

ARTÍCULO ORIGINAL

Experiencia de caídas en adultos mayores: un análisis desde la inteligencia emocional

Experience of falls in older adults: an analysis from emotional intelligence

Josue Francisco Vázquez-López¹, Luis Carlos Cortez-González², Diana Berenice Cortes-Montelongo², Tirso Duran-Badillo³

RESUMEN

Introducción: El fenómeno de las caídas es uno de gran incidencia en la población adulta mayor. Asimismo, presenta consecuencias diversas en la salud de la persona, lo que trae como consecuencia una vivencia diferente de una caída en el adulto mayor. Los adultos mayores del área rural están expuestos a sufrir una caída por las irregularidades en el terreno. **Objetivo:** Describir la experiencia de una caída en el adulto mayor del área rural. **Metodología:** Mediante el enfoque cualitativo y el método fenomenológico se realizó una entrevista semiestructurada a adultos mayores de una comunidad rural. **Resultados y Discusión:** Se clasificaron los argumentos de los participantes en las categorías autonomía para las actividades, respuesta emocional y respuesta social. **Conclusión.** La experiencia de haber sufrido una caída produce una disminución en la capacidad de realizar actividades cotidianas y lleva a una sobreprotección familiar. Sin embargo, expresa un deseo por seguir siendo una persona activa.

Palabras clave: Adulto mayor, Caídas, Inteligencia emocional, Experiencias

ABSTRACT

Introduction: The phenomenon of falls is one of great incidence in the elderly population. Likewise, it has different consequences on the individual's health, which can result in each person having a different experience of a fall. Accordingly, the elderly in rural areas is exposed to falling due to irregularities in the terrain. **Objective:** Describe the experience of a fall in older adults in rural areas. **Methodology:** Using the qualitative approach and the phenomenological method, a semi-structured interview was conducted with older adults from a rural community. **Results and Discussion:** The participants' arguments were classified into the categories autonomy for activities, emotional response, and social response. **Conclusion.** The experience of having suffered a stroke produces a decrease in the ability to carry out daily activities and leads to family overprotection. However, he expresses a desire to continue being an active person.

Keywords: Elderly, Falls, Emotional Intelligence, Experiences.

¹Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería. Unidad Torreón. Coahuila, México.

²Universidad Autónoma de Coahuila. Facultad de Enfermería. Unidad Saltillo. Coahuila, México.

³Universidad Autónoma de Tamaulipas. Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros. Tamaulipas, México.

Recibido: 12 de junio de 2024

Aceptado: 9 de julio de 2024

Publicado: 21 de enero de 2025

Correspondencia para el autor: Luis Carlos Cortez González. Calzada Francisco I. Madero 1237, Zona Centro, C.P. 25160.

Saltillo, Coahuila, México. lucortezg@uadec.edu.mx

INTRODUCCIÓN

Los síndromes geriátricos son uno de los factores que repercuten en la funcionalidad y la calidad de vida de las personas adultas mayores (PAM), por ser una causa importante de discapacidad y muerte (1). Entre estos síndromes están las caídas, que traen consigo diversas consecuencias que pueden afectar la funcionalidad, la calidad de vida y las relaciones sociofamiliares de las PAM, por las lesiones físicas o por la restricción de actividad provocada a causa la falta de confianza y la angustia de sufrir una nueva caída (2).

En el mundo, aproximadamente se producen alrededor de 684 000 caídas mortales y 37,3 millones de caídas que requieren hospitalización, aunque no sean mortales representan un importante gasto para los sistemas de salud (3). Además, se ha reportado en la población mexicana cifras de al menos un 20.50% de PAM de entre 60 y 64 años que han llegado a sufrir una caída, y en las PAM de entre 85 a 100 años, la cifra aumentaba hasta el 41% (4).

Aunque no se produzcan lesiones físicas, la pérdida de confianza en uno mismo por haber sufrido una caída, el deterioro de la propia imagen o sensación de inseguridad, pueden resultar en una consecuencia de carácter psicológico conocido como el miedo a caer. Se habla que dicho fenómeno tiene un componente motor, que incluye trastornos de la postura y de la marcha, así como un componente psicológico. Además, la evidencia señala que puede afectar a una

de cada cinco personas que sufren caídas y puede aumentar el riesgo hasta un cincuenta por ciento de volver a experimentar una caída (3).

El miedo a caer incluye tanto el miedo a caminar como la pérdida de confianza para desarrollar sus actividades (5). Además, como resultado del cambio de comportamiento, la salud del adulto mayor puede sufrir otras consecuencias como: la disminución de la movilidad y de la capacidad funcional. Así mismo, estas alteraciones pueden dar como resultado una mayor dificultad para la rehabilitación, dependencia de un cuidador, pérdida de contacto social, depresión por el sentimiento de inutilidad y pérdida de recursos y apoyo social (3).

Se ha mencionado que la conducta de evitación del adulto mayor (AM), puede ser reforzada a través del propio personal cuidador o incluso por medio de los familiares que están a su cargo. Después de fallar los esfuerzos para que el AM se levante y se traslade fuera de su cama, se terminará desistiendo en volver a intentar, resultando en que permitan que permanezcan en el mismo lugar de descanso. Como resultado se aprende y se refuerza una conducta de dependencia en el AM, que puede persistir en el tiempo si no se corrige oportunamente (3).

Por otra parte, se señala que la inteligencia emocional (IE) está relacionada con estrategias de manejo de situaciones estresantes y la regulación autónoma de las

emociones. Mayer y Salovey mencionan que la IE es un conjunto de conceptos que contribuyen a evaluar, expresar y regular con precisión las emociones propias y ajenas, así como también a utilizar las emociones para motivar, planificar y tener éxito en la vida (6,7,8). Por lo cual, el uso inteligente de las emociones es crucial para una adaptación física y psicológica (9).

Se ha informado que los niveles bajos de IE están asociados con diversas variables de inadaptación psicológica, incluidos altos síntomas depresivos, alta ansiedad y baja adaptación emocional. Además, una IE alta se asocia con indicadores positivos de bienestar y ajuste psicológico, tales como: una mayor autoestima, mayor satisfacción con la vida y mayores niveles de bienestar subjetivo y psicológico (10,11). Se afirma que las personas con altos niveles de IE utilizan estrategias de afrontamiento basadas en la aceptación y participación en actividades con otros pares. También es más probable que adopten estrategias de afrontamiento basadas en la reflexión y la evaluación situacional, y tengan mejores habilidades sociales, interpersonales, organizativas y de gestión del tiempo. Asimismo, otro trabajo señala la importancia de prestar atención de

manera multifactorial en todos los implicados en el proceso de la atención de una AM que ha sufrido una caída. Las experiencias de las caídas se relataban como puntos de inflexión en las relaciones, causando a la persona receptora de cuidados una gran dependencia física y emocional de la persona cuidadora (11).

Por las altas probabilidades de que un adulto mayor sufra una caída (4), y que presente el miedo a caer, es necesario conocer el impacto que esta experiencia tiene en la vivencia de la PAM. Además del aumento en el número de población adulta mayor, es necesario que el personal de salud preste atención en este aspecto de la salud.

De igual manera, se debe explorar los factores que puedan influir en esta variable, para reforzar o generar nuevas intervenciones que contribuyan a prevenir y disminuir el miedo a las caídas y, por consiguiente, mejore la calidad de vida en el adulto mayor.

El propósito de este trabajo es describir la vivencia después de una caída, del AM pertenecientes a la comunidad rural del Ej. el cambio perteneciente al municipio de Matamoros, Coahuila, desde el marco de la inteligencia emocional.

MATERIALES Y MÉTODO

Tipo de investigación

Este estudio cualitativo tiene enfoque fenomenológico porque busca indagar en la vivencia que un grupo de la población tiene sobre el fenómeno de interés, el cual son los AM pertenecientes a la comunidad del

municipio de Matamoros, que hayan sufrido una caída. El paradigma en el que se basa esta investigación es interpretativo, porque busca comprender la realidad holística que gira en torno a la IE de la persona adulto mayor que presenta algún miedo a las caídas.

Características del investigador.

Los investigadores que participaron en este trabajo presentaron el grado de estudios de licenciatura, con una capacitación previa en las entrevistas y recolecta de datos de la investigación. Debían contar con una ética profesional y un alto valor de respeto y comprensión, al igual que una disposición por colaborar en el trabajo y, experiencia conviviendo con AM. Se buscó establecer una relación de confianza con los AM mediante el acompañamiento durante sus actividades de la vida diaria, al momento de la entrevista.

Escenario de estudio

El entorno para trabajar es la comunidad rural del Ejido El cambio, Matamoros Coahuila. El cual cuenta con una población superior a los 7000 habitantes. La comunidad, aunque está en proceso de pavimentación de las vías públicas, sigue manteniendo calles irregulares y sin asfaltar, lo cual es un indicador de riesgo de caídas y riesgo en el entorno del AM (12,13). Las características de los lugares donde se realizaron las entrevistas fueron variadas. El abordaje de los participantes fue en su propio domicilio, de los cuales contaba con un segundo piso. Sin embargo, específicamente las entrevistas se realizaron principalmente en patio frontal de sus viviendas, los cuales contaban con irregularidades diversas en su suelo, significando un factor de riesgo de caídas para el AM. La selección de esta comunidad fue por la facilidad de acceso por parte de los investigadores.

Población muestra y muestreo.

En este marco, el método fenomenológico constituyó una herramienta transversal para la comprensión de la realidad en estudio. La muestra de estudio consistió en AM ubicados dentro del domicilio, los cuales fueron seleccionados por presentar características del fenómeno de estudio, la muestra se dio hasta alcanzar la saturación de datos. Los participantes habitan en la comunidad ejidal Cambio, Matamoros, Coahuila de Zaragoza, México. Se identificó a los participantes en sus domicilios con el fin de asegurar su integridad por el riesgo que presentan volver a sufrir una caída, además es más probable encontrar a un AM en su domicilio si ha sufrido una caída, y por los cambios de comportamiento que puede esperarse después de haber pasado por una experiencia de previa de una caída.

Criterios éticos

La presente investigación tiene su fundamentación ética en el reglamento expedido por la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud (14).

En concordancia, se les proporcionó un consentimiento informado. Igualmente, se sometieron a comité de ética e investigación de la Facultad de Enfermería Dr. Santiago Valdez Galindo. Asimismo, se garantiza el anonimato de su participación con el cambio de los nombres proporcionados.

Métodos de recolección de datos

Los discursos fueron recuperados en el periodo septiembre – octubre de 2022. Las entrevistas se realizaron en un lugar cómodo para los participantes, el cual podía ser su patio o dentro de su vivienda. Se le pidió confirmar a cada participante si era el momento y lugar adecuado para llevar a cabo la entrevista sin interrupciones, considerando los fundamentos de la entrevista fenomenológica, con el objeto de no inducir respuestas. La triangulación de fuentes fue mediante la utilización de múltiples métodos de recolección de datos (entrevista fenomenológica y grabación de voz), al igual que la realización de nuevas entrevistas, si es el caso, para aclarar información de los discursos. Las modificaciones que ha presentado la metodología fueron realizadas en las entrevistas semiestructuradas, buscando ampliar la información que se pueda obtener y evitar influir en la respuesta de los participantes.

Instrumentos y tecnologías de recopilación de datos

Los instrumentos consistieron en una entrevista semiestructurada que incluían 5 preguntas dirigidas a conocer la vivencia del AM después de haber sufrido su caída y, una grabadora de voz con la cual se tomó registro de todos los datos proporcionados por el participante al momento de la entrevista. Asimismo, se empleó una herramienta de dictado por voz, del programa procesador de texto Word, para la transcripción de las entrevistas en dicho programa. La duración

promedio de las entrevistas fue de 20 minutos y fueron aplicadas en una sola sesión.

Unidad de estudio

Los AM que participaron en el estudio presentaron la característica principal de haber sufrido una caída. Además, son funcionalmente independientes para desempeñar sus actividades de la vida diaria [ABVD], pero por el miedo de volver a sufrir una caída, presentan cierto grado de miedo para continuar con su vida cotidiana.

Asimismo, los participantes no mostraron un grado de deterioro cognitivo alto o moderado.

Procesamiento de datos.

Los datos fueron transcritos a un documento electrónico una vez recolectados y, posteriormente fue verificada su correcta transcripción mediante una comparación con la reproducción de las grabaciones. Los datos se codificaron según la identificación y clasificación por colores, de los temas identificados en los argumentos de los participantes. Se mantendrá su anonimato mediante la utilización de seudónimos para cada participante.

Análisis de los datos

El análisis del discurso fue realizado basado en los procedimientos empleados por Amezcua y Montoro (15), quienes proponen sistematización en el análisis de un texto biográfico que facilite su utilización por y la comprensión de estos. Dicha propuesta

consiste en cinco fases de análisis, las cuáles fueron elaboradas por Taylor-Bogdan (16).

Siguiendo el orden sistemático de Taylor-Bogdan; la primera fase de análisis consistió en la preparación de los datos, donde se realizará una transcripción, identificación y organización de la información obtenida de los participantes para proteger la identidad de estos. La segunda fase fue descubrir los temas, en la cual se buscó extraer de los datos una estructura temática en los discursos para poder adoptar una perspectiva de análisis de la información. Codificar los datos correspondió a la tercera fase, donde se buscará reunir los datos en función de las categorías identificadas para determinar su consistencia y congruencia. La cuarta fase correspondió a la interpretación de los resultados, mediante la utilización de un esquema explicativo (concepto-proposición-ilustración-identificación), para convertir las categorías de análisis en líneas argumentales con congruencia a la interpretación de los discursos. En la quinta fase se buscó

relativizar las interpretaciones con el fin de determinar cuál fue nuestra influencia en los resultados del análisis y, determinar si no ha sido una comprensión de la realidad apresurada y condicionada por la propia proyección subjetiva. La sexta y última fase constó en determinar el rigor del análisis, indagando si la triangulación complementaria de información o, si auditores externos han revisado la concordancia entre los datos y las interpretaciones obtenidas. Todo realizado en pro de comprobar el haber utilizado todos los procedimientos aceptados en la metodología cualitativa para un correcto análisis.

Técnicas para asegurar la confiabilidad

Se utilizaron notas de campo en las que se hicieron anotaciones sobre peculiaridades que se presentaron durante las entrevistas y, si procede, realizar nuevos acercamientos con los participantes con el fin de aclarar dudas o profundizar en la información (17).

RESULTADOS

En la tabla 1 se describen las características biográficas de los participantes en el estudio. Fueron 3 AM de entre 68 – 76 años, dos hombres y una

mujer. El tiempo de antigüedad de sus caídas fue de entre 5 días – 4 años. Los AM reportaron seguir realizando sus actividades básicas de la vida diaria.

Tabla 1. Datos biográficos de los participantes.

Participante	Sexo	Edad	Código de identidad	Tiempo de ultima caída
1	M	71 años	1M71	6 meses
2	H	76 años	2H76	4 años
3	H	68 años	3H68	5 días

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 2 se describe la estructura de las categorías y subcategorías identificadas en los argumentos de los AM.

Tabla 2. Categorías y subcategorías de los discursos.

Fenómeno	Categorías	Subcategorías
Caída	Autonomía para las actividades	Deambulación
		Trabajo
		Cuidado y lentitud en las actividades.
	Respuesta emocional	Autopercepción física
		A la caída
		Deseo de trabajar
	Respuesta social	Amigos
		Familia
		Trabajo

Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 3 contiene las definiciones de cada una de las categorías identificadas.

Tabla 3. Definición de Categorías.

Categoría	Definición
Autonomía de las actividades:	Argumentos que refieren o hacen alusión a la conceptualización de los AM sobre los cambios percibidos en su deambulación, trabajo y, el cuidado y lentitud con el que realizan sus actividades después de su caída.
Respuesta emocional:	Argumentos que refieren o hacen alusión a la conceptualización de los AM sobre las emociones generadas respecto a su autopercepción física, al accidente de su caída, el deseo de seguir trabajando.
Respuesta social:	Argumentos que refieren o hacen alusión a la conceptualización de los AM sobre a las características y cambios en las relaciones que tienen con sus amigos, familiares y el mundo laboral.

Fuente: Elaboración propia

El tema central encontrado en los argumentos de los participantes corresponde a la pérdida de autonomía en las actividades que los AM perciben después de haber sufrido su caída. Los AM refieren perder la oportunidad de realizar actividades que anteriormente podían efectuar sin mayor inconveniente:

“Ya no puedo ni ir a las consultas sola, porque ya no me deja, porque piensa que me vaya a caer otra vez” (1M71).

Esta pérdida de Autonomía de las actividades puede ser también reflejada en unaincapacidad de poder seguir trabajando:

“Y pasó un compa, y me dijo “¿que hubo? ¿ya no trabajaste?” Le dije “No, ya no.

Ya. Ya no me quisieron dar jale” (2H76).

Este último ejemplo puede presentar una mayor importancia para los AM de la comunidad rural, debido a la percepción de hombre trabajador que la cultura rural tiene sobre los mismo. No obstante, aunque el AM no refería tener alteración en su Autonomía de las actividades, se aprecia un interés en seguir con sus actividades cotidianas:

“Pues, bien. Pues, aquí. Mire, seguimos platicando... Aquí estamos cotorreándola” (3H67).

En concordancia, los AM expresan un deseo por seguir siendo activos e independientes:

“Yo quiero trabajar, ¿verdad? Para aliviarme de

los pies... a lo mejor me hace falta calor del trabajo” (2H76).

En la narrativa anterior se aprecia como el adulto mayor supone que el mantenerse activo puede ser beneficioso para su salud. Sin embargo, los AM comentan el estar conscientes de sus limitaciones, esto mediante la autopercepción que han adquirido despuésde haber sufrido su caída:

“Ya no puedo hacer lo que yo hacía antes, rápido, corriendo. Ya ahorita todo tiene que ser con cuidado, lento” (1M71).

“Me gustaría trabajar, pero al pasito” como la (el) azadón, ahí trabaja uno al paso” (2H76).

Por otra parte, los AM comentan el cómo su Autonomía de las actividades ha sido influida por la respuesta social, en particular la de sus familiares, los cuales reaccionan de manera protectora hacia ellos. Esto implica el no permitirles realizar actividades sin susupervisión.

“Ya no puedo ni ir a las consultas sola, porque ya no me deja, porque piensa que me vaya a caer otra vez” (1M71).

“Váyanse para la casa, déjenme a mí”, “No papi, nosotros vamos contigo” (2H76).

Dicha acción podría agravar su percepción de independencia al restringir su libertad, lo cual podría resultar en consecuencias de conflictos familiares, alimentados por el deseo de los AM por seguir activos:

“En veces que me enojo con ellas, a veces

digo que ya me voy a ir de aquí... Por ahí, a otro rancho a otro pueblo. Un pueblo, a ver si jalo allá” (2H76).

Se aprecia que los AM no perciben un conflicto entre sus amigos a causa del haber sufrido una caída. Sin embargo, los AM perciben que la respuesta de sus amigos después de la caída puede mantenerse igual:

“No bien, me llevo bien con todos. Andamos bien”

No obstante, puede suceder el caso contrario, donde los AM refieren un mayor interés por su salud. (3H68).

“a veces lo encuentran a uno y lo miran, “¿qué pasó?”, “¿porque chuequeas?”, “¿qué te paso?” (1M71).

DISCUSIÓN

A pesar de que la literatura que relaciona las caídas con la inteligencia emocional en adultos mayores es escasa, es importante destacar que los resultados mostrados por García-Domínguez y colaboradores en el 2023, las lesiones y enfermedades son las que más resaltan, resultados que se asemejan a lo encontrado en este estudio (18).

Por su parte, Flores, Ortega y Sousa (19) concluyen que la inteligencia emocional es fundamental y debe estar presente en los adultos mayores, para mejorar la calidad de vida, las relaciones personales y aumentar la sensación de bienestar, como se muestra en este trabajo.

El tema en el que los AM del presente estudio han presentado un mayor interés en los cambios en sus actividades después de su caída, particularmente en la autonomía para llevar a cabo sus actividades. Refieren limitaciones en la deambulación, al informar que requieren de algún acompañante para salir de sus casas. El trabajo es otra de las actividades en las que refieren haber perdido autonomía, por el hecho de que ya no les permiten trabajar por el riesgo de sufrir otro

accidente, o por las dificultades que informan tener para realizar actividades extenuantes. Las restricciones para seguir trabajando con plena autonomía pueden ser de gran peso en la vivencia de los AM varones, donde se tiene la idea del hombre trabajador y proveedor. Asimismo, el AM refiere el tener que realizar sus actividades con mayor cuidado y lentitud debido para prevenir una nueva caída.

Las repuestas emocionales de los AM fueron la tristeza dada por el cambio en su autopercepción, la toma de consciencia de sus capacidades actuales, ocasionado por la caída que sufrieron y, no querer sufrir una nueva caída, por lo cual adoptan mayor cuidado y lentitud en sus actividades. Así como la respuesta emocional a causa del deseo de poder seguir trabajando.

Las respuestas sociales que refieren los adultos mayores son diversas. Los amigos pueden mostrar mayor interés en la salud del AM, o bien, mantener sus relaciones inalteradas. Sin embargo, la familia suele adoptar una respuesta sobreprotectora hacia el AM, lo cual llega a disgustar a los mismos.

Los hallazgos del presente estudio permiten dar una visión de la vivencia de los AM después de su caída. Revela la perspectiva que tiene de su propia salud y, aun después de sufrir una caída, los deseos de seguir activos. Se aprecia que la vivencia de los AM no es homogénea, sino que cada

uno de los casos presenta diferentes cualidades. Además, los resultados del presente estudio pueden ayudar a esclarecer los aspectos que tienen mayor interés para los AM, después de sufrir su caída.

CONCLUSIONES

Los hallazgos del presente estudio permiten dar una visión de la vivencia de los AM después de su caída. Revela la perspectiva que tiene de su propia salud y, aun después de sufrir una caída, los deseos de seguir activos. Se aprecia que la vivencia de los AM no es homogénea, sino que cada

uno de los casos presenta diferentes cualidades. Además, los resultados del presente estudio pueden ayudar a esclarecer los aspectos que tienen mayor interés para los AM, después de sufrir su caída.

REFERENCIAS

1. Parada-Peña K, Rodríguez-Morera M, Otoy-Chaves F, Loaiza-Quirós K, León-Quirós S. Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud* [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 10]; 6(4): 201–10. Disponible en: <https://doi.org/10.56239/rhcs.2020.64.450>
2. González BMM, Falcón NH, Camellón DJD, Márquez LFA, Milera AM. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2020 jul. – agt. [Citado 2023 Mar 15]; 42(4): 1–12. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3639/4874>
3. Villavicencio Soraya D, Morales Yurima L, Luque León Alina CSM. Síndrome post-caída en adultos mayores operados de fractura de caderas. *Acta méd centro* [Internet]. 2020 Sep [citado 2023 Jul 11]; 14(3): 330-339. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2709-79272020000300330&lng=es.
4. Secretaría de Salud Coahuila. (2019). Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE Coahuila [Conjunto de datos]. Secretaría de salud [Internet]. Disponible en: <http://www.investigacionyposgrado.uadec.mx/site/wp-content/uploads/2020/07/ENCUESTA-SALUD-Y-BIENESTAR-Y-ENVEJECIMIENTO-COAHUILA.pdf>
5. Martínez-González B, Hernández-Falcón N, Díaz-Camellón D, Arencibia-Márquez L, Morejón- Milera A. Envejecimiento y caídas. Su impacto social. *Revista Médica Electrónica* [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 15]; 42(4): 1-11. Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3639>.
6. Puigbó J, Edo S, Rovira T, Limonero JT, Fernández-Castro J. Influencia de la inteligencia emocional percibida en el afrontamiento del estrés cotidiano. *Ansiedad estrés* [Internet]. 2019 [citado 2022 Mar 15]; 25(1):1–6. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.anyes.2019.01.003>
7. Goleman, D. (2012). *Inteligencia emocional*. Editorial Kairós

8. Salovey P, Mayer JD. Emotional intelligence. Imagination. Cognition y Personality; 1990.
9. Salovey P, Woolery A, Mayer JD. Emotional intelligence: Conceptualization and measurement. En: En GJO, Fletcher MS, editores. Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes. Malden, MA: Blackwell Publishers; 2001. p. 279–307.
10. Rey L, Extremera N. Inteligencia emocional percibida, felicidad y estrategias distractoras en adolescentes. Boletín de psicología [Internet]. 2012 [citado 2022 Mar 15]; 104, 87-101.
11. Licea LJ. La inteligencia emocional: herramienta fundamental para el trabajador de la salud [Internet]. Medigraphic.com. 2002 [citado 2022 Mar 16];121-123. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2002/eim023a.pdf>
12. Cuesta-Benjumea CDL, Arredondo-González CP, Lidón-Cerezuela B, Abad-Corpa E. La prevención de las caídas de las personas mayores y sus familiares: una síntesis cualitativa. Gaceta Sanitaria. [Internet]. 2021 [citado 2022 Mar 16]; 35: 186–92. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.10.004>
13. Organización Mundial de la Salud: OMS. Ciudades globales amigables con los mayores: una guía [Internet]. OMS.int. Organización Mundial de la Salud: OMS; 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43805>
14. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. Dof.gob.mx. 2014 [Citado 2023 Feb 09]. Disponible en: https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5339162&fecha=02/04/2014#gsc.tab=0
15. Amezcua M, Hueso M. Cómo analizar un relato biográfico. Archivos De La Memoria. 2009). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>
16. Taylor SJ, Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona, Paidós; 1990 [Internet]. Idoc.pub. [citado el 4 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://idoc.pub/documents/taylor-s-j-bogdan-r-introduccion-a-los-metodos-cualitativos-de-investigacionpdf-6ngev1q6pklv>
17. Borjas García JE. Validez y confiabilidad en la recolección y análisis de datos bajo un enfoque cualitativo. TRASCENDER, CONTABILIDAD Y GESTIÓN. 2020 Sep 30;(15):79–97.
18. Karen Denis García-Domínguez, Carlos Alberto Salazar-Moreno, Paola Lizeth Flores-Garza, Benito Israel Jiménez-Padilla, Vargas-Beltrán M, Claudia Yanet Fierro-Herrera. Estrés e Inteligencia Emocional en Adultos Mayores de Ciudad Chihuahua, Chihuahua, México. Horizonte Sanitario. 2023 Sep 19;22(3):635–42.
19. Flores Tena MJ, Ortega Navas M del C, Sousa Reis C. El envejecimiento activo y la inteligencia emocional en las personas mayores. Familia Revista de Ciencias y Orientación Familiar. 2019 Jan 1;(57):125–37