido teórico integrativo. *Palabras Mayores,* n.° 9. Recuperado de: https://www.academia.edu/3255854/Las_emociones_y_su_regulación_en_adultos_mayores_un_recorrido_teórico_integrativo

Gross, J. J. (1998). Antecedent and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 74, n.º 1, pp. 224-237.

Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion,* vol. 13, n.º 3, p. 359.

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotional regulation process: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, n.º 85, pp. 348-362.

Hernández, V., Rivera, B. & Riveros, Q. (2007). Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de Lima metropolitana. *Rev. Investig. Psicol.*, ISSN: 1560 - 909X, vol. 10, n.º 1, pp. 91-102.

Iacub, R. (2013) Las emociones en el curso de la vida. Un marco conceptual. *Revista Kairós: Gerontologia*, ISSN 2176-901X, vol. 16, n.° 4, pp. 15-39.

Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion, 23*, pp. 4-41.

León Martínez, C. A., Évora Rubio, M. E., & Troya Gutiérrez, A. (2010). Un enfoque emocional actual en el adulto mayor. *Medicentro Electrónica*, vol. 14, n.° 1, pp. 8-11.

Lombardo, E. (2013). Psicología positiva y psicología de la vejez. Intersecciones teóricas. *Psicodebate*, vol. 13, pp. 47-60.

López Oblaré, B. (2011). El anciano frágil. *Infogeriatría*, vol. 1, n.º 9, pp. 5-14.

Losada, A. V., & Strauch, M. A. (2014). Síntomas depresivos en adultos mayores de 65 años. Influencia del vivir solo o acompañado. *Revista electrónica de Psicogerontología*, vol. 1, n.° 1, pp. 48-62.

Louise, H. P. & Vasiliki, O. (2008). Effects of age and emotional intensity on the recognition of facial emotion. *Experimental Aging Research*, vol. 34, n.º 1, pp. 63-79.

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of personality and social psychology*, vol. 65, n.º 2, pp. 339-349.

Martínez Baquero, L. C., Moreno Heredia, C. P., & Sánchez Velásquez, X. E. (2014). Vejez, ¿un final "triste" para una historia de vida?. Revisión de estudios sobre la depresión en los adultos mayores. *Revista de Psicología Enfoques, v*ol. 1, n.° 1, pp. 72-90.

McClain, T. M., Newman, J. R. & Thayer, R. E. (1994). Self-regulation of mood: Strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *Journal of personality and social psychology*, vol. 67, n.º 5, pp. 910-925.

Menéndez Álvarez-Dardet, S. & Pérez Padilla, J. (2016). La vejez, el envejecimiento, y las personas mayores en España a principios del siglo XXI. *Arteterapia para personas mayores.* Sevilla: Ediciones ASANART. Pp. 2-26.

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Técnicas Gráficas Forma.

Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarita, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, n.º 13, pp. 13-28.

Pennebaker, J. W. (1997). *Opening Up. The Healing Power of Expressing Emotions*. The Guilford Press. New York, London.

Pino Vela, J. A. & Samaniego Zhuni, M. C. (2019). *Inteligencia emocional y depresión en adultos mayores, casa hogar Virgen del Carmen, Chambo, 2018* (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de Chimborazo, Riobamba, Ecuador.

Price, J. S. (1972). Genetic and phylogenetic aspects of mood variation. *International Journal of Mental Health*, vol. 1, n.° 1-2, pp. 124-144.

Rodríguez Carvajal, R., Moreno Jiménez, B. & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de regulación emocional.* Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross y John, 2003). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Sanz, J., Vázquez, C. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II). Adaptación Española*. Madrid: Pearson Educación, SA.

Sluzki, C. (1996). *La red social: Frontera de la práctica sistémica.* Barcelona, España: Gedisa.

Thomas, S.P. (2002). Age differences in anger frequency, intensity, and expression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, vol. 8, n.º 2, pp. 44-50.

Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, vol. 59, n.º 2-3, pp. 25-52.

Vázquez, C. (2003). Procedimientos de intervención cognitiva. *Técnicas cognitivas de intervención clínica*, pp. 51-88. Madrid: Síntesis.

Villar Fernández, C. (2011). *La inteligencia emocional y la depresión en el proceso adaptativo del anciano* (tesis doctoral). Universidad de Salamanca, Castilla y León, España.