

UNIVERSIDAD DE JAÉN
FACULTAD DE HUMANIDADES Y
CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

**EL PAPEL DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL
SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS**

**PRESENTADA POR:
OCTAVIO LUQUE RECA**

**DIRIGIDA POR:
DR. D. MANUEL PULIDO MARTOS
DR. D. JOSÉ MARÍA AUGUSTO LANDA**

JAÉN, 20 DE ENERO DE 2015

ISBN 978-84-16819-74-4

Tesis Doctoral

El papel de la Inteligencia Emocional sobre la Calidad de Vida en Mayores Institucionalizados



Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación
Departamento de Psicología



Octavio Luque Reca

Jaén, Enero de 2015

Directores:
Manuel Pulido Martos
José María Augusto Landa

Dedicado a Blanca,

por ser la mejor compañera de viaje posible,
por todo lo que vale y por lo afortunado que me hace sentir.

Dedicado a Nacho,

por permitirme experimentar la mejor sensación que existe
y para que cuando crezca nunca deje perseguir lo que le hace feliz en la vida.

AGRADECIMIENTOS:

A mis directores, los doctores Manolo y José María, por el enorme interés y la infinita dedicación que han ofrecido a este trabajo de tesis doctoral. A ellos quiero darles las gracias por toda la ayuda que me han prestado y por la que, sabiamente, han decidido no prestarme. En todo este tiempo han demostrado ser grandes profesionales y mejores personas, haber podido contar con ellos en este camino ha sido vital para llevar a término esta tarea.

También, a todos aquellos miembros del Departamento de Psicología que, de una forma u otra, han contribuido con sus consejos y enseñanzas a perfeccionar este trabajo, en especial a Esther, cuyas aportaciones han resultado de gran ayuda.

Al mismo tiempo, me gustaría aprovechar para mostrar mi gratitud a todos aquellos investigadores que se han atrevido a bucear en el mundo de las emociones, sirviendo de guía y de estímulo a todos los que venimos por detrás. Probablemente aún existan territorios inexplorados en la capacidad emocional del ser humano en los que merezca la pena adentrarse a investigar.

Tampoco puedo dejar de lado al personal de las tres residencias que han colaborado en esta investigación, desde sus directores Manuel, Pedro y Catalina, hasta los psicólogos y profesionales de dichos centros, con una mención especial para Rafi, cuya incansable colaboración ha resultado fundamental. No obstante, es a todos y cada uno de los mayores, que con infinita paciencia han aceptado contestar a los numerosos cuestionarios y pruebas administrados, a quienes más agradecido estoy. Espero que el paso de los años me permita conservar al menos una pequeña parte de la sabiduría y del afecto que me han transmitido.

A mis amigos, quienes con su constante ánimo y energía positiva me han ayudado a no desfallecer en esta aventura, gracias por estar ahí y contagiarme vuestro optimismo.

Por supuesto, he de dar las gracias a mis padres, mi hermano y mis familiares más cercanos, por creer siempre en mí y por apoyarme incondicionalmente, a pesar de no tener del todo claro cuánto dura y para qué sirve un doctorado. Ojalá algún día no muy lejano puedan ver sus frutos.

A Blanca y a Nacho, por todos los momentos que la tesis doctoral me ha impedido compartir junto a ellos y, sobre todo, por llenar a diario mi vida de emociones positivas capaces de darme la fuerza necesaria para realizar este trabajo.

A todos ellos, y a los que haya podido olvidar en estas líneas, mil gracias.

ÍNDICE

❑	RESUMEN	3
❑	MARCO TEÓRICO	7
1.	Mayores y envejecimiento	9
1.1.	Envejecimiento poblacional	9
1.2.	Envejecimiento individual	10
1.3.	Institucionalización	12
1.4.	Principales enfoques teóricos en el estudio del envejecimiento	14
1.5.	Hacia un proceso de envejecimiento exitoso	17
2.	Calidad de vida	19
2.1.	Importancia y desarrollo histórico de la calidad de vida	19
2.2.	Conceptualización y naturaleza de la calidad de vida	20
2.3.	Diferenciación respecto a otros términos relacionados	24
2.4.	Calidad de vida en personas mayores y factores que la promueven	25
3.	Inteligencia emocional	28
3.1.	Importancia de las emociones en la vida	28
3.2.	Emociones en los mayores: características y particularidades	29
3.3.	Inteligencia emocional (IE): recorrido histórico	30
3.4.	Conceptualización de la IE y principales modelos teóricos	32
3.4.1.	Modelos mixtos	33
3.4.2.	Modelo de habilidad	36
3.5.	Medidas de IE desarrolladas desde el modelo de habilidad	38
3.5.1.	Medidas de autoinforme	39
3.5.2.	Medidas de ejecución o habilidad	40
3.6.	Relaciones con variables de salud y calidad de vida	41
❑	JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	45
❑	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	49
❑	METODOLOGÍA	53
❑	RESUMEN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	59
❑	CONCLUSIONES FINALES	65
❑	REFERENCIAS	69
❑	ANEXO: ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN	89

RESUMEN

□ **RESUMEN:**

El presente trabajo de tesis doctoral se centra en estudiar la contribución que la inteligencia emocional, encargada del procesamiento y elaboración de la información emocional de forma adaptativa, es capaz de realizar a la calidad de vida de las personas. En concreto, se ha situado el foco de atención sobre el colectivo de personas mayores que viven en residencias, un grupo cada vez más representativo en nuestra sociedad y que habitualmente presenta una serie de condicionantes que hacen que llevar una vida de calidad no resulte sencillo a partir de cierta edad. De ahí que sea especialmente importante identificar variables individuales, más allá de las ampliamente conocidas, con capacidad para incidir positivamente en sus vidas. La necesidad del estudio cobra mayor trascendencia si se tiene en cuenta que los trabajos que exploran la capacidad emocional de los mayores son tremendamente escasos, no existiendo hasta el momento ninguno que realice esta tarea en mayores institucionalizados.

Este trabajo se enmarca dentro del área de estudio de la Psicología Positiva, que es aquella disciplina encargada de estudiar el funcionamiento positivo de las personas, identificando las variables que resultan eficaces para desarrollar las fortalezas del ser humano y adaptarse de forma óptima a su ambiente.

Tradicionalmente la mayoría de los estudios que han constatado la relación entre la inteligencia emocional y variables de calidad de vida se han realizado empleando medidas de autoinforme que, aunque presentan ciertas ventajas para la investigación, poseen el principal inconveniente de que evalúan la capacidad emocional estimada por la persona o autoconciencia emocional, no la que realmente tiene. Es por ello que de manera más reciente se han desarrollado las medidas de habilidad o ejecución, que miden la capacidad emocional de manera mucho más objetiva, permitiendo confirmar la capacidad predictiva de la inteligencia emocional sobre diversas variables de salud, bienestar y calidad de vida.

Tres estudios de investigación se han desarrollado en este trabajo de tesis con el fin de explorar si la inteligencia emocional, evaluada tanto objetivamente como a través de autoinformes, es capaz de predecir los niveles de variables de calidad de vida en una muestra de mayores institucionalizados en residencias. Todos ellos se anexan al final de la tesis. El primer trabajo (Pulido-Martos, Luque-Reca, Augusto-Landa, y Ruiz, en prensa) exploró el papel de la capacidad emocional percibida sobre una variable potenciadora de la calidad de vida como es la práctica de actividad física. Este estudio halló que los mayores institucionalizados que perciben tener más inteligencia emocional (concretamente mayor percepción y uso de emociones) informan de una mayor realización de actividad física, independientemente de sus rasgos de personalidad. En el segundo trabajo (Luque-Reca, Pulido-Martos, Lopez-Zafra, y Augusto-Landa, en prensa) se analizó la capacidad predictiva de la inteligencia emocional, evaluada mediante una medida de ejecución, sobre los niveles de calidad de vida relacionada con la salud de los mayores institucionalizados. Se encontró que, una vez controlada la personalidad, los mayores que demostraron mayor habilidad para utilizar las emociones para guiar el pensamiento y para comprender las emociones y cómo pasan de un estado emocional a otro informaron de mayores niveles de calidad de vida relacionada con la salud que el resto. En el tercer y último trabajo (Luque-Reca, Augusto-Landa, y Pulido-Martos, 2014), se estudió el

papel que juegan la capacidad emocional percibida y la disposición al optimismo sobre la calidad de vida de los residentes, evaluada ésta de forma multidimensional (considerando no sólo aspectos de salud, como suele ser frecuente) y con un instrumento específico para mayores. El estudio halló 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.

La principal aportación de los citados trabajos es la de profundizar en el estudio de la inteligencia emocional, haciéndolo en un colectivo que no ha sido estudiado hasta ahora: los mayores institucionalizados. Debe reseñarse también que, además de emplear un autoinforme en el primer y en el tercer estudio, el segundo estudio (Luque-Reca y cols., en prensa) emplea por primera vez una medida de ejecución de inteligencia emocional en personas mayores.

En este conjunto de trabajos, cuyo hilo conductor es la contribución de la inteligencia emocional a la calidad de vida, se pone de manifiesto que a la hora de conservar y fomentar la calidad de vida, además de considerar el componente físico y el cognitivo, debemos prestar atención también a los aspectos del funcionamiento emocional de los mayores. Al mismo tiempo, los resultados sugieren que no sólo es importante conocer la capacidad emocional que realmente se posee sino también la que se estima poseer (autoconciencia emocional), ya que ambas son capaces de potenciar aspectos de la calidad de vida de los mayores institucionalizados.

MARCO TEÓRICO

□ MARCO TEÓRICO:

A pesar de que desde las ciencias del comportamiento se ha producido cierta marginación de la dimensión emocional del individuo en diversos momentos históricos, cada día existe mayor evidencia del enorme valor adaptativo que las emociones tienen para los seres vivos y su supervivencia (Fernández-Abascal y Jiménez, 2010). A diferencia de lo que sucede en el funcionamiento cognitivo y físico, existen datos que sugieren que el funcionamiento emocional de las personas mayores no presenta el mismo nivel de desgaste conforme avanza el proceso de envejecimiento, sino que en la parcela emocional de los mayores pueden hallarse tanto pérdidas (aspectos en los que encuentran más dificultades) como ganancias (aspectos en los que muestran más eficacia).

La inteligencia emocional (IE) se sitúa en el nexo de unión entre los procesos de cognición y emoción (Jordan, Troth, y Ashkanasy, 2013; Mayer y Salovey, 1997), habiendo demostrado contribuir al funcionamiento positivo de las personas y mostrando relaciones positivas con el bienestar, la salud y la calidad de vida (p. e. Extremera y Fernández-Berrocal, 2002, 2006; Extremera, Ruiz-Aranda, Pineda-Galán, y Salguero, 2011). Por ello, resulta llamativo que en mayores la IE haya sido un área escasamente estudiada hasta el momento.

Antes de contemplar los objetivos e hipótesis propuestos, se realizará un breve recorrido teórico por una serie de conceptos y variables de estudio especialmente relevantes para este trabajo. Así, en el primer capítulo se presentan datos demográficos y previsiones que confirman el pronunciado envejecimiento poblacional, se hace un breve repaso de los cambios asociados al envejecimiento y de las perspectivas teóricas que lo explican, se presenta a los mayores institucionalizados como un grupo especialmente prioritario para la mejora de su calidad de vida y se exploran las implicaciones de adoptar una visión positiva del proceso de envejecimiento. En el segundo, se presenta el constructo de calidad de vida, su evolución, su distinción teórica de otros términos asociados y las variables que han demostrado incidir en la calidad de vida de los mayores. Mientras que en el tercero se contempla la funcionalidad de las emociones, las características del funcionamiento emocional de los mayores, la evolución y la conceptualización de la IE, los principales enfoques teóricos, los instrumentos de medida más relevantes y las relaciones que establece con la calidad de vida de las personas.

1. Mayores y envejecimiento

1.1. Envejecimiento poblacional

Desde el siglo pasado se viene constatando un incremento significativo en la proporción de personas mayores [Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), 2011], especialmente en los países más industrializados del planeta. De hecho, es la primera vez en la historia de la humanidad en la que se alcanza tal grado de envejecimiento de la sociedad (Bazo, 2012).

El envejecimiento poblacional es un fenómeno que tiene lugar a nivel global y que se viene produciendo a lo largo de los siglos XX y XXI a consecuencia de diversos factores. López-

Doblas (2005) señala una serie de causas y circunstancias que han resultado determinantes en este envejecimiento demográfico, dos de ellas destacan especialmente por su acción global: por un lado, y gracias fundamentalmente a los avances sanitarios, se halla el acusado descenso de la mortalidad infanto-juvenil, unido al incremento de la longevidad de las personas mayores; y por otro, el notable decremento de la tasa de fecundidad en todo el planeta, que ha reducido considerablemente el número de nacimientos respecto a siglos anteriores.

La progresiva inversión de la pirámide poblacional que los avances sanitarios, técnicos y sociales han generado en las sociedades postindustriales, ha hecho que la población de personas mayores se haya incrementado considerablemente en las últimas décadas (Martin y Martínez-Sánchez, 2009), llegando hasta los casi ocho millones de personas en la actualidad (Abellán y Esparza, 2001). Como resultado de todos estos cambios, en el transcurso de un sólo siglo la población mayor de los países desarrollados casi se ha visto duplicada, acercándose con rapidez al momento en que habrá más personas mayores de 60 años que menores de 15 (Rando y Carstensen, 2011).

De este modo, las previsiones demográficas apuntan a que hacia el año 2050 la población de mayores experimentará un incremento de un 10%, llegando a constituir un 22% de la población mundial [Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) y HelpAge International, 2012]. Situando el foco de atención en nuestro país, que actualmente es uno de los más envejecidos del mundo, las estimaciones van en la misma dirección, esperándose que hacia la mitad del siglo XXI los mayores de 65 años superen incluso el 32% del total de la población española [Instituto Nacional de Estadística (INE), 2012]. En España, este proceso se ha producido con una especial velocidad e intensidad, pasando en tan sólo 25 años de una de las distribuciones de edad más jóvenes a una de las más envejecidas del continente europeo. Este envejecimiento demográfico origina importantes retos en múltiples áreas, afectando a la vida de las personas y las familias, a la economía o a la reorganización de los sistemas sanitarios y sociales (IMSERSO, 2011).

1.2. Envejecimiento individual

El envejecimiento demográfico o poblacional que acaba de abordarse ha de ser diferenciado del envejecimiento individual, que es el conjunto de cambios que experimenta la persona conforme se va haciendo mayor. Así, cuando a lo largo este trabajo se hable de envejecimiento, se estará haciendo referencia al envejecimiento que experimenta la persona como individuo.

Al mismo tiempo, debe destacarse que, a pesar de su patente relación, envejecimiento y vejez no son términos sinónimos. De forma más específica, mientras que la vejez constituye una etapa o estado de la vida, el envejecimiento supone un proceso que se desarrolla a lo largo del ciclo vital del individuo (Fernández-Ballesteros, 2004a). De hecho, al menos desde un punto de vista biológico, el proceso de envejecimiento comienza cuando se es adulto joven (Belsky, 1996), por lo que el envejecimiento no coincide exclusivamente con la etapa de vejez. No obstante, dado que alrededor de los 60-65 años es cuando se hacen más visibles las señas

del envejecimiento (Pont, 2000), cuando se habla de envejecimiento es habitual hacer referencia únicamente a los cambios que se producen en la etapa de la vejez.

Considerando que no todos los individuos envejecen por igual (Fernández-Ballesteros, 2004a; Shock, 1985) y que personas de la misma edad pueden presentar diferentes ritmos en su envejecimiento (Belsky, 2001; Schaie y Willis, 2003), resulta lógico que el envejecimiento sea un proceso en el que están implicadas numerosas variables de efecto diverso que generan una serie de cambios y características diferenciales en las personas. Así, el envejecimiento se encuentra determinado por una serie de factores biológicos, psicológicos, sociales y ecológicos (Lehr, 2008), que hacen que aspectos como la carga genética, el estilo de vida, las enfermedades sufridas o las circunstancias socioemocionales se revelen como fundamentales para comprender cómo envejece el mayor.

A la hora de explorar en qué consiste el envejecimiento, han aparecido numerosas definiciones a lo largo de su estudio que han tratado de describir el concepto de manera científica y precisa. Las primeras definiciones científicas del envejecimiento que surgieron desde el ámbito biomédico (centradas en el componente biológico) contrastan con aquellas que, gracias a las aportaciones de la Gerontología y la Psicología Evolutiva, han ido añadiendo aspectos psicológicos y sociales a su definición, entendiendo estas últimas el concepto de una forma más amplia (Ramos, Meza, Maldonado, Ortega, y Hernández, 2009). Así, entre las definiciones de carácter biomédico encontramos algunas como la de Pearl (1928, p. 50) que lo define como "el desgaste causado por el trabajo fisiológico del organismo"; o la de Frolkis (1982, p.4) que lo entiende como un "proceso biológico natural que limita las posibilidades de adaptación de un organismo, aumenta la probabilidad de muerte, reduce la duración de la vida y promueve patologías de la edad". Entre las concepciones de naturaleza más amplia encontramos algunas que entienden el envejecimiento como un proceso que se produce a consecuencia del paso del tiempo y en el que se dan diversos cambios morfológicos, fisiológicos, bioquímicos, sociales y psicológicos en función del desarrollo previo del individuo en etapas anteriores de su vida (Albrecht y Morales, 1999); o bien como un proceso que se inicia tempranamente y que se combina a lo largo de la vida adulta con procesos de maduración y desarrollo (Buendía, 1994). Una definición que podría hacer coincidir a autores de diversos campos, a pesar de ser considerablemente genérica, es la que define el envejecimiento individual como "un proceso de cambio que las personas experimentamos especialmente durante la segunda mitad de nuestro ciclo vital" (Triadó y Villar, 1997, p. 44). No obstante, aunque resulta extremadamente difícil obtener consenso acerca de qué es exactamente el envejecimiento, numerosos autores coinciden en que se trata de un proceso en el que están presentes una serie de cambios biopsicosociales (Baltes, 1987; Fernández-Ballesteros, 2009; Lehr, 2008).

Por otro lado, teniendo en cuenta la citada variabilidad existente en el envejecimiento, cabe preguntarse si tiene sentido establecer una edad concreta en la que la persona entra en la etapa de la vejez y se considera mayor. Actualmente, es habitual utilizar la jubilación como el límite que separa al adulto del mayor (IMSERSO, 2008), por lo que, teniendo en cuenta que la edad de jubilación más común en España son los 65 años (Fernández-Ballesteros, 2011a), suele considerarse dentro del grupo de personas mayores a todos los individuos que superan los 65 años. Sin embargo, parece poco adecuado emplear la jubilación como punto de

referencia que determina el pasar a formar parte del grupo de mayores, fundamentalmente por dos motivos (IMSERSO, 2008): el primero, por la connotación de inactividad y pasividad que posee el término jubilación, que contribuye a promover un estereotipo de los mayores que los identifica con agentes pasivos en la sociedad; y el segundo, por el hecho de que no todos los mayores de 65 están jubilados ni reciben una prestación, especialmente las mujeres amas de casa y los autónomos. Al mismo tiempo, algunos autores señalan que el amplio rango de edad existente en los mayores a consecuencia del incremento en la esperanza de vida aconsejaría modificar los marcadores sociales que determinan el acceso a la condición de mayor (Fernández-Ballesteros, 2011a). Por todo ello, y a pesar de que demográficamente puede resultar útil contar con un parámetro fácilmente medible a partir del cual poder clasificar a las personas como mayores, en línea con lo sugerido por otros autores (Arking, 1998), desde este trabajo se defiende que a menudo la edad cronológica no es el mejor parámetro para determinar el grado de actividad o funcionalidad de la persona y considerarla mayor.

Llegados a este punto, resulta conveniente realizar una serie de aclaraciones sobre los términos más comúnmente empleados cuando se hace referencia a una persona mayor de 65 años y al proceso de cambio que experimenta. En primer lugar, debe destacarse que, en otras lenguas como el inglés, el término para referirse al proceso de hacerse mayor en la edad adulta está relacionado con la variable edad (*ageing*) y no con el estado en el que se encuentra la persona. Por el contrario, nuestro idioma carece de un término similar y para hacer referencia a tal proceso se utiliza “envejecimiento” (proceso de hacerse viejo), término que cuenta con cierto sentido negativo al asociarse a un estado de decadencia de la persona, en lugar de al proceso de cambio que acompaña a la edad (Fernández-Ballesteros, 2011a). Ello ha hecho que, para hacer referencia a los mayores de 65 años, términos asociados y derivados como el de “vejez” o “viejo” hayan caído en desuso debido a la comentada connotación negativa que poseen. Como alternativa, hace unas décadas se extendió el uso del término “tercera edad” para hacer referencia a este colectivo, para pasar en la década de los 90 del siglo pasado a la denominación que hoy en día continúa siendo la más utilizada: “personas mayores” o “mayores” (Fernández-Ballesteros, 2011a). No obstante, en Latinoamérica es más frecuente utilizar el término “adulto mayor”. Por todo ello, y teniendo en cuenta que resulta complejo escoger un término que represente adecuadamente a este grupo tan heterogéneo, a lo largo de este trabajo se empleará fundamentalmente “mayores” o “personas mayores”.

1.3. Institucionalización

Los cada vez más acusados cambios en el ámbito laboral, familiar y social están provocando una modificación de la estructura familiar que repercute en una diferente organización del sistema de cuidado de los mayores. Esto favorece que cada vez sea mayor el número de mayores institucionalizados en residencias. En concreto, en tan sólo 10 años, la proporción de mayores institucionalizados en España ha pasado del 1.2% a constituir el 3.3% del total de mayores de 65 (INE, 2004, 2013). Así, teniendo en cuenta que la franja de edad más frecuente entre los mayores institucionalizados es la que se sitúa entre los 80 y los 89 años (INE, 2013) y que en la actualidad se asiste a un fenómeno conocido como el

“envejecimiento del envejecimiento” (en el que a consecuencia de una mayor esperanza de vida, el número de mayores de 80 años se ha incrementado notablemente), todo apunta a que el número de mayores institucionalizados continuará con esta tendencia ascendente en los próximos años.

Esta previsión acerca del incremento de la institucionalización en el futuro se ve potenciada por una serie de factores y tendencias que inciden sobre el debilitamiento de la red informal de apoyo de los mayores, haciendo si cabe más necesario el contar con instituciones especializadas para mayores (Rodríguez, 2011). Entre dichos factores destacan algunos como el aumento de personas que viven solas, el cada vez más frecuente alejamiento de los lugares de origen debido al mercado laboral globalizado, el incremento de personas con pocos hijos o sin descendencia, etc. Así, este cada vez más numeroso colectivo de mayores institucionalizados debe ser tenido progresivamente más en cuenta, ahondando en el conocimiento de todos los aspectos que sobre él inciden.

Cuando se habla de mayores institucionalizados debe reseñarse que es un grupo que, aunque relativamente heterogéneo, por lo general presenta una serie de características diferenciales. En este sentido, se ha constatado que los mayores institucionalizados poseen una edad más avanzada, un mayor grado de deterioro cognitivo y una salud mental más deteriorada que los mayores que residen en su propio domicilio (Lobo, Ventura, y Marco, 1990; Rabins y cols., 1996). En otras palabras, puede decirse que son un grupo con un mayor grado de dependencia. En cuanto al perfil típico del mayor residente en residencias en nuestro país, se ha constatado que dos tercios de los mayores institucionalizados son mujeres, que poseen una edad media de 82 años (con una edad promedio de incorporación al centro de 77 años para los hombres y de 82 para las mujeres) y que cuentan con un 65% de probabilidad de estar en situación de dependencia o de tener algún tipo de discapacidad (IMSERSO, 2009).

Dentro de los recursos que ofrecen los Servicios Sociales en España, las residencias públicas constituyen el alojamiento colectivo más utilizado entre los mayores que no disfrutan de la posibilidad de vivir de forma autónoma en su propio hogar (IMSERSO, 2000). Debe destacarse que la demanda de plazas en estos centros residenciales públicos (gratuitos a cambio de aportar el residente gran parte de la pensión mensual de jubilación) es bastante superior a la oferta, de manera que para obtener una plaza se valoran numerosas circunstancias de la persona (económicas, de salud, familiares, ambientales, etc.). Por lo general, la mayor parte de los mayores con dificultades para desarrollar una vida autónoma en su domicilio muestran una clara preferencia por seguir viviendo en su entorno de siempre (donde cuentan con una mayor facilidad para tomar las riendas de los procesos y eventos de su propia vida), sin embargo, ante los condicionantes familiares, sociales y económicos, habitualmente acaban optando por ingresar en una institución (IMSERSO, 2006), ya sea pública o privada. Esta decisión, que no siempre tiene lugar de forma voluntaria (a veces el deterioro cognitivo lo imposibilita), suele suponer un gran cambio en la vida del mayor, quien debe hacer frente a una situación completamente nueva en numerosos aspectos.

Algunos autores defienden que la experiencia de la institucionalización puede llegar a tener una serie de consecuencias negativas para los mayores, al romper con el espacio físico de la propiedad en la que residían hasta el momento (San Juan, 2000) o sobre todo al

producirse una ruptura con las redes sociales habituales (Fernández-Ballesteros y Corraliza, 2000). Sin embargo, otros autores han comprobado que mayoritariamente los mayores que ingresan en una residencia no ven afectada su experiencia vital, sino todo lo contrario. En este sentido, algunos trabajos han constatado que los residentes institucionalizados que ven incrementadas sus relaciones sociales al comenzar a vivir en la residencia constituyen una proporción mayor que aquellos que experimentan un descenso en las mismas (Lázaro y Gil, 2004, abril).

Así, a pesar de las dificultades de adaptación que pueden surgir inicialmente y de las limitaciones que impone la vida en un centro con unas normas comunitarias (decremento de la privacidad, establecimiento de horarios, etc.), estas instituciones constituyen un servicio de enorme importancia para cubrir las necesidades de los mayores, especialmente de los de más edad y menor grado de autonomía. Ya sea por motivos de soledad, falta de un soporte familiar adecuado, situaciones de dependencia que imposibilitan una vida autónoma o por la convicción del mayor de que vivir allí es lo más adecuado, las personas que viven en ellas han de tener la posibilidad de desarrollar una vida lo más plena y satisfactoria posible.

1.4. Principales enfoques teóricos en el estudio del envejecimiento

Para intentar explicar cómo y por qué envejecemos los seres humanos, a lo largo de la historia se han ido proponiendo diversas explicaciones a este fenómeno vital que han desembocado en la elaboración de numerosas teorías explicativas de naturaleza diversa. A pesar de esta diversidad, siguiendo a Triadó y Villar (1997), estas teorías podrían llegar a agruparse en dos grandes enfoques: el que lo entiende exclusivamente como un proceso de pérdida y el que defiende la existencia tanto de déficits como de mejoras en el funcionamiento individual.

1.4.1. Envejecimiento como pérdida: enfoque biológico

El enfoque biológico es aquel que considera los cambios acaecidos a lo largo del envejecimiento exclusivamente como pérdidas (Triadó y Villar, 1997). Desde esta perspectiva, el envejecimiento se caracterizaría por ser un proceso universal, progresivo, irreversible y degenerativo (Strehler, 1962). Así, el proceso de envejecimiento implicaría un declive progresivo que culminaría en la muerte, quedando representada la trayectoria vital del individuo a través de una forma de “U” invertida en la que se distinguen tres fases bastante diferenciadas (Guillèron, 1980; Labouvie-Vief, 1982). La primera, que se extiende desde el nacimiento hasta después de la adolescencia, caracterizada por crecimiento y ganancias en todas las estructuras y funciones del individuo. La segunda, cuyo inicio y final son relativamente variables, en la que estructuras y funciones mantienen un nivel relativamente estable. Y una última fase, que se extiende desde las últimas décadas de la vida hasta la muerte, caracterizada por un declive general y por la acumulación de pérdidas y limitaciones en las estructuras y funciones del organismo.

Las numerosas teorías surgidas desde este enfoque han sido las primeras en ocuparse del estudio del envejecimiento, atribuyéndolo generalmente al deterioro

sufrido en los tejidos y células corporales, originado por la acción de una serie de agentes y sustancias. Así, los científicos que trabajan desde esta perspectiva del envejecimiento se interesan fundamentalmente por comprender los mecanismos que hacen que envejezca nuestro organismo, explorando, entre otros, la influencia de genes, proteínas o procesos de oxidación celular (Belsky, 1996). Con frecuencia, las teorías de este enfoque se han subdividido en dos grandes bloques (Goldstein y Reichel, 1981): a) las estocásticas, que defienden que el envejecimiento se produce como consecuencia de la acumulación aleatoria de una serie de alteraciones orgánicas; y b) las no estocásticas, que consideran que el envejecimiento es un proceso programado y controlado genéticamente.

Tradicionalmente, este enfoque ha sido el dominante en el estudio del envejecimiento, ya no sólo desde las ciencias biomédicas, sino también desde la Psicología (Triadó y Villar, 1997).

1.4.2. Envejecimiento como pérdida y como ganancia: enfoque del ciclo vital

El envejecimiento, con independencia de la edad en la que muestre sus signos más visibles, constituye un proceso evolutivo fundamental en el ser humano. Parecería lógico pensar, entonces, que este fenómeno haya sido ampliamente estudiado desde los inicios de la Psicología Evolutiva (la cual se encarga del estudio de los cambios conductuales y psicológicos que se producen a lo largo de la vida), sin embargo, esto no ha sido así hasta hace unas décadas (Villar, 2005).

Entender el envejecimiento y la vejez exclusivamente desde la pérdida de capacidades (como es habitual en el enfoque biológico) supone afrontar su análisis desde una perspectiva de enfermedad, en la que el deterioro biológico y funcional de la persona oculta el resto de cambios y características experimentados por el mayor en otras áreas. Frente a dicha visión excesivamente reduccionista, a finales de los años 70 del siglo pasado, una serie de autores europeos (como Baltes y Thomae) y norteamericanos (como Schaie y Nesselroade), se opusieron a concebir los aspectos psicológicos del envejecimiento únicamente desde una visión de declive y pérdida, planteando una nueva forma de estudiar el envejecimiento (Triadó y Villar, 1997). Este enfoque teórico, cuya principal figura de referencia fue Paul Baltes, recibe el nombre de perspectiva del ciclo vital (*life span approach*) (Baltes, 1979, 1987) y se centra en cómo las características individuales van cambiando y se van adaptando a lo largo de toda la vida, incluyendo las últimas décadas de la vida adulta. Por tanto, esta visión unificadora plantea la integración de todas las etapas evolutivas del ser humano dentro de la Psicología Evolutiva, compartiendo un mismo esquema explicativo y sin conceder más importancia a unas edades que a otras (Filipp y Olbrich, 1986).

El concepto de desarrollo se entiende desde esta perspectiva como un proceso de carácter multidimensional y variable, que implica tanto ganancias como pérdidas y que está condicionado por una amplia variedad de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales (Baltes, 1987). Resulta de gran importancia la consideración de todos estos factores, ya que las limitaciones físicas y funcionales que habitualmente acompañan al mayor en el terreno biológico a menudo contrastan con un óptimo funcionamiento en la

esfera psicológica y social. De hecho, es precisamente en el área psicosocial donde la capacidad de adaptación del mayor a los condicionantes del envejecimiento ofrece mayores posibilidades y oportunidades. Así, dentro del proceso de envejecimiento, la persona es concebida como un agente activo que cuenta con capacidad para adaptarse y, hasta cierto punto, compensar pérdidas que dificultan su funcionamiento vital (Kiegl, Smith, y Baltes, 1989).

Parte de los representantes de la perspectiva del ciclo vital han optado por centrarse en el estudio de los condicionantes que permiten envejecer de una forma óptima o exitosa (Baltes, 1993). De forma más específica, los individuos que envejecen exitosamente llevarían a cabo una serie de estrategias a lo largo de su vida que resultan de especial importancia una vez que se incrementan las pérdidas o las amenazas de pérdidas asociadas al proceso de envejecimiento (Triadó, 2001). Las tres estrategias más relevantes serían (Schultz y Heckhausen, 1996): 1) Selección, que consiste en centrarse en uno o en pocos dominios del funcionamiento individual con el fin de continuar funcionando de forma óptima en él o en ellos a costa de reducir el número de dominios en los que la persona se implica. 2) Optimización, que consiste en mejorar el desempeño en los dominios escogidos, gracias a una capacidad de aprendizaje que se mantiene con los años. 3) Compensación, que consiste en contrarrestar las posibles pérdidas en determinadas funciones con otras capacidades que se mantienen intactas o que se han potenciado con la edad o con la tecnología. A partir de la utilización y la combinación de estas tres estrategias, la persona es capaz de lograr mejorar su funcionamiento en algunas áreas, mantener el nivel de desempeño que poseía en otras y reorganizar o readaptar su funcionamiento en áreas en las que se ve limitado (Villar, 2005).

Ha de destacarse que este enfoque constituye uno de los enfoques teóricos del envejecimiento más importantes en la actualidad, generando una gran cantidad de investigación en dicho campo (Triadó y Villar, 2006). Puede decirse que, más que una teoría formal, esta perspectiva constituye una prescripción a tener una visión más amplia y más plural acerca del funcionamiento psicológico en la última etapa de la vida (Belsky, 1996).

En definitiva, la irrupción del enfoque del ciclo vital ha posibilitado un desplazamiento de la investigación sobre el envejecimiento a posiciones más optimistas, donde se potencia el estudio de los recursos adaptativos del mayor, la capacidad de compensación de ciertos déficits asociados a la edad y el análisis de la existencia de ganancias en áreas concretas del funcionamiento del individuo (Triadó y Villar, 2006).

Tras realizar este breve repaso a los enfoques teóricos más relevantes en el campo del envejecimiento, parece claro que ningún acercamiento teórico que trate de aproximarse al proceso del envejecimiento desde una perspectiva única logrará comprender el fenómeno en su totalidad. De hecho, algunos autores coinciden en señalar que en este campo de estudio, prolífico en investigación a la par que teóricamente escaso (Birren y Birren, 1990), existe una gran disparidad de planteamientos y una escasa comunicación entre las diferentes perspectivas (Birren y Bengtson, 1988). Ello hace patente la necesidad de un trabajo interdisciplinar (Birren, 1999), para que en el estudio del envejecimiento sean considerados

todos los factores, ya sean internos o ambientales, que inciden sobre las personas que se encuentran en la última fase de este proceso vital.

Por último, debe reseñarse que, desde el presente trabajo de tesis doctoral, se ha optado por adoptar una concepción del envejecimiento que lo entiende como un proceso de cambio y adaptación en el que no sólo se presentan pérdidas o déficits asociados a la edad en ciertas áreas, sino también ganancias en otras. Así, dado que este trabajo se centra en analizar el rol que las capacidades o recursos emocionales desempeñan en la promoción de la calidad de vida de los mayores, parece adecuado considerar el envejecimiento desde la perspectiva del ciclo vital.

1.5. Hacia un proceso de envejecimiento exitoso

Dada la actual situación demográfica y las previsiones poblacionales a nivel mundial, los organismos internacionales han tomado conciencia de la imperiosa necesidad de llevar a cabo un cambio en el tipo de iniciativas a desarrollar en la atención a las personas mayores (Bermejo, 2006). Así, en los últimos años, quizás gracias a la aceptación y difusión de los principios del enfoque del ciclo vital, en la Psicología del Envejecimiento se viene produciendo un cambio en la manera de entender el proceso por el que nos hacemos mayores (Triadó, 2001). De forma más concreta, y como se ha comentado con anterioridad, algunos autores enmarcados en la perspectiva del ciclo vital se han focalizado recientemente en el estudio de una serie de condicionantes y factores que permiten a la persona envejecer exitosamente.

Llegados a este punto cabría preguntarse qué es lo que distingue al envejecimiento exitoso de otros tipos de envejecimiento. Raphael (1996) sostiene que mientras que el envejecimiento normal hace referencia al proceso de envejecimiento promedio de una sociedad concreta, el envejecimiento óptimo o exitoso ocurre mediante un proceso de desarrollo mejorado y bajo unas condiciones ambientales agradables para la persona. Lógicamente, en el otro extremo se encontraría el llamado envejecimiento patológico, que se caracteriza por estar unido a diversas enfermedades y etiologías médicas (Raphael, 1996). Ha de reseñarse que la investigación previa apoya la distinción entre envejecimiento normal, óptimo y patológico (Rowe y Kahn, 1987; Whithbourne, 1985), lo que hace que cada vez sea mayor el interés por explorar sistemáticamente los aspectos positivos asociados al envejecimiento (Fernández-Ballesteros, 2009).

Según Rowe y Kahn (1987), para poder decir que una persona envejece de manera óptima o exitosa han de cumplirse tres criterios objetivos: 1) baja probabilidad de padecer enfermedad y discapacidad asociada (es decir, presencia de salud física), 2) alta capacidad funcional física y psicológica (es decir, capacidad para realizar las actividades básicas de autocuidado de forma autónoma) y 3) participación social elevada. No obstante, también se han propuesto otros criterios clave para un envejecimiento exitoso, entre los que se encuentran la satisfacción con la vida (Lehr, 1982) o la productividad social de la persona (Siegrist, Knesebeck, y Pollack, 2004).

Sean cuales sean los elementos específicos que permiten hablar de envejecimiento exitoso, lo que parece claro es que una visión del envejecimiento orientada a la mejora y a la búsqueda del potencial individual (Baltes y Baltes, 1990), que enfatiza la capacidad de plasticidad o adaptación del mayor (Baltes, Lindenberger y Staudinger, 1998), puede resultar fundamental para lograr que esta etapa vital se desarrolle de forma agradable y plena.

Esta manera de entender el envejecimiento en la que la persona adquiere un papel activo puede resultar especialmente beneficiosa para los mayores que viven en residencias, quienes, como se ha comentado, suelen presentar mayores limitaciones en su vida. Es más, considerando que la persona mayor promedio es capaz de mejorar su capacidad para aprender nuevos contenidos (Baltes, 1987; Rybash, Hoyer, y Rodin, 1986) y para funcionar de forma más autónoma (Baltes y Wahl, 1987), ello puede abrir la puerta al desarrollo de intervenciones que optimicen la forma de envejecer de los mayores, estén institucionalizados o no.

Por último, y en línea con esta visión positiva del envejecimiento, ha de subrayarse que desde el presente trabajo se pretende contribuir, si no a la mejora, al menos sí al incremento del conocimiento de los factores que inciden sobre la calidad de vida de un colectivo tan relevante y dispar como son los mayores institucionalizados.

2. Calidad de vida

2.1. Importancia y desarrollo histórico de la calidad de vida

Los datos demográficos presentados en el capítulo anterior muestran un considerable incremento de la longevidad, de hecho, la esperanza de vida media de hombres y mujeres en España se sitúa actualmente en 82.8 años (INE, 2014), lo que supone 3 años de vida más que hace tan sólo una década. De esta manera, gracias fundamentalmente a los avances sanitarios y sociales, los mayores tienen en la actualidad la posibilidad de tener una vida larga. Es por ello que, una vez consolidados los avances que han permitido esta mayor esperanza de vida, el objetivo principal, tanto de los gobiernos y entidades como de los individuos, radica en vivir esos años de una manera digna y con la suficiente calidad. Este objetivo se sintetiza perfectamente en la conocida frase de que, en el envejecimiento, los esfuerzos han de centrarse en añadir vida a los años, más que años a la vida (Clark, 1995). Uno de los principales retos de las sociedades avanzadas ha de ser el de atender, potenciar y mantener la calidad de vida de un sector tan relevante y creciente de la población como son los mayores (Nieto, Abad, y Torres, 1998). Por ello, tal y como señala Reig (2000), el propósito fundamental de la Gerontología es el de estudiar y mejorar los comportamientos y las condiciones de vida que facilitan el disfrutar de una calidad de vida razonable.

El término calidad de vida es ampliamente utilizado en diversos ámbitos como el económico, el social, el médico, el psicosocial e incluso en el lenguaje común de las personas y cuando se emplea parece claro que todo el mundo conoce lo que éste quiere decir. De hecho, suele estar presente, ocupando un lugar central, en los objetivos vitales de la mayoría de personas. Sin embargo, como se verá más adelante, lograr una definición científica, consensuada y que recoja todos los elementos que lo integran, es algo mucho más complejo.

Todas las sociedades a lo largo de la historia, desde la antigua Grecia hasta la sociedad actual, se han interesado de un modo u otro por los elementos que nos llevan a experimentar una vida de calidad, tratando de perseguir la “buena vida” (Reinders, 2002). Así, infinidad de pensadores han puesto su foco de atención en conceptos estrechamente vinculados a la calidad de vida, como son la felicidad, la satisfacción con la vida, el bienestar o la salud. Aunque más adelante en este capítulo se realizará una breve distinción entre estos términos relacionados y el de calidad de vida, ha de quedar claro que la calidad de vida supone un concepto más amplio, más reciente y dentro de cuyo significado pueden estar recogidos algunos de ellos.

A pesar de tratarse de un constructo de enorme importancia y utilización, llama la atención el hecho de que si se busca el origen del término calidad de vida tan sólo es necesario remontarse unos cuantos años atrás. Gómez-Vela y Sabeh (2000) realizan un recorrido histórico por la evolución que el concepto de calidad de vida ha ido experimentando desde su aparición hasta nuestros días. Estos autores señalan que el término surge inicialmente entre los años 50 y 60 del siglo XX, como un indicador de las condiciones ambientales y de bienestar de la vida en las ciudades, dada la necesidad de hallar medidas objetivas que fueran capaces de evaluar qué consecuencias estaba teniendo la industrialización en la vida de las personas. Así, la calidad de vida inició su expansión en un clima social y político que cuestionaba el

crecimiento económico como el único y más importante indicador de prosperidad y desarrollo de las sociedades (Fernández-Mayoralas y Rojo, 2005). No obstante, aunque la calidad de vida surge de la mano de los indicadores sociales de las poblaciones (p. e. renta, tasa de desempleo, etc.), el perfeccionamiento desde las ciencias sociales de estos indicadores hizo que entre los años 70 y 80 la calidad de vida se fuera desligando y diferenciando de los mismos (Gómez-Vela y Sabeh, 2000), momento en el que comienza a adquirir una naturaleza más integradora, considerando las diversas áreas de la vida de las personas. Es a lo largo de la década de los 80 cuando el término calidad de vida se consolida y comienza a difundirse ampliamente en los ámbitos académicos y metodológicos, originándose un verdadero interés en su estudio; interés que, sin embargo, en la actualidad aún no ha conseguido por completo unificar posturas ni en su definición ni en su evaluación (Gómez-Vela y Sabeh, 2000).

En cuanto al contexto del envejecimiento, que es del que se ocupa este trabajo, la calidad de vida surge de forma más tardía, aproximadamente hacia 1975, para hacer referencia a las circunstancias vitales de las personas mayores (Lasse y Lasse, 2001). En esta conceptualización inicial, se equiparó la calidad de vida fundamentalmente con las condiciones objetivas de la vida (bienestar objetivo). A partir de ese momento y de manera paulatina, comienzan a incrementarse el número de estudios que exploran la calidad de vida de las personas mayores, con la finalidad de alcanzar un mayor conocimiento y una mayor satisfacción de sus necesidades. Hoy en día, la importancia del conocimiento y la promoción de la calidad de vida de los mayores se encuentra fuera de toda duda, sobre todo si, como señala González-Celis (2010), se considera que los cambios físicos, psicológicos y sociales aparejados al envejecimiento señalan a los mayores como una población prioritaria a la hora de desarrollar estrategias que garanticen una vida digna.

En resumen, tras revisar brevemente su proceso de desarrollo, puede decirse que la calidad de vida ha evolucionado desde ser considerada exclusivamente un indicador del bienestar material de las poblaciones, hacia un constructo mucho más complejo que, al mismo tiempo, integra elementos ambientales, psicosociales y de salud de las personas (Noll, 2002).

2.2. Conceptualización y naturaleza de la calidad de vida

Si se persigue el objetivo de conceptualizar el término calidad de vida, puede resultar de ayuda realizar en primer lugar un análisis del significado de las palabras que lo componen. De esta forma, *calidad* haría referencia a criterios de excelencia o exquisitez relacionados con características humanas y con aspectos positivos como felicidad, éxito, salud, satisfacción o riqueza; mientras que *de vida* indicaría que el concepto es relativo a aspectos fundamentales de la existencia humana o a la misma existencia (Lindstrom, 1992). Sin embargo, dicho análisis no parece suficiente para comprender el concepto por completo, siendo necesario profundizar aún más. Con ese propósito, la calidad de vida ha sido concebida de maneras muy diversas a lo largo de su historia, entendiéndola como un sentido interno de la persona (Taylor y Bodgan, 1996), como el resultado de la interacción persona-ambiente (Rapley, 2000) o incluso como un correlato de la personalidad (Edgerton, 1996).

Los expertos en este campo de estudio han propuesto numerosas definiciones del concepto, haciendo más hincapié en unos aspectos que en otros en función de la disciplina desde la que lo han abordado o del colectivo en el que se han focalizado. Coulter (1990, p. 61), enfatizando el aspecto subjetivo, lo define como “un sentimiento de satisfacción personal con la vida que es más que simple placer o felicidad y, sin embargo, menos que realización”. Desde una posición centrada en los componentes ambientales del concepto, Lawton (1991, p. 6) lo concibe como “la valoración multidimensional de criterios, tanto intrapersonales como socio-normativos, del sistema persona-ambiente de un individuo”; mientras que McDowel y Newel (1987, p. 205) sugieren que “la calidad de vida se relaciona tanto con las circunstancias materiales adecuadas, como con los sentimientos de la gente acerca de esas circunstancias”. Una definición más genérica es la aportada por Woodill, Renwick, Brown y Raphael (1994, p. 67), para quienes calidad de vida es “el grado en el que una persona disfruta de las importantes posibilidades de su propia vida, o cómo de buena es tu vida para ti”.

Frente al planteamiento de una simple definición, hay autores que señalan que puede resultar más útil clarificar la naturaleza del concepto sin llegar a definirlo (Schalock y Verdugo, 2003). Lógicamente, al tratarse de un concepto tan abstracto (Arnold, 1991), su conceptualización tampoco resulta sencilla, existiendo diversos aspectos sobre los que existe poco consenso entre los estudiosos del área, al tiempo que hay aspectos sobre los que parece haber un considerable grado de acuerdo. En este sentido, Raphael, Brown, Renwick y Rootman (1994) sostienen que la conceptualización de la calidad de vida ha de estar guiada por los siguientes principios: a) las dimensiones primarias de la calidad de vida han de ser las mismas para todos los individuos (sean personas mayores, jóvenes, con discapacidad, con enfermedad, etc.); b) la calidad de vida ha de considerar tanto a la persona en sí como al entorno en el que la persona vive; y c) la naturaleza de la calidad de vida ha de ser holística, considerando todos los aspectos de la vida de la persona (lo físico, psicológico, espiritual, social, etc.). En línea con esta idea, se ha señalado que hoy día la mayor parte de los investigadores que la estudian coinciden en que se trata de un concepto multidimensional que integra diversos aspectos de la persona (sociales, de salud, ambientales, etc.) y que comprende elementos tanto de naturaleza objetiva como subjetiva (Fernández-Ballesteros, 2011b).

Esta idea del componente objetivo y subjetivo es especialmente importante, ya que si se decidiese prescindir de las evaluaciones de carácter subjetivo que realizan las personas sobre sus condiciones vitales (como sucedía en los inicios de la calidad de vida), se estaría obteniendo una visión incompleta de la realidad (Fernández-Mayoralas y cols., 2007). De manera análoga, subjetivizar la calidad de vida (reducirla exclusivamente a las percepciones que tienen las personas acerca de la misma) constituye un error conceptual, ya que bastaría con cambiar las percepciones de las personas sobre sus condiciones de vida, en lugar de trabajar en la mejora de estas condiciones (Fernández-Ballesteros, 2004b). Es por esto que resulta fundamental que el concepto recoja tanto dimensiones subjetivas como objetivas de la vida de las personas.

Desde los inicios de la calidad de vida se han desarrollado ininidad de teorías y modelos que han surgido con el fin de describir, comprender y evaluar el constructo. Tras una revisión de la literatura especializada, Bowling (2004) distingue nueve principales modelos de estudio de la calidad de vida, cada uno de los cuales enfatiza unos aspectos concretos del concepto:

- Modelos basados en indicadores objetivos: tradicionalmente han incluido elementos como el nivel de vida, el estado de salud o la longevidad. Frecuentemente empleados en los países escandinavos, habitualmente se han evaluado empleando indicadores de riqueza, mortalidad y morbilidad.
- Modelos basados en indicadores subjetivos: incluyen indicadores tales como satisfacción con la vida, bienestar psicológico, moral, estima, realización personal y felicidad. Habitualmente se han evaluado a través de pruebas y escalas psicométricas estandarizadas.
- Modelos de satisfacción de necesidades humanas: están asociados a la célebre teoría de Abraham Maslow (1954) que recoge las necesidades del ser humano (fisiológicas, de seguridad, de afiliación, de reconocimiento y de autorrealización). Evaluados mediante indicadores de la satisfacción subjetiva del individuo con el grado de satisfacción de estas necesidades. Estos modelos son comunes en trabajos del área de la salud mental.
- Modelos psicológicos de variables que inciden o median en la calidad de vida: Se asocian con las expectativas y aspiraciones de la persona y generalmente incluyen elementos como crecimiento personal, competencia cognitiva, adaptabilidad, autonomía, autoeficacia o afrontamiento. Por lo general, la evaluación de estos aspectos ha estado escasamente desarrollada.
- Modelos de salud y funcionamiento personal: Frecuentemente evaluados mediante medidas del estado de salud general, escalas de depresión, escalas de funcionamiento físico (actividades diarias) y medidas acerca del grado de incapacidad y discapacidad del individuo.
- Modelos de salud social: medidos a través de indicadores que evalúan las redes sociales de la persona, el nivel de apoyo social, las actividades sociales y el grado de integración en la comunidad.
- Modelos basados en los recursos sociales: hacen referencia a la disponibilidad y la percepción de los recursos sociales, comunitarios y ambientales. Las medidas incluyen tanto indicadores objetivos (servicios educativos, niveles de empleo, climatología, etc.) como subjetivos (satisfacción con el lugar de residencia y sus comodidades, valoración de la seguridad ciudadana, etc.).
- Modelos ambientales enfocados en personas mayores: asociados al estudio del envejecimiento en el entorno en el que reside el mayor. Se centran en el estudio de las condiciones ambientales que promueven la independencia y la participación social de este grupo poblacional. Este tipo de modelos está recibiendo progresivamente más atención por parte de los organismos responsables de las políticas sociales.
- Modelos hermenéuticos: enfatizan las percepciones, valores e interpretaciones del individuo acerca de la satisfacción con sus circunstancias vitales. Su medida se realiza habitualmente a través de instrumentos cualitativos y entrevistas individuales.

Sin embargo, ha de reseñarse que hasta la fecha no existe una teoría ampliamente aceptada (ni instrumento de medida), por lo que la comunidad científica no ha logrado

establecer un marco teórico común en el área de la calidad de vida, lo que hace que en la actualidad prevalezca una aproximación pragmática al concepto (Bowling, 2004).

Considerando que numerosos expertos del área defienden que la calidad de vida está integrada por una serie de dimensiones, surge la pregunta de cuáles son esas dimensiones. En contraposición a la idea de algunos autores que no encuentran consenso entre los estudiosos del área (Rapley, 2003), Schalock y Verdugo (2003) señalan que sí existe un acuerdo general acerca de cuáles son las dimensiones constituyentes de la calidad de vida, dimensiones que fijan en ocho: 1) bienestar emocional, 2) relaciones interpersonales, 3) bienestar material, 4) desarrollo personal, 5) bienestar físico, 6) autodeterminación, 7) inclusión social, y 8) derechos. Dado su naturaleza abstracta, a la hora de evaluarlas, estas dimensiones se miden a través de una serie de indicadores consistentes en percepciones, comportamientos y condiciones de calidad de vida que permiten operativizarlas (Morisse, Vandemaele, Claes, Claes, y Vandeveld, 2013). Estas ocho dimensiones básicas han sido validadas y replicadas en una serie de estudios interculturales (Jenaro y cols., 2005; Schalock y cols., 2005; Wang, Schalock, Verdugo, y Jenaro, 2010) que apoyan la idea de que la calidad de vida constituye un concepto transcultural (Schalock y Verdugo, 2003).

Aunque anteriormente se ha señalado que puede resultar más provechoso explorar el concepto de calidad de vida y sus características sin aportar una definición del mismo, existe una definición ya clásica que pone de relieve las consideraciones conceptuales que acaban de señalarse. Así, para Cummins (1997, p. 6) la calidad de vida “constituye un constructo universal, definido tanto de manera objetiva como subjetiva, en el que los aspectos objetivos comprenderían medidas culturalmente relevantes de bienestar objetivo y los aspectos subjetivos comprenderían la satisfacción con las diferentes dimensiones ponderadas por su importancia para el individuo”.

Cummins (1997) también sostiene que son los propios individuos quienes valoran y conceden más peso a unas dimensiones que a otras, enfatizando la relevancia del aspecto subjetivo del concepto. Al mismo tiempo, son diversos los autores que defienden que resulta razonable que unos componentes puedan tener más peso que otros dependiendo del momento del ciclo vital en el que se encuentra el individuo (Elorriaga, García, Martínez, y Unamunzaga, 2000; Schalock y cols., 2010; Stark y Goldsbury, 1990). En este sentido, mientras que para las personas mayores la salud (que se ha perdido o que se teme perder) ostenta la máxima importancia a la hora de determinar su calidad de vida, para los jóvenes la salud cuenta con una importancia secundaria respecto a aspectos como las relaciones sociales o el trabajo (Ruiz y Bacca, 1993).

En definitiva, a fin de clarificar y resumir su naturaleza, puede entenderse la calidad de vida como un concepto complejo, abstracto, integrado por una serie de componentes (objetivos y subjetivos, individuales y comunitarios, positivos y negativos) que interactúan entre sí (Walker, 2005). Ello hace que, si se persigue el objetivo de estudiar la calidad de vida de manera veraz, ha de evitarse el análisis por separado de las dimensiones que la componen, ya que el propio concepto resulta de la interrelación de todas ellas.

Por ello, y considerando que aún es necesaria una mayor unificación de posturas en su estudio (Gómez-Vela y Sabeh, 2000), desde este trabajo se empleará un enfoque multidimensional y relativamente pragmático de la calidad de vida que considere sus componentes tanto objetivos como subjetivos, empleando para su evaluación un instrumento capaz de evaluar todas las dimensiones relevantes para el colectivo estudiado.

2.3. Diferenciación respecto a otros términos relacionados

Como acaba de verse, la calidad de vida de las personas se encuentra condicionada por una gran variedad de factores que ponen de relieve su naturaleza multidimensional. Es precisamente esta diversidad de aspectos constituyentes de la calidad de vida la que ha favorecido que con frecuencia haya sido estudiada de manera parcial y simplificada. Así, desde la esfera biomédica, ésta ha sido equiparada con el estado de salud general del individuo, utilizándose el popular término de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (Guyatt, Feeny, y Patrick, 1993). Por otro lado, desde el ámbito psicosocial, la calidad de vida se ha identificado con conceptos como la felicidad, el bienestar subjetivo o la satisfacción con la vida (Fernández-Ballesteros, 2011b). Por ello, resulta relevante hacer una breve distinción respecto a estos términos, la cual puede contribuir a no caer en una visión reduccionista de la calidad de vida (Fernández-Ballesteros, 2011b).

Las medidas de CVRS se han hecho enormemente populares, llegando a representar dos tercios de los trabajos científicos en el área de la calidad de vida (para una revisión ver Halvorsrud y Kalfoss, 2007). Fernández-Ballesteros (2011b) señala que la CVRS generalmente consiste en la evaluación subjetiva que la persona realiza de una serie de síntomas de ciertas patologías y de la repercusión que esos síntomas tienen en la capacidad funcional de la persona. Esta parcela funcional y de salud, aunque de gran importancia en la vida de la persona, constituye un componente más de la calidad de vida que no ha de tomarse como sinónimo de la misma, ya que deja fuera otros aspectos relevantes (condiciones materiales y ambientales, relaciones sociales, etc.). Por tanto, a pesar de la amplia difusión del término, ha de quedar claro que calidad de vida es un concepto más amplio que engloba al de CVRS.

De manera análoga, puesto que hacen referencia a otra parcela de la calidad de vida, tampoco resultan equivalentes términos desarrollados desde las ciencias sociales, como felicidad, satisfacción con la vida o bienestar. De hecho, estos tres términos están íntimamente relacionados entre sí. La felicidad constituye un concepto perseguido y estudiado desde los inicios de la humanidad, sin embargo, su definición y condicionantes han estado sometidos a una gran diversidad de criterios (McMahon, 2006), lo que ha hecho que no se haya adoptado una definición consensuada del mismo. Debido al carácter difuso y a las connotaciones filosóficas del término felicidad, desde la Psicología se ha ido dando paso a la utilización de términos más operativos como el de bienestar o el de satisfacción con la vida (Fierro, 2000).

En contraste con la felicidad, el término bienestar es mucho más preciso y menos controvertido (Vázquez y Hervás, 2009). Para comprender el concepto de bienestar, debe tenerse en cuenta que en la actualidad en Psicología coexisten dos tradiciones de estudio (Keyes, Shmotkin, y Ryff, 2002; Ryan y Deci, 2001): a) La tradición hedónica, con el concepto de

bienestar subjetivo (*subjective well-being*), que está integrado por dos componentes, el balance afectivo (diferencia entre las experiencias afectivas positivas experimentadas y las negativas) y la satisfacción con la vida (evaluación cognitiva global de la propia vida); y b) la tradición eudaimónica, con el concepto de bienestar psicológico (*psychological well-being*), que está relacionado con el estudio del potencial humano, el crecimiento personal y el desarrollo de las capacidades del individuo. Este último está constituido por seis dimensiones: autoaceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal (Ryff, 1989; Ryff y Keyes, 1995).

Veenhoven (1984) define el bienestar subjetivo como “el grado en que una persona juzga de modo general o global su vida en términos positivos, o, en otras palabras, en qué medida la persona está a gusto con la vida que lleva”. Comparando esta concepción teórica con la del bienestar psicológico, se pone de relieve que es el concepto de bienestar subjetivo el que presenta una mayor semejanza con lo que tradicionalmente entendemos por felicidad. De hecho, el componente de satisfacción con la vida (valoración global de la vida) propio del bienestar subjetivo resulta central en la mayor parte de las concepciones que estudian la calidad de vida como un concepto multidimensional.

En resumen, puede concluirse que la calidad de vida no resulta equivalente a términos como salud, bienestar, CVRS o felicidad. Sin embargo, éstos constituyen importantes elementos que de manera conjunta e interrelacionada (evaluados tanto objetiva como subjetivamente) dan lugar al concepto de calidad de vida, mucho más complejo que los anteriores.

2.4. Calidad de vida en personas mayores y factores que la promueven

A lo largo del proceso de envejecimiento se producen una serie de cambios y de pérdidas de carácter complejo que hacen que el mayor deba adaptarse cognitivamente, social y emocionalmente, dependiendo el éxito de esa adaptación tanto de las circunstancias, psicológicas, biológicas y sociales como de los recursos personales que posea el mayor (Velasco y Sinibaldi, 2001). De manera que si el mayor quiere disfrutar de una adecuada calidad de vida, deberá reorganizar su vida en función de las capacidades y limitaciones que posee, modificando sus objetivos vitales cuando sea necesario y aceptando que la vejez es una etapa con algunas particularidades en la que se puede vivir de manera satisfactoria si se decide adoptar un papel activo. Por todo ello, como señala Raphael (1996), la investigación en el área de la calidad de vida cuenta con un enorme potencial a la hora de optimizar el proceso de envejecimiento e incrementar el estado de salud de los mayores.

El estado de salud es una parcela vital de suma importancia para los mayores, llegando a determinar incluso otros componentes de la calidad de vida (Schalock y Verdugo, 2003), por este motivo, resulta fundamental que desde la Gerontología se estudien y se potencien aquellos factores tanto intrínsecos como extrínsecos capaces de contrarrestar las limitaciones funcionales y de salud en los mayores.

Así, uno de los factores extrínsecos que ha demostrado contar con enormes beneficios en la calidad de vida y la salud de los mayores es la realización de actividad física. De hecho, la práctica regular de actividad física constituye un importante componente de un estilo de vida saludable (Pate, Dowda, O'Neill, y Ward, 2007). Entre los beneficios que ésta reporta se encuentran la mejora de la función osteo-articular, músculo-esquelética, respiratoria, circulatoria, inmunológica y psico-neurológica, contribuyendo al mantenimiento e incluso a la mejora de la funcionalidad de las personas (American College of Sports Medicine y cols., 2009). A nivel psicológico, la actividad física se encuentra asociada en adultos a una mayor felicidad y satisfacción con la vida (Biddle, 2000), así como a mayores niveles de autoestima y autoconcepto (Fox, 2000). Específicamente en personas mayores, se ha constatado que la actividad física es capaz de reducir la ansiedad (Petruzzello, Landers, Hatfield, Kubitz, y Salazar, 1991) y mejorar el estado de ánimo (Arent, Landers, y Etnier, 2000), además, también se relaciona con menores síntomas depresivos (Strawbridge, Deleger, Roberts, y Kaplan, 2002). Todas estas relaciones muestran que la práctica de actividad física tiene un papel protagonista en la promoción de la calidad de vida de los mayores de 65.

Por otro lado, las características personales y el funcionamiento afectivo-emocional se han revelado vitales a la hora de determinar la calidad de vida de los mayores, más aun considerando que, por lo general, éstos se encuentran más limitados en la esfera física y funcional. De esta manera, entre los factores intrínsecos que inciden positivamente sobre la calidad de vida existe uno que ha mostrado contribuir de manera notable: el optimismo. De hecho son diversos los estudios que han encontrado que la tendencia general de los individuos a esperar resultados positivos en la vida se relaciona positivamente con variables de salud física y psicológica (Augusto-Landa, Pulido-Martos, y López-Zafra, 2011). Así, la revisión de estudios realizada por Carver, Scheier y Segerstrom (2010) muestra que el optimismo se relaciona con diversos aspectos constituyentes o asociados con la calidad de vida, como son el bienestar subjetivo, los estilos de afrontamiento adaptativos, los ingresos, la salud física o la habilidad para desenvolverse en las relaciones interpersonales. Además, a pesar de que sólo existe un trabajo que ha documentado la existencia de relación entre el optimismo y la calidad de vida en personas mayores (Bain y cols., 2003), es de esperar que esta variable sea capaz de contribuir de manera notable al disfrute y mantenimiento de una vida de calidad en mayores institucionalizados. Es por ello que en el presente trabajo se explorará su contribución a la calidad de vida de los mayores que residen en estas instituciones.

Otro factor de naturaleza intrínseca determinante en la vida de las personas, central en el presente trabajo, es la capacidad emocional. En concreto, la IE constituye una interacción adaptativa entre cognición y emoción que incluye la habilidad para percibir, asimilar, comprender y gestionar las emociones (Mayer y Salovey, 1997). Así, se ha constatado en diversos trabajos que la habilidad emocional de las personas es capaz de predecir la salud física, social y psicológica de los individuos (Martins, Ramalho, y Morin, 2010). De hecho, aunque relativamente escasos, existen algunos estudios que confirman la importancia de la IE a la hora de determinar variables relacionadas con la salud y la calidad de vida de los mayores. En esta línea, Márquez-González (2008) señala que desde la Gerontología se acepta que la experiencia y la gestión de emociones constituyen elementos clave para comprender y

fomentar la calidad de vida a lo largo del proceso de cambios que se producen en el envejecimiento.

En el campo del envejecimiento, la calidad de vida es considerada generalmente como el resultado de programas, políticas o servicios destinados a mayores, empleándose para describir poblaciones, entornos e individuos (Fernández-Ballesteros, 2011b), de ahí que el estudio de las variables que la determinan y la potencian sea de una importancia enorme para toda la sociedad. Por ello, el siguiente capítulo centrará su atención en el análisis de la IE, explorándose su naturaleza, sus conceptualizaciones teóricas, la forma de evaluarla, el rol que juega en la promoción de hábitos de vida saludables y en la calidad de vida, las particularidades del funcionamiento emocional de los mayores, así como en las posibilidades que genera de cara a la promoción de un envejecimiento satisfactorio.

3. Inteligencia emocional

3.1. Importancia de las emociones en la vida

El interés por el estudio de la emoción ha ido evolucionando paralelamente al papel concedido a las emociones en cada uno de los paradigmas teóricos dominantes en Psicología, de manera que no ha sido hasta hace muy poco, con el gran florecimiento de la Psicología de la Emoción, cuando ha pasado a constituir uno de los grandes temas de estudio de las ciencias del comportamiento (Fernández-Abascal y Jiménez, 2010). Fuera del ámbito científico también ha cambiado la concepción sobre ellas, ha de recordarse que hasta hace no mucho tiempo las emociones humanas eran valoradas como inadecuadas e incluso perjudiciales para la persona, lo realmente importante era estimular el aspecto cognitivo del individuo, siendo la razón la única encargada de guiar la conducta. De hecho, los aspectos socioemocionales fueron tradicionalmente apartados del terreno educativo y de aprendizaje hasta finales del siglo XX, considerándose completamente independientes de la razón y pertenecientes exclusivamente a la esfera privada de las personas (Fernández-Berrocal y Ruiz-Aranda, 2008). Por todo ello, hasta hace pocos años, las emociones han sido consideradas de escasa utilidad, algo más propio del mundo animal, de manera que lo adecuado era reprimirlas y evitar en lo posible su expresión en público.

Afortunadamente, la concepción racionalista extrema, en la que emoción y cognición eran considerados aspectos casi antagónicos que debían estudiarse separadamente, ha sido relegada en la actualidad (Mayer, Roberts, y Barsade, 2008). Hoy en día emoción y cognición son considerados dos procesos íntimamente interrelacionados y de vital importancia en el funcionamiento de las personas. También se conoce que el ser humano no constituye el único animal con capacidad para experimentar emociones, sino que existe una gran variedad de especies capaces de sentir emociones (con distintos niveles de complejidad, por supuesto) como el miedo, la alegría o la tristeza, con los que se comparten gran parte de las estructuras cerebrales responsables del funcionamiento emocional. Así, los expertos en el campo de las emociones coinciden en señalar que el proceso por el que el ser humano experimenta emociones es consecuencia de su desarrollo neurobiológico y evolutivo como especie (Izard, 2009).

Ha de quedar claro que, desde siempre, las emociones han estado presentes en todos los ámbitos de la vida de las personas: en el contexto familiar y social, en el ámbito laboral, en las relaciones de pareja, etc. Su influencia en la vida no es algo nuevo y aspectos tan universales, atemporales y relevantes como el amor, el placer o el poder están completamente cargados de contenido emocional. De hecho, esa es la razón por la que “apasionan” tanto a las personas. Podría decirse que las emociones inundan la existencia del ser humano, por lo que su importancia es enorme.

Si las emociones están y han estado tan presentes en nuestro día a día sería lógico preguntarse qué ha cambiado para que hasta hace bien poco no haya existido un verdadero interés por explorar su naturaleza, para qué sirven y cómo gestionarlas de manera eficaz. En este sentido, puede intuirse que lo que ha cambiado no es ni la experiencia emocional ni la función de las emociones, sino la relevancia y consideración que a través de la cultura han

adquirido éstas en la sociedad. De hecho, no ha sido hasta las décadas más recientes cuando se han producido estos grandes cambios en la manera de entender y analizar las emociones (Fernández-Abascal y Jiménez, 2000). Así, este cambio en la consideración de las emociones probablemente se haya producido, entre otros motivos, al tomar verdadera consciencia de su gran utilidad y de lo que determinan el funcionamiento vital del individuo.

Tras situar el foco de atención sobre el funcionamiento emocional de las personas surge la pregunta de para qué sirven: ¿cuál es su utilidad para el ser humano? Scherer y Ellgring (2007) consideran que las emociones proporcionan información útil que ayuda a las personas a valorar eventos y objetos, a prepararse y a enfocarse hacia la acción, a autorregularse, a comunicar las reacciones e intenciones, así como a monitorizar el propio estado interno y la interacción entre el organismo y dicho estado interno. Así, analizando todas las utilidades que tienen, las funciones de las emociones podrían dividirse en tres categorías según Reeve (1994). La primera sería una función adaptativa, que tendría como objetivo favorecer la supervivencia del individuo (alertándolo para evitar situaciones de peligro, por ejemplo). La segunda sería una función social y haría referencia a la comunicación del propio estado de ánimo a los demás, facilitando o dificultando las interacciones con otras personas. Mientras que la tercera sería una función motivacional, encaminada a promover la realización de conductas.

De estas tres funciones, quizás las más relevantes hoy día (una vez asegurada la supervivencia) sean la segunda y la tercera. De hecho, la función motivacional resulta básica, ya que un amplio porcentaje de las decisiones que condicionan la vida del individuo son fruto de las emociones y sentimientos experimentados (la elección de una pareja, las amistades que se establecen, los productos y bienes que se adquieren, etc.). Por ejemplo, al reflexionar sobre la publicidad, puede constatarse que su principal finalidad es la de provocar emociones en las personas que tengan la capacidad de estimularlas a la realización de un determinado comportamiento. Ello da muestras de su gran capacidad movilizadora. Por otro lado, la función social también resulta fundamental, ya que al ser seres sociales, los individuos dependen en gran medida de la capacidad y la eficacia para interactuar con otras personas. En el caso de las personas mayores, esta función cobra si cabe mayor relevancia, debido al gran valor que se le concede al apoyo social y a los vínculos socio-afectivos con los más allegados (Schalock y Verdugo, 2003). Todos estos ejemplos dan muestras del enorme poder y relevancia de las emociones en el ser humano.

3.2. Emociones en los mayores: características y particularidades

Como se ha comentado con anterioridad, el proceso de envejecimiento va aparejado a numerosos cambios en el funcionamiento de los mayores (p. e. cambios físicos y cognitivos), por tanto, parece lógico pensar que en la esfera emocional también puedan producirse ciertas particularidades a medida que se envejece. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede generalmente en la esfera física de la persona, los cambios y características emocionales de los mayores no se reducen a experimentar una menor funcionalidad en dicha área. Así, numerosos estudios han hallado peculiaridades en el funcionamiento emocional de los mayores, donde no sólo existen deficiencias o dificultades, sino también fortalezas asociadas a

ciertos aspectos emocionales (Charles, 2011). Dicho de otro modo, en el funcionamiento emocional de los mayores se producen tanto pérdidas como ganancias asociadas a la edad.

Tras analizar los datos aportados por una revisión de estudios del campo de la Gerontología, puede concluirse que entre las principales características diferenciales del funcionamiento emocional de los mayores (en comparación con los más jóvenes) se encuentran las siguientes (Márquez, Izal, Montorio, y Pérez-Rojo, 2004): 1) menor reactividad cardíaca ante estímulos emocionales; 2) percepción de menor frecuencia e intensidad de las emociones negativas; 3) mayor relevancia de los estímulos emocionales en el procesamiento de información, donde la información emocional positiva se atiende más fácilmente y se recuerda mejor; 4) percepción más positiva de la propia madurez y estabilidad emocional, así como de la capacidad para controlar las emociones negativas; y 5) utilización de estrategias de regulación más centradas en prevenir o evitar situaciones emocionalmente desagradables que en modificar respuestas emocionales. De manera general, todas estas particularidades acerca del funcionamiento emocional de los mayores parecen situarse en línea con la hipótesis de la *madurez emocional* ligada al envejecimiento, que defiende que los mayores, gracias a la experiencia vital acumulada, cuentan con una mayor habilidad a la hora de controlar sus emociones y optimizar su experiencia emocional (Lawton, Kleban, Rajagopal, y Dean, 1992).

No obstante, algunos autores son algo más pesimistas y defienden que estas fortalezas son debidas a un mecanismo mediante el cual la menor complejidad cognitivo-emocional de la persona mayor (esquemas emocionales más básicos) es compensada por una mayor destreza a la hora de optimizar estados emocionales (Labouvie-Vief y Márquez, 2004). De hecho, como ya se ha comentado, también existen limitaciones en el funcionamiento emocional asociadas a la edad, hallándose también una flexibilidad fisiológica más reducida en los mayores que dificulta notablemente su adaptación a emociones que generan gran activación (Charles, 2011).

Sin embargo, a pesar de conocer cada vez más sobre el funcionamiento emocional de los mayores, éste constituye un campo de estudio muy reciente del que aún se desconoce bastante (Márquez y cols., 2004) y donde los hallazgos, a menudo inconsistentes, hacen necesario ahondar más en su conocimiento. Sobre todo teniendo en cuenta que la inmensa mayoría de estudios se han realizado en muestras norteamericanas (Márquez-González, 2008) y empleando autoinformes.

Es más, hablando específicamente de IE (no de experiencia emocional, ni de control emocional subjetivo, etc.), cuyo concepto se explorará a fondo en el siguiente epígrafe, los estudios con mayores son prácticamente inexistentes. Esto hace especialmente necesaria la aparición de trabajos que exploren tanto la existencia de particularidades en las capacidades cognitivo-emocionales de los mayores como los posibles beneficios que dichas capacidades emocionales pueden tener en la vida de los mayores.

3.3. Inteligencia emocional: recorrido histórico

Para entender adecuadamente el concepto de IE y sus implicaciones resulta necesario realizar primero un breve recorrido histórico por sus antecedentes y sus primeros años de

estudio. Son numerosos los autores que a lo largo de la historia han contribuido con sus ideas al desarrollo de la IE. Entre los antecedentes remotos de la IE destaca el concepto de *inteligencia social* desarrollado por Thorndike en 1920, mientras que entre los antecedentes más recientes es necesario mencionar los conceptos de inteligencia intrapersonal e interpersonal propuestos por Howard Gardner (1983) y enmarcados dentro de su planteamiento de las *inteligencias múltiples* (Pérez-González, Petrides, y Furnham, 2007). Otro concepto que puede ser considerado un antecedente lejano de la IE lo encontramos en la *inteligencia instintiva* (Binet y Simon, 1908), en concreto, este tipo de inteligencia hacía referencia a la utilización de los sentimientos de forma inteligente. Estas aportaciones, al igual que la IE ha logrado más adelante, han contribuido significativamente a la consideración de aspectos no cognitivos en el concepto de inteligencia, de ahí su importancia para esta área de la Psicología.

Antes de ser definido formalmente por Peter Salovey y John Mayer en 1990, el término IE aparece inicialmente en la literatura varias veces a lo largo del siglo XX (Greenspan, 1989; Leuner, 1966; Payne 1986), empleándose en diferentes áreas del conocimiento con una intención dispar. Sin embargo, estas publicaciones sin apenas trascendencia no contribuyeron a su desarrollo, aportando muy poco su significado. De manera que no fue hasta finales de siglo cuando, tras rescatar el término, Salovey y Mayer (1990) se encargaron de elaborar una definición del concepto y de desarrollar un modelo teórico para explicarlo, motivo por el que son considerados los padres científicos de la IE. Estos autores definieron la IE como “la capacidad para supervisar los sentimientos y emociones de uno mismo y de los demás, de discriminar entre ellos y de usar esta información para la orientación de la acción y el pensamiento propios” (Salovey y Mayer, 1990, p. 189). Ambos autores desarrollan el concepto oponiéndose a la tradicional y hasta entonces aún extendida idea occidental de que la emoción es una respuesta visceral y desorganizada que nubla o dificulta el razonamiento (Salovey y Mayer, 1990).

Inicialmente, la publicación de Salovey y Mayer permaneció casi inadvertida, popularizándose el término algo más tarde gracias al psicólogo y periodista Daniel Goleman. Así, en el best-seller titulado *Emotional Intelligence* (Goleman, 1995), el autor norteamericano adaptó y modificó la idea original de Salovey y Mayer, logrando hacer mundialmente conocido el término IE. A pesar de contribuir de forma clave en su divulgación, Goleman desvirtuó enormemente el concepto de IE, ofreciéndolo como receta casi infalible para obtener éxito en todas las áreas de la vida, predicciones que no han podido ser confirmadas (Mayer, 2006; Zeidner, Roberts, y Matthews, 2008). Tras esto, se inició una oleada de publicaciones divulgativas y de escaso valor científico (Cooper y Sawaf, 1997; Shapiro, 1997; Weisinger, 1997) que, apuntándose a la moda imperante, hicieron su particular interpretación del término. Rápidamente surgieron conceptualizaciones alternativas a la de Salovey y Mayer (1990), en las que diversos autores como Bar-On (1997, 2000) o Goleman (1998a, 2001) propusieron sus propios componentes e instrumentos de medida de la IE (Mestre, Comunian, y Comunian, 2007). Sin embargo, la mayor parte de los modelos teóricos desarrollados, algunos de los cuales veremos más a fondo en el siguiente epígrafe, se caracterizan por una falta de correspondencia entre su fundamentación teórica y la evidencia empírica obtenida (Pérez-González y cols., 2007).

Ya en las puertas del nuevo milenio, los padres de la IE, que también fueron pioneros a la hora de llevar a cabo los primeros estudios empíricos del área (Mayer, DiPaolo, y Salovey, 1990), se centraron fundamentalmente en dos objetivos: 1) distinguir su concepción teórica de otros modelos que bajo el mismo nombre estaban evaluando elementos diferentes y 2) en el desarrollo de instrumentos de evaluación fiables y válidos que fueran capaces de confirmar su modelo. Además, el florecimiento de la Psicología Positiva que se inició con el nuevo siglo, favoreció que se creara el caldo de cultivo necesario para la proliferación de estudios en los que se continuó desarrollando y perfeccionando el concepto de IE. De hecho, esta disciplina tan reciente se enfoca en el estudio de las fortalezas del ser humano y en la forma de potenciarlas (Seligman, Steen, Park, y Peterson, 2005), interesándose por las capacidades que permiten a las personas adaptarse al entorno (Sheldon y King, 2001), ocupando la capacidad emocional un lugar de relevancia.

En la actualidad, casi 25 años después de la formulación inicial de Salovey y Mayer (1990), se continúa trabajando en la mejora de la conceptualización de la IE, en el desarrollo de medidas más fiables y exhaustivas, así como en la generación de nuevos trabajos que confirmen la validez predictiva que la IE tiene en diversos ámbitos de la vida.

Llegados a este punto, y una vez revisados el surgimiento y los inicios de la IE, se explorarán las propuestas teóricas que más relevancia y difusión tienen en el campo de la IE.

3.4. Conceptualización de la IE y principales modelos teóricos

Aunque históricamente emoción y cognición se han estudiado por separado, esta concepción se encuentra casi olvidada en la actualidad (Mayer y cols., 2008), desarrollándose el concepto de IE gracias a la integración de ambos aspectos del funcionamiento individual (Fernández-Berrocal y Ramos, 2002). Actualmente es ampliamente aceptado que los pensamientos son capaces de influir en el estado emocional experimentado, al tiempo que las emociones son capaces de incidir sobre los procesos cognitivos (Mayer, Salovey, Caruso, y Cherkasskiy, 2011). De hecho, estudios en el área de la neurociencia han constatado que las emociones poseen una patente utilidad a la hora de guiar la toma de decisiones de las personas (Damasio, 2006).

El reconocimiento de emoción y pensamiento como procesos relacionados que se influyen mutuamente, unido a una consideración de la inteligencia progresivamente más flexible en la que no sólo se incluyen aspectos cognitivos, ha posibilitado el desarrollo del concepto de IE. Además, el surgimiento de la IE ha contribuido a que en la actualidad pueda existir una visión más amplia de lo que supone ser inteligente (Mayer, 1999).

Esta nueva modalidad de inteligencia, cuyos proponentes catalogan como un tipo de inteligencia social (Salovey y Mayer, 1990) que se pone en juego en aquellas situaciones que requieren el procesamiento de información emocional, ha sido abordada desde planteamientos teóricos muy diversos.

La clasificación más empleada a la hora de clasificar los modelos teóricos que estudian la IE es aquella que los dividen en *modelos de habilidad* y *modelos mixtos*. Los primeros conciben la IE como una serie de aptitudes o habilidades mentales mientras que los segundos la entienden como un conjunto de habilidades mentales combinadas con rasgos de comportamiento estables, competencias sociales y variables de personalidad (Mayer, Salovey, y Caruso, 2008). Estos modelos se diferencian fundamentalmente en la definición del concepto, en los componentes que consideran integran la IE y en los instrumentos que utilizan para evaluarla.

3.4.1. Modelos Mixtos

- *Modelo de Goleman (Boyatzis, Goleman, y Rhee, 2000; Goleman, 1998a; Goleman, 2001):*

En su primer libro, Goleman (1995) realiza una conceptualización del término mucho más amplia que la original de Salovey y Mayer (1990), entendiendo la IE como un conjunto de elementos estrechamente asociados a la personalidad (diferentes de la inteligencia tradicional) capaces de predecir el éxito profesional y académico (Goleman, 1998a). Así, en su *best-seller*, el autor defiende que la IE está constituida por cinco componentes: el conocimiento de las emociones propias; la gestión de las emociones; la capacidad de automotivarse; el reconocimiento de las emociones de los demás; y el manejo de las relaciones interpersonales (Goleman, 1995).

Su concepción de IE es tan amplia que tras su publicación inicial recibe infinidad de críticas. Algunos autores llegan a opinar incluso que Goleman recoge todas las características positivas de la persona que no forman parte del cociente intelectual (Saklofske, Austin, y Minski, 2003). Ante dichas críticas decide publicar un segundo libro (Goleman, 1998a) en el que elabora un modelo de IE que se centra en el terreno profesional. Goleman crea su modelo de competencias emocionales con la intención de predecir los resultados y la eficacia de los trabajadores en el ámbito organizacional (Goleman, 1998b), en el que identifica una serie de competencias clave presentes en los profesionales de éxito (Goleman, 2001). Su modelo ha ido experimentando nuevas modificaciones (Boyatzis y cols., 2000; Goleman, 2001) y en la actualidad presenta cuatro componentes o dimensiones subdivididos en 20 competencias emocionales: autoconciencia (que engloba la autoevaluación, la autoconfianza y la autoconciencia emocional), conciencia social (que incluye la empatía, la conciencia organizacional y la orientación al cliente), autorregulación (que recoge el autocontrol emocional, la formalidad, la responsabilidad, la flexibilidad, la iniciativa y la motivación hacia el logro) y regulación de relaciones sociales (que engloba la influencia, la comunicación, la gestión de conflictos, el desarrollo de los demás, el liderazgo, la construcción de alianzas, el trabajo en equipo y la catalización del cambio) (ver figura 1).

El instrumento que Goleman crea inicialmente para evaluar las competencias emocionales de su propuesta es el *Emotional Quotient Test* (EQ-test; Goleman, 1995), sin embargo, unos años más tarde, Goleman desarrolla una nueva prueba que es el *Emotional Competence Inventory* (ECI; Goleman, 1998a). El ECI surge para adaptarse a la modificación teórica realizada de su modelo (Goleman, 1998a), y mediante 110 ítems

evalúa cuatro dimensiones de la competencia emocional: autoconciencia, autogestión, conciencia social y gestión de las relaciones. Es una prueba exclusiva para el ámbito laboral que tiene dos formas: una autoinformada y otra basada en observaciones externas (evaluación 180º o 360º). Sus propiedades psicométricas son mejores que las de su antecesor, sin embargo, cuenta con el inconveniente de que ofrece un perfil social, emocional y de personalidad que va más allá del concepto original de IE (Mayer y cols., 2000).



Figura 1. Modelo reformulado de Goleman (Boyatzis, Goleman, y Rhee, 2000; Goleman, 2001).

Aunque la propuesta de Goleman es la más conocida (ha de recordarse el éxito en su difusión y las ambiciosas predicciones no confirmadas sobre la IE), presenta tres grandes problemas: 1) Se aplica exclusivamente al terreno organizacional, 2) no está claro que mida exclusivamente IE y 3) ofrece escasa información sobre sus propiedades psicométricas, lo que hace que en contextos científicos formales sea menos empleada.

- *Modelo de Bar-On (Bar-On, 1997; Bar-On, 2000):*

Esta propuesta, al estar incluida dentro de los modelos mixtos, también es más amplia en su concepción de la IE que la que propusieron Salovey y Mayer inicialmente (1990). El modelo de Bar-On (1997, 2000) surge a raíz de las sucesivas adaptaciones de una escala de bienestar mental que el autor elaboró para su tesis doctoral. A partir de ella se desarrollaron una serie de factores tanto emocionales como sociales que integran la IE. Así, conceptualiza el término como una serie de habilidades, competencias y destrezas no cognitivas que inciden en la capacidad para afrontar con éxito las presiones y demandas del ambiente (Bar-On, 1997). Su modelo teórico está compuesto por cinco dimensiones generales que se dividen en quince subdimensiones (ver figura 2): inteligencia intrapersonal (incluye la asertividad, la autoestima, la autorrealización, la

independencia y la autoconciencia emocional); inteligencia interpersonal (engloba la empatía, la responsabilidad social y las relaciones interpersonales); adaptación (incluye la flexibilidad, la solución de problemas y la prueba de realidad); gestión del estrés (incluyendo la tolerancia al estrés y el control de impulsos); y estado de ánimo general (englobando el optimismo y la felicidad).

A la propuesta de IE de Bar-On de 1997 se le critica el hecho de que incluye tanto capacidades mentales como otras características no cognitivas (p. e. optimismo, control de impulsos, etc.) (Mayer y cols., 2000). Ante ello, el autor apunta a que su intención no es medir exclusivamente la IE, por lo que lleva a cabo una reformulación de su modelo (Bar-On, 2000) en la que lo denomina modelo de competencia emocional-social. De esta forma, pasa a definir el concepto 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 defiende 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).

A la hora de evaluar IE, desde este modelo se desarrolla de forma inicial el *Bar-On Emotional Quotient Inventory* (EQ-i; Bar-On, 1997). El inventario original está constituido por 133 ítems que miden 5 factores socioemocionales: inteligencia intrapersonal, inteligencia interpersonal, adaptación, humor general y gestión del estrés. Existen también otras versiones del instrumento como una forma más corta del inventario, una en formato entrevista o una que permite realizar una evaluación 360°. Aunque sus autores defienden que el instrumento posee propiedades psicométricas adecuadas y que predice diversos aspectos del comportamiento, autores como Petrides y Furnham (2001) señalan que su estructura factorial no está bien establecida y que difícilmente se puede asegurar que la prueba mida inteligencia en lugar de personalidad.



Figura 2. Modelo de Bar-On (Bar-On, 1997, 2000).

A pesar de la reformulación realizada y de la nueva denominación del constructo evaluado (inteligencia emocional-social), atendiendo a ciertos componentes del modelo (como el optimismo) se comprueba que, tal y como señalan algunos autores (Matthews, Zeidner, y Roberts, 2002), la propuesta analiza características de personalidad suficientemente consolidadas en la literatura científica, alejándose de lo que es exclusivamente IE.

3.4.2. Modelo de Habilidad

- *Modelo de Mayer y Salovey (Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990):*

En su propuesta original, que fue vital para el surgimiento de la disciplina, Salovey y Mayer (1990) propusieron la IE como un concepto que enfatiza la idea de cómo los seres humanos utilizan sus emociones y sentimientos para resolver situaciones y adaptarse al medio que les rodea. Este modelo, cuya definición inicial ya ha sido repasada en el anterior epígrafe, comprendía en un primer momento tres habilidades emocionales: valoración (que hace referencia a la capacidad para percibir, identificar y expresar estados emocionales), regulación (se refiere a la capacidad de controlar y regular las emociones propias y ajenas) y uso de emociones (que se relaciona con la capacidad de utilizar las emociones para tomar decisiones y resolver problemas, permitiendo la adaptación al entorno).

El primer marco teórico de referencia en el estudio de las habilidades emocionales contaba, sin embargo, con algunas limitaciones. Así, dejaba fuera la habilidad para entender los estados emocionales y reflexionar sobre ellos y, por el contrario, concedía excesiva atención a los aspectos de percepción y expresión de emociones.

Por ello, ambos autores (Mayer y Salovey, 1997) deciden reformular su modelo dando un mayor peso a los aspectos cognitivos, de manera que completan la definición inicial del concepto incluyendo también la habilidad para reflexionar sobre los propios estados emocionales. Desde esta aproximación, conocida también como el modelo de las cuatro ramas, se define la IE como: “la habilidad para percibir, valorar y expresar emociones con exactitud; la habilidad para acceder y/o generar sentimientos que faciliten el pensamiento; la habilidad para comprender emociones y el conocimiento emocional; y la habilidad para regular las emociones promoviendo un crecimiento emocional e intelectual” (Mayer y Salovey, 1997, p. 10).

Así, el modelo está organizado siguiendo una estructura jerárquica, de manera que las habilidades emocionales superiores o complejas se construyen sobre la base de las inferiores o básicas (ver figura 3). Concretamente, desde esta propuesta pueden diferenciarse cuatro dimensiones o ramas que son revisadas en detalle a continuación.

1) Percepción, valoración y expresión de emociones con exactitud: constituye la base sobre la que se sustentan el resto de capacidades de IE (Mayer y Salovey, 1997), incluyendo a su vez las siguientes habilidades:

- Habilidad para atender, identificar y registrar mensajes emocionales propios y ajenos en cualquier estímulo portador de información emocional

(bien sea en expresiones faciales, conductas o estados corporales de personas o bien en otros elementos como objetos, sonidos, obras artísticas, etc.).

- Habilidad para expresar las emociones y sentimientos propios y ajenos de modo adecuado a través del lenguaje verbal y no verbal.
- Habilidad para reconocer las verdaderas emociones en los demás y para distinguir entre expresiones emocionales honestas y deshonestas o ficticias.

2) Uso de emociones para facilitar el pensamiento: hace referencia al modo en el que las emociones actúan sobre el razonamiento y el procesamiento de información. Esta habilidad permite generar sentimientos que faciliten procesos mentales como la memoria, el razonamiento, la toma de decisiones, la solución de problemas o la creatividad. Así, los diferentes estados emocionales pueden contribuir a redirigir la atención hacia estímulos relevantes, favorecer acercamientos específicos a los problemas, promover un razonamiento congruente con los estados de ánimo experimentados, facilitar la formación de juicios y recuerdos y/o fomentar la consideración de múltiples puntos de vista.

3) Comprensión de las emociones, el lenguaje emocional y las señales que transmiten las emociones: se refiere a la capacidad para comprender emociones y utilizar el conocimiento emocional e incluye:

- Habilidad para comprender la naturaleza e implicaciones de las emociones (cómo conducen unas a otras, cómo cambian a lo largo del tiempo, cómo afectan a las relaciones y cuáles son sus consecuencias).
- Habilidad para etiquetar emociones y conocer las relaciones entre las palabras y conceptos.
- Habilidad para comprender las emociones complejas y los sentimientos ambivalentes.
- Habilidad para reconocer las transiciones entre emociones.

4) Manejo de emociones para promover el crecimiento emocional e individual: hace referencia a la habilidad para considerar tanto los estados emocionales positivos como los negativos, reflexionar sobre ellos y regular su modo de expresión (en uno mismo y en los demás), moderando los sentimientos negativos e intensificando los positivos cuando es necesario. Comprende las habilidades emocionales de mayor complejidad, por ello está situado en la parte más alta de la jerarquía de habilidades de IE. Ha de puntualizarse que el manejo de emociones no debe confundirse con la represión de emociones en uno mismo o en otras personas, de hecho, generalmente, minimizar la expresión de emociones es algo que va en contra de la propia idea de lo que supone ser emocionalmente inteligente (Mayer, Salovey, y Caruso, 2000).

Desde esta propuesta teórica se han desarrollado numerosas medidas de IE (algunas de las cuales se emplearán en este trabajo de tesis doctoral), en el apartado siguiente se hará un breve repaso de las más relevantes.

Siempre que se pretenda aumentar el conocimiento sobre la IE y su capacidad predictiva en colectivos específicos, como es el caso del presente trabajo, es imprescindible realizar un posicionamiento teórico respecto al concepto estudiado, sobre todo considerando el escaso acuerdo existente entre los diferentes enfoques. De la opción escogida va a depender también la elección de un instrumento de medida u otro.

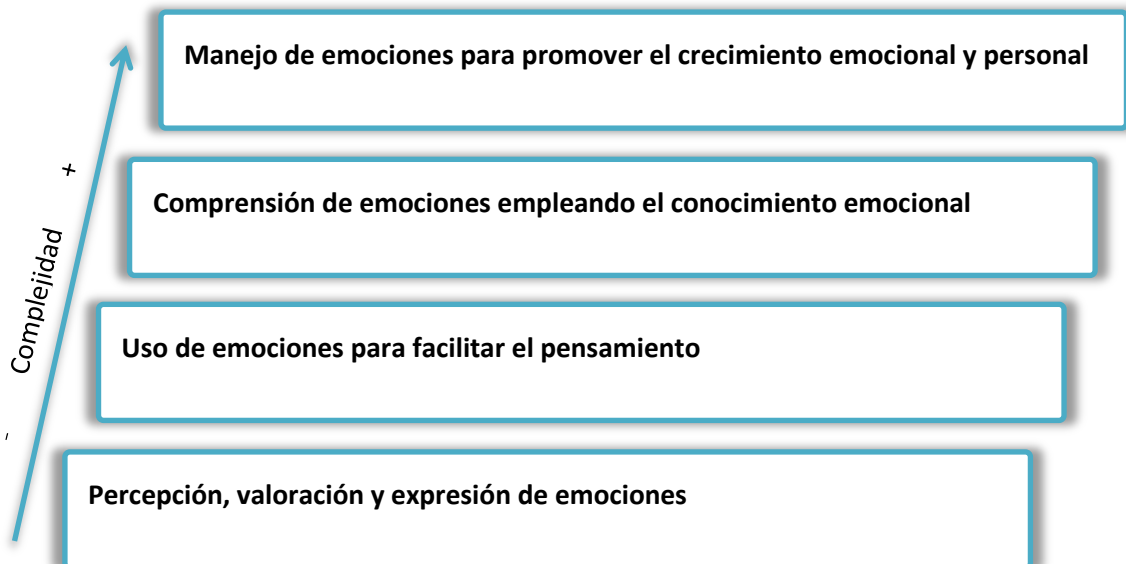


Figura 3. Modelo reformulado de Mayer y Salovey (1997).

Diversos autores defienden que el planteamiento de Mayer y Salovey se distingue especialmente de otras aproximaciones al concepto de IE por su robustez teórica (Ciarrochi, Chan, y Caputi, 2000; MacCann y Roberts, 2008; Mayer y cols., 2008), de hecho, es el modelo más aceptado y empleado por la comunidad científica especializada (Mayer y cols., 2008). Así, la prolífica investigación generada desde esta propuesta ha logrado proporcionar un notable apoyo empírico al denominado modelo de las cuatro ramas. Frente a los modelos mixtos que consideran conjuntamente aspectos sociales, emocionales y de personalidad, la concepción de la IE como un tipo de habilidad mental específica es la única que puede ser realmente etiquetada como IE (Roberts, MacCann, Matthews, y Zeidner, 2010). Por ello, desde este trabajo de tesis doctoral se ha optado por adoptar este posicionamiento teórico, ya que se considera que es fundamental evaluar exclusivamente el constructo que se pretende estudiar, la IE en este caso, separándolo de elementos que ya han sido previamente establecidos. Además, para los objetivos de este trabajo, resulta importante contar con un modelo cuya estructura haya sido estudiada y confirmada en diversos colectivos y poblaciones.

3.5. Medidas de IE desarrolladas desde el modelo de habilidad

A continuación se repasarán las características y las propiedades de los principales instrumentos de medida de la IE desarrollados desde el modelo de Mayer y Salovey (Mayer y

Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990). En primer lugar se revisarán las medidas de autoinforme, tradicionalmente mucho más empleadas, y posteriormente las medidas de habilidad o ejecución.

3.5.1. Medidas de autoinforme

La escala más difundida y utilizada en España desde el citado modelo de habilidad ha sido la *Spanish Modified Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24), que constituye una versión reducida de la *Trait Meta-Mood Scale-48* (TMMS-48; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey, y Palfai, 1995) adaptada y validada al castellano por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004). Es un autoinforme constituido por 24 ítems con una escala de tipo Likert de 5 puntos que proporciona una medida acerca del meta-conocimiento que tienen las personas acerca de sus estados emocionales; también denominada inteligencia emocional percibida (IEP; Salovey, Stroud, Woolery, y Epel, 2002). Esta escala fue creada y validada siguiendo la formulación original de los padres de la IE (Salovey y Mayer, 1990), es por ello que evalúa tres dimensiones de la IEP intrapersonal: atención emocional, claridad emocional y reparación emocional, aunque no ofrece puntuación global de IEP. En los estudios que emplean esta escala es frecuente hallar un perfil típico en el que las personas con mayor habilidad emocional percibida se caracterizan por obtener el siguiente patrón diferencial de puntuaciones en las tres dimensiones: puntuaciones de bajas a moderadas en atención emocional y puntuaciones altas en claridad y reparación emocional (Extremera y Fernández-Berrocal, 2005). Esta medida cuenta con unas adecuadas propiedades psicométricas y posee validez predictiva respecto a variables como depresión o satisfacción con la vida (Fernández-Berrocal y cols., 2004). Además, establece correlaciones moderadas con los rasgos de personalidad y no correlaciona con la inteligencia.

Otro autoinforme basado en esta propuesta teórica es el *Schutte Self Report Inventory* (SSRI; Schutte y cols., 1998), adaptado al castellano por Chico (1999). Está constituido por 33 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos y evalúa cuatro dimensiones de IEP tanto intra como interpersonal: percepción de emociones, manejo de las propias emociones, manejo de emociones ajenas y uso de emociones (si bien, el estudio original defendía la existencia de una única dimensión global que posteriores trabajos no han logrado confirmar).

Un autoinforme desarrollado con posterioridad y a partir del SSRI (Schutte y cols., 1998) es el *Modified Schutte EI Scale* (EIS; Austin, Saklofske, Huang, y McKenney; 2004), que constituido por 41 ítems con una escala de tipo Likert de 5 puntos, evalúa tres dimensiones de IEP: evaluación de las emociones, utilización de las emociones y regulación de emociones/optimismo. Su principal problema es la evaluación del optimismo, ya que se trata de un aspecto disposicional que forma parte de la personalidad, lo que lo distancia de la propuesta de Salovey y Mayer (1990).

Otro autoinforme desarrollado en base al modelo teórico de Mayer y Salovey (1990) es el *Wong and Law Emotional Intelligence Scale* (WLEIS; Wong y Law, 2002). Esta prueba, traducida al castellano por Fernández-Berrocal, Pérez, Repetto y Extremera (2004, abril), está constituida por 16 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 7 y

evalúa la IEP del individuo. Además de ofrecer una puntuación global de IEP, evalúa cuatro dimensiones: evaluación de las propias emociones, evaluación de las emociones de los demás, uso de las emociones y regulación de las emociones. En principio fue desarrollada para contextos organizacionales, sin embargo actualmente se utiliza con diversas poblaciones (p. e. estudiantes), presentando la ventaja de que evalúa aspectos intrapersonales e interpersonales y ofrece una medida global de la capacidad emocional percibida. Además de asociarse con la satisfacción con la vida y el rendimiento, ha mostrado correlaciones moderadas con los rasgos de personalidad, lo que confirma su distinción conceptual respecto a la misma (Law, Wong, y Song, 2004). Posee una estructura factorial robusta y una consistencia interna adecuada (Wong y Law, 2002).

Tras repasar las particularidades de los autoinformes recientemente citados, pueden identificarse una serie de condicionantes que restan precisión a la medida de la IE (Zeidner y cols., 2008). Por ejemplo, se les achaca que realizan una estimación de la IE de las personas (IEP) en lugar de evaluar la capacidad emocional “real”. Además, están expuestos a problemas de deseabilidad social, pudiendo fingir el sujeto respuestas para aparecer como más competente, o incluso podría suceder que la persona subestime el nivel de IE que posee en realidad, apareciendo como menos competente de lo que es (Brackett, Rivers, y Salovey, 2011). Todo ello genera desconfianza acerca del valor predictivo de este tipo de instrumentos (Brackett y Geher, 2006). A consecuencia de ello, Mayer y Salovey se han enfocado desde finales de siglo en el desarrollo de una medida más objetiva y fiable que se adapte a la conceptualización de la IE como una habilidad de procesamiento de información emocional. Es así como, tras años de investigación y perfeccionamiento, surgen las medidas de habilidad de IE.

3.5.2. Medidas de ejecución o habilidad

El *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test* (MSCEIT; Mayer, Salovey, y Caruso, 2002) surge a partir del perfeccionamiento de la primera medida de habilidad de IE creada, el Multifactor Emotional Intelligence Scale (MEIS; Mayer, Caruso, y Salovey, 1999), y se basa en la reformulación del modelo de habilidad realizada en 1997 (Mayer y Salovey, 1997). El MSCEIT, en su versión 2.0 mejora una serie de inconvenientes de sus antecesores, logrando reducir el número de ítems de la prueba a menos de la mitad que el MEIS y mejorando sus propiedades psicométricas. El MSCEIT 2.0 está constituido por 141 ítems de elección múltiple agrupados en 8 tareas en las que se evalúa la habilidad emocional del sujeto a través del desempeño en diversos problemas y ejercicios de tipo emocional. La prueba se encuentra adaptada al castellano por Extremera y Fernández-Berrocal (2009) y, además de ofrecer una puntuación global de IE, evalúa las cuatro ramas o dimensiones de la IE: percepción, facilitación, comprensión y manejo emocional. Su consistencia interna es adecuada tanto para las dimensiones como para la puntuación total (Extremera, Fernández-Berrocal, y Salovey, 2006; Mayer, Salovey, Caruso, y Sitarenios, 2003). Esta medida de habilidad o ejecución correlaciona de forma moderada con otros tipos de inteligencia (Brackett y Mayer, 2003) y establece correlaciones bajas con los rasgos de personalidad (Lopes, Salovey, y Strauss, 2003), confirmando su distinción respecto a aspectos de personalidad. Aunque aún requiere de más investigación que confirme su capacidad predictiva, el MSCEIT se ha asociado con

aspectos como las habilidades interpersonales o el bienestar psicológico y subjetivo (Extremera y cols., 2011; Lopes y cols., 2003).

Teniendo en cuenta que el MSCEIT es considerado el mejor instrumento existente para la evaluación de la capacidad emocional (Matthews, Zeidner, y Roberts, 2007), y a pesar de que algunos autores han criticado su eficacia para discriminar entre sujetos con elevada IE (Fiori y cols., 2014) y de que otros han señalado una serie de limitaciones de los autoinformes que desaconsejan su uso para evaluar IE (Brackett y Mayer, 2003; Mayer y cols., 2008; Zeidner y cols., 2008), desde este trabajo se entiende que lo ideal es emplear ambos tipos de medidas. En concreto, coincidiendo con aquellos autores que sugieren que ambos tipos de medidas evalúan aspectos diferentes del funcionamiento emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2009), podría resultar interesante conocer tanto el nivel de IE que las personas poseen realmente (empleando el MSCEIT) como la percepción que tienen acerca de su propia capacidad emocional o IEP (empleando un autoinforme). En resumen, desde este trabajo se pretende explorar la contribución tanto de la capacidad emocional como de la autoeficacia emocional en la vida de los mayores institucionalizados, para ello se emplearán ambos tipos de medidas, desarrolladas siempre bajo el modelo de habilidad (Mayer y Salovey, 1997; Salovey y Mayer, 1990).

3.6. Relaciones con variables de salud y calidad de vida

En la actualidad, gran parte de los esfuerzos en el campo de la IE están puestos en el análisis de la capacidad predictiva de la IE sobre diversos aspectos individuales y sociales del ser humano. Desde los primeros estudios realizados, se han ido acumulando evidencias acerca de los beneficios que una capacidad emocional adecuada posee en diferentes ámbitos de la vida de las personas. No en vano, las emociones han mostrado contar con un gran valor adaptativo en la vida (Cosmides y Tooby, 2000).

Desde este trabajo se pretende explorar la contribución de las capacidades emocionales, tanto las que se creen tener como las que se demuestran poseer, sobre la calidad de vida de las personas mayores. Sin embargo, como se ha comentado con anterioridad, a pesar de su naturaleza multidimensional, la calidad de vida ha sido tradicionalmente estudiada de manera parcial y simplificada, contemplando conceptos que a pesar de ser claves no llegan a definirla por completo. Es por ello que a continuación se repasarán las relaciones encontradas en trabajos previos entre la IE y diversas variables que resultan determinantes para la calidad de vida de las personas (satisfacción con la vida, bienestar, CVRS, etc.). En esta revisión de relaciones, se hará una distinción entre los estudios realizados con autoinformes (que evalúan IEP) y los que emplean medidas de ejecución o habilidad (evalúan IE de manera más objetiva).

3.6.1. Relaciones encontradas en trabajos con autoinformes de IE

El grado de satisfacción con la vida constituye un elemento de enorme importancia tanto para el concepto de bienestar subjetivo como para el de calidad de vida. En este sentido, son diversos los estudios que han hallado relaciones positivas entre la IEP y los niveles de satisfacción vital en adultos jóvenes y de mediana edad, en

su mayor parte estudiantes universitarios (Augusto, López-Zafra, Martínez de Antoñana, y Pulido, 2006; Austin, Saklofske, y Egan, 2005; Extremera y Fernández-Berrocal, 2005; Gohm y Clore, 2002; Martínez-Pons, 1997; Palmer, Donaldson, y Stough, 2002). Estos trabajos han puesto de relieve la importancia de la capacidad emocional percibida, especialmente de la percepción que se tiene sobre la habilidad para discriminar unas emociones de otras (dimensión claridad emocional de la escala TMMS), a la hora de sentirse más satisfecho con la propia vida.

Como se ha comentado con anterioridad, el bienestar es una variable relacionada y frecuentemente equiparada con la calidad de vida desde el campo psicosocial, especialmente con el bienestar subjetivo (Fernández-Ballesteros, 2011). En cuanto a la investigación previa, se han constatado asociaciones de signo positivo entre los niveles de IEP y los de bienestar subjetivo o felicidad tanto en trabajadores (Extremera, Durán y Rey, 2005) como en estudiantes (Koshla y Dokania, 2010), así como relaciones positivas entre la IEP y el bienestar psicológico tanto en muestras de trabajadores (Carmeli, Yitzhak-Halevy, y Weisberg, 2009) como de universitarios (Augusto, Pulido-Martos, y López-Zafra, 2010, 2011).

La salud psicológica o mental supone un aspecto vital de la calidad de vida, habiéndose encontrado asociaciones negativas entre la IEP y elementos característicos de una pobre salud mental como son la ansiedad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera, y Pizarro, 2006; Sánchez, Montañés, Latorre, y Fernández-Berrocal, 2006), la sintomatología depresiva (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, y Cabello, 2006; Fernández-Berrocal y cols., 2006; Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera, y Ramos, 2005; Fernández-Berrocal, Ramos, y Orozco, 2000; Goldenberg, Matheson, y Mantler, 2006; Latorre y Montañés, 2004; Sánchez y cols., 2006; Williams, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos-Díaz, y Joiner, 2004) y respuestas psicofisiológicas de estrés (concretamente niveles mayores de cortisol y presión sanguínea más elevada) (Salovey y cols, 2002). Así como relaciones positivas de la IEP con los niveles de autoestima de adolescentes (Fernández-Berrocal y cols., 2006) y de universitarios (Gohm y Clore, 2002).

La calidad de vida ha sido frecuentemente operativizada mediante el término CVRS, especialmente desde las ciencias biomédicas, existiendo algunos trabajos que exploran las relaciones y la capacidad predictiva de la IE sobre la CVRS. Así, se ha comprobado que la IEP (especialmente la capacidad percibida para regular las emociones y para discriminar entre ellas) ha sido capaz de predecir niveles más elevados de CVRS en estudiantes universitarios (Augusto-Landa y Montes-Berges, 2009; Extremera y Fernández-Berrocal, 2006), en mujeres de mediana edad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002) y, junto al optimismo, en pacientes alérgicos (García-León, Rodríguez, y López-Zafra, 2013). En esta línea, un estudio con pacientes diabéticos logró demostrar la eficacia de un programa de entrenamiento en IE a la hora de producir un incremento significativo en la CVRS experimentada por dichos pacientes (Yalcin, Karahan, Ozcelik, y Igde, 2008).

Aunque no forma parte de los componentes de la calidad de vida, el optimismo disposicional (disposición a esperar resultados positivos en la vida) es una variable que recientemente está generando mucha atención por su posible influencia sobre diversas enfermedades (García-León y cols., 2013) y sobre aspectos relativos a la salud y la calidad de vida (Kostka y Jachimowicz, 2010; Mosing, Zietsch, Shekar, Wright, y Martin, 2009). En el campo de la IE existen estudios en los que se ha confirmado la relación entre la IEP y el optimismo, hallándose relaciones positivas tanto en muestras de adolescentes (Extremera, Durán, y Rey, 2007) como de universitarios (Augusto y cols., 2011), asociación que tiene signo negativo en el caso del pesimismo.

En personas mayores, los estudios que han explorado el papel de la IE sobre variables de salud y calidad de vida son mucho más escasos, contabilizándose tan sólo unos pocos que, hasta ahora, sólo han sido realizados empleando autoinformes de IE. En concreto, se han constatado en mayores residentes en su propio hogar relaciones positivas entre la IEP y el nivel de práctica de actividad física (Queirós, Fernández-Berrocal, Extremera, y Queirós, 2006), así como relaciones negativas entre IEP y depresión (Lloyd, Malek-Ahmadi, Barclay, Fernandez, y Chartrand, 2012). Aunque escasos, estos resultados sugieren que el funcionamiento emocional de los mayores resulta de gran importancia para llevar una vida de calidad y adaptarse adecuadamente al entorno.

3.6.2. Relaciones encontradas en trabajos como medidas de habilidad o ejecución de IE

Dado que las medidas de ejecución son de aparición más reciente, los trabajos en los que se explora la capacidad predictiva de la IE y las relaciones establecidas con otras variables son menos numerosos.

En cuanto a las relaciones establecidas con el bienestar, un estudio realizado con participantes españoles encontró que la IE evaluada con el MSCEIT, una vez controlada la influencia de la personalidad, fue capaz de predecir los niveles de bienestar psicológico y de bienestar subjetivo de estudiantes universitarios (Extremera y cols., 2011). Estos hallazgos van en línea con los encontrados previamente en otros países, donde se constató una relación positiva entre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios y su nivel de IE (Brackett y Mayer, 2003; Brackett, Rivers, Shiffman, Lerner, y Salovey, 2006). Todos estos resultados confirman los hallados con autoinformes y sugieren que la capacidad emocional de las personas resulta relevante para vivir una vida de calidad, constituyendo, como defienden algunos autores (Extremera y cols., 2011), un factor capaz de proporcionar una mayor comprensión del potencial humano.

Respecto a las variables asociadas a la salud mental de las personas, los estudios realizados con medidas de ejecución también han confirmado el papel relevante de las habilidades emocionales. Así, se observó que la IE se relacionaba con una menor cantidad de síntomas depresivos en muestras no clínicas (Extremera y cols., 2006; Goldenberg y cols., 2006), con niveles menores de ansiedad social en pacientes con fobia social (Jacobs y cols., 2008) y con una menor cantidad de síntomas negativos y desorganizados en pacientes esquizofrénicos (Kee y cols., 2009). Estos resultados

ofrecen pistas sobre la más que probable importancia del funcionamiento emocional a la hora de mantener una buena salud psicológica.

Los trabajos explorando la relación IE-CVRS con medidas de habilidad son hasta la fecha muy escasos, destacando uno llevado a cabo en España con pacientes enfermos de cáncer (Rey, Extremera, y Trillo, 2013). Concretamente, se halló que niveles elevados de IE fueron capaces de predecir mayor vitalidad, funcionamiento social y salud mental en pacientes de esta enfermedad, hallazgos que vuelven a apuntar al importante papel que las capacidades emocionales juegan en la calidad de vida de las personas.

Aunque los resultados analizados con ambos tipos de instrumentos de medida de la IE sugieren que la IE es un factor a tener muy en cuenta en la salud y la calidad de vida de las personas, es necesario llevar a cabo trabajos que confirmen también estos datos en personas de edad más avanzada, los cuales poseen una serie de particularidades físicas, cognitivas y emocionales que deben considerarse.

JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

□ **JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO:**

Analizando los antecedentes existentes en el campo de la IE se constata que el procesamiento cognitivo-emocional de las personas promueve un funcionamiento individual y social más adaptativo (Fernández-Berrocal y Extremera, 2009), demostrándose en diversos estudios que la IE se asocia con una mejor salud tanto física como psicológica (Martins y cols., 2010). Así, hasta el momento se ha explorado la contribución de la capacidad emocional en la vida de colectivos como adolescentes, universitarios, adultos de mediana edad o trabajadores de diferentes sectores (Brackett y Mayer, 2003; Carmeli y cols., 2009; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002; Trinidad y Johnson, 2002). Sin embargo, dejando a un lado los estudios que investigan aspectos que no son propiamente IE, como el balance afectivo, la experiencia e intensidad emocional, la activación fisiológica o las estrategias de regulación emocional (Kressin, Spiro, y Skinner, 2000; Kunzmann y Grühn, 2005; Lawton y cols., 1992; Márquez-González, Izal, Montorio, y Losada, 2008), a día de hoy únicamente existen dos trabajos que investiguen el papel de la IE en el colectivo de personas mayores (Lloyd y cols., 2012; Queirós y cols., 2006).

De esta forma, es fundamental generar más investigación que explore las capacidades emocionales y sus posibles beneficios en la vida de las personas mayores, especialmente trabajos que empleen medidas de ejecución o habilidad, las cuales aún no han sido empleadas en mayores, a pesar de estar consideradas como la manera más objetiva de evaluar IE (Mayer y cols., 2011).

Por otro lado, resulta necesario potenciar el estudio de la calidad de vida desde una visión multidimensional (en la que se consideren todos sus componentes físicos, psicológicos y ambientales, y no sólo algunos de ellos) que evite la simplificación del concepto, empleando para ello pruebas especialmente diseñadas para este grupo de edad que evalúen todas las dimensiones determinantes de la vida del mayor.

Al mismo tiempo, si se logra generalizar al colectivo de mayores los hallazgos acerca de la capacidad predictiva de las habilidades emocionales respecto a variables de calidad de vida (Augusto-Landa y Montes Berges, 2009; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002, 2006; Rey y cols., 2013), lo cual aún no ha sido confirmado, sería preciso profundizar en los mecanismos que posibilitan que la IE sea capaz de promover una vida de calidad en las personas mayores.

Además, para la Gerontología es importante incrementar la cantidad de investigación existente en el colectivo de mayores que viven en residencias, sobre todo teniendo en cuenta que su número y representación en la sociedad continúan aumentando y que su nivel de calidad de vida es generalmente inferior al de los mayores que viven en su propio domicilio. Así, ambas razones, unidas al hecho de que hasta el momento no existe estudio alguno que explore la naturaleza y la utilidad de las capacidades emocionales de los mayores institucionalizados, subrayan la importancia de situar el foco de atención sobre este grupo poblacional tan prioritario.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

□ **OBJETIVOS E HIPÓTESIS:**

El objetivo general del presente trabajo de tesis es el de analizar si la capacidad emocional de los mayores institucionalizados es capaz de asociarse de manera positiva con variables de calidad de vida en este colectivo.

Como hipótesis general se propone que la inteligencia emocional de los mayores institucionalizados, evaluada tanto con instrumentos de autoinforme como de ejecución, logrará explicar los niveles de una serie de variables de calidad de vida, más allá de variables sociodemográficas y de personalidad. A continuación se presentan las hipótesis de trabajo específicas divididas en función del artículo de investigación al que pertenecen:

- Hipótesis común al primer y segundo artículo de investigación:

Se espera que las correlaciones halladas entre los rasgos de personalidad y la IE sean diferentes en función del instrumento de medida empleado. Así, en base a la literatura previa (Brackett y cols., 2006), se hipotetiza que la medida de autoinforme establecerá correlaciones más elevadas que la medida de habilidad con los cinco rasgos de personalidad. En caso de confirmarse una baja relación entre la IE evaluada como habilidad y la personalidad, se aportarían por primera vez datos en población mayor que apoyarían la distinción teórica de la IE respecto a la personalidad.

- Hipótesis incluidas en el primer artículo de investigación:

En base a la evidencia obtenida con autoinformes desarrollados tanto desde modelos mixtos (Saklofske, Austin, Rohr, y Andrews, 2007) como de habilidad (Queirós y cols., 2006), es de esperar que las dimensiones de IEP se relacionen de manera positiva y significativa con la práctica de actividad física (AF) de los mayores institucionalizados.

Se espera que las cuatro dimensiones constituyentes de IEP sean capaces de explicar un porcentaje significativo de la varianza de realización de AF de los mayores institucionalizados, más allá del explicado por los rasgos de personalidad.

- Hipótesis incluidas en el segundo artículo de investigación:

Siguiendo la línea de un estudio previo realizado con una medida de autoinforme en mujeres de mediana edad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002), y de otro empleando una medida de ejecución en pacientes de cáncer (Rey y cols., 2013), se propone que las dimensiones de IE comprensión emocional y, sobre todo, manejo emocional establecerán asociaciones positivas significativas con la mayor parte de las dimensiones de CVRS de los mayores institucionalizados.

Aunque resulta difícil hacer predicciones sin la existencia de estudios previos con medidas de ejecución de IE que analicen las dimensiones de IE por separado, es de esperar que, controladas las variables sociodemográficas y de personalidad, las habilidades de IE sean capaces de predecir mayores niveles de las dimensiones constituyentes de la CVRS. Concretamente, esperamos que la percepción emocional explique los niveles de rol físico, rol emocional, salud mental y funcionamiento social de los mayores; que el manejo emocional haga lo propio con las dimensiones de rol físico, rol emocional, dolor corporal, vitalidad, salud mental, funcionamiento social y salud general; y que, a pesar de que la facilitación emocional no está contemplada en los

autoinformes empleados en este tipo de trabajos, se espera que esta habilidad sea capaz de predecir dimensiones asociadas al aspecto psicológico de la salud de los mayores como son rol emocional, salud mental, funcionamiento social y vitalidad.

- Hipótesis incluidas en el tercer artículo de investigación:

En base a los trabajos previos que evalúan la capacidad predictiva de la IEP sobre la CVRS (Augusto-Landa y Montes-Berges, 2009; Extremera y Fernández-Berrocal, 2002, 2006) y en trabajos que exploran el papel del optimismo sobre la calidad de vida evaluada en toda su complejidad (Bain y cols., 2003), es de esperar que tanto la IEP como la disposición al optimismo/pesimismo logren explicar un porcentaje significativo de varianza de las dimensiones de calidad de vida de los mayores evaluadas de forma multidimensional.

Por último, en base a los estudios anteriormente citados, se propone que los niveles de optimismo y pesimismo disposicional lograrán mediar parcialmente la relación entre la IEP y los niveles de calidad de vida multidimensional de los mayores institucionalizados.

MÉTODO

□ **MÉTODO:**

A continuación se describen el tipo de diseño, las principales características de la muestra empleada y los instrumentos de medida empleados en los tres trabajos de investigación que se anexan al final de la tesis.

- Diseño de investigación:

El presente trabajo de investigación sigue una metodología observacional, empleando un diseño de tipo transversal.

- Participantes y procedimiento:

La muestra estuvo compuesta por 115 mayores institucionalizados en residencias de la Junta de Andalucía en la provincia de Jaén (España) (55 mujeres y 60 hombres), con edades comprendidas entre 65 y 101 años ($M = 88.3$, $DT = 7.95$). Para la participación se utilizó como criterio de inclusión el grado de deterioro cognitivo, evaluado con la adaptación española del Mini Mental State Examination (MMSE; versión de Lobo, Ezquerro, Gómez-Burgada, Sala, y Seva-Díaz, 1979). Empleando el habitual punto de corte de 23/24 puntos de 35 posibles (Vinyoles y cols., 2002), sólo participaron los mayores clasificados como “sin deterioro cognitivo”, que constituían el 33% del total de residentes. Tras obtener el permiso del delegado provincial de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía y de los directores de las residencias, el investigador doctorando llevó a cabo la aplicación de los instrumentos individualmente, debido a los problemas de audición presentes en algunos de los mayores. Una vez informados de los objetivos de estudio los mayores decidían voluntariamente sobre su participación. La aplicación individual de las pruebas se realizó en dos sesiones de una hora de duración desarrolladas en días diferentes (con un breve descanso de 15 minutos hacia la mitad de cada sesión para evitar la fatiga de los participantes). Las pruebas fueron administradas en una sala proporcionada por cada una de las residencias, respetando en todo momento las normas del código deontológico de la Psicología. El orden de las pruebas fue contrabalanceado para evitar posibles efectos de orden.

- Instrumentos de medida empleados:

Cuestionario sociodemográfico. Cuestionario de elaboración propia en el que se evalúa sexo, edad, nivel educativo, estado civil, número de hijos, voluntariedad de ingreso, visitas familiares y práctica de AF. Respecto a la AF, se pregunta a los participantes si realizan algún tipo de AF. En caso de respuesta afirmativa, se pregunta por el tipo de AF realizada y por el número de horas semanales dedicadas a esa actividad (frecuencia semanal). En caso de respuesta negativa, la frecuencia de AF es registrada como un valor nulo.

Big Five Inventory (BFI-44; John, Donahue y Kentle, 1991; adaptación al castellano de Benet-Martínez y John, 1998). Inventario de 44 ítems compuesto por una escala tipo Likert de 5 puntos que evalúa los cinco grandes rasgos de personalidad: Extraversión, Agradabilidad, Escrupulosidad, Neuroticismo y Apertura a la experiencia. Contiene ítems como: “¿Está usted de acuerdo en que es alguien reservado?” o “¿Está usted de acuerdo en que es alguien que tiene una imaginación activa?”. Benet-Martínez y John (1998) informan de una elevada consistencia interna para el conjunto de los ítems ($\alpha = .78$). En cuanto a sus dimensiones constituyentes, sus índices de consistencia interna oscilan entre .66 y .85.

Life Orientation Test-Revised (LOT-R; Scheier, Carver, y Bridges, 1994; adaptación española de Otero, Luengo, Romero, Gómez-Fraguela, y Castro, 1998). Cuestionario de 10

ítems con una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos que evalúa tanto optimismo como pesimismo disposicional. De los 10 ítems, tres puntúan positivo, tres negativo y cuatro son ítems distractores que no se emplean para el cálculo final de puntuaciones. Contiene ítems del tipo: “En tiempos difíciles suelo esperar lo mejor” o “Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera”. La consistencia interna de la prueba ha mostrado ser adecuada, con valores que oscilan entre .68 y .75 (Ferrando, Chico, y Tous, 2002; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León, y González-Jareño, 2006).

Health Survey SF-36 (SF-36; Ware y Sherbourne, 1992; adaptación española de Alonso, Prieto, y Antó, 1995). Cuestionario que evalúa calidad de vida relacionada con la salud tanto en población general como en colectivos clínicos. Sus ítems hacen referencia a estados tanto positivos como negativos de salud física y de bienestar emocional, estando agrupados en ocho dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Esta prueba incluye ítems como los siguientes: “Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera? o “¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas cuatro semanas?”. Para su corrección, los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala con un rango de 0 (peor estado de salud) a 100 (mejor estado de salud), utilizando los algoritmos e indicaciones que ofrece el manual de la prueba. El índice de consistencia interna oscila entre .83 y .92 para las diferentes dimensiones en su versión española.

Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996). Evalúa calidad de vida en los mayores desde una perspectiva multidimensional, recogiendo aspectos tanto objetivos como subjetivos de la misma. Está constituido por 21 ítems de elección múltiple que miden el grado de frecuencia, de presencia o de satisfacción respecto a una serie de indicadores, conductas, pensamientos y sentimientos claves para la calidad de vida. Sus ítems están agrupados en nueve áreas: Salud; Integración Social; Habilidades Funcionales; Actividad y Ocio; Calidad Ambiental; Satisfacción con la vida; Educación; Ingresos; y Servicios. Esta prueba se compone de preguntas del tipo “¿Cómo considera usted que puede valerse por sí mismo?” o “¿En qué medida tiene usted dificultades para realizar las siguientes actividades?”. Posee una consistencia interna adecuada, con valores de α que oscilan entre .66 y .92 (Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1996).

Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS; Wong y Law, 2002; traducción española de Fernández-Berrocal y cols., 2004, abril). Instrumento constituido por 16 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de siete puntos que evalúa la capacidad emocional percibida. Contiene ítems tales como: “Tengo un buen control de mis propias emociones” o “Conozco siempre las emociones de mis amigos a través de sus comportamientos”. La prueba evalúa cuatro dimensiones de IE: Autopercepción de las emociones (SEA); Percepción de las emociones de los demás (OEA); Uso de las emociones (UOE); y Regulación de las emociones (ROE). Además, también proporciona una puntuación global de IEP. Sus autores han informado de adecuados índices de consistencia interna, los cuales oscilan entre .83 y .90 (Wong y Law, 2002).

Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey, y Caruso, 2002; adaptación al castellano de Extremera y Fernández-Berrocal, 2009). Instrumento constituido por 141 ítems de elección múltiple que evalúa la capacidad emocional a través de una serie de tareas y problemas de contenido emocional. Además de ofrecer una puntuación global de IE, evalúa las cuatro ramas o dimensiones de la IE: percepción, facilitación, comprensión y manejo emocional. Contiene ítems como los siguientes: “Observe la cara de la

imagen e indique en qué grado expresa los sentimientos que aparecen a continuación: a) felicidad, b) miedo, c) sorpresa, d) asco y e) entusiasmo” o “¿Qué estado de ánimo sería útil sentir cuando preparamos una receta de cocina complicada y difícil? Indique el grado de utilidad de los siguientes sentimientos: a) aburrimiento, b) fastidio y c) alegría”. La consistencia interna global de la prueba es de .95 por consenso y .94 para los expertos (Extremera, Fernández-Berrocal, y Salovey, 2006). En cuanto a las diferentes ramas o dimensiones, los índices de consistencia interna oscilan entre .69 y .93 para ambos criterios.

RESUMEN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

❑ **RESUMEN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS:**

Aunque los resultados obtenidos son comentados de manera más detallada en cada uno de los tres artículos que se anexan al final del trabajo, a continuación se discutirá sobre el cumplimiento o no de las principales hipótesis propuestas en los artículos y que han sido recogidas también en el apartado anterior.

Respecto a la primera hipótesis propuesta, puede constatarse que se cumple completamente, hallándose correlaciones más estrechas entre la IE evaluada con autoinformes y la personalidad. En concreto, las correlaciones IEP-rasgos de personalidad son entre bajas y moderadas, mientras que las correlaciones de las habilidades emocionales y los rasgos de personalidad son en su mayoría bajas o inexistentes. El menor solapamiento encontrado entre la IE evaluada con el MSCEIT y variables de personalidad apoya la idea defendida por el modelo de habilidad de que la IE constituye un tipo de inteligencia específica integrada por una serie de habilidades de procesamiento de información emocional, en lugar de un conjunto de rasgos y variables de personalidad. Algunos autores han señalado que la solidez del concepto de IE depende en parte de si ésta puede diferenciarse de otras variables existentes, como es la personalidad (Matthews y cols., 2007), por lo que los resultados hallados al evaluar por vez primera a mayores institucionalizados respaldan la singularidad del concepto de IE.

Aunque se ha confirmado la relación hallada en otros trabajos (Queirós y cols., 2006; Saklofske y cols., 2007) entre las habilidades emocionales percibidas y los niveles de realización de AF de los mayores, sólo ha podido constatarse en dos de las cuatro dimensiones de IEP. Así, los mayores que se perciben más hábiles para percibir las emociones ajenas y para utilizar sus propias emociones en su beneficio registraron mayores niveles de AF. Estos resultados hacen que no llegue a confirmarse la hipótesis propuesta, aunque muestran que existe una relación positiva entre la autoeficacia emocional y la práctica de actividades físicas beneficiosas para la salud y la calidad de vida.

Respecto a la tercera hipótesis de trabajo, sucede algo similar, una vez controlados los aspectos demográficos y de personalidad, la IEP logra predecir una mayor realización de AF en mayores institucionalizados, pero únicamente mediante las dimensiones de uso de emociones y de percepción de emociones de los demás. Es por ello que no puede decirse que la hipótesis propuesta se haya cumplido. Si bien, sí puede observarse, como han mostrado algunos autores (Saklofske y cols., 2007), que ciertas capacidades emocionales percibidas actúan como variables predictoras de los niveles de AF, en lugar de verse influidas por la práctica de AF como han defendidos otros trabajos (Li, Lu, y Wang, 2009; Queirós y cols., 2006). La explicación a esta direccionalidad en la relación podría residir en que las actividades físicas generalmente ofrecen la oportunidad de relacionarse con otras personas y las personas que se perciben más hábiles emocionalmente estarían más predispuestas a esas relaciones sociales en las que se ponen en juego emociones (Saklofske y cols., 2007). De manera que los mayores que estiman percibir adecuadamente las emociones ajenas y utilizar adecuadamente las propias para lograr un fin, se sentirán socioemocionalmente más competentes, resultándoles más cómodo practicar actividades físicas en compañía de otros residentes. Los datos obtenidos apuntan a que la IEP es capaz de funcionar como un factor protector de la salud de los mayores institucionalizados, a través del fomento de la AF.

En lo relativo a la cuarta hipótesis, puede comprobarse que se cumple totalmente. Es más, no sólo la comprensión y el manejo de emociones de los mayores se asocian con las dimensiones de CVRS como ha mostrado la investigación con autoinformes de IE (Extremera y Fernández-Berrocal, 2002), sino también la percepción y la facilitación emocional se relacionan positivamente con algunas de estas dimensiones. Estos resultados van en línea con estudios realizados en otros colectivos en los que se ha empleado la puntuación total de IE del MSCEIT (Rey y cols., 2013), confirmando que las cuatro habilidades de procesamiento de la información emocional de los mayores se relacionan con los aspectos de calidad de vida más íntimamente asociados a la salud.

La quinta hipótesis de trabajo no pudo ser confirmada, ya que, una vez controlada la contribución de las variables sociodemográficas y de personalidad, sólo la comprensión y la facilitación emocional (pero no la percepción ni el manejo emocional) fueron capaces de predecir algunas de las dimensiones de CVRS pronosticadas. Que no se haya cumplido la hipótesis no supone que los resultados obtenidos carezcan de relevancia. De hecho, debe reseñarse que los datos han mostrado que los mayores que demuestran ser más hábiles para comprender las causas de las emociones propias y ajenas y para entender las transiciones entre emociones, informan de una menor interferencia de problemas físicos en su día a día y de una mayor vitalidad. Al mismo tiempo, los mayores con mayor pericia para utilizar las emociones para facilitar el razonamiento, habilidad no evaluada en los autoinformes, informan de una menor interferencia de problemas emocionales en su vida cotidiana. Así, se confirma que las habilidades emocionales no sólo resultan útiles en la parcela psicológica de la calidad de vida, sino también en la física.

Atendiendo a la sexta hipótesis de trabajo, se observa que no llega a cumplirse, ya que no todas las dimensiones de calidad de vida son predichas. Así, la disposición de los mayores a esperar resultados positivos en la vida (optimismo) es capaz de predecir una mayor salud, satisfacción con la vida y habilidad funcional; mientras que la disposición al pesimismo predice menores niveles de integración social, satisfacción con la vida, habilidades funcionales y actividad y ocio. La IEP, una vez controlada la influencia de aspectos sociodemográficos y del optimismo/pesimismo, es capaz de predecir mayores puntuaciones en las dimensiones de calidad de vida de salud, actividad y ocio, habilidades funcionales y satisfacción con la vida de los mayores. Es decir, tanto la IEP como el optimismo se revelan como predictores de la mitad de las dimensiones constituyentes de la calidad de vida. No obstante, analizando las dimensiones que no han podido ser predichas por ninguna de esas variables predictoras: calidad ambiental, educación e ingresos, puede advertirse que se trata de aspectos de la calidad de vida sobre los que una persona mayor institucionalizada posee escaso control. De este modo, resulta lógico que los mayores que se perciben con mayor habilidad para percibir, comprender y regular sus estados emocionales sean capaces de incidir positivamente en ciertos aspectos de su calidad de vida que dependen más del individuo (salud, habilidades funcionales, satisfacción con la vida, etc.) y no sobre otros que dependen más de las condiciones sociales y ambientales de la vida del residente.

En cuanto a la última hipótesis propuesta se comprueba que no llega a cumplirse, a pesar de que se establecen modelos mediacionales significativos con tres de las ocho dimensiones de calidad de vida. Sin embargo, los resultados dan muestras de que la IEP es

capaz de incidir sobre ciertos aspectos de la calidad de vida no sólo de forma directa, sino también indirectamente a través de una mayor disposición al optimismo (y una menor al pesimismo). Así, mediante estas dos vías (directa e indirecta), la percepción que los mayores institucionalizados tienen sobre su capacidad emocional logra incidir positivamente en la calidad de vida evaluada de forma multidimensional: contribuyendo a experimentar menor cantidad de síntomas negativos de salud, una mayor satisfacción con la vida y unas actividades de ocio y físicas más frecuentes y satisfactorias.

Aunque este trabajo proporciona una interesante evidencia preliminar acerca del valor predictivo de la IE sobre la calidad de vida, estos hallazgos han de ser interpretados con prudencia y dentro del contexto de la muestra en la que han sido obtenidos. De hecho, debido al carácter transversal del diseño investigación empleado, una de sus principales limitaciones reside en que no es posible establecer relaciones causales entre las variables, lo que hace necesaria la aparición de futuros trabajos experimentales que profundicen en el sentido de estas relaciones encontradas. También sería interesante que posteriores trabajos longitudinales explorasen la evolución de la IE y la calidad de vida a lo largo del tiempo y pudiesen constatar si las asociaciones aquí encontradas se mantienen con el paso de los años. Al mismo tiempo, podría resultar útil la realización de estudios que emplearan muestras de mayores residentes en su propio domicilio (incluso de otras nacionalidades) que comprobasen la existencia de posibles particularidades debidas a la institucionalización.

De manera general, y a pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados obtenidos apoyan la idea de que la IE constituye un factor protector de diversas áreas relevantes de la vida de las personas (Ruiz-Aranda y cols., 2013). Así, en esta investigación pionera a la hora de explorar la IE de los mayores a través de medidas de habilidad, los resultados obtenidos en los análisis se suman a la creciente investigación acerca del valor predictivo de la IE evaluada como una habilidad (Mayer y cols., 2011), generalizándose a un colectivo cuya proporción va en aumento. Por otro lado, se obtienen evidencias de que la IE constituye un constructo diferente de variables de personalidad como el optimismo/pesimismo o los rasgos de personalidad. Esto resulta clave, ya que los aspectos de personalidad son relativamente estables a lo largo del ciclo vital y difícilmente modificables (McCrae y Costa, 2008), mientras que la IE y la percepción que tenemos de ella puede ser mejorada mediante la práctica (Salovey y Mayer, 1990), lo que abre la puerta al desarrollo de programas de entrenamiento emocional que sean capaces de producir mejoras en la calidad de vida de las personas en general y de los mayores institucionalizados en particular.

CONCLUSIONES FINALES

□ **CONCLUSIONES FINALES:**

El presente trabajo de tesis doctoral se sitúa en línea con aquellos autores que consideran que la capacidad emocional es un importante indicador de la salud física y mental de las personas (Martins y cols., 2010), hallándose resultados que hacen extensiva esta capacidad predictiva de la IE a un concepto aún más amplio que el de salud: la calidad de vida. En este sentido, los datos obtenidos apuntan a que las habilidades emocionales de las personas mayores institucionalizadas son capaces de predecir positivamente diversas variables integrantes de la calidad de vida como la capacidad funcional, la salud física y psicológica, la satisfacción con la vida, el funcionamiento social o la realización de actividades de ocio.

Por otra parte, se han encontrado evidencias que apoyan la idea de que la IE constituye un constructo diferenciado de la personalidad (lo que iría en contra de lo propuesto por los modelos mixtos de IE), confirmándose la validez incremental que las capacidades emocionales poseen respecto a aspectos de personalidad a la hora de predecir variables de calidad de vida. Dicho de otro modo, 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 IE con una significativa capacidad de incidir positivamente en la calidad de vida de las personas.

Los datos proporcionados por los tres trabajos de investigación muestran que las habilidades emocionales de los mayores se relacionan y predicen de forma positiva diversos aspectos de la calidad de vida, esto es confirmado tanto con medidas de autoinforme como con medidas de ejecución de la IE. Ello sugiere que no sólo es importante contar con una capacidad emocional adecuada, sino también tener la percepción de que se es emocionalmente inteligente. De hecho, desde este trabajo se coincide con aquellos autores que señalan que ambos tipos de medidas podrían evaluar aspectos diferentes del funcionamiento emocional (Fernández-Berrocal y Extremera, 2009), constituyendo medidas distintas a la par que complementarias (Mestre y Guil, 2006). No obstante, ha de subrayarse que en la actualidad la mayoría de los autores que estudian la IE desde el modelo de habilidad recomiendan evaluar la IE con pruebas de ejecución o habilidad, que son consideradas mucho más objetivas y fiables (Mayer y cols., 2011; Mayer, Panter, Salovey, Caruso, y Sitarenios, 2005). De esta forma, este trabajo contribuye a seguir acumulando evidencia acerca de la capacidad predictiva que poseen las habilidades emocionales, confirmando su relevancia en un colectivo prácticamente inexplorado.

La IE se ha revelado como un recurso personal fundamental para la adaptación de las personas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2006; Goldenberg y cols., 2006). Por ello, confirmar el potencial que la IE posee a la hora de producir mejoras en la calidad de vida en un grupo tan singular como los mayores institucionalizados resulta tremendamente importante. Como ya se ha comentado, los mayores que viven en residencias cuentan con un mayor grado de dependencia y presentan niveles de calidad de vida menores que los que viven en su hogar, resultando fundamental la identificación de todas las variables que contribuyen positivamente a mejorar sus condiciones vitales. Así, la IE es un constructo relativamente reciente que, día a día va incrementando su validez predictiva respecto a múltiples variables beneficiosas para el ser humano, todo ello en colectivos y ámbitos de la vida muy diversos. Con ello no se pretende defender que la IE constituya la llave para mejorar radicalmente en todos los aspectos de la

existencia, pero parece ser que sí que hace una pequeña contribución más allá de la realizada por otras variables más ampliamente estudiadas.

Sin embargo, aunque en los tres trabajos de investigación presentados se constata mediante instrumentos de naturaleza diversa que la IE es capaz de asociarse positivamente con varios aspectos de la calidad de vida, los resultados han de ser tomados con cierta cautela, puesto que se trata de estudios de carácter correlacional que la investigación experimental ha de confirmar. Recordemos que el diseño transversal empleado no permite el establecimiento de vínculos causales entre las variables analizadas, por lo que sería interesante que futuros trabajos de tipo experimental pudieran explorar la dirección de las asociaciones entre IE y variables de calidad de vida encontradas. No obstante, puede afirmarse que la IE constituye un área de relevancia a la hora de promover un envejecimiento exitoso y satisfactorio, de manera que utilizar eficazmente la información que proporcionan las emociones, posibilitaría una mejor adaptación a los permanentes cambios que el proceso de envejecimiento va instaurando en la vida conforme se envejece.

Por último, desde este trabajo se propone la idoneidad y la necesidad de desarrollar programas de entrenamiento en habilidades emocionales dirigidos a mayores institucionalizados, que, a la vista de la eficacia hallada en otros colectivos (Nelis y cols., 2011), puedan contribuir a aportar beneficios significativos en la vida de este grupo poblacional tan prioritario. De hecho, estos programas podrían realizarse tanto aisladamente como junto a otras terapias de estimulación actualmente más instauradas como las cognitivas y físicas, a fin de potenciar el funcionamiento positivo global del mayor. Por todo ello, este trabajo pretende constituir un primer acercamiento al estudio riguroso de la capacidad emocional de los mayores que viven en residencias, situando el foco de atención sobre los posibles beneficios que su desarrollo puede tener a la hora de experimentar un envejecimiento satisfactorio que permita llevar una vida de calidad en la última parte del ciclo vital.

REFERENCIAS

- Abellán, A., y Esparza, C. (2011). *Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 127. Extraído de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos11.pdf>
- Albrecht, R., y Morales, J. (1999). ¿Por qué envejecemos de manera diversa? En R. Rodríguez, J. Morales, Z. Trujillo, J. Encinas, y C. D'Hyver (Eds.), *Geriatría* (pp. 29-31). México: McGraw-Hill Interamericana.
- Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36). Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- American College of Sport Medicine, Chodzko-Zajko, W. J., Proctor, D. N., Fiatarone Singh, M. A., Minson, C. T., Nigg, C. R., ... Skinner, J. S. (2009). American College of Sports Medicine position stand. Exercise and physical activity for older adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 41(7), 1510-1530.
- Arent, S. M., Landers, D. M., y Etnier, J. L. (2000). The effects of exercise on mood in older adults: A metaanalytic review. *Journal of Aging and Physical Activity*, 8, 407-430.
- Arking, R. A. (1998). Perspectives on aging. En R. A. Arking, *Biology of aging* (2ª ed., pp. 2-36). Sunderland: Sinauer Associates.
- Arnold, S. (1991). Measurement of quality of life in the frail elderly. En J. Birren, J. Lubben, J. Rowe, y D. Deutchman (Eds.), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly* (pp. 50-74). Nueva York: Academic Press.
- Augusto, J. M., López-Zafra, E., Martínez de Antoñana, R. M., y Pulido, M. (2006). Perceived emotional intelligence and life satisfaction among university teachers. *Psicothema*, 18, 152-157.
- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., y López-Zafra, E. (2010). Emotional intelligence and personality traits as predictors of psychological well-being in Spanish undergraduates. *Social Behavior and Personality*, 38(6), 783-794.
- Augusto-Landa, J. M., Pulido-Martos, M., y López-Zafra, E. (2011). Does Perceived Emotional Intelligence and Optimism/pessimism Predict Psychological Well-being? *Journal of Happiness Studies*, 12(3), 463-474.
- Augusto-Landa, J., y Montes-Berges, B. (2009). Perceived emotional intelligence, health and somatic symptomatology in nursing students. *Individual Differences Research*, 7(3), 197-211.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., Huang, S. H. S., y McKenney, D. (2004). Measurement of emotional intelligence: testing and cross-validating a modified version of Schutte et al. (1998) measure. *Personality and Individual Differences*, 36, 555-562.
- Austin, E. J., Saklofske, D. H., y Egan, V. (2005). Personality, wellbeing and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38(3), 547-558.

- Bain, G. H., Lemmon, H., Teunisse, S., Starr, J. M., Fox, H. C., Deary, I. J., y Whalley, L. J. (2003). Quality of life in healthy old age: Relationships with childhood IQ, minor psychological symptoms and optimism. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(11), 632-636.
- Baltes, M., y Wahl, H. (1987). Dependence and aging. En L. L. Carstensen, y B. A. Edelstein (Eds.), *Handbook of clinical gerontology* (pp. 204-221). Nueva York: Pergamon.
- Baltes, P. B. (1979). Life-span Developmental Psychology: Some converging observations on history and theory. En P. B. Baltes, y O. G. Brim (Eds.), *Life-span development and behavior* (vol. 2, pp. 255-279). Nueva York: Academic Press.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of Life-Span Developmental Psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potentials and limits. *The Gerontologist*, 33, 580-94.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., y Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in development psychology. En R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of child psychology. Theoretical models of human development* (pp. 1029-1143). Nueva York: Wiley.
- Baltes, P. B., y Baltes M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioural sciences*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Bar-On, R. (1997). *The emotional quotient inventory (EQ-I): A test of emotional intelligence*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Bar-On, R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the emotional quotient inventory (EQ-i). En R. Bar-On, y J. D. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 363-388). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(1), 13-25.
- Bazo, M. T. (2012). *Envejecimiento poblacional y el reto de la dependencia. El desafío del envejecimiento en los sistemas sanitarios y sociales de España y Europa*. Valencia: Nau Llibres.
- Belsky, J. K. (2001). *Psicología del envejecimiento*. Madrid: Paraninfo.
- Belsky, J. K. (1996). *Psicología del envejecimiento: Teoría, investigaciones e intervenciones*. Barcelona: Masson.
- Benet-Martínez, V., y John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multi-trait, multi-method analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(3), 729-750.
- Bermejo, L. (2006). *Promoción del envejecimiento activo. Reflexiones para el desarrollo de programas de preparación y adaptación a la jubilación*. En J. Giró (Coord.),

- Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo* (pp. 65-88). Logroño: Universidad de la Rioja, Servicio de Publicaciones.
- Biddle, S. J. H. (2000). Emotion, mood and physical activity. En S. J. H. Biddle, K. R. Fox, y S. H. Boutcher (Eds.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 63-87). Londres: Routledge.
- Binet, A., y Simon, T. (1908). Le developpement de l'intelligence chez les enfants. *L'Année Psychologique*, 14, 1-94.
- Birren, J. E. (1999). Theories of ageing: A personal perspective. En V. L. Bengtson, y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of theories of Ageing* (3ª ed., pp. 3-20). San Diego: Academic Press.
- Birren, J. E., y Bengtson, V. L. (1988). *Emergent theories of aging*. Nueva York: Springer.
- Birren, J. E., y Birren, B. A. (1990). The concepts, models and history of the psychology of aging. En E. Birren, y K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (3ª ed., pp. 3-20). San Diego, CA: Academic Press.
- Bodgan, R., y Taylor, S. J. (1996). Quality of life and the individual's perspective. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Conceptualization and measurement* (Vol 1, pp. 11-22). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Bowling, A. (2004). A Taxonomy and Overview of Quality of Life. En J. Brown, A. Bowling, y T. Flynn (Eds.), *Models of Quality of Life: A Taxonomy and Systematic Review of the Literature* (pp. 6-77). Sheffield: University of Sheffield, FORUM Project.
- Boyatzis, L. A., Goleman, D., y Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence: Insights from the emotional competence inventory (ECI). En R. Bar-On, y J. D. Parker (Eds.), *Handbook of emotional intelligence* (pp. 343-362). San Francisco: Jossey-Bass.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., Shiffman, S., Lerner, N., y Salovey, P. (2006). Relating emotional abilities to social functioning: A comparison of self-report and performance measures of emotional intelligence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 780-795.
- Brackett, M. A., Rivers, S. E., y Salovey, P. (2011). Emotional Intelligence: Implications for Personal, Social, Academic, and Workplace Success. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 88-103.
- Brackett, M. A., y Geher, G. (2006). Measuring emotional intelligence: Paradigmatic diversity and common ground. En Ciarrochi, J., Forgas, J., y Mayer, J. (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life* (2ª ed., pp. 27-50). Nueva York: Psychology Press.
- Brackett, M. A., y Mayer, J. D. (2003). Convergent, discriminant, and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1162.

- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Siglo XXI.
- 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.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Charles, S. T. (2011). Emotional Experience and Regulation in Later Life. En K. W. Schaie, y S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7ª ed., pp. 295-310). San Diego, CA: Academic Press.
- Chico, E. (1999). Evaluación psicométrica de una escala de Inteligencia Emocional. *Boletín de Psicología*, 62, 65-78.
- Ciarrochi, J., Chan, A., y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28(3), 539-561.
- Clark, P. G. (1995). Quality of life, values, and teamwork in geriatric care: Do we communicate what we mean? *The Gerontologist*, 35(3), 402-411.
- Cooper, R. K., y Sawaf, A. (1997). *Executive EQ: Emotional intelligence in leadership and organization*. Nueva York: Grosset Putnam.
- Cosmides, L., y Tooby, J. (2000). Evolutionary psychology and the emotions. En M. Lewis, y J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of Emotions* (2ª ed., pp. 91-115). Nueva York: Guilford.
- Coulter, D. (1990). Home is the place: Quality of life for young children with developmental disabilities. En R. Schalock (Ed.), *Quality of Life: Perspectives and Issues*. Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive Quality of Life Scale - Adult: Manual*. Melbourne: Deakin University.
- Damasio, A. R. (2006). *El error de Descartes*. Madrid: Crítica.
- Edgerton, R. B. (1996). A longitudinal-ethnographic research perspective on quality of life. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Conceptualization and measurement* (Vol 1, pp. 83-90). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Elorriaga, J., García, L., Martínez, J., y Unamunzaga, E. (2000). Quality of life of people with mental retardation in Spain. En K. D. Keith, y R. L. Schalock (Eds.), *Cross-cultural perspectives on quality of life* (pp. 113-124). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- 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.

- Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2007). Perceived emotional intelligence and dispositional optimism-pessimism: analyzing their role in predicting psychological adjustment among adolescents. *Personality Individual Differences, 42*, 1069-1079.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés, 12*(2-3), 191-205.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., y Salovey, P. (2006). Spanish version of the Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT). Version 2.0: Reliabilities, age and gender differences. *Psicothema, 18*, 42-48.
- Extremera, N., Ruiz-Aranda, D., Pineda-Galán, C., y Salguero, J. M. (2011). Emotional intelligence and its relation with hedonic and eudaimonic well-being: a prospective study. *Personality and Individual Differences, 51*, 11-16.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2002). Relation of perceived emotional intelligence and health-related quality of life in middle-aged women. *Psychological Reports, 91*, 47-59.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2005). Inteligencia emocional percibida y diferencias individuales en el meta-conocimiento de los estados emocionales: una revisión con los estudios con el TMMS. *Ansiedad y Estrés, 11*(2-3), 101-102.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Emotional intelligence as predictor of mental, social, and physical health in university students. *The Spanish Journal of Psychology, 9*(1), 45-51.
- Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2009). *Test de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey Caruso*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Abascal, E. G., y Jiménez, M. P. (2010). Psicología de la Emoción. En E. G. Fernández-Abascal, B. García, M. P. Rodríguez, M. D. Martín, y F. J. Domínguez (Eds.), *Psicología de la Emoción* (pp. 17-74). Madrid: UNED-Centro de Estudios Ramón Areces.
- Fernández-Abascal, E., y Jiménez, M. P. (2000). Cien años de estudio para la emoción. *Revista de Historia de la Psicología, 21*(2), 707-717.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004a). Psicología de la vejez. *Humanitas, 1*, 27-38.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004b). Calidad de Vida, ¿es un concepto psicológico? *Revista Española de Geriatria y Gerontología, 39*(3), 18-22.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2011a). Limitaciones y posibilidades de la edad. En P. Casaupié, A. Balbontín, M. Porras, y A. Mateo (Coords.), *Libro blanco del envejecimiento activo* (pp. 105-147). Madrid: IMSERSO. Extraído de

http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

- Fernández-Ballesteros, R. (2011b). Quality of life in old age: Problematic issues. *Applied Research in Quality of Life*, 6(1), 21-40.
- Fernández-Ballesteros, R., y Corraliza, J. A. (2000). Ambiente y vejez. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 251-273). Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R., y Zamarrón, M. D. (1996). *Cuestionario Breve de Calidad de Vida (CUBRECAVI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., y Pizarro, D. (2006). The Role of Emotional Intelligence in Anxiety and Depression among Adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1), 16-27
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fernández-Berrocal, P., Pérez, J. C., Repetto, E., y Extremera, N. (2004). Una comparación empírica entre cinco medidas breves de inteligencia emocional percibida. *VII European Conference on Psychological Assessment*, Málaga.
- Fernández-Berrocal, P., Ramos, N., y Orozco, F. (2000). La influencia de la inteligencia emocional en la sintomatología depresiva durante el embarazo. *Toko-Ginecología Práctica*, 59, 1-5.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N., y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*, 18, 91-107.
- Fernández-Berrocal, P., y Extremera, N. (2009). La inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 23, 85-108.
- Fernández-Berrocal, P., y Ramos, N. (2002). *Corazones inteligentes*. Barcelona: Kairós.
- Fernández-Berrocal, P., y Ruiz-Aranda, D. (2008). La Inteligencia emocional en la Educación. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 15(6), 421-436.
- Fernández-Mayoralas, G., Rojo, F., Prieto, M. E., León, B., Martínez, P., Forjaz, M. J., ... García, C. (2007). *El significado de la salud en la Calidad de Vida de los mayores*. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 74. Extraído de <http://www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/fernandezmayoralas-significado.pdf>
- Fernández-Mayoralas, G., y Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 5, 117-135.

- Ferrando, P. J., Chico, E., y Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo (LOT-Life Orientation Test). *Psicothema*, 14(3), 673-680.
- Fierro, A. (2000). *Sobre la vida feliz*. Málaga: Aljibe.
- Filipp, S. H., y Olbrich E. (1986). Human development across the life-span: Overview and highlights of the psychological perspective. En A. B. Sorensen, N. J. Weinert, y L. R. Sherrod (Eds.), *Human development and the life course: Multidisciplinary perspectives* (pp. 343-375). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Fiori, M., Antonietti, J., Mikolajczak, M., Luminet, O., Hansenne, M., y Rossier, J. (2014). What is the ability emotional intelligence test (MSCEIT) good for? An evaluation using item response theory. *PLoS One*, 9(6), 1-11.
- Fox, K. R. (2000). Self-esteem, self-perceptions and exercise. *International Journal of Sport Psychology*, 31, 228-240.
- Frolkis, V. V. (1982). *Aging and life-prolonging processes*. Viena: Springer-Verlag.
- García-León, A., Rodríguez, A., y López-Zafra, E. (2013). Variables personales en la adherencia de personas alérgicas. *Psicología Conductual*, 21(3), 563-579.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. Nueva York: Basic Books.
- Gohm, C. L., y Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. *Cognition and Emotion*, 16(4), 495-518.
- Goldenberg, I., Matheson, K., y Mantler, J. (2006). The Assessment of Emotional Intelligence: A Comparison of Performance Based and Self Report Methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, 33-45.
- Goldstein, S., y Reichel, W. (1981). Aspectos fisiológicos y biológicos del envejecimiento. En W. Reichel (Ed.), *Aspectos clínicos del envejecimiento* (pp. 391-394). Buenos Aires: El Ateneo.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998a). *Working with emotional intelligence*. Nueva York: Bantam Books.
- Goleman, D. (1998b). What makes a leader? *Harvard Business Review*, 76(6), 93-102.
- Goleman, D. (2001). Emotional intelligence: Issues in paradigm building. En C. Cherniss, y D. Goleman (Eds.), *The emotionally intelligent workplace: How to Select for, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations* (pp. 13-26). San Francisco: Jossey-Bass
- Gómez-Vela, M., y Sabeh, E. (2000). Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica. *Integra*, 9(3), 1-4.

- González-Celis, A. L. (2010). Calidad de vida en el adulto mayor. En L. M. Gutiérrez, y J. H. Gutiérrez (Coords.), *Envejecimiento Humano: Una visión transdisciplinaria* (pp. 365-377). México D.F.: Instituto de Geriatria. Extraído de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>
- Greenspan, S. I. (1989). Emotional intelligence. En K. Field, B. J. Cohler, y G. Wool (Eds.), *Learning and education: Psychoanalytic perspectives* (pp. 209-243). Madison, CT: International Universities Press.
- Guillèron, C. (1980). Gerontología, psicología del niño y estudio del desarrollo. *Anuario de Psicología*, 23, 59-83.
- Guyatt, G. H., Feeny, D. H., y Patrick, D. L. (1993). Measuring health-related quality of life. *Annals of Internal Medicine*, 18(8), 622-629.
- Halvorsrud, L., y Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *European Journal of Ageing*, 4, 229-247.
- IMSERSO (2000). *Informe 2000. Las personas mayores en España: Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas*. Madrid: Observatorio de Personas Mayores. Extraído de http://www.espaciomayores.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/informome_pmvol1_2000.pdf
- IMSERSO (2006). *Institucionalización y Dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Extraído de <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/institucionalizacion.pdf>
- IMSERSO (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Extraído de <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/11005partsocialmay.pdf>
- IMSERSO (2009). Servicios Sociales para Personas Mayores en España. Enero 2009. *Boletín sobre el Envejecimiento, perfiles y tendencias*, 43. Madrid: Observatorio de Personas Mayores. Extraído de <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/boletinopm43.pdf>
- IMSERSO (2011). Estudio Longitudinal Envejecer en España: El Proyecto ELES. *Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias*, 50. Madrid: Observatorio de Personas Mayores. Extraído de <http://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/boletinopm50.pdf>
- INE (2004). *Censo de Población y Viviendas 2001. Resultados definitivos*. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Extraído de

<http://www.ine.es/censo/es/listatablas.jsp?group=1.Tablas%20nacionales%3E1.Perso nas%3E1.Caracter%EDsticas%20demogr%E1ficas%20b%E1sicas#sit>

INE (2012). *Proyecciones de Población 2012. Nota de prensa del 19 de noviembre de 2012*. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Extraído de <http://www.ine.es/prensa/np744.pdf>

INE (2013). *Censo de Población y Viviendas 2011. Población residente en establecimientos colectivos*. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Extraído de http://www.ine.es/censos2011_datos/cen11_datos_caracteristicas_col.htm

INE (2014). *Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos. Nota de prensa del 24 de junio de 2014*. Madrid: Ministerio de Economía y Competitividad. Extraído de [hp://www.ine.es/prensa/np851.pdf](http://www.ine.es/prensa/np851.pdf)

Izard, C. E. (2009). Emotion Theory and Research: Highlights, Unanswered Questions, and Emerging Issues. *Annual Review of Psychology*, 60, 1-25.

Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R. J. R., Charney, ... Blair, K. S. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1487-1495.

Jenaro, C., Verdugo, M. A., Caballo, C., Balboni, G., Lachapelle, Y., Otrebski, W., y Schalock, R. L. (2005). Cross-cultural study of person-centred quality of life domains and indicators: A replication. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(10), 734-739.

John, O. P., Donahue, E. M., y Kentle, R. L. (1991). *The Big Five Inventory-Versions 4a and 54*. Berkeley, CA: University of California, Berkeley, Institute of Personality and Social Research.

Jordan, P. J., Troth, A. C., y Ashkanasy, N. M. (2013). Emotional intelligence and human frailty at work: Can we be too emotionally intelligent? En R. J. Burke, S. Fox y C. L. Cooper (Eds.), *Human Frailties: Wrong Turns on the Drive to Success* (pp. 151-164). Farnham, Surrey: Gower Publishing.

Kee, K. S., Horan, W. P., Salovey, P., Kern, R. S., Sergi, M. J., Fiske, A. P., ... Green, M. F. (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 107(1), 61-68.

Keyes, C., Shmotkin, D., y Ryff, C. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 1007-1022.

Khosla, M., y Dokania, V. (2010). Does happiness promote emotional intelligence? *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36(1), 45-54.

Kiegl, R., Smith, J., y Baltes, P. B. (1989). Testing the limits and the study of adult age differences in cognitive plasticity of a mnemonic skill. *Developmental Psychology*, 25, 247-256.

- Kostka, T., y Jachimowicz, V. (2010). Relationship of quality of life to dispositional optimism, health locus of control and self-efficacy in older subjects living in different environments. *Quality of Life Research*, 19(3), 351-361.
- Kressin, N. R., Spiro, A., y Skinner, K. M. (2000). Negative Affectivity and Health-Related Quality of Life. *Medical Care*, 38(8), 858-867.
- Kunzmann, U., y Grünh, D. (2005). Age differences in emotional reactivity: The sample case of sadness. *Psychology and Aging*, 20, 47-59.
- Labouvie-Vief, G. (1982). Grow and aging in a life-span perspective. *Human Development*, 25, 65-79.
- Labouvie-Vief, G., y Márquez, M. G. (2004). Dynamic integration: Affect optimization and differentiation in development. En D. Y. Dai, y R. J. Sternberg (Eds.), *Motivation, emotion, and cognition: Integrative perspectives on intellectual functioning and development* (pp. 237-272). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lasse, W. R., y Lasse, M. L. (2001). *Quality of life for older people: An international perspective*. Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Latorre, J. M., y Montañés, J. (2004). Ansiedad, Inteligencia Emocional y Salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 112-125.
- Law, K. S., Wong, C., y Song, L. J. (2004). The construct and criterion validity of emotional intelligence and its potential utility for management studies. *Journal of Applied Psychology*, 89(3), 483-496.
- Lawton, M. P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. En J. E. Birren, J. Lubben, J. Rowe, y D. Deutchman (Eds.), *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly* (pp. 3-27). San Diego: Academic Press.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., Rajagopal, D., y Dean, J. (1992). Dimensions of affective experience in three age groups. *Psychology and Aging*, 7, 171-184.
- Lázaro, V., y Gil, A. (2004, abril). Evaluation of changes in older adults' social relations. VII *European Conference on Psychological Assessment*, Málaga.
- Lehr, U. (1982). Socio-psychological correlates of longevity. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 3, 102-147.
- Lehr, U. (2008). Prólogo. En R. Fernández-Ballesteros, *Envejecimiento activo: Contribuciones de la Psicología* (pp. 11-13). Madrid: Pirámide.
- Leuner, B. (1966). Emotionale intelligenz und emanzipation. *Praxis Der Kynderpsychologie Und Kinderpsychiatry*, 15, 196-203.
- Li, G. S., Lu, F. J. H., y Wang, A. H. (2009). Exploring the relationships of physical activity, emotional intelligence and health in Taiwan college students. *Journal of Exercise Science and Fitness*, 7(1), 55-63.

- Lindstrom, B. (1992). Quality of life: A model for evaluating health for all. *Soz Praventivmed*, 37, 301-306.
- Lloyd, S. J., Malek-Ahmadi, M., Barclay, K., Fernandez, M. R., y Chartrand, M. S. (2012). Emotional intelligence (EI) as a predictor of depression status in older adults. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55, 570–573.
- Lobo, A., Ezquerro, J., Gómez-Burgada, F., Sala, J. M., y Seva-Díaz, A. (1979). El “Mini-Examen Cognoscitivo”: Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 7(3), 189–202.
- Lobo, A., Ventura, T., y Marco, C. (1990). Psychiatric morbidity among residents in a home for the elderly in Spain: Prevalence of disorders and validity of screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 83-91.
- Lopes, P. N., Salovey, P., y Strauss, R. (2003). Emotional intelligence, Personality and perceived quality of social relationships. *Personality and Individual Differences*, 35(3), 641-659.
- López-Doblas, J. (2005). Siglo XXI, siglo de poblaciones que envejecen. En S. Pinazo, y M. Sánchez (Dirs.), *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (pp. 37-66). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J. M., y Pulido-Martos, M. (2014). *Inteligencia emocional percibida y calidad de vida en mayores institucionalizados: el papel mediador del optimismo/pesimismo disposicional*. Manuscrito enviado para publicación.
- Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E., y Augusto-Landa, J. M. (en prensa). Emotional intelligence and health-related quality of life in institutionalised Spanish older adults. *International Journal of Psychology*.
- MacCann, C., y Roberts, R. D. (2008). New paradigms for assessing emotional intelligence: Theory and data. *Emotion*, 8(4), 540-551.
- Márquez, M., Izal, M., Montorio, I., y Pérez-Rojo, G. (2004). Emoción en la vejez: una revisión de la influencia de los factores emocionales sobre la calidad de la vida de las personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 39(3), 44-51.
- Márquez-González, M. (2008). *Emociones y envejecimiento*. Madrid: Informes Portal Mayores, nº 84. Extraído de <https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&uact=8&ved=0CDIQFjAC&url=http%3A%2F%2Fenvejecimiento.csic.es%2Fdocumentos%2Fdocumentos%2Fmarquez-emociones-01.rtf&ei=RKvDU-PDPKOf0QXhnoCYDw&usg=AFQjCNHxuytZgQcLg3aWzIMEajXcrMWyUw&sig2=JZUgl4bxHEdh9aBoq2p4XA&bvm=bv.70810081,d.bGQ>
- Márquez-González, M., Izal, M., Montorio, I., y Losada, 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.

- Martin, M., y Martínez-Sánchez, M. (2009). La vivencia del envejecimiento. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 27(2), 83-112.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G. A., García-León, A., y González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition, and Personality*, 17, 3-13.
- Martins, A., Ramalho, N., y Morin E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554-564.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and personaity*. Nueva York: Harper & Row.
- Matthews, G., Zeidner, M., y Roberts, R. D. (2002). Emotional intelligence. Science and Myth. Cambridge: Bradford book/MIT Press.
- Matthews, G., Zeidner, M., y Roberts, R. D. (2007). Emotional intelligence. *Knowns and Unknowns*. Oxford: University Press.
- Mayer, J. D. (1999). Emotional intelligence: Popular or scientific psychology? *American Psychological Association Monitor*, 30(8), 50.
- Mayer, J. D. (2006). A new field guide to emotional intelligence. En J. Ciarrochi, J. Forgas, y J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in every life* (2ª ed., pp. 3-26). Philadelphia, PA: Psychology Press.
- Mayer, J. D., Caruso, D., y Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *Intelligence*, 27, 267-298.
- Mayer, J. D., DiPaolo, M. T., y Salovey, P. (1990). Perceiving affecting content in ambiguous visual stimuli: A component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*, 54, 772-781.
- Mayer, J. D., Panter, A. T., Salovey, P., Caruso, D. R., y Sitarenios, G. (2005). A discrepancy in analyses of the MSCEIT. Resolving the mystery and understanding its implications: A reply to Gignac. *Emotion*, 5(2), 236-237.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D., y Barsade, S. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, 59, 507-536.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D. R., y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0. *Emotion*, 3(1), 97-105.
- Mayer, J. D., Salovey, P., Caruso, D., y Cherkasskiy, L. (2011). Emotional intelligence. En J. Stenberg, y B. Kaufman (Eds.), *The Cambridge Handbook of intelligence* (pp. 528-549). Cambridge: University Press.

- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2000). Models of emotional intelligence. En R. J. Sternberg (Ed.), *Handbook of Intelligence* (pp. 396-420). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. (2002). *The Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test (MSCEIT)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2008). Emotional Intelligence: New Ability or Eclectic Traits? *American Psychologist*, 63(6), 503-517.
- Mayer, J. D., y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp. 3-34). Nueva York: Basic Books.
- McCrae, R. R., y Costa, P. T., Jr. (2008). The five-factor theory of personality. En O. P. John, R. W. Robins, y L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (3ª ed., pp. 159-180). Nueva York: Guilford Press.
- McDowell, I., y Newell, C. (1987). *Measuring Health: A guide to rating scales and questionnaires*. Nueva York: Oxford University Press.
- McMahon, D. M. (2006). *Una historia de la felicidad*. Madrid: Taurus.
- Mestre, J. M., Comunian, A. L., y Comunian, M. L. (2007). Inteligencia emocional: una revisión a sus primeros quince años y un acercamiento conceptual desde los procesos psicológicos. En J.M. Mestre Navas, y P. Fernández-Berrocal (Coords.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 47-68). Madrid: Pirámide.
- Morisse, F., Vandemaele, E., Claes, C., Claes, L., y Vandeveldel, S. (2013). Quality of Life in Persons with Intellectual Disabilities and Mental Health Problems: An Explorative Study. *The Scientific World Journal*, 1-8.
- Mosing, M. A., Zietsch, B. P., Shekar, S. N., Wright, M. J., y Martin, N. G. (2009). Genetic and environmental influences on optimism and its relationship to mental and self-rated health: A study of aging twins. *Behavior Genetics*, 39(6), 597-604.
- Nelis, D., Kotsou, I., Quoidbach, J., Hansenne, M., Weytens, F., Dupuis, P., y Mikolajczak, M. (2011). Increasing Emotional competence improves psychological and physical well-being, social relationships, and employability. *Emotion*, 11(2), 354-366.
- Nieto, J., Abad, M. A., y Torres, A. (1998). Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*, 14, 75-81.
- Noll, H. H. (2002). Towards a European System of Social Indicators: Theoretical Framework and System Architecture. *Social Indicators Research*, 58(1-3), 47-87.
- Otero, J. M., Luengo, A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A., y Castro, C. (1998). *Psicología de la Personalidad. Manual de prácticas*. Barcelona: Ariel Practicum.

- Palmer, B., Donaldson, C., y Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 33, 1091-1100.
- Pate, R. R., Dowda, M., O'Neill, J. R., y Ward, D. S. (2007). Change in physical activity participation among adolescents girls from 8th to 12th grade. *Journal of Physical Activity and Health*, 4, 3-16.
- Payne, W. L. (1986). A study of emotion: Developing emotional intelligence; selfintegration, relating to fear, pain and desire. *Dissertation Abstracts International*, 47(1-A).
- Pearl, R. (1928). *The rate of living*. Londres: University of London Press.
- Pérez-González, J. C., Petrides, K. V., y Furnham, A. (2007). La medida de la inteligencia emocional rasgo. En J. M. Mestre, y P. Fernández-Berrocal (Coords.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 81-97). Madrid: Pirámide.
- Petrides, K. V., y Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15(6), 425-448.
- Petruzzello, S. J., Landers, D. M., Hatfield, B. D., Kubitz, K. A., y Salazar, W. (1991). A meta-analysis on the anxiety-reducing effects of acute and chronic exercise: Outcomes and mechanisms. *Sports Medicine*, 11, 143-182.
- Pont, P. (2000). *Tercera edad, actividad física y salud: Teoría y práctica*. Barcelona: Paidotribo.
- Pulido-Martos, M., Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J. M., y Ruiz, J. (en prensa). Inteligencia emocional, personalidad y actividad física en mayores institucionalizados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*.
- Queirós, M. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Queirós, P. S. (2006). Actividad física en la tercera edad: Análisis de sus relaciones con la Inteligencia Emocional Percibida y los estilos de respuesta a la depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 293-303.
- Rabins, P. V., Black, B., German, P., Roca, R., McGuire, M., Brant, L., y Cook, J. (1996). The Prevalence of Psychiatric Disorders in Elderly Residents of Public Housing. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 51(6), M319-M324.
- Ramos, J., Meza, A. M., Maldonado, I., Ortega, M. P., y Hernández, M. T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56.
- Rando, T. A., y Carstensen, L. L. (2011). Foreword. En K. W. Schaie, y S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7ª ed., pp. ix-x). Londres: Academic Press.
- Raphael, D. (1996). Quality of Life of Older Adults: Toward the Optimization of the Aging Process. En R. Renwick, I. Brown, y M. Nagler (Eds.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications* (pp. 290-306). Thousand Oaks: SAGE Publications.

- Raphael, D., Brown, I., Renwick, R., y Rootman, I. (1994). *Quality of life theory and assessment: What are the implications for health promotion?* Toronto: University of Toronto, Centre for Health Promotion, y ParticipACTION.
- Rapley, M. (2000). The social construction of "quality of life": The interpersonal production of well-being revisited. En K. D. Keith, y R. L. Schalock (Eds.), *Cross-cultural perspectives on quality of life* (pp. 15-172). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research: a critical introduction*. Londres: Sage Publications.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y Emoción*. Madrid: McGraw-Hill.
- Reig, A. (2000). La Calidad de Vida en Gerontología como Constructo Psicológico. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 35(2), 5-16.
- Reinders, J. S. (2002). The good life for citizens with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(1), 1-5.
- Rey, L., Extremera, N., y Trillo, L. (2013). Exploring the relationship between emotional intelligence and health-related quality of life in patients with cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 31(1), 51-64.
- Roberts, R. D., MacCann, C., Matthews, G., y Zeidner, M. (2010). Emotional intelligence: Toward a consensus of models and measures. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(10), 821-840.
- Rodríguez, P. (2011). Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir. *Actas de la Dependencia*, 3, 5-40.
- Rowe, J. W., y Kahn, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237, 143-149.
- Ruiz, M. A., y Baca, E. (1993). Design and validation of the «Quality of Life Questionnaire» («Cuestionario de Calidad de Vida», C.C.V.): a generic health-related perceived quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Ruiz-Aranda, D., Cabello, R., Salguero, J. M., Palomera, R., Extremera, N., y Fernández-Berrocal, P. (2013). *Programa INTEMO: Guía para mejorar la inteligencia emocional de los adolescentes*. Madrid: Pirámide.
- Ryan, R. M., y Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141-166.
- Rybash, J. M., Hoyer, W. J., y Rodin, P. A. (1986). *Adult cognition and aging: Developmental changes in processing, knowing, and thinking*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069-1081.

- Ryff, C. D., y Keyes, C. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., Rohr, B. A., y Andrews, J. J. W. (2007). Personality, emotional intelligence and exercise. *Journal of Health Psychology*, 12(6), 937-948.
- Saklofske, D. H., Austin, E. J., y Minski, P. S. (2003). Factor structure and validity of a trait emotional intelligence measure. *Personality and Individual Differences*, 34(4), 707-721.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. D. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). Washington: American Psychological Association.
- Salovey, P., Stroud, L. R., Woolery, A., y Epel, E. S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health*, 17, 611-627.
- Salovey, P., y Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- San Juan, C. (2000). Ambientes institucionales. En J. I. Aragonés, y M. Américo (Eds.), *Psicología Ambiental* (pp.239-257). Madrid: Pirámide.
- Sánchez, M. T., Montañés, J., Latorre, J. M., y Fernández-Berrocal, P. (2006). Análisis de las relaciones entre la inteligencia emocional percibida y la salud mental en la pareja. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 343-353.
- Schaie, K. W., y Willis, S. L. (2003). *Psicología de la edad adulta y la vejez* (5ª ed.). Madrid: Pearson Educación.
- Schalock, R. L., Keith, K. D., Verdugo, M. A., y Gomez, L. E. (2010). Quality of life model development and use in the field of intellectual disability. En R. Kober (Ed.), *Quality of Life: Theory and Implementation* (pp. 17-32). Nueva York: Sage.
- Schalock, R. L., Verdugo, M. A., Verdugo, C., Wang, M., Wehmeyer, M., Jiancheng, X., y Lachapelle, Y. (2005). Cross Cultural Study of Quality of Life Indicators. *American Journal on Mental Retardation*, 110(4), 298-311.
- Scheier, M., Carver, C., y Bridges, M. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A re-evaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Scherer, K. R., y Ellgring, H. (2007). Are Facial Expressions of Emotion Produced by Categorical Affect Programs or Dynamically Driven by Appraisal? *Emotion*, 7(1), 113-130.
- Schultz, R, y Heckhausen, J. (1996). A life-span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.

- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Hall, L. E., Haggerty, D. J., Cooper, J. T., Golden, C. J., y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25(2), 167-178.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N., y Peterson, C. (2005). Positive Psychology Progress: Empirical Validation of Interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421.
- Shapiro, L. E. (1997). *How to raise a child with a higher EQ?* Nueva York: Harper Collins.
- Sheldon, K.M., y King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216-217.
- Shock, N. W. (1985). Longitudinal studies of aging in humans. En C. E. Finch, y E. L. Schneider (Eds.), *Handbook of the biology of aging* (2ª ed., pp. 721-743). Nueva York: Van Nostrand-Reinhold.
- Siegrist, J., Knesebeck, O., y Pollack, C. E. (2004). Social productivity and well-being of older people. A sociological exploration. *Social Theory and Health*, 2, 243-263.
- Stark, J. A., y Goldsbury, T. (1990). Quality of life from childhood to adulthood. En R. L. Schalock (Ed.), *Quality of life: Perspectives and issues* (pp. 71-84). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Strawbridge, W. J., Deleger, S., Roberts, R. E., y Kaplan, G. A. (2002). Physical activity reduces the risk of subsequent depression for older adults. *American Journal of Epidemiology*, 15, 328-334.
- Strehler, B. L. (1962). *Time, cells, and aging*. Nueva York: Academic Press.
- Thorndike, E. L. (1920). Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*, 140, 227-235.
- Triadó, C. (2001). Cambio evolutivo, contextos e intervención psicoeducativa en la vejez. *Contextos Educativos*, 4, 119-133.
- Triadó, C., y Villar, F. (2006). La psicología del envejecimiento: conceptos, teorías y métodos. En C. Triadó, y F. Villar (Coords.), *Psicología de la Vejez* (pp. 23-62). Madrid: Alianza Editorial.
- Triadó, C., y Villar, F. (1997). Modelos de envejecimiento y percepción de cambios en una muestra de personas mayores. *Anuario de Psicología*, 73, 43-55.
- 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, 95-105.
- UNFPA, y HelpAge International (2012). *Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío*. Nueva York: United Nations Population Fund. Extraído de <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/11584>

- Vázquez, C., y Hervás, G. (2009). *La ciencia del bienestar: Fundamentos de una psicología positiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Veenhoven, R. (1984). *Conditions of Happiness*. Dordrecht: Reidel.
- Velasco, M. L., y Sinibaldi, J. F. J. (2001). Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México D. F.: Manual Moderno.
- Villar, F. (2005). El enfoque del ciclo vital: hacia un abordaje evolutivo del envejecimiento. En S. Pinazo, y M. Sánchez (Dir.), *Gerontología: actualización, innovación y propuestas* (pp. 147-181). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Vinyoles, E., Vila, J., Argimon, J. M., Espinas, J., Abos, T., y Limón, E. (2002). Concordance among Mini-Examen Cognoscitivo and Mini-Mental State Examination in cognitive impairment screening Spanish. *Atención Primaria*, 30, 5-13.
- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-13.
- Wang, M., Schalock, R. L., Verdugo, C., y Jenaro, C. (2010). Examining the factor structure and hierarchical nature of the quality of life construct. *American Journal on Mental Retardation*, 115(3), 218-233.
- Ware, J. E., y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36 item short form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483.
- Weinsinger, H. (1997). *Emotional intelligence at work*. Nueva York: Jossey-Bass.
- Whitbourne, S. K. (1985). *The aging body*. Nueva York: Springer.
- Williams, F. M., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N., y Joiner, T. E. (2004). Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 233-240.
- Wong, C. S., y Law, K. S. (2002). The effects of leader and follower emotional intelligence on performance and attitude: An exploratory study. *The Leadership Quarterly*, 13(3), 243-274.
- Woodill, G., Renwick, R., Brown, I., y Raphael, D. (1994). Being, belonging, becoming: An approach to the quality of life of persons with developmental disabilities. En D. Goode (Ed.), *Quality of life for persons with disabilities: International perspectives and issues* (pp. 57-74). Cambridge, MA: Brookline.
- Yalcin, B. M., Karahan, T. F., Ozcelik, M., y Igde, F. A. (2008). The effects of an emotional intelligence program on the quality of life and well-being of patients with type 2 diabetes mellitus. *Diabetes Educator*, 34(6), 1013-1024.
- Zeidner, M., Roberts, R. D., y Matthews, G. (2008). The science of emotional intelligence: Current consensus and controversies. *European Psychologist*, 13(1), 64-78.

ANEXO: ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Artículo 1

Pulido-Martos, M., Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J. M., y Ruiz, J. R. (2014). Inteligencia Emocional, Personalidad y Actividad Física en Mayores Institucionalizados. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 23(2), 231-280.

Resumen

Antecedentes: Existe suficiente evidencia empírica de la asociación entre rasgos de personalidad y actividad física. El sentido de la relación inteligencia emocional (IE) y actividad física varían en función de los estudios analizados. El objetivo central del estudio es analizar la asociación entre la inteligencia emocional y la actividad física en mayores institucionalizados controlando la influencia de los rasgos de personalidad. Método: Participaron 115 (55 mujeres) mayores institucionalizados ($88,3 \pm 7,9$ años de edad) de la provincia de Jaén (España). Como instrumentos de medida se utilizaron: Big Five Inventory, Wong and Law Emotional Intelligence y una estimación subjetiva de los niveles de actividad física. Se llevaron a cabo análisis de regresión jerárquica. Resultados: Los predictores de actividad física fueron la Escrupulosidad, seguida de la Apertura, con una asociación de tipo negativo. Con la inclusión del bloque correspondiente a la inteligencia emocional, se mantuvo la influencia de la Escrupulosidad y la Apertura y, además, resultaron significativas la Percepción de emociones y el Uso de emociones, ambas asociadas positivamente a la actividad física. Conclusión: Los resultados muestran la influencia de la inteligencia emocional sobre la actividad física en mayores institucionalizados, más allá de variables disposicionales como la personalidad. Se necesitarían llevar a cabo estudios de intervención para comprobar la influencia de la mejora de competencias emocionales sobre los niveles de actividad física.

Palabras clave: inteligencia emocional, personalidad, actividad física, mayores institucionalizados.

Artículo 2

Luque-Reca, O., Pulido-Martos, M., Lopez-Zafra, E., & Augusto-Landa, J. M. (2015). Emotional intelligence and health-related quality of life in institutionalised Spanish older adults. *International Journal of Psychology, 50*(3), 215-222. 2015. doi:10.1002/ijop.12089

Abstract

This study explores the relationship between emotional intelligence (EI) and health-related quality of life (HRQoL) in a sample of Spanish older adults who are institutionalised in long-term care (LTC) facilities. One hundred fifteen institutionalised individuals (47.82% women; 88.3 ± 7.9 years) from southern Spain completed a set of questionnaires that included measures of EI, health and personality. Data were analysed via hierarchical regression. After controlling for personality and sociodemographic variables, the EI dimensions, emotional comprehension and emotional facilitation, accounted for part of the variance in several HRQoL facets. These dimensions could have an important role in the HRQoL of residents in LTC. Moreover, the use of a performance measure addresses the limitations of previous studies that have relied on self-report measures. These aspects underscore the importance of the results of this study.

Keywords: Emotional intelligence; Health-related quality of life; Long-term care facilities; Personality

Resumen

Este estudio explora la relación entre la inteligencia emocional (IE) y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en una muestra de mayores españoles institucionalizados en residencias. Ciento quince mayores institucionalizados (47.82% mujeres; 88.3 ± 7.9 años) del sur de España completaron un conjunto de instrumentos que incluyen medidas de IE, salud y personalidad. Los datos fueron analizados mediante regresión jerárquica. Una vez controladas las variables de personalidad y sociodemográficas, las dimensiones de IE, comprensión y facilitación emocional, lograron predecir parte de la varianza de diversas facetas de la CVRS. Estas dimensiones podrían jugar un importante papel en la CVRS de los residentes. Además, el uso de una medida de rendimiento permite salvar las limitaciones de los trabajos previos, basados exclusivamente en medidas de autoinforme. Todo ello subraya la importancia de los hallazgos del presente estudio.

Palabras clave: Inteligencia emocional; Calidad de vida relacionada con la salud; Residencias para mayores; Personalidad