



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

FACULTAD “TERESA DE ÁVILA”

DEPARTAMENTO DE HUMANIDADES

Trabajo Final presentado en cumplimiento parcial de los requisitos para
acceder al título de Licenciatura en Psicología.

“INTELIGENCIA EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON
SATISFACCIÓN VITAL EN ADULTOS MAYORES DE LA
CIUDAD DE CONCORDIA, ENTRE RÍOS”.

Tesista:

Cabrera, Valentina Alumine.

Directora:

Dra. María Emilia Oñate

Año 2020

Agradecimientos:

En primer lugar a mi familia, mis padres, mi hermana y futura colega, por la comprensión y apoyo incondicional en cada paso de esta etapa, desde el momento en que elegí esta carrera, por sostenerme en cada momento crítico y por guiarme en cada paso para ser cada día un mejor ser humano. A mi compañero, por demostrar que las distancias no caben en el alma, por ser mi soporte y mi confidente en cada tropiezo, por motivarme en cada dificultad a creer en mí y salir adelante, por ayudarme a mantenerme en el presente cuando las dudas del futuro nublaron mi mente, y por condimentar con amor, risas y optimismo cada situación estresante.

A lo más grande que me llevo de este proceso, los amigos que me dio esta travesía, compañeros de crisis, de risas, de estudio, de cenas y madrugadas interminables, a veces resumiendo, a veces estudiando y a veces, riendo. Son parte fundamental de mi desarrollo académico y personal, nadie crece en la individualidad, y agradezco que me hayan tocado estas personas como compañeras de viaje.

A mis amigos de toda la vida, que atravesaron conmigo mi pasión por esta carrera, mis logros y tropiezos, pero sobretodo, agradezco su sostén y compañía constante e incondicional en cada paso de este camino, haciendo posible que me sienta acompañada, aun estando separados por varios kilómetros.

A mi directora, Emi, por su predisposición, compromiso y entrega en esta investigación, por su paciencia en mis innumerables cuestionamientos, por su claridad y humildad a la hora de transmitir sus conocimientos, características que la convierten en una gran persona y profesional.

Quisiera agradecer también, a cada una de las personas que formaron parte de este estudio, a las instituciones que me abrieron sus puertas con total predisposición, y a las que no, también, por ayudarme a crecer con cada dificultad, motivar mi creatividad y voluntad para repensar las cosas., a las personas que participaron voluntariamente de esta investigación, agradezco su dedicación y paciencia, que sin ellas no hubiera sido posible producir este trabajo.

Agradecer finalmente, a esta casa de estudios, por su formación profesional y personal, a cada uno de los docentes que me enseñaron con motivación, creatividad y responsabilidad sus conocimientos, que me inspiraron a seguir perfeccionándome, a conocer diferentes puntos de vista, a cuestionarme la realidad y a valorar la riqueza de las diferencias.

Resumen:

Esta investigación se llevó a cabo con el propósito de analizar la relación que existiría entre Inteligencia Emocional y la Satisfacción Vital en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

La inteligencia emocional se considera como una serie de competencias emocionales y sociales interrelacionadas, destrezas y facilitadores que determinan cómo nos comprendemos y expresamos nosotros mismos, cómo comprendemos y nos relacionamos con los demás y cómo afrontamos las dificultades de la vida cotidiana. Incluye la capacidad de comprender y regular nuestros propios estados emocionales (dimensión intrapersonal), comprender, aceptar y relacionarse con los estados emocionales de los demás (dimensión interpersonal), adquirir habilidades competentes para el manejo y resolución de las dificultades de la vida diaria (dimensión adaptabilidad), habilidad para enfrentar situaciones estresantes y sobrellevarlas favorablemente (dimensión manejo del estrés) y la capacidad para adoptar una perspectiva positiva de la vida (dimensión humor general). Este constructo se encuadra dentro del enfoque de la Psicología Positiva, y se está analizando recientemente la posibilidad de su perfeccionamiento en los adultos mayores, como un factor protector y promotor de diferentes medidas de bienestar, calidad de vida y salud.

La recolección de datos se realizó mediante un diseño transversal, descriptivo-correlacional, llevándose a cabo un muestreo no probabilístico-intencional de 60 adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos. Los mismos tenían entre 65 y 91 años, siendo la media de edad de 72 años; de los cuales, un 86,7% eran mujeres y un 13,3% varones. Los niveles de escolaridad alcanzados se dividieron entre un 40% con sus estudios primarios y secundarios finalizados, y alrededor de un 25% que no finalizaron los mismos, por otro lado, un 26,7% que habían finalizado sus estudios terciarios y/o de grado. En cuanto al estado civil, un 56,7% se encontraba en pareja, un 35% habían enviudado, un 5% estaban en condición de soltería y un 3,3% separados.

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22. Se llevaron a cabo análisis descriptivos de las características sociodemográficas de la muestra, a fin de obtener las frecuencias, medias y

desvíos típicos. Seguidamente, se realizaron análisis de estadística descriptiva básica sobre las medidas de inteligencia emocional y satisfacción vital, finalmente para evaluar la asociación entre inteligencia emocional y satisfacción vital se realizó un análisis de correlación de Pearson. Para evaluar la inteligencia emocional se administró la versión abreviada y adaptada al español del Inventario de Inteligencia Emocional reducida para mayores (EQ-i-20 M), y para analizar la satisfacción vital, se utilizó la Escala de Satisfacción con la vida de Diener.

Los resultados señalaron que, respecto al primer objetivo, la mayoría de los participantes poseían altos niveles de satisfacción vital, específicamente, se distribuyeron en partes iguales los porcentajes entre los “extremadamente satisfechos” y los “satisfechos” con un 31,7% cada uno, siguiéndole un 26,7% correspondiente a “ligeramente satisfecho”, un 5% neutro que equivale a “ni satisfecho ni insatisfecho”, un 3% “ligeramente insatisfecho” y un 1,7% ubicado en el nivel “insatisfecho”. En lo que respecta al segundo objetivo, las medidas de la inteligencia emocional reflejaron una media de 57 puntos y un desvío típico de 9 puntos, es decir que los puntajes se ubicaron dentro del tercer cuartil de distribución. Finalmente, en relación al tercer objetivo, inteligencia emocional y satisfacción vital presentaron una asociación significativa ($r=.570$; $p<.01$) permitiendo confirmar la hipótesis de investigación, según la cual, inteligencia emocional presentaría una correlación positiva con los niveles de satisfacción vital en los adultos mayores de la ciudad de Concordia.

Estos resultados apoyan los antecedentes que señalan que los adultos mayores presentan un perfil de mayor desarrollo de las habilidades de inteligencia emocional, como así también su relación con la satisfacción vital, constatando la disposición de estos efectivos recursos como promotores de mayor calidad de vida en esta fase etaria.

Cabe mencionar que como limitaciones en la investigación, se trabajó con una muestra relativamente pequeña, que además, al poseer características homogéneas, permiten solo una visión reduccionistas de los hallazgos.

Sería conveniente para futuras investigaciones, llevar a cabo estudios con muestras mayores de las empleadas aquí, como así también más heterogéneas, que permitan analizar estas variables de una manera más enriquecedora.

Además, replicar el análisis de inteligencia emocional en adultos mayores, pero con instrumentos de ambos modelos epistemológicos, es decir, mixtos y de habilidades.

Palabras claves: Adultos mayores, inteligencia emocional, satisfacción vital, psicología positiva.

ÍNDICE

Capítulo I.....	9
1. Planteamiento del problema:	10
1.1. Formulación del problema:	15
1.2. Objetivos de la investigación:	15
1.2.1 Objetivo general:	15
1.2.2. Objetivos específicos:	15
1.3. Hipótesis:	16
Capítulo II	17
2. Marco teórico:	18
2.1. Estado del arte: antecedentes de investigación.	18
2.1.1. Inteligencia emocional:	18
2.1.2. Satisfacción vital y bienestar subjetivo:	21
2.1.3. Inteligencia emocional y satisfacción vital:	24
2.2. Encuadre teórico:	27
2.2.1. Envejecimiento sociodemográfico.	27
2.2.2. Consideraciones sobre la vejez.	28
2.2.3. Cambios en la conceptualización de envejecimiento.	30
2.2.4. Psicología y Psicogerontología positiva.....	32
2.2.5. Satisfacción Vital y Bienestar Subjetivo.....	36
2.2.6. Inteligencia emocional y tercera edad.	39
Capítulo III.....	43
3. Encuadre metodológico:	44
3.1. Tipo de estudio:	44
3.2. Participantes:	44
3.2.1. Descripción de la muestra (N=60).	45
3.3. Técnicas de recolección de datos:	49
3.3.1. Cuestionario sociodemográfico.....	49
3.3.2. Escala de inteligencia emocional.	49
3.3.3. Escala de satisfacción con la vida.	51
3.3.4. Evaluación de deterioro cognitivo.....	52

3.4. Procedimientos de recolección de datos:	52
3.5. Plan de tratamiento y análisis de datos:	53
Capítulo IV	55
4. Resultados:	56
4.1. Descripción de la satisfacción vital en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.	56
4.2. Descripción de la inteligencia emocional en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.	57
4.3. Asociación entre inteligencia emocional y satisfacción vital en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.	59
Capítulo V.	60
5. Discusión:	61
5.1. Conclusiones:	66
5.2. Limitaciones:	66
5.3. Recomendaciones:	67
5.3.1. Recomendaciones para la investigación:	67
5.3.2. Recomendaciones para la práctica:	67
Referencias Bibliográficas:	69
Anexo	81
Consentimiento informado:	82
Cuestionario sociodemográfico:	83
Escala de evaluación de deterioro cognitivo (TYM/MEC):	84
Escala de inteligencia emocional (EQ-i-M20):	86
Escala de satisfacción con la vida (SWLS):	89
Salidas estadísticas.....	90
Lista de figuras:	
<i>Figura 1.</i> Sexo de la muestra evaluada.	45
<i>Figura 2.</i> Edades de la muestra evaluada.	46
<i>Figura 3.</i> Nivel académico de la muestra evaluada.	47
<i>Figura 4.</i> Estado civil de la muestra evaluada.	48
<i>Figura 5.</i> Dimensiones y factores de la inteligencia emocional.	51
<i>Figura 6.</i> Niveles de satisfacción vital de la muestra.	57

Lista de tablas:

Tabla 1. Valores mínimos, máximos, media y desvío típico de satisfacción con la vida..	56
Tabla 2. Valores mínimos, máximos, media y desvío típico de inteligencia emocional...	58
Tabla 3. Valores mínimos, máximos, medias y desvío típico de inteligencia emocional factor general	58
Tabla 4. Correlación entre inteligencia emocional y satisfacción vital	59
Tabla 5. Correlaciones entre las dimensiones de inteligencia emocional y satisfacción vital	59

Capítulo I

1. Planteamiento del problema:

El envejecimiento poblacional constituye uno de los problemas demográficos más preocupantes en el presente siglo XXI; el aumento de la esperanza de vida, sumado a la disminución de la tasa de natalidad, ha provocado un fenómeno a nivel mundial que está en constante expansión y se ve reflejado en la evidente transformación sociodemográfica. Según las estimaciones poblacionales de Naciones Unidas (ONU, 2017), a nivel mundial, los habitantes mayores de 59 años pasarían de ocupar un 8% de la población en 1950, a un 21,3% 100 años después; Así también, en 2050, América Latina habrá pasado de tener una población de adultos mayores que representaba al 5,7% de su población total, a una que comprenderá al 25,4%.

Concretamente, Argentina se ubica cuarto entre los países más envejecidos en la región de América Latina y el Caribe, liderando el ranking se encuentra Cuba y en último lugar Perú. En la actualidad la población de mayores en nuestro país es de 6.800.000 personas, que constituyen el 15,4% de la población total y se proyecta que para el 2050, serán cerca de 13 millones, es decir, pasaran a conformar el 23,6% de la población total ; este cambio demográfico representa un gran desafío para las sociedades, asegurando una modernización y modificación de los servicios de salud, especialmente, aquellos destinados a la vejez; cuyos objetivos deberán verse abocados a generar un sistema sanitario que no sólo permita aumentar la esperanza de vida y evitar la enfermedad, sino también, vivir satisfactoriamente, generando las condiciones necesarias para que los mayores puedan atravesar un envejecimiento exitoso (ONU,2017).

Como explica García (2007), el aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población mundial es un logro. El problema radica en que, ni la sociedad ni la economía están adaptadas para ese cambio que plantea nuevos problemas de atención sanitaria, recursos económicos, empleo, educación, entre otros. Por lo tanto, se vuelve importante la identificación de aquellos factores que contribuyen a promover los niveles de salud y bienestar en los adultos mayores y especialmente en los longevos con vistas a incrementar su calidad de vida.

Este fenómeno atañe también a los organismos internacionales, quienes han llevado a cabo una serie de modificaciones conceptuales tradicionales acerca de la vejez, como por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud, que se refiere a la senectud como una etapa marcada por la calidad de vida más que por la extensión en el tiempo (OMS, 2012); o La Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f.) que define el estado de salud entre los envejecidos, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de la capacidad funcional. Así resulta evidente que las políticas internacionales van orientadas a un cambio gnoseológico de la vejez, considerándola como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización (Sanhueza, Castro & Merino, 2005).

A partir de estos avances, en los últimos años han surgido nuevas teorizaciones en esta área, como por ejemplo, el envejecimiento exitoso, el envejecimiento activo, el envejecimiento saludable, entre otros, conceptos que se han manifestado en vistas a explorar las nuevas formas de envejecer. Algunos autores sugieren que el envejecimiento con éxito enfatiza la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave (Lher, 1982), incluso en la Enciclopedia de la Tercera Edad, Palmore (1995) señala que, una definición completa de envejecimiento exitoso debe combinar supervivencia (longevidad), salud (falta de discapacidad), y satisfacción con la vida (la felicidad).

Es por esto por lo que, como plantean Diener, Suh, Lucas y Smith (1999, citado en Pérez & Maturana, 2012), se ha incrementado considerablemente el número de investigaciones relacionadas con los diferentes aspectos del bienestar personal, aunque, como también señala Goleman (2003), sólo muy recientemente, la psicología ha emprendido de manera explícita programas para el estudio de los aspectos positivos de la naturaleza humana, esfuerzos que han llevado, finalmente, a la presencia de un movimiento hacia la investigación científica del bienestar, movimiento que se denomina Psicología Positiva.

Esta transformación epistemológica, surge como una reacción al paradigma sanitario tradicional, focalizado en el déficit y la identificación de características exclusivamente patológicas de las personas, además de hacer un paralelismo entre el proceso de envejecimiento y los procesos de enfermedad y deterioro. No obstante, como explica

Lambert (2007), la enfermedad y el envejecimiento no tienen por qué asumir una relación necesaria, ni son sinónimos. La diferencia entre una persona mayor sana y otra enferma, reside en las condiciones personales de equipamiento genético, hábitos y formas de vida anteriores y actuales, además de la influencia de factores psicosociales y del modo de acompañamiento y asistencia de su entorno próximo.

De esta manera, la psicología positiva propone nuevas formas de abordaje clínico, trabajando en un equilibrio dinámico que fortalece y ayuda a desarrollar aspectos resilientes o factores protectores (positivos) de la personalidad de los sujetos, como el optimismo, la felicidad y la satisfacción vital, entre otros, factores que puede llegar a ser preponderantes en los periodos de crisis (Cuadra & Florenzano, 2003; Peterson, 2000; Stock, Okun & Benin, 1986; Diener, 1994).

Actualmente, todos estos conceptos se engloban dentro de uno más amplio, como es el de bienestar subjetivo, definido como "una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida" (Diener et al., 1999, citado en Pérez & Maturana, 2012). De acuerdo con esta definición, se podría hablar de dos grandes componentes del bienestar subjetivo, por un lado, estaría el componente emocional o afectivo, sujeto a cambios a corto y medio plazo (semanas, incluso días), relacionado con los sentimientos de placer y displacer que experimenta la persona, y que comprendería el concepto de felicidad, por otro lado, se encuentra el componente cognitivo, más estable en el tiempo, referido al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva, es decir, lo que tradicionalmente se ha denominado satisfacción vital (Triadó, 2003).

La satisfacción vital, es una medición cognitiva parte fundamental del bienestar subjetivo, que consta de un ajuste entre los objetivos deseados y los actuales resultados de vida (Díaz & Sánchez, 2001; George, 1981). Por otra parte, el componente emocional, alusivo a la felicidad subjetiva, corresponde a la preponderancia de los sentimientos o afectos positivos sobre los negativos, donde el afecto positivo puede ser evaluado a través de emociones específicas como gozo, afecto y orgullo; en tanto que el afecto negativo puede ser medido por medio de emociones o sentimientos tales como vergüenza, culpa, tristeza, ira o

ansiedad. Así mismo, los sujetos que valoran positivamente su vida tendrán más emociones positivas que negativas, en este sentido, la definición de bienestar, está más cercana al uso cotidiano que se hace de este término, es decir, la creencia de que una persona es más feliz cuando en su vida predomina la experiencia afectiva positiva sobre la negativa (García, 2002).

En este sentido, la inteligencia emocional se vuelve un concepto de especial interés en el campo del bienestar subjetivo, ya que, permite explorar de una manera más específica y estable, todos aquellos afectos transitorios y emociones que están en juego, pero, además, se ha podido corroborar de forma empírica el valor predictivo y promotor que tendría la inteligencia emocional sobre la satisfacción vital y el bienestar subjetivo en sí, además de influir de manera directa en la calidad de vida y salud de las personas (Luque-Reca, Augusto-Landa, López-Zafra & Pulido-Martos, 2014; Sena, Moral & Pardo, 2008; Lloyd, Malek-Ahmadi, Barclay, Fernandez, & Chartrand, 2012).

Salovey y Mayer (2000) fueron los primeros en utilizar el término “inteligencia emocional” (de aquí en adelante I.E.), definiéndolo como la capacidad de regular los sentimientos y emociones propias así como las de los demás, de comprender y discriminar entre ellos y utilizar esta información para guiar nuestro pensamiento y nuestras acciones. Salovey y Mayer, formarían parte de lo que hoy se conoce como el modelo de habilidades de la I.E, modelo que define a la I.E. como una serie de aptitudes o habilidades mentales. Por otro lado, existen los modelos mixtos de I.E., desde donde se considera a la I.E. como un conjunto de habilidades mentales combinadas con rasgos de comportamiento estables, competencias sociales y variables de personalidad (Mayer, Salovey, y Caruso, 2000). En este modelo se ubican los aportes de Reuven Bar On (2000), según el cual, la I.E. podría entenderse como “una serie de competencias emocionales y sociales interrelacionadas, destrezas y facilitadores que determinan cómo de eficazmente nos comprendemos y expresamos nosotros mismos, cómo comprendemos y nos relacionamos con los demás y cómo afrontamos las demandas cotidianas” (Bar On, 2006, p. 14). Bar-On postula que, para ser socioemocionalmente inteligentes, los individuos necesitan gestionar las emociones de tal modo que trabajen en su beneficio y no en su contra, necesitando al mismo tiempo ser

suficientemente positivos, optimistas y motivados (Bar-On, 2006), es a partir de esta perspectiva de la cual parte esta investigación.

Se ha constatado últimamente desde diferentes estudios, la relación que existe entre I.E. y diferentes medidas de bienestar, como la satisfacción vital, calidad de vida y salud en diversas poblaciones y grupos etarios (Diener & Chan, 2011; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Xu & Roberts, 2010). Sin embargo, los hallazgos más novedosos de la I.E. surgen recientemente en las poblaciones de adultos mayores, donde varios investigadores han encontrado que las habilidades que componen la I.E., lejos de deteriorarse, se desarrollan con la edad y la experiencia, por lo tanto, durante el proceso de envejecimiento, estas se complejizan e impactan positivamente, fenómeno que se ha denominado “teoría de la madurez emocional”, según la cual, los adultos mayores poseerían mejor control, madurez y regulación emocional que otros grupos etarios más jóvenes (Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2008; Arias & Giuliani, 2014; Mayer, Salovey, & Caruso, 2000).

Sin embargo, a pesar de los recientes avances en esta materia, aún se advierte la escasez de trabajos relacionados con la I.E. en la población mayor (Bernarás, Garaigordobil & de las Cuevas, 2011). En general, los estudios revisados que exploran la relación entre I.E. y algunas medidas de bienestar, están destinados exclusivamente a colectivos adolescentes, universitarios, adultos de mediana edad o trabajadores de diferentes sectores (Brackett & Mayer, 2003; Carmeli et al., 2009; Trinidad & Johnson, 2002), y aquellas investigaciones que analizan la satisfacción vital en adultos mayores, en general se enfocan en los factores externos sociodemográficos, tales como la edad, los ingresos económicos, la condición de institucionalizados o no institucionalizados, el sexo, entre otros, como posibles predictores de bienestar y calidad de vida (Sena, Moral & Pardo, 2008; Pérez & Maturana, 2012; Mella, González, D’Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004).

En este contexto cobra especial relevancia en el campo de la investigación psicológica, el estudio de la I.E. y satisfacción vital en poblaciones adultas mayores, principalmente por las características exclusivas de esta fase etaria y por la importancia,

debido al creciente envejecimiento poblacional, de hallar aquellos factores protectores y promotores de salud y calidad de vida en los adultos mayores.

Para el presente trabajo se tomó como muestra una población de adultos mayores de 65 años no institucionalizados, que se encuentren atravesando un proceso de envejecimiento no patológico y que residan en la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.

1.1. Formulación del problema:

¿Existe relación entre Inteligencia Emocional y la Satisfacción Vital en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos?

1.2. Objetivos de la investigación:

1.2.1 Objetivo general:

- Analizar la relación que existe entre la Inteligencia Emocional y la Satisfacción Vital en los adultos mayores.

1.2.2. Objetivos específicos:

- i. Describir la satisfacción vital en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.
- ii. Describir la inteligencia emocional en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.
- iii. Determinar si existe relación entre inteligencia emocional y satisfacción vital en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

1.3. Hipótesis:

Existe una correlación positiva entre inteligencia emocional y satisfacción vital en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

Capítulo II

2. Marco teórico:

2.1. Estado del arte: antecedentes de investigación.

El análisis del estado del arte que aquí se expone, está organizado en apartados, en primer lugar aquellos trabajos que investigan la I.E., luego aquellos trabajos destinados al análisis del bienestar subjetivo y satisfacción vital, y por último se enumeran los antecedentes de las investigaciones que evalúan a la I.E. como factor predictor de la satisfacción vital.

A continuación se detallará cronológicamente desde las más antiguas hasta las más actuales los antecedentes más relevantes.

2.1.1. Inteligencia emocional:

En cuanto a la investigación nacional, en el 2008 Evangelina Regner (2008), estudió la validez convergente y discriminante del Inventario de Cociente Emocional (EQ-i) (Bar-On, 1997) en una muestra argentina de 100 personas adultas. Los instrumentos aplicados fueron: el EQ-i, el Inventario Revisado de Personalidad NEO (NEO PI-R) (Costa y Mc Crae, 1992) y la Prueba de Razonamiento Verbal (RV) (Bennett, Seashore & Wesman, 1992). Los resultados obtenidos revelaron correlaciones muy bajas entre inteligencia emocional (I.E.) y aptitud verbal (RV). En cambio, se observaron correlaciones significativas negativas entre I.E. y los factores de la personalidad, especialmente entre el factor neuroticismo.

Un grupo de investigadores en la ciudad de Oviedo-España (Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2008) llevaron a cabo un estudio denominado “Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital”, donde analizaron las diferencias asociadas a la edad en variables relacionadas con la experiencia emocional (bienestar subjetivo e intensidad emocional) y la regulación emocional (control emocional subjetivo y tres mecanismos de regulación emocional: selección de situaciones, rumiación y supresión emocional) en una muestra de 160 personas pertenecientes a tres grupos distintos de edad: jóvenes, mediana edad y mayores. Los resultados revelan que las personas mayores presentan un menor nivel de satisfacción con la vida y de intensidad emocional positiva que las jóvenes, pero, una mayor puntuación en

control emocional percibido, moderación del afecto positivo, madurez emocional y supresión emocional. Los resultados apoyan parcialmente la hipótesis de la madurez emocional asociada al envejecimiento y sugieren peculiaridades del control emocional en las personas mayores no analizadas hasta el momento, tales como la moderación de su experiencia emocional, particularmente de las emociones positivas.

Bernarás, Garaigordobil y De las Cuevas (2011) investigaron desde una perspectiva evolutiva las diferencias que se pueden apreciar en la I.E. en función de la edad y del sexo en personas de 55 a 79 años pertenecientes al País Vasco; se plantearon dos objetivos, por un lado, examinar si existen diferencias en la inteligencia emocional (IE) y en diversos rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad) en función del sexo y la edad (55 a 79 años); y por otro, explorar las relaciones de la I.E. con varios rasgos de personalidad (neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad). Los resultados pusieron de relieve que no presentaron grandes diferencias en cuanto a la edad, ni entre sexos. Es decir, varones y mujeres entre 55 y 79 años tienen similares puntuaciones en inteligencia emocional (pensamiento constructivo global) y en varias de las dimensiones de este constructo (emotividad, eficacia, pensamiento supersticioso, rigidez e ilusión).

Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader y Molero (2014) derivaron satisfactoriamente una versión de 20 ítems (EQ-i-M20) a partir del EQ-i: YV, orientada a la evaluación de I.E. en adultos mayores que cursaban educación universitaria en España. Este instrumento fue elegido para la presente investigación, ya que es la versión más reducida del EQ-i en idioma español hasta la fecha, la cual da ventajas para su aplicación de manera breve, grupal y para personas adultas mayores. El Inventario Breve de Inteligencia Emocional para Mayores (EQ-i-M20). Surge debido a que en los últimos años se han realizado diversos estudios que revelan la existencia de múltiples beneficios que en la población mayor logran altos niveles de I.E. sobre la salud física, la salud mental, la capacidad cognitiva, el funcionamiento social y, en definitiva, sobre el bienestar y la calidad de vida. No obstante, aún no existía un instrumento fiable y válido para la evaluación de la I.E. de habla española y exclusivamente para la tercera edad. Por ello, los autores se plantearon como objetivo de ese estudio, la adaptación del Emotional Intelligence Inventory: Young Version a la población de mayores universitarios

españoles. Para ello, fueron llevados a cabo dos estudios (el primero de calibración y el segundo de validación) con estudiantes de dos Universidades de Mayores (Almería y Oviedo). Los resultados indicaron que el instrumento es fiable, estructuralmente válido y se recomienda su uso.

Arias y Giuliani (2014), llevaron a cabo una investigación en nuestro país con el objetivo de explorar y comparar las habilidades de I.E. percibida en personas de tres grupos de edad, mediante un diseño transversal, descriptivo-correlacional. La muestra fue de 252 sujetos en 3 grupos de edad: de 15-24.; de 30-45; y de 60-75. Los resultados generales brindan apoyo a la perspectiva positiva del envejecimiento, en tanto que el grupo de mayor edad presentó mejores puntuaciones en las habilidades de inteligencia emocional, lo que podría interpretarse como el logro de un mayor desarrollo en este aspecto. Específicamente, la capacidad de comprensión de las emociones de los adultos mayores (60-75) fue mayor a la de los restantes grupos, y su habilidad de regulación fue superior a los más jóvenes y similar a la reportada por el grupo de 30 a 45 años.

Por último, Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez y Soler (2014), desarrollaron un programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores (PECI-PM) en la Universidad de Mayores de Almería, España. El objetivo fue analizar sí, mediante la implementación de este programa, los participantes mostraban una mejoría en las capacidades cognitivas y emocionales. Para ello se contó con una muestra de 28 usuarios del programa que habían completado 20 sesiones y participado en ambas evaluaciones (pre-post). Los resultados demostraron que tras la intervención del PECI-PM, se observa una mejora en la mayoría de las dimensiones de inteligencia emocional (intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo), los resultados apoyan la teoría de la madurez emocional y del papel de la inteligencia emocional en la adquisición de recursos para hacer frente a los cambios que acontecen en la vejez, que se traduce en una mejora de la calidad de vida.

2.1.2. Satisfacción vital y bienestar subjetivo:

Un grupo de investigadores chilenos (Mella, González, D' Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004), realizaron un estudio en Santiago de Chile, acerca de cuáles serían los factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor, considerándose las variables de bienestar subjetivo, edad, depresión, salud percibida, apoyo social percibido, género y nivel socioeconómico. En el análisis de regresión lineal múltiple, el bienestar subjetivo está determinado en un 54.3% por apoyo social percibido, género y por la ausencia de depresión.

Beatriz Yasuko Arita Watanabe (2005), en la localidad de Culiacán, Sinaloa (México), llevó a cabo una investigación con el objetivo de probar la teoría homeostática de la satisfacción por la vida en un grupo de 108 adultos, aplicando un instrumento para medir la satisfacción por la vida personal y otro por la localidad donde se habita. Los resultados concuerdan asimismo en lo referente a lo proximal-distal, donde lo proximal es más abstracto y bajo de sensibilidad, por lo que la valoración global fue más alta que las dimensiones por la vida, que son más distales, siendo además más alta la calificación para el bienestar personal (proximal) que para el bienestar por la localidad (distal).

En Lima-Perú, Inga y Vara (2006), exploraron cuáles serían los principales factores asociados a la satisfacción con la vida de 122 adultos mayores de 60 años de la ciudad de Lima. Como resultado, el promedio de satisfacción obtenido fue de 17 puntos, indicando - como grupo- una satisfacción de vida alta, en cuanto a los factores que influyen de manera directa en los niveles de satisfacción vital, se encontró que el apoyo y refuerzo social percibido contribuye de forma directa a su aumento, es decir, mientras mayor refuerzo y atención social reciban los adultos mayores de sus semejantes, mayor satisfacción sentirán por sus vidas. En sentido contrario, mientras más resentidos se encuentren, mientras mayor dependencia social les genere su incapacidad, estarán menos satisfechos con sus vidas.

En el año 2007, Emilio Moyano Díaz y Nadia Ramos Alvarado, realizaron una investigación en la región del Maule (Chile), con el propósito de evaluar el bienestar subjetivo a través de sus componentes, cognitivo (satisfacción general y por dominios) y afectivo (felicidad), para analizar la relación entre ambos y con variables sociodemográficas.

Se evaluó a 927 personas, trabajadores y estudiantes, entre 17 y 77 años. Los resultados mostraron que en general las personas están satisfechas con su vida, siendo la familia la principal fuente de felicidad. Se encontró además, que las personas casadas se encuentran más felices y satisfechas que las solteras, las personas jóvenes presentan menor nivel de felicidad y satisfacción que las personas mayores. Por último, se encontraron relaciones directas y significativas entre felicidad, autoevaluación de salud y satisfacción vital.

Sena, Moral y Pardo (2008) de la Universidad de Valencia, España, llevaron a cabo un estudio con el objetivo de aproximarse al concepto de bienestar, como componente de la calidad de vida, analizando las diferencias que existen entre personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. La muestra estuvo constituida por 111 personas con edad superior a 65 años, que mantuvieran condiciones normales de salud, tanto física como mental. En cuanto al sexo un 45% eran hombres y un 55% mujeres, un 5.1% tenía entre 65 y 69 años, un 20.7% entre 70 y 74, un 16.2% entre 75 y 79 y un 25.2% más de 80., un 83.8% no estaban institucionalizados y un 16.2%, sí. Los resultados destacaron el inferior nivel de satisfacción que tienen los institucionalizados en los aspectos relacionales así como la insatisfacción que les producen los aspectos relativos a la seguridad. Además, se observó que mientras en el bienestar psicológico no existen diferencias entre ambos grupos, los factores propios del bienestar subjetivo mostraron diferencias, siendo las puntuaciones de las personas institucionalizadas inferiores.

La investigación de Durán Jiménez (2010), en la ciudad de Ocotlán, Jalisco, México, fue llevada a cabo con el objetivo de evaluar la teoría homeostática de la satisfacción por la vida en personas mayores que viven en la ciudad mexicana. Para ello, se aplicó un instrumento que evalúa la satisfacción por la vida personal y por la localidad, a 564 personas mayores. Los resultados de este estudio señalan que los dominios conectados con el bienestar personal son más relevantes para las personas mayores, que aquellos relacionados con los temas propios del entorno físico-geográfico de la localidad, evidenciando que los principales factores comprometidos con el bienestar personal de la población adulta mayor, no son físicos y geográficos como se ha venido estudiando hasta ahora, sino más bien, subjetivos.

Xu y Roberts (2010), examinaron, en el Condado de Alameda en California (EE.UU.), longitudinalmente el bienestar subjetivo y sus componentes, a saber, sentimientos positivos (incluida la satisfacción con la vida global, la satisfacción con la vida en el dominio y el afecto positivo), así como los sentimientos negativos, como predictores de longevidad en una población general. Los resultados arrojaron que el bienestar subjetivo y sus componentes predijeron significativamente los riesgos reducidos de mortalidad por todas las causas y por causas naturales. Bienestar subjetivo, sentimientos positivos y satisfacción con la vida global, también predijeron significativamente un menor riesgo de mortalidad por causas no naturales. Llegando a la conclusión de que el bienestar subjetivo y sus diversos componentes positivos, predicen significativamente la longevidad en la población general, apoyando la importancia del estudio del bienestar subjetivo y sus componentes en la población adulta mayor como predictores de salud mental y física.

En esta misma línea, se encuentra la investigación de Pérez y Maturana (2012), quienes validaron la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) de Diener para una población de 122 personas mayores con edades entre 60 y 82 años, de la ciudad de Arica (Chile), con el objetivo de analizar posibles relaciones con características sociodemográficas. Los resultados, señalaron que de forma global las personas que conformaron la muestra se encuentran con altos niveles de satisfacción vital, específicamente “ligeramente satisfechos”, más allá de las diferencias externas sociodemográficas que se evaluaron, además, la satisfacción con la vida, presentó correlaciones de carácter positivo y estadísticamente significativo con las variables sociodemográficas: enfermedad crónica, ingreso total familiar, situación de vivienda y situación de hogar.

En España, Encarnación Satorres Pons (2013), examinó las relaciones entre bienestar subjetivo, actividades diarias y dimensiones del bienestar psicológico en una muestra de 1208 mayores de 65 años, no institucionalizados de la provincia de Valencia. Los resultados demostraron una relación positiva y significativa entre el nivel de dependencia y el nivel de bienestar tanto subjetivo como psicológico, siendo por tanto la capacidad funcional un importante predictor del bienestar, además, la relación más importante del modelo fue la observada entre ambos tipos de bienestar, es decir, bienestar subjetivo y psicológico, algunas

dimensiones del bienestar psicológico estarían relacionadas con la felicidad y satisfacción con la vida, ambas dimensiones del bienestar subjetivo.

2.1.3. Inteligencia emocional y satisfacción vital:

En la ciudad de Arica, Chile; Peralta, Besio, Rubio, Atabales & Salinas, (2010). Se dispusieron evaluar el efecto de un Programa de Intervención basado en Psicología Positiva e Inteligencia Emocional sobre el Bienestar Subjetivo y la Satisfacción Laboral de un grupo de profesores. Los resultados constataron que el programa de intervención aumentó significativamente los niveles de satisfacción vital y de satisfacción laboral de los profesores, demostrando la importancia del papel de la inteligencia emocional como promotor de los niveles de satisfacción.

Mikulic, Crespi y Casullo (2010), evaluaron la relación existente entre inteligencia emocional, satisfacción vital y potencial resiliente, en una muestra de estudiantes universitarios de Psicología, en la universidad pública de Buenos Aires. Así también investigaron el posible papel de la inteligencia emocional como predictor de satisfacción vital, los resultados afirmaron la presencia de relaciones positivas significativas entre inteligencia emocional, satisfacción vital y potencial resiliente, además, aquellos participantes con altos niveles de inteligencia emocional mostraron mayor satisfacción vital. Finalmente, la dimensión de bienestar psicológico de la inteligencia emocional resultó ser el mejor predictor tanto de la satisfacción con la vida como de la escala de factores de protección personales.

Podemos señalar el trabajo de Besio, Peralta, Saguez, Robledo y Soto (2013), llevado a cabo en la ciudad de Arica, Chile. El objetivo del estudio fue analizar la relación de inteligencia emocional percibida con satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia, en una muestra de 117 funcionarios de educación especial. Para lo cual, se utilizaron los instrumentos, TMMS-24 y EQ-i, ambos para medir inteligencia emocional. Los resultados evidenciaron que la inteligencia emocional correlaciona positivamente con satisfacción

vital, el análisis de los datos reveló una correlación positiva y significativa con ambas medidas de la inteligencia emocional. Por otro lado, inteligencia emocional correlaciona positivamente con felicidad subjetiva, se obtuvo que la correlación entre las variables fue positiva y significativa con ambas medidas de la inteligencia emocional, destacándose así la correlación entre ambas variables.

Cabe enunciar también, la investigación realizada por Cerezo, Carpio, García y Casanova (2016), quienes analizaron las relaciones entre inteligencia emocional percibida con dos variables, la conducta agresiva por un lado y la satisfacción vital por otro, en 430 estudiantes universitarios de diferentes instituciones de Alicante, España. Los resultados indican claras diferencias al comparar la dimensión de atención emocional con las dimensiones de claridad y reparación emocional, mientras la dimensión de atención emocional se relaciona negativamente con la satisfacción vital y positivamente con ira y hostilidad, las dimensiones de claridad y reparación emocional se relacionan positivamente con satisfacción vital y negativamente con todas las medidas de agresividad. En cuanto a la satisfacción vital, los resultados arrojan una correlación positiva con inteligencia emocional.

Uno de los trabajos más amplios destinados a la exploración de I.E. en adultos mayores, son los de Luque-Reca, Augusto-Landa, y Pulido-Martos (2014; citado en Luque-Reca, 2015), un grupo de investigadores de Jaén, España. Quienes han llevado a cabo en los últimos años una serie de estudios abocados al análisis de la I.E., uno de ellos se destinó a examinar el papel que juegan la capacidad emocional percibida y la disposición al optimismo sobre la calidad de vida de los residentes. Los resultados arrojaron que la capacidad emocional percibida por los mayores incide mediante dos vías sobre su calidad de vida: de manera directa, potenciando las dimensiones constituyentes de la calidad de vida, y de manera indirecta, promoviendo un mayor optimismo que a su vez contribuye a una calidad de vida más satisfactoria.

Además, Octavio Luque Reca (2015), emprendió un estudio, con el fin de analizar si la capacidad emocional de los mayores institucionalizados, evaluada tanto con instrumentos de autoinforme (modelo mixto) como de ejecución (modelo de habilidades), puede asociarse de manera positiva con variables de calidad de vida en este colectivo. La muestra estuvo

comprendida por 115 mayores institucionalizados con edades entre 65 y 101 años, de diferentes residencias de la provincia de Jaén, España. Los resultados arrojaron que a pesar de que la personalidad de los individuos es un factor que la literatura científica ha mostrado clave en la salud y la calidad de vida, existen otros aspectos psicológicos como la I.E. con una significativa capacidad de incidir positivamente en la calidad de vida de las personas, por último, los datos proporcionados muestran que las habilidades emocionales de los mayores se relacionan y predicen de forma positiva diversos aspectos de la calidad de vida.

Por último, Pérez-Fuentes, Gázquez-Linares, Molero-Jurado, Martínez, Barragán Martín y Simón Márquez (2016), implementaron un programa de estimulación cognitiva e inteligencia emocional para personas mayores (PECI-PM), en la Universidad de Mayores de Almería, España. La muestra estuvo conformada por 28 alumnos de la Universidad de Mayores de Almería, que completaron la primera fase del PECI-PM. Los resultados mostraron que el entrenamiento de las capacidades cognitivas y de habilidades relacionadas con la I.E., tienen un efecto positivo en la valoración que hace el sujeto sobre su salud, además ponen de manifiesto que la mejora en las capacidades que permitan el uso adecuado de la I.E. en el funcionamiento social, puede ser una estrategia eficaz para el desarrollo de programas de promoción de la salud, la reducción de los efectos negativos del estrés o el desarrollo de la capacidad de recuperación.

2.2. Encuadre teórico:

2.2.1. Envejecimiento sociodemográfico.

El envejecimiento poblacional, proceso por el cual la expectativa de vida crece por sobre las tasas de natalidad y provoca el aumento en proporción de personas adultas mayores respecto a los niños y jóvenes en la sociedad; es un fenómeno que está trastocando de forma multidimensional, las estructuras demográficas de las diferentes sociedades, de manera generalizada, profunda y permanente (Envejecimiento de la población Naciones Unidas, 2009)

En la Segunda Asamblea Mundial sobre envejecimiento, celebrada en Madrid (OPS/OMS, 2001), se señaló que Argentina, junto con Chile, Cuba y Uruguay comparte una de las tasas más altas de modificación del perfil demográfico hacia el envejecimiento poblacional de América Latina, actualmente, una de cada diez personas pertenece al grupo adulto mayor y se espera que para 2025 esta proporción sea de uno por cada cinco.

En esta misma línea, según las Naciones Unidas (UN, 2017), los habitantes mayores de 59 años habrán pasado de constituir un 8% de la población a nivel mundial en 1950 a un 21,3% 100 años después. En nuestro país puntualmente, se estima que la población de adultos mayores sería cerca de 13 millones, pasando de comprender el 7% de población, a un 23,5% un siglo después, en 2050.

En la actualidad se considera que la población de adultos mayores en nuestro país es de 6.800.000 de personas y constituyen el 15,4% de la población total (Barómetro de la deuda social Argentina, 2018).

Sin embargo, como explica García (2007), el aumento de la esperanza de vida con el consiguiente envejecimiento de la población mundial es un logro. El problema es que ni la sociedad ni la economía están adaptadas para ese cambio que plantea nuevos problemas de atención sanitaria, recursos económicos, empleo, educación, entre otros. Este envejecimiento demográfico constituye el gran desafío del tercer milenio, pues trae consigo transformaciones notables en todas las esferas de la vida familiar, social, sanitaria, económica, política y educacional (García, 2007).

2.2.2. Consideraciones sobre la vejez.

Al momento de definir conceptualmente un fenómeno, más aun desde la psicología, es imposible eludir la realidad de que esa definición es resultado de una construcción social, que ha ido modificándose a lo largo del tiempo dependiendo de múltiples factores; en esta oportunidad, con el concepto de vejez, no es la excepción.

A la etapa del proceso vital humano relacionada con el envejecimiento se le han dado varias denominaciones, como vejez, ancianidad, tercera edad, longevidad, discapacidad, entre otros, los cuales tienen diversas explicaciones y connotaciones, algunas de ellas, percibidas como negativas; los diferentes constructos presentan complejidad para la conceptualización, depende de las ideas, valores, creencias y expectativas de cada individuo, de la familia y de la sociedad, así como del paradigma científico del que nos posicionemos para dar claridad a este tema (Dabove, 2006). Sin embargo y más allá de la multiplicidad de conceptos, la vejez podría considerarse en líneas generales, como la fase final del proceso de envejecimiento, es decir, tener la posibilidad de vivir muchos años, en comparación con otras personas del mismo grupo poblacional, y cuyos límites, excepto la muerte, han sido y son siempre imprecisos y dependientes; Hace referencia también, a la última etapa de la vida del ser humano, es el estado de una persona que por razones de aumento en su edad sufre una decadencia biológica en su organismo (Dulcey, 2002).

Entonces, hablar de “vejez” como una etapa individual y anatómica, es imposible, o al menos, reduccionista, porque en realidad, la vejez es un subconjunto de fenómenos y procesos que forman parte de un concepto más global: el envejecimiento. Nacemos envejeciendo, vivimos envejeciendo, y así morimos, la vejez es la etapa de la vida en que los síntomas del envejecimiento se hacen más evidentes.

Por lo tanto, considerar si una persona es anciana o no, es un hecho muy variable, para esto primero, es necesario definir la edad efectiva de una persona, que puede establecerse teniendo en cuenta cuatro tipos de edades: la edad cronológica, que es lo que universalmente consideramos como la edad de una persona y se obtiene sumando el número de años transcurridos desde su nacimiento. La edad biológica, que está determinada por el

grado de deterioro de los órganos físicos y todo el sistema fisiológico. La edad psicológica, que representa el funcionamiento del individuo en cuanto a su madurez conductual y su adaptación, y por último, la edad social, que establece el papel individual que debe desempeñarse en la sociedad en la que el individuo se desenvuelve (Baltes, 2004; citado en García & Maya, 2014)

Así es que, el proceso de envejecimiento no debe ser visto solo desde el punto de vista cronológico, sino que deben tenerse en cuenta los factores personales y ambientales que influyen en él (Rosa et al., 2003). Es por esto que, gracias a el progreso científico y tecnológico, se ha logrado que los aportes de la medicina y de la biología, se vean enriquecidos por el accionar interdisciplinario con la psicología, psiquiatría y gerontología y así, el concepto de vejez ha ido cambiando paulatinamente por el de “proceso de envejecimiento”...en lugar de “estudio de la vejez” se habla hoy de “estudio del envejecimiento” (Auer, 1997).

Desde el punto de vista estrictamente médico biologicista, se puede definir el envejecimiento como un proceso degenerativo multiorgánico de naturaleza multifactorial, que antecede a la muerte (Alberca & López-Pousa, 2002).

En cuanto se considera que es un proceso degenerativo multiorgánico y de naturaleza multifactorial, se puede afirmar que se da de manera particular en cada persona, de duración variable y que generalmente se expresa por la aparición de enfermedades específicas de evolución lenta, donde el organismo comienza a ser más vulnerable en sus procesos de adaptación al medioambiente y por lo que generalmente evoluciona hacia la muerte (Lambert, 2007).

Sin embargo, además de los factores físicos, el envejecimiento también depende de factores cognitivos y mentales. Hay correlaciones entre los niveles de educación, conocimiento adquirido y el proceso de envejecimiento, determinadas investigaciones han demostrado que la actividad mental mantiene al individuo alerta y saludable. Las capacidades cognitivas son especialmente importantes en el envejecimiento, por lo que el aprendizaje y la estimulación constante ayudan a las personas mayores a permanecer cognitivamente

activas. Por otro lado, también, el apoyo social interno y externo, es decir, el medio ambiente, la familia y la comunidad, poseen un papel relevante en este proceso (García & Maya, 2014).

Al tratarse de un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva; es un fenómeno extremadamente variable, influido por múltiples factores arraigados en el contexto genético, social e histórico del desarrollo humano, cargado de afectos y sentimientos que se construyen durante el ciclo vital y están permeados por la cultura y las relaciones sociales, de tal manera que no es claro determinar la fase de la vida en el cual se ingresa a la vejez, y cada vez esta concepción está más alejada de la edad cronológica y tiene mayor estructuración desde lo individual y lo social. En ese sentido, se podría afirmar entonces, que el envejecimiento es una construcción social y que de la forma en que se viva este proceso es única en cada persona (Cobo, 2009).

2.2.3. Cambios en la conceptualización de envejecimiento.

Existen muchos mitos respecto al declive de las funciones psicológicas de las personas mayores, mitos que han sido alentados, en parte, por la escasa investigación que se ha realizado con este grupo etario. Sin embargo, se sabe que muchas de las habilidades psicológicas se pueden mantener a lo largo del tiempo. De hecho, no es normal que una persona anciana tenga déficits en sus funciones psicológicas, de ahí que se hable de envejecimiento normal (senectud) y de envejecimiento patológico (senilidad), (Buendía & Riquelme, 1995).

En las últimas décadas, los organismos internacionales han modificado también la conceptualización tradicional acerca de la vejez, como el caso de la OMS (1998), que propone el concepto de “envejecimiento saludable”, definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años, la cual puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades (Bowling, 2005). También se ha postulado el Envejecimiento Activo por la OMS (2002), enunciado como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las

personas envejecen (Reyes & Castillo, 2011). El término "activo" hace referencia a una participación continua en aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, no solo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra, si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga

Como explica Lambert (2007), la enfermedad y el envejecimiento no tienen por qué asumir una relación necesaria, ni son sinónimos. La diferencia entre una persona mayor sana y otra enferma, reside en las condiciones personales de equipamiento genético, hábitos y formas de vida anteriores y actuales, además de la influencia de factores psicosociales y del modo de acompañamiento y asistencia de su entorno próximo.

Es por esto, que las políticas universales van orientadas a un cambio en la concepción de la vejez, considerando a ésta como una etapa de vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía individual y la posibilidad de la autorrealización (Sanhueza, Castro & Merino, 2005).

Este cambio de paradigma ha sido propiciado según Gutiérrez, Serra y Zacarés (2006), a partir de tres influencias relevantes: la existencia de datos procedentes de los grandes estudios longitudinales, el desarrollo de la gerontología desde su aproximación a un modelo evolutivo contrario al modelo clínico degenerativo, y los cambios sociodemográficos que han variado la pirámide poblacional con un incremento significativo de la esperanza de vida y, con ello, de la población mundial de personas mayores.

Estos avances han modificado los planteamientos que existen respecto al envejecimiento, evidenciando una realidad diferente a la estudiada hasta el momento, de manera que en la vejez cada vez se vive más y en mejores condiciones. De esta manera, los parámetros del estudio y conceptualización del desarrollo hasta ahora establecidos, se han reorientado hacia una nueva forma de entender la intervención con las personas mayores, puesto que ya no sólo se trata de vivir un envejecimiento normal, sino que se puede vivir un envejecimiento optimo o con éxito.

Es por esto, que en el actual siglo veintiuno, las acciones preventivas que se deducen del nuevo paradigma acerca de la vejez, sustentan el énfasis que ponemos en las posibilidades de un envejecimiento saludable. Hoy en día conocemos en profundidad cuáles son los

factores de riesgo biológicos, sociales, e incluso psicológicos, que debemos contrarrestar con la promoción de los factores protectores y de resiliencia, instalando una actitud de anticipación en los sujetos a fin de llevarlos a los cambios necesarios en sus estilos de vida en todos los órdenes. De este modo los síntomas del envejecimiento funcional serán postergados y compensados en la medida que fomentemos el autocuidado y la promoción de la reserva, que no sólo deberá ser económica y cognitiva, sino también emocional, corporal, vincular y espiritual. En síntesis, la “reserva humana” para nuestro envejecimiento (Zarebski, 2011).

2.2.4. Psicología y Psicogerontología positiva.

Es a partir de estos cambios conceptuales y epistemológicos, que surge el paradigma de la Psicología Positiva, con el objetivo de investigar acerca de las fortalezas y virtudes humanas y los efectos que estas tienen en las vidas de las personas y en las sociedades en que viven (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Como plantea Maddux (2002, citado en Maturana 2012), este movimiento nace como una reacción ante la visión clínica tradicional , permitiendo una nueva perspectiva de abordaje de los fenómenos psíquicos, principalmente los vinculados con el quehacer profesional en el ámbito clínico, relacionada con el logro de la salud y con los procesos de adaptación a contextos sociales y culturales diversos, además, de fomentar intervenciones de promoción y prevención, teniendo en cuenta el valor de las diferentes virtudes y aptitudes que se desarrollan en cada persona en las diferentes etapas de su vida.

Hasta no hace mucho tiempo, el interés desde el ámbito de la salud sobre la población mayor, se centraba fundamentalmente en los procesos de enfermedad y factores de riesgo asociados a la edad (Gonzalo & Pasarín, 2004). Como indican Verdugo-Lucero et al. (2013), tradicionalmente y a lo largo de la historia, la psicología se ha enfocado en la investigación del desarrollo de patologías y trastornos mentales, así como, en las teorías explicativas de estos aspectos disfuncionales y desadaptativos de los individuos. Esta perspectiva patologizante de la psicología clásica, ha hecho descuidar características humanas tales como el bienestar, el contento, la satisfacción, la esperanza, el optimismo, el flujo y la felicidad, así como el interés por la explicación y reproducción de investigaciones sobre aspectos positivos

que favorezcan el desarrollo integral, adaptado y funcional de los individuos en la sociedad y sus entornos más cercanos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

En los últimos treinta años, esta visión ha ido modificándose, según lo plantean Diener, Suh, Lucas y Smith (1999) debido al incremento considerable del número de investigaciones relacionadas con los diferentes aspectos del bienestar subjetivo, y al emprendimiento de manera explícita, por parte de la psicología, de programas para el estudio de los aspectos positivos de la naturaleza humana, haciendo evidente, el surgimiento de un nuevo paradigma de investigación, denominado psicología positiva (Goleman, 2003).

El mismo proceso ocurrió en cuanto al concepto de envejecimiento, como bien explica Mercedes Zerda, recién se pudo ver la complejidad de este fenómeno, cuando se introdujeron los aspectos pertenecientes a la subjetividad, es decir, el punto de vista del envejeciente mismo y de su entorno más íntimo; cuando se comenzó a visualizar la implicancia subjetiva en el proceso que adopta el propio envejecimiento y se desarrollaron distintas maneras de abordarlo, tanto a nivel preventivo como asistencial. Lo cual implicó la ampliación del campo de la salud mental de la vejez, más allá de la disciplina hegemónica, como era la Psicogeriatría (subespecialidad médica) a la diversidad de disciplinas que conforman hoy en día la Psicogerontología. (Zerda, 2002)

En este marco, Fernández-Ballesteros (2007) describe a la Psicogerontología Positiva como la subdisciplina enfocada al estudio de las características positivas de la edad madura y del envejecimiento, en contraposición a la Psicogerontología clásica dedicada al estudio del declive y el daño sufrido por el proceso de envejecimiento. La Psicogerontología Positiva tiene dos propósitos: tratar de cambiar la forma de ver las características negativas modificables ligadas al deterioro de la salud, optimizando o compensando las capacidades físicas y cognitivas y alentando la interacción social. El segundo propósito es promover la investigación de las características psicológicas positivas de la vejez como la sabiduría, la filosofía de la vida, la serenidad, las estrategias de resolución de problemas y la capacidad de adaptación (Fernández Ballesteros, 2007).

Siendo una de las pioneras europeas en el tema, Fernández Ballesteros (2007), señala también, cómo el individuo envejeciente, en tanto agente de su propio desarrollo, puede optimizar sus capacidades a todo lo largo de su vida (también en la vejez) y además, puede

compensar aquellas condiciones motoras, cognitivas y emocionales que declinan, o incluso se deterioran con el paso de la edad, mediante intervenciones ambientales. La intervención en las áreas física (el ejercicio físico regular), cognitiva (mediante tareas y tratamientos de activación cognitiva) y emocional (optimizando los sistemas emocionales-motivacionales) están mostrando su eficacia en la mejora del funcionamiento biopsicosocial de la persona mayor.

La intervención con la población mayor, para la mejoría en su calidad de vida, al igual que en los nuevos planteamientos sobre valoración geriátrica, no deberían centrarse solo en medidas de salud física, ya que hay otro tipo de variables de orden psicológico que influyen directamente, no solo en la propia calidad de vida, sino también en la modificación de esas variables de carácter meramente físico.

Dentro de este marco de optimización de los recursos personales, la mejora de la calidad de vida es una de las claves para intervenir en la población adulta mayor. Pero este concepto, no siempre bien definido, ha ido sufriendo claras modificaciones propiciadas tanto por las demandas sociales, debidas al aumento demográfico de la población mayor, como por la experiencia de intervención en el campo de la Psicogerontología y de las ciencias de la salud.

Finalmente, el actual auge de investigaciones en diferentes niveles de la salud, de aquellos aspectos positivos y subjetivos, son un esfuerzo por demostrar que es necesario considerar los potenciales humanos como un factor que puede llegar a ser preponderante en los periodos de crisis, considerando que las crisis son inevitables y necesarias para el crecimiento y madurez de individuo. Por otro lado, este movimiento surge como respuesta a cuestionamientos que no se habían hecho hasta ahora, ¿Qué ocurrirá en los individuos si aprenden a enfrentar las situaciones difíciles de la vida recurriendo al buen humor, simplicidad, empatía, optimismo, creatividad y sabiduría? ¿Es posible abordar la enfermedad compensándola, es decir, trabajar en un equilibrio dinámico que fortalece y/o hace crecer aquellos aspectos resilientes o factores protectores (positivos) de la personalidad del sujeto o de los grupos?

Estos conceptos emanan de la variabilidad extraordinaria en las formas de envejecer que Rowe y Kahn (1987, citado en Fernández Ballesteros et al. 2010), redujeron,

sintéticamente, a tres: envejecimiento «primario», «secundario» y «con éxito», los cuales se describen a continuación.

El envejecimiento primario, se refiere al de las personas que llevan habitualmente una vida activa en la comunidad, sin sufrir enfermedades o procesos patológicos diagnosticados, está caracterizado por un deterioro orgánico gradual, fruto del efecto combinado de la enfermedad y del estilo de vida sobre el proceso de envejecimiento intrínseco, este envejecimiento implica una serie de cambios graduales biológicos, psicológicos y sociales asociados a la edad, que son intrínsecos e inevitables, y que ocurren como consecuencia del paso del tiempo.

Por otro lado, el envejecimiento secundario se refiere a los cambios que se producen como consecuencia de enfermedades, malos hábitos (nutrición, ejercicio físico, tabaquismo, etc.) o influencias ambientales, y que no forman parte del envejecimiento normal (por ejemplo, cataratas, enfermedad de Alzheimer) pero que, en algunos casos pueden prevenirse o son reversibles.

El envejecimiento exitoso, constructo que aquí nos interesa, es considerado como un concepto multidimensional que abarca, trasciende y supera la buena salud y que está compuesto por un amplio conjunto de factores biopsicosociales, además, abarcaría mínimamente tres aspectos: baja probabilidad de enfermedad y de la discapacidad asociada, alto funcionamiento físico y mental y alta participación social (Rowe & Kahn, 1987). Sin embargo, otros autores enfatizan la valoración subjetiva y la satisfacción con la vida como elementos clave de un envejecimiento exitoso (Lher, 1982).

Baltes y Baltes (1990), combinan ambos aspectos, señalando como necesario incluir indicadores de funcionamiento biológico, tales como la salud, y de funcionamiento psicológico, como salud mental, eficacia cognitiva, competencia social, productividad, control personal y satisfacción vital.

En la Enciclopedia de la Tercera Edad, Palmore (1995) postula que una definición completa de envejecimiento exitoso debe combinar la supervivencia (longevidad), salud (falta de discapacidad), y la satisfacción con la vida (la felicidad).

Por lo tanto, el estudio del envejecimiento exitoso, puede reflejar la presencia de modos sanos de envejecer, y puede permitirnos conocer cuáles serían los factores que evitan que la persona desarrolle un envejecimiento patológico y por tanto, pueda conseguir una adecuada calidad de vida, favoreciéndose así la presencia de niveles elevados de bienestar.

2.2.5. Satisfacción Vital y Bienestar Subjetivo.

El estudio del bienestar en psicología presenta una dualidad, como señalan Blanco & Díaz, (2005), el estudio del bienestar en el seno de la psicología, se remonta a la década de los sesenta y en su transcurso ha dado lugar a dos grandes tradiciones, la “Hedónica” y la tradición “Eudaimónica”. Keyes, Ryff y Shmotkin (2002, citado en Blanco & Díaz, 2005), han extendido los límites de esta clasificación y han utilizado el constructo bienestar subjetivo como principal representante de la tradición hedónica, y el constructo bienestar psicológico como representante de la tradición eudaimónica.

La concepción hedonista es la más popular en la investigación sobre el Bienestar, desde este punto de vista, se habla de Bienestar Subjetivo, definido como "una amplia categoría de fenómenos que incluye las respuestas emocionales de las personas, la satisfacción con los dominios, y los juicios globales sobre la satisfacción con la vida" (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, p.277; citado en Pérez & Maturana, 2012).

La dificultad de conceptualización y definición de los componentes dentro del concepto de Bienestar Subjetivo ha hecho que en las últimas décadas hayan comenzado a darse estudios que se dirigen a determinar claramente cuáles serían las dimensiones que incluiría el bienestar y en qué medida tienen un soporte empírico. La conclusión a la que muchos de los investigadores, como Triadó (2003) han llegado, es que podemos hablar de dos grandes componentes del bienestar subjetivo: Un componente emocional o afectivo, relacionado con los sentimientos de placer y displacer que experimenta la persona, y que comprendería entre otros el concepto de felicidad, sujeto a cambios a corto y medio plazo (semanas, incluso días), y por otra parte, un componente cognitivo, más estable en el tiempo, referido al juicio que merece a la persona su trayectoria evolutiva, es decir, lo que tradicionalmente se ha denominado satisfacción vital.

Para autores como Diener et al. (1999), los últimos años de investigación han ampliado el conocimiento sobre el tema, y la contribución más importante tiene que ver con el entendimiento de que los factores externos son responsables de un efecto pequeño en la explicación de la varianza del bienestar subjetivo, en tanto que los factores psicológicos, al moderar la influencia de los eventos de vida en el bienestar subjetivo, tienen un efecto significativamente mayor y pueden explicar mejor la variabilidad del bienestar subjetivo.

El Bienestar Subjetivo es la percepción de un estado interno de homeostasis, acompañado de un tono afectivo agradable, resultado de un proceso más complejo de evaluación continua y combinada de la vida a través de las experiencias vividas; es la evaluación cognitivo-afectiva de la vida cuyos indicadores son la satisfacción por la vida y la felicidad sentida (Arita, 2004). La satisfacción vital sería entonces, el componente cognitivo del bienestar subjetivo, y podría definirse como “el grado en que una persona evalúa la calidad global de su vida en conjunto de forma positiva. En otras palabras, cuánto le gusta a una persona la vida que lleva” (Veenhoven, 1994, p. 90).

El concepto de Satisfacción Vital, ha sido un gran punto de interés en la investigación gerontológico-social por más de cuarenta años (Inga & Vara, 2006), definida como la valoración positiva que la persona hace de su vida en general, o de aspectos particulares de ésta (familia, estudios, trabajo, salud, amigos, tiempo libre) (Diener, 1994; García, 2002; Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999, García Viniegras & González, 2000; Liberalesso, 2002), siendo los dominios de funcionamiento más cercanos e inmediatos a la vida personal de los individuos los que tendrían mayor influencia sobre el bienestar personal.

Según Yanguas (2006) la calidad de vida en la vejez es un concepto multidimensional que comprende factores tanto objetivos como subjetivos, de tal manera que su evaluación incluye tres dimensiones básicas: funcionamiento psicológico, funcionamiento social y funcionamiento físico (Izal & Montorio, 1999; Birren & Schaie, 2001; Reig, 2003); pero, además, gracias a los desarrollos más recientes en este punto, se ha revelado que los indicadores de corte objetivo resultan necesarios pero requieren de un complemento: el distinguir cómo se expresan estos valores sociales en el individuo y cuán importantes resultan para él, es momento de considerar la calidad de vida de las personas en general y sobre todo de los adultos mayores, no focalizándose exclusivamente en los factores externos que

podrían influir o no, sino más bien en las impresiones subjetivas es decir, la percepción que tiene la persona de estas dimensiones y habilidades subjetivas como principales predictores de satisfacción (Costa & McCrae, 1980; Xu & Roberts, 2010; Durán Jiménez, 2010, Terol et al., 2000; Iglesias-Souto & Dosil, 2005; Victoria et al., 2005).

Por otro lado, Cummins (2000 citado en Arita, 2005), desarrolló una explicación del proceso de adaptación a la vida a través de su teoría homeostática del bienestar subjetivo, la cual tiene como principal indicador a la satisfacción vital; el autor señala que el bienestar subjetivo opera en un nivel abstracto no específico que puede ser medido (para el caso de la satisfacción), con la pregunta: “¿Qué tan satisfecho está usted con su vida como un todo?”. A pesar de la generalidad de la pregunta, la respuesta que las personas dan, refleja su estado general de bienestar subjetivo. La teoría homeostática tiene el rol de crear un sentido positivo de bienestar que es no específico y si altamente personalizado, y que concierne solo al bienestar percibido del individuo que está haciendo la valoración y únicamente en el sentido más general.

Concretamente, entonces el bienestar subjetivo estaría compuesto por un elemento cognitivo que corresponde a la satisfacción con la vida, ya sea de manera global o por dominios específicos; y un elemento afectivo, referente a la presencia de sentimientos positivos, al que se ha denominado felicidad (Arita, 2005).

Para referirnos al componente afectivo, señalado tradicionalmente como “felicidad”, puede ser conceptualizado como el predominio de la frecuencia de experiencias emocionales positivas por sobre las negativas (Pereira, 1997), implicando la capacidad de amar, trabajar, relacionarse socialmente y controlar el medio (Taylor, 1991). Se trata, además, de un estado psicológico de tipo emocional y cognitivo de las personas, que se encuentra distribuido en las poblaciones de los países, independientemente del nivel de desarrollo alcanzado por estos, y desligada del nivel educacional e ingresos económicos de las personas (Argyle, 1992); Si bien, ambos componentes del bienestar subjetivo, tanto el cognitivo como el afectivo, pueden ser correlativos o relacionarse mutuamente, necesariamente también han de diferir, ya que así como la satisfacción con la vida es el resultado de la integración cognitiva que las personas realizan al evaluar cómo les ha ido en el transcurso de la vida, el componente afectivo obedece más a las reacciones puntuales de eventos concretos del curso de la vida.

La satisfacción vital entonces, sería el resultado de un juicio cognitivo, es decir, un constructo más estable a lo largo del tiempo (Castro-Solano, 2010).

Considerando lo anterior, es evidente en este contexto, como diferentes estudios demuestran la relación entre I.E. y satisfacción vital, permitiendo corroborar que la claridad emocional añade una variación significativa a la predicción de la satisfacción de vida, más allá de los estados de ánimo transitorios y de los rasgos de personalidad.

2.2.6. Inteligencia emocional y tercera edad.

En los últimos años, la psicología ha prestado especial interés al campo del manejo emocional, y en concreto, al estudio de la I.E. Es a raíz de la obra de Goleman (1996), que han proliferado variedad de enfoques e instrumentos de evaluación (Mayer, Salovey & Caruso, 2000). Sin embargo, el concepto de I.E. había sido acuñado ya por primera vez, en 1990 por Peter Salovey y John Mayer, quienes la concibieron como una inteligencia genuina, basada en el uso adaptativo de las emociones, de manera que el individuo pudiese solucionar problemas y adaptarse de forma eficaz al medio que le rodea (Fernández Berrocal & Ruiz, 2008).

Desde el surgimiento del constructo, hasta la actualidad, se fueron desarrollando diferentes modelos en el intento por aportar medidas que sirviera como referencia de la I.E., los cuales se pueden clasificar en dos tipos: modelos de habilidades y modelos mixtos (Mayer, Roberts & Barsade, 2008). Los primeros se centran en la capacidad para percibir, comprender y manejar la información que proporcionan las emociones (Mayer, Salovey & Caruso, 2000). Categoría en que se destaca el modelo de Mayer y Salovey, el cual conceptualiza la I.E. a través de cuatro habilidades básicas: percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y regulación emocional (Cabello, Ruiz Aranda & Fernández-Berrocal, 2009). Una de las medidas de autoinforme más utilizadas en el modelo de habilidades, es la Trait Meta-Mood Scale (Salovey, Mayer, Goldman, Turvey & Palfai, 1995), la cual se compone de tres factores: atención, claridad emocional y reparación de emociones.

Por otro lado, los modelos mixtos combinan habilidades mentales con características de personalidad (Mayer et al., 2008), categoría en donde se encuentra el modelo de Bar-On (1997), quien define la I.E. como un conjunto de habilidades personales, emocionales, sociales y de destrezas que influyen en nuestra habilidad para adaptarnos y enfrentar las demandas y presiones del medio. Por lo mismo, nuestra inteligencia no-cognitiva sería un factor importante en la determinación de la habilidad para tener éxito en la vida, influyendo directamente en el bienestar general y en la salud emocional. Este modelo distingue los siguientes factores: habilidades intrapersonales, habilidades interpersonales, adaptabilidad, manejo de estrés y estado anímico general. Es menester mencionar que dichos modelos de I.E. parten de dos bases distintas de análisis, por un lado, los modelos de habilidades se centran en las emociones y sus interacciones con el pensamiento, mientras que los modelos mixtos alternan las habilidades mentales con dimensiones de la personalidad y competencias sociales (Mayer et al., 2000). No obstante, ambos modelos comparten la conceptualización de la I.E., refiriéndose a la misma, como aquellas habilidades para reconocer y regular emociones en nosotros mismos y en los otros, además, ambos modelos parten de la idea de que el intelecto, sí es excluyente de la I.E, no podría operar de forma óptima, de esta manera, se busca el balance entre el coeficiente intelectual y la lógica con la emoción y nuestras capacidades personales, emocionales y sociales (Gabel, 2005).

Fernández-Berrocal y Extremera (2009) señalan que desde que Mayer y Salovey, en 1990, incorporaran el constructo de I.E. en la literatura científica, diversos estudiosos han investigado el vínculo de las habilidades emocionales sobre el bienestar individual y la felicidad subjetiva.

Es una de las variables de suma importancia que se han considerado desde esta perspectiva psicológica y la posibilidad de entender hasta qué punto la misma, se asocia y explica parte de la variación de la Satisfacción Vital individual, es por esto, que su estudio se vuelve interesante en el campo de la psicología positiva como también en la gerontología; ya que en los últimos años, se ha prestado especial interés al bienestar emocional en todas las etapas de la vida, como así también, a la forma en que éste puede contribuir a un envejecimiento óptimo (Arias & Iglesias-Parro, 2015).

Una de las ramificaciones más importantes en la exploración de la I.E., lo constituyen sus relaciones con la salud mental, la que se asocia con el bienestar subjetivo o psicológico (Ferragut & Fierro, 2012). Pueden mencionarse entre las investigaciones más relevantes, la realizada por Martínez-Pons (1997), que mediante el uso de una medida de auto informe, encontró que altas puntuaciones en la I.E. concuerdan con una baja puntuación en depresión y una alta satisfacción con la vida.

Así también, Extremera et al. (2005) encontraron correlaciones positivas y estadísticamente significativas entre felicidad subjetiva con claridad emocional y reparación. De acuerdo con García (2002) existe evidencia empírica que las dimensiones cognitiva y afectiva del bienestar subjetivo están altamente relacionadas. Sin embargo, una de las principales dificultades para llevar a cabo esta verificación es la carencia de medidas adecuadas, ya que muchas de las escalas de satisfacción vital a menudo contienen componentes afectivos. A pesar de esto, la mayor parte de los investigadores encuentran útil dicha distinción en la comprensión del concepto de bienestar subjetivo.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, resulta aún más interesante explorar la importancia que asume la I.E. en la tercera edad, ya que diversos estudios apoyan la hipótesis de la madurez emocional asociada al envejecimiento y control emocional en personas mayores, además de señalar a las habilidades emocionales como un factor que no sufre ningún tipo de deterioro, sino por el contrario, podría agudizarse con la edad y ser más eficiente que en etapas anteriores, presentando niveles más altos en capacidad de comprensión, expresión y regulación emocional que los grupos etarios más jóvenes. Esto acompaña la idea de que en la vejez, mientras ciertas habilidades cognitivas se deterioran, hay otras que se agudizan y que aún no han sido ampliamente investigadas (Márquez González et al., 2008, citado en Arias & Giuliani. 2014, p. 129).

Así, recientemente se ha revelado cómo la I.E., incide positivamente en la calidad de vida de las personas mayores, relacionando y prediciendo de forma positiva diversos aspectos de esta (Luque-Reca, et al., 2014; Luque-Reca, 2015). Además, se demostró que el entrenamiento de las capacidades cognitivas y de habilidades relacionadas con la I.E., tienen un efecto positivo en la valoración que hace el sujeto sobre su salud, además de poner en manifiesto que la mejora en las capacidades que permitan el uso adecuado de la I.E. en el

funcionamiento social, puede ser una estrategia eficaz para el desarrollo de programas de promoción de la salud, la reducción de los efectos negativos del estrés o el desarrollo de la capacidad de recuperación (Pérez-Fuentes et al., 2016).

Capítulo III

3. Encuadre metodológico:

3.1. Tipo de estudio:

Según, la investigación presentada es de tipo Descriptivo- Correlacional, ya que pretende describir y constatar si existe relación entre las variables inteligencia emocional (I.E.) y satisfacción vital, en personas de la tercera edad de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

Considerando el tipo de fuente, se clasifica como un proyecto de campo y según la temporalidad, se trata de un estudio transversal.

3.2. Participantes:

El muestreo utilizado es de tipo no probabilístico (intencional), y la muestra estuvo constituida por un total de 60 adultos, mayores de 65 años (inclusive) de ambos sexos.

Se consideraron como criterios de inclusión:

- Mayores de 65 años (inclusive).
- No institucionalizados.
- Residentes en la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos.
- Participación libre y voluntaria mediante consentimiento informado.

Se consideran como criterios de exclusión:

- Personas institucionalizadas.
- Personas con deterioro neurocognitivo grave que derive en incapacidad.

3.2.1. Descripción de la muestra (N=60).

Esta investigación presenta una muestra conformada por un total de 60 adultos mayores de la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos; de los cuales, el 86,7% pertenece al sexo femenino y el 13,3% al masculino (Figura 1).

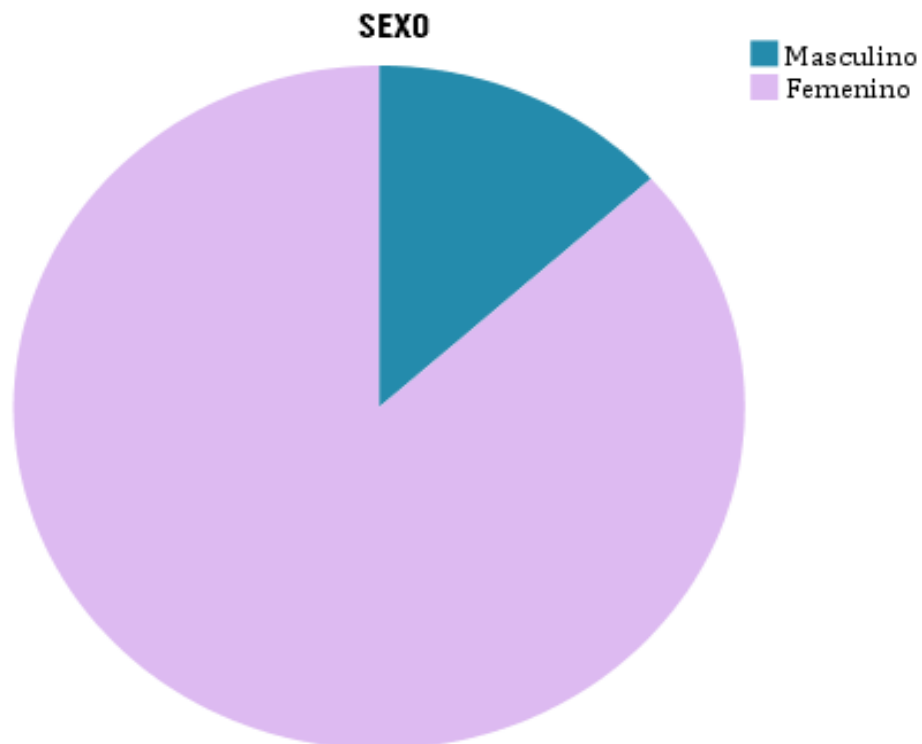


Figura 1. Sexo de la muestra evaluada.

Respecto a la *edad*, las edades de la muestra oscilan entre 65 y 91 años, siendo la media de edad de la muestra de 72 años (DT= 6,25) (Figura 2).

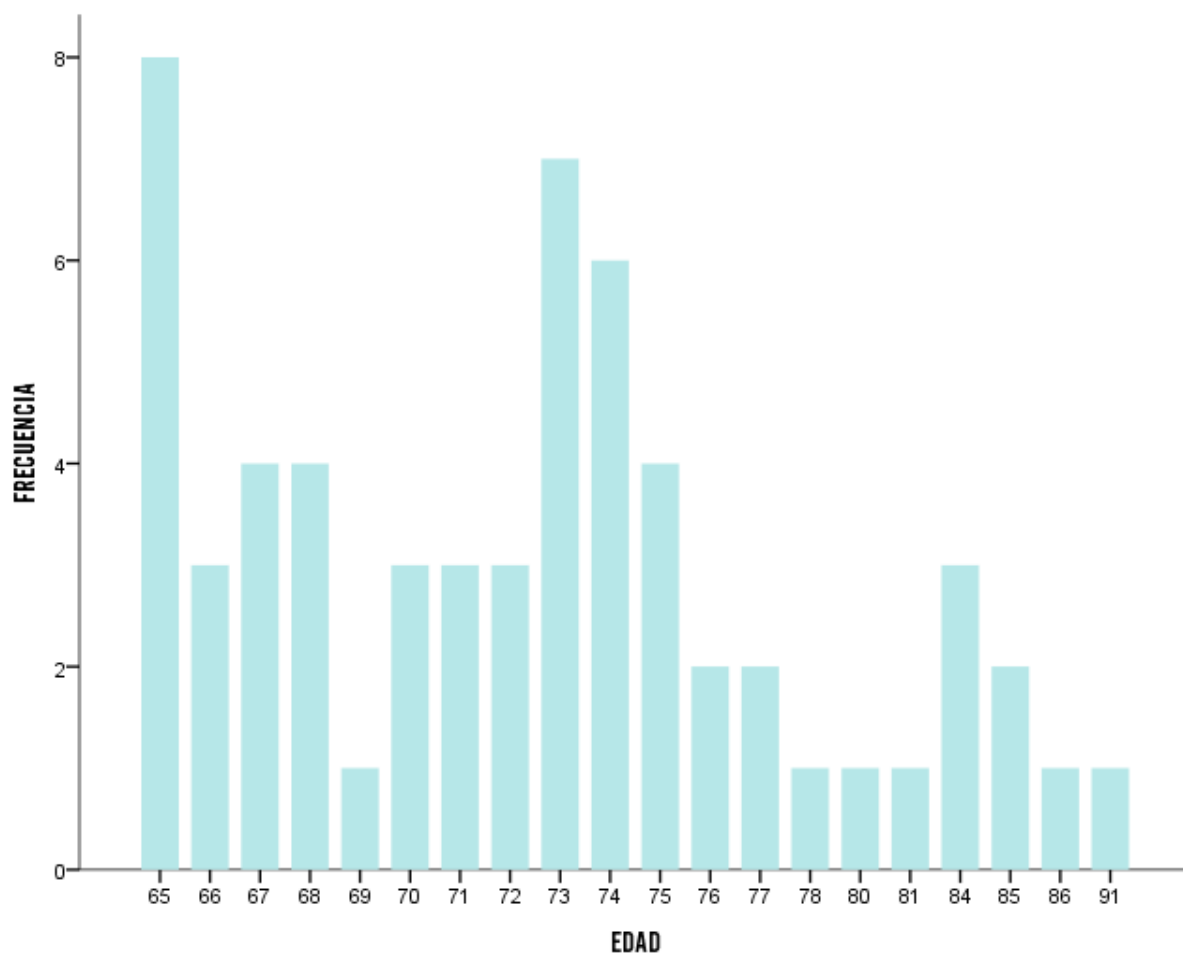


Figura 2. Edades de la muestra evaluada.

En cuanto a la variable *Nivel Académico*, la mayoría accedió a escolarización de nivel primario (18,3%) y secundario completo (21,7%). Un 15% finalizó estudios terciario y un 11,7% finalizó estudios universitarios.

Por otro lado, un 11,7% no finalizó sus estudios primarios y un 13,3% no terminó el nivel secundario, por lo tanto, alrededor de un 25% no accedió a la escolarización básica. Esto podría explicarse en parte, si se considera que el 86,7% de la muestra son mujeres y del cual, el 21,7% tiene entre 73 y 74 años, por ende se puede adjudicar la baja escolarización, a la dificultad generacional de las mujeres para acceder a la educación en las décadas del 1940-1950 en nuestro país y más aún en las zonas rurales, como lo era Concordia y sus alrededores (Figura 3)

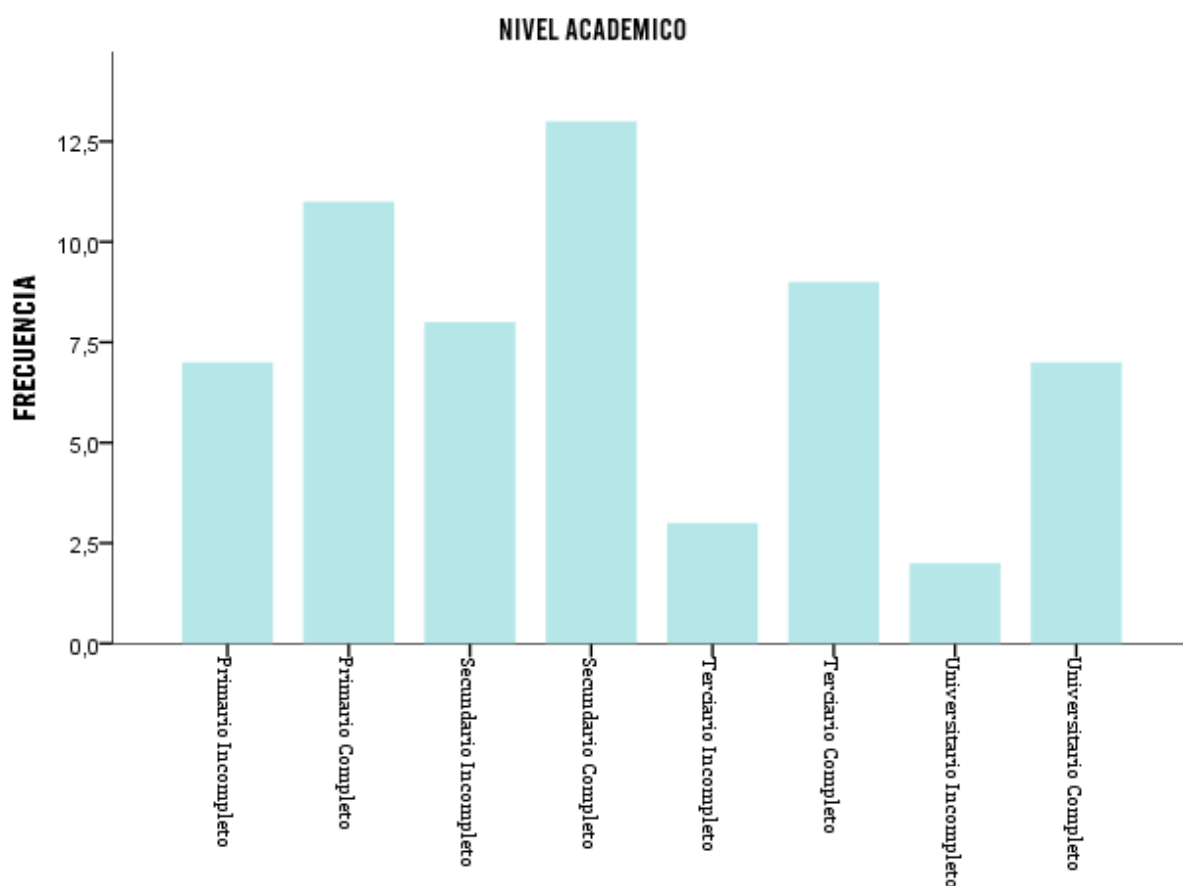


Figura 3. Nivel académico de la muestra evaluada.

Por último, el Estado Civil de la muestra refleja que, la mayoría se encuentra casado/a, o en concubinato (56,7%), un 35,0% está viudo/a, un 5,0% está soltero/a y un 3,3% se encuentra separado/a (Figura 4).

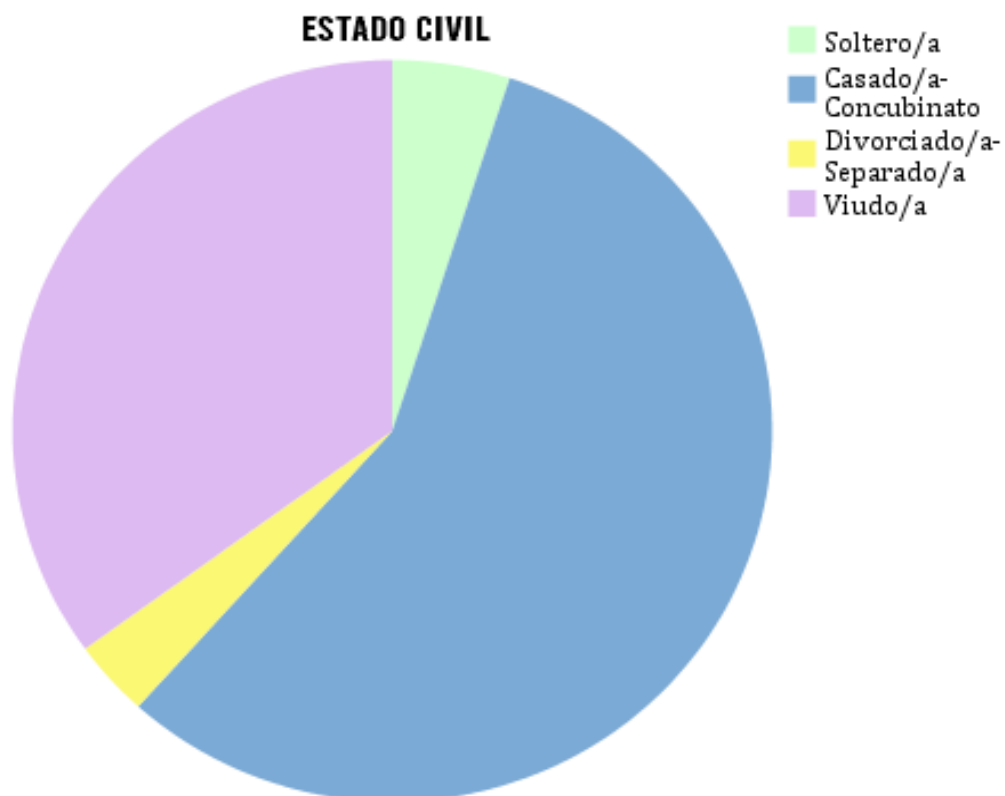


Figura 4. Estado civil de la muestra evaluada.

3.3. Técnicas de recolección de datos:

La recopilación de los datos, consta con el consentimiento informado (Ver anexo) de los participantes y la ejecución de cuestionarios individuales y auto-administrables, de cada una de las variables estudiadas en esta investigación.

3.3.1. Cuestionario sociodemográfico.

En primer lugar se realizó un cuestionario sociodemográfico que se construyó de manera estructural para recabar información de interés en esta investigación, tales como sexo, edad, estado civil, nivel académico, presencia de enfermedades crónicas y religión (Ver anexo).

3.3.2. Escala de inteligencia emocional.

Para evaluar la inteligencia emocional, se utilizó el Inventario de I.E. reducido para mayores (EQ-i-20M, Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader & Molero, 2014): Traducción y Adaptación para mayores del Emotional Intelligence Inventory: Young Version (EQ-i-YV) de Bar-On y Parker (2000) (Ver anexo). Es la única versión traducida y adaptada para mayores hasta el momento, este modelo se sostiene sobre cinco grandes dimensiones clave de la I.E., las cuales engloban a su vez diferentes factores, creando un total de 15 factores medibles (Figura 5). Este instrumento adaptado para mayores, consta de 20 ítems, con cuatro alternativas de respuesta en una escala tipo Likert (1= nunca me pasa, 2= a veces me pasa, 3= casi siempre me pasa y 4= siempre me pasa), (Pérez-Fuentes, Gázquez, Mercader & Molero, 2014). Mientras más elevados sean los puntajes en cada dimensión y en el factor general, mayor es el cociente emocional, a continuación se exponen los primero 4 ítems a modo de ejemplo:

	<i>Nunca me pasa.</i>	<i>A veces me pasa.</i>	<i>Casi siempre me pasa.</i>	<i>Siempre me pasa.</i>
	1	2	3	4
1. <i>Entiendo bien como se sienten las otras personas.</i>	1	2	3	4
2. <i>Me resulta difícil controlar mi ira (furia).</i>	1	2	3	4
3. <i>Me resulta fácil decirle a la gente como me siento.</i>	1	2	3	4

Cada una de las dimensiones evalúa diferentes aspectos de la inteligencia emocional.

La dimensión *intrapersonal*, permite la evaluación del sí-mismo y comprende cinco subfactores: autoconciencia emocional, asertividad, visión de sí mismo, actualización de sí mismo e independencia. Las personas que obtienen altos puntajes en esta dimensión, tienden a estar en contacto con sus sentimientos y emociones, se sienten satisfechos consigo mismos y con su vida, son independientes y seguros, capaces de expresarse abiertamente.

La dimensión *interpersonal*, evalúa las diferentes habilidades y funcionamiento a nivel interpersonal, y comprende tres características: deseo y habilidad de crear y mantener relaciones interpersonales, empatía y responsabilidad social. Los puntajes elevados en esta dimensión, refieren a personas con habilidades sociales que les permiten relacionarse e interactuar con los demás de manera fructífera.

La dimensión *adaptabilidad*, hace referencia a las competencias y efectividad en el enfoque, manejo y resolución de los problemas, dificultades y demandas del medioambiente, también presenta tres características específicas: resolución de problemas, prueba de realidad y flexibilidad. Aquellas personas que presentan puntajes altos en esta dimensión, tienden a ser flexibles y realistas en la comprensión de los problemas y las dificultades, siendo capaces de encontrar soluciones válidas.

Manejo del estrés, esta dimensión evalúa la capacidad del sujeto para enfrentar las situaciones estresantes o presiones externas sin llegar a perder el control, rendirse o desmoronarse, a su vez contiene dos subfactores: tolerancia al estrés y control de los impulsos.

Humor general o estado de ánimo, esta dimensión permite evaluar la capacidad de una persona para adoptar una perspectiva positiva de la vida y poder disfrutar de ella con un sentimiento de contentamiento y bienestar general, constituye una base importante en la interacción con los demás, para la resolución de problemas y tolerancia al estrés como fuerza motivadora, contiene a su vez dos subfactores: alegría y optimismo.

DIMENSIONES Y FACTORES DEL EQ- I-20M

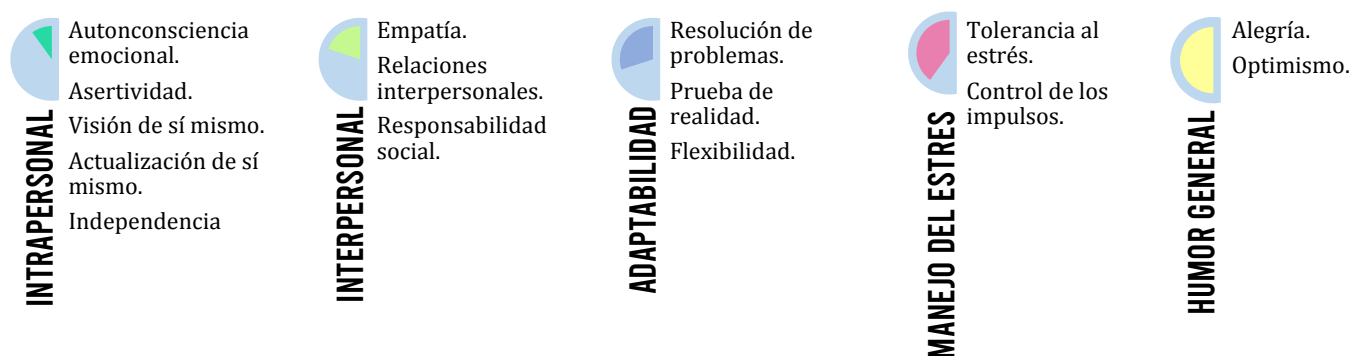


Figura 5. Dimensiones y factores de la inteligencia emocional.

3.3.3. Escala de satisfacción con la vida.

La satisfacción vital fue evaluada con una medida global del grado de satisfacción percibida con la vida: la Satisfaction With Life Scale (SWLS; Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985; versión castellana desarrollada por Atienza, Pons, Balaguer y García-Merita,

2000), la cual está constituida por 5 ítems relacionados con aspectos importantes de la vida sobre los que hay que indicar el grado de acuerdo o desacuerdo. Los 5 ítems forman un único factor. Los participantes responden utilizando una escala tipo Likert graduada de 1 a 7 (desde 1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ligeramente en desacuerdo, 4= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5= ligeramente de acuerdo, 6= de acuerdo y 7 = totalmente de acuerdo) ($\alpha = .83$). El rango de puntuaciones va desde una mínima satisfacción con la vida (5) a muy alta (35). La redacción de los ítems de esta escala permite la evaluación de la satisfacción vital en cualquier tipo de población, si bien el análisis de las propiedades psicométricas de la versión en castellano publicada por Atienza et al. (2000) fue realizado mediante su aplicación a una muestra específica de adolescentes (Ver anexo).

3.3.4. Evaluación de deterioro cognitivo.

Para medir el estado cognitivo que se utiliza como criterio de exclusión en esta investigación, se recurrió al Test Your Memory (TYM; Brown, Pengas, Dawson, Brown, & Clatworthy, 2009), un instrumento neurocognitivo destinado al tamizaje de demencia, traducido al español como “Evalúa tu Memoria” y validado para una muestra poblacional de la ciudad de Rosario (Serrani, 2014). En este caso, se homologaron las tareas del TYM con las del MEC (MEC; Lobo & Ezquerra, 1979) para facilitar la autoadministración del instrumento, evaluándose en total seis áreas: orientación, fijación-habilidad para copiar, concentración y cálculo, habilidad visuoespacial, memoria y fluencia verbal- similitudes o lenguaje y construcción. El puntaje máximo total se mantuvo en 35 puntos al igual que en el MEC con el punto de corte en 27 puntos para determinar deterioro cognitivo (Ver anexo), en este caso, ninguno de los participantes que conformaron la muestra, presentó deterioro neurocognitivo grave que pudiera derivar en incapacidad.

3.4. Procedimientos de recolección de datos:

En un primer momento, se investigó aquellos lugares donde se brindan actividades de diferente tipo exclusivas para adultos mayores, así se pudo seleccionar una serie de gimnasios que dictan clases de natación, yoga y pilates para adultos mayores, algunos centros

de jubilados, que ofrecen diversos talleres a sus afiliados, y por ultimo también, se pudo acceder a centros culturales que brindan diferentes destrezas a personas mayores, desde baile, pintura, manualidades e idiomas, entre otras.

Posteriormente se concurrió a las diferentes instituciones para tener un primer acercamiento con el lugar y los encargados, explicar de qué se trata la investigación que se llevaría a cabo, en que consistían las encuestas y escalas, así, en caso de brindarnos ese espacio, coordinar días y horarios convenientes para realizar la toma.

Antes de comenzar, se informó a cada una de los participantes, acerca del trato exclusivamente investigativos de los datos recolectados y la confidencialidad de los mismos, luego se entregaron el consentimiento informado, las dos escalas y el cuestionario sociodemográfico, con el fin de que lo completen de manera voluntaria.

En aquellos lugares en que la toma fue organizada de manera presencial, la misma, llevo un tiempo de aproximado de 15 minutos. Cabe señalar, la motivación e interés que presentaron los participantes, como así también los diferentes profesionales encargados de las clases y talleres, lo cual promovió a una mejor organización y predisposición para llevar a cabo la actividad.

Si bien se presentaron ciertos inconvenientes con algunas instituciones, razones por las cual se vio demorado el proceso de recolección de datos, se modificó varias veces la cantidad de la muestra, pero finalmente se pudo completar una cantidad necesaria, aunque quizás no suficiente, para los fines de esta investigación.

3.5. Plan de tratamiento y análisis de datos:

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 15.0. En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos de la muestra, a fin de obtener las frecuencias, medias y desvíos típicos. Seguidamente, se realizaron análisis de estadística descriptiva básica sobre los niveles de I.E. y satisfacción vital, con el objetivo de conocer los niveles con que se presentaban en la muestra. Para estudiar la relación entre la I.E. y satisfacción vital que poseen los adultos

mayores, se llevó a cabo un análisis de estadística inferencial para el que se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson.

Capítulo IV

4. Resultados:

4.1. Descripción de la satisfacción vital en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

Respecto al primer objetivo, se puede observar en la Tabla 1 los puntajes mínimos y máximos, la media y el desvío típico de los valores obtenidos en la escala de satisfacción con la vida (SWLS).

Tabla 1.

Valores mínimos, máximos, media y desvío típico de satisfacción con la vida (SWLS).

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Satisfacción con la vida</i>	27,23	5,38	11	35

En este caso, los puntajes mínimos y máximos posibles para la SWLS, corresponden a 5 puntos y 35 puntos, respetivamente. Por ende, se puede ver reflejado en la Figura 6, que la mayoría de las personas se encuentran entre los niveles “satisfecho” y “extremadamente satisfecho” con un 31,7% cada uno, siguiéndole un 26,7% correspondiente a “ligeramente satisfecho”, un 5% neutro que equivale a “ni satisfecho ni insatisfecho”, un 3% “ligeramente insatisfecho” y un 1,7% ubicado en el nivel “insatisfecho”.

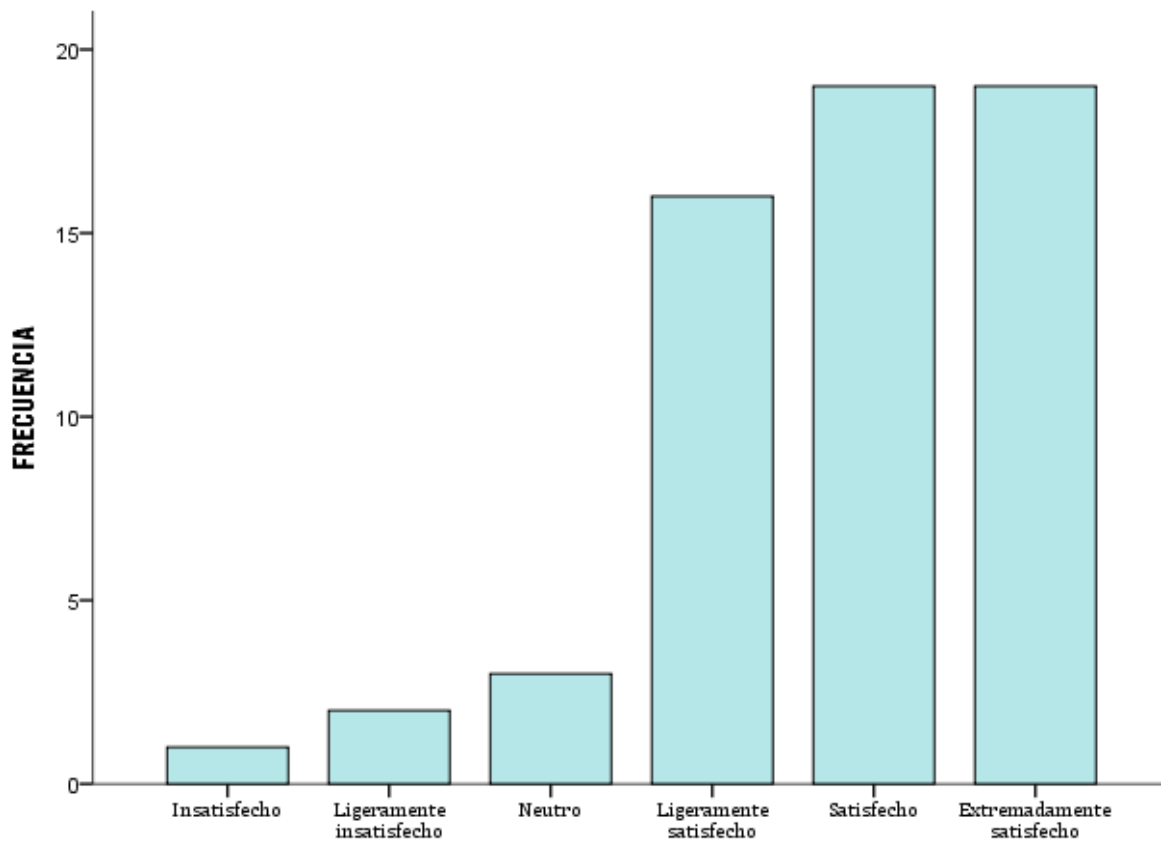


Figura 5. Niveles de satisfacción vital de la muestra.

4.2. Descripción de la inteligencia emocional en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

En cuanto al segundo objetivo, en la Tabla 2, se pueden apreciar los valores mínimos, máximos, la media y el desvío típico de cada una de las dimensiones que componen la inteligencia emocional, a saber, inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptabilidad, manejo del estrés y humor general o estado de ánimo.

Tabla 2.

Valores mínimos, máximos, media y desvío típico de las dimensiones de inteligencia emocional.

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Intrapersonal</i>	10,13	3,35	4	17
<i>Interpersonal</i>	11,55	2,6	5	16
<i>Adaptabilidad</i>	10,75	2,8	4	16
<i>Manejo del estrés</i>	12,13	2,49	6	16
<i>Humor general</i>	12,4	2,8	4	16

También se analizaron los puntajes para obtener un valor general análogo al cociente emocional, en la tabla 3 se exponen la media, los valores mínimos y máximos y el desvío típico del mismo

Los valores reflejan una media de 57 puntos y un desvío típico de 9 puntos, por lo cual, se puede considerar que en promedio la mayoría de los puntajes se ubican dentro del tercer cuartil de la distribución, es decir, entre los valores medios de inteligencia emocional.

Tabla 3.

Valores mínimos, máximos, medias y desvío típico de inteligencia emocional factor general (EQ-i-M20).

	<i>Media</i>	<i>Desviación estándar</i>	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>
<i>Inteligencia emocional</i>	56,95	9,37	25	78

4.3. Asociación entre inteligencia emocional y satisfacción vital en adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

Por último, en lo que refiere al tercer objetivo de esta investigación, se pueden observar en la tabla 5 los coeficientes de correlación r de Pearson, que demuestran la existencia de una correlación positiva y elevada ($r=.570$; $p<.01$) entre I.E. y satisfacción vital.

Tabla 4.

Correlación entre inteligencia emocional y satisfacción vital.

	Inteligencia emocional r .	$p=$
<i>Satisfacción vital</i>	,570	0,00**

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

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Mediante el análisis de correlación de Pearson, se analizaron aquellas dimensiones de I.E. que se relacionan con satisfacción vital, hallándose que las correlaciones significativas más elevadas se dan, de mayor a menor, entre la dimensión de Humor General ($r=.466$; $p<.01$), Intrapersonal ($r=.395$; $p<.01$), Interpersonal ($r=.377$; $p<.01$), Adaptabilidad ($r=.357$; $p<.01$) y escala de Manejo del Estrés ($r=.296$; $p<.05$).

Tabla 5.

Correlaciones entre las dimensiones de I.E. y satisfacción vital.

Dimensiones de I.E.	Satisfacción vital	$p=$
<i>Escala de humor general</i>	,466	0,00**
<i>Escala intrapersonal</i>	,395	0,00**
<i>Escala interpersonal</i>	,377	0,00**
<i>Escala de adaptabilidad</i>	,357	0,00**
<i>Escala de manejo del estrés</i>	,296	0,02*

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

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

Capítulo V.

5. Discusión:

El propósito de esta investigación era constatar si existen asociaciones entre los niveles de inteligencia emocional y satisfacción vital en los adultos mayores de la ciudad de Concordia.

En relación al primer objetivo, los datos arrojados exponen que los adultos mayores de esta investigación presentan elevados niveles de satisfacción vital, específicamente, un 31,7% se encuentra “extremadamente satisfecho”, un 31,7% “satisfecho”, y un 26,7% “ligeramente satisfecho”. Estos niveles de satisfacción van de la mano a lo que hoy se considera por diversos autores como la teoría de «la paradoja del bienestar en la vejez» Mroczek y Kolarz (1998, en Mella, D’Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004), idea fundamentada por una recopilación de investigaciones que han descubierto, que el afecto negativo (infelicidad) es más alto entre los adultos jóvenes que entre los adultos mayores, o así también mediante otros estudios, se ha constatado el elevado nivel de satisfacción vital que presentan las poblaciones adultas mayores en relación a las poblaciones más jóvenes, satisfacción que parece influida por la familia, el apoyo social percibido, género y ausencia de síntomas depresivos, entre otros factores (Inga & Vara, 2006; Moyano Díaz y Ramos Alvarado, 2007; Pérez & Maturana, 2012; Satorres Pons, 2013).

A la hora de analizar los niveles de satisfacción vital obtenidos, resulta importante considerar algunas características específicas de nuestra muestra, ya que algunas de ellas coinciden con los resultados de otras investigaciones donde se exponen como factores predictivos de satisfacción en adultos mayores. En primer lugar, los participantes de la muestra en este estudio gozan de buena salud y no están en condición de dependencia institucional, en segundo lugar, la totalidad de la muestra lleva una vida socialmente activa, parte de las instituciones a las que pertenecen, donde realizan actividades promotoras de la salud tanto física como cognitiva, y por último, recalcar que el 86,7% de la muestra pertenecen al sexo femenino. En este sentido y teniendo en cuenta las características expuestas, en relación a la condición de ser adultos mayores no institucionalizados, ya ha sido demostrado por otros estudios comparativos, que los adultos mayores institucionalizados poseen inferiores niveles de satisfacción personal y subjetiva, que

aquellos que no lo están (Sena, Moral & Pardo, 2008).

Así también, en cuanto al nivel de socialización de la muestra, diversos autores ponen de manifiesto que muy vinculada a la satisfacción con uno mismo, surge la satisfacción con los demás o satisfacción interpersonal, la que parece relacionada con el bienestar (Diener, 1994). Antiguas investigaciones en este dominio, indican la existencia de una relación positiva entre bienestar y satisfacción con los amigos (Campbell et al., 1976; Diener, 1994, ambos en Moyano Díaz & Ramos Alvarado, 2007), de modo que el descenso del contacto social disminuye el bienestar e, inversamente, al incrementarse el contacto, aquel mejora (Grancy, 1975; Fordyce, 1983, ambos en Argyle 1992). La importancia de las relaciones interpersonales también se ve reflejada en las correlaciones que presentaron las dimensiones de I.E. con satisfacción vital, donde el factor Interpersonal ($r=.377$; $p<.01$), junto con el Intrapersonal ($r=.395$; $p<.01$), y Adaptabilidad ($r=.357$; $p<.01$) presentaron los coeficientes más significativos, esto concuerda con el trabajo de Besio, Peralta, Saguez, Robledo y Soto (2013), quienes hallaron que las dimensiones de autoconcepto (factor intrapersonal), solución de problemas (factor de adaptabilidad) y relaciones interpersonales (factor interpersonal) presentaron correlaciones significativas con satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia.

Es por esto, que el apoyo social percibido figura como uno de los factores predictores más importantes de la satisfacción vital, especialmente en la tercera edad, señalando al respecto, que las relaciones positivas y el poseer redes de apoyo, influyen en la mantención de una autoimagen positiva y una autoestima elevada, aspectos centrales del bienestar subjetivo, por ende, quienes posean una mayor integración a una red de apoyo, tendrían menores problemas de salud física y mental, además menor incidencia en hospitalizaciones y admisiones psiquiátricas y mejores resultados al enfrentar sucesos estresantes (Fernández Ballesteros et al., 1992; Mella, D' Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004; Pérez-Fuentes, Molero, Osorio & Mercader, 2014). La fuerte participación social que presentan los adultos mayores que conformaron este estudio, las actividades grupales diarias y las amistades, podrían fundamentar parte de los resultados arrojados y apoyar las conclusiones a las que han llegado otros autores con respecto al apoyo social como factor significativo para la satisfacción vital.

Por otro lado, también se han dedicado algunas investigaciones, en establecer diferencias entre sexos respecto a la satisfacción, y algunos autores han señalado que las mujeres podrían ser poseedoras de índices más altos de satisfacción, al menos en esta fase etaria (Mella, D'Appolonio, Maldonado, Fuenzalida & Díaz, 2004; Moyano Díaz & Ramos Alvarado, 2007)

Esto se puede tener en cuenta como un factor influyente en este estudio, ya que, la mayoría de la muestra está compuesta por mujeres, aunque, puntualmente en este caso, no se justifica realizar tal comparación, ya que las proporciones de hombres y mujeres no son equitativas, además, aún se debe seguir explorando esta diferencia, ya que no existe todavía la cantidad de resultados concluyentes respecto al tema y dependen en bastante medida de los patrones culturales y generacionales heteronormativos, que no son universales y que limitan la expresión, regulación y evaluación emocional de una forma generalizada (Hess, Senécal, Kirouac, Herrera, Philippot & Kleck, 2000).

A pesar de la consistencia de los resultados con los antecedentes mencionados, otros autores no han llegado a las mismas conclusiones respecto a la satisfacción vital en poblaciones mayores, a diferencia de lo expuesto aquí, algunos estudios señalaron que las personas mayores y de mediana edad informaron de una menor satisfacción con sus vidas que los jóvenes, aunque sería posible encontrar algunas razones contextuales (condiciones de vida) o personales (problemas de salud) para explicar estos datos (Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2008).

Respecto al segundo objetivo, los puntajes obtenidos para inteligencia emocional reflejan una media de 57 puntos y un desvío típico de 9 puntos, por lo cual, se puede considerar que en promedio la mayoría de los puntajes se ubica dentro del tercer cuartil de la distribución, es decir, entre los puntajes medios de inteligencia emocional. Estos puntajes, a su vez se dividen en las cinco dimensiones que se consideran parte de la inteligencia emocional, Estado de ánimo (M= 12,40), Manejo del estrés (M=12,13), Interpersonal (M=11,55), Adaptabilidad (M=10,75) e Intrapersonal (M=10,13), estos resultados pueden

compararse con los obtenidos por Pérez-Fuentes, Molero-Jurado, Gázquez y Soler (2014), luego de llevar a cabo el Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para personas mayores (PECI-PM) para un grupo de 28 alumnos de la Universidad para Mayores de Almería (España), con edades comprendidas entre los 60 y los 85 años. En dicho estudio, las dimensiones de inteligencia emocional presentaron puntajes similares y en algunos casos menores a los expuestos en este trabajo, lo cual se considera relevante, ya que las personas evaluadas en ambos estudios, presentan grandes diferencias contextuales y sociodemográficas, por ejemplo, los adultos mayores que formaron parte del programa PECI-PM, poseían un nivel de instrucción y socialización alta, la mayoría de ellos eran alumnos de la Universidad para Mayores y habían recibido entrenamiento en psicología positiva, lo cual, contrasta en gran medida con las características sociodemográficas de la muestra en esta investigación. Esto quiere decir que la posibilidad del entrenamiento emocional en la vejez no solo es posible, porque no requiere de habilidades previas, sino que también, es sumamente efectivo, no solo en lo cognitivo y emocional, sino más bien, por la incidencia de estos factores sobre la calidad de vida y la satisfacción en dicha fase etaria (Lloyd, Malek-Ahmadi, Barclay, Fernández, & Chartrand, 2012; Luque-Reca, Augusto Landa & Pulido-Martos, 2014).

Así también, los resultados hallados en este estudio, apoyan la hipótesis de la “madurez emocional”, la cual sustenta una visión optimista del funcionamiento emocional en la edad avanzada, donde se ha comprobado que los adultos mayores poseen mejor control, madurez y regulación emocional que en otras edades más tempranas (Arias & Giuliani, 2014; Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2008), además de exponer que la habilidad emocional, a diferencia del resto de las capacidades cognitivas, estaría no solo intacta, sino entrenada, por ende su influencia y papel sería aún mayor en esta fase etaria y un motivo empírico para entrenarla (Mikulic, Crespi & Casullo, 2010). Trabajos previos señalan que el desempeño de los adultos mayores en problemáticas de corte emocional podría ser más eficaz en esa etapa de la vida, de esta manera, se vuelve evidente el estudio de las emociones en el envejecimiento, como prioridad para la mejora de la calidad de vida (Extremera, Fernández-Berrocal & Salovey, 2006; Gross et al., 1997 & Nashiro, Sakaki & Mather, 2011; Pérez-Fuentes, Ruiz, Molero, Gázquez & Fernández, 2012)

Como se señala a lo largo del trabajo, son aún muy escasos aquellos estudios que evalúen la relación entre ambas variables, específicamente en la vejez, por eso, la importancia de trasladar este campo de investigación a los adultos mayores, radica, en que a diferencia de otras etapas del ciclo vital, la capacidad emocional en esta fase etaria no sufre ningún tipo de deterioro, sino por el contrario, se perfecciona (Arias & Giuliani, 2014; Márquez-González, Fernández de Trocóniz, Montorio Cerrato & Losada Baltar, 2008; Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez & Soler, 2014) y por ende, su estudio y entrenamiento, influiría de una manera más profunda en la satisfacción vital, como un valor predictivo y preventivo de salud y calidad de vida en los adultos mayores (Luque-Reca, Augusto-Landa & Pulido-Martos, 2014).

Finalmente, respecto al tercer objetivo, los resultados indican la existencia de una relación positiva y significativamente alta entre inteligencia emocional y satisfacción vital ($r=.570^{**}$), lo cual coincide en parte con una serie de estudios que se han llevado a cabo en los últimos años, que comprueban la relación que existe entre las emociones, la salud y bienestar de la población mayor, incluida la satisfacción vital (Diener & Chan, 2011; Extremera & Fernández-Berrocal, 2006; Xu & Roberts, 2010). Además, las correlaciones más significativas entre las dimensiones de inteligencia emocional y satisfacción vital, se dieron entre humor general ($r=.466$; $p<.01$); escala intrapersonal ($r=.395$; $p<.01$); escala interpersonal ($r=.377$; $p<.01$); adaptabilidad ($r=.357$; $p<.01$) y escala de manejo del estrés ($r=.296$; $p<.05$), resultados que señalan similitudes con otras investigaciones que hallaron correlaciones positivas entre satisfacción vital y felicidad subjetiva con autoconcepto (dimensión intrapersonal), mientras que altos niveles de resiliencia correlaciona con solución de problemas (escala de adaptabilidad) y relaciones interpersonales (escala interpersonal) (Besio, Peralta, Saguez, Robledo & Soto, 2013) esto revela el valor añadido de las relaciones sociales en la adultez mayor (Castelli & Lanza, 2011), como así también el entrenamiento en la capacidad de adaptación a los cambios de esta etapa y al perfeccionamiento en la resolución de problemas (Bucks et al., 2008; Suzuki & Akiyama, 2013, ambos en Pérez-Fuentes, Molero, Osorio & Mercader, 2014).

En conclusión, y con los datos arrojados en esta investigación, se puede corroborar que la hipótesis presenta soporte empírico, a saber, inteligencia emocional y satisfacción vital presentan una asociación positiva y significativa en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos.

5.1. Conclusiones:

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, se procede a señalar las siguientes conclusiones:

1. En cuanto al objetivo de describir los niveles de satisfacción vital en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos; los resultados arrojaron niveles de satisfacción altos, específicamente, “satisfechos” y “extremadamente satisfechos”.

2. Respecto a la descripción de la inteligencia emocional en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre Ríos, Se puede observar que en promedio los puntajes se ubican dentro del tercer cuartil de la distribución, es decir, entre los valores medios de inteligencia emocional.

3. Se comprobó una asociación significativa entre inteligencia emocional y satisfacción vital en los adultos mayores de la ciudad de Concordia, Entre ríos.

5.2. Limitaciones:

Dentro de las limitaciones que se pueden apreciar en este trabajo, es importante señalar en primer lugar el tamaño reducido de la muestra, que impide la generalización de los resultados obtenidos.

Por otro lado, la elección de la muestra de forma intencional representa una limitación, ya que la mayoría de los participantes presentan características homogéneas entre sí, lo cual impide evaluar en profundidad las diferencias individuales respecto a la inteligencia emocional y satisfacción vital en grupos más heterogéneos.

5.3. Recomendaciones:

5.3.1. Recomendaciones para la investigación:

Sería recomendable, desarrollar este estudio a una muestra más extensa que permita arribar a conclusiones más significativas.

También sería conveniente, replicar este análisis en muestras poblacionales más heterogéneas, que permitan una mayor diversidad entre las características individuales de los adultos mayores, como el sexo, los niveles de instrucción académica y las actividades de las que formen parte, para obtener resultados más representativos.

Podría resultar útil para futuras investigaciones, incorporar modelos de habilidad y modelos mixtos en los instrumentos de análisis de inteligencia emocional para obtener resultados más enriquecedores entre las diferentes medidas de I.E.

Por otro lado, resultaría conveniente, replicar el estudio realizado por Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez y Soler (2014), en las universidades de nuestro país que forman parte de UPAMI “Universidad para Adultos Mayores Integrados”, y desarrollar estudios comparativos que brinden un aporte valioso para la investigación de estas temáticas

5.3.2. Recomendaciones para la práctica:

Poner en marcha estrategias de intervención en promoción y entrenamiento de la inteligencia emocional, mediante el desarrollo de programas en los diferentes espacios habitados por adultos mayores, como son los centros de jubilados, instituciones recreativas y las universidades para mayores, entre otros.

Desarrollar herramientas de promoción del programa UPAMI (Universidad para Adultos Mayores Integrados) desde una perspectiva de prevención y desarrollo de calidad de vida en los adultos mayores, servicio del cual pueden hacer uso de forma gratuita y sin

necesidad de niveles académicos previos, donde el único requisito necesario para asistir es ser afiliados del PAMI.

Referencias Bibliográficas:

- Alberca, R. y López Pousa, S. (2002). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Madrid, España: Ed. Panamericana.
- Alvarado García, A.M., y Salazar Maya, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. DOI: [10.4321/S1134-928X2014000200002](https://doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002)
- Argyle, M. (1992). *La Psicología de la felicidad*. Madrid, España: Alianza.
- Arias, A., y Parro, S. (2015). La generatividad como una forma de envejecimiento exitoso. Estudio del efecto mediacional de los vínculos sociales. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(1), 109-120. DOI: <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v1i1.95>
- Arita Watanabe, B. (2004). *Condiciones objetivas de vida, capacidades y bienestar subjetivo como dimensiones de estudio de la Calidad de Vida*. (Tesis de Doctorado). Universidad Autónoma de Sinaloa, Culiacán, México.
- Arita Watanabe, B. (2005). Satisfacción por la vida y teoría homeostática del bienestar. *Psicología y Salud*, 15(1), 121-126. DOI: <https://www.doi.org/10.25009/pys.v15i1.826>
- Atienza, F., Pons, D., Balaguer, I., y García Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la escala de satisfacción con la vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=296>
- Auer, Alfons (1997). *Envejecer Bien. Un estímulo ético-teológico*. Barcelona, España: Editorial Herder.
- Baltes, P. B., y Baltes M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. DOI: <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684>
- Bar-On, R. (1997a). *El Inventario de Cociente Emocional (EQ-i): una prueba de inteligencia emocional*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, Inc.
- Bar-On, R. (1997b). *El Inventario de Cociente Emocional (EQ-i): manual técnico*. Toronto, Canadá: Multi-Health Systems, Inc.

- Bar-On, R. (2000). Inteligencia emocional y social: ideas del Inventario de Cociente Emocional (EQ-i). En R. Bar-On y JDA Parker (eds.): *Manual de inteligencia emocional*. San Francisco, California: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(1), 13-25. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3271>
- Bernarás, E., Garaigordobil, M., y de las Cuevas, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad: Influencia de la edad y el género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología*, 103, 75-88. Recuperado de <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N103-5.pdf>
- Besio, C., Peralta, A., Saguez, I., Robledo, R. y Soto, L. (2013). Relación entre inteligencia emocional, satisfacción vital, felicidad subjetiva y resiliencia en funcionarios de educación especial. *Estudios pedagógicos* 39(2), 355-366. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07052013000200022>
- Birren, J.E. y Schaie, K.W. (Ed.). (2001). *Handbook of the psychology of aging (5th ed)*. San Diego, California: Academia Press. Recuperado de <https://www.books.google.es/books?isbn=0121012638>
- Blanco, A., y Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema*, 17(4), 582-589. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3149>
- Bowling, A., y Dieppe, P. (2005). ¿Qué es el envejecimiento exitoso y quién debe definirlo?. *BMJ* 331(1548). DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.331.7531.1548>
- Brackett, M.A., y Mayer, J.D. (2003). Validez convergente, discriminante e incremental de medidas competitivas de inteligencia emocional. *Boletín de Personalidad y Psicología Social*, 29(9), 1147-1158. DOI: <https://doi.org/10.1177/0146167203254596>
- Brown, J., Pena's, G., Dawson, K., Brown, L. A. y Clatworthy, P. (2009). Self-administered cognitive screening test (TYM) for detection of Alzheimer's disease: Cross sectional study. *BMJ*, 338. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.b2030>

- Bucks, R. S., Garner, M., Tarrant, L., Bradley, B. P., y Mogg, K. (2008). Interpretation of emotionally ambiguous faces in older adults. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), 337–343. DOI: <https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.P337>
- Buendía, J. y Riquelme, A. (1995). Envejecimiento y depresión. En J. Buendía (Edit.) *Envejecimiento y Psicología de la Salud*. Madrid, España: Siglo XXI.
- Cabello, R., Ruiz-Aranda, D. y Fernández-Berrocal, P. (2009). Docentes emocionalmente inteligentes. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 13(1), 41-49. Recuperado de [http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/Docentes emocionalmente inteligentes 2010.pdf](http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/Docentes_emocionalmente_inteligentes_2010.pdf)
- Carmeli, A., Yitzhak-Halevy, M., y Weisberg, J. (2009). The relationship between emotional intelligence and psychological wellbeing. *Journal of Managerial Psychology*, 24(1), 66–78. DOI: <https://doi.org/10.1108/02683940910922546>
- Castelli, L. y Lanza, F. (2011). Larga vida a las emociones: categorización de la respuesta emocional a lo largo de la vida. *Cognición y emoción* 25(8), 1520-1525. DOI: [10.1080 / 02699931.2011.561551](https://doi.org/10.1080/02699931.2011.561551)
- Castro-Solano, A. (2010). *Fundamentos de Psicología Positiva*. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Casullo, M., y Fernandez Liporace, M. (2007). Las propuestas de la psicología positiva, ¿universales psicológicos o particulares de una visión cultural? *Anuario de Investigaciones*, Vol. XIV, 261-268. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943022>
- Cerezo, M., Carpio, M., García, M., & Casanova, P. (2016). Relaciones entre inteligencia emocional, agresividad y satisfacción vital en universitarios. *Psicología y Educación: Presente y futuro*. Simposio llevado a cabo en el VIII Congreso Internacional de Psicología y Educación (CIPE2016), Alicante, España.

- Cobo, S. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida: su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20(4), 172-174. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400005
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2017). Observatorio Demográfico (LC/PUB.2017/3-P). Recuperado de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41018/1/S1600734_en.pdf
- Coto, R. F. (2013). *Cerebrando las emociones*. Buenos Aires, Argentina: Bonum.
- Cuadra L., H., y Florenzano U., R. (2003). El Bienestar Subjetivo: Hacia una Psicología Positiva. *Revista de Psicología*, 12(1), Pág. 83-96. DOI: <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2012.17380>
- Cummins, R. (2000). Objective and Subjective Quality of Life: An Interactive Model. *Netherlands: Social Indicators Research*, 52(1), 55-72. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1007027822521>
- Dabove M. (2006). *Derecho a la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria*. Buenos Aires, Argentina: Juris.
- Dávila, M. y Díaz, J. (2005). Voluntariado y satisfacción vital. *Intervención psicosocial*, 14(1), 81-94. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1180065>
- Díaz, J. y Sánchez, M. (2001), Relevancia de los estilos de personalidad y las metas personales en la predicción de la satisfacción vital. *Anuales de Psicología*, 17(2), 151-158. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v17/v17_2/01-17_2.pdf
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3(8), 67-113. Recuperado de <https://journals.copmadrid.org/pi/art/f9d1152547c0bde01830b7e8bd60024c>
- Diener, E. y Chan, MY (2011), Las personas felices viven más: el bienestar subjetivo contribuye a la salud y la longevidad. *Psicología Aplicada: Salud y Bienestar*, 3(1), 1-43. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x>

- Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., y Smith, H.L. (1999). Bienestar subjetivo: tres décadas de progreso. *Boletín Psicológico*, 125(2), 276-302. DOI: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- Dulcey E.U. (2002). Psicología del ciclo vital: hacia una visión comprehensiva de la vida humana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1), 17-27. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834615>
- Durán, Jiménez Isael. (2010). La teoría homeostática del bienestar. Bienestar psicológico y satisfacción por la vida en adultos mayores. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 2(1), 45-55. Recuperado de <http://www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com/index.php/RMIP/article/view/114/27>
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2006). Inteligencia emocional como predictor de salud mental, social y física en estudiantes universitarios. *La Revista Española de Psicología*, 9(1), 45-51. DOI: [10.1017 / S1138741600005965](https://doi.org/10.1017/S1138741600005965)
- Extremera, N., Durán, A. y Rey, L. (2005). La inteligencia emocional percibida y su influencia sobre la satisfacción vital, la felicidad subjetiva y el engagement en trabajadores de centros para personas con discapacidad intelectual. *Ansiedad y Estrés*, 11(1), 63-73. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/253234654_La_inteligencia_emocional_percibida_y_su_influencia_sobre_la_satisfaccion_vital_la_felicidad_subjetiva_y_el_engagement_en_trabajadores_de_centros_para_personas_con_discapacidad_intelectual/link/0c96051f66ac553a51000000/download
- Fernández-Ballesteros, R. (ed.) (2007). *GeroPsychology. European perspectives for and aging world*. Gottingen: Hogrefe.
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón Cassinello, M.D., López Bravo, M.D., Molina Martínez, M.A., Díez Nicolás, J., Montero López, P., y Schettini del Moral, R. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3779>

- Fernández-Berrocal, P. y Ruiz, D. (2008). La inteligencia emocional en la educación. *Education & Psychology*, 6(15), 421-436. DOI: [10.25115/ejrep.v6i15.1289](https://doi.org/10.25115/ejrep.v6i15.1289)
- Fernández-Berrocal, P., & Extremera, N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66(23), 385-108.
- Ferragut, M y Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 95-104. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rlps/v44n3/v44n3a08.pdf>
- Gabel, R. (2005). Inteligencia emocional: perspectivas y aplicaciones ocupacionales. Documentos de trabajo, 16. Universidad ESAN, Lima. Web: <http://www.esan.edu.pe/publicaciones/2009/12/07/DocTrab16.pdf>
- García Viniegras, C. y González, I. (2000). La categoría bienestar psicológico, su relación con otras categorías sociales. *Revista Cubana de Medicina Integral*, 16 (6), 586-592. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252000000600010
- García, M. (2002). El bienestar subjetivo. *Escritos de Psicología*, 6, 18-39. Recuperado de http://escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num6/escritospsicologia6_analisis1.pdf
- García, N. (2007). La educación con personas mayores en una sociedad que envejece. *Horizontes educacionales* 12(2), 51-62.
- George, L.K. (1981). Subjective Well-Being: Conceptual and Methodological Issues. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 2, 345-382.
- Giuliani, María y Arias, Claudia. (2014). Explorando la Inteligencia Emocional Percibida en tres fases etarias. Un estudio realizado en la Argentina. *Estudios Interdisciplinarios sobre o Envelhecimento*. 19, 123-140. Recuperado de <https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/31312>
- Goleman, D. (1996). *Inteligencia Emocional*. Barcelona, España: Kairos.
- Goleman, D. (2003), *Emociones destructivas*, Buenos Aires, Argentina: Ediciones B Argentina S.A.

- Gonzalo, E., y Pasarín, M.I. (2004). La salud de las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 69-80. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400012&lng=es&tlng=es
- Gross, JJ., Carstensen, LL., Pasupathi, M., Tsai, J., Götestam Skorpen, C., y Hsu, A.Y.C. (1997). Emoción y envejecimiento: experiencia, expresión y control. *Psicología y envejecimiento*, 12 (4), 590–599. DOI: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.4.590>
- Gutiérrez, M., Serra, E., y Zacarés, J. J. (2006). *Envejecimiento óptimo. Perspectivas desde la psicología del desarrollo*. Valencia, España: Promolibro
- Iglesias-Souto, P.M., y Dosil, A. (2005): Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 40(2), 85-91. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(05\)74833-2](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(05)74833-2)
- Inga Aranda, J., y Vara Horna, A. (2006). Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universitas Psychologica*, 5(3), 475-486. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v5n3/v5n3a04.pdf>
- Izal, M. y Montorio, I. (1999): *Gerontología conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid, España: Síntesis.
- Lambert, S. (2007). “El proceso de envejecimiento y el ejercicio de los derechos en la edad adulta. Resguardo de la dignidad.” *Duc In Altun*.
- Lher, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics* 3, 102-147.
- Liberalesso, A. (2002). Bienestar subjetivo en la vida adulta y la vejez: hacia una psicología positiva en América Latina. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 34(1-2), 55-74. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/805/80534205.pdf>
- Lloyd, S.J., Malek-Ahmadi, M., Barclay, K., Fernández, MR y Chartrand, MS (2012). La inteligencia emocional (IE) como predictor del estado de depresión en adultos

mayores. *Archivos de Gerontología y Geriatria*, 55 (3), 570–573.
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.06.004>

Lobo, A. y Ezquerro, J. (1979). El Mini-Examen Cognoscitivo: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectuales en pacientes psiquiátricos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatria y Ciencias Afines*, 3(7), 189-202.

Luque-Reca, O. (2015). *El papel de la inteligencia emocional sobre la calidad de vida en mayores institucionalizados*. Tesis de Doctorado para la obtención del título de Doctor en Psicología, Facultad de humanidades y ciencias de la educación, Departamento de psicología, Universidad de Jaén, Jaén, España.

Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., López-Zafra, E. & Augusto-Landa, J. (2014). Inteligencia emocional y calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores españoles institucionalizados. *Revista Internacional de Psicología* 50(3), 215-222.

Márquez-González, M., Fernández de Trocóniz, M.I., Montorio, I., & Losada Baltar, A. (2008). Experiencia y regulación emocional a lo largo de la etapa adulta del ciclo vital: análisis comparativo en tres grupos de edad. *Psicothema* 20(4), 616-622. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3531>

Martínez –Pons, M (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition, and Personality* 19(4), 75-87. DOI: <https://doi.org/10.2190/68VD-DFXB-K5AW-PQAY>

Mayer, J. D., Roberts, R. D. y Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional Intelligence. *Annual Review of Psychology* 59, 507-536. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093646>

Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence (2nd Ed.)* (pp. 396, 420). New York: Cambridge.

Mella, R., González, L., D'Appolonia, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., y Díaz, A. (2004). Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor. *Psyche* 13(1), 79-89. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282004000100007>

- Mikulic, I. M., Crespi, M. C., & Casullo, G. (2010). Evaluación de la Inteligencia Emocional, la Satisfacción Vital y el Potencial Resiliente en una muestra de estudiantes de Psicología. *Anuario de Investigaciones* 17(8), 169-178. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/51894>
- Moyano Díaz, Emilio, & Ramos Alvarado, Nadia. (2007). Bienestar subjetivo: midiendo satisfacción vital, felicidad y salud en población chilena de la Región Maule. *Universum* 22(2), 177-193. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-23762007000200012>
- Nashiro, K., Sakaki, M., Mather, M. (2011). Age differences in brain activity during emotion processing: Reflections of age-related decline or increased emotion regulation?. *Gerontology* 58(2), 156-163. DOI: <https://doi.org/10.1159 / 000328465>
- OMS (1998). La vida en el siglo XXI: una visión para todos (Informe sobre la salud mundial). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS (2002). Envejecimiento activo. Segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid, España.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). Innovaciones para un envejecimiento sano: comunicaciones y cuidado. Boletín de la Organización mundial de la Salud. Recuperado de <https://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/12-020312/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (s.f). Crece la población de 75 años y más en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://observatorio.mayoressaludables.org/crece-la-poblacion-de-75-anos-y-mas-en-america-latina-y-el-caribe>
- Palmore, E. B. (1995). El éxito del envejecimiento. En G. L. Maddox (Ed.), *Enciclopedia del envejecimiento: Un recurso completo en gerontología y geriatría* (pp. 914-915). Nueva York: Springer
- Peralta, A., Besio, C., Rubio, Y., Atabales, L., y Salinas, J. (2010). Efecto de un programa de psicología positiva e inteligencia emocional sobre la satisfacción laboral y vital. *Revista Salud & Sociedad*, 1(2), 101-112. Recuperado de <https://doi.org/10.22199/S07187475.2010.0002.00004>

- Pereira, C.A.A. (1997). Una visión histórico-conceptual de las dimensiones de la calidad de vida y el bienestar subjetivo. *Archivos Brasileños de Psicología* 49(4), 32-48.
- Pérez, M., y Maturana, S. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Polis Revista Latinoamericana* 11(33), 407-428. DOI: <https://doi.org/10.4067/S0718-65682012000300020>
- Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Molero, M., Martínez, Á., Barragán, A., y Simón Márquez, M. (2016). Inteligencia emocional y salud en el envejecimiento: beneficios del programa PECI-PM. *Actualidades en Psicología*, 30(121), 11-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.24048>
- Pérez-Fuentes, M., Molero, M. M., Gázquez, J. J. y Soler, F. (2014). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECI-PM. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education* 4(3), 329-339. DOI: <https://doi.org/10.1989/ejihpe.v4i3.80>
- Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Mercader, I. y Molero, M.M. (2014). Breve inventario de inteligencia emocional para ciudadanos mayores (EQ-i-M20). *Psicothema*, 26(4), 524-530. DOI: <https://doi.org/10.7334/psicothema2014.166>
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist* 55(1), 44-55. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.44>
- Regner, E. (2008). Validez convergente y discriminante del Inventario de Cociente Emocional (EQ-i). *Interdisciplinaria*, 25 (1), 29-51. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11336/67186>
- Reig, A. (2003): Quality of life. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Encyclopedia of psychological assessment* (pp. 800-805). London: Sage.
- Reyes, T.I, y Castillo, J.A. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 30(3), 454-459. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002011000300006&lng=es&tlng=es.

- Rosa, T., Benicio, M.H., Latorre, M., y Ramos, L.R. (2003). Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), 40-48. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102003000100008>
- Rowe, J.W. y Kahn, R.L. (1987). Human aging: usual and successful. *Science* 237(4811), 143-149. DOI: 10.1126 / science.3299702
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S.L., Turvey, C. y Palfai, T.P. (1995). Emotional attention, clarity and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J.W. Pennebaker (ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Sanhueza, M., Castro, M., y Merino, J. (2005). Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto de salud. *Ciencia y enfermería* 11(2), 17-21. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000200004>
- Satorres Pons, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital* (tesis doctoral). Universidad de Valencia, Facultad de Psicología, Valencia, España.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *American Psychologist* 55(1), 5-14. DOI: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Sena, C., Moral, J.C., y Pardo, E. (2008). Bienestar y Calidad de vida en ancianos institucionalizados y no institucionalizados. *Anales de Psicología* 24(2), 312-319.
- Serrani, D. (2014). Validación en español del test TYM para cribado de demencia en una población argentina. *Universitas Psychologica*, 13(1). DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.UPSY13-1.vetc>
- Stock, W. A., Okun, M. A. y Benin, M. (1986). The structure of subjective well-being among the elderly. *Psychology and Aging* 1(2), 91-102. DOI: <https://doi.org/10.1037/0882-7974.1.2.91>
- Suzuki, A. y Akiyama, H. (2013). Cognitive aging explains age-related differences in face-based recognition of basic emotions except for anger and disgust. *Aging, Neuropsychology and Cognition*, 20(3), 253-270. DOI: <https://doi.org/10.1080/13825585.2012.692761>

- Taylor, S. (1991). *Seamos optimistas. Ilusiones positivas*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- Terol, M. C., López Roig, S., Rodríguez Marín, J., Pastor, M. Á., y Mora, M. (2000). Diferencias en la calidad de vida: un estudio longitudinal de pacientes de cáncer que reciben tratamiento de quimioterapia. *Anales de Psicología*, 16(2), 111-122. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=167/16716201>
- Triadó, C. (2003). *Envejecer en entornos rurales*. Madrid, España: IMSERSO.
- Trinidad, D. R., y Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32(1), 95–105. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00008-3](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00008-3)
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial* 4(10), 125-127.
- Verdugo-Lucero, J. L., Ponce de León-Pagaza, B. G., Guardado-Llamas, R. E., Meda-Lara, R. M., Uribe-Alvarado, J. I. y Guzmán-Muñiz, J. (2013). Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar subjetivo en adolescentes y jóvenes. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 11 (1), 79-91. DOI: <https://doi.org/10.11600/1692715x.1114120312>
- Xu, J. y Roberts, R.E. (2010). El poder de las emociones positivas: Es una cuestión de vida o muerte. Bienestar subjetivo y longevidad durante 28 años en una población general. *Psicología de la Salud* 29(1), 9-19. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0016767>
- Yanguas, J. J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Madrid, España: IMSERSO
- Zarebski, G. (2011) El futuro se construye hoy. La Reserva Humana, un pasaporte hacia un buen envejecimiento. Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Zerda, M. (2002). La cara indígena del envejecimiento. Presentación Foro Mundial de Envejecimiento, Madrid, España.

Anexo

Consentimiento informado:**Consentimiento para el investigador:**

Al firmar este documento, declaro que he sido informado/a detalladamente por la Tesista Valentina Cabrera, sobre la participación en su investigación sobre temas de inteligencia emocional, espiritualidad y satisfacción vital de la Facultad “Teresa de Ávila” de la Pontificia Universidad Católica Argentina; y que consiento voluntariamente realizar las diferentes técnicas que se me administrarán, con el conocimiento de que mis datos tendrán un tratamiento anónimo y confidencial para uso exclusivamente investigativo.

Entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la investigación si así lo deseo.

Firma: _____

Aclaración: _____

D.N.I: _____

Consentimiento para el participante:

He sido informado/a detalladamente por la Tesista Valentina Cabrera, sobre la participación en su investigación sobre temas de inteligencia emocional, espiritualidad y satisfacción vital de la Facultad “Teresa de Ávila” de la Pontificia Universidad Católica Argentina; y que consiento voluntariamente realizar las diferentes técnicas que se me administraran, con el conocimiento de que mis datos tendrán un tratamiento anónimo y confidencial para uso exclusivamente investigativo.

Entiendo que tengo el derecho de retirarme en cualquier momento de la investigación si así lo deseo.

Datos de contacto:

Valentina Cabrera

Tel: 4290749

Celular: 0345-155291182

Mail: valentinaaluminecc@gmail.com

Cuestionario sociodemográfico:

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha de hoy: _____

Lugar de residencia: _____

Marque con una X debajo de la opción correspondiente:

Nivel académico							
Primario incompleto	Primario completo	Secundario incompleto	Secundario completo	Terciario incompleto	Terciario completo	Universitario incompleto	Universitario completo

¿Cuál es su ocupación o profesión?:

Estado Civil			
Soltero/a	Casado/a - Concubinato	Divorciado/a - Separado/a	Viudo/a

¿Tiene hijos?		¿Tiene alguna enfermedad?	
Si	No	Si	No
¿Cuántos?:		¿Cuál?:	

Escala de evaluación de deterioro cognitivo (TYM/MEC):

Instrucciones: Lea y complete todos los ítems a continuación. Esto NO es un examen, no hay respuestas correctas o incorrectas, solo tómese su tiempo y responda honestamente, si no sabe o no recuerda alguna pregunta, NO LA COMPLETE. Gracias por su colaboración.

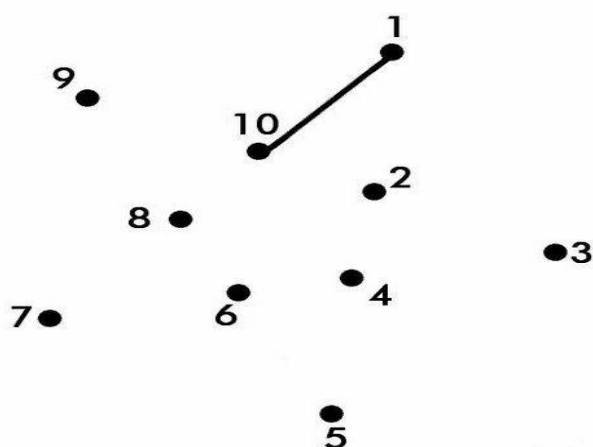
¿Qué día es hoy?		
¿Qué fecha es hoy?		
¿En qué mes estamos?		
¿En qué estación del año estamos?		
¿En qué año estamos?		
¿En qué lugar estamos?		
¿En qué planta estamos?		
¿En qué ciudad estamos?		
¿En qué provincia estamos?		
¿En qué Nación estamos?		
Por favor, copie en los casilleros de abajo estas tres palabras:		
PESO CABALLO MANZANA		

Si tiene \$30 y gasta \$3 ¿Cuántos pesos le quedan?_____ y si a estos, le resta \$3 ¿Cuántos pesos le queda?_____, y si a eso que le quedó, le vuelve a restar \$3, ¿Cuántos pesos le quedan?_____.

Por favor, copie en los casilleros de abajo estos tres números: 5 9 2.

--	--	--

Una los puntos siguiendo el orden de los números, empezando por el 1 y terminando en el 10. NO USE LÁPIZ.



IMPORTANTE: Si no recuerda alguna de las palabras o números, no se preocupe, solo llene los casilleros si los recuerda.

Por favor, SIN DAR VUELTA LA HOJA, recuerde y escriba en los casilleros, las tres palabras que copio anteriormente:

--	--	--

Ahora recuerde y escriba en los casilleros, los tres números que escribió anteriormente, pero, del ultimo al primero:

--	--	--

Por favor indique debajo de cada imagen el nombre del objeto.

	
¿Qué es esto?:	¿Qué es esto?:

Por favor responda las preguntas a continuación:

Por ejemplo; una banana y una manzana son frutas.

- ¿En que se parecen el rojo y el verde? _____
- ¿En que se parecen un perro y un gato? _____

¡Gracias por su colaboración!

Escala de inteligencia emocional (EQ-i-M20):

Lea cada oración y elija la respuesta que mejor lo describe, hay cuatro posibles respuestas:

1. Nunca me pasa.
2. A veces me pasa.
3. Casi siempre me pasa.
4. Siempre me pasa.

Diga cómo se siente, piensa o actúa LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO EN LA MAYORIA DE LUGARES. Elija una, y SOLO UNA respuesta para cada oración y coloque una “X” o cruz sobre el número que corresponda a su respuesta. Por ejemplo, si su respuesta es “A veces me pasa”, haga una “X” sobre el número 2 en la misma línea de la oración. Esto no es un examen, no existen respuestas correctas o incorrectas. Por favor haga una “X” en la respuesta de cada oración.

	Nunca me pasa. 1	A veces me pasa. 2	Casi siempre me pasa. 3	Siempre me pasa. 4
4. Entiendo bien como se sienten las otras personas.	1	2	3	4
5. Me resulta difícil controlar mi ira (furia).	1	2	3	4
6. Me resulta fácil decirle a la gente como me siento.	1	2	3	4
7. Me siento seguro de mí mismo.	1	2	3	4

8. Sé cómo se sienten las otras personas.	1	2	3	4
9. Es fácil para mí entender cosas nuevas.	1	2	3	4
10. Puedo hablar con facilidad acerca de mis sentimientos.	1	2	3	4
11. Tengo mal humor.	1	2	3	4
12. Ante preguntas difíciles, puedo dar buenas respuestas.	1	2	3	4
13. Puedo describir mis sentimientos con facilidad.	1	2	3	4
14. Cuando quiero puedo encontrar muchas formas de contestar a una pregunta difícil.	1	2	3	4
15. Me enojo con facilidad.	1	2	3	4
16. Me gusta hacer cosas para los demás.	1	2	3	4
17. Puedo resolver problemas de diferentes maneras.	1	2	3	4
18. Me siento bien conmigo mismo.	1	2	3	4
19. Es fácil para mí decirle a la gente lo que siento	1	2	3	4
20. Soy feliz con el tipo de persona que soy.	1	2	3	4

21. Cuando me enojo, actuó sin pensar.	1	2	3	4
22. Sé cuándo la gente está enojada, incluso cuando no dicen nada.	1	2	3	4
23. Me gusta cómo me veo.	1	2	3	4

Muchas gracias por su colaboración.

Escala de satisfacción con la vida (SWLS):

SWLS

A continuación se presentan cinco afirmaciones con las que usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo. Utilizando el cuadro de abajo, indique cuan de acuerdo está con cada afirmación colocando una “X” en el casillero que elija.

Por favor, sea abierto y honesto al responder.

	Totalmente en desacuerdo.	En desacuerdo.	Ligerament e en desacuerdo.	Ni de acuerdo ni en desacuerdo.	Ligerament e de acuerdo.	De acuerdo.	Totalmente de acuerdo.
En la mayoría de aspectos, mi vida se acerca a mi ideal.							
Las condiciones de mi vida son excelentes.							
Estoy satisfecho/a con mi vida.							
Hasta ahora, he conseguido las cosas importantes que he deseado en la vida.							
Si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada.							

Muchas gracias por su colaboración.

Salidas estadísticas:

Estadísticos

Edad

N	Válido	60
	Perdidos	0
Media		72,75
Desviación estándar		6,259
Mínimo		65
Máximo		91

Edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65	8	13,3	13,3	13,3
	66	3	5,0	5,0	18,3
	67	4	6,7	6,7	25,0
	68	4	6,7	6,7	31,7
	69	1	1,7	1,7	33,3
	70	3	5,0	5,0	38,3
	71	3	5,0	5,0	43,3
	72	3	5,0	5,0	48,3
	73	7	11,7	11,7	60,0
	74	6	10,0	10,0	70,0
	75	4	6,7	6,7	76,7
	76	2	3,3	3,3	80,0
	77	2	3,3	3,3	83,3
	78	1	1,7	1,7	85,0
	80	1	1,7	1,7	86,7
	81	1	1,7	1,7	88,3
	84	3	5,0	5,0	93,3
	85	2	3,3	3,3	96,7
	86	1	1,7	1,7	98,3
	91	1	1,7	1,7	100,0
Total		60	100,0	100,0	

Estadísticos

Sexo

N	Válido	60
	Perdidos	0

Sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	8	13,3	13,3	13,3
	femenino	52	86,7	86,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Estadísticos

Nivel Académico

N	Válido	60
	Perdidos	0

Nivel Académico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primario Incompleto	7	11,7	11,7	11,7
	Primario Completo	11	18,3	18,3	30,0
	Secundario Incompleto	8	13,3	13,3	43,3
	Secundario Completo	13	21,7	21,7	65,0
	Terciario Incompleto	3	5,0	5,0	70,0
	Terciario Completo	9	15,0	15,0	85,0
	Universitario Incompleto	2	3,3	3,3	88,3
	Universitario Completo	7	11,7	11,7	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Estadísticos

Estado Civil

N	Válido	60
	Perdidos	0

Estado Civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero/a	3	5,0	5,0	5,0
	Casdo/a-Concubinato	34	56,7	56,7	61,7
	Divorciado/a-Separado/a	2	3,3	3,3	65,0
	Viudo/a	21	35,0	35,0	100,0
	Total	60	100,0	100,0	

Estadísticos

SWLS

N	Válido	60
	Perdidos	0
	Media	27,2333
	Desviación estándar	5,38475
	Mínimo	11,00
	Máximo	35,00

Estadísticos

SWLS Nominal

N	Válido	60
	Perdidos	0

Estadísticos

Inteligencia Emocional Completa

N	Válido	60
	Perdidos	0
Media		56,9500
Desviación estándar		9,37618
Mínimo		25,00
Máximo		78,00

Estadísticos

		ESCALAS.INTRA PERSONALES	ESCALAS.INTER PERSONALES	ESCALAS.DE.AD APTABILIDAD	ESCALAS. DE.MANEJO.DEL. ESTRÉS	ESCALA.DE. HUMOR. GENERAL
N	Válido	60	60	60	60	60
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		10,1333	11,5500	10,7500	12,1333	12,4000
Desviación estándar		3,35204	2,60003	2,80813	2,49383	2,80556
Mínimo		4,00	5,00	4,00	6,00	4,00
Máximo		17,00	16,00	16,00	16,00	16,00

Correlaciones

Correlaciones

		SWLS	Inteligencia Emocional Completa
SWLS	Correlación de Pearson	1	,570**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	60	60
Inteligencia Emocional Completa	Correlación de Pearson	,570**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Correlaciones

		SWLS	ESCALAS. INTRAPER SONALES	ESCALAS. INTERPER SONALES	ESCALAS. DE. ADAPTABI LIDAD	ESCALAS. DE.MANEJ O.DEL.ES TRÉS	ESCALA.D E.HUMOR. GENERAL
SWLS	Correlación de Pearson	1	,395**	,377**	,357**	,296*	,466**
	Sig. (bilateral)		,002	,003	,005	,022	,000
	N	60	60	60	60	60	60
ESCALAS.INTRAPER SONALES	Correlación de Pearson	,395**	1	,330*	,339**	-,197	,315*
	Sig. (bilateral)	,002		,010	,008	,132	,014
	N	60	60	60	60	60	60
ESCALAS.INTERPER SONALES	Correlación de Pearson	,377**	,330*	1	,646**	,171	,578**
	Sig. (bilateral)	,003	,010		,000	,190	,000
	N	60	60	60	60	60	60
ESCALAS.DE.ADAPT ABILIDAD	Correlación de Pearson	,357**	,339**	,646**	1	,157	,628**
	Sig. (bilateral)	,005	,008	,000		,230	,000
	N	60	60	60	60	60	60
ESCALAS.DE.MANEJ O.DEL.ES TRÉS	Correlación de Pearson	,296*	-,197	,171	,157	1	,089
	Sig. (bilateral)	,022	,132	,190	,230		,498
	N	60	60	60	60	60	60
ESCALA.DE.HUMOR. GENERAL	Correlación de Pearson	,466**	,315*	,578**	,628**	,089	1
	Sig. (bilateral)	,000	,014	,000	,000	,498	
	N	60	60	60	60	60	60

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

