

## **Evaluación del efecto de una intervención en inteligencia emocional en adultos mayores**

### **Effect of an intervention of emotional intelligence concerning psychological well-being and depression on older adults**

---

Ariadna Pamela Segura Barrera  
Manuel Sosa Correa  
Ricardo Castillo Ayuso  
Universidad Autónoma de Yucatán

Juan Manuel Gutiérrez Trigo  
Universidad de Cádiz

#### **Resumen**

Las personas que regulan sus emociones tienen a sentir menos tristeza y depresión. En este sentido, se implementó un taller de inteligencia emocional (IE) integrativo, que incluyó técnicas de la terapia racional emotiva conductual congruentes con el modelo de las cuatro ramas de Salovey y Mayer. El objetivo de la investigación fue la evaluación del efecto del taller de IE sobre los niveles de bienestar psicológico (BP) y depresión de adultos mayores. Se administró la escala autoinformada de IE, el inventario de depresión de Beck-II y la escala de BP. A través de la prueba de rango con signo de Wilcoxon, se observó el tamaño del efecto del taller en los factores evaluados: conocer las causas de las emociones interpersonalmente, controlar la distancia emocional intrapersonalmente y explicar las sensaciones de las emociones intrapersonal e interpersonalmente. Los resultados indicaron que no hubo diferencias significativas en el bienestar psicológico, sin embargo, los participantes disminuyeron el nivel de depresión.

*Palabras clave:* adultos mayores, inteligencia emocional, bienestar psicológico, depresión, estudio piloto.

---

#### Nota del autor

Ariadna Pamela Segura Barrera, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán. Manuel Sosa Correa, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán. Ricardo Castillo Ayuso Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán. Juan Manuel Gutiérrez Trigo, Centro de Psicología y Salud Psicología Diez

La correspondencia en relación con este artículo debe dirigirse a Ariadna Pamela Segura Barrera, Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Yucatán, Kilómetro 1 Carretera Mérida, Tizimin-Cholul, C.P. 97305.  
Correo electrónico: [ariadnasegurabarrera@gmail.com](mailto:ariadnasegurabarrera@gmail.com)

## Abstract

A workshop on integrative emotional intelligence (EI) was implemented, which included Rational Behavioral Emotional Therapy techniques in congruence with Salovey and Mayer's four-branch model. The objective of this study was to evaluate the effects of an emotional intelligence workshop on levels of psychological well-being (PWB) and depression in older adults. The instruments used were the EI Self-Report Scale, the Beck-II Depression Inventory, and the PWB scale. The workshop's effect size on the dependent variables (i.e. knowing the causality of intrapersonal emotions and explaining sensations derived intra- and interpersonally) was calculated using the Wilcoxon Rank-Sum Test. There wasn't a significant difference in psychological well-being. However, some participants showed a reduced level of depression.

*Keywords:* older adults, emotional intelligence, psychological well-being, depression, pilot study

### Antecedentes

En un estudio se encontró que quienes perciben y regulan claramente sus emociones tienden a manifestar menos tristeza y depresión (Salguero Noguera e Iruarrizaga Díez, 2006). Otro estudio concluye que las personas deprimidas reportan tener niveles más bajos de bienestar psicológico (BP) por tanto, para que un tratamiento para la depresión sea efectivo es importante involucrar el BP (Edmondson & MacLeod, 2015). Asimismo, otra investigación reportó que personas con elevado BP, obtenían puntuaciones bajas en depresión (Nguyen, Taylor, Peterson & Chatters, 2013). Sánchez López, León Hernández & Barragán-Velásquez, (2015) apuntan a que existe una correlación entre IE y el BP, especialmente las dimensiones de optimismo, logro y autoestima de la IE con la dimensión de BP subjetivo.

Estas relaciones encontradas entre depresión, BP e IE, se consideran relevantes en la población de adultos mayores (AM), que va en aumento

de acuerdo con el *United Nations Population Fund* y el HelpAge International (2012). Se estima que en menos de 10 años habrá 1 000 millones de AM y en el año 2050 llegarán a 2 000 millones, los cuales representarían el 22% de la población mundial (Organización Mundial de la Salud, 2016).

También se han hecho intervenciones para fomentar la IE en AM, con evaluaciones antes y después de la intervención, que han sido exitosas, pues se incrementó la IE (Kozłowski, Hutchinson, Hurley, & Browne, 2018). En otro estudio, específicamente, mediante el inventario breve de inteligencia emocional para mayores (EQ-i-M20), tras la intervención se observó una mejora en la mayoría de las dimensiones como la intrapersonal, interpersonal, adaptabilidad y estado de ánimo (Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez, & Soler, 2015).

En México durante el 2015 el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) confirmó que los AM son el 10.5 % de la

población nacional. En el municipio de Mérida, de acuerdo con el Plan Municipal de Desarrollo 2015-2018, emitido por el Ayuntamiento Constitucional, habitan 90 000 AM, los cuales representan el 10.62% de la población.

Los AM experimentan cambios como los somáticos, vejez biológica, jubilación, reducción de recursos económicos, pérdida progresiva de los seres queridos y declinación de las funciones físicas (Kemper & Rosek, 2013), declinación de las funciones cognitivas (Sheets, Bradley & Hendricks, 2005), psicológicas y de rutina de vida (Fingerman, Turiano, Davis & Charles, 2013) como pueden ser la presencia de la familia multigeneracional, la viudez y cambio de residencia (Cornachione Larrínaga, 2008). También son propensos a contraer enfermedades que afectan al cuerpo y a la mente, el mundo emocional y las relaciones con el entorno incluyendo el deterioro cognitivo, que en esta etapa se refleja en un detrimento en la memoria a corto plazo (Sheets, Bradley & Hendricks, 2005).

Algunos AM, presentan dificultades para identificar sus emociones y para expresarlas, (Ostrosky & Vélez, 2013) debido a los cambios antes mencionados. Los AM pueden tener cambios en la personalidad (Sheets, Bradley & Hendricks, 2005) y funcionamiento emocional (Pérez Fuentes, Molero Jurado, Osorio Cámara & Mercader Rubio, 2014). Por esto es importante que cuenten con las habilidades emocionales necesarias para afrontar estas situaciones y adaptarse a las transformaciones

correspondientes a su edad prestando especial atención a las estrategias de regulación emocional, enfatizando en emociones que son consideradas negativas. Además es importante centrarse en el componente de atención emocional, lo cual facilitaría el reconocimiento emocional, la facilitación emocional para trabajar la conexión entre pensamientos y emociones y la regulación emocional, lo que promueve el desarrollo de mecanismos más elaborados (López Pérez, Fernández Pinto & Márquez González, 2008).

En México los AM son considerados un grupo vulnerable según Juárez-Ramírez, et al. (2014). En Yucatán (Gobierno del Estado de Yucatán, 2013), se considera vulnerables a los AM, ya que muchos de ellos viven en situaciones de desempleo, pobreza, deterioro crónico y gradual de la salud debido a malos hábitos alimentarios e higiene, despojo de bienes a manos de los propios familiares. Se perciben a sí mismos en etapa de decadencia e improductivos, y en riesgo de sufrir violencia familiar y sexual.

Por ello, el Ayuntamiento Constitucional de la Ciudad de Mérida, (2015) contempla emprender proyectos y programas para impactar en su calidad de vida (Gobierno del Estado de Yucatán, 2013). Sin embargo, las acciones propuestas se relacionan más con su bienestar físico que emocional.

Está demostrado que trabajar el área emocional en AM tiene efectos positivos (Ramírez, Ibarra, & Espitia 2011). Por lo anterior, se propone este estudio cuyo objetivo es evaluar el

efecto que tiene un taller de IE integrativo en la IE, el BP y la depresión en AM, para conocer si existen diferencias estadísticamente significativas en las variables observadas (IE, Depresión y BP) antes y después de la aplicación de la intervención integrativa de IE.

## Método

### Diseño

Se siguió un diseño preexperimental de un solo grupo, con medidas pre y posintervención en cada área del programa. Los análisis estadísticos que se realizaron en IE fueron hechos con la prueba de rango con signo de Wilcoxon. En depresión, se comparó los niveles de depresión

según los criterios del manual de la prueba BDI-II y en BP se realizó una comparación de percentiles según indica el manual de la prueba BIEPS-A.

### Participantes

La muestra estuvo conformada por nueve AM pertenecientes a un centro de atención de AM del Ayuntamiento de Mérida, a partir de un muestreo no probabilístico intencionado (Hernández-Sampieri, Fernández & Baptista, 2006). Los datos sociodemográficos se observan en la Tabla 1. Todos los participantes dieron su consentimiento informado para las evaluaciones y la participación en el taller.

Tabla 1

*Datos generales de los participantes*

Características	Frecuencias
Hombres	3
Mujeres	6
Nacidos en Yucatán	4
Residentes de Mérida	9
Trabajan	1
Problema de salud física	9
Problema de salud mental	1
Estado civil	
Casados	5
Solteros	2
Separados	2
Personas con las que viven predominantemente	
Familia	7
Solos	2

Los datos corresponden a nueve personas que cumplieron con más del 60% de la asistencia a las sesiones y que estuvieron en el pretest y postest. Estos participantes se ubican en un rango de edad desde 61 hasta 77 años. Hay que señalar que al taller también asistieron otros 27 AM, los cuales, no acudieron a más del 60% de las sesiones o no acudieron al pretest o postest.

### **Diseño de Investigación**

La presente intervención es un estudio sin grupo control y que busca conocer el efecto de una intervención; se considera un “estudio piloto de efectividad de un solo grupo”, según Craig et al. (2008). Es un estudio de tipo cuantitativo con mediciones pre-post. La evaluación del programa consistió en dos acciones que se llevaron a cabo a lo largo de la implementación de este. La evaluación pre y post consistió en la administración de las escalas EARIE, BDI-II y BIEPS-A, previa a las sesiones del taller de manera grupal. Para que pudiera ser llevada a cabo se contó con el apoyo de ocho becarios estudiantes de la licenciatura en Psicología, quienes asistían a las personas con dificultades para la lectoescritura; la facilitadora principal es licenciada en Psicología con estudios de Maestría en Psicología Clínica.

### **Programa de intervención**

La base de la intervención se tomó de la propuesta de Sosa-Correa et al. (2015). En esta que se integran el modelo de IE de Salovey y Mayer (1997) y la terapia racional emotiva conductual (TREC) de Ellis (2000), que integra temáticas

como, emociones primarias; percepción y expresión emocional; autoaceptación; facilitación emocional del pensamiento; facilitación cognitiva de la emoción (TREC); comprensión de las emociones y regulación reflexiva de las emociones, autoaceptación (TREC) y prevención de recaídas.

Esta integración es un “modelo técnico de orientación”, ya que selecciona los procedimientos terapéuticos efectivos y que además sean congruentes con los objetivos de intervención (Rosado y Rosado, Vázquez-Vargas y Cetina-Sosa, 2016).

El taller incluyó 12 sesiones temáticas y 2 de evaluación (al inicio y al final) del programa. En cuanto a las sesiones temáticas, se empleó dos sesiones por cada una de las cuatro ramas (percepción y expresión emocional, facilitación emocional del pensamiento, comprensión de las emociones y regulación reflexiva de las emociones) del modelo de Mayer y Salovey (1997), dos sesiones para los elementos de la TREC (Dryden et al, 2003), una sesión para autoaceptación (Ellis & Abrahms, 2005) y una sesión para prevención de recaídas (Ellis, 2006).

La secuencia en las sesiones fue la siguiente: comenzar con una bienvenida; después, realizar una dinámica de activación; luego, la revisión de la tarea que se haya planteado la sesión anterior; a continuación, la dinámica del tema central, la exposición del contenido y la reflexión; finalmente, se indica la tarea y se evalúa la sesión.

## Procedimiento de implementación

Las sesiones temáticas buscaban fortalecer las habilidades de IE a través de dinámicas integrativas y reflexivas, proyección de videos y exposiciones. Los temas que se abordaron fueron: presentación; introducción a las emociones; importancia y función de las emociones; percepción, evaluación y expresión emocional; emoción como facilitadora del pensamiento; educación en el modelo TREC: el pensamiento como facilitador de la emoción; utilización del conocimiento emocional; regulación de las emociones; autoaceptación; prevención de recaídas, y cierre del taller.

## Escenario

La intervención se llevó a cabo en un centro de atención al adulto mayor del ayuntamiento de Mérida, Yucatán, en un salón con una capacidad suficiente para los participantes.

## Instrumentos

Se utilizaron tres escalas para medir IE, BP y depresión en los participantes del taller. A continuación, se describe cada una de ellas.

1. Escala autoinformada de inteligencia emocional (EAIE, Sosa-Correa, 2008). Esta prueba obtuvo en su total un coeficiente de 0.986, así como en todos los factores superó el criterio mínimo establecido de 0.70. Tiene 77 reactivos tipo *likert*, cada uno con cinco opciones de respuesta que van desde “totalmente en desacuerdo” hasta “totalmente de acuerdo”. Para efectos de la aplicación, esperando facilitar a los participantes el llenado de la misma, se

convirtió la escala a pictográfica, de modo que contó con cinco círculos que iban incrementando en tamaño.

Los 11 factores de la EAIE son: factor 1, el darse cuenta a nivel emocional tanto en el área intrapersonal como en la interpersonal; factor 2, manejar las emociones tanto en el área intrapersonal como en la interpersonal; factor 3, predecir el cambio emocional tanto en el área intrapersonal como en la interpersonal; factor 4, conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área interpersonal; factor 5, controlar la distancia emocional en el área intrapersonal; factor 6, controlar la distancia emocional en el área interpersonal; factor 7, conocer la expresión emocional en el área intrapersonal; factor 8, explicar las sensaciones de las emociones tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal; factor 9, reconocer el cambio emocional tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal; factor 10, recordar emociones para acordarse de situaciones tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal; y factor 11, lograr emociones determinadas en el área intrapersonal.

2. Inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer & Brown, 2009). Es un instrumento de autoinforme de 21 grupos de enunciados de entre los cuales es necesario elegir un enunciado de cada grupo; dicho enunciado debe corresponder al mejor descriptor de cómo se ha sentido la persona las últimas dos semanas incluyendo el día que responde el cuestionario.

Su puntuación se determina mediante la suma de las elecciones para los 21 ítems, las cuales ubican a las personas en uno de los cuatro rangos. Igualmente, para la versión española Vázquez y Sanz (1991) se obtuvo un coeficiente de estabilidad test-retest de 0.72, y un alpha de Cronbach de 0.82

3. Escala de evaluación de bienestar psicológico (BIEPS-A) (Casullo 2002). Se trata de una escala compuesta por 13 ítems con tres opciones de respuesta que son: “de acuerdo”, “ni de acuerdo ni en desacuerdo” y “en desacuerdo”. La escala evalúa las siguientes dimensiones del constructo: control de situaciones, aceptación de sí mismo, vínculos psicosociales, autonomía, y proyectos. Respecto al instrumento BIEPS, esta prueba reporta un de alpha Cronbach que osciló entre 0.75 y 0.80 (Urbano Reaño 2019).

Se solicitó y se obtuvo el permiso de los participantes para administrar los cuestionarios. Se les informó de la confidencialidad, mencionándoles que en cualquier momento podría retirarse de la investigación. La investigación propuesta respeta los principios fundamentales de la declaración de Helsinki, y a todas las normas éticas y legales aplicables.

## Resultados

### **Análisis descriptivo y comparación de los resultados del pretest y el postest en cada una de las escalas**

#### ***La escala autoinformada de inteligencia emocional EAIE.***

Las comparaciones entre los sujetos antes y después del taller se realizaron de manera

descriptiva, comparando las diferencias entre las medias de cada factor y las diferencias entre el porcentaje de dominio en cada factor.

En la Tabla 2 se observan las diferencias que hay en las medias del pretest y el postest, el factor 8 es el que arroja un mayor cambio; sin embargo, este es menor a un punto de diferencia. Hubo un incremento del 25% en los factores 2, 4, 5, 7, 8, 9 y 11, así como una disminución en los factores 1, 3, 6 y 10.

#### ***El inventario de depresión de Beck (BDI-II).***

A continuación, se presentan los resultados obtenidos en el BDI-II tanto en el pretest como en el postest. La Tabla 3 ilustra el nivel de depresión obtenido tanto en el pretest como en el postest por cada sujeto.

Como puede observarse, en un nivel de depresión mínimo se mantuvieron tanto en el pretest como en el postest cuatro personas. En un nivel de depresión leve, en el pretest hubo tres personas y para el postest se encontraron solo dos. En el nivel de depresión moderado hubo una persona en el pretest y tres en el postest; en el nivel de depresión severo hubo una persona en el pretest y ninguna en el postest.

Tabla 2

*Comparativo de los resultados obtenidos del pretest y el posttest en las dos aplicaciones de la escala EAIE*

Inteligencia Emocional	Pretest		Posttest	
	M	DT	M	DT
Factor 1: El darse cuenta, a nivel emocional tanto en el área intrapersonal como en la interpersonal	4.56	0.21	4.36	0.28
Factor 2: manejar las emociones tanto en el área intrapersonal como en la interpersonal	2.08	1.10	2.53	1.07
Factor 3: predecir el cambio emocional tanto en el área intrapersonal como en la interpersonal	3.96	0.42	3.75	0.45
Factor 4: conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área interpersonal	3.79	1.09	4.37	0.51
Factor 5: controlar la distancia emocional en el área intrapersonal	3.79	0.65	4.30	0.71
Factor 6: controlar la distancia emocional en el área interpersonal	4.56	0.51	4.22	0.66
Factor 7: conocer la expresión emocional en el área intrapersonal	4.38	0.51	4.56	0.31
Factor 8: explicar las sensaciones de las emociones tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal	3.06	0.66	3.94	0.84
Factor 9: reconocer el cambio emocional tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal	3.69	1.20	4.11	0.54
Factor 10: recordar emociones para acordarse de situaciones tanto en el área intrapersonal como en el área interpersonal	4	0.71	3.44	0.76
Factor 11: lograr emociones determinadas en el área intrapersonal.	2.5	1.26	3.17	0.78

Tabla 3

*Comparativo de los resultados obtenidos del pretest y el posttest de cada uno de los participantes en el BDI II*

Participantes	Pretest	Posttest
	Nivel de depresión	Nivel de depresión
1	Mínimo	Mínimo
2	Mínimo	Mínimo
3	Mínimo	Mínimo
4	Mínimo	Leve
5	Leve	Moderado
6	Leve	Mínimo
7	Leve	Leve
8	Moderado	Moderado
9	Severo	Moderado

***Escala de Bienestar Psicológico para Adultos BIEPS-A.***

A continuación, se presenta una tabla (Tabla 4), la cual refleja la distribución en percentiles de las personas que contestaron la escala en su segunda aplicación. Comparando la distribución por percentiles generales del postest con la del pretest, es posible observar que el número de personas que conformaban el percentil 25 disminuyó en un 50% y que el número de personas en el percentil 50 aumentó al doble, mientras que la distribución de los demás percentiles se mantuvo igual.

En el análisis por dimensiones (ver Tabla 4), se observa que en relación a la dimensión control/aceptación las puntuaciones se mantuvieron igual en ambas aplicaciones. Esto se debe a que, durante el postest, 8 personas, las cuales equivalen a un 89%, indican un nivel alto y una, que equivale al 11%, indica un nivel medio.

En la dimensión autonomía (ver Tabla 4) hubo un aumento en el porcentaje de personas con bienestar medio y una disminución de porcentaje en el nivel de bienestar alto. Esto responde a que, durante el postest, tres personas, equivalentes al 44% del grupo, indican un nivel medio y seis, que equivalen al 56% restante, indican un nivel alto.

La dimensión vínculos (ver Tabla 4) se desarrolló de la misma manera que la dimensión autonomía. Se registró un incremento en el porcentaje de personas con bienestar medio y un decremento en el porcentaje de personas con bienestar alto, ya que durante el postest una persona indica un bienestar medio y 8 alto.

Por último, en la dimensión proyectos (ver Tabla 4) los puntajes se mantuvieron igual en ambas mediciones. Esto se debe a que tanto en el pretest como en el postest una persona indicó un bienestar medio y ocho indicaron alto.

Tabla 4

*Comparativo de los resultados obtenidos del pretest y el postest de cada una de las dimensiones del BIEPS-A*

Dimensión	Pretest		Postest	
	Medio	Alto	Medio	Alto
Aceptación y control	11%	89%	11%	89%
Autonomía	33%	67%	44%	67%
Vínculos	11%	89%	22%	78%
Proyectos	11%	89%	11%	89%

### Pruebas de hipótesis del efecto del taller

Se llevó a cabo una prueba de hipótesis donde se determinó el efecto que tuvo el taller; se probó la hipótesis nula para la mayoría de las variables, exceptuando el factor 5 y 7 de la EAIE. No existirán diferencias estadísticamente significativas en las variables observadas antes

y después de la aplicación del taller por medio de la prueba de rango con signo de Wilcoxon para  $N$  pequeñas en vista de que el diseño del estudio era un pretest/postest. Se observa que los valores  $r$ , que refleja el tamaño del efecto trivial, se obtuvieron tamaño del efecto grandes en los factores 4, 5 y 7 de la EAIE.

Tabla 5  
*Resultados de la prueba de rango con signo de Wilcoxon*

Escala	Pretest		Postest		Z	r
	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		
BDI-II	17.00	7.00	16.00	7.00	-0.833	.27
BIEPS-A: General	36.00	3.00	35.11	3.66	-0.631	.21
BIEPS-A: control-aceptación	8.00	1.00	8.56	0.73	-0.378	.12
BIEPS-A: autonomía	8.00	1.00	7.67	1.32	-0.276	.09
BIEPS-A: vinculación	8.00	1.00	7.56	1.51	-1.403	.38
BIEPS-A: proyectos	11.00	1.00	11.33	1.12	0.000	0
EARIE						
EARIE: factor 1	4.56	0.23	4.36	0.30	-1.33	.44
EARIE: factor 2	1.85	1.30	2.53	1.14	-1.48	.49
EARIE: factor 3	3.52	1.38	3.75	0.47	-0.36	.12
EARIE: factor 4	3.37	1.67	4.37	0.54	-1.52	.51
EARIE: factor 5	3.36	1.42	4.30	0.75	-1.96*	.65
EARIE: factor 6	4.06	1.60	4.22	0.70	-0.32	.10
EARIE: factor 7	3.89	1.55	4.56	0.33	-1.53	.51
EARIE: factor 8	2.72	1.21	3.94	0.89	-2.08*	.69
EARIE: factor 9	3.28	1.72	4.11	0.57	-1.42	.47
EARIE: factor 10	3.56	1.51	3.44	0.81	-1.42	.47
EARIE: factor 11	2.22	1.51	3.17	0.83	-1.49	.49

\* $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ ; \*\*\* $p < 0.001$

Valores de  $r < .10$  reflejan un tamaño del efecto trivial; de  $.10$  a  $.299$ , pequeño; de  $.30$  a  $.499$ , moderado; de  $.50$  a  $.699$ , grande, y mayor o igual que  $.70$ , muy grande. Se interpretaría como el tamaño del efecto de la intervención sobre la variable comparada.

### Discusión

De acuerdo con los resultados obtenidos en la prueba de rango con signo de Wilcoxon, el taller no tuvo efecto en cuanto a la depresión, BP y en la mayoría de los factores de la IE. Sin embargo, pero sí hubo aumento en los factores 4, 5 y 8 de IE que pudieran estar asociadas a efectos del taller.

El factor 4, correspondiente al factor teórico de Salovey y Mayer de conocimiento emocional en el área interpersonal, implica conocer las causas de las emociones y de la expresión emocional en el área interpersonal. Esto hace suponer que los participantes reconocen que las emociones tienen una causa ya sea cognitiva, conductual o situacional en ellos mismos. Así que, según los registros de las sesiones, hubo participantes que identificaban las causas de su ansiedad o su tristeza.

El factor 5, correspondiente al factor teórico de Salovey y Mayer de regulación de las emociones en lo intrapersonal, supone la habilidad de poder controlar la distancia emocional, lo cual implica poder alejarse o cambiar una emoción en uno mismo según la pertinencia de la circunstancia. Lo anterior fue muy valorado por los participantes; hay que mencionar que es la habilidad de poder sentir felicidad en determinados momentos o circunstancias elegidas por ellos a pesar de las situaciones externas que pudieran estar ocurriendo en sus vidas. Ellos mencionaban frases como “no voy a permitir que eso me amargue la vida” o “quiero sentirme bien porque

hoy estoy aquí”. También, durante la sesión 11, se registró el segundo lugar de asistencia más elevada y en la 12 se proporcionó información y técnicas para la regulación de emociones tanto por parte de la facilitadora como por parte de cada uno de los participantes.

El factor 8 corresponde a los factores teóricos de Salovey y Mayer de percepción, evaluación y expresión emocional tanto en lo intrapersonal como interpersonal. Implica poder explicar lo que siente alguien en una emoción determinada en uno mismo y en los demás. Su incremento puede relacionarse con la información, actividades y asignaciones que se realizaron en las primeras sesiones y que posteriormente fueron reforzándose en las sucesivas. Estas sesiones iban dirigidas a ejercitar la habilidad para identificar la emoción en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno mismo, así como la habilidad para identificar emociones en otros a través de distintos medios.

Lo anterior concuerda con la literatura en el sentido de que, cuando se realiza una intervención para fomentar la IE en AM, esta resulta exitosa al incrementarse la IE en las dimensiones como la intrapersonal, interpersonal (Kozlowski, Hutchinson, Hurley, & Browne, 2018 y Pérez-Fuentes, Molero, Gázquez, & Soler, 2015). En cuanto al tema de la depresión, se encontró que más de la mitad de ellos puntuaban con algún nivel de depresión de acuerdo con los resultados obtenidos en el BDI-II. Lo anterior concuerda con lo que la OMS aseguró en el 2016 acerca de que la depresión es una de las dos condiciones

que más frecuentemente afectan la salud mental de los AM.

A pesar de que no existen diferencias significativas entre el pretest y el postest para este instrumento, sí hubo quienes cambiaron de un nivel de depresión a otro. En la Tabla 3 se observa que el grupo de depresión severa disminuyó a depresión moderada; además, una persona que estaba en el grupo de depresión leve se pasó a mínimo. Un participante pasó de mínimo a leve y otro de leve a moderado. Esto pudiera relacionarse con tensiones familiares, cambios en los patrones de sueño, problemas físicos y cognitivos (Cornachione Larrínaga, 2008) que algunos de los participantes revelaron estar experimentando durante el taller.

En el tema de BP, se encontró que más de la mitad de los AM que contestaron el instrumento tanto en el pretest como en el postest se ubicaban por encima del percentil 50. Asimismo, se halló que la mayoría obtuvo puntuaciones altas en todas las dimensiones y ninguna persona obtuvo una puntuación baja en ninguna de las dos aplicaciones.

Las dimensiones en las que más cambios hubo, pero no estadísticamente significativos, fueron la autonomía y vínculos. El cambio pudo estar relacionado con algunos temas que se abordaron. Algunos de estos podrían ser el de la emoción como facilitadora del pensamiento, que ayuda al juicio y a la toma de decisiones; así como la asertividad, que se puede relacionar con la percepción, valoración y expresión de

la emoción y con la regulación reflexiva de las emociones (Mayer & Salovey, 1997).

### **Limitaciones**

Entre las limitaciones que se consideran más importantes está lo pequeño de la muestra con la que se pudo hacer los análisis. Aunque hubo más personas que participaron en diferentes sesiones, se contó con pocos participantes que cumplieran con los criterios de inclusión a la muestra.

También, se puede explicar lo poco significativo de los resultados debido a la baja asistencia de los participantes incluidos en la muestra. Sus razones para no asistir generalmente se relacionaban con situaciones propias de su edad como tener que asistir a otras terapias, tener alguna cita con el médico, tener que salir para ir a buscar leche o despensas o presentar algún problema de salud. Debido a esto, el 50% de los participantes solo estuvo en 6 de las 12 sesiones; si bien esto no afecta al criterio de exclusión, se observa baja participación en las actividades diseñadas para mejorar la IE.

Otra limitación significativa fue que los instrumentos para medir la IE, BP y depresión resultaron ser complicados para los participantes. Este sentido, su capacidad lectora y su dificultad para ver fueron elementos determinantes.

### **Sugerencias y conclusiones**

En conclusión, la intervención propuesta no influyó significativamente en las puntuaciones obtenidas en las escalas aplicadas para medir los niveles de depresión, BP e IE en el grupo de

personas que fueron reportadas en los resultados, exceptuando los factores 4, 5 y 8 de la EARIE. Lo anterior puede deberse a múltiples elementos que son descritos a continuación.

Durante el curso del taller, al tratarse de un espacio abierto y público, 13 personas se añadieron como participantes. Sin embargo, aunque muchos de ellos cumplían con la edad requerida no pudieron ser reportados porque su participación fue intermitente a lo largo de las sesiones y no estuvieron presentes durante el pretest. Como ya se mencionó, el motivo de sus inasistencias solía ser algo relacionado a su condición de adulto mayor.

Además, los instrumentos utilizados para medir la IE, BP y depresión resultaron ser complicados para los participantes. Aunque manifestaron estar satisfechos con los contenidos y actividades del taller y haber aprendido mucho, sus opiniones no parecen concordar con los resultados.

La aplicación de los instrumentos no pudo ser dividida en dos partes debido a que la institución no contaba con el tiempo necesario para prolongar las sesiones por más tiempo. Asimismo, extenderlas representaba un riesgo para la investigación, ya que los AM tenían la tendencia de no acudir constantemente, por lo que podía ocurrir que no se pudieran recolectar los resultados completos.

Con base en lo anterior se sugiere:

4. Seleccionar instrumentos más cortos y claros que se adapten mejor a las necesidades de la población.

5. Aplicar los instrumentos, de ser posible, de manera individual o dividir las aplicaciones en dos partes de forma que no resulte tan cansado para los participantes.

6. Agregar un espacio de tiempo al final de las sesiones para que los AM sean capaces de compartir su experiencias a modo de grupo de apoyo. Durante las sesiones se observó que tenían deseos de compartir sus vivencias, sugerencias e ideas con sus compañeros, lo cual no fue siempre posible por la cantidad de tiempo del que se disponía.

7. Cerrar los criterios de admisión para que las personas que se inscriban estén realmente en condiciones de asistir a la mayoría de las sesiones.

8. De replicarse en un escenario parecido al reportado, una forma de conseguir un reflejo más claro del trabajo realizado sería reportar también los resultados de las personas que no cumplieren con el rango de edad, ya que esos participantes son miembros y participan de las actividades realizadas.

### Referencias

- Ayuntamiento Constitucional de la ciudad de Mérida. (2015). *Plan Municipal de Desarrollo (2015-2018)*. Mérida, Yucatán, México.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2009). *BDI-II Inventario de depresión de Beck (2ª edición)*. Manual. Buenos Aires, Argentina: Paidós SACIF.

- Casullo, M. (Ed.). (2002). *Evaluación del bienestar psicológico en Ibero-américa*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, (50), 587–592.
- Cornachione Larrínaga, M. A. (2008). *Psicología del desarrollo. Vejez*. Córdoba, Argentina: Brujas.
- DIF Municipal. Ayuntamiento de Mérida Yucatán. (2016). *Atención al adulto mayor*. Recuperado de: [http://www.merida.gob.mx/dif/php/adulto\\_mayor.php](http://www.merida.gob.mx/dif/php/adulto_mayor.php)
- Dryden, W., DiGiuseppe, R., & Neenan, M. (2003). *A primer on Rational Emotive Behavior Therapy*. 2ª edición. Champaign, EUA: Research Press.
- Edmondson, O. J. H., & MacLeod, A. K. (2015). Psychological Well-Being and Anticipated Positive Personal Events: Their Relationship to Depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(5), 418–425. doi:10.1002/cpp.1911.
- Ellis A. (2000). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona, España: Paidós
- Ellis, A., & Abrahms, E. (2005). *Terapia Racional Emotiva*. 2ª edición. Ciudad de México, México: Editorial Pax.
- Fingerman, K., Turiano, N., Davis, E., & Charles, S. (2013). Social and emotional development in adulthood. En K. Ferraro & J. Wilmoth (Ed.), *Gerontology: Perspectives and Issues* (4ª edición) (69-90). Secaucus, EUA: Springer Publishing Company. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>.
- Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) & HelpAge International (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Nueva York, EUA: UNFPA & HelpAge International. Recuperado de: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final\\_0.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Ageing%20Report%20Executive%20Summary%20SPANISH%20Final_0.pdf)
- Gobierno del Estado de Yucatán. (2013) *Plan estatal de desarrollo Yucatán 2012-2018*. Mérida, Yucatán, México.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Resultados definitivos de la encuesta intercensal* (2015, 8 de diciembre). Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2014/adultos0.pdf>
- Juárez-Ramírez, C., Márquez-Serrano, M., Salgado de Snyder, N., Pelcastre-Villafuerte, B. E., Ruelas-González, M. G., & Reyes-Morales, H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(4), 284-290.
- Kemper, S., & Rosek, E. (2013). Communication disorders and aging. En Ferraro, K., & Wilmoth, J. (Ed.), *Gerontology: Perspectives and Issues* (69-90). 4ª edición. Secaucus,

- EUA: Springer Publishing Company.  
Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Kozlowski, D., Hutchinson, M., Hurley, J., & Browne, G. (2018). Increasing nurses' emotional intelligence with a brief intervention. *Applied Nursing Research*, 41, 59-61. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.04.001>
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & Márquez-González, M. (2008). Educación emocional en adultos y personas mayores. *Revista electrónica de educación psicoeducativa*, 6(2), 501-522. Recuperado de: <http://www.investigacion-psicopedagogica.org/revista/new/ContadorArticulo.php?249>
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey & D. J. Sluyter (Eds.), *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications* (3-34). Nueva York, EUA: Harper Collins. Recuperado de: [http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2014/02/pub219\\_Mayer\\_Salovey\\_1997.pdf](http://ei.yale.edu/wp-content/uploads/2014/02/pub219_Mayer_Salovey_1997.pdf)
- Nguyen, A., Taylor, R., Peterson, T., & Chatters, L. (2013). Health, Disability, Psychological Well-Being, and Depressive Symptoms among Older African American Women. *Women, Gender, and Families of Color*, 1(2), 105-123. Recuperado de: <http://www.jstor.org/stable/10.5406/womgenfamcol.1.2.0105>
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
- Ostrosky, F., & Vélez, A. (2013). Neurobiología de las emociones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 13(1), 1-13. Recuperado de: [http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol13\\_num1\\_4.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol13_num1_4.pdf)
- Pérez Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Osorio Cámara, M. J., & Mercader Rubio, I. (2014). Propuesta de Intervención Cognitiva en Personas Mayores: Programa de Estimulación Cognitiva e Inteligencia Emocional para Mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 1(1), 477-488. Recuperado de: <http://dehesa.unex.es:8080/xmlui/handle/10662/2087>
- Pérez-Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. M., Gázquez, J. J., & Soler, F. J. (2015). Estimulación de la Inteligencia Emocional en mayores: El programa PECI-PM. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 4(3), 329-339. <https://doi.org/10.30552/ejihpe.v4i3.84>
- Ramírez, L. Y. Á., Ibarra, L., & Espitia, E. G. (2011). Eficacia de un programa para la promoción del bienestar a partir de las dimensiones del esquema de sí mismo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 5(1), 73-79.
- Rosado y Rosado, M., Vázquez-Vargas, E., & Cetina-Sosa, A. C. (2016). El enfoque integrativo en psicoterapia. En S. M. Álvarez-Cuevas, E. M. Escoffié-Aguilar, M. Rosado

- y Rosado & M. Sosa-Correa (Eds.), *Terapia en contexto. Una aproximación al ejercicio terapéutico*. Ciudad de México, México: El Manual Moderno.
- Salguero Noguera, J. M., & Iruarrizaga Díez, I. (2006). Relaciones entre inteligencia emocional percibida y emocionalidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 207-221
- Sánchez López, D., León Hernández, S. R., & Barragán Velásquez, C. (2015). Correlación de inteligencia emocional con bienestar psicológico y rendimiento académico en alumnos de licenciatura. *Investigación en Educación Médica*, 4(15), 126-132. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349741048003>
- Sheets, D. J., Bradley, D. B., & Hendricks, J. (2005). *Enduring Questions Gerontology*. Nueva York, EUA: Springer Publishing Company. Recuperado de: <http://www.ebrary.com>
- Sosa-Correa, M. (2008) *Escala Autoinformada de Inteligencia Emocional (EAIE): validación de la escala de Inteligencia Emocional Autoinformada*. Madrid, España: Universidad Complutense.
- Sosa-Correa M., Navarrete Centeno, J., Franco Carrillo, M., Santiago Abitia, A., I., Olguín Segura, M., Ávila Roura, K. E., & Ávila Alcocer, D. J. (2015). Propuesta de Intervención Integrativa para el Fomento de Inteligencia Emocional. En V. Luque-Ribelles, R. Guil-Bozal, S. Cruces Montes, P. Gil-Olarte, Sánchez-Sevilla, A. Zayas-García & S. González Fernández (Eds.), *La psicología social llevada a la vida cotidiana* (12-30). Cádiz, España: Universidad de Cádiz. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/312635802\\_Propuesta\\_de\\_Intervencion\\_Integrativa\\_para\\_el\\_Fomento\\_de\\_Inteligencia\\_Emocional](https://www.researchgate.net/publication/312635802_Propuesta_de_Intervencion_Integrativa_para_el_Fomento_de_Inteligencia_Emocional)
- United Nations Fund for Population Activities & HelpAge International. (2012). *Ageing in the twenty-first century: a celebration and a challenge*. Londres, Inglaterra: UNFPA & HelpAge International.
- Urbano Reaño, E. Y. (2019). *Estilos de afrontamiento al estrés y bienestar psicológico en adolescentes de la Escuela de Líderes Escolares de Lima Norte-2017* (Tesis de maestría). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/6441>
- Vázquez C., & Sanz J. (1991) Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch & E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología, Volumen 2* (717-784). Valencia, España: Promolibro.

Recibido: 06/06/2019

Revisado: 13/08/2019

Aceptado: 17/11/2019